

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers
HES-SO // Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

**Les soins buccodentaires en médecine et soins
palliatifs au sein du Réseau Santé Valais
Quelle réalité pour les infirmières ?**

Réalisé par : **Marie-Noëlle Baudin**

En collaboration avec : **Suzi Carina Soares Sobral**

Promotion : **Bachelor 06**

Sous la direction de : **M^{me} Emmanuelle Coquoz**

Leytron, juillet 2009

Résumé

Réalisé par deux étudiantes, Suzi Sobral et moi-même, ce travail de Bachelor s'inscrit dans le cadre de l'obtention de notre diplôme d'infirmière. Le thème choisi est celui des soins buccodentaires, soin essentiel pour la qualité de vie du client et en lien direct avec le rôle autonome de l'infirmière.

Cette recherche qualitative de nature exploratoire vise à identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle, pour les clients en perte d'autonomie pour ce soin en particulier.

Cette enquête a été menée au sein du Réseau Santé Valais, auprès d'infirmières travaillant dans les services de gériatrie, médecine et soins palliatifs. Sur la base de multiples recherches dans la littérature et après retranscription des données récoltées à partir d'entretiens semi-directifs, il nous a été possible de répondre à notre question centrale de recherche ainsi qu'aux quatre hypothèses formulées.

Voici un bref aperçu des résultats de notre recherche:

- La majorité des infirmières ne voient pas la nécessité d'une formation continue dans le domaine des soins buccodentaires.
- Les infirmières ont un rôle clé dans l'équipe soignante, quant au maintien et à l'amélioration de l'état buccal du client et à son retentissement sur sa qualité de vie.
- Les infirmières ignorent l'existence d'outil d'évaluation de la cavité buccale.
- Aucune technique de soin unifiée n'est utilisée, chacune procède selon son expérience professionnelle et selon ses habitudes.
- Les soins buccodentaires non thérapeutiques sont ainsi très peu visibles dans les soins infirmiers.

Mots- clés

Soins buccodentaires - clients dépendants – rôle infirmier – processus de soins infirmiers – qualité des soins - soins palliatifs

Remerciements

En préambule à ce travail de recherche, je tiens à remercier de tout cœur toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à son élaboration et plus particulièrement :

- Madame Emmanuelle Coquoz, une directrice de mémoire encourageante, enthousiaste et disponible qui a su me guider avec beaucoup de finesse et de rigueur.
- Madame Chris Schoepf, responsable de la méthodologie, qui s'investit entièrement pour notre succès et qui nous donne de précieux conseils.
- A ma collègue pour ce travail Suzi, pour sa collaboration et sa motivation.
- A Cindy Perruchoud, une collègue de promotion pour sa précieuse aide informatique.
- Aux responsables des services qui m'ont ouvert leurs portes, et qui généreusement ont répondu à mes questions et planifié tous les rendez-vous avec les participants.
- Aux infirmières et infirmiers interrogés qui m'ont accordé leur confiance et m'ont consacré une partie de leur temps.
- A Fabienne et Nicole, qui ont eu la patience et la gentillesse de lire mon travail, pour la correction orthographique et la syntaxe.
- A mon mari Roger, sans qui rien n'aurait été possible, pour m'avoir encouragée dans les moments de doute.
- A ma famille et mes amis (es) pour m'avoir soutenue et accompagnée durant la réalisation de ce travail.

L'être humain se construit grâce aux autres

Albert Jacquart

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1. CONTEXTE	2
1.1.1. <i>Soins buccodentaires dans la promotion Bachelor 06</i>	3
1.1.2. <i>Enquête effectuée auprès des étudiants Bachelor 06</i>	5
1.2. MOTIVATIONS.....	6
1.2.1. <i>Motivations personnelles</i>	6
1.2.2. <i>Motivations socioprofessionnelles</i>	7
1.2.3. <i>Motivations économiques et politiques</i>	10
1.3. COMPETENCES ARGUMENTEES EN REGARD DE L'OBJET D'ETUDE.....	12
1.4. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE.....	14
2. PROBLEMATIQUE	15
2.1. QUESTION DE RECHERCHE	20
2.2. HYPOTHESES	20
2.3. OBJECTIFS.....	21
3. CADRES DE REFERENCE	21
3.1. LA BOUCHE	21
3.1.1. <i>Anthropologie de la bouche</i>	21
3.1.2. <i>Processus digestif se déroulant dans la bouche</i>	24
3.1.3. <i>Les troubles dentaires et buccaux</i>	26
3.2. LES SOINS BUCCODENTAIRES	32
3.2.1. <i>Technique de soins</i>	32
3.2.2. <i>Grille d'évaluation</i>	33
3.3. CONCEPT DES SOINS PALLIATIFS.....	35
3.4. L'INFIRMIERE.....	36
3.4.1. <i>L'histoire des soins</i>	36
3.4.2. <i>Définitions du rôle infirmier</i>	41
3.4.3. <i>Champs d'activité de l'infirmière</i>	43
3.4.4. <i>Rôle autonome, rôle délégué</i>	44
3.4.5. <i>Le rôle spécifique de l'infirmière en soins palliatifs</i>	46
3.4.6. <i>La relation infirmière / client</i>	47
3.4.7. <i>Modèle de soins Dorothy Orem</i>	49
3.5. QUALITE DES SOINS INFIRMIERS.....	53
3.5.1. <i>Le processus de soins infirmiers (PSI)</i>	58
3.5.2. <i>Diagnostics infirmiers</i>	63
3.5.3. <i>Recommandations de bonne pratique</i>	65
4. METHODOLOGIE	66
4.1. TYPE DE RECHERCHE.....	67
4.2. METHODE D'INVESTIGATION	68

4.3.	ÉCHANTILLONNAGE	68
4.4.	CONSTRUCTION DE L'OUTIL	69
4.5.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS	70
4.6.	PRINCIPES ETHIQUES ET PROTECTION DES DONNEES	70
5.	ANALYSE	71
5.1.	PREAMBULE	72
5.2.	HYPOTHESE 1 : ROLE PROPRE INFIRMIER	73
5.2.1.	<i>L'évaluation</i>	73
5.2.2.	<i>La délégation</i>	77
5.2.3.	<i>Les diagnostics infirmiers</i>	78
5.2.4.	<i>Les transmissions infirmières</i>	80
5.2.5.	<i>Réflexion personnelle</i>	82
5.3.	HYPOTHESE 2 : PRATIQUE QUOTIDIENNE DU SOIN	83
5.3.1.	<i>Ressenti de l'infirmière</i>	83
5.3.2.	<i>Obstacles qui interfèrent dans la pratique du soin de bouche</i>	84
5.3.3.	<i>Collaboration du patient</i>	86
5.3.4.	<i>Réflexion personnelle</i>	88
6.	SYNTHESE DES RESULTATS	89
6.1.	VERIFICATION DES HYPOTHESES.....	89
6.2.	RETOUR SUR LA QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE	92
6.3.	ATTEINTE DES OBJECTIFS.....	95
7.	DISCUSSION	96
7.1.	VALIDITE INTERNE DE LA RECHERCHE.....	96
7.1.1.	<i>Choix du thème et des cadres de référence</i>	96
7.1.2.	<i>Méthode d'investigation</i>	97
7.1.3.	<i>Echantillonnage</i>	97
7.1.4.	<i>Analyse</i>	98
7.2.	VALIDITE EXTERNE DE LA RECHERCHE.....	98
7.3.	REFLEXIONS ET INTERROGATIONS.....	99
8.	CONCLUSION	102
8.1.	OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	102
8.2.	FACILITES ET DIFFICULTES DE LA RECHERCHE.....	103
8.3.	APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE.....	104
8.4.	APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE	105
8.4.1.	<i>Recherches futures</i>	105
9.	BIBLIOGRAPHIE	107
9.1.	LITTERATURE	107
9.2.	ETUDES.....	109

9.3. ARTICLES, REVUES, BROCHURES.....	110
9.4. DOCUMENTS DE COURS	112
10. CYBEROGRAPHIE.....	112
11. ANNEXE.....	I
Annexe 1 Questionnaire concernant les soins bucco-dentaires.....	I
Annexe 2 Anatomie et physiologie de la bouche et les prothèses dentaires	II
Annexe 3. Protocole concernant le soin de bouche selon le GUTS	III
Annexe 4. Référentiel de compétences de la filière en soins infirmiers	IV
Annexe 5. Standards de soins.....	V
Annexe 6. Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins.....	VI
Annexe 7. Grille d'évaluation de la cavité buccale	VII
Annexe 8. Grille d'entretien.....	VIII
Annexe 9. Lettre de consentement éclairé	IX
Annexe 10. Lettre d'information destinée aux personnes participant à l'étude	X

1. Introduction

Je suis étudiante en dernière année, en soins infirmiers, à l'HES-SO Valais. Ce travail de recherche est un des prérequis pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science en soins infirmiers, il s'inscrit dans le cursus des quatre années de formation.

Selon le cadre de référence du Travail de Bachelor, il s'agit d'une initiation au travail de recherche qui me permet un questionnement sur une situation m'ayant posé problème, avec l'utilisation de cadres théoriques¹, l'application d'une méthode, l'entraînement à l'analyse de données et à l'argumentation, la défense du thème travaillé et de ses conclusions.

Le sujet que j'aborde dans ce mémoire concerne les soins buccodentaires prodigués par les infirmières² aux clients³, dans les milieux de médecine et de soins palliatifs. Les personnes interrogées sont des infirmières qui travaillent dans ces deux unités, auprès de clients hospitalisés dépendants⁴ pour ce soin, et ne souffrant pas de déficits cognitifs.

Selon les options proposées dans le cadre du Travail de Bachelor⁵, nous sommes deux étudiantes, Suzi Sobral et moi-même, à travailler sur le même sujet.

Nous avons organisé notre recherche de la manière suivante: j'effectue ma recherche sur les soins buccodentaires en milieu palliatif et médecine, ma collègue Suzi effectue sa recherche en milieu gériatrique.

¹ Le cadre théorique est un fondement conceptuel d'une étude; on appelle souvent *cadre de référence*, dans une étude reposant sur une théorie LOISELLE Carmen, PROFETTO-MCGRATH Johanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI, 2007 596 p.

² Par souci de simplification, j'utilise le terme " d'infirmier", de "soignant", de "professionnel" pour parler de celles et ceux qui sont actives et actifs dans ce domaine d'activité. Par soucis d'égalité les formes masculine et féminine de ces termes sont utilisées indifféremment.

³ Dans le cadre de la formation Bachelor, c'est le terme de client qui a été choisi comme dénomination pour désigner la personne malade, dans le sens qu'elle utilise et paie des prestations fournies par le système de santé. Au sein de mon travail, j'utilise de manière indifférenciée les termes de client, patient, malade.

⁴ Par dépendant je fais référence aux clients ayant besoin d'aide pour les soins personnels. Cette situation peut être momentanée ou permanente.

⁵ Projet de groupe accompagné par un-e professeur-e : HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. Haute école cantonale valaisanne de la santé. *Travail de Bachelor (Bachelor Thesis) Cadre général de réalisation et de validation*. octobre 2007, p.1-6. p.6.

Notre choix s'est porté sur ces trois services par affinité personnelle, mais également parce que les personnes hospitalisées y séjournent plus longtemps et sont ainsi susceptibles de rencontrer à un moment ou à un autre des problèmes buccodentaires. Je tiens aussi à préciser que certains cadres de références sont communs avec ceux de Suzi Sobral et d'autres me sont propres.

Dans une démarche qualitative, exploratoire et descriptive, mon objectif prioritaire est donc d'identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle de prise en charge globale, pour des patients en perte d'autonomie pour ce soin spécifique.

Dans la suite de cette introduction, je vous fournirai tous les détails de ma démarche de travail, ainsi qu'un descriptif des soins buccodentaires.

Afin de compléter ma réflexion, je vais vous exposer les motivations personnelles qui m'ont conduite à travailler sur les soins buccodentaires.

Je vous parlerai ensuite de mes motivations socioprofessionnelles, économiques et politiques. Enfin, je terminerai la première partie de mon travail par l'élaboration de la problématique et des objectifs de recherche.

1.1. Contexte

Ce thème s'inscrit dans les soins d'hygiène de base et fait partie du rôle autonome de l'infirmière. Dans un premier temps, je souhaite identifier quelle place occupent les soins buccodentaires dans la pratique infirmière.

Lors de mes différents stages de formation pratique, j'ai constaté que ce soin de base est le parent pauvre des soins d'hygiène. Il est parfois bâclé et même certaines fois oublié. Après plusieurs réflexions issues de nos lectures et d'un entretien exploratoire⁶, nous avons élaboré la question de départ suivante:

- Quels sont les moyens et les ressources utilisés par les infirmières travaillant auprès de clients dépendants dans les milieux de gériatrie, de médecine et de soins palliatifs pour prodiguer des soins de bouche de qualité⁷.

⁶ Entretien auprès d'une infirmière travaillant à la clinique Saint.-Amé de Saint-Maurice

⁷ Soin de qualité : Association suisse des infirmières et infirmiers ASI : *Norme de qualité pour la pratique des soins infirmiers* Berne 1998 réimpression 2000 16p. Annexe 4 et l'école supérieure d'enseignement infirmier Zürich *Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins*, août 1975. Annexe 5

Soins de bouche de qualité : atteindre le niveau 2 ➔ Soins adaptés / Adaptés au malade

Selon la définition du GUTS⁸ (groupe d'unification des techniques de soins en Valais romand), le soin de bouche consiste à nettoyer la cavité buccale chez un client ne pouvant pas effectuer ce soin lui-même et dont les objectifs sont :

- maintenir une bonne hygiène buccale et assurer le confort
- contrôler et stimuler la capacité fonctionnelle de la cavité buccale
- prévenir les infections et/ou autres complications

Dans la pratique professionnelle, les soins buccodentaires se répartissent en deux catégories :

- les soins non thérapeutiques : soins de bouche avec application de produits non médicamenteux, ils relèvent du rôle propre infirmier.
- les soins thérapeutiques : soins de bouche avec application de produits médicamenteux, ils relèvent de la prescription médicale.

Mon thème de recherche concerne les soins de bouche non thérapeutiques. J'ai choisi spécifiquement cette catégorie, car elle dépend essentiellement du rôle autonome de l'infirmière.

1.1.1. Soins buccodentaires dans la promotion Bachelor 06

Afin de vous exposer mes connaissances actuelles sur les soins buccodentaires, je détaille ci-dessous les cours de ma promotion faisant référence aux soins de bouche.

La formation Bachelor en soins infirmiers a débuté à l'HES-SO Valais avec ma promotion Bachelor 06.

En AP⁹, j'ai bénéficié d'un enseignement pratique sur le soin de bouche, dans un atelier d'une demi-journée sur les soins d'hygiène. En se référant au protocole du soin décrit dans le GUTS, notre professeur nous a démontré l'utilisation du matériel, avec maniement d'un tampon monté sur une pince Kocher. L'évaluation de la cavité buccodentaire se résumait à des muqueuses humides et une langue rose. Jusqu'à maintenant dans le cursus d'étude, je n'ai jamais eu connaissance d'une grille d'évaluation basée sur des faits observables.

⁸ Ce groupe comprend des professionnels travaillant au sein des établissements du Réseau Santé Valais, cliniques, centres médico-sociaux, l'institut central des hôpitaux valaisans, et des professeurs de l'HES-SO Valais filière soins infirmiers

⁹ Année Préparatoire qui précède les 3 années de la formation Bachelor

En première année Bachelor, lors d'un enseignement théorique sur l'importance du soin de bouche dans le module "Fin de vie", cours " Les soins de fin de vie"¹⁰, j'ai appris la nécessité de prodiguer fréquemment des soins de bouche, pour le confort du patient. Toujours dans ce même module sur "la compréhension des manifestations cliniques en fin de vie"¹¹, j'ai retenu qu'une bonne hygiène buccale diminue les nausées/vomissements, et participe ainsi à la prévention de l'anorexie et de la cachexie.

En deuxième année, dans le module "Soins palliatifs", cours "Ethique : autour de l'hydratation et de la nutrition"¹², j'ai appris l'importance d'une bonne hygiène buccale pour favoriser une alimentation adéquate, et du soin de bouche pour hydrater les muqueuses.

Dans le module "Oncologie", cours sur les cytostatiques¹³, chapitre " Soins infirmiers et effets secondaires ", nous avons abordé les soins préventifs et thérapeutiques par rapport à la toxicité des cytostatiques sur les muqueuses buccales.

Lors de mes stages pratiques (8)¹⁴, aucun des services fréquentés n'avait recours à une grille d'évaluation de la cavité buccodentaire. Le classeur de techniques de soins GUTS est à disposition des soignants qui souhaitent utiliser comme protocole la feuille technique du soin de bouche.

A chacun de mes stages, l'organisation était similaire. Lors d'une prise en charge globale du patient, le soin de bouche faisait partie des soins d'hygiène et il était pratiqué par le soignant, quelle que soit sa formation professionnelle¹⁵.

La formation dispensée aux assistantes en soins et santé communautaire (ASCC) se déroule sur trois ans. En première année, les étudiants reçoivent un enseignement théorie/pratique de deux heures sur les soins de bouche simples. En deuxième année, ils bénéficient de deux heures d'enseignement théorique/pratique sur les soins complexes. La référence est la feuille des techniques de soins du classeur GUTS.

¹⁰ Module 105, La Fin de vie et la mort. Cours du 23 février 2007 de M^{me} Emmanuelle Coquoz

¹¹ Module 105, La Fin de vie et la mort. Cours du 22 février 2007 de M^{me} Chris Schoepf

¹² Module 2005, Soins palliatifs. Cours du 10 avril 2008 de M^{mes} Emmanuelle Coquoz et Catherine Ferrari

¹³ Module 2007, Oncologie. Cours du 13 mars 2008 de M^{mes} Florence Giroud et Monique Gex-Fabry

¹⁴ Formation pratique : EMS, Pédiatrie, Médecine, Chirurgie cardio-vasculaire, Gériatrie, Oncologie, Soins continus, Soins palliatifs

¹⁵ Infirmière, infirmière assistante, aide-soignante, assistante en soins et santé communautaire (ASCC)

Le soin de bouche est un acte de base qui s'inscrit dans les soins d'hygiène. Dès la première année de formation, nous sommes amenées à effectuer des soins de bouche thérapeutiques ou non thérapeutiques.

Dans les modules de cours cités précédemment, les bienfaits des soins de bouche ont été relevés. Je constate toutefois un manque d'informations sur les caractéristiques d'une bouche saine et les conséquences néfastes d'une mauvaise hygiène buccale sur la santé globale. Sensibilisée au confort que procure un soin de bouche en phase palliative ou en fin de vie, je souhaiterais posséder ou acquérir plus de connaissances à ce sujet pour me sentir à l'aise dans la pratique du soin de bouche.

1.1.2. Enquête effectuée auprès des étudiants Bachelor 06

Notre souhait au travers de cette enquête était d'identifier la pratique des soins buccodentaires sur les différents lieux de stage. Nous avons ainsi envoyé par e-mail un questionnaire¹⁶ à nos collègues étudiants, afin qu'ils effectuent des observations sur les soins de bouche, durant la deuxième semaine du stage 5, en dernière année Bachelor.

Nous avons reçu en retour 23 questionnaires, répartis sur les lieux de stage suivants : 7 CMS¹⁷, 2 EMS¹⁸, 8 services aigus (urgences, soins intensifs, soins continus) et 6 services répartis entre la médecine, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie et SUVA¹⁹.

L'analyse des questionnaires a permis les observations suivantes :

- Les soins non thérapeutiques sont bien effectués, sauf dans les services d'urgences, leur fréquence varie de 2 à 3 fois par jour.
- Les soins thérapeutiques sont également effectués, leur fréquence dépend du traitement prescrit.
- Les soins de bouche sont généralement intégrés dans les soins d'hygiène de base, mais ils ne sont pas évaluables dans les CMS, où généralement ce n'est pas l'infirmière qui exécute les soins d'hygiène.
- L'évaluation de l'état buccal lors de l'admission est effectuée 6 fois (EMS et CMS), une seule fois dans un service du Réseau Santé Valais.(RSV)

¹⁶ Annexe 1

¹⁷ CMS Centre médico-social

¹⁸ EMS établissement médico-social

¹⁹ SUVA Clinique romande de réadaptation

- En ce qui concerne l'utilisation d'une grille d'évaluation de l'état buccal, d'un protocole et d'une technique de soin spécifique, les résultats sont les suivants :
1 x la grille, 4 x un protocole, 3 x technique spécifique
- Pour l'exécution du soin, dans la majorité des cas, 21 x c'est le soignant en charge du patient qui exécute ce soin, il est délégué seulement 2 x, (ASCC, aide-soignante).

A partir des observations effectuées lors de ce stage, nous pouvons déduire que les soins de bouche non thérapeutiques sont inclus dans les soins d'hygiène de base. Ils seraient donc effectués au minimum 1 fois/jour, lors de la toilette du matin. La fréquence des soins thérapeutiques est dépendante du traitement. Les soins buccodentaires sont rarement délégués.

L'évaluation de l'état buccal à l'admission se fait dans les EMS et CMS, mais dans aucun des services du RSV. L'utilisation de grille d'évaluation est mentionnée une seule fois, quatre lieux de stage ont un document de référence, et deux lieux ont une technique de soins spécifique. Cette enquête nous a permis de nous faire une idée de la réalité sur le terrain et d'effectuer un petit état des lieux. Elle ne peut en aucun cas être généralisée.

1.2. Motivations

1.2.1. Motivations personnelles

Suite à une expérience de deux ans comme bénévole en soins palliatifs à domicile, au sein de l'association François-Xavier-Bagnoud, j'ai pris la décision de quitter mon emploi de laborantine en chimie pour commencer une formation d'infirmière. Mon objectif étant de prendre soin de l'Autre²⁰, au travers de ces "petits gestes"²¹ qui rendent la vie du malade plus agréable.

Lors de mes différents stages de formation pratique, j'ai constaté la fragilité de la personne hospitalisée, sa perte d'autonomie et son niveau de dépendance par rapport au personnel soignant.

L'infirmière est très proche du patient, elle entre parfois même dans son intimité. J'adhère totalement à la conception du "prendre soin" global qui comprend le corps, le psychisme, les relations sociales et la spiritualité. L'être humain forme un tout. S'il est atteint dans sa

²⁰ L'Autre avec un A majuscule par respect pour la personne que je soigne

²¹ Ces gestes qui ne sont pas nécessairement des actes médicaux : installer confortablement, donner à boire ou à manger, s'arrêter un moment au bord du lit, etc.

santé, c'est tout son quotidien qui en subit les répercussions. Le rôle infirmier ne se limite pas seulement à soigner la maladie, il s'étend également dans les autres dimensions.

Si les aspects médicaux et techniques sont incontournables dans l'accomplissement de notre profession, le rôle infirmier n'est pas uniquement un rôle de technicienne, l'aspect relationnel s'exerçant au travers de chacun de nos actes.

L'infirmière, dans la pratique de son rôle autonome, est garante de la qualité des soins et de la qualité de vie des patients afin d'assurer au mieux leur bien-être. Cette vision de la profession a orienté mon choix de recherche vers un soin d'hygiène, plus spécifiquement les soins buccodentaires.

Le soin buccodentaire non thérapeutique fait partie intégrante du rôle autonome de l'infirmière. Cet acte vise à compenser partiellement ou totalement une dépendance, afin d'assurer le confort du client.

De par mes observations et mes lectures²², j'ai constaté une certaine réticence des soignants face à ce soin, les perceptions sensorielles désagréables comme l'odeur et l'aspect de la bouche du client, ainsi que son refus du soin entrent parfois en jeu. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que ce soin joue un rôle majeur sur la qualité de vie du patient, sa dignité²³ en dépend, ce qui est pour moi primordial.

1.2.2. Motivations socioprofessionnelles

Quelques situations professionnelles rencontrées durant ma formation sont relatées ci-dessous, dans le but d'illustrer mes propos.

Les situations présentées sont toutes à l'origine du questionnement de recherche de cette étude. Elles sont issues de ma pratique du soin et de mes observations personnelles lors des stages.

Dès mon année préparatoire, lors de mon premier stage de formation pratique dans un EMS, j'ai prodigué des soins de bouche non thérapeutiques et thérapeutiques auprès de clients dépendants.

²² Etudes de Bernard M.-F. et Gemota G., Viellefon S. cf bibliographie

²³ Dignité : 1. Respect que mérite quelqu'un 2. Respect de soi : amour-propre, fierté, honneur
Définition Petit Robert 2008 :

J'ai manipulé une pince Kocher et des tampons lors du premier atelier pratique sur les soins d'hygiène en année préparatoire, mais je n'avais jamais pratiqué ce soin spécifique sur une personne avant mon premier stage.

Après plusieurs interventions, je me suis interrogée sur le matériel utilisé. Le tampon monté sur la pince Kocher me paraissait bien grand pour l'espace de la cavité buccale.

- Comment évaluer la pertinence de ce soin et son efficacité ?
- Est-ce un soin qui apporte du confort ou est-il vécu comme un soin invasif par le client ?

Ce sont là des questions qui m'interpellent, car j'ai moi-même beaucoup de difficulté à maîtriser le réflexe vagal, lorsque je subis un examen médical dans la région buccodentaire.

Au cours du quatrième stage Bachelor en oncologie, un collègue m'a demandé de le suppléer pour prodiguer un soin de bouche à une cliente âgée, qui se trouvait en chambre d'isolement à cause d'une agranulocytose²⁴, conséquence d'une cure de chimiothérapie.

Lorsque j'ai annoncé à la patiente que je venais pour le soin de bouche, j'ai lu dans son regard de l'appréhension, ce qui a été confirmé par ses propos. Quinze jours plus tôt, on lui avait arraché des dents pour mettre en place des prothèses dentaires complètes, et depuis cette intervention, sa bouche était très douloureuse.

Sa cavité buccale comportait des lésions, l'intérieur de ses lèvres ainsi que ses gencives étaient couvertes d'aphtes²⁵. Le matériel à disposition dans la chambre était composé de tampons, d'une pince Kocher et d'une solution Bichsel ®.

Il m'était inconcevable d'utiliser un tampon monté sur une bouche si ulcéreuse, je me suis procurée des bâtonnets pour administrer la prescription.

J'ai informé mon collègue de l'état de la bouche de cette patiente et il m'a dit être au courant. Cependant, lorsque j'ai noté mon intervention dans le dossier informatisé

²⁴ Disparition presque complète des polynucléaires neutrophiles circulant < 500/ μ l

²⁵ Petite ulcération superficielle siégeant sur la muqueuse buccale

Phoenix²⁶, je n'ai lu aucune information précédente sur l'état buccal de cette patiente, aucune note spécifique n'était inscrite dans le plan de soins journaliers.

Durant ce même stage, j'ai constaté à quel point une alimentation "plaisir"²⁷ pouvait aiguïser l'appétit du client et lui donner satisfaction. Les effets secondaires des traitements de chimiothérapie peuvent provoquer des nausées ou des atteintes à la sphère buccale. Souvent le patient n'a plus d'appétit, gêné par les effets du traitement. C'est du ressort du personnel soignant de proposer des repas que le client apprécie.

J'ai soigné un client qui me disait avoir peu d'appétit devant une alimentation lisse. En raison d'une perte de poids importante, ses prothèses dentaires n'étaient plus ajustées correctement et il ne pouvait plus mastiquer, voilà la raison de son régime lisse.

Lorsque j'ai fait part de cette situation à mon infirmière référente du jour, elle m'a répondu que le patient pourrait faire régler son appareil dentaire lors de sa sortie, prévue un mois plus tard. Il pourrait aussi s'absenter de l'hôpital pour consulter un technicien dentiste, mais cela lui était impossible vu son état.

Ces différentes situations m'ont interpellée :

- est-ce que je donne des soins de bouche de qualité ?
- des muqueuses buccales roses et humides sont-elles les seuls signes d'une cavité buccale saine ?
- pourquoi être contraint à manger une cuisine insipide parce que les prothèses ne sont plus adaptées ?

J'ai été confrontée à la réalité du terrain lors de mes stages pratiques. Parfois stressée, je n'arrivais pas à prendre soin de la personne souffrante, aussi bien que je l'aurais voulu. Faute de temps et d'organisation personnelle, j'ai parfois oublié un soin de bouche, préoccupée par des soins plus "urgents"²⁸.

Le soir, en faisant le bilan de ma journée, j'éprouvais de l'insatisfaction car j'avais oublié un acte simple, mais indispensable pour le confort du client.

Oublier un soin de bouche une fois dans une journée est une négligence²⁹ professionnelle, mais renoncer à ce soin durant plusieurs jours est pour moi assimilé à de

²⁶ Nom du programme du dossier de soins informatisé au sein du Réseau Santé Valais

²⁷ Aliment ou présentation du repas qui ouvre l'appétit

²⁸ Administrer un médicament, effectuer un injection, réfection d'un pansement, etc.

²⁹ **Négligence** : Faute non intentionnelle, consistant à ne pas accomplir un acte qu'on aurait dû accomplir. Définition Petit Robert 2008

la maltraitance³⁰. Une absence de soins buccodentaires pourrait avoir des effets négatifs sur la santé globale du client.

Un fait qui m'a également interpellée, c'est l'absence de transmissions orales et écrites sur la cavité buccodentaire. Je pense que ce manque de visibilité vis-à-vis de ce soin d'hygiène peut influencer le fait qu'il soit parfois oublié, et ainsi nuire à la continuité des soins.

1.2.3. Motivations économiques et politiques

Selon l'ordonnance du DFI³¹ sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, dans l'article 7 - Définition des soins : *soins de base*, il est clairement défini : aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche³².

Je constate que, dans notre législation suisse, le terme de soin de bouche est spécifié et s'inscrit dans la définition des soins de base.

Les soins de base dépendent du rôle autonome de l'infirmière, c'est une des motivations qui m'a amenée à effectuer ce travail de recherche orienté sur les compétences dévolues au rôle infirmier.

Grâce à cette recherche, je souhaite dans ma pratique professionnelle, au travers de mes actes promouvoir l'importance du soin de bouche.

La citation de Virginia Henderson ci-dessous reflète la réflexion personnelle que je veux appliquer dans ma vie professionnelle.

"L'état de la bouche des malades est un des meilleurs indices de la qualité des soins infirmiers"³³.

³⁰ Ceci est une opinion personnelle. Maltraitance : Mauvais traitement, traiter avec inhumanité. Définition Petit Robert 2008

³¹ DFI : Département Fédéral de l'Intérieur

³² DFI [en ligne]. Adresse URL http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html#id-1 Berne 1er août 2008

³³ Citation tirée de Nicolas N., Tensaout H., Compagna L. et [al.]. Les soins de bouche : une question de dignité pour les patients en fin de vie. In : *Congrès 2006, Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Centre affilié à l'Université de Montréal.* [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES_2006/20006_A-6.pdf. (consultée le 18 août 2008)

Des facteurs socio-économiques et politiques peuvent limiter l'accès aux soins dentaires puisque, actuellement, ceux-ci ne sont pas pris en charge par les assurances sociales dans notre pays.

En effet, la loi fédérale suisse n'inclut pas les soins buccodentaires dans les soins de base reconnus par la LAMal³⁴, à quelques rares exceptions près.

L'article 31 dit que : " L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires, s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Elle prend aussi en charge, les coûts du traitement des lésions du système de la mastication causées par un accident. ³⁵"

L'article 32 dit que : "Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement. ³⁶ "

Dans les milieux hospitaliers du RSV³⁷ et au sein de l'ASI, les normes de qualité pour les soins infirmiers sont un des objectifs de travail pour garantir des soins optimaux. A son modeste niveau, mon travail de recherche Bachelor s'inscrit dans ce contexte.

Selon l'office fédéral des statistiques³⁸, en 2006, un ménage suisse dépense le 6% de son revenu brut pour le paiement des primes à l'assurance maladie. En comparaison, il dépense 7% pour l'alimentation.

Les coûts de la santé ne cessent d'augmenter chaque année et la tendance ne montre pas de fléchissement

³⁴ Loi de l'assurance maladie.

³⁵ Informations tirées du site web de la Confédération Suisse. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a31.html

³⁶ Informations tirées du site web de la Confédération Suisse. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html

³⁷ Réseau Santé Valais qui comprend les sites hospitaliers de St.-Maurice, Martigny, Sion. Sierre, Montana, Viège et Brigue

³⁸ Office fédéral des statistiques
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.110520.pdf>

Selon un article de la Revue Médicale Suisse³⁹, un mauvais état buccodentaire, et surtout une hygiène négligée peuvent devenir un facteur de risque pour la santé générale et la qualité de vie. Les complications liées aux affections buccodentaires, particulièrement les pathologies pulmonaires (la pneumonie) et cardiaques (l'endocardite infectieuse)⁴⁰ peuvent occasionner une prolongation du séjour hospitalier, ce qui engendre des coûts supplémentaires pour le patient et pour la collectivité publique.

La maîtrise des coûts de la santé est une problématique qui concerne toute la population, la confédération, les cantons qui sont les propriétaires des établissements hospitaliers, les assurances sociales, les fournisseurs de soins ainsi que les individus qui utilisent ces prestations.

1.3. Compétences argumentées en regard de l'objet d'étude

Cette recherche va me permettre d'évoluer dans mon processus d'apprentissage, en me basant sur le référentiel de compétences⁴¹. Je développe ci-dessous celles que je pense approfondir au travers de mon Travail de Bachelor :

Compétence 5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'objectif de cette recherche est d'améliorer ma pratique infirmière.

Je souhaite par cette compétence pouvoir mieux me positionner dans mon rôle professionnel, adopter une attitude qui renforce mes valeurs et favorise celles du client.

- Utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique

Dans le cadre de mon travail de Bachelor, je vais essayer de répondre à ma question centrale de recherche, en analysant les données recueillies⁴² grâce à des concepts⁴³ et à une méthode précise. Suite à cela, je partagerai mes résultats avec mon directeur de mémoire puis, à la soutenance, avec les experts et les personnes présentes.

³⁹ Revue médicale suisse N° 586 20.11.2002 *Interventions buccodentaires chez les personnes âgées.*

⁴⁰ Les complications liées aux affections buccodentaires sont développées sous le chapitre 3.1.3

⁴¹ Référentiel de compétences Bachelor HES-SO. Annexe 4

⁴² Résultat des entretiens et des lectures

⁴³ Les concepts sont des idées abstraites qui représentent des comportements ou des caractéristiques que l'on peut observer concrètement. Marie-Fabienne Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*, Edition Chenelière Education, Québec, 2006, page 92

- Participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques

Depuis le début de la démarche, les principes éthiques de l'ASI, respect et dignité de la personne, ont guidé ma recherche.⁴⁴

- S'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain

J'ai cherché des aspects théoriques et épidémiologiques dans la littérature infirmière et médicale, dans les articles et études scientifiques infirmières et également sur Internet. Pour comparer mes données avec la réalité du terrain, j'ai contacté des professionnels afin de cibler ma question de départ.

J'ajoute que l'évaluation de la démarche méthodologique se trouve à la fin de ce mémoire et sera également effectuée lors de la soutenance.

- Participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

Par la réalisation de ce travail, je vais tenter de répondre à cette compétence en utilisant les concepts et théories⁴⁵ acceptés par la communauté scientifique. Mon objectif premier est d'intégrer les éléments principaux dans ma future pratique professionnelle. J'espère également que les résultats puissent intéresser les futurs lecteurs de ma recherche.

Compétence 8 : Participer aux démarches qualité

- Évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle

Afin de promouvoir le soin de bouche, l'infirmière doit être capable de définir la nécessité du soin et d'évaluer ses bienfaits. Cette promotion de la santé s'exerce auprès de clients autonomes ou dépendants, afin d'obtenir leur collaboration pour prodiguer un soin de qualité, apprécié par la clientèle.

- Utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration

Afin de favoriser l'application systématique de ce soin auprès du personnel soignant, il faut avoir à disposition des outils, tels que des grilles d'évaluation et des protocoles de

⁴⁴ Je ne développe pas ce point ici, car j'y reviens plus loin dans la section " Méthodologie".

⁴⁵ Une théorie est un ensemble cohérent de concepts, de propositions et de définitions qui vise à décrire, à expliquer ou à prédire des phénomènes. Marie-Fabienne Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*, Edition Chenelière Education, Québec, 2006, page 12

soins. J'espère arriver au travers de mes lectures et des entretiens à définir les besoins réels sur le terrain.

- Fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

En effectuant cette recherche, j'espère être capable d'évaluer les outils existants tout en appréciant leur résultat sur le terrain.

Compétence 9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- Intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique

Au travers de mes lectures, j'ai découvert l'utilisation de grilles d'évaluation de la cavité buccale. Je vais intégrer dans ma pratique professionnelle l'utilisation d'un tel outil, afin de prodiguer des soins de bouche en me basant sur des faits observables et mesurables.

- Prend des initiatives et assume les décisions relatives à la pratique professionnelle

Exposer à mes futures collègues la possibilité d'évaluer l'état buccal à l'aide d'outils appropriés et de les utiliser dans le quotidien. Sensibiliser mes futures collègues aux bienfaits d'une bonne hygiène buccale au travers de ma pratique professionnelle.

1.4. Objectifs personnels d'apprentissage

- Identifier les caractéristiques de la recherche à partir de mes lectures et de l'entretien exploratoire, développer mon esprit critique par rapport aux écrits existants.
- Etablir les relations entre les différents éléments issus des entretiens, être capable de les organiser de manière systématique dans le but de faire une synthèse
- Réaliser une recherche qualitative, évaluer et argumenter le processus dans sa globalité, de la question de départ à la communication des résultats.

2. Problématique

La bouche nous accompagne tout au long de notre vie, c'est par elle que nous produisons notre premier cri et c'est à travers elle que s'échappe notre dernier souffle.

La bouche est en relation avec tout le corps et notre état général y est totalement associé. Fonctions vitales, fonctions affectives, fonctions de communication, elle est le carrefour des échanges fondamentaux du corps humain.

Lors de mes recherches bibliographiques, j'ai constaté une unanimité quant à la priorité qui doit être donnée aux soins buccodentaires dans la pratique quotidienne des soins d'hygiène. " Le soin de bouche est un soin infirmier essentiel et prioritaire"⁴⁶.

Afin de développer la problématique rencontrée dans la pratique des soins buccodentaires, je développe ci-dessous les étapes nécessaires pour un soin buccodentaire optimal.

Bien que l'on reconnaisse son importance, "l'hygiène buccale est souvent négligée lors de la planification quotidienne des soins"⁴⁷. Le personnel soignant rencontre des difficultés à évaluer l'état buccodentaire, il n'a pas toujours connaissance des objectifs à atteindre pour ce soin, ni des caractéristiques d'une bouche saine⁴⁸.

Les objectifs des soins buccodentaires sont multiples. Le soin vise à la prévention de la sphère buccale, à la réduction de la sévérité et à la diminution de la durée des affections et des complications. Il assure le bien-être et le confort du patient. Le but est de maintenir la fonction essentielle de la respiration, une meilleure communication, une alimentation adéquate, ainsi qu'une hydratation suffisante, en conservant ainsi sa capacité fonctionnelle⁴⁹ permettant au client une meilleure estime de soi⁵⁰.

⁴⁶ Protocole soins de bouche Clinique Saint-Amé Réseau Santé Valais. Document en phase de validation.

⁴⁷ PEDRO da SILVA Valérie, DESMARET Valérie, TRIVALLE Christophe. *Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs*. Revue : Soins gérontologies. 2005, n° 51 p.36-39

⁴⁸ MASSON. *L'infirmière et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique*. Paris: Masson, 1999 chapitre 6 p. 146-152

⁴⁹ Lorsque la capacité fonctionnelle de la région buccodentaire est ébranlée, en cas d'aphtes par exemple, diverses fonctions sont touchées. L'alimentation, l'hydratation, la respiration ainsi que la communication sont atteintes dû, principalement, à la douleur. Mes propos ne sous-entendent pas de généralisation.

Pour prodiguer des soins de bouche de qualité, adaptés aux besoins de la clientèle, il est nécessaire de contrôler l'état buccal, en utilisant un outil simple d'évaluation de la sphère buccodentaire.

L'outil qui est le plus souvent mentionné est la grille d'évaluation "Oral assessment guide" OAG⁵¹ (guide d'évaluation oral). Il est décrit comme un outil simple, pratique qui détermine un score qui définit l'état buccal du client. Celui-ci peut être retranscrit en terme de diagnostic infirmier sous l'intitulé "Atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale". Les établissements des HUG (hôpitaux universitaires de Genève) ont adapté leur propre grille à partir de celle OAG.

Selon le bulletin du CAPP (Contact Avis Pharmacologie et Pharmaceutique)⁵² du HUG, il est mentionné l'importance d'évaluer systématiquement l'état de la bouche à l'admission de chaque patient. Cette recommandation est également mentionnée dans l'étude de Caroline Hollebeque⁵³

Elisabeth Guggisberg, infirmière spécialiste clinique au Centre de Soins Continus (CESCO) du HUG⁵⁴, écrit que l'utilisation du processus de soins infirmiers pour l'établissement du diagnostic infirmier facilite la mise en place des objectifs dans le plan de soin.

L'utilisation d'un protocole de soin adapté au patient est mentionnée à plusieurs reprises. Selon Gaëlle Krummenacher, infirmière coordinatrice des soins palliatifs à la clinique de St.-Amé RSV (Réseau Santé Valais), "Il est essentiel de pouvoir unifier les pratiques et informer clairement les soignants de ce que l'on peut utiliser, le but est aussi d'améliorer la qualité de ces soins".

On insiste également sur le fait que l'action mécanique et la fréquence du soin priment sur

⁵⁰ L'estime de soi est une attitude intérieure qui consiste à se dire qu'on a de la valeur, qu'on est unique et important. C'est se connaître et s'aimer comme on est avec ses qualités et ses limites. C'est s'apprécier et s'accepter comme on est.

Association canadienne pour la santé mentale <http://www.acsm-ca.qc.ca/coffres-a-outils/1999/estime-de-soi.pdf>

⁵¹ Grille annexe 7

⁵² Bulletin d'information du CAPP N° 37 décembre 2005

⁵³ HOLLEBEQUE Caroline. *Soins de bouche chez les personnes âgées : enquête auprès des patients et du personnel soignant de quatre EHPAD de Brest Métropole océane*. Brest : Université de Bretagne occidentale Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire N° 29011, 2006, 107 p.

⁵⁴.Revue soins infirmiers 1/89

le type de produit utilisé⁵⁵. Selon l'étude américaine de Stiefel et al.⁵⁶ parue en 2000, "l'omission des soins buccodentaires pendant deux à six heures annule les bénéfices des soins prodigués antérieurement".

Dans les conclusions d'une étude réalisée sur les soins de bouche en Valais en 1997⁵⁷, les soins de bouche sont de qualité et de fréquence insuffisantes. La cause invoquée étant le manque de temps ainsi que la difficulté pour les soignants à s'auto-évaluer.

Au travers de mes lectures, le manque de temps, même s'il est nommé à plusieurs reprises, n'est pas la principale cause de négligence envers ce soin. Comme cité précédemment, la difficulté d'évaluer l'état buccal, l'utilisation aléatoire d'un protocole de soins sont des obstacles plus souvent nommés dans les études et revues professionnelles.

Selon une étude réalisée en France en 2001 par Marie-Fleur Bernard,⁵⁸ c'est vers une réhabilitation des soins de bouche que les soins infirmiers doivent s'orienter.

Afin de prodiguer et promouvoir des soins de bouche de qualité au sein d'une institution, il est essentiel que le personnel soit formé. Que ce soit dans la recherche de Marie-Fleur Bernard infirmière spécialiste clinique, ou celle de Caroline Hollebeque, chirurgien dentiste, il ressort une insuffisance notable quant à la formation des soignants en matière de soins buccodentaires. Les enquêtes ont révélé une méconnaissance, voire une absence d'application des recommandations.

Dans la pratique, différentes études⁵⁹ dont celle de Genoud François⁶⁰ ont démontré que les cours proposés aux professionnels sont peu ou pas demandés.

⁵⁵ KAESTLI L.-Z., et al Les soins de bouche Revue *Médecine & Hygiène* article n° 2505, revue n° 495

⁵⁶ STIEFEL, K.A.[et al] Amélioration de l'hygiène buccodentaire pour le patient gravement malade : La mise en œuvre fondée sur la recherche pratique. *Nursing Journal Medical-Surgical*. N°9, p.40-43,46. février 2000

⁵⁷ FARDEL Corine, FOURNIER Dominique, SAVIOZ Pascale. *Qu'en est-il des soins de bouche en milieu hospitalier ?* Sion : Ecole valaisanne en soins infirmiers Travail de diplôme, 1997, 66 p.

⁵⁸ BERNARD Marie-Fleur. *Projet pour une réhabilitation des soins de bouche aux personnes âgées en fin de vie. Mobilisation des équipes soignantes*. Thonon : Mémoire du certificat d'Infirmière Spécialiste Clinique, 2001, 200p.

⁵⁹ Ibid note 58 et 53

⁶⁰ GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p.48-52.

Si les personnes les plus touchées par des problèmes buccodentaires reste en majorité les enfants et les personnes âgées⁶¹, à tous les âges de la vie, l'hygiène buccale est importante et ceci en particulier lorsque le client hospitalisé est dépendant du personnel soignant pour les soins de base. Si les soins d'hygiène de base sont bien intégrés dans la pratique quotidienne des soignants, le soin buccodentaire n'y est pas inclus systématiquement. Il est souvent oublié, c'est le parent pauvre des soins infirmiers⁶².

Le rôle du soignant s'exerce également au niveau de la promotion du soin de bouche, afin de sensibiliser le client autonome ou dépendant, plus particulièrement lors de pathologies⁶³ ou de traitements médicaux⁶⁴ ayant des effets secondaires sur la cavité buccodentaire.⁶⁵

Selon les études de Marie-Fleur Bernard et de Caroline Hollebeque, la collaboration interdisciplinaire qui est primordiale pour garantir la continuité des soins fait souvent défaut.

On ne peut pas parler de continuité des soins sans évoquer les transmissions infirmières. Selon l'étude effectuée pour le diplôme National de Soins Palliatifs et d'accompagnement⁶⁶, les informations inscrites dans le dossier de soins infirmiers sont insuffisantes et ne favorisent pas la continuité des soins.

Le soin de bouche est un auto-soin, accepter que quelqu'un d'autre puisse le faire n'est pas sans conséquence. Le refus du soin est relevé dans le travail de diplôme⁶⁷ effectué en Valais en 1997, il est également mentionné dans l'étude de Marie-Fleur Bernard, mais elle constate que l'art de présenter et de réaliser le soin de bouche facilite son acceptation.

⁶¹ OMS : Organisation mondiale de la santé Rapport sur la santé buccodentaire dans le monde en 2003

⁶² BERNARD Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Revue : Objectif soins*. 2003, N° 113 p.22-31

⁶³ Cf chapitre 3.1.3 Les troubles dentaires et buccaux

⁶⁴ Chimiothérapie, radiothérapie, corticoïdes en aérosol, ainsi que les médicaments qui rendent la bouche sèche

⁶⁵ Centre régional de Hamilton. *Soins de bouche : feuillet à l'attention du patient*. Ontario : Comité de formation des patients du centre régional de cancérologie, 2005 2p.

⁶⁶ G. DEMOTA, S. VIELLEFON *L'évaluation du Soin de Bouche en phase palliative : une continuité des soins ?* Tours : Faculté de médecine, Diplôme National de Soins palliatifs et d'accompagnement, 2004, 34 p.

⁶⁷ Ibid note 57 page 17

La bouche est un endroit intime. Face aux soins buccodentaires, le ressenti de l'infirmière joue un rôle dont on mesure difficilement l'impact.⁶⁸

La bouche est un organe symbole : l'organe de la parole, de l'alimentation, du goût, du plaisir, de la respiration, l'organe de communication et de la sensualité.

La bouche a un rôle primordial dans l'aspect du visage, la mimique et le sourire.

Si l'on se réfère à la définition du soin de bouche, on mesure l'influence d'une hygiène buccodentaire négligée sur la qualité de vie, et son retentissement sur les besoins essentiels à la vie, que ce soit du point de vue physique ou psychique.

Au travers des étapes nécessaires à l'accomplissement d'un soin de bouche de qualité, on mesure l'importance du rôle infirmier, et l'influence de son implication professionnelle sur la qualité de vie du patient.

Les études les plus récentes sont françaises. J'ai cherché des informations sur ces pratiques en Suisse romande au travers d'articles de revues scientifiques et de deux études sur le sujet.

Pour le Valais romand, j'ai pris connaissance de l'étude effectuée en 1997. J'ai également eu un entretien exploratoire avec une infirmière travaillant au sein d'une clinique du Valais romand, et échangé une correspondance par e-mail avec M^{me} Gaëlle Krummenacher⁶⁹.

Les conclusions se rejoignent : si la nécessité du soin est une évidence, pourquoi celui-ci reste-t-il le parent pauvre des soins infirmiers ?

Pourquoi son intégration dans les soins d'hygiène de base se fait-elle si difficilement ?

Ces réflexions m'ont amenée à la question de recherche suivante :

⁶⁸ BERNARD Marie-Fleur. *Projet pour une réhabilitation des soins de bouche aux personnes âgées en fin de vie. Mobilisation des équipes soignantes*. Thonon : Mémoire du certificat d'Infirmière Spécialiste Clinique, 2001, 200p.

⁶⁹ Op page 16

2.1. Question de recherche

Quels sont les conditions⁷⁰ et les obstacles⁷¹ au développement⁷² des soins buccodentaires de qualité⁷³ ?

Pour les infirmières travaillant dans une unité de médecine et de soins palliatifs au sein du Réseau Santé Valais.

2.2. Hypothèses

Sur la base de la question de recherche rédigée au point 2.1, ainsi que sur la réflexion faite lors de la problématique, nous⁷⁴ avons formulé les quatre hypothèses suivantes :

1. Les soins de bouche non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière.
2. Le ressenti de l'infirmière face aux soins de bouche influencerait la pratique quotidienne du soin.
3. Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins de bouche lors de la formation initiale des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.
4. L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire ainsi que des diagnostics infirmiers intégrés au projet de soins amélioreraient la qualité du soin.

Après l'évaluation des hypothèses mentionnées ci-dessus, nous avons vite compris l'immensité de la tâche. Nous en avons discuté avec notre directrice de mémoire et avons décidé de nous partager le travail. Le facteur qui a influencé ce choix, est le temps à disposition pour réaliser ce travail de Bachelor, et le fait qu'il s'inscrive dans un contexte de recherche initiale. Le partage des hypothèses s'est fait de la manière suivante: Suzi

⁷⁰ Par condition, je sous-entends, celles mises à disposition pour les infirmières afin de prodiguer des soins buccodentaires de qualité. Comme la formation, les outils d'évaluation, le matériel à disposition, l'utilisation de diagnostics infirmiers spécifiques etc

⁷¹ Par obstacles, je sous-entends, ceux qui entravent le bon déroulement du soin. Comme le ressenti des infirmières, le manque de formation spécifique à ce soin, le matériel, l'absence d'unification du protocole, la non collaboration du client etc.

⁷² Par développement, je sous-entends, la pratique quotidienne du soin

⁷³ Le terme de qualité est repris et argumenté dans le cadre de référence au chapitre 3.5 - La qualité des soins.

⁷⁴ Le nous, sous-entend Suzi Sobral, ma partenaire sur ce travail, ainsi que moi-même.

Sobral travaille sur les hypothèses trois et quatre et moi-même sur les hypothèses une et deux.

2.3. Objectifs

Après avoir décrit la problématique de mon sujet d'étude, je me suis fixée trois objectifs :

- Nommer et identifier les méthodes prises par les infirmières pour évaluer l'état buccodentaire du client hospitalisé.
- Proposer une réflexion sur les soins de bouche afin de sensibiliser les équipes soignantes et d'améliorer les soins qu'elles dispensent.
- Développer mes connaissances au niveau des soins buccodentaires.

3. Cadres de référence

Dans ce chapitre, sont présentés les différents cadres de références qui me permettront dans un deuxième temps d'écrire mon analyse. J'introduis ce chapitre en évoquant la bouche⁷⁵, ensuite je continuerai par les soins palliatifs, puis le rôle infirmier et enfin la qualité des soins. Le contenu de chaque chapitre a été rédigé en lien avec mon objet de recherche.

3.1. La bouche

3.1.1. Anthropologie de la bouche

" Elle est belle, la bouche. Tout commence par elle, du premier cri à la première tétée, du premier baiser d'amour au dernier baiser d'adieu".⁷⁶

La bouche nous accompagne tout au long de notre vie, c'est par elle que nous produisons notre premier cri et c'est à travers elle que s'échappe notre dernier souffle.

⁷⁵ Je tiens à préciser que l'anatomie, la physiologie de la bouche et les prothèses dentaires ne sont pas présentes dans ce chapitre mais en annexe. Annexe II.

⁷⁶ OLIEVENSTEIN Claude. *Ecrit sur la bouche* p. 9 Editions : Odile Jacob France 1995 245 p

La bouche est source de plaisir

Au début de notre vie, c'est par la bouche que nous éprouvons du plaisir en tétant pour obtenir notre nourriture. Le psychanalyste Sigmund Freud décrit dans le développement psycho sexuel de l'enfant, la zone bucco labiale comme étant la zone érogène du stade oral, qui recouvre approximativement la première année de vie. La bouche permet de faire passer à l'intérieur de soi des éléments de l'environnement extérieur, comme la nourriture ou les informations sensitivo-sensorielles.

La bouche est gourmande, mais c'est la langue qui détecte les saveurs, les cellules gustatives étant réparties sur la langue et le palais. Lorsqu'un repas nous est présenté, nous nous réjouissons tout d'abord avec les yeux, ensuite c'est l'odorat qui entre en jeu pour aiguïser notre appétit, mais sans le goût notre repas serait insipide et nous n'aurions aucun plaisir à le déguster.

La bouche est symbole de séduction

La frontière entre l'intérieur de soi et l'extérieur est délimitée par les lèvres.

Les yeux et la bouche sont des atouts de séduction, ce sont eux que l'on rencontre en premier. Les lèvres s'exposent au regard des autres, elles marquent le rythme de notre vie affective, et de nos répulsions également. "Elles sont garantes de l'authenticité des sentiments, quand bien même les propos sont démentis par la lippe"⁷⁷. Le sourire est l'expression faciale non verbale d'une émotion. "Il naît de sentiments positifs comme le plaisir, la gaieté, l'affection, la tendresse, la sympathie, mais aussi négatifs comme l'ironie, le mépris ou la cruauté"⁷⁸. Le sourire est généralement signe d'apaisement, il indique une absence d'agressivité. Le sourire est un signe de sociabilité, un visage souriant est plus agréable à observer qu'un faciès grimaçant.

Les dents participent également à la séduction, à l'esthétique du visage, et sont le support de l'image sociale. Dans la société actuelle, les dents sont la cible des publicitaires. Les portraits de personnes souriant de leurs belles dents immaculées sont utilisés pour toutes les publicités quel que soit le produit représenté.

" Les dents blanches, propres et saines sont synonymes de vie saine et procurent un bien-être psychologique élevé. Inversement la perte des dents, les caries importantes et

⁷⁷ Ibid p. 93

⁷⁸ Qu'est-ce qu'un sourire ? Musée du sourire virtuel. Adresse URL : http://www.museedusourire.com/index.php?option=com_quickfaq&view=category&cid=1&Itemid=54 (consulté le 14 février 2008)

les dents cassées affectent l'apparence physique du patient et donnent l'impression de négligence et de malpropreté⁷⁹.

Ce sont les lèvres qui forment le baiser⁸⁰. Le baiser est une marque d'affection ou/et de respect dans de nombreuses cultures, surtout occidentales. On distingue le baiser amical que l'on se donne mutuellement sur la joue entre amis et qui est une marque d'affection souvent désignée par le terme "bise", du baiser amoureux donné sur la bouche ou sur une autre partie du corps, qui lui est une expression d'affection romantique ou de désir sexuel.

"Sauf cas d'odeur insupportable, le baiser est bonheur, instant exceptionnel de la rencontre du plaisir".⁸¹

Le baiser est vie, désir; il nourrit et aide à grandir. Dès la naissance, le bébé reçoit des marques d'affection de son entourage au travers des baisers. La mère ressent du plaisir à les donner et l'enfant à les recevoir. Plus tard, l'enfant est capable de donner lui-même un baiser. A partir de l'adolescence le baiser câlin se transforme en baiser sensuel, premières prémices de la relation amoureuse.

La bouche est synonyme de communication

Le langage est une aptitude innée à communiquer propre à l'être humain, il est communication avec les autres et permet de créer des relations. Si le langage des signes permet également d'exprimer ses pensées, le langage oral ajoute du son aux mots.

Ce n'est pas la bouche qui choisit les mots, mais c'est elle qui les met en scène, comme d'ailleurs elle met en scène les tonalités, la sonorité : la bouche confère du bouquet, du corps, de la robe aux mots.⁸²

La bouche est siège de dualité

La bouche permet de créer des contacts grâce au baiser ou au langage, mais parfois la bouche est cri et douleur. Une bouche saine s'ouvre et favorise la communication, mais la bouche souffrante reste silencieuse, instant déroutant pour celui qui attend les mots qui ne viennent pas et moment de frustration pour celui qui n'arrive plus à les prononcer. La

⁷⁹ CARON, Christian. *L'hygiène buccodentaire, chapitre 13*. In : VOYER, Philippe. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (éd.). Québec : ERPI, 2006, p. 193-203.

⁸⁰ Baiser : action de poser ses lèvres (sur le visage, la main ou une autre partie du corps d'une personne). Petit Robert édition 2008

⁸¹ OLIEVENSTEIN Claude. *Ecrit sur la bouche* p. 65 Editions : Odile Jacob France 1995 245p

⁸² Ibid p. 180

bouche saine autorise toutes les audaces, la bouche souffrante reste fermée vers son soi intérieur qui demeure impénétrable à autrui.

3.1.2. Processus digestif se déroulant dans la bouche

La digestion commence dès que de la nourriture est apportée au niveau de la bouche. Les aliments ingérés subissent des processus mécaniques et chimiques qui vont permettre la dégradation des nutriments. " La cavité orale assure l'ingestion, amorce la digestion mécanique par la mastication et effectue la déglutition qui marque le début de la propulsion⁸³ ". Au niveau de la bouche, on ne dispose que d'un seul processus chimique. " L'amylase salivaire (enzyme de la salive) amorce la dégradation chimique des polysaccharides (amidon et glycogène) en fragments plus petits de molécules de glucose liées⁸⁴ ".

Au niveau de la cavité buccale, il n'existe presque pas d'absorption à l'exception de certains médicaments comme la Trinitrine Simple Laleuf® (la nitroglycérine est le principe actif). Ce médicament est un anti angineux du groupe des dérivés nitrés, il intervient de manière rapide, son action est immédiate.

La mastication

" Lorsque la nourriture pénètre dans la bouche, sa digestion mécanique est amorcée par la mastication⁸⁵ ". La mastication consiste alors à écraser, à broyer les aliments dans la cavité buccale à l'aide des dents (principalement les molaires) pour former de petits morceaux. Au même moment, les aliments sont imprégnés de salive afin de les ramollir.

" La mastication est partiellement volontaire et partiellement due à des réflexes⁸⁶ ". En effet, la mastication est volontaire car chacun de nous choisit de mettre la nourriture dans la bouche et d'activer les muscles qui ferment la mâchoire. " En revanche, les mouvements continus des mâchoires sont commandés par des réflexes d'étirement des

⁸³ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 921.

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ Ibid

muscles masticateurs et par réaction à la pression qui stimule des mécanorécepteurs⁸⁷ situés dans les joues, les gencives et la langue⁸⁸ ".

La mastication peut devenir difficile pour une personne âgée. Le fait de n'avoir plus de dents, des prothèses inadaptées ou diverses pathologies buccales etc. peuvent influencer la mastication.

La déglutition

La nourriture, avant d'être acheminée de la bouche aux autres organes (pharynx, œsophage, estomac⁸⁹) est compactée à l'aide de la langue en bol alimentaire. " La déglutition est un processus complexe résultant de l'activité coordonnée de plus de vingt-deux groupes musculaires différents⁹⁰ ".

Deux étapes font partie de la déglutition : l'étape orale et l'étape pharyngo-œsophagienne.

- " L'étape orale est volontaire et se déroule dans la bouche. A ce stade, nous plaçons le bout de la langue contre le palais osseux et nous la contractons pour pousser le bol alimentaire dans l'oropharynx. Lorsque la nourriture parvient dans le pharynx, elle stimule des récepteurs tactiles et échappe à notre maîtrise ; son mouvement dépend alors uniquement de l'activité réflexe involontaire⁹¹ ".
- " L'étape pharyngo-oesophagienne de la déglutition est réglée par le centre de la déglutition situé dans le bulbe rachidien et la partie inférieure du pont. Ce centre transmet des influx moteurs aux muscles du pharynx et de l'œsophage par l'intermédiaire de divers nerfs crâniens, en particulier les nerfs vagues⁹² ". Grâce au

⁸⁷ " Les mécanorécepteurs produisent des influx nerveux lorsqu'eux-mêmes ou les tissus adjacents sont déformés par des facteurs mécaniques tels que le toucher, la pression (y compris la pression artérielle), les vibrations, l'étirement et la démangeaison ".

MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 504

⁸⁸ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 921.

⁸⁹ Les organes annexes (pharynx, œsophage et estomac) sont cités mais ne sont pas développés, car ils ne concernent pas directement le sujet du travail.

⁹⁰ MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Pearson Education. 2005, p. 921.

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

péristaltisme, la nourriture est acheminée du pharynx vers l'œsophage puis jusqu'à l'estomac.

La presbyphagie est " l'ensemble des modifications structurelles et fonctionnelles du vieillissement sur la déglutition⁹³ ". Certains troubles comme les troubles de la vigilance (sommolence), les troubles de la posture, les affections au niveau de la sphère ORL, un mauvais état buccodentaire, les troubles masticatoires, etc. peuvent être des facteurs de risque à la déglutition de la personne âgée.

3.1.3. Les troubles dentaires et buccaux

Dans ce chapitre, les troubles dentaires et buccaux ainsi que les causes associées vont être traitées. Je tiens à souligner que ne seront abordées que les lésions, les affections les plus fréquemment rencontrées, lors de mes lectures.

Les affections buccales

L'halitose

L'halitose est communément appelée mauvaise haleine, elle peut avoir plusieurs origines. " Dans 85 à 90 % des cas, le problème réside au niveau de la langue et de la cavité buccale qui comportent de nombreuses niches dans lesquelles les bactéries peuvent se loger et se multiplier⁹⁴ ". "Dans 5 à 8 % des cas, l'halitose a une autre origine telle que problèmes digestifs, inflammation de la région pharyngée ou diabète⁹⁵ ".

Le traitement est en premier lieu une bonne hygiène buccodentaire. Le nettoyage de la langue est nécessaire. " Environ 60% des micro-organismes colonisant la cavité buccale sont localisés à la surface de la langue⁹⁶". Les causes sous-jacentes, les problèmes digestifs, inflammation de la région pharyngée ou diabète, doivent être traités en priorité.

⁹³ BAYLON H., PERETTI C. Les troubles de la déglutition. *Centre de Gérontologie Clinique CHU de Montpellier*. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/troubles-deglutition.pdf>.

⁹⁴ SSO. *Société Suisse d'Odonto-stomatologie*. Mauvaise haleine. [en ligne]. Adresse URL : http://www.sso.ch/index.cfm?uuid=74B660CDD9D9424C4D3E11D0ACA7ED03&cmd=&o_lang_id=8

⁹⁵ Ibid

⁹⁶ LANG, Björn, FILIPPI, Andreas. *Clinique de chirurgie buccale, de radiologie et de stomatologie du Centre de médecine dentaire de l'Université de Bâle*. Mauvaise haleine ou halitose - 2^{ème} partie : Diagnostic et traitement. [en ligne]. Adresse URL : http://www.zahnaerzte.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=88237851D9D9424C4C3E036AD8C65593

La xérostomie

Le terme xérostomie désigne " la sécheresse excessive de la bouche due à une fabrication insuffisante de salive (hyposialie), voire nulle (asialie)⁹⁷ ".

Les personnes ayant une xérostomie sentiront avant tout une immense gêne et une sensation de soif exacerbée. L'alimentation ainsi que l'élocution seront plus difficiles. A terme ce trouble peut provoquer des pathologies comme des caries et des gingivites.

Les causes sont nombreuses. La xérostomie peut survenir en cas d'anxiété, de déshydratation, lors de la prise de certains médicaments (les atropiniques et les antidépresseurs), et lors de radiothérapie au niveau du visage ou du cou.

Le traitement est associé à la cause : administration de médicaments favorisant la salivation, arrêt du médicament responsable de la xérostomie, utilisation de salive artificielle, etc.

Les aphtes

" Les aphtes sont de petites ulcérations blanches et douloureuses sur la surface interne de la bouche⁹⁸ ".

Ils peuvent être situés au niveau de la langue, des gencives, du voile du palais ainsi que sur la surface interne des joues. Ils évoluent par poussées et peuvent être de différentes tailles. Si les aphtes sont de petites tailles (moins d'un centimètre), ils se nommeront aphtes miliaires, s'ils sont de grandes tailles (plus d'un centimètre) ils s'appelleront aphtes géants.

La cause exacte des aphtes reste inconnue, cependant certaines causes favorisent leur apparition. Les blessures causées par exemple par un plombage ou un dentier ainsi que les morsures peuvent provoquer des aphtes. Une mauvaise hygiène buccale, le stress, certains aliments (fromage, noix, noisettes, etc.), une carence en vitamine B12, peuvent aussi être des déclencheurs.

Le traitement préventif ainsi que la suppression des aliments déclencheurs sont importants pour une bonne hygiène buccale. Les aphtes durent en moyenne sept à huit jours. Chez certaines personnes, ils apparaissent et disparaissent sans traitement

⁹⁷ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1- 1219.

⁹⁸ DR DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Ed. France Loisirs, Paris 2004. p.1-988

médicamenteux. Mais s'ils persistent plus de 15 jours ou s'ils s'infectent, des bains de bouche antiseptiques, des antibiotiques ou des anesthésiques locaux peuvent être prescrits.

Le muguet

Le muguet est "une affection de la muqueuse buccale due à une levure, *Candida albicans*⁹⁹".

Le *Candida albicans* est un champignon qui se trouve partout dans notre corps (l'intestin et la peau par exemple). Le muguet est la conséquence d'un développement incontrôlé de celui-ci. Il se manifeste par un dépôt blanchâtre au niveau de la langue, du palais, des gencives, des joues, et peut se propager jusqu'à l'œsophage.

La cause principale est l'utilisation de manière incontrôlée d'antibiotiques mais il peut aussi être dû à une diminution du système immunitaire. Le muguet s'observe surtout chez les enfants, mais aussi chez les personnes âgées porteuses de prothèse dentaire ou chez un client immunodéprimé (Sida).

Le muguet est traité par des antifongiques.

Les maladies parodontales

La gingivite

La gingivite est une inflammation des gencives. Celles-ci deviennent alors rouges, tuméfiées, peuvent saigner et les dents peuvent, dans un ultime cas, se déchausser.

La cause de la gingivite est un mauvais brossage des dents. Un dépôt de tarte se forme sur la dent et irrite la gencive.

Le traitement préventif est conseillé, pour cela une bonne hygiène dentaire est préconisée.

Mais en cas de gingivite, le traitement consiste dans un premier temps à retirer le dépôt de tarte chez un dentiste, puis de reprendre un brossage minutieux au quotidien chez soi. En absence de traitement, la gingivite peut évoluer en parodontite. Celle-ci sera expliquée plus loin.

⁹⁹ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1- 1219.

La gingivite ulcéronécrotique

" La gingivite ulcéronécrotique est une affection entraînant très rapidement des destructions massives de la gencive et de l'os sous-jacent¹⁰⁰ ". Elle se manifeste par des saignements et des douleurs au niveau des gencives ainsi que par une nécrose des tissus gingivaux.

La cause de cette ulcération est déclenchée par des micro-organismes qui ne sont pas présents dans la bouche au départ.

Pour le traitement, une consultation chez un dentiste est nécessaire.

La parodontite

La parodontite est l'inflammation du parodonte¹⁰¹. " La parodontite touche entre 10 et 20% de la population¹⁰² " Elle se manifeste par la tuméfaction et la rougeur des gencives, des douleurs au contact d'aliments chauds ou froids, des saignements, une halitose et la mobilité des dents.

" Une parodontite est due à l'action néfaste de la plaque dentaire et du tartre, qui contiennent de nombreux germes, sur les tissus de soutien de la dent¹⁰³ ".

Le traitement débute par un polissage des racines, puis la pratique de soins buccodentaires corrects permet d'éliminer régulièrement la plaque dentaire.

La carie dentaire

La carie

La carie est " une maladie détruisant les structures de la dent, évoluant de la périphérie (émail) vers le centre de la dent (pulpe dentaire)¹⁰⁴ ". Elle se manifeste par des douleurs, une sensibilité accrue au froid et au chaud.

¹⁰⁰ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1- 1219, p. 431

¹⁰¹ " Le parodonte comprend les gencives, le ligament et l'os alvéolaire, qui forment les structures de soutien des dents. " DR DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Ed. France Loisirs, Paris 2004. p.1-988

¹⁰² BORN, Frédéric. Médecin-dentiste SSO Lausanne. *Soins de gencives: gingivite et parodontite*. [en ligne]. Adresse URL :http://www.dents-blanches.ch/soins_des_gencives_gingivite_et_parodontite.html.

¹⁰³ CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Ed. Larousse, Paris 2006. p.1- 1219, p. 761

La cause de la carie résulte de trois facteurs : la plaque dentaire, qui est une substance qui se forme sur la dent, composée de débris alimentaires, de mucus salivaire ainsi que de bactéries, l'état de la dent et l'alimentation. " Les bactéries de la plaque dentaire assimilent les sucres rapides, prolifèrent et sécrètent un acide qui attaque la dent et entraîne la formation d'une cavité, cela d'autant plus facilement que les tissus durs de la dent sont déminéralisés¹⁰⁵ ".

La prévention est importante. Un brossage fréquent et quotidien diminue la plaque dentaire et une alimentation pauvre en sucres est conseillée.

Pour le traitement, une consultation chez un dentiste est nécessaire.

L'abcès

L'abcès est une collection de pus suite à une carie dentaire qui n'a pas été traitée à temps ni correctement. L'infection se localise dans un premier temps au niveau de la pulpe, mais peut s'étendre à la racine puis à l'os.

L'abcès se manifeste par des douleurs au niveau des dents et de la mâchoire, une sensibilité accrue aux aliments et aux liquides froids ou chauds, un œdème au niveau de l'abcès, de la fièvre et de la fatigue.

Pour le traitement, une consultation chez un dentiste est nécessaire.

Les risques pour la santé générale

La bouche constitue la porte d'entrée de certaines affections, celles-ci peuvent avoir de graves conséquences sur la santé. Les caries non traitées ainsi que les parodontites peuvent engendrer de graves pathologies dues à la formation de foyers d'infection chronique à l'extrémité des racines ou au niveau du sillon de la gencive (formation d'une poche parodontale). En effet, les bactéries qui se trouvent au niveau des foyers se propagent par la circulation sanguine et peuvent atteindre certains organes cibles tels que le cœur, les reins et les poumons. Les bactéries stimulent la formation de caillots. Les répercussions sont graves voire très invalidantes, elles peuvent provoquer une endocardite (inflammation de la tunique interne du cœur le plus souvent due à des streptocoques), elles contribuent aussi à l'obstruction des artères coronaires ce qui peut

¹⁰⁴ Ibid. p. 171

¹⁰⁵ Ibid.

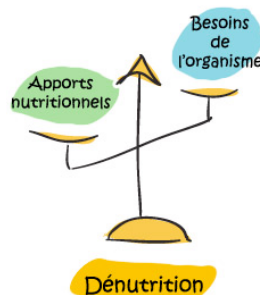
entraîner le décès du client. D'autres pathologies sont la glomérulonéphrite ou la pneumonie et des affections telles que le rhumatisme aigu au niveau des articulations, des névralgies, des douleurs articulaires et des affections des sinus peuvent également survenir.

Tous ces risques sont d'autant plus accrus lorsqu'ils concernent une personne âgée. La santé de cette population est fragilisée par le processus de vieillissement¹⁰⁶ ainsi que la perte d'autonomie physique et/ou psychique. Tous ces mécanismes s'établissent progressivement.

" L'hygiène buccodentaire est donc non seulement importante pour le maintien de la santé des dents et gencives, elle prévient aussi l'apparition de certaines maladies¹⁰⁷ ".

Risque de dénutrition

La dénutrition est la réponse à un apport insuffisant de différents nutriments. Elle résulte par un déséquilibre entre les apports nutritionnels (en déficit) et les besoins de l'organisme¹⁰⁸.



Déséquilibre entre les apports et les besoins¹⁰⁹

" Le vieillissement entraîne divers troubles sensoriels, fonctionnels, métaboliques et également immunitaires qui fragilisent l'organisme. Ces troubles limitent la capacité

¹⁰⁶ Le système immunitaire s'amointrit, ce qui va provoquer la multiplicité des pathologies. L'instauration de divers traitements est donc indispensable.

¹⁰⁷ SSO. Société Suisse d'Onto-Stomatologie. *Manuel d'hygiène buccale pour les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés*. Guide à l'usage des soignants. 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.mundgesund.ch/jmuffin/upload/Handbuch_210x155_f.pdf.

¹⁰⁸ Les besoins de l'organisme sont : les glucides, les protéines, les lipides, les vitamines ainsi que les minéraux.

¹⁰⁹ Dénutrition-gériatrie.com Définition de la dénutrition. 2008 . [en ligne]. Adresse URL : <http://denutrition-geriatrie.com/selection.php? Selection/d=1> (consultée le 17.10.2008)

d'adaptation des apports alimentaires aux besoins nutritionnels qui évoluent, ils sont susceptibles de conduire à une dénutrition globale comme à des carences spécifiques qui entraînent une dégradation de l'état général¹¹⁰. "

Certains signes sont caractéristiques d'une dénutrition, comme une peau sèche, " une perte de poids de 5% en 1 mois ou de 10% en 6 mois¹¹¹ ", une diminution de la masse musculaire, de l'asthénie, un manque d'appétit, des nausées, une langue rôtie douloureuse, des ongles cassants, etc.

Plusieurs facteurs peuvent influencer la survenue d'une dénutrition comme : des nausées, un état inflammatoire, de la constipation, un iléus, des dysphagies douloureuses, les effets secondaires des médicaments¹¹², mais aussi tous les troubles de la cavité buccale cités plus haut ou des prothèses mal ajustées qui pourraient provoquer des lésions. En effet, la douleur étant présente les clients diminueront les apports alimentaires ou s'abstiendront de manger.

3.2. Les soins buccodentaires

3.2.1. Technique de soins

Pour développer ce point, j'ai décidé de prendre comme référence le GUTS. Les participants au groupe de travail développent des protocoles¹¹³ concernant tous les actes pouvant être pratiqués par les infirmières. Il est ainsi l'outil de référence pour tous les étudiants en soins infirmiers en Valais, pour les étudiants en ASSC et pour les professionnels de la santé. Je tiens à préciser qu'il existe d'autres protocoles que celui sélectionné.

Le protocole¹¹⁴ qui est en lien avec mon sujet s'intitule " Soins de bouche " et se trouve sous la section " Soins d'hygiène et de confort ".

¹¹⁰ Nutri'Mission Seniors. Dépistage de la dénutrition. *Les causes de la dénutrition*. janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denuitration.com/pros/sujet_age/causes.php.

¹¹¹ Nutri'Mission Seniors. Dépistage de la dénutrition. *Quels sont les signes de la dénutrition ?* janvier 2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.depistage-denuitration.com/public/denuitration_seniors/signes.htm.

¹¹² Les médicaments tels que les morphiniques, les antibiotiques, etc.

¹¹³ Tous les protocoles peuvent être consultés sur le site <http://guts.hevs.ch>

¹¹⁴ Celui-ci est en intégralité en annexe 3

Le protocole en question commence par une brève définition des soins de bouche. C'est " l'action qui consiste à nettoyer la cavité buccale chez un bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même¹¹⁵ ". Puis, il développe précisément étape par étape la technique de ce soin. Il est précisé que le soin doit être effectué au minimum trois fois par jour après les repas. Le matériel utilisé est varié: pince Kocher, abaisse-langue, bassin réniforme, brosse à dent et dentifrice, tampons ou bâtonnets montés. Pour une exécution optimale de ce soin, le client doit se trouver dans une position confortable, l'infirmière aussi, et le temps à disposition ne doit pas être limité.

Ce protocole comprend une deuxième partie, " les soins des dents et des prothèses dentaires ". Cette deuxième partie commence également par une brève définition. Le soin des dents et des prothèses dentaires est une " Action qui consiste à nettoyer les dents et/ou les prothèses dentaires¹¹⁶ ". Le brossage doit se faire sur toutes les faces des dents et se terminer par le rinçage de la bouche.

Pour les soins des prothèses dentaires, l'infirmière ou le client doit déposer les prothèses dans un récipient prévu à cet effet et marqué par le nom du client. Les prothèses doivent être lavées à l'eau courante, puis brossées à l'aide d'une brosse à dent. Pour des raisons pratiques, la prothèse supérieure doit être mise en place avant la prothèse inférieure.

Je relève que ce document du GUTS ne comporte pas un chapitre concernant l'évaluation de la cavité buccale, avec des critères précis d'observation.

3.2.2. Grille d'évaluation

Afin de prodiguer des soins buccodentaires adaptés aux besoins de chaque client, il est conseillé de contrôler la sphère buccale, en s'aidant d'un outil simple d'évaluation. L'outil qui est souvent proposé est une grille d'évaluation¹¹⁷ adaptée de " Oral Assessment Guide " selon Eils et Nachnani. Cet outil permet de décrire, puis d'accompagner l'évolution de l'état buccal du client au moyen d'un score afin de définir si les soins palliés doivent être d'ordre préventif ou curatif.

¹¹⁵ Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001.

¹¹⁶ Ibid

¹¹⁷ J'ai décidé de développer cette grille d'évaluation, car c'est la seule que j'ai trouvée lors de ma recherche exploratoire. Je n'affirme cependant pas que cette dernière est la seule qui existe.

" L'utilisation d'une grille¹¹⁸ est recommandée pour standardiser les soins, homogénéiser l'évaluation entre les différentes équipes et mettre rapidement en place un soin personnalisé."¹¹⁹

A l'aide de cette grille, toutes les personnes aptes à pratiquer des soins buccodentaires peuvent évaluer la voix, les lèvres, les dents, les gencives, la langue, la salive, les muqueuses, la déglutition, le goût, l'odeur ainsi que les prothèses de leur client. Il faut aussi tenir compte que " Le choix des items est à réaliser en fonction de l'état du malade"¹²⁰. Pour aider les soignants, la méthode de mesure est décrite à côté de chaque item. Comme je l'ai cité plus haut, l'évaluation est faite au moyen d'un score ; si lors de l'évaluation le soignant décrit l'item comme étant sain, un point sera donné, s'il existe une légère altération deux points seront attribués et si une altération sévère est constatée trois points seront octroyés. Le score final est obtenu en effectuant la somme des points attribués aux différents items. "Plus le score est élevé, plus la bouche est altérée, mais c'est surtout la systématique de l'évaluation et l'identification des altérations qui importent"¹²¹. Ce score qui décrit l'état buccal du client devrait être transcrit en terme de diagnostic infirmier sous l'intitulé " Atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale ".

Selon le bulletin d'information du CAPP du HUG à Genève, une évaluation systématique de l'état buccodentaire devrait être effectuée à l'admission de chaque patient pour une meilleure prise en charge. "L'évaluation à l'aide de la grille devrait être effectuée à nouveau après trois jours, afin d'évaluer l'efficacité du soin ou du traitement entrepris. Ensuite deux évaluations par semaine semblent être suffisantes pour avoir un réel suivi de l'état buccal du patient"¹²².

Comme le cite Hervé Huguel, dans son étude intitulée " Soins de bouche en gériatrie"¹²³, les services de gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève utilisent cet outil

¹¹⁸ Annexe 7

¹¹⁹ MACREZ Annick, CHOUAID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

¹²⁰ Ibid

¹²¹ Unité de gérontopharmacologie clinique et la pharmacie des HUG, en collaboration avec les services de gériatrie, de pharmacologie et toxicologie cliniques. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *Bulletin d'information du CAPP* [en ligne]. décembre 2005, n° 37. Adresse URL : <http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf>.

¹²² Ibid

¹²³ HUGUEL, Hervé. *Soins de bouche en gériatrie*. Université René Descartes-Paris V. [en ligne]. 2005-2006. Adresse URL : <http://www.ehpad.org/Formation/Bibliotheque/Memoires/memoire-herve-huguel.pdf>.

d'évaluation. Ils ont adapté cette grille¹²⁴ en y incluant la déglutition et les prothèses dentaires.

3.3. Concept des soins palliatifs

J'ai choisi de développer les soins palliatifs dans mon cadre de référence, parce que l'hygiène buccale est un critère de confort chez la personne en fin de vie qui rencontre fréquemment des problèmes au niveau de la bouche. Mais également parce que je considère qu'on doit offrir à toute personne qui souffre d'affection évolutive qui ne répond plus au traitement curatif, des soins globaux axés sur la philosophie des soins palliatifs, sans limiter cette approche aux personnes soignées dans des unités ou maisons spécialisées en soins palliatifs.

Le mouvement des soins palliatifs a débuté en Angleterre en 1967. C'est grâce à l'engagement de sa fondatrice la D^{esse} Cicely Saunders que les soins palliatifs sont aujourd'hui connus et pratiqués dans le monde. En Suisse, c'est en 1988 que naquit la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP).

Avant de décrire le rôle infirmier en soins palliatifs, je présente ci-dessous la philosophie des soins palliatifs selon la SSMSP¹²⁵ :

Les soins palliatifs, discipline de soins globaux, ont pour but d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients souffrant d'une maladie évolutive incurable, quel que soit le stade de cette dernière; ils trouvent toutefois leur place prédominante dans la période de la fin de la vie, lorsque la mort proche du patient devient prévisible. Ils cherchent à rendre l'existence plus facile aux malades en soulageant leurs symptômes, en leur offrant un soutien sur les plans social, psychique, spirituel et le cas échéant religieux, et en les accompagnant jusqu'à la fin de leur existence. L'objectif principal n'est pas de combattre la maladie, mais de préserver la qualité de vie au décours de la maladie; les proches des malades sont donc inclus dans la prise en charge qui leur offre également soutien et accompagnement. Les soins palliatifs, qui portent un profond respect à la dignité et à l'autonomie de chaque individu, se situent dans la voie du milieu: ils visent à soulager les symptômes sans exclure le recours à des mesures de réadaptation ou de sauvegarde de la vie, respectant en cela aussi bien la vie que la fin de la vie.

¹²⁴ Grille en annexe 7

¹²⁵ Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs [en ligne]. Adresse URL: <http://www.palliative.ch/fr/philosophy.php> (consultée le 30 septembre 2008)

3.4. L'infirmière

Soigner, prendre soin de la vie est à l'origine de toutes les cultures. Depuis le début de l'histoire de l'humanité, les hommes et les femmes se sont efforcés de trouver comment survivre. A l'encontre de ce que l'on croit aujourd'hui, ce n'est pas autour de la maladie que se sont développées les pratiques de soins, mais autour de tout ce qui permet de survivre : lutter contre la faim, être à l'abri¹²⁶ ...

Les pratiques du corps s'élaborent autour des deux grands passages de la vie : la naissance et la mort.

Marie-Françoise Collière¹²⁷ distingue trois étapes dans l'histoire de la profession infirmière.

3.4.1. L'histoire des soins

De tout temps, ce sont les femmes qui se sont acquittées des soins, pour assurer la continuité de la vie et faire reculer la mort.

Dès le XIII^e siècle, ce sont les religieuses qui prodiguent les soins. Ce modèle social restera dominant jusqu'après la deuxième guerre mondiale. Comme on opposait la pureté de l'âme aux souillures du corps, les soins d'hygiène au corps étaient dispensés par un personnel subalterne, issu des pauvres, des malades et des déshérités.

Fin XVIII^e - XIX^e siècle, ce sont toujours les femmes qui soignent. Aux côtés des religieuses, on trouve également des nourrices, des sages-femmes et des dames visiteuses. La pratique des soins consiste alors à suppléer à tout ce que la personne ne peut pas faire par elle-même, se nourrir, apporter des soins au corps, veiller aux fonctions d'élimination, assurer une présence. Les femmes soignantes préparent et administrent des remèdes prescrits par des médecins, ou des potions et des tisanes issues de la croyance populaire.

Fin XIX^e siècle et jusque vers les années 1970, les infirmières laïques diplômées font leur apparition aux côtés des religieuses soignantes. Seul le corps malade est alors pris en considération, la maladie devient l'épicentre des techniques de soins. Selon M.-F. Collière¹²⁸, les infirmières se muent en professionnelles de la maladie au détriment des

¹²⁶ COLLIÈRE M.-F. *Soigner ... Le premier art de la vie* p. 70 Paris : Masson , 2001 456 p.

¹²⁷ Ibid

¹²⁸ COLLIÈRE M.-F. *Promouvoir la vie* p. 127 Paris : Masson, 1982 ré-édition 2000 391 p

soins d'entretien de la vie, des soins d'hygiène de base. Les spécialisations se multiplient et les tâches en rapport avec la maladie sont fragmentées. Les rapports humains deviennent de plus en plus compliqués et impersonnels, ceci en dépit du désir implicite des soignants à veiller au bien-être du patient et à prendre soin de lui.

Cette situation a créé un malaise au sein de la profession infirmière. La réalité de leur travail trop orienté sur la technique ne correspond plus à leur idéal du "prendre soin" du patient, de lui apporter réconfort et soutien.

Dans les années 1970, grâce au développement des sciences humaines, on assiste à la revalorisation de la relation soignant/soigné. Il ne suffit plus de prendre en compte seulement la maladie, l'infirmière doit prendre en compte le retentissement de la maladie sur l'ensemble des besoins de la personne.

"Les professionnels infirmiers deviennent des éducateurs de santé au service non plus "des malades", mais des personnes ayant des problèmes de santé, afin de les aider à les résoudre et à retrouver le plus vite possible leur autonomie"¹²⁹.

Cette orientation axée sur le développement de la santé, permet de retrouver la signification originelle et primordiale des soins : celle de maintenir, promouvoir, développer tout ce qui existe ou tout ce qui demeure de potentiel de vie au sein des êtres vivants.

Afin d'utiliser les informations recueillies auprès du client pour déterminer ses besoins en soins infirmiers, le processus de soins infirmiers (PSI), méthode scientifique de résolution de problèmes, a été développé. Grâce à cet outil, l'infirmière peut exercer un jugement clinique en établissant un diagnostic infirmier, et un jugement thérapeutique par la mise en œuvre du plan de soins. Dans ce domaine spécifique, l'infirmière a un rôle propre autonome.

Dans le but d'assurer la continuité des soins, dans le contexte d'interdisciplinarité, et également pour conserver les informations concernant chaque malade, les infirmières vont développer, dans les années 70, le dossier de soins.

Soigner

"Les soins sont le propre de tout un chacun pour assurer la survie; par contre, dans certaines circonstances, comme les passages difficiles de la vie, de la maladie ou

¹²⁹ MAGNON René *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle* p.89 Paris :Masson , 2001, 198 p.

l'accident, ils relèvent de la fonction infirmière, mais ne sont pas spécifiquement infirmiers pour cela".¹³⁰

De tout temps l'homme a soigné son prochain pour l'aider à vivre, mais également pour prendre soin de lui-même.

"Être soigné, ... se soigner, ... soigner,... qui au cours de sa vie n'a pas connu chacun de ces impératifs ?"¹³¹

Du premier cri à notre dernier souffle, notre vie se dessine dans une succession de passages qui, pour être franchis, demandent à être entourés de soins.

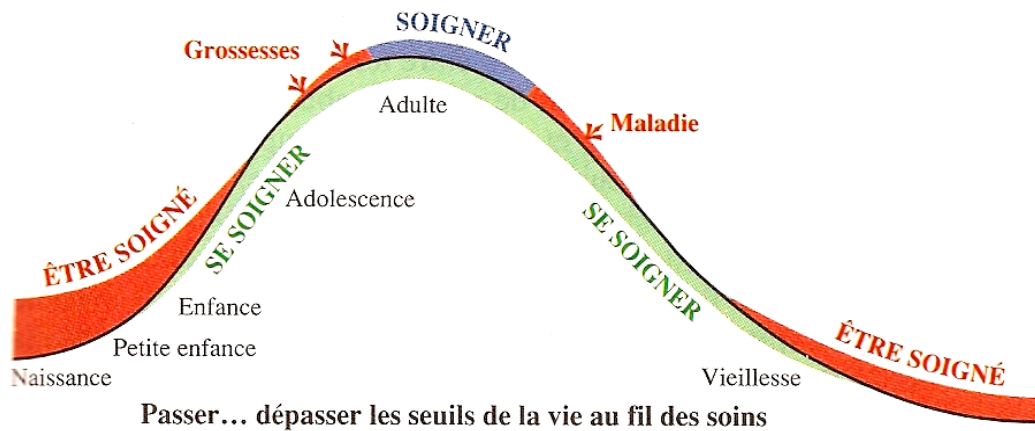
- Au départ de la vie, nous avons recours aux autres pour **être soignés** Durant la petite enfance, le nourrisson reçoit des autres tout ce qui est nécessaire pour assurer sa survie et son développement.
- **Se soigner** se substitue ensuite à "être soigné". Ce sont les soins que l'on peut assurer soi-même, (les auto-soins) indispensables à notre quotidien: se nourrir, se laver, s'habiller, évacuer...mais aussi échanger avec les autres.
- Puis vient le temps de **soigner**, soigner l'enfant dont on a la responsabilité en tant que parents, mais également nos aînés qui vieillissent.

Les professionnels de la santé assument également ces soins, auprès des personnes qui, temporairement ou définitivement, ne peuvent pas le faire eux-mêmes en raison de dépendances causées par l'âge, la maladie ou l'accident, mais également lors de la grossesse, et au moment de la naissance.

¹³⁰ COLLIÈRE Marie-Françoise *Soigner ... Le premier art de la vie* p. 121 Paris : Masson, 2001, 456 p.

¹³¹ COLLIÈRE Marie-Françoise *Promouvoir la vie* p. 12 Paris : Masson, 1982, ré-édition 2000 391 p.

" De la naissance à la mort, être soigné,...se soigner ...soigner...se succèdent non pas en se juxtaposant, mais en se chevauchant¹³² ".



M.F. Collière¹³³

Soigner ne saurait être assimilé à traiter. Dans la pratique des soins, il y a méprise constante entre ce qui est de l'ordre des soins et des traitements, ce qui laisse à penser que seul les traitements représentent l'action thérapeutique.

Afin d'imager ce paradoxe, M.-F Collière dans son livre, "*Soigner ... Le premier art de la vie*"¹³⁴ prend comme exemple le travail des jardiniers et des horticulteurs.

Ces professionnels exploitent la différence fondamentale entre "soin" et "traitement". Les soins apportés aux plantes assurent leur croissance et leur développement. Par contre, si une plante est malade, ils sélectionnent un produit pour les traiter et endiguer la maladie. Pendant toute la durée du traitement, ils continuent cependant à soigner ces plantes, à assurer leurs fonctions vitales, à leur donner à boire et de la lumière, etc. Sans compter que plus un traitement prend la place des soins, plus il devient nuisible. En parlant de l'être humain, on oublie parfois le sens originel du mot "soins", on confond les traitements avec les soins, on donne la priorité aux traitements au détriment des soins. Pourtant, il ne faudrait pas oublier que l'on peut vivre sans traitement, mais on ne peut pas vivre sans soins.

¹³² COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Ed. Masson, Paris 2001, p. 137.

¹³³ Ibid page 173

¹³⁴ Ibid

"Les soins s'adressent à tout ce qui stimule les forces de la vie, les réveille, les maintient. Les traitements s'adressent à la maladie et aux dégâts qu'elle cause."¹³⁵

Soigner c'est entretenir la vie, assurer les besoins indispensables à la vie, si divers soient-ils.

Les soins d'entretien ou de maintien de la vie regroupent tous ces soins permanents et quotidiens, indispensables au développement de la vie. Ils sont liés aux activités qui assurent la continuité de la vie: boire, manger, évacuer, se laver, se lever, bouger, se déplacer, etc.

Les soins de réparation ou de traitement ont pour objectif de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer à ses causes. Ces soins ne sauraient avoir de sens ni d'effets, s'ils ne sont pas complémentaires aux soins d'entretien de la vie qu'ils ne peuvent jamais remplacer d'ailleurs.

Les soins indispensables à la vie semblent évidents. On n'en mesure pas l'absolue nécessité tant ils semblent banals.

Le temps passé aux soins d'entretien de la vie demeure un travail invisible aux regards des soins médicaux, mais une carence ou leur absence aboutit à des coûts cachés dont on ne mesure pas toujours l'incidence.

Soigner, c'est aider à vivre

Pendant des milliers d'années, l'histoire de l'humanité fut une lutte constante pour le maintien de la survie de l'espèce humaine. La notion de santé est relativement récente dans le monde occidental, elle apparaît avec les recherches scientifiques qui ont permis d'identifier les causes de nombreuses maladies. La santé fut définie comme l'absence de maladie en la limitant au seul aspect physique. Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, l'OMS donne la définition suivante "La santé n'est pas seulement représentée par l'absence de maladie, elle est un état complet de bien-être physique, mental et social".

Cette conception de la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Elle signifie que lorsqu'il y a maladie, il n'y a pas obligatoirement perte de la santé, mais seulement altération de celle-ci et qu'il est primordial d'utiliser ce qu'il reste des capacités de vie pour

¹³⁵ COLLIÈRE Marie-Françoise Soigner ... *Le premier art de la vie* p. 184 Paris : Masson, 2001, 456 p.

lutter contre la maladie. Cette définition montre également que l'homme est un tout indivisible, qu'il existe au travers de l'interrelation entre l'aspect physique, mental et social de la santé. Au-delà de cette définition on ne peut pas parler de la santé ou de la maladie comme des entités en soi, car elles sont toutes deux étroitement dépendantes de la vie dans ses différentes manifestations.

"Il ne peut y avoir, dans la pratique professionnelle, de dichotomie entre le corps et l'esprit, entre la relation et la technicité, et que pour être un bon soignant il est nécessaire d'être un habile et intelligent technicien, rompu à toutes les facettes de la communication et des relations humaines"¹³⁶.

3.4.2. Définitions du rôle infirmier

OMS

"La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. "¹³⁷

Conseil International des Infirmières

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés

¹³⁶ MAGNON René *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle* p.98 Paris : Masson, 2001, 198 p.

¹³⁷ MAGNON , ALAIN. A ma santé *Les soins infirmiers*.2008. [en ligne] Adresse URL : <http://www.amasante.com/infimiererie-quebec.php> (consultée le 28 septembre 2008)

– malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation."¹³⁸

Association Suisse des Infirmières ASI

" Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent notamment à la promotion et au maintien de la santé.

Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et d'améliorer la santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne"¹³⁹.

Formation Bachelor

"La formation en soins infirmiers prépare l'étudiant-e à faire face à des situations humaines complexes, problématiques et difficilement prévisibles. Elle est conçue pour former des praticien-ne-s réflexifs-ives capables de penser et de mobiliser des connaissances théoriques dans leur pratique. L'accent est mis ainsi sur la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes. Grâce aux soins corporels, à la relation et aux différentes approches liées aux innovations technologiques et thérapeutiques, les infirmiers et les infirmières accompagnent au quotidien, de la naissance à la mort, les personnes qui traversent des crises et des deuils, en privilégiant au maximum l'autonomie de la personne et le retour à son environnement"¹⁴⁰

La filière dispense une formation généraliste élaborée sur la base d'un référentiel de neuf compétences¹⁴¹ professionnelles, que l'étudiant-e doit atteindre au terme de sa formation le niveau expertise

¹³⁸ Conseil international des infirmières. *La promotion des soins infirmiers et de la santé 1899-2008* . [en ligne] Adresse URL : <http://www.icn.ch/french.htm> (consultée le 28 septembre 2008)

¹³⁹ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins). Berne, 2006. p.3

¹⁴⁰ HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale [en ligne] Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1363> (consultée le 21 avril 2009)

¹⁴¹ Référentiel de compétences en annexe 4

Malgré des similitudes dans ces quatre définitions, j'ai choisi de décliner le rôle infirmier selon le standard mondial, pour sa référence dans le monde entier. Le conseil international parce qu'il permet aux infirmières des différentes nationalités qui travaillent en suisse d'avoir un standard commun. L'association suisse des infirmières, car c'est elle qui défend le rôle infirmier sur le plan national. Pour terminer avec la définition de l'infirmière Bachelor, pour préciser le rôle infirmier développé au travers de cette formation.

3.4.3. Champs d'activité de l'infirmière

Le modèle trifocal

Comme mentionné dans la définition des soins infirmiers par le Conseil International des infirmières : l'infirmière prodigue des soins de "manière autonome ou en collaboration".

Le concept de "**rôle propre infirmier**" englobe toutes les tâches et activités que l'infirmière peut mener de manière autonome.

Les actions réalisées par l'infirmière sont sous son entière responsabilité, en toute légalité.

Quant au terme "**en collaboration**", il rassemble deux fonctions distinctes de l'infirmière.

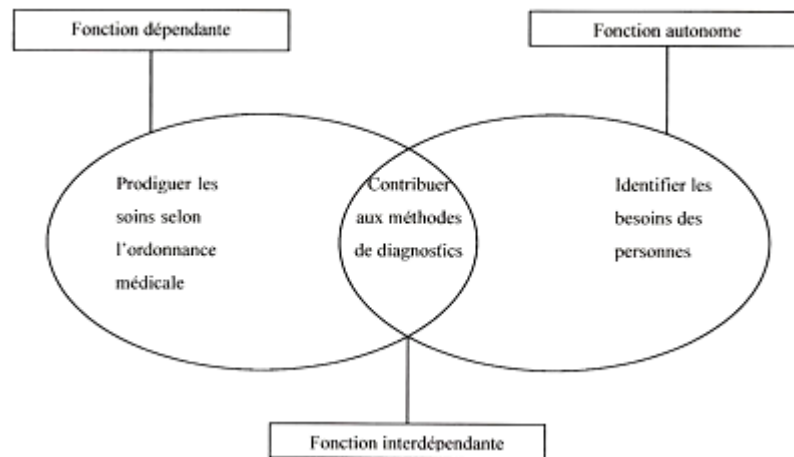
La fonction dépendante : aussi appelée "rôle médico-délégué" :

- l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous la responsabilité directe de celui-ci.

La fonction interdépendante :

- l'infirmière "collabore" à la prescription, au traitement par des actions décidées de son propre chef, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance.

L'infirmière se voit attribuer trois champs d'activité ou trois rôles, c'est le modèle trifocal qui peut s'illustrer par le schéma suivant¹⁴² :



3.4.4. Rôle autonome, rôle délégué

Rôle autonome¹⁴³

Les principes organisateurs de l'autonomie sont : la présence d'Autrui, la présence de la Loi et la conscience de Soi. Ce sont les trois axes autour desquels se définit l'autonomie.¹⁴⁴

L'infirmière dans l'exercice de sa fonction est à la fois dépendante de la prescription médicale mais indépendante dans la qualité de son exécution. Le moment de son application aura été établi en interdépendance avec le médecin en fonction des besoins du patient et des nécessités du traitement.¹⁴⁵

Les infirmières définissent leur autonomie comme l'ensemble des actes qu'elles peuvent initier sans dépasser les limites de leurs compétences, mais tout en gérant celles-ci.¹⁴⁶

Etre autonome, c'est se comporter en personne responsable. A partir de ses représentations, l'infirmière définit son autonomie comme la "prise en charge du patient" et l'adaptation des informations aux besoins spécifiques du patient.¹⁴⁷

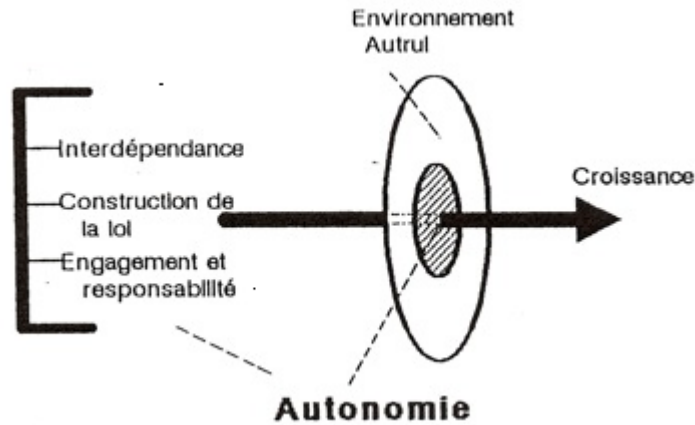
¹⁴² Schéma tiré de N. BIZIER *De la pensée au geste : un modèle concept en soins infirmiers*. p. 42 Paris : 3^{ème} éd. Maloine, 1992, 131 p.

¹⁴³ Ce chapitre, situant le rôle autonome se réfère aux photocopies reçues au cours Module 2001 du 5.10.2006. Tiré de PÔLER-MASSET Anne-Marie *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Chapitre 1 p. 15-23 Paris : Edition Lamarre, 1993, 127p.

¹⁴⁴ Ibid p.16

¹⁴⁵ Ibid p.16

¹⁴⁶ Ibid p.16



Représentation du concept " autonomie"¹⁴⁸

Etre autonome, c'est :

- faire des choix
- prendre des responsabilités
- se situer, se donner des règles, se prendre en charge

L'autonomie de l'infirmière s'exprime par la réalisation du processus de soins infirmiers (PSI), qui s'organise autour de cinq étapes :

- Identifier les besoins de la personne
- Poser un diagnostic infirmier
- Formuler des objectifs de soins
- Mettre en œuvre les actions appropriées
- Evaluer

Ces actions mises en œuvre pour la réalisation du processus de soins, sont la partie visible du travail de l'infirmière, au travers de la transmission écrite du PSI dans le dossier du client.

Responsabilité dans le cadre des professions soignantes¹⁴⁹

Etre autonome signifie accepter la responsabilité de ses actes. La responsabilité, quant à elle, entraîne une prise de décision, puis son application en regard des risques et des conséquences s'y rapportant, évalués pour assurer la sécurité d'autrui.

Elle implique des connaissances dans tous les domaines spécifiques pour prodiguer des soins infirmiers, mais aussi la connaissance de la personne, celle des structures de

¹⁴⁷ Ibid p.17

¹⁴⁸ Ibid p.18

¹⁴⁹ Module 110 M^{me} Anne-Françoise Zufferey 5.10.2006

travail, des liens hiérarchiques et fonctionnels, du domaine de compétence et de ses limites de décision.

La responsabilité pénale des soignants est entière, s'il est établi de façon formelle qu'il existe une faute dans l'organisation ou l'exécution des soins, dans l'exercice de son rôle et si une relation de cause à effet existe entre cette faute reconnue et le dommage subi par le malade.

Le rôle médico-délégué :

Le rôle médico-délégué inclut tous les actes infirmiers accomplis sur prescription médicale, comme l'administration de médicaments, les injections, les pansements, etc. Le médecin est responsable de la prescription, et l'infirmière de la mise en œuvre de celle-ci. Elle n'est cependant pas qu'une simple exécutante, elle doit être en mesure de comprendre toutes les prescriptions et faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins pour ne pas appliquer une prescription insensée.

La délégation de l'infirmière à l'aide-soignante ou à l'ASSC

Seul un acte relevant du rôle propre de l'infirmière peut être délégué à l'aide-soignante, ou à l'assistante en soins et santé communautaire. L'infirmière est responsable des actes effectués par cette dernière. Elle doit vérifier que la personne à laquelle elle délègue un soin ait les compétences nécessaires pour le réaliser. Elle doit ensuite superviser la réalisation du soin, si celui-ci est exécuté pour la première fois.

3.4.5. Le rôle spécifique de l'infirmière en soins palliatifs

Comme le définit la chartre du Réseau Santé Valais, le patient est pris en charge dans sa globalité, car l'individu est un tout, qui n'est pas fragmentable. L'infirmière est la personne qui est garante de cette prise en charge globale, ceci en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. Cette philosophie des soins globaux est issue du concept des soins palliatifs.

Le rôle infirmier dans le contexte de soins palliatifs, consiste en une prise en charge globale pour améliorer la qualité de vie des patients qui souffrent d'une maladie évolutive non guérissable. L'accompagnement par les professionnels de la santé débute dès l'annonce du diagnostic et se termine avec la fin de vie du patient, mais il peut se poursuivre au-delà dans le soutien aux proches. Comme relevé dans le chapitre 3.3 "Les soins palliatifs", l'infirmière apporte également son soutien à l'entourage du malade. Le travail en interdisciplinarité est primordial pour offrir au patient une prise en charge optimale. La charge émotionnelle étant élevée pour des soignants travaillant auprès de

personnes atteintes de maladie incurable, il est nécessaire de proposer des espaces de parole pour favoriser l'expression des émotions.

Le rôle infirmier s'articule autour des standards de qualité des soins palliatifs définis par la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs, et le Conseil International des Infirmières.

"Les infirmières jouent un rôle fondamental dans la promotion d'une approche palliative qui vise à réduire les souffrances et à améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie et leurs familles, grâce à l'identification précoce, à l'évaluation et à la gestion de la douleur ainsi que des besoins physiques, sociaux, psychologiques, spirituels et culturels de ces patients¹⁵⁰".

Si le patient est la personne centrale de la prise en charge, l'infirmière apporte également son aide aux proches, et travaille étroitement avec l'équipe interdisciplinaire. L'infirmière aide à procurer un confort physique, en réévaluant constamment les symptômes. Elle est attentive à alléger les souffrances psychologiques, en instaurant un climat de confiance pour favoriser la relation d'aide. L'infirmière favorise le maintien des liens sociaux, en encourageant les marques d'affection. Elle offre la possibilité de vivre sa propre foi, dans le respect des valeurs personnelles.

3.4.6. La relation infirmière / client

En lien avec la thématique des soins de bouche, j'ai décidé de présenter quelques éléments de la relation d'aide, car dans ce soin, la relation s'inscrit entre une personne dépendante et une professionnelle. Ce qui caractérise cette relation c'est également la dimension de l'intimité du patient, avec un soin intrusif dans la cavité buccale, cette notion est également à prendre en compte dans la relation.

La relation est définie dans le Petit Robert par un lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes. Étymologiquement le mot relation vient de re-lie, créer un lien.

La relation débute par la rencontre avec le patient, c'est le contact entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires de vie¹⁵¹. Lorsque nous sommes en relation avec autrui, aussi professionnelle que soit cette

¹⁵⁰ Conseil International des Infirmières. *Soins palliatifs*. [en ligne] Adresse URL : http://www.icn.ch/matters_palliativef.htm (consulté le 14 février 2009)

¹⁵¹ MANOUKIAN Alexandre *La relation soignant-soigné* 3^{ème} édition p.9 France : Lamarre, 2008, 214 p.

relation, elle n'empêche pas l'émergence des affects qui nous habitent.

Dans le milieu spécifique des soins, cela prend la forme d'une relation soignant/soigné. Tout acte, tout geste technique ou de confort est imprégné de cette relation. Celle-ci se articule autour de plusieurs registres : la relation civile qui est un rituel social, un comportement agréable, une convivialité dans l'échange; la relation fonctionnelle qui elle s'instaure au moment du recueil des informations liées au patient concernant les symptômes, l'histoire de vie, etc.; et la relation d'aide qui consiste à accompagner la personne soignée dans sa recherche de mieux-être.

La relation d'aide est issue de la psychologie humaniste, la D^{resse} en éducation Hildegarde E. Pepleau¹⁵² a souligné l'importance de la relation infirmière/soigné comme un des fondements de la pratique infirmière. Le psychologue américain Carl Rogers a mis, dans les années 50, la relation au cœur du processus de soin.

Pour M^{me} Jean Watson¹⁵³, infirmière et professeur en sciences infirmières, la relation d'aide est un des dix facteurs qui composent le "caring"¹⁵⁴.

La relation d'aide repose sur le postulat selon lequel chaque individu est unique et possède la faculté d'évoluer au mieux de ses possibilités. La relation d'aide met l'accent sur la particularité individuelle, le client étant le centre de celle-ci.

"Bien que la relation soignant/soigné s'inscrive dans un cadre d'aide, elle n'est pas systématiquement une relation d'aide : parler au patient, le conseiller, l'éduquer ne relève pas forcément de la relation d'aide"¹⁵⁵. Le rôle de l'aidant est de s'adapter à l'Autre, de l'accompagner et de le soutenir dans son processus de changement, que ce soit pour la gestion de sa maladie, de sa santé, mais aussi de sa vie en général. Les effets de la relation d'aide sont, en premier lieu, l'obtention d'un soulagement émotionnel.

Selon Carl Rogers, pour instaurer un climat de confiance dans la relation, afin de favoriser l'expression des sentiments, l'infirmière doit faire preuve d'authenticité, avoir la capacité d'être soi-même, maîtriser le non-jugement dans l'acceptation inconditionnelle du patient, et aussi l'empathie qui consiste à comprendre les sentiments et les émotions d'une autre personne sans les ressentir soi-même.

¹⁵² Hildegarde E. Peplau *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, parution en 1952

¹⁵³ Jean Watson a publié la théorie du caring en 1979

¹⁵⁴ Le "caring" est un idéal moral faisant appel à un engagement personnel, dont l'objectif est le respect de la dignité humaine et la préservation de l'humanité. <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf> (consulté le 9 juin 2009)

¹⁵⁵ DAYDE M.-C, LACROIX M.-L., et Société Française de Soins palliatifs, *Relation d'aide en soins infirmiers* p.3 Paris : Masson, 2007, 141 p.

La relation d'aide fait partie intégrante des principes infirmiers de base. Elle est enseignée tant dans la formation initiale de soins infirmiers que dans les formations post-grade.

3.4.7. Modèle de soins Dorothy Orem¹⁵⁶

Pour exercer son jugement clinique dans sa pratique professionnelle, l'infirmière se réfère à une conception de soins infirmiers. "Des conceptions spécialement élaborées pour la profession infirmière permettent de définir la personne, l'environnement, la santé et le soin ainsi que les liens qui les unissent"¹⁵⁷. Ces modèles conceptuels orientent la pratique de l'infirmière en fournissant une description, par exemple du but qu'elle poursuit, de son rôle et de ses activités de soins.

"Tout en accordant une place encore importante à la maladie et aux problèmes de santé, les conceptions de l'école des besoins ont marqué le point de départ d'un centre d'intérêt spécifique à la discipline infirmière, soit une orientation vers la personne"¹⁵⁸. L'école des besoins est celle qui nous a été enseignée durant ma formation. Pour Virginia Henderson, l'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux. Le soin est centré sur l'indépendance de la personne aux vues de la satisfaction de ses besoins vitaux. Dorothy Orem considère l'être humain en interaction avec l'environnement¹⁵⁹, sur sa capacité d'exercer les auto-soins envers lui-même et envers les autres. Un auto-soin peut se définir comme " une capacité complexe et acquise qui permet à une personne de satisfaire ses propres exigences continues de soins. Cette capacité varie selon les stades du développement, l'état de santé, la capacité d'apprendre, les expériences vécues, les influences culturelles et les ressources de la vie quotidienne"¹⁶⁰.

J'ai choisi comme référence le modèle conceptuel de D. Orem, car le soin infirmier y est décrit comme un outil aidant le client à atteindre son autonomie maximale, et aussi parce que le soin de bouche est un auto-soin que l'individu exerce pour prendre soin de lui-même. Mais c'est également le modèle que je connais le mieux, puisque c'est celui qui a

¹⁵⁶ 1914-2007 D. Orem Infirmière de nationalité américaine, en 1971 son ouvrage intitulé *Nursing, concepts of Practice* introduit le concept du self-care (auto-soin)

¹⁵⁷ KEROUAC S., PEPIN J. DUCHARME F. et autre *La pensée infirmière* 2^{ème} édition Québec : Beauchemin, p.30, 2003, 190 p

¹⁵⁸ Ibid page 32

¹⁵⁹ Le concept d'environnement est, ici pris au sens large, puisqu'il comprend tous les facteurs externes à l'organisme humain.

¹⁶⁰ Tiré du document de cours de M^{me} FELLAY-CHILINSKI, C. *L'école des besoins*. HES-SO module A1D2M1 2005

été enseigné en priorité durant ma formation. La structure du dossier de soins informatisé au sein du RSV appelé Phoenix est construite sur le modèle des huit auto-soins de D.Orem, c'est ce dossier que je serai amenée à utiliser dans ma pratique professionnelle.

Concept

Le modèle de D. Orem se base sur cinq postulats :

1. L'être humain a **besoin** que des apports (air, eau, affection) continus et délibérés lui soient fournis ainsi qu'à son environnement.
2. L'être humain exerce sa **capacité** d'agir lorsqu'il prend soin de **lui-même et des autres**, en identifiant et en fournissant les apports nécessaires. (capacités d'auto-soins).
3. L'être humain adulte est confronté à l'expérience de sa **capacité limitée** de prendre soin de lui-même (limitation d'auto-soins, déficits d'auto-soins).
4. La capacité humaine d'action s'exerce par la découverte, le développement et la transmission aux autres des moyens d'identifier et de fournir les apports nécessaires.
5. Les sociétés répartissent les tâches et responsabilités pour dispenser des soins aux personnes limitées dans leurs capacités à se fournir les soins nécessaires (recourt aux soins infirmiers).

L'auto-soin vise à satisfaire des nécessités spécifiques appelées **nécessités d'auto-soins**¹⁶¹ :

- **Universels**, applicables à tout un chacun, au cours de la vie, ils comprennent tous les actes se rapportant aux processus vitaux. Ils regroupent : l'eau, l'air et la nourriture, l'élimination, l'activité et le repos, la solitude et les interactions sociales
- **Développementaux**, liés aux différents événements de la vie qu'il s'agisse de développement naturel ou de situations imprévues. Ces événements exigent de l'homme qu'il opère des changements de vie et qu'il s'y habitue.
- **Reliés à l'altération de la santé**, en rapport avec une perturbation de la santé : maladie, choc, handicap, traitements, baisse d'estime de soi, etc.

Pour identifier et satisfaire ces nécessités, les individus utilisent leur capacité de se prendre en charge, appelée **capacité d'auto-soins**.

¹⁶¹ AMAR B., GUEGUEN J.-P. *Nouveaux cahiers de l'infirmière Soins infirmiers 1 : Concepts et Les théories de soins*. Chapitre 17 p. 156 3^e édition Paris : Masson, 2003

La capacité d'auto-soins est une capacité complexe : c'est le pouvoir d'agir et de prendre en charge sa santé.

Pour exercer leur capacité d'auto-soins, les individus doivent ¹⁶²:

1. Acquérir les connaissances relatives à leur état de santé
2. Juger et décider des actions à poser pour maintenir ou rétablir leur état de santé
3. Agir pour accomplir l'auto-soin proprement dit, c'est-à-dire : Connaître les moyens et les méthodes à employer, avoir la motivation, avoir l'énergie et les ressources nécessaires pour y parvenir.

Si à un moment donné, vu son état de santé, la personne ne peut plus accomplir elle-même un soin de bouche, il y a limitation de la capacité d'auto-soins universels. Dans une telle situation, la nécessité d'auto-soins comporte des exigences qui dépassent la capacité d'auto-soins des personnes. Ces dernières se retrouvent dans une situation de déficit d'auto-soins, et c'est alors qu'elles ont besoin de recourir aux soins infirmiers.

La théorie du déficit d'auto-soins est au cœur du modèle de D. Orem. Pour elle, les buts des soins infirmiers sont de :

1. Maintenir, restaurer ou promouvoir l'intégrité de la personne grâce aux auto-soins
2. Prévenir les dommages ultérieurs grâce à un auto-soin continu
3. Protéger, développer ou assurer la régulation de l'exercice de sa capacité d'auto-soins

C'est en utilisant la méthodologie du processus de soins infirmiers¹⁶³ que l'infirmière peut identifier les exigences d'auto-soins de ses clients, les limites qui les empêchent de les satisfaire et les interventions susceptibles de corriger cette situation.

Selon le niveau d'autonomie de ses clients, elle développe des systèmes de soins:

- totalement compensatoires
- partiellement compensatoires
- ou encore de soutien-éducation

Dans la problématique d'un patient dépendant pour le soin de bouche, le système de soins infirmiers est totalement compensatoire. L'infirmière accomplit le soin de bouche à

¹⁶² http://www.colvir.net/departements/soins_infirmiers/pages/philosophie.html#Anchor-Notre-3800
consulté le 10 janvier 2009

¹⁶³ Le processus de soins infirmiers est développé dans le chapitre suivant

la place du client, mais selon l'évolution vers une autonomie retrouvée ou partielle, le mode d'assistance va s'adapter

La démarche de soins de D. Orem comporte trois étapes¹⁶⁴, qui recouvrent les cinq étapes du processus de soins infirmiers, développées dans le chapitre suivant.

Le modèle conceptuel d'Orem permet à l'infirmière de "*concevoir un système d'assistance infirmière, de planifier la prestation de l'assistance spécifiée et enfin d'assurer et de contrôler la prestation de cette assistance*"¹⁶⁵.

J'illustre ci-dessous les modes d'assistance¹⁶⁶ que l'infirmière utilise pour compenser les limitations d'auto-soins en lien avec un diagnostic d'atteinte à l'intégrité de la muqueuse buccale.

Agir pour aider une autre personne relève du "entièrement compensatoire" pour satisfaire l'exigence d'auto-soins thérapeutiques. La collaboration du patient est nécessaire pour agir à sa place, tout en respectant son intimité. Cependant, dans la mesure du possible, il faut remplacer graduellement ce premier mode d'assistance par ceux qui consistent à guider, à soutenir.

Guider et procurer un soutien physique sont souvent utilisés conjointement. L'infirmière dispense au client dépendant, des soins d'hygiène buccale pour lui permettre de retrouver une bouche saine et ainsi rétablir les capacités d'auto-soins universels. Elle aide le client à faire des choix, en lui fournissant les informations nécessaires à la prévention de la santé.

Procurer un soutien psychologique lorsque le client fait face à des situations désagréables, douloureuses ou difficiles. L'attitude du soignant doit favoriser l'expression des sentiments en créant un climat de confiance. Avec une bouche saine la personne est à l'aise pour parler à ses proches, la communication est maintenue. On évite ainsi la distance que l'entourage pourrait imposer à une personne dont l'état de la bouche empêcherait les contacts.

¹⁶⁴ tiré du document de cours de M^{me} FELLAY-CHILINSKI, C. " L'école des besoins" . HES-SO module A1D2M1 2005

¹⁶⁵ OREM D. traduit par GOSSELIN D. *Soins infirmiers : les concepts et la pratique* chapitre 7 p.272, 174 Paris : Maloine, Montréal : Décarie, 1987, p.352

¹⁶⁶ Ibid p.172

Procurer un environnement qui favorise un développement personnel et permet de satisfaire les exigences d'action présentes ou futures, car l'être humain se développe au contact des autres. Le rôle infirmier consiste à éviter l'isolement social en favorisant les contacts.

Enseigner les étapes d'un soin de bouche, mais également les bienfaits d'une bouche saine par rapport aux incidences sur la santé globale. Selon les capacités d'auto-soins, on peut débiter par le rinçage de la bouche. Ensuite, selon son degré d'autonomie la personne peut effectuer elle-même le soin. Favoriser la participation de la famille lorsque cela est possible. Enseigner fait aussi partie de la délégation du soin à un autre professionnel dans un esprit de collaboration interdisciplinaire.

3.5. Qualité des soins infirmiers¹⁶⁷

Aujourd'hui dans le monde professionnel, le label qualité est un certificat qu'une grande majorité des entreprises désirent obtenir. C'est la garantie de leur bonne pratique professionnelle auprès de la société, que ce soit dans les domaines de la fabrication, des procédures ou des services. L'Association Suisse des Infirmières et des Infirmiers (ASI) a élaboré différents standards de qualité pour la pratique des soins infirmiers dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

Afin d'introduire la qualité des soins dans mon étude, j'ai décidé d'utiliser comme référence "Les normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers" aussi appelées "Standards de soins¹⁶⁸" ainsi que "Les caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins¹⁶⁹" qui seront développées postérieurement.

"Les standards font donc partie d'une stratégie globale qui vise à assurer, évaluer et améliorer la qualité des soins en procurant aux professionnels des critères d'évaluation objectifs, plutôt qu'implicites¹⁷⁰".

L'Association Suisse des Infirmières et des Infirmiers a développé trois standards de qualité :

¹⁶⁷ Inspiré de ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998, p.1-16.

Standards des soins. Annexe 5

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Tableau des divers niveaux de qualité des soins. Annexe 6.

¹⁷⁰ ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998, p. 6.

- Standard 1 : Les soins
- Standard 2 : L'organisation des soins infirmiers
- Standard 3 : La formation continue et complémentaire du personnel infirmier

Je vais développer certains points des trois standards en regard de mon objet d'étude.

Le premier standard fait référence au processus de soins ainsi qu'au savoir professionnel de l'infirmière. Les soins doivent être "individualisés, adaptés à la situation et orientés vers des buts¹⁷¹". L'infirmière doit favoriser l'échange d'informations avec le client et sa famille afin que tout un chacun participe aux différentes étapes du processus de soins. L'infirmière doit établir des objectifs à atteindre avec le client et réajuster le plan de soins en conséquence. Les besoins et les ressources du client en matière de soins buccodentaires doivent être évalués dans l'anamnèse des soins. Sans oublier que les pathologies de la sphère buccale peuvent avoir de graves répercussions sur la santé, rendant de ce fait la prévention indispensable. Des pathologies peuvent toutefois survenir. L'infirmière doit alors s'assurer que le client reçoive des informations sur sa pathologie ainsi que des soins et des traitements associés. Après le soin buccodentaire, l'infirmière doit notifier ses observations sur un document écrit ou informatisé, afin de laisser une traçabilité et assurer la continuité du soin. La priorité est de favoriser le confort du client.

Le deuxième standard fait référence à l'organisation des soins infirmiers. "Dans un hôpital, service de soins à domicile, service de santé communautaire, clinique ou home, un service de soins infirmiers organisé et dirigé par une infirmière diplômée formée pour ce poste est une condition préalable pour assurer la qualité des soins infirmiers¹⁷²". La responsable du service devrait mettre à disposition un document écrit spécifiant le niveau de qualité requis pour le soin buccodentaire. Ce document aiderait ainsi à évaluer la qualité ainsi qu'à réajuster les actions si besoin. L'infirmière responsable devrait aussi assurer une dotation en personnel suffisante pour que les normes de qualité requises soient respectées. Plusieurs personnes peuvent graviter autour du client (les infirmières, les ASSC, les aides-soignantes, etc.), l'infirmière responsable doit ainsi définir les tâches, les responsabilités ainsi que les compétences du personnel soignant travaillant au sein du service. Il reste à souligner que toutes les personnes citées plus haut peuvent réaliser des soins buccodentaires.

¹⁷¹ Ibid, p.10-11

¹⁷² Ibid, p.12

Le troisième standard fait référence aux formations continues et complémentaires du personnel soignant. "Chaque infirmière est responsable de sa formation continue et complémentaire. L'employeur est responsable de lui fournir les moyens nécessaires pour un perfectionnement régulier¹⁷³". L'infirmière a la possibilité de se perfectionner durant son cursus professionnel. Elle doit être attentive aux opportunités de formations internes offertes dans son service, concernant par exemple les soins buccodentaires. L'infirmière responsable peut favoriser la participation à la formation complémentaire, externe ou interne, ainsi qu'à la formation continue, en gérontologie par exemple.

Jusqu'à présent, dans ce chapitre, j'ai fait référence aux normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Comme cité précédemment, je me réfère à un document qui s'intitule "Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins¹⁷⁴". Les caractéristiques peuvent être développées dans différents domaines tels que : les soins de base, les soins thérapeutiques, la prise en considération des besoins d'ordre psychique et social, la communication ainsi que la planification des soins et la transmission des informations. Tous ces domaines peuvent être évalués à différents niveaux, soit : les soins "optimaux" réalisés par le client lui-même, les soins "adaptés" au client, les soins dits "sûrs ou minimaux" qui font partie des soins de routine, ainsi que les "soins dangereux" qui peuvent être nuisibles au client.

En rapport avec mon étude, les soins dits "adaptés" sont les plus appropriés. En effet, comme mon travail traite des soins buccodentaires prodigués par des infirmières aux clients dépendants en milieu médecine et soins palliatifs, les soins "optimaux" ne sont pas adéquats car ils devraient être réalisés par le client lui-même. Les soins "adaptés" sont, quant à eux, des soins individualisés, adaptés aux besoins de chaque client. Le client est informé, si besoin est, de son traitement. Il peut ainsi exprimer ses besoins car il se trouve dans un climat de confiance.

En regard aux soins buccodentaires, je développe ci-dessous le standard spécifique aux soins.

¹⁷³ Ibid, p.13

¹⁷⁴ Ecole supérieure d'enseignement infirmier, Zurich. Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins. août 1975. Annexe 6

Standard 1: les soins¹⁷⁵

Les soins donnés aux patients/clients sont basés sur le **processus de soins**. Ils sont **individualisés, adaptés à la situation** et orientés vers des buts. L'infirmière met tout en œuvre pour que l'**autonomie** des personnes qui réclament ses services soit respectée. Les patients/clients et leurs proches sont soutenus dans la recherche de solutions aux problèmes de soins ou situations de crise. Pour atteindre ces buts, l'infirmière utilise le processus de soins et son savoir professionnel.

Afin de prodiguer des soins de bouche optimaux, l'infirmière doit planifier ses interventions de manière efficiente, en se référant au treize critères du standard 1 de l'ASI.

L'Autonomie des personnes¹⁷⁶

Etre autonome signifie pouvoir disposer librement de soi. L'ASI a défini l'autonomie dans sa brochure d'accompagnement des personnes âgées, mais cette définition s'applique à chaque personne quel que soit son âge.

Si l'autonomie d'une personne forme un tout, quatre domaines y sont définis:

- L'autonomie des sentiments
- L'autonomie de l'esprit (autonomie spirituelle)
- L'autonomie physique ou corporelle
- L'autonomie sociale

L'idée centrale de cette classification tient à préciser que la perte d'autonomie dans un domaine, ne supprime pas automatiquement l'autonomie dans les autres domaines.

Mon travail de recherche s'effectue auprès de clients dépendants envers les soins buccodentaires, ce qui correspond à un déficit du domaine de l'autonomie physique ou corporelle. Face à cette dépendance qui peut être momentanée ou permanente, l'infirmière identifie les besoins et les ressources du patient et supplée à ses besoins. Cette prise en charge fait appel au jugement de l'infirmière, à son rôle autonome (rôle propre).

Face à un client, en perte d'autonomie, l'infirmière doit faire à sa place un soin d'hygiène qu'il effectuait lui-même depuis sa petite enfance. Cette acceptation nécessite la création

¹⁷⁵ ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998, p. 6.

¹⁷⁶ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées*. Berne, 1994 (réimpression 2005)

d'un climat de confiance. Afin d'obtenir l'approbation du patient, l'infirmière doit établir avec lui un projet thérapeutique commun, dans lequel sont inscrits des objectifs réalistes.

En tant que soignant, il faut être attentif au fait que, si le client est en perte d'autonomie physique ou corporelle, par exemple pour le soin de bouche, son autonomie doit être favorisée dans les autres domaines. En agissant ainsi, l'infirmière renforce la dignité¹⁷⁷ de la personne soignée. Elle effectue tous les soins nécessaires pour redonner un état de bien-être au patient, elle respecte sa dignité et son intimité. Respecter la dignité du client en perte d'autonomie, plus spécifiquement pour les soins d'hygiène, est pour moi une des valeurs fondamentales des soins infirmiers. Ma définition personnelle du respect est le fait d'accepter les autres personnes telles qu'elles sont. Chaque personne étant un être humain complexe et unique qui a droit au respect.

Dans la définition du Petit Robert ci-dessous, on associe le mot respect¹⁷⁸ à la dignité. Respecter la pudeur du patient, son intimité lors d'un soin d'hygiène, c'est lui permettre de rester digne en acceptant que quelqu'un d'autre fasse à sa place un soin intime. Le soin buccodentaire, qui fait partie des soins au corps, est un soin intime. Face à ce soin, le soignant doit déployer tout son savoir-faire et son savoir-être pour s'adapter au contexte. Parfois, il devra accepter un refus ou différer le soin. L'attitude du soignant empreinte de respect, favorisera la collaboration du patient.

Une bouche soignée apporte un bien-être au client et lui procure de la satisfaction. Permettre à la personne d'avoir une bouche fonctionnelle qui facilite la mastication, des muqueuses buccales humides qui apportent de la fraîcheur, ainsi qu'une haleine saine qui ne rebute pas l'entourage, c'est restaurer sa dignité. La personne qui retrouve sa dignité osera ouvrir sa bouche et ainsi s'ouvrir aux autres. Soigner une bouche douloureuse, c'est permettre l'expression orale, c'est favoriser la relation.

Je ne peux pas parler de la qualité des soins infirmiers sans vous exposer l'outil par lequel l'infirmière exprime son autonomie professionnelle, c'est-à-dire le processus de soins infirmiers également appelé démarche de soins. Dans la brochure de l'ASI sur la qualité des soins infirmiers, il est mentionné que pour aller vers des soins optimaux, dans une

¹⁷⁷ : **Dignité** : 1. Respect que mérite quelqu'un. 2. Respect de soi : amour-propre, fierté, honneur
Définition Petit Robert 2008

¹⁷⁸ Définition Petit Robert 2008 : **Respect** : 1. Fait de prendre quelqu'un en considération 2. Sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît et à se conduire envers lui avec réserve et retenue.

prise en charge globale du patient, l'infirmière doit utiliser le processus de soins et son savoir professionnel.

3.5.1. Le processus de soins infirmiers (PSI)

Au début des années 1950, apparaît le terme de *démarche de soins*, pour décrire une méthode de planification des soins infirmiers. En Suisse, au début des années 80, les infirmières commencent à utiliser le processus de soins, avec les cinq étapes que l'on connaît aujourd'hui. Cet outil leur servait à formuler un problème de soins infirmiers. Dans les années 90, le diagnostic infirmier selon la taxinomie de ANADI¹⁷⁹ a été introduit dans les programmes de formation et dans la pratique infirmière.

La démarche de soins "... est centrée sur les actions infirmières dans n'importe quel cadre, parce qu'il s'agit d'une méthode efficace d'organisation des processus de pensées pour prendre des décisions cliniques et résoudre des problèmes"¹⁸⁰. La démarche de soins infirmiers est à la base de toutes les interventions infirmières, elle constitue l'essence même des soins infirmiers. Le processus de soins est un instrument de travail fondamental pour chaque infirmière. Il requiert l'implication du patient à chaque étape du processus et permet d'établir un plan de soins individualisé pour répondre aux besoins du patient en matière de santé.

Buts du PSI

Le processus de soins est un jugement clinique¹⁸¹ qui permet d'identifier les problèmes de santé réels et potentiels de la personne, en se basant sur deux axes :

Le jugement diagnostique consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à identifier les problèmes biologiques, psychiques, sociaux ou spirituels que le patient peut présenter en réaction à son problème de santé. L'analyse et l'interprétation des données observées permettent la pose d'un diagnostic infirmier¹⁸².

¹⁷⁹ ANADI: association nord-américaine du diagnostic infirmier. En anglais : NANDA

¹⁸⁰ C. COX Helen *Applications cliniques des diagnostics infirmiers* Bruxelles : De Boeck Université, 2004, chapitre Introduction page 14.

¹⁸¹ Définition Petit Robert 2008 :

Jugement : faculté de l'esprit permettant de bien juger les choses qui ne font pas l'objet d'une connaissance immédiate certaine, ni d'une démonstration rigoureuse

Clinique : qui observe directement les manifestations de la maladie au chevet du malade

¹⁸² Le diagnostic infirmier est développé au chapitre suivant

Le jugement thérapeutique consiste à déterminer les besoins en soins infirmiers pour résoudre les problèmes identifiés. En accord avec la personne soignée, l'infirmière met en œuvre un plan de soins adapté et individualisé.

Afin d'illustrer concrètement un processus de soins, je développe ci-dessous les cinq étapes qui le composent :

1^{ère} étape : la collecte de données

Le recueil de données permet de déterminer l'état de santé global (dans les différentes dimensions : bio-psycho-socio-spirituel) du patient.

Les sources d'informations sont en premier lieu le patient, mais également sa famille, son entourage, les membres de l'équipe de soins interdisciplinaire, la consultation de son dossier de soins antérieur et actuel, le dossier médical.

Ces données sont **subjectives** "faits exposés par le patient qui montrent sa perception, sa compréhension et son interprétation de ce qui arrive"¹⁸³ et **objectives** "faits observables et mesurables par l'infirmière. Elle les recueille pendant l'examen clinique, l'entretien, et l'observation - ce qui implique l'utilisation des sens de la vision, de l'écoute, de l'odorat et du toucher"¹⁸⁴. Les observations infirmières peuvent ainsi être objectivées avec l'utilisation d'une grille d'évaluation de la cavité buccodentaire.

C'est le rôle autonome de l'infirmière qui s'exerce au travers de l'examen clinique.

L'observation est la compétence la plus importante que l'infirmière doit acquérir durant sa formation et maîtriser plus tard dans sa pratique quotidienne. Pour regrouper les données de façon systématique, l'infirmière s'inspire d'un modèle de soins infirmiers, par exemple les huit auto-soins universels de D. Orem. Les données recueillies sont enregistrées dans le dossier de soins infirmiers.

¹⁸³ C. COX Helen *Applications cliniques des diagnostics infirmiers* Bruxelles : De Boeck Université, 2004, chapitre Introduction page 16.

¹⁸⁴ Ibid page 16

2^{ème} étape : L'analyse (interprétation) des données qui aboutit à la détermination du problème et au diagnostic infirmier

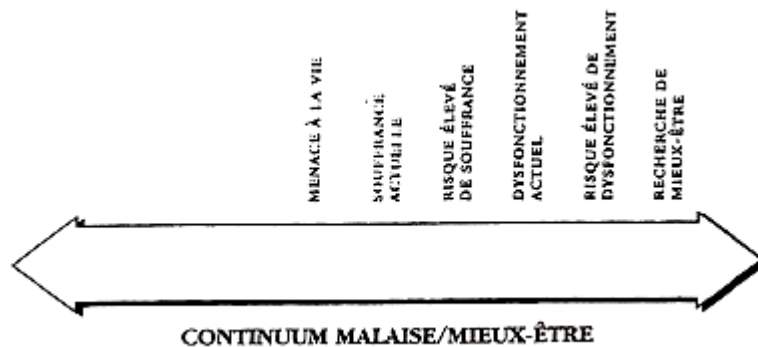
"Les modèles conceptuels proposent une méthode systématique pour l'évaluation initiale et l'orientation de la pratique infirmière en favorisant l'organisation et l'intégration de ce qui est connu de la santé de l'être humain, de la maladie et des soins."¹⁸⁵

L'analyse selon le modèle de D. Orem permet de déterminer les déficits d'auto-soins qui nécessiteront des interventions infirmières, celles-ci seront exprimées par la formulation de diagnostics infirmiers individualisés.

3^{ème} étape : La planification : élaboration du plan de soins

Plusieurs diagnostics peuvent être formulés pour un patient. Pour une planification optimale des soins, il est nécessaire de déterminer un ordre de priorité. Plusieurs méthodes sont disponibles pour définir les priorités :

- le continuum malaise/mieux-être permet de fixer les priorités par rapport aux menaces que le problème pose sur le pronostic vital.

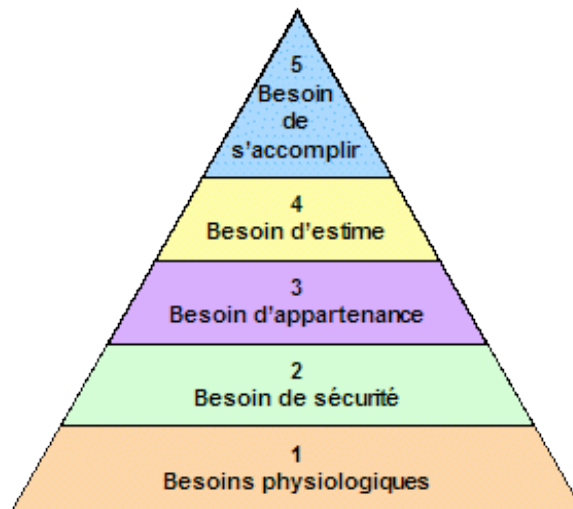


Continuum malaise/mieux-être¹⁸⁶

¹⁸⁵ Ibid page 26

¹⁸⁶ LEFEVRE, Monique, DUPUIS, Andrée. Le Jugement Clinique en Soins Infirmiers. Chapitre 1. Ed. Du Renouveau pédagogique, Canada, 1993, p. 30.

- Selon la hiérarchie des besoins de Maslow¹⁸⁷, les besoins physiologiques nécessitent une attention particulière et sont à prendre en charge avant les besoins particuliers.



Pyramide de Maslow¹⁸⁸

- 1 – Besoins physiologiques : ceux-ci sont liés à la survie (alimentation, hydratation, élimination, etc.) ;
- 2 – Besoin de sécurité : il consiste à se protéger des dangers ;
- 3 – Besoin d'appartenance : il est lié à la dimension sociale de l'individu et à sa capacité à avoir des relations avec les autres ;
- 4 – Besoin d'estime : l'individu a besoin de reconnaissance ;
- 5 – Besoin de s'accomplir : il vise à un épanouissement de la personne.

Pour dispenser des soins de qualité, il est essentiel que l'infirmière établisse des priorités, formule des **objectifs** et choisisse des **interventions** permettant de les atteindre.

¹⁸⁷ Maslow Abraham 1908-1970 Psychologue humaniste américain

¹⁸⁸ Choisir-son-psy.com. Les méthodes psychothérapeutiques. Etat des lieux. [en ligne]. juin 2009
Adresse URL : <http://www.er.uqam.ca/nobel/m213354/SITE%20INTERNET%20FINAL/approche%20humaniste.html>

- un ou des **objectifs de soins** en rapport avec le(s) diagnostic(s), pour préciser les résultats attendus. L'objectif "Énoncé qui indique le but global des interventions de l'équipe de soins. Il peut être à court ou à long terme"¹⁸⁹.

Le sujet des objectifs est le patient et non l'infirmière.

La formulation des objectifs comporte les éléments suivants :

Un sujet (qui ?), un verbe (fait quoi ?), le délai de réalisation de l'objectif (quand ?), les conditions (comment ? où ?) ainsi que les critères de réalisation de l'objectif (combien ? comment? où?).

Afin que ceci soit plus compréhensible, je cite un exemple :

D'ici deux jours, M.X. ne présentera plus aucun signe ou symptôme de majoration de l'intégrité de la muqueuse buccale.

Les objectifs doivent être observables, mesurables et réalistes. Ils doivent être négociés et validés avec le patient.

Les interventions infirmières à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs.

Les interventions choisies doivent être adaptées aux particularités du patient et tenir compte de ses ressources. C'est à partir des diagnostics infirmiers que l'infirmière choisit les interventions relevant de son champ de responsabilités. Certains ouvrages sur les diagnostics infirmiers, suggérant des interventions de soins, peuvent guider l'infirmière à déployer tout son potentiel pour exercer son rôle propre.

Le plan de soins est enregistré dans le dossier du patient, ce qui permet d'assurer la continuité des soins au sein de l'équipe soignante.

4^{ème} étape : Exécution des interventions : mise en œuvre du plan de soins

L'étape de l'exécution englobe toutes les interventions infirmières qui visent à résoudre les problèmes du patient et à satisfaire ses besoins en matière de santé.

Selon D. Orem, les mesures d'assistance sont mises en place pour compenser et surmonter les limitations d'auto-soin, pour stimuler et préserver les capacités d'auto-soin et prévenir le développement de nouvelles limitations d'auto-soin.

¹⁸⁹ tiré du document de cours de M^{me} FELLAY-CHILINSKI, C. *Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière*, HES-SO module A1D1M6 2005

Lors des interventions, l'infirmière recueille en continu des données sur le patient pour voir si sa situation a changé, si les diagnostics sont toujours d'actualité, si les soins planifiés sont toujours appropriés. L'infirmière doit donc faire preuve de souplesse et adapter son plan de soins à la situation quotidienne du patient.

L'étape de l'exécution prend fin une fois que les interventions infirmières ont été menées à bien et que les réactions du patient ont été notées dans le dossier. Ces notes doivent être concises, précises et objectives.

5^{ème} étape : Evaluation des résultats obtenus

L'efficacité du plan de soins est définie par l'atteinte des résultats escomptés. L'évaluation consiste à porter un jugement clinique sur les résultats mesurés. Lorsque tous les objectifs sont atteints, que le patient peut se donner les auto-soins nécessaires, le plan de soins est terminé. Si nécessaire, des réajustements sont apportés. L'évaluation joue aussi un rôle de garantie dans la qualité des soins.

3.5.2. Diagnostics infirmiers

" Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable"¹⁹⁰.

La pose de diagnostics infirmiers en opposition aux diagnostics médicaux appartient au rôle propre de l'infirmière. Il n'est pas directement centré sur la pathologie mais sur les besoins du client. En intégrant les diagnostics infirmiers au processus de soins, les infirmières cherchent à prévenir, à réduire, à alléger ou à recouvrir un ou plusieurs problèmes de santé du client. Il est important de préciser que les diagnostics infirmiers doivent être réévalués quotidiennement.

L'utilisation de diagnostics infirmiers présente de nombreux avantages dans la prise en charge d'un client¹⁹¹ :

- Ils fournissent aux infirmières un langage commun.
- Ils permettent de fixer des objectifs appropriés.

¹⁹⁰ NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 372.

¹⁹¹ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38-39.

- Ils fournissent des informations précises.
- Ils permettent d'établir des normes de pratique.
- Ils fournissent une base pour l'amélioration de la qualité.

Pour poser des diagnostics infirmiers, l'infirmière doit se baser sur la clinique du client. L'observation de signes¹⁹² et/ou de symptômes¹⁹³ est nécessaire. Elle doit aussi mettre à profit ses compétences, son expérience ainsi que son intuition.

Pour poser des diagnostics infirmiers spécifiques, en lien avec mon étude, il faut se baser sur l'observation, l'utilisation d'un ou de plusieurs outils d'évaluation peut ainsi se révéler nécessaire. La grille d'évaluation ainsi que le protocole de GUTS, tous deux développés sous le chapitre 3.2., peuvent constituer ces outils. Les connaissances sur les caractéristiques d'une bouche saine ainsi que son anatomie sont indispensables pour poser un diagnostic. A partir de tous ces facteurs, je nomme ci-dessous deux diagnostics infirmiers¹⁹⁴ en accord avec ma thématique.

- Atteinte de la muqueuse buccale due à une mauvaise hygiène buccale se manifestant par une élocution difficile, une douleur buccale, des lésions ou ulcères buccaux, une halitose, une stomatite, une sensation de difficulté à manger ou à avaler, une sensation de diminution ou absence de goût, etc.
- Dentition altérée due à une hygiène buccale déficiente se manifestant par une plaque dentaire excessive, des caries au niveau de la couronne ou de la racine de la dent, une halitose, une absence complète ou partielle de dents, des maux de dents, etc.

¹⁹² " Les signes sont les manifestations objectives ou observables d'un problème de santé ".

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38.

¹⁹³ " Les symptômes sont des changements physiques ou fonctionnels ressentis par le client et indiquant une maladie ou un de ses stades ".

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995, p. 38.

¹⁹⁴ Pour élaborer ces deux diagnostics infirmiers, je me suis basée sur le livre :

NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 76-77 et 176-177.

3.5.3. Recommandations de bonne pratique

Afin de parler de recommandations de bonne pratique, j'ai décidé d'utiliser comme référence les soins de bouche pratiqués au HUG¹⁹⁵, article paru en 2004 dans la revue médicale suisse.

Avant de parler de la "solution CESCO"¹⁹⁶ ou "solution Guggisberg"¹⁹⁷, j'ai trouvé important de citer leur définition des soins de bouche, d'énoncer leurs objectifs des soins buccodentaires ainsi que les caractéristiques d'une bouche saine.

" On définit comme soins de bouche, les soins permettant de maintenir une hygiène buccale adéquate chez un patient, afin d'assurer son confort, de maintenir les caractéristiques physiologiques de sa cavité buccale, de prévenir toutes complications ou lésions à ce niveau et de rétablir l'intégralité de la muqueuse et la capacité fonctionnelle de la bouche"¹⁹⁸.

" Les objectifs des soins de bouche sont : de maintenir les caractéristiques physiologiques de la cavité buccale, de restituer la capacité fonctionnelle, d'assurer le confort du patient, de prévenir les complications (inflammations, lésions, infections...)"¹⁹⁹. " Les caractéristiques d'une bouche saine sont : une bouche libre de mucus ou autre débris, une langue humide rosée à l'aspect râpeux, des gencives rosées et fermes, des muqueuses humides, rosées, sans dépôts, ni lésions et une salive claire et aqueuse"²⁰⁰.

La solution CESCO est composée de " Mycostatine® pour son rôle antifongique, de bicarbonate pour diminuer l'acidité salivaire, de vitamines censées favoriser la régénération des muqueuses buccales et de NaCl²⁰¹". Cette solution était la solution de choix utilisée pour les soins buccodentaires aux HUG, jusqu'au printemps 2003.

¹⁹⁵ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495, p.1-6.

¹⁹⁶ CESCO : Centre de Soins Continus des Hôpitaux Universitaires de Genève.

¹⁹⁷ La solution Guggisberg est nommée ainsi en hommage à Elisabeth Guggisberg, infirmière spécialiste clinique au CESCO au HUG, qui a étudié, avec la collaboration du Dr Georges Zelger, pharmacien du département de gériatrie, la problématique de l'altération de la muqueuse buccale chez les clients en milieu gériatrique et en milieu palliatif.

¹⁹⁸ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495, p.1-6.

¹⁹⁹ Ibid

²⁰⁰ Ibid

²⁰¹ Ibid.

Durant l'année 2000, une étude sur la solution CESCO a été réalisée, il fut établi que l'action antimycosique était faible. " La nystatine²⁰² est très sensible à l'air et à la lumière et son activité diminue rapidement avec le temps en présence de vitamines²⁰³ ". Le retrait de ce produit était donc inéluctable et une autre solution fut mise au point. Actuellement, ils utilisent la " Solution soins de bouche aromatisée stérile Bichsel® ". Elle contient du bicarbonate de sodium, pour diminuer l'acidité de la salive, du NaCl pour humidifier la muqueuse ainsi qu'un arôme à la banane. En effet, l'amélioration du goût est un facteur important pour l'acceptation du produit par le client.

Il existe d'autres solutions pour effectuer les soins buccodentaires. La chlorhexidine aqueuse²⁰⁴ est une alternative, mais elle est peu utilisée car elle peut colorer les dents. Les glaçons à l'ananas sont utilisés pour rafraîchir la bouche suite à une éventuelle sécheresse.

" Les solutions de soins de bouche utilisées plusieurs fois par jour, en plus du brossage mécanique, sont une bonne manière de prévenir les altérations de la muqueuse et de rafraîchir les patients²⁰⁵ ". Toutefois, il est aussi important de considérer que "l'action mécanique et la fréquence priment sur le type de produit utilisé²⁰⁶ ".

4. Méthodologie

Dans ce chapitre, j'explique de manière précise la démarche méthodologique que j'ai suivie. Celle-ci m'a permis de garder un fil rouge tout au long de mon Travail de Bachelor.

Ci-dessous, j'expose tout d'abord le type de recherche entreprise ainsi que quelques caractéristiques. Je présente ensuite la méthode d'investigation choisie en nommant l'outil construit et utilisé pour les investigations. Dans le sous-chapitre suivant, l'échantillonnage utilisé pour mon étude est identifié, le type ainsi que la taille sont mentionnés. La

²⁰² La nystatine est le principe actif de la Mycostatine®
<http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi>

²⁰³ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495, p.1-6.

²⁰⁴ La chlorhexidine aqueuse est un antiseptique pour les muqueuses. Celle qui est utilisée au HUG est la chlorhexidine 0,1%.
http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/utilismedic/tab_antiseptiques.pdf

²⁰⁵ KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2004, article n°2505, revue n°495, p.1-6.

²⁰⁶ Ibid

construction de l'outil d'investigation est également décrit et argumenté et j'inclus dans ce même sous-chapitre le déroulement de mon pré-test ainsi que le déroulement de l'utilisation de l'outil. Pour terminer, les principes éthiques ainsi que la protection des données sont décrits et argumentés.

4.1. Type de recherche

D'un point de vue méthodologique, ma recherche se situe dans une démarche qualitative²⁰⁷ de nature exploratoire²⁰⁸. Celle-ci a été étoffée par des lectures en lien avec ma question de départ ainsi qu'à partir de constatations et d'observations faites lors de mes stages. Ces faits m'ont permis de construire une problématique et de parvenir à une question centrale de recherche. J'ai postérieurement rédigé quatre hypothèses. Afin de pouvoir répondre aux exigences de cette recherche initiale, il a été convenu avec ma directrice de mémoire, de travailler seulement sur deux hypothèses, les deux autres étant développées par ma collègue Suzi qui travaille avec moi sur ce thème.

Mon axe de recherche étant le soin buccodentaire, des interrogations sont apparues et pour tenter d'y répondre, j'ai conduit des entretiens semi-directifs auprès d'infirmières. Mais avant de partir en entretien, j'ai développé différents éléments théoriques dans le cadre de références. Ils ont tous été rédigés en lien avec mon objet d'étude et m'ont permis dans un premier temps d'établir ma grille d'entretien, et dans un deuxième temps de procéder à l'analyse. Cette étude a pour but d'identifier comment les infirmières incluent les soins buccodentaires dans leur pratique professionnelle de prise en charge globale, pour des patients en perte d'autonomie pour ce soin, dans des unités de médecine et de soins palliatifs.

²⁰⁷ " La recherche qualitative est l'analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple ".

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. P.17 Québec : ERPI, 2007 p. 570.

²⁰⁸ " La recherche exploratoire permet au chercheur de se familiariser avec le sujet à étudier et avec les situations dans lesquelles tel ou tel phénomène se produit. Elle permet de révéler la complexité du sujet abordé dès lors de faire l'inventaire des variables pouvant avoir une incidence sur le processus entrepris ".

SPHOEPF, Chris. *Section méthodologie et Recherches en soins infirmiers*, Module 2808, mai 2008.

4.2. Méthode d'investigation

Afin de répondre à ma question centrale de recherche "Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ? ", j'ai réalisé des entretiens²⁰⁹ semi-directifs dans des services de médecine et de soins palliatifs. Les outils d'investigation mobilisés dans le cadre de cette recherche sont l'entrevue exploratoire et l'entretien semi-dirigé.

Les entretiens permettent de recueillir des informations de nature privée sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des individus sur un sujet donné. La structure des questions ouvertes laisse au participant une grande liberté pour le choix des réponses.

Cependant l'entretien structuré comporte des limites. En effet, la relation face à face engendre le risque que l'interlocuteur veuille apporter la meilleure réponse, celle qui est la plus socialement appréciée ou qui fait le plus plaisir à l'enquêteur plutôt que de présenter sa propre réalité.

Les entretiens semi-directifs m'ont permis d'explorer le thème choisi préalablement, tout en laissant la personne interrogée s'exprimer librement. Cette méthode permet d'approfondir la pensée des interlocuteurs.

Durant les différents entretiens, j'ai eu une attitude chaleureuse et empathique envers mes interlocuteurs tout en respectant les moments de silence ainsi que les moments de réflexion. J'ai pu ainsi favoriser une bonne ambiance et l'aisance entre les interlocuteurs et moi-même s'est faite de manière naturelle.

4.3. Échantillonnage

Afin de mener à terme mes entretiens, j'ai choisi un échantillonnage raisonné de type boule de neige²¹⁰. Ces deux méthodes sont non probabilistes, en effet, je ne me suis pas appuyée sur le hasard pour sélectionner la population interrogée. Je me suis adressée

²⁰⁹ L'entretien est une mode d'investigation basé sur une communication verbale et sur un but précis.

DELPETEAU, François *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats* .p. 314 Bruxelles : De Boeck Université. 2000

²¹⁰ Cette technique est très simple à utiliser et aussi très pratique lorsqu'on procède par choix raisonné, ne dispose pas d'une liste des unités de population mère et connaît très peu d'individus qui correspondent aux variables ou aux critères retenus. En bref, il s'agit de constituer l'échantillon en demandant à quelques informateurs de départ de fournir des noms d'individus pouvant faire partie de l'échantillon.

Ibid p. 227

aux deux infirmiers chefs des unités de soin, qui ont désignés les infirmières participant à ma collecte de données. Je tiens à indiquer que ce type d'échantillonnage n'est pas représentatif de la population. Je ne prétends donc pas de ce fait généraliser les résultats obtenus, mais faire émerger les tendances.

J'ai envoyé un e-mail aux deux infirmiers chefs (ICUS) des deux unités où je souhaitais effectuer mes entretiens pour leur exposer ma requête. Après avoir reçu leur approbation pour interroger des infirmières de leur service, j'ai pris rendez-vous avec eux afin de leur expliquer ma recherche dans le détail. Lors de ce rendez-vous, les infirmiers chefs ont choisi chacun quatre infirmières pour participer à ma collecte de données. A cette occasion, je leur ai transmis les lettres concernant le consentement libre et éclairé²¹¹ ainsi que les lettres d'informations²¹² pour chacun des participants, en leur spécifiant que ces derniers seraient libres d'accepter ou de refuser ma requête.

J'ai émis un critère d'inclusion :

- les infirmières devaient comprendre et parler le français. Il était important pour moi que les entretiens soient clairs pour les deux parties.

L'échantillon de cette recherche comprenait huit soignants, des hommes et des femmes, tous infirmier/ères ayant effectué leur formation en Suisse et en France.

4.4. Construction de l'outil

Pour la construction de l'outil, j'ai créé une grille d'entretien²¹³. Celle-ci comprend ma question centrale de recherche, mes deux hypothèses, mes objectifs de recherche ainsi que quelques questions ouvertes avec d'éventuelles relances. Les questions ouvertes et les relances ont pour but de répondre à ma question centrale de recherche et de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Afin de ne pas perturber la dynamique de l'entretien, les questions d'ordre personnel²¹⁴ ont été posées en fin d'entretien.

Après la phase théorique de la création de l'outil j'ai effectué des pré-tests²¹⁵, le pré-test permettant d'estimer la fiabilité et la validité de l'outil. J'ai réalisé le premier pré-test avec

²¹¹ Le consentement libre et éclairé présenté aux participants. Annexe 9.

²¹² Lettre d'information présentée aux participants. Annexe 10.

²¹³ La grille d'entretien. Annexe 8.

²¹⁴ Age, année de service etc.

²¹⁵ SCHOEPP Chris, *Pré-test des outils, fiabilité et validité et Recherches en soins infirmiers*, Module 2808, mai 2008

ma grille d'entretien auprès d'une amie infirmière travaillant dans un service d'orthopédie, ce qui m'a permis d'évaluer la compréhension de mes questions. Le deuxième a été effectué auprès de l'ICUS d'un des deux services où j'ai effectué mes entretiens, cette infirmière ayant les mêmes caractéristiques que la population testée. J'ai ainsi pu vérifier la pertinence et la compréhension de mes questions. J'ai également demandé une appréciation aux deux infirmières qui ont participé au pré-test. Il s'est avéré que la question sur le rôle propre n'était pas très claire, je l'ai donc modifiée en y adaptant une relance plus spécifique. Je tiens à préciser que l'infirmière de médecine qui a participé à mon pré-test n'est pas incluse dans l'échantillonnage.

4.5. Déroulement des entretiens

Les huit entretiens ont été réalisés au sein même du service, en tête-à-tête, dans une pièce calme. Ils se sont déroulés sur une période de deux jours et ont une durée qui varie entre vingt et quarante-cinq minutes.

Avant de débiter l'enregistrement, j'ai recolté le consentement éclairé de chaque intervenant et j'ai expliqué le déroulement de l'entretien. Pour éviter tout effet de surprise, j'ai précisé dès le départ que l'entretien était enregistré, mais que les données resteraient anonymes. Avant de débiter, je leur ai également donné la possibilité de me poser des questions, afin de lever toute interrogation éventuelle. Pour les entretiens, j'ai utilisé comme fil conducteur les questions spécifiques à mes hypothèses, mais j'ai également dû déployer d'autres relances que celles notifiées au départ, ceci afin d'apporter un éclairage quand cela a été nécessaire.

Pour conclure l'entretien, j'ai laissé à chacun la possibilité de rajouter quelques mots en lien avec mon thème. Tous les intervenants ont répondu à toutes mes questions, ils se sont montrés très coopératifs et chaleureux.

Grâce à la phase de pré-test, j'ai pu aborder les entretiens de façon détendue. Mon principal souci était que les questions ne soient pas comprises ou que les relances ne soient pas adéquates, souci qui a été levé lors des pré-tests.

4.6. Principes éthiques et protection des données

Lorsque l'autorisation de procéder au recueil de données au sein du RSV a été délivrée par M^{me} Jenzer, direction des soins infirmiers du RSV, j'ai pris contact par e-mail avec les responsables des deux unités de soins pour leur exposer ma requête.

Toute personne participant à ce mémoire est protégée par des règles ainsi que des principes éthiques qui visent à les prémunir d'éventuels dommages qui pourraient être occasionnés, tel que le non-respect de l'anonymat. Les participants à l'étude sont avertis qu'ils peuvent se retirer à tout moment de la recherche.

Les infirmières ont été invitées à participer à l'étude sur une base volontaire, elles sont donc libres d'accepter ou de refuser. Les lettres d'information ainsi que les lettres de consentement éclairé ont été remises à l'infirmière responsable du service afin qu'elle les transmette aux infirmières susceptibles de vouloir participer à l'étude. Dans la lettre d'information figurent les objectifs, la nature, le déroulement ainsi que la durée de la recherche et dans la lettre de consentement éclairé figurent notamment les droits des personnes interrogées. Avant chaque entretien, les deux lettres ont été approuvées et la lettre de consentement éclairé signée.

Les infirmières sont informées que les informations transmises lors des entretiens sont confidentielles et que les informations enregistrées seront détruites six mois après la soutenance, au plus tard en février 2010.

5. Analyse

Des éléments significatifs de l'analyse me permettront de répondre à ma question de recherche ci-dessous :

Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ?

J'ai procédé à l'analyse des données que j'ai recueillies durant les huit entretiens effectués auprès d'infirmiers et d'infirmières dans des services de médecine et de soins palliatifs au sein du Réseau Santé Valais. Je décris succinctement le contexte des services qui ont participé à ma recherche. Les deux services de médecine ont à eux d'eux un effectif de 60 lits avec une moyenne d'âge de 73 ans pour les patients, les soins palliatifs sont dotés de sept lits pour un âge moyen de 64 ans²¹⁶. J'ai interviewé deux infirmières dans chaque unité de médecine et quatre infirmières aux soins palliatifs. J'ai fait le choix de ne pas distinguer les réponses des infirmières par rapport à leur lieu de travail spécifique, car dans l'organisation de l'hôpital, l'unité de soins palliatifs est incluse

²¹⁶ L'âge des patients correspond au premier trimestre de l'année 2009

dans le service de médecine.

Le recueil de données a été effectué dans un délai de deux jours afin de ne pas constituer de biais méthodologiques. Suite à la retranscription des huit entretiens, j'ai cherché à classer les informations des différentes infirmières sous forme de tableaux, à partir de mes deux hypothèses.

Pour construire mon analyse, j'ai choisi de procéder à une analyse thématique. Cela signifie que j'ai mis en évidence des thèmes²¹⁷ représentatifs de mes hypothèses. Après plusieurs lectures²¹⁸, j'ai pu établir une liste des différences, similitudes, paradoxes et sens donnés aux expériences par les infirmières.

Thèmes en lien avec mon objet d'étude :

❖ **Rôle propre infirmier :**

- l'évaluation
- la délégation
- les diagnostics infirmiers
- les transmissions infirmières

❖ **Pratique du soin :**

- le ressenti de l'infirmière
- les obstacles qui interfèrent pour la pratique du soin
- la collaboration du patient

Je dois tout même mentionner que d'autres thèmes, à savoir, la formation initiale et continue, les outils d'évaluation et les protocoles de soins ont été traités par ma collègue Suzi Sobral dans le cadre de son Travail de Bachelor. Ceci en lien avec les hypothèses décrites au chapitre 2.2.

Dans la section suivante, je vais présenter les éléments classés, j'en ferai une description, puis je ferai le lien avec le cadre de référence.

5.1. Préambule

La première question de mes entretiens n'est pas directement en lien avec mes hypothèses. Avant de débiter les entretiens, j'ai demandé aux professionnels de me donner leur définition des soins buccodentaires non thérapeutiques.

²¹⁷ Thème : Sujet récurrent qui émerge régulièrement de l'analyse de données qualitatives. LOISELLE Carmen G. *Méthodes de recherche en sciences infirmières* Québec : ERPI, 2007 570 p.

²¹⁸ Cette manière de faire m'a permis de m'imprégner des différents discours.

Toutes les réponses qui m'ont été données définissent les soins buccodentaires non thérapeutiques comme étant les soins d'hygiène de base au sein de la sphère buccale. Ils sont assimilés aux soins d'hygiène que chaque personne pratique sur soi à domicile. C'est l'entretien de la bouche le matin et après les repas, c'est-à-dire se laver les dents ou laver son dentier, et se rincer la bouche. Trois personnes ont relevé le fait que c'était un soin de prévention pour éviter les infections, les caries, et pour maintenir une bouche propre et une langue rosée. La fréquence des soins de bouche non thérapeutiques est plus élevée que celle des soins thérapeutiques.

La notion *c'est ce qu'on apprend déjà depuis tout petit*²¹⁹ est citée par un jeune infirmier. Si l'on se réfère à Dorothy Orem, cette notion fait appel à l'aptitude de l'être humain d'exercer sa capacité d'agir lorsqu'il prend soin de lui-même, en identifiant et en fournissant les apports nécessaires (capacités d'auto-soins).

5.2. Hypothèse 1 : rôle propre infirmier

5.2.1. L'évaluation

L'ensemble des personnes interrogées a répondu à la question "Comment exercez-vous votre rôle propre dans le cadre du soin buccodentaire ?" par le terme "évaluation"²²⁰. Tous les infirmiers interrogés situent l'évaluation sur deux niveaux, tout d'abord par rapport à l'autonomie de la personne, *si elle a ses facultés cognitives, tu orientes ou tu guides, si elle ne les a pas, tu fais avec ou tu fais tout*. Les soignants travaillant en médecine ont rajouté la mobilité du patient, *à savoir si elle peut se déplacer jusqu'au lavabo ou non*. Selon le modèle de soins de Dorothy Orem qui repose sur la capacité de l'individu à exercer les auto-soins, cette détermination initiale qui repose sur le recueil des données, identifie les limitations d'auto-soins et va orienter les modes d'assistance infirmière²²¹. Concernant les personnes dépendantes envers ce soin, la population concernée par ma recherche, l'intervention infirmière est totalement ou partiellement compensatoire.

Le deuxième niveau de l'évaluation est défini par l'observation de la cavité buccale. Si, pour chaque personne interrogée, l'évaluation est associée à observer, ce verbe a une signification particulière pour chacun d'eux. Une infirmière, évalue de façon approfondie,

²¹⁹ Les phrases indiquées en italique dans le texte sans autre référence sont des propos des infirmières repris des entretiens afin d'illustrer mon analyse.

²²⁰ Action d'évaluer, de déterminer la valeur ou l'importance (d'une chose) Petit Robert 2008

²²¹ OP p. 52

une fois par jour je prends une lampe de poche et je regarde avec un petit bâtonnet, pour une autre personne lors d'un soin de bouche j'observe la langue. Pour un tel se sera la proximité avec le patient qui permet l'évaluation, lors d'une discussion j'observe la sécheresse des lèvres ou je peux sentir une mauvaise haleine, signes qui m'alertent sur l'état de la bouche. Dans le classeur des soins techniques du Groupe d'unification des techniques de soins en Valais romand (GUTS), référence pour les formations d'infirmières et ASSC du Réseau Santé Valais, des centres médico-sociaux etc., on y décrit la procédure pour nettoyer la cavité buccale ainsi que les buts du soin, mais il n'y a pas d'information sur la manière d'évaluer la sphère buccale. Durant ma formation, je n'ai pas reçu d'enseignement sur l'évaluation de la cavité buccale. C'est seulement lors de mon dernier stage, en soins palliatifs, que j'ai rencontré des infirmières qui utilisaient une source de lumière et un abaisse-langue pour observer la bouche. Selon Valérie Pedro da Silva et Co²²², l'examen de la bouche doit se faire le plus doucement et le plus scrupuleusement possible. Si je me réfère au document "Hygiène et bien-être corporel"²²³, l'observation de la bouche nécessite une source de lumière efficace, un abaisse-langue, ainsi que l'installation du patient de manière adéquate. Dans le livre "L'examen clinique dans la pratique infirmière"²²⁴, le soin de bouche est détaillé avec l'inspection des structures de la bouche, ainsi que les éléments cliniques d'une bouche saine.

Au fil de mes huit entretiens, j'ai constaté que si l'observation clinique d'une cavité buccale n'est pas faite de manière identique par les soignants, les caractéristiques d'une bouche saine sont également différentes pour chacun."Le soin buccodentaire est une pratique empirique, chacun procède à sa façon"²²⁵". Pour un tel, ce sera une *langue propre et des muqueuses humides*. Pour un autre, plutôt *des lèvres humides et une langue rose*. Pour un autre soignant, ce sera *une bouche bien humidifiée sans trace blanche, signe de lésion*. Une personne cite *l'absence de détrit*, une autre me dit *je regarde bien la langue, mais je suis moins attentive aux joues et aux gencives*. Un seul soignant est attentif à la dentition *j'observe qu'il n'y a pas de gaine sur les dents*, deux personnes citent des prothèses bien ajustées pour éviter toute blessure. Les caractéristiques d'une bouche

²²² PEDRO da SILVA Valérie [et a] Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs *Soins gérontologiques* 2005 janvier-février 2005 p-36-39

²²³ SFAP Hygiène et bien-être : soins de bouche. In: *L'infirmière et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique* p.146-162 Paris : Masson, 1999 250 p.

²²⁴ BRÛLE Mario, CLOUITIER Lyne *L'examen clinique dans la pratique infirmière* Chapitre 8 Paris : Pearson Education. 2002. 676 p.

²²⁵ BERNARD Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentation mentales et difficultés des soignants. *Revue Objectifs soins*. 2003. n° 113 p.26

saine citées par les soignants sont : des lèvres et des muqueuses buccales humides, une langue rosée, une haleine fraîche, l'absence de lésions et de traces de détrit. Selon la grille d'évaluation de la cavité buccale avec des critères précis à vérifier, comme celle définie en annexe 7, les signes d'une bouche saine comporte effectivement ces indices, mais également d'autres tout aussi pertinents comme les gencives, les papilles, la salive, la déglutition et la voix.

Deux personnes évoquent le rôle d'alerter le médecin si, lors de l'observation clinique, on détecte une affection qui doit être validée par un diagnostic médical."L'évaluation de la sphère buccale permet d'adapter la fréquence des soins de bouche et de référer le patient au médecin et/ou dentiste²²⁶" Ici, l'infirmière exerce son autonomie par son esprit de collaboration interdisciplinaire.

On écoute aussi ce que dit le patient, s'il se plaint de douleur ou d'un inconfort au niveau buccal. Ce qui m'interpelle, c'est que si le soignant est uniquement attentif aux personnes qui expriment leur ressenti, je pense que, sans une évaluation visuelle systématique, il y a des problèmes sous-jacents qui passent inaperçus. Ces problèmes sont encore plus réels avec des patients qui n'expriment pas leur ressenti, soit parce qu'ils ne veulent pas déranger les soignants, ou parce qu'ils estiment que leur douleur est supportable. "Généralement la détection n'est effectuée que si les lésions buccales sont suffisamment douloureuses pour que le patient se plaigne²²⁷"

C'est vrai que si quelqu'un ne mange pas, il faut se poser la question pourquoi il ne mange pas. Ces observations interpellent l'infirmière qui procèdera à une évaluation plus approfondie de la bouche. Des douleurs au niveau buccal peuvent empêcher de manger, et si on ne mange pas on perd des forces. En plus nos grands-pères et nos grands-mères ne mangent pas beaucoup, alors si en plus.... C'est vrai que j'oublie des fois que la bouche c'est le départ de tout le système digestif.

Il y a certains traitements qui nous rendent attentifs de surveiller l'état buccal. Durant ma formation, j'ai appris que les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie peuvent

²²⁶ GENOUD François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale? *Pratique des soins*, 2003. n°3, p.50.

²²⁷ CARON, Christian. *L'hygiène buccodentaire*, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (éd.). Québec : ERPI, 2006. p. 193-203.

causer des mucites²²⁸ ainsi que l'utilisation de corticoïdes en aérosol qui induit des mycoses buccales²²⁹.

Comme le mentionne Caroline Hollebeque²³⁰, pour une prise en charge optimale d'un patient, l'évaluation de la cavité buccale lors de l'admission d'un patient doit être systématique. Je constate que cette appréciation de l'état buccal à l'arrivée d'un patient se fait plus méthodiquement en soins palliatifs qu'en médecine.

Aucune des huit personnes interrogées n'a connaissance d'une grille d'évaluation de la cavité buccale avec des items précis à vérifier. Deux infirmières travaillant en soins palliatifs ont fait référence à un feuillet de la Société Suisse de Soins palliatifs²³¹ qui définit des recommandations pour l'évaluation de la sphère buccale, mais aucune des deux n'utilise cette grille d'évaluation dans sa pratique quotidienne.

Selon une étude française pour l'obtention du Diplôme National de Soins Palliatifs,²³² l'utilisation d'une grille permet d'harmoniser l'évaluation entre les différentes équipes et de mettre en place rapidement un soin personnalisé. Ainsi l'inspection buccale uniformisée constitue la base de soins efficaces.

L'autonomie de l'infirmière s'exprime par la réalisation du processus de soins infirmiers²³³. Dès la première étape du PSI, qui est le recueil de données, l'infirmière dispose d'éléments pour évaluer la situation. Le jugement clinique passe obligatoirement par l'observation et par l'activation des connaissances professionnelles. L'observation clinique est la plus importante compétence que l'infirmière doit maîtriser dans sa pratique

²²⁸ La mucite (ou mucosite) buccale est une inflammation de la muqueuse buccale consécutive à une radiothérapie ou une chimiothérapie (effet secondaire). Elle apparaît très fréquemment une à deux semaines après le début du traitement. Le traitement anticancéreux détruit en effet les cellules en cours de division, de sorte que la muqueuse buccale ne se renouvelle plus. L'ensemble de la muqueuse buccale est affectée, y compris la gencive et la langue <http://www.bsip.com/fr/images/mucite.htm> (consulté le 30.04.2009)

²²⁹ cf chapitre 3 les troubles dentaires et buccaux

²³⁰ HOLLEBEQUE Caroline. *Soins de bouche chez les personnes âgées : enquête auprès des patients et du personnel soignant de quatre EHPAD de Brest Métropole océane*. Brest : Université de Bretagne occidentale Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire N° 29011, 2006,

²³¹ Palliative Flash No. 14 novembre 2008

²³² DEMOTA G., VIELLEFON S. *L'évaluation du soin de bouche en phase palliative : une continuité des soins ?* Tours : Faculté de médecine Diplôme National de Soins Palliatifs et accompagnement N° 12704, 2004

²³³ OP p.45

quotidienne. En tant que future professionnelle, j'aimerais avoir à disposition des outils d'évaluation précis pour me permettre d'exercer et d'affiner mon jugement clinique.

5.2.2. La délégation

L'organisation du travail dans les trois unités où j'ai effectué mes entretiens est identique. L'infirmière qui prend en charge ses patients le matin, s'occupe de leur toilette et y inclut systématiquement le soin de bouche. La fréquence d'un soin sur une journée est au minimum de trois fois, après chaque repas. Si l'état buccal l'exige le soin de bouche avec tampon et solution Bichsel® est prodigué à chaque nursing, lors d'un changement de position avec massage des points d'appui, ou simplement pour assurer le confort du patient. Soit, chaque quatre heures et souvent aux deux heures pour la personne en fin de vie qui a les muqueuses buccales desséchées suite à une respiration avec la bouche ouverte.

Durant une journée de travail, d'autres professionnelles de l'équipe interdisciplinaire - infirmières, assistantes en soins et santé communautaire, aides non qualifiées - sont amenées à donner des soins buccodentaires aux patients pris en charge le matin par une collègue.

La totalité des personnes interrogées délèguent ce soin d'hygiène aux aides-soignantes, mais elles ne le supervisent pas *je trouve même qu'elles savent mieux le faire car elles le font plus souvent*. Ces propos laissent supposer que, sur une journée de travail, l'infirmière effectue moins de soins d'hygiène que des professionnels moins qualifiés. Selon le conseil international des infirmières²³⁴, lorsque l'infirmière accepte ou délègue des responsabilités, elle doit évaluer ses propres compétences et celles de ses collègues. Ceci met en évidence que le fait de déléguer une tâche vers un professionnel moins qualifié ne libère pas l'infirmière de sa responsabilité envers le client.

Une seule personne dit *je délègue le soin, mais j'attends en retour que s'il y a un souci, elle vienne me le dire*, pour cet infirmier malgré une délégation, il assume sa responsabilité par rapport à l'acte délégué.

Le terme de confiance²³⁵ envers les collègues est également mentionné, afin d'expliquer la raison de l'absence de supervision d'un soin fait par un autre professionnel. La

²³⁴ Conseil international des infirmières. *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Conseil international des infirmières, 2000. p.2-3

²³⁵ Confiance : espérance ferme, assurance de celui, celle qui se fie à qqn ou qqch. Synonyme : Fiable, sûr. Définition du Petit Robert 2008

confiance envers l'autre, mais aussi envers soi, est primordiale, car dans une équipe soignante, on est toujours le collègue de quelqu'un.

Tous les soignants interrogés relèvent que, durant la journée, d'autres soignants prennent le relais. Cela signifie que les soins buccodentaires sont prodigués par plusieurs personnes sur un même patient. Une infirmière peut donc être amenée à faire un soin buccodentaire à une personne, alors qu'elle avait elle-même délégué ce soin durant la journée, ceci occasionnant indirectement une certaine supervision.

Cette situation, propre à l'organisation des soins infirmiers, apporte des regards supplémentaires sur l'évaluation de la cavité buccale. Ceci devrait permettre d'éviter qu'une affection au niveau buccal passe inaperçue, mais la continuité des soins ne peut être garantie que par des transmissions orales et écrites, ce thème faisant l'objet d'un chapitre spécifique.

Dans l'encadrement des étudiants, il y a le souci d'enseignement de la part du professionnel, *montrer, faire avec et laisser faire sous supervision, avant de responsabiliser l'étudiant pour un soin*. Dans cette situation, il y a systématiquement supervision. Cependant, si l'étudiant a déjà effectué un ou deux stages précédemment, le professionnel va penser que ce soin d'hygiène est acquis, et de son côté l'étudiant ne va peut-être pas demander une supervision pour un soin de base. Pour acquérir des compétences au niveau expertise, l'étudiant a besoin de plusieurs supervisions avant que le soin ne soit acquis. C'est en effectuant les recherches pour ce travail, que j'ai moi-même été sensibilisée à la problématique du soin de bouche et que j'ai pris connaissance des techniques d'examen clinique de la bouche.

5.2.3. Les diagnostics infirmiers

A la question d'utiliser les diagnostics infirmiers dans l'offre en soin, la réponse a été unanime *on ne les utilise pas, ils sont pratiqués à l'école seulement*.

Selon Elisabeth Guggisberg²³⁶, pour dispenser des soins individualisés continus et adaptés aux besoins de la personne soignée, il est indispensable d'utiliser la démarche de soins – avec une collecte d'informations initiale, l'établissement de diagnostics infirmiers spécifiques aux affections buccales et une évaluation constante des actions de soins mises en place.

²³⁶ Guggisberg Elisabeth. Prévention des affections buccales chez les patients en phase terminale. L'importance du diagnostic infirmier *Revue Soins infirmiers* 1/1989

Chaque soignant interrogé effectue un recueil des données pour ses patients, ce constat définit les modes d'assistance²³⁷ appropriés pour les situations rencontrées. La totalité des infirmiers identifie les problèmes pour lesquels le client doit recevoir des soins infirmiers. Une action est mise en place, mais celle-ci ne découle pas de la formulation d'un diagnostic infirmier. L'analyse des données recueillies n'aboutit pas à un diagnostic infirmier. Aucune des huit personnes interrogées n'utilise formellement un processus de soins infirmiers (PSI) comme guide de sa pratique soignante. *Je mets en place une action sans la formuler vraiment.*

Le PSI est l'expression et le support du rôle propre de l'infirmière, mais il n'existe pas de trace écrite des réflexions et des actions résultantes de ce rôle. Ce processus s'appuie sur la connaissance de la personne soignée, de ses ressources mais aussi sur la réflexion professionnelle de l'infirmière. Cette absence d'utilisation du processus de soins infirmiers sur le terrain est confirmée par la recherche de Pierre Fornerod²³⁸ qui a mis en évidence que le PSI occupe une place importante dans l'enseignement, mais que les infirmières diplômées n'utilisent que très partiellement et que très épisodiquement le processus de soins dans leur pratique quotidienne. Une des explications fournies par Pierre Fornerod est que les modèles traditionnels sont mécaniques et statiques *"ils peinent à représenter les trois éléments majeurs des situations de soins: la dynamique des temporalités de la vie humaine, la complexité de l'interdépendance du patient avec son contexte écologique et social et la position de l'infirmière en tant que sujet partenaire d'une situation de coopération"*²³⁹.

Dans mon école, comme dans la majorité des écoles de soins infirmiers dans le monde, le processus de soins infirmiers avec la méthode de résolution des problèmes est enseigné. Pendant ma formation, j'ai effectué plusieurs démarches de soins comme travail formatif ou sommatif. Si je me réfère à mon expérience professionnelle, comme étudiante en soins infirmiers, j'ai effectivement utilisé cette approche pour la prise en charge de mes patients, mais à ce jour je n'ai pas encore intégré cet outil de travail, propre à l'infirmière dans ma pratique quotidienne.

²³⁷ Agir ou faire quelque chose pour quelqu'un d'autre / Guider/ Soutenir physiquement ou psychologiquement / Procurer un environnement qui favorise un développement personnel / Permettre de satisfaire les exigences d'action présente ou future / Enseigner

²³⁸ FORNEROD Pierre *La pratique du soin infirmier au XXIe siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive.* Genève : Cahier de la section des sciences de l'éducation N° 106. 2005. 243 p.

²³⁹ FORNEROD Pierre *Du diagnostic infirmier à l'art de prendre soin de l'être humain situé* adresse URL : <http://www.mno.ch/publi/doc/171.pdf> (consulté le 3 mai 2009)

5.2.4. Les transmissions infirmières

Pour cette question, il y a une réponse distincte entre les services de médecine et de soins palliatifs. Dans les deux services de médecine, il y a le souci d'avoir des transmissions ciblées qui sont énoncées sous la forme : Donnée / Action / Résultat. Le soin de bouche est notifié ou évoqué dans les transmissions, lorsqu'il y a un problème présent avec des actions mises en place pour un objectif de soin, ainsi que pour spécifier une fréquence plus importante du soin.

Pour une bouche saine, lorsque l'infirmière prodigue un soin de bouche non thérapeutique, il n'y a pas de transmission orale ni écrite dans le dossier de soins informatisé Phoenix. Seule la mention du port de prothèses dentaires est régulièrement inscrite dans le plan de soins. La citation suivante exprime bien la vision des infirmiers *Si tout va bien, c'est vrai qu'on ne le dit pas, mais il est vrai que comme on n'en parle pas, c'est un soin qui est invisible.*

La prévalence des problèmes de bouche chez la personne en fin de vie est élevée²⁴⁰, d'où l'importance de l'hygiène buccale pour le confort du patient. Ceci peut expliquer pourquoi le soin de bouche est plus visible dans l'unité de soins palliatifs qui a participé à ma recherche. Sur le plan de soins manuscrit, il y a une rubrique spécifique "soins de bouche" où sont notifiées les particularités du soin. L'absence de notification signifie que la cavité buccale est saine. Les informations transmises sont également inscrites dans le plan de soins informatisé Phoenix. Lors de transmissions orales, il est également fait mention des soins d'hygiène effectués lorsque l'état buccal est correct.

Dans les trois unités où j'ai effectué mes entretiens, il y a des transmissions sur les soins de bouche chaque fois qu'il y a un problème, avec la mise en évidence de l'action infirmière pour atteindre un objectif de soin. La différence significative est que dans l'unité de soins palliatifs, il y a une rubrique spécifique pour le soin de bouche.

La documentation des soins est un devoir professionnel inscrit dans de multiples références officielles. Pour l'ASI²⁴¹, c'est un des critères des normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers.

²⁴⁰ FOUCAULT Claudette *L'art de soigner en soins palliatifs Perspectives infirmières* 2^{ème} édition p.72 Québec : Paramètres. 2004. 292p.

²⁴¹ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins). Berne : Secrétariat central ASI, 2000. p.10

L'absence de transmission et d'information est un obstacle non négligeable pour assurer la continuité des soins.

Je constate que si l'infirmière n'inscrit rien dans le plan de soins, lorsqu'il y a un problème lié à la sphère buccale, les collègues de l'équipe n'ont aucune information sur les soins prodigués, en se référant au dossier de soins Phoenix. Les informations peuvent être écrites dans les annotations que l'infirmière consigne dans le dossier informatisé de son patient, mais je ne suis pas certaine que, lors de la prise en charge d'un patient, l'infirmière lira les notes de sa collègue avant de débiter son travail le matin.

**Identifier si les soins buccodentaires non thérapeutiques appartiennent
au rôle propre de l'infirmière;**

En résumé, pour les personnes interrogées, le rôle autonome de l'infirmière s'exprime au travers du recueil de données qui détermine les capacités et les limitations d'auto-soins de la personne. Cette première étape fait effectivement partie du processus de soins défini par D. Orem, mais elle n'est pas finalisée par la formulation d'un diagnostic infirmier. Des actions infirmières sont mises en place, mais elles ne découlent pas d'une planification de soins organisée selon les étapes d'une démarche de soin.

Selon les résultats des entretiens, des transmissions écrites sont rédigées lorsqu'une action est mise en place pour un problème buccodentaire, elles sont notifiées dans le plan de soins et transmises oralement. Ce que je remarque, c'est qu'un soin d'hygiène buccale sur une bouche saine n'est jamais mentionné dans les services de médecine. Par contre dans l'unité de soins palliatifs, ce soin de confort est signalé.

Le soin de bouche est un soin pratiqué quotidiennement par les infirmières, c'est également un soin qu'elles délèguent facilement à des professionnels de formation différente. La délégation se fait sans supervision, sauf si le soin est délégué à une personne qui débute son travail dans leur service, pour une assistante en soins, une aide-soignante ou une étudiante.

L'évaluation de la cavité buccale n'est pas effectuée avec des critères précis à observer sur les différentes structures de la bouche. Chacun procède selon ses habitudes, aucun des infirmiers interrogés n'utilise une grille d'évaluation comme outil de référence pour ses observations.

5.2.5. Réflexion personnelle

Je fais le constat suivant : l'infirmière a l'entière responsabilité de l'exécution d'un soin de bouche, quel que soit le champ d'activité dans lequel elle évolue (cf. modèle trifocal)²⁴², qu'elle le réalise elle-même ou qu'elle signale un problème au médecin, mais également lorsqu'elle le délègue. En finalité, l'infirmière a un rôle clé dans l'équipe soignante pour le maintien et l'amélioration de l'état buccal, et son retentissement sur la qualité de vie de ses patients.

La définition d'un soin de bouche est de maintenir une hygiène buccale adéquate.

Si je me réfère à ce qui a été dit par tous les soignants, c'est par l'évaluation que commence la prise en charge d'un soin de bouche.

D'après mes entretiens, aucune des huit personnes interrogées ne vérifie l'état de la bouche de façon identique, ni ne s'appuie sur des critères précis pour définir une bouche saine. Malgré des pratiques professionnelles différentes, des soins de bouche de qualité sont prodigués dans les unités de soins. Deux personnes sur les huit infirmiers m'ont dit avoir "vu passer" un document comportant une grille d'évaluation pour la sphère buccale, mais aucune d'elles ne l'a utilisé comme référence pour son travail.

Ce que je peux mettre en avant, c'est que la qualité de l'évaluation de la cavité buccale paraît compromise par l'absence de protocole au sein des unités de soins.

L'observation clinique étant la compétence que l'infirmière doit maîtriser pour développer son autonomie professionnelle, il faut que celle-ci s'appuie sur des critères de qualité reconnus.

Je me demande comment l'infirmière peut exercer son jugement clinique sur l'évaluation de la cavité buccale, si elle n'a pas reçu un enseignement à ce sujet lors sa formation initiale? Ce qui m'interpelle c'est que les infirmières s'attachent à leur savoir-faire, qui leur permet effectivement de prodiguer des soins de bouche de qualité, mais elles présentent peu d'intérêt à rechercher des informations propres à ce soin, ni à utiliser des outils spécifiques connus."Plutôt que de se référer à une approche scientifique, formalisée, ils préfèrent s'appuyer sur leur sens clinique sur leur expérience ou procèdent par raisonnement et déduction ²⁴³"

En tant que future professionnelle, je trouve important d'avoir à disposition des outils pour affiner mes observations. Est-ce que dans la vie active, prises dans les conditions

²⁴² Op chapitre 3.4.3

²⁴³ BERNARD Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentation mentales et difficultés des soignants. Revue *Objectifs soins*. 2003. n° 113 p.23

socioprofessionnelles actuelles, les infirmières restent sur leurs acquis et ont des difficultés à prendre du temps pour intégrer de nouvelles techniques ou protocoles?

Ici peut se poser la question de l'implication du travail de l'infirmière clinicienne comme soutien dans les équipes de soin.

Etre autonome signifie : faire des choix, prendre des responsabilités envers soi-même, et également lorsqu'on délègue des tâches, mais aussi se situer, se donner des règles, se prendre en charge. En me référant à mes huit entretiens, j'ai effectivement rencontré des infirmiers qui font preuve d'autonomie dans leur pratique pour ce soin d'hygiène, mais leur offre en soins est très peu visible. La démarche de soins apprise à l'école n'est que peu utilisée par les professionnelles sur le terrain. L'utilisation de diagnostics infirmiers, qui pourtant est un des outils de valorisation de la profession infirmière, est quasiment nulle.

5.3. Hypothèse 2 : Pratique quotidienne du soin

5.3.1. Ressenti de l'infirmière

Ce n'est pas un soin difficile à réaliser, c'est un soin désagréable pour le patient.

Aucune des personnes interrogées n'a parlé de dégoût ou de répulsion face aux soins de bouche. *C'est vrai que parfois il y a des bouches qui sentent mauvais, mais justement une fois que tu as fait le soin, ça sent meilleur.* Malgré des bouches difficiles, une haleine fétide, une dentition altérée ou une présence importante de glaire, le confort du patient prime sur les difficultés qui peuvent surgir. Les soignants trouvent un sens à leur geste.

Nadine Costéja²⁴⁴ fait la même constatation, malgré une certaine répugnance, le soignant effectue le soin. Selon Marie-Fleur Bernard²⁴⁵, tous les soignants reconnaissent avoir des difficultés liées à leur ressenti, mais leur vécu personnel est passé sous silence.

Une infirmière dit *Je fais mon travail tout simplement, je m'assure du bien-être du patient, j'essaie d'anticiper les problèmes qui pourraient survenir, par exemple des mycoses ou des blessures causées par des résidus d'aliments.*

Deux infirmières s'identifient aux patients en disant qu'elles n'aimeraient pas qu'on les laisse avec une bouche inconfortable. Par opposition, il y a trois infirmiers qui n'apprécieraient pas que quelqu'un leur fasse un soin de bouche. Il y a là un paradoxe

²⁴⁴ Le site des professionnels de la Gériatrie et de la Gériatologie COSTEJA Nadine *Soins de bouche aux personnes âgées: vécu d'un soignant* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soins-bouche.pdf>

²⁴⁵ BERNARD Marie-Fleur. *Projet clinique en soins infirmiers : réhabilitation des soins de bouche. Objectif soins* Avril 2003 n° 115 p.IV

entre le fait qu'elle n'aimerait pas qu'on leur prodigue ce soin et le fait qu'elle le pratique à leur patient.

C'est un soin intime, car il faut se mettre tout près de la personne pour le faire, par comparaison avec le lavage des prothèses dentaires qui se fait au lavabo. Le fait d'être à la salle de bains met une distance avec la personne. Lors d'un soin de bouche avec tampon, c'est la pince qui permet l'éloignement, mais pour elle, effectuer un brossage des dents serait une difficulté surtout liée à la proximité avec la bouche de l'autre. "Réaliser ce soin nécessite une proximité, une certaine familiarité"²⁴⁶ La distance physique qui est imposée par le soin, fait entrer le soignant dans le champ intime, c'est la distance où les peaux se touchent. Un infirmier parle d'un sentiment d'intrusion, *on va à l'intérieur de la personne, ce n'est pas si anodin*, ainsi que de l'intimité de la cavité buccale, *la bouche c'est le siège de la parole et de tout ce qui est du domaine de l'inconscient. La parole ça projette une partie de soi, une partie de son âme*. Cette notion sur la bouche est exprimée dans mon cadre de référence dans l'approche anthropologique.

La notion d'intimité est difficile à définir, elle fait référence à ce qui est d'ordre privé mais aussi à l'intériorité de la personne " *la partie la plus profonde de notre être (...)*"²⁴⁷.

Un infirmier qui lui-même n'aime pas se rendre chez son dentiste, dit que ce n'est pas évident quand il faut le faire à autrui, car la personne peut être gênée par son hygiène buccale. Dans le livre "L'infirmier(e) et les soins palliatifs"²⁴⁸ on y retrouve le ressenti par rapport à soi-même, une bouche est répugnante pour soi et pour les autres (soignants, famille). Ce même soignant évoque également la vision peu esthétique des prothèses qu'il faut ôter pour les laver. Le patient qui se retrouve sans dents avec ses gencives nues, présente une physionomie complètement différente sans son dentier. Avec ses dents, il retrouve son écrin de vie.

5.3.2. Obstacles qui interfèrent dans la pratique du soin de bouche

Nous avons du matériel basique (pince Kocher avec tampon ou bâtonnet monté), jusqu'à maintenant on a réussi à maintenir une hygiène buccale satisfaisante avec le matériel dont on dispose. Les personnes interrogées sont satisfaites du matériel à disposition. Trois personnes évoquent le fait que les tampons sont trop gros et pas très adaptés. Une

²⁴⁶ BERNARD Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentation mentales et difficultés des soignants. Revue *Objectifs soins*. 2003. n° 113 p.25

²⁴⁷ Intimité définition du Petit Robert 2008

²⁴⁸ SFAP Collège des acteurs en soins infirmiers *L'infirmier(e) et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique* 3^{ème} édition p.149 Paris : Masson, 2005, 245p.

infirmière trouve qu'il faut toujours courir après le matériel, surtout les pinces Kocher, et qu'elle n'est pas en confiance lorsqu'elle travaille avec des pinces en plastique.

Trois personnes évoquent une bouche douloureuse qui peut être un obstacle à la pratique du soin de bouche. Dans cette situation, il faut assurer un minimum de soin, *parfois le soin consiste simplement à rincer la bouche, parce qu'une action mécanique serait insupportable*. Selon Valérie Pedro da Silva et ses collègues²⁴⁹, pour des bouches douloureuses, pour autant qu'un tel diagnostic soit posé, le médecin peut prescrire des bains de bouche thérapeutiques.

La non collaboration du patient, l'opposition au soin qui se manifeste par une bouche fermée est une attitude relevée à trois reprises.

Une infirmière évoque le manque de temps, tout comme Marie-Fleur Bernard, ceci est un aspect négatif en particulier pour les patients qui ont une autonomie partielle. Le soignant ne va pas superviser ce qui est fait par le patient lui-même, mais il va donner la priorité aux personnes qui sont vraiment dépendantes pour ce soin.

Identifier quelles sont les représentations personnelles liées au soignant qui peuvent entraver la pratique du soin de bouche;

En résumé, aucune des personnes interrogées ne ressent de la répulsion à prodiguer un soin de bouche. Si parfois elles rencontrent des difficultés liées à des odeurs désagréables ou vis-à-vis d'une bouche pas très propre, elles se concentrent sur le confort et le bien-être ressentis par la personne après le soin. Plusieurs infirmières s'identifient au patient, certaines relèvent qu'elles-mêmes auraient de la peine à accepter ce soin, qui ne leur paraît pas très agréable. D'autres par contre apprécieraient qu'on ne les laisse pas avec une bouche inconfortable.

Le matériel à disposition permet de prodiguer des soins de bouche de qualité.

La non collaboration du patient et une bouche douloureuse sont des obstacles identifiés pour la pratique du soin. Entrer dans l'intimité de la personne, par la proximité qu'induit ce soin, et un sentiment d'intrusion sont les émotions ressenties par les infirmières.

²⁴⁹ PEDRO da SILVA Valérie, DESMARET Valérie, TRIVALLE Christophe. *Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs*. Revue : Soins gérontologies. 2005, n° 51 p.36-39

5.3.3. Collaboration du patient

Le soin de bouche fait partie des soins d'hygiène, comme le dit Marie-Françoise Collière²⁵⁰: ça fait partie des soins que l'on assure soi-même. Accepter qu'une tierce personne le fasse n'est pas sans conséquence, ça confronte le patient à sa maladie, à sa perte d'autonomie. *Il faut qu'il chemine face à cette réalité pour accepter que quelqu'un d'autre le fasse à sa place.* En général, les patients acceptent volontiers le soin de bouche lorsque celui-ci est expliqué, et les bienfaits mentionnés.

Je trouve qu'ici à l'hôpital on oblige les gens à se laver les dents trois fois par jour. Il faut déjà investiguer sur leurs habitudes à domicile, pour aller dans leur sens. Ceci m'interpelle, car le rôle infirmier concerne la promotion et la prévention de la santé. C'est une de nos tâches de prodiguer un enseignement pour une hygiène buccale adéquate, lorsque celle-ci n'est pas correcte, et parfois cela doit impérativement passer par un changement des habitudes personnelles.

Dans le cadre du soin de bouche non thérapeutique, un infirmier a eu cette définition *c'est ce qu'on apprend déjà depuis tout petit.* Les enfants ont des cours sur l'hygiène dentaire à l'école primaire. Dès leur jeune âge on les sensibilise à une bonne hygiène buccale. Les patients qui sont hospitalisés en médecine ou en soins palliatifs ont une moyenne d'âge de septante ans, ils n'ont pas toujours les connaissances sur les bénéfices d'une hygiène buccale correcte. Les personnes qui n'ont pas l'habitude de se brosser les dents trois fois par jour à domicile, ne voient pas toujours la nécessité de le faire aussi fréquemment à l'hôpital. A nous de leur apporter les informations nécessaires pour qu'elles puissent y voir les bénéfices.

Avec des personnes désorientées ou en fin de vie, le refus du soin est plus souvent rencontré. Dans le livre "L'infirmière et les soins palliatifs"²⁵¹, il est cité un début d'interprétation vis-à-vis de ce refus: *"la perception de ce soin peut devenir celle d'une intrusion, une sensation de violence ou de suffocation peut naître lors de l'introduction d'une brosse ou d'une pince dans la cavité buccale"*. Cette explication m'interpelle car si je me projette à la place du patient, j'aurais besoin que l'infirmière mette en avant son savoir-être, avant de mettre en avant son action.

²⁵⁰ COLLIÈRE Marie-Françoise *Soigner ... Le premier art de la vie*

²⁵¹ SFAP Collège des acteurs en soins infirmiers *L'infirmier(e) et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique* 3^{ème} édition p.147 Paris : Masson, 2005, 245p.

Devant un refus, tous les soignants interrogés recherchent la collaboration. Pour obtenir la coopération du patient, l'infirmière doit établir avec lui un climat de confiance qui favorise l'alliance thérapeutique.

Si le client reste sur son opposition, l'infirmière respecte sa position. *Après si la personne refuse, elle refuse, on ne peut pas aller contre la personne non plus. Elle a quand même le droit aussi de refuser, c'est sa bouche.*

Pour une infirmière : *ça m'embête, mais je l'accepte, parce que je le comprends, je pense que je ferais la même chose. Par rapport au rôle professionnel j'ai l'impression de ne pas avoir accompli mon devoir et aussi par rapport au travail en équipe je me sens mal à l'aise, je me dis que c'est reporter le problème sur un collègue.*

Un refus est toujours transmis à l'équipe infirmière, le soin sera proposé ultérieurement et parfois il faut passer le relais. Si l'état buccodentaire est acceptable le refus ne pose pas de problème, par contre s'il y a des risques pour la santé, l'équipe se mobilise pour trouver des solutions afin de convaincre la personne de l'importance du soin pour sa santé.

Vérifier si la non collaboration du patient influence la pratique du soin;

En résumé, un soin explicite et les bienfaits pour la santé exprimés, favorisent l'acceptation du soin pour une personne qui ne présente pas de déficits cognitifs.

La fréquence des soins de bouche en milieu hospitalier n'est souvent pas en adéquation avec les habitudes quotidiennes au domicile. Accepter qu'une tierce personne accomplisse cet auto-soin, met la personne face à sa perte d'autonomie. Pour les personnes confuses ou en fin de vie, la collaboration est plus difficile. Un refus est toujours accepté de la part des soignants, c'est reconnaître au patient son droit de choisir ce qu'il veut pour lui. Un refus de soin de bouche est toujours transmis à l'équipe, ce qui permet de ne pas passer à côté d'un problème sous-jacent. Les personnes interrogées recherchent la cause du refus, (douleur, anxiété, souffrance morale etc.). A part une personne qui parle de ne pas accomplir son devoir, les autres sont tout à fait à l'aise professionnellement devant un rejet du soin.

5.3.4. Réflexion personnelle

Dans les lectures que j'ai faites, il est mentionné que les émotions ressenties par les soignants peuvent influencer la réalisation du soin de bouche. Les infirmiers que j'ai rencontrés m'ont effectivement parlé des difficultés rencontrées devant une bouche repoussante, mais pour aucun d'eux cela n'a représenté un obstacle à l'exécution du soin. Ils ressentent de la satisfaction personnelle de rendre une bouche confortable. Les émotions font partie intégrante de l'être humain, si parfois elles éveillent chez le soignant des sensations désagréables, je me pose la question si le fait d'endosser la blouse blanche inhibe les réactions de dégoût et de répulsion qui peuvent survenir. Un autre aspect qui peut émerger est la maîtrise des émotions pour ne pas perdre la face dans son rôle d'aidant. Pour accéder à l'intimité du corps de l'autre, en particulier pour la bouche, il faut que la relation soignant/soigné soit empreinte de respect.

Par rapport au refus du soin, j'ai moi-même rencontré des patients qui n'appréciaient pas tellement les soins de bouche, mais après avoir obtenu leur accord pour effectuer le soin, ils ont fait part du bien-être ressenti après le soin. D'où l'intérêt de présenter le soin pour rechercher la collaboration du patient.

Pour créer ce climat propice à la relation, selon M^{me} Jean Watson²⁵², l'infirmière doit développer et cultiver certaines attitudes comme l'empathie, l'authenticité, le respect chaleureux et l'humilité²⁵³. Pour moi ce sont des valeurs indispensables pour prendre soin de l'Autre. Je n'imagine pas de créer des liens professionnels qui ne seraient pas construits sur ses valeurs humaines. L'empathie qui fait appel à la compassion de l'infirmière, cette capacité de partager un sentiment avec une personne, et non pas d'éprouver la même chose qu'elle. Tournebise²⁵⁴ précise "qu'être empathique ne signifie nullement se mettre à la place de l'autre mais de s'ouvrir à l'autre". L'authenticité réside dans la concordance entre ce que l'infirmière pense et ressent et ce qu'elle accepte de communiquer à la personne soignée. L'authenticité de l'infirmière se fonde sur l'honnêteté envers ses propres sentiments²⁵⁵. Le respect chaleureux se traduit par une attitude d'ouverture d'esprit aux différences individuelles, sociales, ethnique et religieuse de

²⁵² Mme Jean Watson, professeure émérite en sciences infirmières : Théoricienne du Caring

²⁵³ FOUCAULT Claudette *L'art de soigner en soins palliatifs* 3^{ème} édition chapitre 2 L'alliance thérapeutique p.33 Montréal : Les Presse de l'Université de Montréal, 2004, 292 p.

²⁵⁴ TOURNEBISE Thierry *L'écoute thérapeutique* p. 49 France : SDF Editions, 2001, 183 p.

²⁵⁵ FOUCAULT Claudette *L'art de soigner en soins palliatifs* 3^{ème} édition chapitre 2 L'alliance thérapeutique p.85 Montréal : Les Presse de l'Université de Montréal, 2004, 292 p.

l'autre. Accueillir l'autre sans jugement demande que l'infirmière au préalable ait réfléchi sur ses valeurs. L'humilité se traduit par la capacité de l'infirmière de reconnaître ses limites aussi bien que ses forces. L'humilité peut se traduire par la simplicité de ne pas se sentir indispensable et toute puissante auprès du malade.

J'espère qu'au travers de mon attitude et de mon positionnement professionnel je puisse développer et cultiver ces valeurs humanistes, pour favoriser une alliance thérapeutique.

6. Synthèse des résultats

Au travers de ce chapitre, en m'imprégnant de l'analyse des données, je vais vérifier ou infirmer les hypothèses²⁵⁶ posées au début de mon travail. Ensuite, avec ma collègue Suzi Sobral, nous allons répondre à la question centrale de la recherche et je terminerai en revenant sur les objectifs spécifiques de ma recherche.

6.1. Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 :

Les soins de bouche non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière.

Cette hypothèse est vérifiée, cependant j'y apporterai quelques nuances. Oui, incontestablement l'infirmière détient le rôle central dans l'exécution du soin de bouche. Si je m'appuie sur la définition du rôle propre, développé dans mon cadre de référence, le soin de bouche fait partie des actes qui relèvent du champ des compétences professionnelles de l'infirmière. Toutes les personnes interrogées exécutent quotidiennement des soins de bouche non thérapeutiques. Elles délèguent régulièrement le soin à des soignants avec d'autres qualifications (ASSC, aides-soignantes, aides-infirmières, etc.). S'il n'y a aucun doute sur la bonne qualité des soins de bouche prodigués dans les services ayant participé à ma recherche, je mettrai un bémol, sur l'évaluation clinique de la bouche et sur la technique du soin, qui sont particulières à chaque soignant. Personnellement, je pense que la richesse d'une équipe se décline par l'alchimie entre des personnalités de sensibilités différentes et de compétences

²⁵⁶ Les hypothèses 3 et 4 retranscrites dans ce chapitre sont celles qui ont été traitées par ma partenaire pour ce travail M^{lle} Suzi Sobral

professionnelles diversifiées. Mais, pour assurer des soins de qualité et favoriser leur continuité, une évaluation clinique basée sur un consensus d'équipe serait favorable.

Toutefois ce qui est à relever, c'est que ce soin est très peu visible. Il passe le plus souvent inaperçu dans les transmissions orales ou écrites, exception faite quand il y a un problème identifié et que des actions infirmières sont mises en place. Lors de mes différents stages, j'ai vu parfois des indications spécifiques au soin de bouche dans les annotations infirmières (rapport de soins), mais est-ce que l'infirmière prend le temps le matin avant de débiter son travail de lire les annotations des jours précédents faites par une collègue ?

Si l'équipe interdisciplinaire est tout à fait au clair avec le rôle infirmier dans l'application du soin au niveau buccal, ce rôle autonome qui ne s'exprime pas par l'utilisation d'un processus de soins avec des diagnostics spécifiques pour la région buccale, est lui aussi très peu visible. Le premier standard de qualité de l'Association Suisse des Infirmières dit que les soins doivent être " individualisés, adaptés à la situation et orientés vers des buts²⁵⁷ ". Durant la formation, l'apprentissage de l'écriture par rapport au rôle infirmier s'apprend dans l'application d'une démarche de soins. Je constate que sur le terrain les infirmières n'appliquent pas le processus de soins dans sa globalité, et n'utilisent pas la formulation de diagnostics infirmiers. Ceci implique de la part de l'infirmière qu'elle doit valider son objectif de soins avec le patient. Est-ce que cette recherche de collaboration, indispensable dans l'élaboration du projet de soins, freine l'infirmière de poser des diagnostics infirmiers ?

Le processus de soins infirmiers oblige à la réflexion, à se remettre en question et donner un sens à sa pratique. Qui dit réflexion, dit aussi meilleure perception des objectifs prioritaires et davantage d'actions mises en œuvre. Le travail est ainsi plus ciblé, je pense que le processus de soins infirmiers favorise la continuité des soins au sein d'une équipe et permet une vision globale et commune du patient.

Hypothèses 2 :

Le ressenti de l'infirmière face au soin de bouche influencerait la pratique du soin.

Cette hypothèse est infirmée. Le soin de bouche n'est pas difficile à réaliser, quel que soit l'aspect de la bouche, repoussant parfois. Les infirmières trouvent du sens à leur geste,

²⁵⁷ ASI-SBK. Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins. Berne, 1998, p. 6.

recherchent le confort du patient en exécutant le soin de bouche. Je n'ai pas eu de discours différent, que ce soit par les soignants qui s'identifient au patient et qui souhaitent dans une situation similaire recevoir un soin de bouche, ou par ceux qui n'apprécieraient pas qu'une tierce personne leur prodigue ce soin.

Je n'ai pas ressenti au travers de mes entretiens, que si le soin était aussi facilement délégué aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire, c'était pour éviter de faire face à une bouche désagréable. Mais je n'ai pas investigué plus spécifiquement sur cet aspect.

Les émotions ont été plus ou moins exprimées en qualifiant le soin de bouche d'intime et d'intrusif. Ces ressentis peuvent expliquer la raison pour laquelle l'infirmière accepte un refus du soin. Mais c'est également pour restaurer la dignité du patient qu'en cas de problèmes buccodentaires elle va rechercher sa collaboration afin d'exécuter le soin lorsque cela est primordial pour sa santé. Aucun des soignants ne remet en cause son savoir-faire, ni son savoir-être face à un rejet du soin de la part du patient. Une relation professionnelle empreinte de respect favorise la participation du patient et veille à ce que le soin ne soit pas intrusif.

Hypothèse 3 :

Une meilleure sensibilisation à l'importance des soins buccodentaires lors de la formation initiale et continue des infirmières influencerait la qualité de la prise en charge.

L'analyse des données obtenues lors des entretiens, me permet de vérifier partiellement cette hypothèse. Le constat que je peux faire actuellement est que, effectivement, la moitié des infirmières interrogées ont reçu, lors de leur formation initiale, des cours concernant les soins buccodentaires. Les cours se basaient essentiellement sur la théorie et sur la pratique. La pratique consistait à effectuer mutuellement des soins de bouche. L'autre moitié, quant à elle, ne se rappelle pas avoir eu de cours sur ce thème, ou alors elle n'a pas eu de cours et aurait aimé en avoir, ou encore elle ne voit pas la nécessité d'un enseignement sur les soins buccodentaires dans la formation initiale en soins infirmiers. Les opinions sont donc très diversifiées.

En ce qui concerne la formation continue, la majorité des infirmières mentionnent très clairement qu'un besoin axé sur les soins buccodentaires est inutile. L'expérience des infirmières est citée comme principal argument.

Le constat que je peux faire actuellement : le besoin de cours concernant les soins buccodentaires que ce soit lors de la formation initiale ou lors d'une formation continue est

propre à chacun. Toutes les personnes ne ressentent pas de la même manière ce besoin de formation.

Hypothèse 4 :

L'utilisation d'outils d'évaluation de l'état buccodentaire, des protocoles ainsi que des diagnostics infirmiers spécifiques, intégrés au projet de soins, améliorerait la qualité du soin.

L'analyse des données obtenues lors des entretiens me permet d'infirmer cette hypothèse. En effet, les infirmières interrogées affirment très clairement qu'elles n'ont pas connaissance de l'existence d'un outil d'évaluation concernant les soins buccodentaires. L'évaluation de la cavité buccale du client n'est pas effectuée avec des critères précis, chacune procède selon ses habitudes. Toutes considèrent après avoir succinctement analysé la grille qu'il existe plus d'inconvénients à l'utilisation de cette grille que d'avantages. Un supplément de charges administratives n'est envisageable pour aucune des participantes. Toutefois, la majorité considère que ce type d'outil peut contribuer à l'élaboration d'un ou de plusieurs diagnostics spécifiques aux soins buccodentaires. Il est tout de même important de mentionner qu'aucune des infirmières n'utilise les diagnostics infirmiers. A l'unanimité, les infirmières n'utilisent pas de protocoles pour effectuer des soins buccodentaires. Les protocoles sont uniquement utilisés lors de soins rarement pratiqués.

Le constat que je peux faire actuellement est que les outils d'évaluation, les protocoles ainsi que les diagnostics infirmiers ne sont pas utilisés par les infirmières qui ont participé à l'étude. Pourtant je pense, que l'utilisation de tous ces outils développerait la qualité des soins.

6.2. Retour sur la question centrale de recherche

Suite à l'analyse développée à partir des réponses émises par chacune des infirmières interrogées en lien avec les quatre hypothèses, ma collègue Suzi Sobral et moi-même sommes dès à présent capables de répondre à notre question centrale de recherche qui est :

Quels sont les conditions et les obstacles au développement des soins buccodentaires de qualité ?

Toutefois, il nous semble important, avant d'aller plus loin, de revenir sur les définitions des "conditions" et des "obstacles" que nous avons posées avant de réaliser les entretiens.

- Par "conditions", nous sous-entendons : les conditions mises à disposition des infirmières pour prodiguer des soins buccodentaires de qualité. Comme la formation, les outils d'évaluation, le matériel à disposition, l'utilisation de diagnostics infirmiers, etc.
- Par "obstacles", nous sous-entendons : les obstacles qui entravent le bon déroulement du soin. Comme le ressenti des infirmières, le manque de formation spécifique à ce soin, le matériel non adéquat, l'absence d'unification du protocole, la non collaboration du client face à ce soin, etc.

Suite à l'analyse des entretiens, nous pouvons mettre en évidence que les infirmières sont entièrement convaincues de la nécessité de prodiguer des soins de bouche pour le confort du patient et qu'elles fournissent des soins de qualité.

Toutefois, malgré cette évidence, les réponses obtenues mettent en lumière ce qui peut nuire à une pratique optimale des soins de bouche.

Nous commençons par vous exposer les **conditions** dont disposent les infirmières.

La formation de base leur paraissait suffisante pour prodiguer des soins de bouche, même si les infirmières ne se souvenaient plus de détails précis.

La grille d'évaluation et des techniques d'observation de la cavité buccale sont des conditions d'appréciation absentes dans les milieux de soins interrogés.

Le processus de soins infirmiers, comme défini dans les normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers de l'ASI, n'est pas utilisé dans sa démarche globale avec la formulation de diagnostics infirmiers. L'utilisation de diagnostics spécifiques pour la cavité buccale a l'avantage de cibler les besoins et de faciliter la collaboration avec le médecin. Une démarche mentale est effectivement développée par les soignants pour identifier les problèmes, élaborer des actions infirmières, effectuer des évaluations et des réajustements ; mais celle-ci est rarement inscrite dans le plan de soins.

Dans l'unité de soins palliatifs, les soins buccodentaires non thérapeutiques sont nommés dans les transmissions écrites et orales. Il y a en effet dans cette unité spécialisée une vigilance particulière à l'égard de l'hygiène buccale de la personne en fin de vie.

Toutes les infirmières interrogées pour ma recherche estiment avoir du matériel adéquat pour prodiguer des soins de qualité.

Afin de répondre à la deuxième partie de la question, nous abordons maintenant les **obstacles** que nous avons identifiés.

Il n'y a pas d'uniformisation de la technique de soin dans les services interrogés. Les infirmières exécutent le soin selon leurs habitudes personnelles, si elles connaissent le classeur du GUTS pour les techniques de soins, elles ne l'utilisent pas comme référence pour le soin de bouche.

Les infirmières disent ne pas avoir assez d'informations sur les différentes solutions qu'elles peuvent utiliser pour les soins non thérapeutiques. Nous avons pu constater qu'elles ont effectivement peu de connaissances sur le sujet. La solution Bichsel® est celle qui est le plus utilisée dans le Réseau Santé Valais, elle a une durée de conservation de 24h dès l'ouverture du flacon. Les soignants ne respectent pas cette date de péremption, car aucun ne connaît cette règle de précaution.

Les infirmières qui ont été interrogées sur l'utilisation d'une grille d'évaluation de la cavité buccale, trouvent que cette pratique augmenterait leur charge de travail.

L'absence de transmissions écrites et orales est argumentée par le fait que ce soin fait partie du soin d'hygiène. Tout comme la toilette, celle-ci n'est pas non plus mentionnée dans les rapports infirmiers. Ceci est corroboré par les dires que l'on ne transmet pas ce qui va bien. Cette façon de procéder nuit à la continuité des soins au sein des équipes, et confirme la raison pour laquelle le soin de bouche de confort est peu visible.

Nous avons choisi de classer la délégation du soin dans les obstacles, car l'absence de supervision peut être un handicap pour des soins de qualité.

Le refus du soin par un patient est, par sa définition, un obstacle, mais l'infirmière qui estime que cela a des répercussions sur la santé de son patient, va lui donner un enseignement pour le sensibiliser au soin de bouche.

Le ressenti de l'infirmière devant une bouche désagréable peut être un frein à la réalisation d'un soin buccal, mais aucune des personnes interrogées n'a eu cette attitude de repli.

Les soignants ne sont pas demandeurs de formation continue spécifique à la technique du soin buccodentaire, mais ils aimeraient avoir des cours ciblés sur les différentes pathologies liées à la sphère buccale, ainsi que sur la pharmacologie des produits spécifiques à la cavité orale.

6.3. Atteinte des objectifs

Etant arrivée au terme de ma recherche, je vais donc évaluer l'atteinte de mes objectifs spécifiques de recherche qui ont été mentionnés au chapitre 2.3. Pour rappel, je m'étais fixée trois objectifs.

Comme premier objectif, j'avais choisi de :

Nommer et identifier les méthodes prises par les infirmières pour évaluer l'état buccodentaire du client hospitalisé.

Je peux dire que cet objectif a été atteint. Au travers des entretiens, j'ai pu établir que les infirmières évaluent et procèdent chacune selon leurs habitudes. Elles n'utilisent pas de grille spécifique pour évaluer les caractéristiques de la cavité buccale. J'ai également constaté qu'elles n'ont pas une systématique pour l'examen clinique. Il n'y a pas d'uniformisation au sein du service pour l'évaluation de l'état buccodentaire.

Le deuxième objectif était plus audacieux :

Proposer une réflexion sur les soins de bouche afin de sensibiliser les équipes soignantes et d'améliorer les soins qu'elles dispensent.

Cet objectif est difficilement vérifiable, car je ne travaille pas au sein des services interrogés pour identifier si certaines choses ont été mise en place. Durant les entretiens, plusieurs infirmières m'ont dit qu'entre la période de notre premier contact et l'entretien lui-même, elles ont réfléchi sur leur pratique du soin et par ce biais ont été plus attentives au soin de bouche. Je ne peux qu'espérer que suite à nos entrevues, elles aient continué à mettre l'accent sur le soin de bouche.

Le troisième objectif est lié à ma pratique professionnelle :

Développer mes connaissances au niveau des soins buccodentaires.

Cet objectif est atteint car durant tout ce travail, j'ai acquis de nouvelles compétences au niveau des soins de la sphère buccale. Ces connaissances me sont très utiles pour prodiguer des soins de bouches de qualité, pour inspecter les structures externes et internes de la bouche, en m'appuyant sur des critères spécifiques, ceci dans l'objectif d'exercer mon jugement clinique. De plus, afin de mieux traiter le thème des soins buccodentaires, j'ai trouvé utile de développer l'anatomie et la physiologie de la cavité buccale ainsi que d'aborder brièvement les prothèses dentaires. Ainsi, j'ai pu accroître mes connaissances et mieux me familiariser avec ce thème. Je partagerai mes connaissances avec mes futures collègues, dans le but de les sensibiliser à la problématique de la bouche.

7. Discussion

Ce chapitre concerne la validité de la recherche ainsi que mes réflexions et interrogations relatives aux réponses obtenues lors de mes entretiens.

Premièrement, je vais introduire ce chapitre en parlant de la validité interne de la recherche. Je vais revenir sur les différentes étapes: le choix du thème, les cadres de référence, la méthode d'investigation choisie, l'échantillonnage ainsi que sur l'analyse des données. Dans un deuxième temps, je vais aborder la validité externe de la recherche. Enfin, je finirai par exposer quelques interrogations issues de mes réflexions lors de la rédaction de l'analyse.

7.1. Validité interne de la recherche

La validité interne est un indice qui permet au chercheur d'apprécier la valeur de sa recherche, et donc d'évaluer la fiabilité ou la certitude de ses conclusions internes²⁵⁸. Le principe est simple : plus la validité d'une recherche est élevée, plus les conclusions internes du chercheur²⁵⁹ seront fiables.

Par la rédaction de ce chapitre, je souhaite mettre en évidence les qualités et les limites des différentes étapes qui composent mon travail.

7.1.1. Choix du thème et des cadres de référence

Le sujet que j'aborde dans ce mémoire concerne les soins buccodentaires prodigués par les infirmières aux clients hospitalisés en médecine et en soins palliatifs. Pour moi, le choix de ce sujet est pertinent, car le rôle de l'infirmière est essentiel dans le maintien de la bonne santé buccodentaire des patients en perte d'autonomie pour ce soin.

Les cadres de référence développés sont selon moi adaptés, ceux-ci sont ciblés et m'ont permis dans un deuxième temps d'écrire mon analyse. De ce fait, j'ai pu établir un parallèle entre les éléments présents dans mes cadres de référence et les témoignages

²⁵⁸ " Les conclusions internes d'une recherche sont les conclusions que le chercheur tire de l'analyse de ses données. Le mot «interne» renvoie ici aux résultats de la recherche (l'échantillon), et non à l'ensemble de la population à l'étude ".

GOULET, C. *Planète Psy*. [en ligne]. mai 2009. Adresse URL : http://www.collegeahuntsic.qc.ca/pagesdept/Sc_Sociales/psy/methosite/consignes/validite.htm#interne

²⁵⁹ Ibid.

des infirmières participant à l'étude. Les éléments importants pour la compréhension de mon travail sont présents. Ceux-ci sont argumentés et des liens sont effectués.

7.1.2. Méthode d'investigation

Concernant la méthode d'investigation, le choix d'entreprendre dans le cadre de cette recherche des entretiens semi-dirigés m'a paru judicieux. En effet, ceux-ci m'ont permis d'explorer le thème des soins buccodentaires, tout en favorisant l'expression orale des infirmières interrogées. Cette méthode permet principalement d'approfondir la pensée des interlocuteurs. Cependant, avec un certain recul, l'utilisation de vignettes cliniques lors des entretiens semi-dirigés aurait pu contribuer à l'obtention d'informations supplémentaires.

Au début de mon travail, au moment du choix de la méthode d'investigation, j'avais opté pour des entretiens semi-directifs, avec en appui des observations sur les soins d'hygiène lors de la toilette du matin²⁶⁰. J'ai abandonné cette option, car elle est relativement chronophage, et le temps imparti pour effectuer ma recherche me permettait difficilement d'utiliser cette approche. Par contre, je pense que des observations sur le terrain auraient apporté une vision très intéressante sur le soin de bouche.

7.1.3. Echantillonnage

L'échantillon de cette recherche a été choisi en fonction du terrain d'investigation, à savoir deux services de médecine et une unité de soins palliatifs. Je dois tout de même mentionner que ceux-ci ne sont pas représentatifs de tous les services de médecine du Réseau Santé Valais, car la population choisie ne comprend que huit infirmières. De ce fait, je ne prétends pas généraliser les résultats obtenus, mais faire émerger des tendances.

L'échantillon comprend huit infirmières ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers en Suisse et deux en France. La volonté de m'adresser à des infirmières ayant obtenu un diplôme à l'étranger ne fut pas un critère d'inclusion ni d'exclusion, ce fut clairement le fruit du hasard.

²⁶⁰ La méthode qui avait été retenue consistait à observer l'infirmière prodiguant la toilette du matin à un client. Celle-ci ne devait pas être au courant que le soin ciblé était les soins buccodentaires.

7.1.4. Analyse

L'analyse des données recueillies au cours de huit entretiens effectués auprès d'infirmières reflète un point de vue limité de mon sujet d'étude et non une réalité absolue. Les éléments que j'ai extraits des corpus sont pour moi significatifs, il est donc possible que d'autres informations aient été omises lors de l'analyse.

L'analyse des entretiens a été assez ardue. En effet, lors des premiers entretiens j'ai laissé une trop grande liberté de parole, j'ai eu une grande production de propos pour peu d'éléments significatifs. Certaines réponses émises par les infirmières manquaient de précision et je n'ai pas toujours trouvé les relances adéquates pour les ramener dans la bonne direction. D'autres ont peut-être été influencées par mon langage approuvatif ou par ma gestuelle. J'ai ainsi pu induire des biais et influencer les résultats.

Pour terminer, je pense avoir réussi à faire abstraction de mes sentiments personnels lors des entretiens, pour m'appuyer uniquement sur les propos des infirmières.

Concernant le seuil de saturation des données, je pense l'avoir atteint avec mes huit entretiens, car je n'ai pas récolté de nouvelles informations significatives lors des deux derniers.

7.2. Validité externe de la recherche

" La validité externe a trait à la possibilité de généraliser les résultats de recherche et d'appliquer ces résultats à d'autres contextes ou échantillons²⁶¹ ".

En me référant à cette définition, je ne peux pas prétendre que les résultats obtenus peuvent être généralisés, ni comparés à l'ensemble des services de médecine du Réseau Santé Valais. En effet, cette recherche n'est significative uniquement que dans ce contexte. Les résultats ne sont donc pas applicables à l'ensemble des infirmières travaillant en médecine. Celles-ci ont été interrogées sur les soins buccodentaires pratiqués aux clients dépendants pour ce soin uniquement. Il faut considérer que les questions posées ciblaient des clients bien précis et la pondération des résultats s'avère alors nécessaire. Ceux-ci ne sont pas valables pour une population ne répondant pas à ces spécificités. D'autre part, l'échantillon n'est pas représentatif de la population infirmière (huit infirmières) et ne permet pas un regard croisé pertinent des données

²⁶¹ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Ed. ERPI, Québec 2007, p. 206.

obtenues. De plus, dans les services de médecine et l'unité de soins palliatifs où j'ai effectué mes entretiens, les infirmières interrogées ont été sélectionnées de manière non aléatoire²⁶², ce qui ne permet aucune généralisation.

7.3. Réflexions et interrogations

Suite à l'analyse des propos fournis par les infirmières lors des entretiens, très peu d'obstacles empêchant l'accomplissement des soins de bouche ont été identifiés. Toutefois, certains éléments qui peuvent nuire à la qualité des soins m'ont amenée à des réflexions et interrogations présentées dans cette section.

J'aborderai tout d'abord brièvement l'évaluation clinique de la cavité buccale, car celle-ci définit le point de départ de la prise en charge infirmière pour le soin buccodentaire. Je précise cependant que le thème de la grille d'évaluation et du protocole de soins est développé plus spécifiquement dans la recherche de ma collègue Suzi Sobral.

Le rôle autonome de l'infirmière s'articule précisément autour de l'observation clinique, qui est la première des cinq étapes du processus de soins. Or, les données recueillies auprès des infirmières participant à ce travail, ont fait émerger la disparité des méthodes d'évaluation. La qualité et la continuité des soins me paraît compromise, car chaque personne qui observe, que ce soit une infirmière ou un autre soignant de l'équipe interdisciplinaire, le fait selon ses propres critères qui ne sont pas définis par des règles précises à vérifier.

Il existe des outils d'évaluation reconnus. En Suisse, la Société Suisse de Soins Palliatifs a publié dans son Flash de novembre 2008 une grille d'évaluation de la cavité buccale. Cette publication reste cependant confinée aux milieux spécialisés, comme les soins palliatifs, et est très peu diffusée dans les autres services. Ce qui m'interpelle, c'est que même les infirmières qui ont eu connaissance d'une grille spécifique pour évaluer la cavité buccale, ne l'exploitent pas dans leur pratique quotidienne. Le rôle de l'infirmière clinicienne pourrait être un appui pour les équipes soignantes, pour investiguer les besoins et proposer une grille d'évaluation adaptée aux soins buccodentaires. Ceci afin d'unifier les observations cliniques et favoriser ainsi la qualité et la continuité des soins.

Quelle est la proportion des complications liées à des affections buccodentaires suite à une absence de soins dans les services interrogés ? En supposant, car il y a pas de

²⁶² Technique utilisée : Boule de neige. Cette méthode est détaillée dans le chapitre méthodologie, sous la section 4.3.

recherche spécifique sur le sujet en Valais, que la prévalence soit faible, cela peut conforter les infirmières dans leur conviction qu'elles donnent des soins de bouche de qualité, sans remettre en question leur savoir-faire. Il serait intéressant, afin d'étayer cette supposition, d'envisager une étude quantitative sur les problèmes buccodentaires des personnes hospitalisées.

Pour répondre aux critères de qualité des soins infirmiers, selon les normes de l'Association Suisse des Infirmières, et pour respecter la chartre des soins du Réseau Santé Valais, la démarche du processus de soins infirmiers avec les cinq étapes est préconisée pour garantir des soins de qualité et individualisés.

Je souhaite faire ici un parallèle entre le soin de bouche thérapeutique et l'offre en soins infirmiers qui, tous deux, sont peu visibles. L'infirmière dispose d'outils qui lui sont propres et qui lui permettent de renforcer son rôle auprès du patient, c'est le processus de soins et les diagnostics infirmiers. Cependant, malgré la possibilité offerte par le dossier de soins informatisé Phoenix du Réseau Santé Valais, de saisir les différentes étapes du processus de soins, celui-ci est peu exploité. Selon l'analyse de mes entretiens, les infirmières interrogées n'utilisent pas la formulation des diagnostics infirmiers, qui est une des cinq étapes du processus de soins. L'utilisation systématique du processus de soins permettrait pourtant à tous les membres de l'équipe soignante l'accès aux informations, et faciliterait la continuité des soins. Il serait judicieux que les praticiens formateurs sur les lieux de stage maîtrisent cet outil, et demandent aux étudiants qu'ils formulent des diagnostics infirmiers lorsqu'ils sont en stage, afin qu'ils acquièrent les compétences méthodologiques nécessaires, pour les utiliser systématiquement dans leur pratique professionnelle.

Au travers de mes propos ci-dessus, en identifiant que le processus de soins est peu utilisé dans sa globalité sur le terrain, je n'apporte rien de nouveau sur le sujet. Le professeur à l'HEdS de Fribourg, Monsieur Pierre Fornerod²⁶³ le mentionne déjà dans son étude. Toutefois, après avoir lu cette étude, je m'interroge sur la pertinence du processus de soins en cinq étapes. Est-il assez modulable pour permettre à l'infirmière d'exploiter tout son champ d'action? Pourquoi est-il si peu utilisé par les infirmières diplômées? Actuellement, plusieurs unités de soins du Réseau Santé Valais participent à une étude pilote, dont l'objectif est d'utiliser quotidiennement le processus de soins infirmiers. Il s'agira ensuite de généraliser cette pratique à tout le Réseau Santé Valais.

²⁶³ FORNEROD Pierre *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive.* Genève : Cahier de la section des sciences de l'éducation N° 106. 2005. 243 p.

Il sera intéressant de prendre connaissance de cette étude, lors de sa publication. Peut-être nous aidera-t-elle à identifier ce qui dissuade les infirmières à utiliser cette démarche.

Si le soin de bouche, en particulier le soin non thérapeutique, manque de visibilité, je pense qu'en premier lieu c'est parce qu'il est inclus dans la toilette du matin. La toilette est inscrite dans les annotations infirmières, qui sont parfois complétées par la mention d'un soin de bouche. La toilette est également répertoriée dans le programme Plem²⁶⁴. Les saisies de prestations sont listées dans le LEP, mais il n'y a pas d'item spécifique correspondant aux soins de bouche. Ceci démontre le manque de visibilité de ce soin au niveau de la structure du système de gestion des soins. Une inscription spécifique n'influencerait pas à elle seule la qualité du soin de bouche, mais assurerait un suivi sur les soins journaliers apportés au patient.

En ce qui concerne les obstacles, le ressenti de l'infirmière était identifié dans plusieurs études que j'ai lues. Lors de mes entretiens, j'ai été surprise de constater que pour les infirmières interrogées, malgré des situations difficiles, le dégoût n'a jamais été cité. Lors de mon dernier stage, j'ai été confrontée à une bouche odorante avec une langue noire villeuse²⁶⁵. Malgré l'agression olfactive, j'ai surmonté mon "haut le cœur". Après avoir dispensé les soins de bouche, j'ai pu constater au fil de la journée les effets positifs sur le confort du patient et la satisfaction de la personne soignée. Le sentiment éprouvé au moment du soin a été celui de rendre cette bouche propre, pour que la patiente puisse à nouveau avoir du plaisir à boire et à manger.

J'ai pu constater qu'il est difficile pour les infirmiers interrogés de parler de soi. Laisse-t-on une place aux ressentis dans la pratique professionnelle soignante? Ou ceux-ci n'auraient-ils pas le droit d'émerger dans un environnement qui aspire à aider l'Autre? Au sein de mon travail, je n'ai pas investigué plus sur ce sujet, car le thème des émotions dans les soins peut à lui seul être un objet de recherche.

²⁶⁴ PORaBO- Plem : programme de gestion des soins

²⁶⁵ Langue villeuse ou chevelue : Pathologie bénigne, caractérisée par une hypertrophie des papilles filiformes du dos de la langue. <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/26417/diagnose.htm> (consultée le 20 avril 2009)

8. Conclusion

Arrivée au terme de ce Bachelor Thesis, il est temps de procéder à une auto-évaluation de mon travail. Je vais tout d'abord revenir sur les objectifs personnels d'apprentissage fixés au début de mon travail. Je ferai ensuite part des facilités et des difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail. Je terminerai ce chapitre par les apports tant professionnels que personnels engendrés par cette recherche initiale.

8.1. Objectifs personnels d'apprentissage

Le premier objectif visé, était le suivant :

Identifier les caractéristiques de la recherche à partir de mes lectures et de l'entretien exploratoire, développer mon esprit critique par rapport aux écrits existants.

Cet objectif a pu être atteint. En effet, les lectures effectuées dans le domaine des soins infirmiers et celles plus spécifiques dans le registre des soins dentaires, m'ont permis d'identifier les conséquences néfastes pour la santé globale des soins de bouche négligés. Ces apports littéraires ont également confirmé que le soin de bouche est le parent pauvre des soins infirmiers, et de ce fait m'ont confortée dans mon choix de recherche. Grâce à l'entretien exploratoire, j'ai pu établir que le rôle autonome infirmier est le pilier de la pratique du soin de bouche, ce qui confirme que ma recherche est spécifique aux soins infirmiers. Au fur et à mesure de l'avancement de mon travail, grâce aux nouvelles connaissances acquises sur le sujet de ma recherche, j'ai développé un esprit plus critique, ce qui m'a permis d'éviter de me disperser dans mes propos.

Le second objectif fixé, était :

Etablir les relations entre les différents éléments issus des entretiens, être capable de les organiser de manière systématique dans le but de faire une synthèse.

Cet objectif est atteint. Malgré le fait que les réponses des infirmières soient parfois sorties du cadre prévu, j'ai pu classer les éléments significatifs par thèmes. Par la suite, cette classification m'a permis de dégager ce qui me paraissait important en lien avec ma question de recherche et mon cadre de références.

Le dernier objectif proposé, était:

Réaliser une recherche qualitative, évaluer et argumenter le processus dans sa globalité, de la question de départ à la communication des résultats.

Je peux dire que cet objectif est atteint. En intégrant les outils méthodologiques enseignés, j'ai pu mener à terme cette recherche initiale. Grâce à cette rigueur méthodologique, j'ai eu un fil conducteur qui m'a permis de répondre à ma question de départ. Sur la base des réponses, j'ai posé des réflexions sur le thème des soins de bouche.

8.2. Facilités et difficultés de la recherche

L'élaboration de cette recherche fut un travail de longue haleine. En effet, c'est à partir de la deuxième année Bachelor, que j'ai commencé à me positionner comme "apprentie" chercheuse. Comme dans tout travail de cette envergure, j'ai rencontré des difficultés qui ont semé le doute, mais heureusement aussi des facilités qui m'ont encouragée dans mon travail.

Facilités

Mon intérêt de choisir une thématique en rapport avec des situations de soin vécues a été un élément essentiel. Les diverses lectures réalisées au départ, avant l'élaboration de l'écrit, m'ont permis de m'imprégner du thème des soins buccodentaires. Ma curiosité et mon envie de découvrir une littérature en lien avec mon objet d'étude, ont renforcé ma motivation à définir la raison pour laquelle on donne si peu de place à ce soin d'hygiène. D'autre part, l'encadrement dont j'ai bénéficié m'a permis de ne pas relâcher mes efforts et surtout de me sentir soutenue et guidée tout au long du processus d'élaboration de cette recherche. Un point non négligeable est celui de travailler à deux sur une recherche. En effet, le soutien et la collaboration de ma collègue Suzi Sobral m'ont été d'une grande aide et surtout une motivation à respecter les échéances que nous nous étions fixées. Je tiens également à souligner que j'ai eu la chance d'effectuer mes entretiens auprès d'infirmières qui se sont montrées disponibles et attentives à mes demandes. Avant de débiter mes entretiens, j'avais de l'appréhension quant à ma capacité de les diriger. Grâce à l'accueil chaleureux de chacun et chacune, cet exercice s'est déroulé dans une atmosphère sereine.

Difficultés

Une de mes principales difficultés fut l'assimilation des différentes phases de cette recherche initiale, phases qui m'étaient inconnues jusqu'alors. En effet, il m'a fallu un certain temps pour intégrer la logique de "chercheuse". Ceci n'a pas toujours été sans mal, notamment en ce qui concerne l'analyse des données recueillies auprès des

infirmières, en regard des éléments exposés dans le cadre théorique et de mes propres opinions.

Une autre difficulté fut le temps nécessaire à la retranscription des entretiens. Ce travail fut très conséquent et très fastidieux.

La rédaction des textes fut aussi une difficulté, j'ai eu beaucoup de peine à synthétiser mes idées, afin que mon travail garde une taille agréable.

Le fait de ne pas maîtriser l'anglais fut un obstacle lors de la phase exploratoire, puisque j'ai dû me restreindre à utiliser uniquement des articles francophones.

Même en ayant réussi à finir cette recherche dans les délais impartis, il n'a pas toujours été aisé pour moi d'organiser mon temps afin de concilier la formation en cours (le temps d'étude pour les examens ainsi que les périodes de stage) avec la réalisation de mon Travail de Bachelor. Cela m'a demandé une grande discipline.

Pour finir, je tiens à mentionner le temps passé assise devant mon ordinateur à dactylographier le fruit de mes réflexions. Ce fut des heures et des heures de travail acharné, qui à ce jour apportent leur fruit par la finalisation de ma recherche.

8.3. Apports personnels de la recherche

Les apports de ce travail sont nombreux et variés. Comme signalé plus en avant dans mon travail, étant novice dans le domaine de la recherche, j'ai dû me familiariser avec les différentes étapes de la méthodologie inhérente à cette démarche pour en acquérir la rigueur scientifique. Cela m'a permis de développer ma capacité de recherche, d'analyse, de réflexion et de perfectionner mon sens critique.

Lors de la rédaction de mon travail, j'ai été frappée par le fait de devoir étayer et justifier chacun de mes propos au moyen de termes précis et bien définis. Cet exercice apportera certainement une dimension nouvelle et un grand plus à la suite de ma carrière professionnelle. Il m'a appris à ne jamais se limiter à des affirmations gratuites, non réfléchies, mais à se baser sur des faits concrets et vérifiés, ainsi que sur de réelles analyses.

Le Travail de Bachelor a été un véritable défi pour moi. Il y a eu des périodes de remise en question, de stress et d'incertitudes, mais aussi des périodes de découvertes et de grande joie. C'est une expérience enrichissante et gratifiante qui a demandé beaucoup d'organisation et d'investissement personnel.

Le fait d'achever cette recherche si exigeante m'apporte une profonde satisfaction.

8.4. Apports professionnels de la recherche

L'infirmière joue le rôle essentiel pour le maintien et l'amélioration de l'état buccal, ainsi que son retentissement sur la qualité de vie des patients. En effet, ce soin étant répertorié dans les soins d'hygiène de base, il fait partie du rôle autonome de l'infirmière. Elle intervient non seulement lors de l'évaluation et de la réalisation du soin mais également lors de la mise en œuvre de stratégies de prévention. C'est au travers de son rôle propre qu'elle peut garantir la continuité des soins buccodentaires au sein de l'équipe soignante. La qualité des soins donnés n'est pas garantie par l'utilisation écrite d'un processus de soins, mais cet outil infirmier favoriserait la visibilité du soin de bouche.

Dans cet esprit, je souhaite que mon Travail de Bachelor suscite chez les infirmières une réflexion concernant la pratique des soins buccodentaires dispensés aux clients et qu'il puisse leur donner des pistes permettant d'assurer la qualité de ce soin. J'espère ainsi pouvoir les sensibiliser à l'importance de ce soin. A ma connaissance, il n'existe que peu d'études réalisées sur ce thème en Valais. J'espère aussi apporter quelques ressources et certaines informations sur les soins buccodentaires. Malgré les limites de ce travail, les résultats obtenus lors de mes différents entretiens donnent un aperçu, même général, de ce qui se fait actuellement.

En ce qui me concerne, cette recherche m'a permis d'apprendre et d'intégrer de nouvelles connaissances professionnelles, qu'elles soient théoriques ou pratiques. Cette recherche a modifié ma manière d'appréhender un soin de bouche. En premier lieu, j'ai pris conscience que l'inspection buccale constitue la clé de voûte de soins efficaces, mais que l'homogénéisation de cette évaluation permet de mettre en place des soins personnalisés.

Je sais que, dès à présent, je serai plus attentive lors de la toilette quotidienne du matin ou après chaque repas, à prodiguer systématiquement des soins buccodentaires individualisés de qualité, adaptés à chaque client dépendant dont j'aurai la charge. D'autre part, j'espère pouvoir partager mes opinions concernant les bienfaits des soins buccodentaires avec les autres soignants (aides-soignantes, ASSC, aides-infirmières, etc.), en m'appuyant notamment sur la littérature parcourue pendant la réalisation de ce travail.

8.4.1. Recherches futures

J'arrive au terme de ma recherche et j'aimerais adresser quelques recommandations concernant la réalisation de futures recherches, toujours en ciblant le thème des soins

buccodentaires. Ma première recommandation concerne le choix de l'échantillon. En effet, j'ai choisi au départ de cibler uniquement les infirmières et donc de faire émerger leur point de vue sur le sujet. Toutefois, je me rends compte à présent que bien que les informations reçues de la part des infirmières soient essentielles pour répondre à ma question de recherche, elles ne ciblent que leur point de vue et non ceux des clients. Il serait donc intéressant de les inclure dans une prochaine recherche.

Ma deuxième recommandation concerne le nombre d'infirmières interrogées. Pour ma part, je n'ai questionné que huit infirmières. Il serait intéressant d'élargir la population et de réaliser une sélection de manière non aléatoire. Cela permettrait peut-être d'augmenter le nombre de réponses afin d'obtenir des résultats généralisables.

Ma troisième recommandation concerne le milieu de soin. J'ai choisi d'effectuer ma recherche en médecine et soins palliatifs, cependant il serait intéressant de faire une étude semblable à la mienne, en milieu de soins aigus, comme par exemple en soins intensifs, puisque les clients y restent souvent plus longtemps. De plus, certains patients sont parfois intubés et requièrent donc des soins buccodentaires adaptés.

Ma quatrième et dernière recommandation concerne les outils d'investigation. J'ai choisi de me baser uniquement sur les entretiens semi-directifs. Toutefois, il aurait été intéressant d'inclure des observations sur les soins d'hygiène du matin par exemple. Les études d'observation sont, selon moi peu utilisées et peuvent donner une perspective unique.

Pour conclure, je souhaite que ma recherche suscite l'intérêt des futurs lecteurs, bien qu'elle ne soit qu'un petit pas dans mon questionnement. Sur ces mots, je clos mon Travail de Bachelor: **"Donnons toute son importance aux soins buccodentaires !"**.

**" L'état de la bouche des malades
est un des meilleurs indices de la
qualité des soins infirmiers²⁶⁶**

Virginia Henderson

²⁶⁶ NICOLAS, Nathalie, TENSAOUT, Hocine, COMPAGNA, Louise et [al.]. Les soins de bouche : une question de dignité pour les patients en fin de vie. In : *Congrès 2006, Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Centre affilié à l'Université de Montréal*. [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES_2006/20006_A-6.pdf.

9. Bibliographie

9.1. Littérature

- AMAR B., GUEGUEN J.-P. *Nouveaux cahiers de l'infirmière Soins infirmiers Concepts et Les théories de soins*. Chapitre 17 p. 156 3^e éd. Paris : Masson, 2003.
- BIZIER, N. *De la pensée au geste : un modèle concept en soins infirmiers*. p. 42 Paris : 3^e éd. Maloine, 1992. 131 p.
- BRÛLE Mario, CLOUITIER Lyne. *L'examen clinique dans la pratique infirmière* Chapitre 8 Paris : Pearson Education, 2002. 676 p.
- CARON, Christian. *L'hygiène buccodentaire*, chapitre 13. In : VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (éd.). Québec : ERPI, 2006. p. 193-203.
- CARRON, Antoine. DELESALLE-FEAT, Tatiana. *Larousse Médical*. Paris : Larousse, 2006. p.1-1219.
- Collège des acteurs en soins infirmiers de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). *L'infirmière et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique*. In *Hygiène et bien-être : Soins de bouche*. chapitre 6 p. 146-152 Paris : Masson, 1999. 250 p.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie*. Paris : Masson, 1982, réédition 2000. p.127.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris : Masson, 2001. p.456.
- COUVREUR Chantal. *Nouveaux défis des soins palliatifs. Soins palliatifs : philosophie palliative et médecines complémentaires*. Bruxelles : Savoir et Santé De Boeck et Larcier, 1995. 188 p.
- C. COX Helen. *Applications cliniques des diagnostics infirmiers*. Bruxelles : De Boeck Université, 2004. 858 p.
- DAYDE M.-C, LACROIX M.-L., et Société Française de Soins palliatifs, *Relation d'aide en soins infirmiers* p.3 Paris : Masson, 2007. 141 p.
- DR DAUM, Marie-France. *Le grand livre de la Santé*. Paris: France Loisirs, 2004. 1988 p.

- DOENGES M. E., MOORHOUSE M. F., BURLEY J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995. 240 p.
- DOMINIQUE, Sandra-Morelle. *Les soins de confort. Du corps bouleversé à une relation bouleversante*. In : DOMINIQUE, Jacquemin (éd.). *Manuel de soins palliatifs*. Centre d'éthique médicale. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2001. p.186-190.
- FORTIN, M.-Fabienne *Fondements et étapes du processus de recherche* Québec : Chenelière Education, 2006. 485 p.
- FORNEROD Pierre *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Genève : Cahier de la section des sciences de l'éducation N° 106. 2005. 243 p.
- FOUCAULT, Claudette. *L'art de soigner en soins palliatifs. Perspectives infirmières*. 2^{ème} éd. Québec : Paramètres, 2004. 292p.
- GARNIER, Marcel, DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28^{ème} éd. Paris : Maloine, 2004. 1038 p.
- GOULET, Olive, DALLAIRE, Clémence. *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Québec : Gaëtan Morin, 2002. 444 p.
- HONORE, Bernard. *Soigner*. Paris : Editions Seli Arslan SA, 2001. 247 p.
- KEROUAC, S., PEPIN J. DUCHARME F. et autre *La pensée infirmière* 2^{ème} éd. Québec : Beauchemin, p.30, 2003. 190 p.
- DR.LAVAL, Guillemette.[et al]. *Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. : Accompagnement d'un mourant et de son entourage*. Grenoble : Faculté de médecine, 2003. 14p.
- LEFEVRE, Monique, DUPUIS, Andrée *Le jugement clinique en soins infirmiers* chapitre 1.p.30 Canada : Renouveau pédagogique. 1993. 230 p.
- LOISELLE Carmen, PROFETTO-MCGRATH, Johanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI, 2007. 596 p.
- MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Paris : Masson, 2001. 198 p.

- MANOUKIAN Alexandre *La relation soignant-soigné* 3^{ème} édition p.9 France : Lamarre, 2008. 214 p.
- MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 912-921.
- MAGNON, Alain. A ma santé Les soins infirmiers.2008. [en ligne] Adresse URL : <http://www.amasante.com/infirmiererie-quebec.php> (consultée le 28 septembre 2008)
- NANDA International. *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2007-2008*. Ed. Elsevier Masson, Paris 2008, p. 372.
- OLIEVENSTEIN, Claude. *Ecrit sur la bouche*. Editions : Odile Jacob France. 1995, p. 93.
- OREM D. traduit par GOSELIN D. *Soins infirmiers : les concepts et la pratique* chapitre 7 p.172, 174 Paris : Maloine, Montréal : Décarie, 1987, p.352
- PÔLET-MASSET Anne-Marie *Passeport pour l'autonomie. Affirmez votre rôle propre*. Chapitre 1 p. 15-23 Paris : Edition Lamarre, 1993, 127p.
- RABJABLAT, Marie. *Voyage au cœur du soin : La toilette*. Paris : Masson, 1999, 107 p.
- ROBERT, Paul. *Petit Robert*. Dictionnaire de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris. 2008. p.2764.
- SFAP Collège des acteurs en soins infirmiers *L'infirmier(e) et les soins palliatifs "Prendre soin" : éthique et pratique* 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2005, 245p.
- TOURNEBISE Thierry *L'écoute thérapeutique* p. 49 France : SDF Editions, 2001, 183 p.

9.2. Etudes

- BERNARD, Marie-Fleur. *Projet pour une réhabilitation des soins de bouche aux personnes âgées en fin de vie. Mobilisation des équipes soignantes*. Thonon : Mémoire du certificat d'Infirmière Spécialiste Clinique, 2001, 200p.
- CLERC, Jean-Claude. *Les soins de bouche*. Délémont : Ecole des métiers de la santé et du social. Travail de diplôme, 1992

- FARDEL, Corine, FOURNIER, Dominique, SAVIOZ Pascale. *Qu'en est-il des soins de bouche en milieu hospitalier ?* Sion : Ecole valaisanne en soins infirmiers Travail de diplôme, 1997, 66 p.
- GEMOTA, G., VIELLEFON S. *L'évaluation du Soin de Bouche en phase palliative : une continuité des soins ?* Tours : Faculté de médecine, Diplôme National de Soins palliatifs et d'accompagnement, 2004, 34 p.
- HOLLEBEQUE Caroline. *Soins de bouche chez les personnes âgées : enquête auprès des patients et du personnel soignant de quatre EHPAD de Brest Métropole océane.* Brest : Université de Bretagne occidentale Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire N° 29011, 2006, 107 p.
- TARDIF, Isabelle. " *Étude d'observation des pratiques de soins buccodentaires en centre d'hébergement et de soins de longue durée.*" Université Laval Maîtrise en sciences infirmières. 2006. [en ligne]. Adresse URL : <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/files/47871ae1-7a56-4243-af51-9b8fb05d5e88/24086.html>. (consultée le 4 septembre 2008).

9.3. Articles, Revues, Brochures

- ASI-SKB. Association suisse des infirmières et infirmiers. *Normes de qualité pour les soins infirmiers. Standards de soins.* Berne, 2006.
- ASI-SBK. *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées.* Berne, 2005.
- BERNARD, Marie-Fleur. Réalisation des soins de bouche. Représentations mentales et difficultés des soignants. *Objectif soins*, 2003, n° 113 p.22-31.
- BERNARD Marie-Fleur. Projet clinique en soins infirmiers : réhabilitation des soins de bouche. *Objectif soins* Avril 2003, n° 115 p.II-XI
- CHRISTOPHE, Anne, LASRY, Céline. Les soins de bouche. *Revue de l'infirmière.* Septembre 2003 n° 93 p. 34-35
- GENOUD, François, PREUMONT, Marie. Comment prévenir l'altération de la muqueuse buccale ? *Pratique des soins*, 2003, n° 3, p.48-52.
- GUTS, Groupe d'unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H de l'ICHV et EVSI, section hygiène et confort, novembre 2001

- GUGGISBERGER, Elisabeth. Prévention des affections buccales chez les patients en phase terminale. L'importance du diagnostic infirmier *Soins infirmiers* 1989, n°1, p.72-73
- GUGGISBERG, E., BUDTZ-JORGENSEN, E., RAPIN, C.H. Les soins de bouche. Notre expérience au Centre de soins continus. *InfoKara*. décembre 1992, n° 28, p. 17-21.
- HUG, Hôpitaux universitaires Genève. Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. *CAPP-INFO*. Décembre 2005, n° 37, p.1-10
- J. LATIMER, Elizabeth. Les soins de la cavité buccale : pour soulager ces symptômes souvent négligés. *Revue : Le clinicien*. Mai 2002 p. 33-41.
- KAESTLI, L.-Z., PREUMONT, M., GENOUD, F., BONNABRY, P. Les soins de bouche. *La Revue Médicale Suisse*., novembre 2004, article n°2505, revue n°495, p.1-6.
- KESSERLING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche: principes éthiques*. Secrétariat central ASI. Berne, 1998.
- PEDRO Da SILVA, Valérie, DESMARET, Valérie, TRIVALLE, Christophe. Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs. *Revue : Soins gérontologies*. 2005, n° 51 p.36-39.
- PROF. SAMSON. [et al.]. *Soins de bouche*, protocole. Genève : HUG GRESI. Groupe de Référence en Soins infirmiers, 2002, p.1-5.
- RIESEN, M., CHUNG, J.-P., PAZOS, E., BUDTZ-JORGENSEN, E. Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées. *La Revue Médicale Suisse*. novembre 2002, revue n° 586, p.1-12.
- SCHOENI, Patricia. Soins dentaires et soins palliatifs. *InfoKara*. 2001, vol. 64, n° 4, p. 24-26.
- STIEFEL, K.A.[et al] Amélioration de l'hygiène buccodentaire pour le patient gravement malade : La mise en œuvre fondée sur la recherche pratique. *Nursing Journal Medical-Surgical*. N°9, p.40-43,46. février 2000

9.4. Documents de cours

- SCHOEPF, Chris. *Pré-test des outils, fiabilité et validité et Recherches en soins infirmiers*, Module 2808, 2008.
- SPHOEPF, Chris. *Section méthodologie et Recherches en soins infirmiers*, Module 2808, 2008.
- FELLAY-CHILINSKI, C. *Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière*. Module A1D1M6, 2005.
- FELLAY-CHILINSKI, C. *L'école des besoins*. Module A1D2M1, 2005.

Références bibliographiques pour les deux cours :

- OREM, Dorothy. *Les concepts et la pratique*. Montréal: Maloine, 1987
- ROUSSEAU, Chantal. Le modèle conceptuel d'Orem. *L'infirmière canadienne*. 1980.
- DUMAS, Louise. La démarche de soins selon Orem. *L'infirmière canadienne*. 1992
- LAROUCHE, Cécile, Poirier, Nicole. *Collecte des données en soins infirmiers selon D. Orem*. Collèges des Bois-de-Boulogne. 1987.
- ZUFFEREY, A.-F. La notion de responsabilité en soins infirmiers. Module 2001, 2006.
Ce cours a été conçu par les enseignants de l'HES-Valais :
FOURNIER Pierre-Alain, VAUDAN, Julianne, WHITE, Rosy, ZUFFEREY
Anne-Françoise. 1998.

10. Cyberographie

- ASI-SBK. Position éthique 2. *Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers*. [en ligne]. Berne, mai 2007. Adresse URL : http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflege-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202_f.pdf (consultée le 10 novembre 2008).
- Comité de formation des patients du centre régional de cancérologie de Hamilton. "Feuillelet d'information à l'intention des patients. Soins de la bouche". *Cancer Care Ontario*. [en ligne]. mai 2005. Adresse URL : <http://www.cancercare.on.ca/pdfmedicationinfoF/Mouth-CareF.pdf>. (consultée le 20 juin 2008).
- COMPENDIUM suisse des médicaments®. Mycostatine® Forte. [en ligne]. 2004. Adresse URL : <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 20 novembre 2008).
- CONFEDERATION SUISSE. Département Fédéral de l'Intérieur. 832.112.31 *Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas*

- de maladie. 1995 état 1^{er} août 2008. [html]. Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_112_31/index.html#id-1 (consultée le 5 août 2008)
- CONFEDERATION SUISSE. Office fédéral de la statistique. *Budgets des ménages suisse.2006* [pdf]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/medienmitteilungen.Document.110520.pdf> (consultée le 5 août 2008)
 - CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES. *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. 2006 [pdf]. Adresse URL : <http://www.icn.ch/icncodef.pdf> (consultée le 20 août 2008)
 - COSTEJA, Nadine. « Soins de bouche aux personnes âgées : Réflexion sur un vécu de soignants ». *Gerosante.org. Le site des professionnels de la gériatrie et de la gérontologie* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/soins-bouche.pdf>. (consultée le 15 juillet 2008).
 - DELON, Sylvie. *Concept du rôle propre infirmier*. [en ligne]. Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html> (consultée le 4 août 2008).
 - Dénutrition-gériatrie.com Définition de la dénutrition. 2008 . [en ligne]. Adresse URL : <http://denutrition-geriatrie.com/selection.php?Selection/d=1> (consultée le 17.10.2008)
 - DERMATOLOGY INFORMATION SYSTEM. *Service d'information des maladies de la peau* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/26417/diagnose.htm> (consultée le 20 avril 2009)
 - FORNEROD Pierre *Du diagnostic infirmier à l'art de prendre soin de l'être humain situé* adresse URL : <http://www.mno.ch/publi/doc/171.pdf> (consultée le 3 mai 2009)
 - GOULET, C. *Planète Psy*. [en ligne]. mai 2009. Adresse URL : <http://www.collegeahuntsic.qc>. (consultée le 4 mai 2009)
 - GUGGEMOS, Alexia. *Le musée du sourire*. Qu'est-ce qu'un sourire ? 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.museedusourire.com/faq_sourire.html. (consultée le 20 décembre 2008).
 - HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. *Haute école cantonale valaisanne de la santé. Plan d'étude cadre Bachelor 2006* [html]. Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=479&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x466x479x0>

(consultée le 18 août 2008)

- HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse orientale. *Haute école cantonale valaisanne de la santé. Travail de Bachelor (Bachelor Thesis) Cadre général de réalisation et de validation. 2007* [html]. Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContentuMenuNiveaux=479&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x466x479x0> (consultée le 18 août 2008)
- HUG. Hôpital Universitaire Genève. *Les soins de bouche en gériatrie et soins palliatifs. 2005.*[html].AdresseURL :<http://www.hcuge.ch/Pharmacie/infomedic/cappinfo/cappinfo37.pdf> (consultée le 5 août 2008)
- MACREZ Annick, CHOUAID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf. (consultée le 30 juin 2008).
- NICOLAS, Nathalie, TENSAOUT, Hocine, COMPAGNA, Louise et [al.]. Les soins de bouche : une question de dignité pour les patients en fin de vie. *In : Congrès 2006, Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Centre affilié à l'Université de Montréal.* [en ligne]. Adresse URL : http://www.reseaupalliatif.org/images/CONGRES_2006/20006_A-6.pdf. (consultée le 18 août 2008)
- SOHDEV. Santé orale, handicap, dépendante et vulnérabilité. *Clinic 08* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.sohdev.org/telechargement/clinic08.pdf> (consultée le 10 août 2008)
- SSMSP. Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs [en ligne]. Adresse URL: <http://www.palliative.ch/fr/philosophy.php> (consultée le 30 septembre 2008)
- SSMSP. *Société Suisse de Médecine et soins palliatifs.* Standards de qualité. [en ligne] Adresse URL : http://www.palliative.ch/uni_pdf/standards_fr.pdf (consultée le 10 mars 2009)
- SSO. *Société Suisse d'Onto-Stomatologie.* Manuel d'hygiène buccale pour les personnes âgées, les malades chroniques et les handicapés. Guide à l'usage des soignants. 2008. [en ligne] Adresse URL : http://www.mundgesund.ch/jmuffin/upload/Handbuch_210x155_f.pdf. (consultée le 07 décembre 2008).

- SSO. *Société Suisse d'Odonto-stomatologie*. Mauvaise haleine. [en ligne]. Adresse URL : http://www.sso.ch/index.cfm?uuid=74B660CDD9D9424C4D3E11D0ACA7ED03&cmd=&o_lang_id=8 (consultée le 07 décembre 2008).

- WATSON Jean Théoricienne du caring Adresse URL : <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf> (consultée le 9 juin 2009)

11. Annexe

Annexe 1 Questionnaire concernant les soins bucco-dentaires

Dans quel Service a lieu le stage	
Soins de bouche d'hygiène pratiqué	oui / non
Fréquence du soin par horaire	
Soins de bouche thérapeutique pratiqué	oui / non
Fréquence du soin par horaire	
Est-il intégré dans le soin d'hygiène de base	oui / non
Evaluation de l'état bucco-dentaire à l'admission	oui / non
Existe t'il une grille d'évaluation de la cavité bucco-dentaire dans le service	oui / non
Existe-t-il un protocole, un document de référence pour ce soin dans le service ?	oui / non
Existe-t-il une technique de soin établie par le service pour unifier la pratique de ce soin ?	oui / non
Qui le pratique ?	
- le soignant qui s'occupe du client, quelle que soit sa profession	
- si autre organisation du service, merci de spécifier	
Est-ce un soin délégué ?	oui / non
Si c'est un soin délégué, à qui est-il délégué ?	ASCC Infirmière assistante Aide soignante Aide infirmière Autre

- Merci de faire cette observation sur une semaine. Je vous propose de le faire la 2^{ème} du stage.
 - Merci de souligner votre réponse ou de la mettre en gras.
 - Merci de spécifier le service dans lequel vous êtes : médecine, chirurgie psychiatrie, etc.

Annexe 2 Anatomie et physiologie de la bouche et les prothèses dentaires ²⁶⁷

Afin de mieux traiter le thème des soins bucco-dentaires, nous avons trouvé utile d'aborder l'anatomie et la physiologie de la cavité buccale.

Celle-ci nous permettra de développer nos connaissances au niveau de l'anatomie et physiologie de la cavité buccale et ainsi développer des compétences personnelles et professionnelles.

La bouche

La bouche est une cavité tapissée de muqueuses qui se trouve au niveau du visage, sous les fosses nasales. Elle est délimitée à l'avant par la lèvre inférieure ainsi que par la lèvre supérieure, de part et d'autre de la bouche se trouvent les joues, en haut le palais osseux et le palais mou et en bas le plancher buccal constitué avant tout par la langue. Sans oublier latéralement et en avant les arcades dentaires constituées des gencives dans lesquelles sont implantées les dents.

La bouche qui peut-être désignée comme cavité orale ou cavité buccale, constitue la première partie du tube digestif. En effet, c'est au niveau de la bouche que les aliments sont mastiqués et mélangés à la salive. Par ce processus, les aliments sont donc réduits en morceaux avant d'être propulsés dans le tube digestif.

Cet organe assure donc des fonctions digestives, phonatoires puisque la position, les mouvements et les contractions de la langue interviennent sur l'émission des sons et de la respiration.

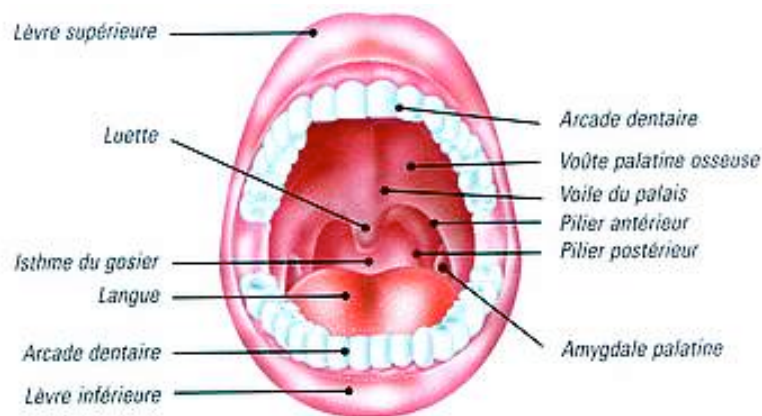


Figure 1 : Vue antérieure de la cavité buccale ²⁶⁸

²⁶⁷ Ce chapitre a été inspiré du livre : MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6ème édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 912-921.

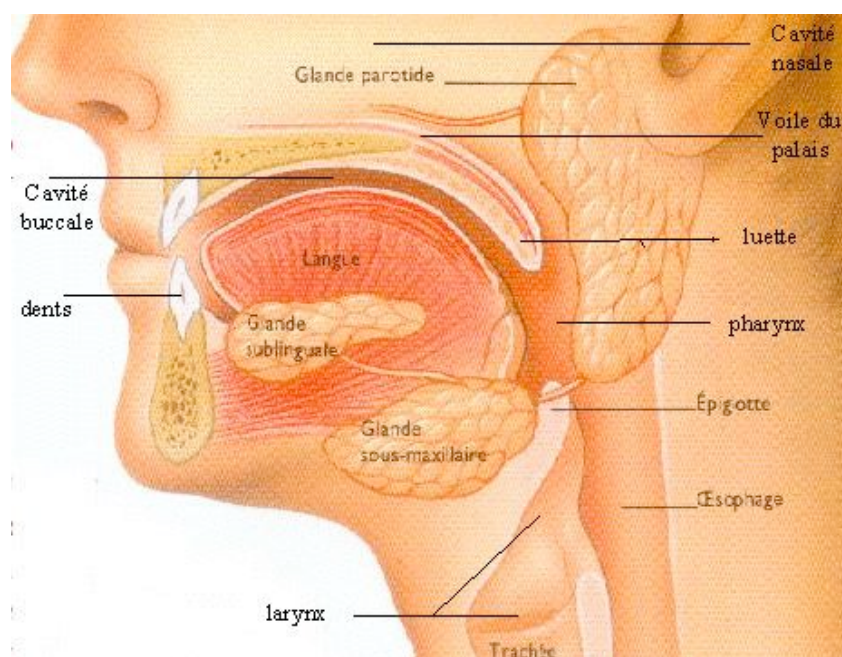


Figure 2 : Cavité orale²⁶⁹

Les lèvres et les joues

Les lèvres sont les parties charnues qui bordent la bouche et couvrent les dents chez l'homme. Elles sont relativement transparentes, plus pigmentées que la face, et ont une teinte rougeâtre. Elles doivent être douces, avoir une texture souple et humide. Comme elles ne possèdent pas de glandes sudoripares ou sébacées, il est important que les lèvres soient régulièrement humectées.

Les joues forment la base du visage, elles désignent communément la partie du visage qui recouvre la cavité buccale, fermée par les mâchoires.

²⁶⁸ Circonscription du Port 1, Sciences – Technologie. *Le tube digestif du corps humain, la cavité buccale*. [en ligne]. 2009. Adresse URL : http://pedagogie1.acreunion.fr/circons/port1/site_web/fonctionnutrition/tubedigestif.htm.

²⁶⁹ Circonscription du Port 1, Sciences – Technologie. *Le tube digestif du corps humain, le pharynx*. [en ligne]. 2009. Adresse URL : http://pedagogie1.acreunion.fr/circons/port1/site_web/fonctionnutrition/tubedigestif.htm.

Les lèvres et les joues contribuent à garder la nourriture entre les dents pendant la mastication. Elles jouent aussi un rôle important dans la phonétique articulaire et l'expression faciale.

Le palais

Le palais est une cloison qui sépare les fosses nasales de la cavité buccale. Le palais se trouve sur la partie supérieure de la cavité buccale et se divise en deux parties : Le palais osseux constitue une surface rigide rosée contre laquelle la langue peut écraser la nourriture pendant la mastication. Le palais mou est un repli mobile composé surtout de muscles squelettiques. A son extrémité postérieure, pend la luette. Il est mobile grâce à ces muscles, notamment lors de la déglutition afin d'empêcher un reflux d'aliments vers les choanes (orifice postérieur des fosses nasales, faisant communiquer le nez et la gorge).

Dans les deux tiers antérieurs, le palais est dur car osseux, alors que dans le tiers postérieur il est dit mou car constitué de muscles.

La langue

La langue est un organe de forme ovale situé dans la cavité buccale qui sert à la mastication. La langue malaxe la nourriture et la mélange avec la salive qui la transforme en bol alimentaire. À la déglutition, la langue propulse le bol alimentaire en arrière dans le pharynx en direction de l'œsophage. Elle permet la phonation et la gustation. C'est un organe très vascularisé. Au point de vue de sa structure, la langue est un corps musculaire, recouvert d'un revêtement muqueux.

La langue possède des muscles intrinsèques et extrinsèques. Les muscles intrinsèques permettent à la langue de changer de forme mais non de position et les muscles extrinsèques permettent de modifier la position de la langue, de la tirer, de la rentrer ainsi que de la déplacer latéralement. En dessous de la langue, c'est-à-dire au milieu de sa face inférieure, le frein de la langue permet de maintenir celle-ci contre le plancher de la bouche et limite ainsi son mouvement vers l'arrière.

A la surface de la langue se trouve une multitude de papilles. Les papilles filiformes ou coniques qui ont, comme son nom l'indique, une forme de cônes permettant à la surface de la langue d'être légèrement âpre, elles permettent le déplacement des aliments dans la bouche et de lécher des aliments semi-solides. Les papilles fongiformes (en forme de champignon) qui sont disséminées sur la majeure partie de la langue. Les papilles caliciformes qui sont les plus volumineuses et qui sont au nombre de douze situées à l'arrière de la langue formant le V lingual, ces papilles ont une capacité gustative.

La salive

Les glandes salivaires

Les glandes salivaires sont à l'origine de la fabrication et de la sécrétion de la salive, un liquide semi-visqueux clair et alcalin qui baigne dans la bouche. La salive a pour rôle d'humidifier les muqueuses du système digestif supérieur, elle possède également un rôle antiseptique. Elle participe aux premières étapes de la digestion des aliments en humidifiant la nourriture absorbée et en aidant à compacter en bol alimentaire, elle facilite alors la progression des aliments du pharynx à l'œsophage, jusqu'à l'estomac.

Les trois principales paires de glandes sont :

- Les glandes parotides qui sont situées de chaque côté du visage, devant l'oreille. Ce sont les glandes les plus volumineuses.
- Les glandes submandibulaires qui se localisent dans la fosse sous-mandibulaire.
- Les glandes sublinguales qui sont situées devant la glande submandibulaire, sous la langue. Ce sont les glandes les plus petites. Ce sont-elles qui déversent la salive dans la bouche.

Composition de la salive

La salive est un mélange de mucus et de liquide séreux. Elle est constituée principalement d'eau (97 à 99,5 %). " La salive est en général légèrement acide (pH de 6,75 à 7,00), mais son pH est variable. Ses solutés sont constitués d'électrolytes à 30% (ions sodium, potassium, chlorure, phosphate et bicarbonate), de substances organiques (l'amylase salivaire, qui est une enzyme digestive ; la mucine²⁷⁰, le lysozyme²⁷¹ et les IgA, qui sont des protéines), ainsi que des déchets métaboliques (urée et acide urique)²⁷² ".

La salive contribue à l'équilibre et assure la protection de la cavité buccale contre les microorganismes.

²⁷⁰ La mucine est une glycoprotéine qui assure une fonction de protection et de lubrification des voies aériennes et digestives principalement.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

²⁷¹ Le lysozyme est une enzyme bactériostatique qui inhibe la croissance bactérienne dans la bouche et contribue à la prévention des caries.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915

²⁷² MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

Ses propriétés antibactériennes modèrent la propagation des bactéries et éliminent les organismes indésirables. Les anticorps IgA, les lysozymes, un composé cyanuré ainsi que les défensines²⁷³ assurent la protection.

La salive participe activement à l'équilibre et à la protection de la cavité bucco-dentaire. Ses propriétés antibactériennes limitent la prolifération des bactéries et éliminent les micro-organismes indésirables.

Régulation de la salivation

La salive est sécrétée en permanence pour maintenir l'humidité de la bouche, mais la prise de nourriture stimule la sécrétion d'une plus grande quantité. La sécrétion peut-être aussi accrue par le fait de sentir, de voir, de penser à des aliments que nous aimons et qui nous font plaisir. En dehors des repas, la salive est continuellement sécrétée et déglutie.

La régulation de la sécrétion salivaire est essentiellement nerveuse, elle est en grande partie contrôlée par le système parasympathique du système nerveux autonome. " Lorsque nous ingérons de la nourriture, les chimiorécepteurs et les barorécepteurs de la bouche envoient des signaux aux noyaux salivaires – noyau supérieur pour les glandes submandibulaires et sublinguales, noyau inférieur pour les glandes parotides – du tronc cérébral (pont et bulbe rachidien)²⁷⁴ ".

La production de salive est en moyenne de 1 à 1,5 L par jour.

Les dents

Les dents sont considérées comme des organes digestifs secondaires. Elles sont dures, minéralisées, de couleur blanchâtre et sont implantées au niveau de la cavité buccale, plus précisément sur le bord alvéolaire des maxillaires.

Les dents possèdent plusieurs rôles :

- Alimentation : La mastication est possible grâce au mouvement du maxillaire

²⁷³ Les défensines sont un puissant mélange de protéines à caractère antibiotique. En plus, les défensines agissent comme des cytokines et attirent les cellules de défense de l'organisme dans la bouche en cas d'agression.

MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 674.

²⁷⁴ MARIEB, N. Elaine. Anatomie et physiologie humaines. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 915.

inférieur vers le maxillaire supérieur. Les deux rangées de dents alors se rejoignent, elles peuvent donc sectionner, lacérer et broyer de la nourriture.

- Phonation : Les dents facilitent la prononciation des sons en collaboration avec la langue et les lèvres.
- Esthétique : Elles jouent également un rôle important dans l'esthétique du visage, elles contribuent au sourire. Les dents soutiennent les tissus mous, que sont les lèvres et les joues.

Dentition

Chez l'homme, deux dentitions se succèdent. Il existe les dents déciduales, qu'on appelle communément les dents temporaires ou les dents de lait. Elles commencent à pousser vers l'âge de six mois environ, puis tombent vers six ans laissant place aux dents dites définitives ou permanentes. Les adultes possèdent normalement trente-deux dents.

On distingue quatre variétés de dents, celles-ci sont classées selon leur forme et leur fonction :

- Les incisives, qui sont au nombre de huit, ont pour rôle de couper et de pincer les aliments. Ce sont les dents du sourire.
- Les canines, qui sont au nombre de quatre, servent à déchirer et à transpercer les aliments. Elles sont de forme conique.
- Les prémolaires, qui sont au nombre de huit, aident à broyer, à écraser les aliments.
- Les molaires, qui sont au nombre de huit à douze (selon si les dents de sagesse sont formées ou pas) sont les dents les plus solides et servent à la mastication et à broyer les aliments.

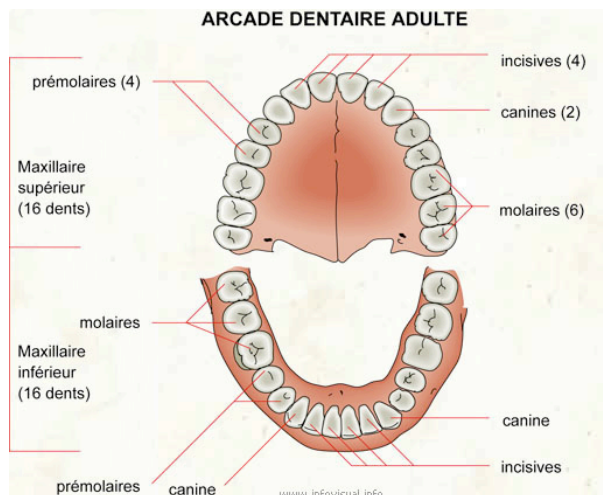


Figure 3 : Arcade dentaire²⁷⁵

²⁷⁵ DERY, Bernard. *Le dictionnaire visuel*. Arcade dentaire adulte. 2005-2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.infovisual.info/03/035_fr.html.

Structure des dents

Les dents sont constituées de trois parties : la racine, la couronne et le collet.

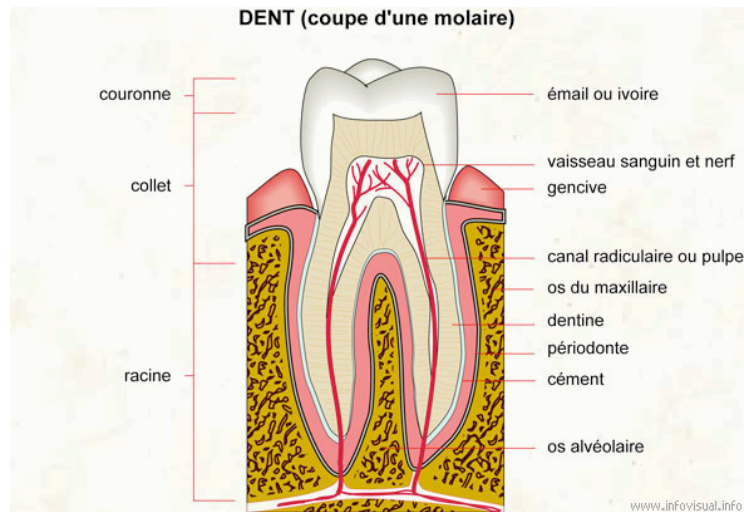


Figure 4 : Coupe transversale d'une dent²⁷⁶

La couronne est la partie visible de la dent, elle dépasse hors de la gencive. Cette zone est recouverte par une substance très dure, l'émail. L'émail est la substance la plus dure de l'organisme, la plus minéralisée et la plus résistante. Elle permet donc de mordre, de déchirer et d'écraser la nourriture. En dessous, se trouve la dentine qui est un tissu sensible, moins dur que l'émail et qui possède une structure poreuse. La carie de la dentine est confirmée par la douleur.

Le collet sépare la couronne de la racine de la dent.

La racine est la partie de la dent implantée dans la gencive, plus précisément dans le maxillaire. Une dent peut avoir une ou plusieurs racines. Contrairement à la couronne, la racine n'est pas protégée par l'émail, mais par le cément²⁷⁷, beaucoup plus fin.

Enfin la pulpe, un tissu mou, constituée de vaisseaux sanguins et de nerfs, est la partie vivante (et sensible) de la dent, elle communique avec le reste de l'organisme par un orifice : le foramen apical.

²⁷⁶ DERY, Bernard. *Le dictionnaire visuel*. Dent. 2005-2009. [en ligne]. Adresse URL : http://www.infovisual.info/03/034_fr.html.

²⁷⁷ Tissu conjonctif calcifié qui fixe la dent au ligament alvéolo-dentaire.

MARIEB, N. Elaine. *Anatomie et physiologie humaines*. Adaptation de la 6^{ème} édition américaine. Canada, Ed. Pearson Education. 2005, p. 917.

Les prothèses dentaires

La prothèse dentaire est un appareillage destiné à remplacer les dents manquantes par un ensemble de dents artificielles, afin de resituer une fonction masticatrice, une phonation adéquate et de redonner de l'esthétisme à la bouche.

Il existe quatre types de prothèses. Les quatre sont présentés ci-dessous.

La prothèse fixe

Il existe deux types de prothèse fixe, les couronnes ou les bridges (pont).

La couronne est donc " la prothèse fixe qui remplace la couronne dentaire naturelle défectueuse²⁷⁸ ". Avant de fixer la couronne la dent doit être taillée. Celle-ci peut-être composée de différents alliages comme l'or, de la porcelaine, du chrome-cobalt ou du nickel-chrome.



Figure 6 : Une couronne²⁷⁹

" Un bridge permet de remplacer une dent absente, en s'appuyant sur les dents adjacentes (une de chaque côté)²⁸⁰ ". Les deux dents adjacentes devront être taillées pour permettre de positionner le bridge.

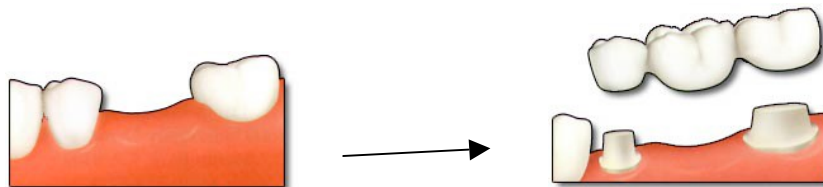


Figure 7 : Pont ou bridge²⁸¹

²⁷⁸ SSO. *Société Suisse d'Onto-Stomatologie*. Méthodes de traitement. Couronnes et ponts. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.divorner.ch/sso/methodes/p-fixe.htm>.

²⁷⁹ Studio dentaire. Information dentaire et photographies du monde. Couronne dentaire. 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.studiodentaire.com/traitements/fr/couronnes.php>.

²⁸⁰ Dr. GERMANIER, Philippe [et al.]. *Centre dentaire de St-François. Lausanne*. Prothèse fixe. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.centre-dentaire-lausanne.ch/index2.php?rubID=5&rubPID=24>.

²⁸¹ BORN, Frédéric. Médecin-dentiste. Restaurations dentaires fixes (couronnes et ponts). [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/restaurations_dentaires_fixes_couronnes_et_ponts.html.

La prothèse partielle amovible

" On parle de prothèse partielle lorsque l'appareil remplace une ou plusieurs dents en étant stabilisé par les dents restantes. Des crochets métalliques ou d'autres systèmes d'attachement permettent une bonne rétention²⁸² ".

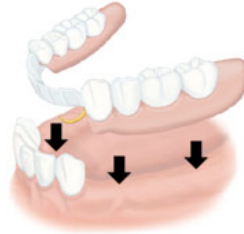


Figure 8 : La prothèse partielle amovible²⁸³

La prothèse complète ou dentier

« On parle de prothèse totale lorsque aucune dent ne reste. L'appareil n'a donc aucun crochet et la rétention est assurée par effet ventouse²⁸⁴ ».

La prothèse complète est simplement déposée sur les gencives et masque la perte des dents.



Figure 9 : La prothèse complète²⁸⁵

²⁸² BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Prothèses dentaires amovibles. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/protheses_dentaires_amovibles.html.

²⁸³ Astra Tech. Que peut-on utiliser à la place des implants ? 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.astratechdental.ch/Main.aspx/Item/453668/navt/67719/navl/68019/nava/68013>.

²⁸⁴ BORN, Frédéric. *Médecin-dentiste SSO Lausanne*. Prothèses dentaires amovibles. [en ligne]. Adresse URL : http://www.dents-blanches.ch/protheses_dentaires_amovibles.html.

²⁸⁵ DR. CHAUSSE, Serge. Centre dentaire virtuel. Endentement total. 2008. [en ligne] Adresse URL : <http://www.dentiste.com/implantdentaire1.htm>.

L'implant dentaire

" Un implant est la plupart du temps une vis, en général en titane, qu'une intervention chirurgicale permet d'insérer dans l'os maxillaire où elle remplace la racine de la dent manquante. Une prothèse dentaire est ensuite fixée sur ce pilier artificiel²⁸⁶ ".



Figure 10 : Implants dentaires²⁸⁷

Les prothèses dentaires qu'elles soient fixes ou amovibles font partie intégrante du quotidien d'une personne âgée. " En moyenne, la moitié des personnes âgées de 35 à 44 ans ont déjà perdu une ou plusieurs dents; chez un tiers des personnes de 65 à 74 ans, il manque déjà 10 dents ou plus²⁸⁸ ". Il arrive qu'après une perte de poids importante (plus de cinq kilos en un mois) les prothèses ne soient plus adaptées au client. Si une mesure n'est pas prise de suite, il va manger moins bien, ce qui provoquera une dénutrition à plus ou moins long terme.

" Une inflammation des tissus de la bouche peut se produire soit par des médicaments, par une mauvaise hygiène ou par une irritation prolongée due à une prothèse mal ajustée²⁸⁹ ".

²⁸⁶ *Fondation Implants Suisse*. Implants dentaires. Informations destinées aux patientes et aux patients. Avril 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.fondationimplants.ch/pdf/zahnbroesch_fz.pdf.

²⁸⁷ Adent cliniques Dentaires. Les implants. 2000. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.adent.ch/ImplantsFR.html>.

²⁸⁸ *Fondation Implants Suisse*. Implants dentaires. Informations destinées aux patientes et aux patients. Avril 2008. [en ligne]. Adresse URL : http://www.fondationimplants.ch/pdf/zahnbroesch_fz.pdf.

²⁸⁹ MACREZ Annick, CHOUAID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

Les prothèses étant chères²⁹⁰, les infirmières doivent être attentives à ne pas les perdre ou les jeter par inadvertance. " Le marquage d'identification des prothèses est conseillé dans les services de long séjour²⁹¹ ".

²⁹⁰ Le coût d'une prothèse dentaire peut être entre 6000 et 10 000 Fr.

Nejad, Frédéric. *Soins hospitaliers*. Le CHUV perd son dentier. novembre 2008. [en ligne]. Adresse URL : <http://www.20min.ch/ro/news/vaud/story/30674038>.

²⁹¹ MACREZ Annick, CHOUID Christos, COSQUER Mireille [et al.]. Le soin de bouche. *Assistance publique, hôpitaux de Paris* [en ligne]. janvier 1997. Adresse URL : http://www.infirmiere.ap-hp.fr/documents/document_39.pdf.

Annexe 3. Protocole concernant le soin de bouche selon le GUTS

J- SOINS DE BOUCHE²⁹²

DEFINITION

Action qui consiste à nettoyer la cavité buccale chez un bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même.

BUTS

- Maintenir une bonne hygiène buccale et assurer le confort
- Contrôler et stimuler la capacité fonctionnelle de la cavité buccale
- Prévenir les infections et/ou autres complications.

INDICATIONS

Bénéficiaire de soins ne pouvant effectuer ce soin lui-même

- Désorienté
- Comateux
- Affaibli
- Intubé.

Bénéficiaire de soins nécessitant une surveillance particulière et/ou un complément de thérapie. Lors de :

- Port de sonde naso-gastrique
- Chimio et/ou radiothérapie
- Immuno-dépression
- Carence hydrique et/ou nutritionnelle
- Traitement médicamenteux provoquant des sécheresses de la bouche
- Problèmes de déglutition
- Pathologies de la cavité buccale (stomatite : mycoses, aphtes...)
- Inhalation à base de corticoïdes (risque de mycoses)
- Traumatisme de la face et/ou chirurgie maxillo-faciale.

FREQUENCE

- Au moins 3x/jour, après chaque repas
- Plus fréquemment, si nécessaire
- Avant le prélèvement d'expectorations (cytologie).

²⁹² GIRAD R., MONNET D., ABRY J.-F., guide technique d'hygiène hospitalière, - Ed. Fondation Marcel Mérieux, - 1993

Groupe Unification des techniques de soins, Hôpitaux de stages, U.H.H. de l'ICHV et EVSI – novembre 2001.

TECHNIQUE DU SOINS DE BOUCHE**MATERIEL**

- protection (linge du haut)
- solution alcoolique pour les mains
- gants
- boîte à prothèses dentaires

- tampons ou bâtonnets montés
- pince de Kocher
- solution buccale nettoyante, type Dentinette
- verre à dents

- abaisse-langue
- bassin réniforme
- sac à déchets
- brosse à dents (dentifrice)

- solution traitante

- salive artificielle (type Glandosane®)
- pommade grasse

TECHNIQUE

- informer le bénéficiaire de soins, demander sa collaboration, l'installer dans une position adaptée (assise ou semi-assise si possible)
- disposer le linge sous le menton
- se désinfecter les mains
- mettre les gants
- retirer les prothèses dentaires si nécessaire (cf. soins des dents chap. J 1)
- fixer le tampon à la pince (le métal ne doit pas être en contact avec la cavité buccale)
- humidifier le tampon dans la solution buccale nettoyante
- nettoyer successivement : les gencives, la face interne des joues, le palais, terminer par la langue
- s'aider de l'abaisse-langue, si nécessaire
- changer fréquemment de tampons
- brosser les dents sur toutes les faces, de la gencive vers la pointe
- rincer avec des tampons
- observer l'état de la cavité buccale si nécessaire :
 - appliquer la solution traitante
 - replacer les prothèses nettoyées
 - appliquer la salive artificielle
 - enduire éventuellement les lèvres d'une pommade grasse
- réinstaller le bénéficiaire de soins
- laver et sécher le matériel réutilisable.

J1- SOINS DES DENTS ET DES PROTHESES DENTAIRES

DEFINITION

Action qui consiste à nettoyer les dents et/ou les prothèses dentaires.

BUTS

- Maintenir l'hygiène des dents
- Eliminer les résidus alimentaires
- Prévenir l'apparition de la plaque dentaire et les infections des muqueuses.

FREQUENCE

Après chaque repas et avant le coucher.

TECHNIQUE DES SOINS DENTAIRES

MATERIEL

- protection (linge du haut)
- solution alcoolique pour les mains
- gants
- brosse à dents
- verre à dents
- dentifrice
- bassin réniforme
- éventuellement paille

TECHNIQUE

- informer le bénéficiaire de soins et l'installer dans une position confortable
- disposer le linge sous le menton
- se désinfecter les mains
- mettre les gants
- brosser les dents sur toutes les faces, de la gencive vers la pointe
- faire rincer la bouche en maintenant le bassin réniforme sous le menton. Si le bénéficiaire de soins est en décubitus latéral : utiliser une paille
- réinstaller le bénéficiaire de soins
- laver, rincer et sécher le matériel réutilisable.

N.B. :

Si le bénéficiaire de soins est sous anti-coagulant thérapeutique ou est immunodéprimé :

- Choisir une brosse à dents souple
- Procéder avec douceur.

TECHNIQUE DES SOINS DE PROTHESES**MATERIEL**

- protection (linge du haut)
- solution alcoolique pour les mains
- gants
- brosse à dents
- verre à dents
- dentifrice
- bassin réniforme plastique
- pate ou poudre adhésive
- boite à prothèses

TECHNIQUE

- informer le bénéficiaire de soins et l'installer dans une position confortable
- disposer le linge sous le menton
- se désinfecter les mains
- mettre les gants
- demander au bénéficiaire de soins de déposer ses prothèses dans le récipient prévu à cet effet et portant son nom
- lui donner le nécessaire pour rincer la bouche
- laver les prothèses à l'eau courante, les brosser, les rincer dans un bassin réniforme plastique
- si nécessaire, appliquer l'apte ou la poudre adhésive
- mettre en place les prothèses (la prothèse supérieure d'abord)
- réinstaller le bénéficiaire de soins
- laver, rincer et sécher le matériel réutilisable.

N.B. :

Si le bénéficiaire de soins enlève ses prothèses dentaires la nuit :

- les tremper dans de l'eau et utiliser les comprimés prévus à cet effet, ne pas utiliser de dentinette !
- lui demander de déposer les prothèses dans le récipient prévu à cet effet (portant le nom du bénéficiaire de soins),
- lui donner le nécessaire pour se rincer la bouche.

Pour les enfants porteurs d'appareil orthodontique :

- Laver des dents et de l'appareil rigoureux.

Annexe 4. Référentiel de compétences de la filière en soins infirmiers

La progression des neuf compétences pour atteindre le niveau expertise, décliné ci-dessous, s'effectue durant les trois années Bachelor.

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins.

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance...etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires.

L'étudiant-e :

Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

Réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes dans la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins.

Organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites.

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé.

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et à de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle.

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement.

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement.

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle.

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats.

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserver quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession.

Annexe 5. Standards de soins

Standard 1 : Les soins²⁹³

L'infirmière :

1. établit avec le patient/client, ses proches, ainsi qu'avec l'équipe une relation qui favorise l'échange d'informations et la participation de tous aux étapes de processus de soins,
2. s'assure que le patient/client et ses proches reçoivent l'information et l'enseignement nécessaire en ce qui concerne la promotion de la santé, la maladie dont souffre le patient, les soins et les traitements dont il a besoin et les mesures prophylactiques,
3. établit une documentation écrite du début à la fin de l'intervention de soins,
4. identifie systématiquement les besoins et les ressources du patient/client, au début de l'intervention de soins (anamnèse de soins). Ces données sont continuellement réévaluées et complétées dans le plan de soins,
5. élabore des objectifs de soins avec le patient/client, ses proches, l'équipe, à partir des données recueillies et en tenant compte d'un projet thérapeutique global. Ces objectifs sont réalistes et mesurables,
6. décide d'actions de soins, avec le client/patient, ses proches, l'équipe, en fonction des objectifs de soin, des prescriptions thérapeutiques, des facteurs bio-psycho-sociaux et de l'environnement de la personne,
7. intervient de manière créative, efficace et économe, avec confort et la sécurité du patient/client comme priorité,
8. s'assure que les observations qui renseignent les membres de l'équipe sur l'état de patient/client et le résultat des interventions de soins sont correctement transmises,
9. évalue avec le patient/client, ses proches et l'équipe la réalisation des objectifs de soins et modifie le plan de soins en conséquence,
10. remet un résumé écrit des documents et des soins à donner à la personne responsable d'assurer la continuité des soins lorsque le patient/client est transféré,
11. s'assure que le patient/client reçoit à sa sortie les documents dont il a besoin pour ses soins,

²⁹³ ASI-SBK. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Standards de soins*. Berne, 1998. p. 10-14.

12. évalue régulièrement la qualité des soins donnés et réajuste ses actions,
13. s'inspire de résultats de travaux de recherche, ou réalise elle-même des investigations pour améliorer la qualité de ses prestations.

Standard 2 : Organisation des soins infirmiers

La responsable du service des soins infirmiers :

1. est qualifié et formée pour ce poste. Ses tâches, responsabilités et compétences sont définies par écrit,
2. représente son département face aux autres services. Elle participe à l'élaboration et à la réalisation des objectifs du service de santé,
3. élabore une philosophie et des objectifs pour les services des soins infirmiers, en harmonie avec les buts généraux et les règlements de l'institution ou du service de santé,
4. définit par écrit le niveau de qualité recherché pour les soins infirmiers, évaluer systématiquement la qualité des soins donnés et réajuste ses actions,
5. évalue les ressources dont elle a besoin et s'assure d'une dotation en personnel suffisante pour respecter les normes de qualité établies et encadrer des élèves dans les lieux de formation,
6. définit les tâches, les responsabilités et les compétences de tout le personnel soignant. En accord avec les prescriptions du service de santé, elle règle la manière de procéder en ce qui concerne l'engagement, l'évaluation et le licenciement du personnel soignant,
7. s'assure que les informations qui affectent les soins (prescriptions générales, décisions de politique interne u externe, résultats de recherches en soins infirmiers, découvertes scientifiquement et médicales) sont accessibles à tout le personnel soignant.

Standard 3 : La formation continue et complémentaire du personnel infirmier

L'infirmière:

1. connaît ses droits et ses obligations concernant la formation continue et complémentaire,
2. formule un projet en matière de formation et négocie sa réalisation avec les responsables du service de santé dont elle dépend.

L'infirmière responsable du service des soins infirmiers :

3. définit dans le cadre des prescriptions du service les droits et les obligations de chaque soignant concernant sa formation continue ou permanente,
4. dispose d'un budget pour la formation continue et complémentaire de son personnel,
5. organise des possibilités de formation interne au moins en ce qui concerne la qualité des soins et le respect des prescriptions du service de santé,
6. porte la responsabilité d'évaluer régulièrement les programmes de formation interne,
7. définit les compétences et les qualifications de la responsable de la formation interne,
8. favorise la participation de tous les soignants à la formation continue et complémentaire externe ou interne.
9. encourage la participation de tous les soignants à des manifestations importantes pour le développement des soins infirmiers,
10. encourage la réalisation de projets de recherche visant à augmenter les connaissances en matière de pratique des soins.

Annexe 6. Caractéristiques de divers niveaux de qualité des soins

11.1.

Domaines	Niveaux	3 Soins optimaux Collaboration du malade	2 Soins adaptés Adaptés au malade	1 Soins sûrs (minimaux) Soins de routine	0 Soins dangereux Nuisibles au malade
Soins de base		Le malade participe activement aux soins et à sa rééducation. Sa famille est incluse dans cette éducation à la santé.	La malade reçoit des soins adaptés à ses besoins.	Le malade reçoit les soins essentiels. Il n'en subit aucun dommage.	Le malade subit des dommages physiques (escarres de décubitus, contractures, accidents, etc.) son aspect extérieur est négligé
Soins thérapeutiques		Le malade comprend le sens et le but de son traitement ; il donne son accord et collabore. Il est préparé à poursuivre son traitement seul ou avec l'aide de son entourage.	Le malade est informé de son traitement pendant et après ce dernier. Il reçoit le soutien et la surveillance nécessaires. Les soins sont individualisés.	Le malade reçoit des soins corrects mais essentiellement dictés par la routine de l'hôpital. Il n'en subit aucun dommage.	La malade reçoit un traitement comportant des lacunes et des erreurs et souffre de complications évitables.
Prise en considération des besoins d'ordre psychique et social		Le malade tire une expérience utile de son séjour à l'hôpital. Il a acquis un mode de vie adapté à son état, et lui permettant de se maintenir en santé ou de se préparer à la mort.	Grace à un climat de confiance, le malade peut exprimer ses besoins ; il se sent compris et accepté. Il y a la possibilité de garder des contacts avec l'extérieur de l'hôpital.	Le malade doit se conformer en tout aux règlements de l'hôpital. Il n'est pas secouru dans ses préoccupations concernant la vie et la mort.	Le malade est traumatisé psychiquement : angoisse, régression ; réactions au stress, à l'isolement.
Communication		Le malade reçoit des conseils adéquats lui permettant de progresser grâce à une relation thérapeutique avec le personnel soignant.	Le malade bénéficie de relations interpersonnelles authentiques, favorisant le dialogue et l'échange d'opinions.	La malade reçoit des informations stéréotypées régies par la routine de l'hôpital	Le malade ne reçoit pas d'information et n'a pas la possibilité de faire entendre son opinion.
Planification des soins et transmission des informations		La malade (et sa famille) participe à la planification de son traitement et de ses soins. La collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital.	Un plan de soins, modifié selon les besoins, est à disposition. L'équipe soignante a des colloques réguliers.	La transmission des informations est assurée au moyen de rapports précis.	La transmission des informations est insuffisante.

Annexe 7. Grille d'évaluation de la cavité buccale

	Méthode de mesure	Evaluation			Score + dates / initiales			
		1	2	3				
Voix	Parler avec le patient et l'écouter	Normale	Rauque et sèche	Difficulté à parler				
Lèvres	Observer, toucher	Roses et humides	Sèches et fissurées	Ulcérées, avec saignements				
Dents	Observer	Propres et sans débris	Plaque(s) et débris localisés ou prothèse sale	Plaque(s) et débris généralisés, douleurs. Prothèse sale et abîmée				
Gencives	Observer	Roses, fermes et humides	Rougeur(s), oedèmes, dépôts blanchâtres	Saignements, dépôts blanchâtres épais				
Langue	Observer	Rose et humide. Présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée	Rougeurs, fissures, boursouffures, coloration noire				
Salive	Observer	Aqueuse, transparente	Visqueuse, épaisse	Absente, bouche sèche				
Muqueuses	Observer	Roses et humides	Rougeurs, inflammations, dépôts, cloques, pas d'ulcération	Ulcérations avec ou sans saignements, douleurs				
Déglutition	Demander au patient d'avaler sa salive et observer	Normale	Difficulté à déglutir, douleurs	Incapacité à déglutir et à s'alimenter				
Goût	Demander au patient	Normal	Altération du goût	Goût métallique				
Odeur	Demander au patient de souffler par la bouche et sentir	Pas d'odeur ou odeur non inconfortable	Odeur franche ou modérément inconfortable	Odeur fortement à extrêmement inconfortable				
Hygiène prothèse	Demander au patient de l'enlever, observer	Propre, sans débris	Plaque et débris	Plaque et débris				
Rétention prothèse	Observer, toucher	Muqueuse rose Prothèse tient	Pas d'ulcération en bouche Prothèse instable	Ulcération, douleurs Prothèse tombe				
				Score total				

Grille d'évaluation de l'état buccalAdaptée de « Oral assessment guide » selon Eilers⁽³⁾ et Nachnani⁽⁴⁾

Annexe 8. Grille d'entretien

Hypothèse 1	Objectifs	Questions	Relance	Cadre théorique
Les soins de bouche non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière	1.1 Identifier si les soins bucco-dentaires non thérapeutiques appartiennent au rôle propre et au rôle délégué de l'infirmière	<p>Comment exercez-vous votre rôle propre d'infirmière dans la pratique des soins bucco-dentaires non thérapeutiques ?</p> <p>Est-ce un soin que vous effectuez vous-même ?</p> <p>Sous quelles conditions délégueriez-vous le soin ?</p>	<p>De quelle manière utilisez-vous les diagnostics infirmier dans votre offre en soins</p> <p>Si confort → technique Si technique → bienfait</p> <p>Quel critère utilisez-vous pour évaluer le soin bucco-dentaire ? A quelle fréquence réalisez-vous ce soin durant votre temps de travail ? Quelles sont les modalités de supervision ?</p>	<p>Rôle infirmier Rôle autonome + délégué Processus de soins infirmiers Diagnostics infirmiers</p> <p>Histoire des soins Soins d'hygiène Théorie de soins : D. Orem Soins palliatifs</p>
	1.2 Identifier la spécificité des transmissions orales et écrites sur les soins de bouche	<p>Lors des transmissions orales et écrites sous quelle forme et selon quel critère les soins de bouche sont-ils notifiés?</p>	<p>Si non, quelle explication donnez-vous ? Si oui dans quel contexte</p>	<p>Transmissions ciblée</p>

Hypothèses 2	Objectifs	Questions	Relance	Cadre théorique
<p>Le ressenti de l'infirmière face au soin de bouche influencerait la pratique quotidienne du soin.</p>	<p>2.1 Identifier quelles sont les représentations personnelles liées au soignant qui peuvent entraver la pratique du soin de bouche</p> <p>2.2 Vérifier si la non-collaboration du patient influence la pratique du soin</p>	<p>Quelles sont les émotions, les sentiments que vous ressentez lors de la réalisation d'un soin de bouche ?</p> <p>Estimez-vous que c'est un soin facile à réaliser ? Quels sont les obstacles majeurs qui interfèrent dans la pratique du soin de bouche ?</p> <p>Est-ce un soin que le client accepte spontanément ?</p> <p>Si un client refuse le soin, qu'elle est votre attitude et votre ressenti ?</p>	<p>Oui / non /pourquoi</p> <p>Technique, intrusion etc.</p>	<p>Le ressenti</p> <p>Relation soigné/soignant Liberté individuelle ?</p> <p>Respect /Dignité → sens du soin</p>

Annexe 9. Lettre de consentement éclairé**TRAVAIL DE BACHELOR SUR
LES SOINS BUCCODENTAIRES EN MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS**

**Mené par Baudin Marie-Noëlle étudiante à la HES-SO//Valais Wallis
Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis**

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes²⁹⁴ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin février 2010.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date:

Signature :

Contacts :

Baudin Marie-Noëlle, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 027/ 306.55.92
Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

²⁹⁴ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Annexe 10. Lettre d'information destinée aux personnes participant à l'étude**TRAVAIL DE BACHELOR SUR
LES SOINS BUCCODENTAIRES EN MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS****Réalisé par Baudin Marie-Noëlle, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis****Information destinée aux personnes participant à l'étude**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais Wallis j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre les obstacles et les conditions au développement des soins bucco-dentaires de qualité dans un service de médecine et soins palliatifs. Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Afin d'obtenir les informations nécessaires à la réussite de mon travail, j'ai besoin d'interviewer 8 infirmiers/ères travaillant dans le milieu médecine et soins palliatifs..

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin février 2010.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre le développement des soins buccodentaires.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Baudin Marie-Noëlle, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis.

Adresse : Rue du Lavetan 9, 1912 Leytron

E-mail : romano.baudin@netplus.ch

Numéro de téléphone : 027/ 306.55.92

Coquoz Emmanuelle, directrice du Travail de Bachelor à la HES-SO/Valais Wallis