



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées

La brosse à dent, une véritable baguette magique.



Formateur référent mémoire : DAUCE Patricia

SASSUS-BOURDA Youenn
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 2/04/2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : La collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 25 mars 2022

Identité et signature de l'étudiant : Youenn Sassus-Bourda

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail qui est l'aboutissement de mes trois années de formation en soins infirmiers, je tiens à exprimer ma gratitude et mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation.

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Dauce, ma directrice de mémoire, pour son aide, ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je voudrais également remercier M. Mercier et M. Courselaud, mes référents pédagogiques, pour m'avoir accompagné durant ces trois années d'école.

Je présente mes sincères remerciements à tous les enseignants de l'institut de formation, aux intervenants ainsi qu'à tous les infirmier(e)s que j'ai rencontrés durant mes stages.

Merci à tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce travail de fin d'étude, et plus particulièrement à l'infirmière et l'aide-soignante que j'ai interrogées.

Je remercie également mes collègues, devenus amis, pour nos groupes de travaux et le soutien apporté.

A mes parents, Catherine et Christophe, de m'avoir supporté durant cette formation et m'avoir apporté un soutien psychologique et financier.

Merci à mon frère, Jordy, pour la relecture et la correction de ce travail.

“La dent est la seule partie du corps humain qui ne peut pas se réparer elle-même, prenez-en soin.”

Dr. Etoubleau, chirurgien-dentiste

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| Situations d'appel pour aller vers la question de départ | 3 |
| 1. Situations d'appel | 3 |
| 2. Questionnements et cheminement vers la question de départ | 4 |
| Le cadre conceptuel | 5 |
| 1. L'hygiène bucco-dentaire | 5 |
| 1.1 Définition et épidémiologie | 5 |
| 1.2 Pourquoi est-elle si importante ? | 6 |
| 2. L'hygiène buccodentaire chez la personne âgée | 7 |
| 2.1 Pourquoi est-elle si précaire ? | 7 |
| 2.1.1 Un peu de physiopathologie | 7 |
| 2.1.2 Des habitudes de vie différentes des générations actuelles | 8 |
| 2.2 Une qualité de vie impactée à plusieurs niveaux | 9 |
| 2.2.1 Hygiène, dénutrition et santé physique | 10 |
| 2.2.2 Des conséquences psychologiques... | 11 |
| 2.2.3 ... et sociales | 12 |
| 3. La prise en charge de l'hygiène buccale en EHPAD | 12 |
| 3.1 Les freins de cette prise en charge | 13 |
| 3.1.1 Des professionnels en difficulté | 13 |
| 3.1.2 Un coût non négligeable | 14 |
| 3.1.3 Des solutions apportées | 14 |
| 3.1.4 L'intégration de l'hygiène buccale au projet de vie du résident | 15 |
| 3.2 Le rôle des professionnels dans cette prise en charge | 16 |
| 3.2.1 Le rôle de l'aide-soignant | 16 |
| 3.2.2 Le rôle de l'infirmier | 16 |
| 4. La collaboration entre infirmier et aide-soignant | 17 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1 Définition et législation | 17 |
| 4.2 Comment collaborer ? | 18 |
| Dispositif méthodologique | 20 |
| 1. Présentation du dispositif | 20 |
| 1.1 Lieux, professionnels et modalités | 20 |
| 2. Méthode de traitement des données | 20 |
| 3. L'organisation, les points forts et les difficultés | 21 |
| 4. Objectifs du guide d'entretien | 21 |
| Analyse descriptive des entretiens | 21 |
| 1. Ce qui freine la prise en charge | 21 |
| 2. L'impact sur la qualité de vie | 23 |
| 3. L'apport formatif des professionnels de santé et leur implication | 24 |
| 4. La collaboration et l'individualité au travers des actions | 25 |
| 5. Les caractéristiques de la collaboration infirmière et aide-soignante | 27 |
| Discussion | 29 |
| 1. L'hygiène buccodentaire, une préoccupation croissante | 29 |
| 2. Une collaboration vécue comme indispensable | 31 |
| 3. Caractéristiques de la collaboration, zones communes et individuelles | 32 |
| 4. Les effets de la collaboration sur la qualité de vie | 33 |
| 5. Problématisation | 34 |
| Conclusion | 35 |

Bibliographie

Sitographie

Annexes

Introduction

Les dents ; bien que la mastication soit leur fonction principale, elles cachent de nombreuses autres utilités. Derrière cet organe se cache un aspect fonctionnel, psychologique, social et esthétique. Avant tout utiles à la manducation, elles le sont aussi pour la production des sons et à l'expression de nos sentiments. Les trois fonctions principales de notre denture sont les suivantes : manger, parler et sourire. Une personne présentant une mauvaise dentition serait susceptible de voir l'une ou plusieurs de ces fonctions primordiales altérées.

Dès le début de ma formation en soins infirmier, j'ai remarqué que l'un des actes trop souvent évité par les soignants mais de mon point de vue indispensable est : l'hygiène bucco-dentaire. Étant particulièrement intéressé par ce sujet en lien avec mon projet professionnel, je me suis alors très tôt demandé qu'elles-en sont les raisons et comment pourrions-nous en tant que futurs professionnels de santé, changer cela.

Ce phénomène est d'autant plus flagrant dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il y a une dizaine d'année en 2006, la direction générale de la santé exprimait l'égalité en termes d'importance entre l'hygiène corporelle et l'hygiène bucco-dentaire dans le rapport « Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées ». Depuis, l'union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) effectue de nombreuses actions notamment de formation des professionnels de santé, de sensibilisation des personnes âgées ou encore des dépistages des besoins de soins buccodentaires. Tout cela, dans le but de lutter contre le problème du déficit d'hygiène bucco-dento-prothétique en EHPAD en améliorant les connaissances et les compétences soignantes.

Bien que l'accessibilité aux cabinets de chirurgie dentaire soit limitée pour les résidents dépendants en maison de retraite, nous avons en qualité d'infirmier ou d'aide-soignant la possibilité d'actionner d'autres leviers. L'institut national de veille sanitaire en 2013 fait ce constat : « Le personnel infirmier n'a pas toujours conscience de l'importance de la santé orale et se montre souvent réticent vis-à-vis des soins de bouche, perçus comme peu gratifiants ». Il est donc indispensable de changer les pratiques soignantes puisqu'une hygiène bucco-dentaire négligée présente des risques bien réels pour la personne soignée.

Ayant du mal à imaginer la qualité de vie de la personne âgée en EHPAD sans une bonne hygiène de la sphère orale, j'ai décidé d'approfondir ce sujet afin d'obtenir des clefs de réflexion dans l'optique d'effectuer des prises en soin optimales en sortie de formation.

Je présenterai dans un premier temps deux situations qui ont suscité chez moi de nombreuses questions. L'axe principal sera donc l'hygiène bucco-dentaire. Ces situations me permettront par la suite de trouver une question de départ.

Ensuite, je présenterai le cadre conceptuel, bassin de connaissances théoriques et approfondissements en rapport avec la question.

Dans un troisième temps, je présenterai le dispositif méthodologique avec lequel je vais pouvoir recueillir des informations auprès des professionnels du terrain avant d'analyser les entretiens.

Enfin, je discuterai les principaux résultats afin d'orienter ma question de recherche définitive.

Situations d'appel pour aller vers la question de départ

1. Situations d'appel

Au cours de mes stages, j'ai eu l'occasion de faire face à des situations où le déficit d'hygiène de la sphère orale était omniprésent. Particulièrement pendant mon stage de semestre trois en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). J'exposerai dans un premier temps deux situations, les questionnements qu'elles me procurent et je terminerai par expliciter ma question de départ.

Première situation :

Cette situation a eu lieu pendant mon stage de semestre trois en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle concerne un homme : monsieur X, GIR 3 nécessitant une aide complète à la toilette et n'ayant pas de prothèse dentaire en raison d'un défaut de mutuelle.

Au cours des repas, il mangeait avec appétit, était plein d'énergie et aimait discuter avec les autres résidents. Au fil des semaines, les aides-soignantes le trouvaient plus asthénique et renfermé en salle à manger. En allant le stimuler en lui posant des questions, Monsieur X ne répondait que très peu et refusait la nourriture qu'on lui proposait. Étonné de ce changement de comportement, un aide-soignant a présenté la situation lors des transmissions.

Je me souviens alors avoir été interpellé par cette situation puisqu'elle suscitait chez moi de nombreuses interrogations. J'ai par la suite pris l'initiative de le prendre en soin, notamment dans les soins de nursing afin d'avoir un temps de communication adéquat dans le but de trouver la raison de l'altération de son état général. Le matin suivant, au cours de la toilette, j'ai constaté qu'il était très réticent aux soins bucco-dentaires. Après négociation, il a fini par accepter d'ouvrir la bouche afin que j'effectue un lavage. Je ne fus qu'à moitié surpris de constater des gingivorragies et une xérostomie. Après lui avoir demandé s'il était douloureux il me fit un signe de tête pour éviter le sujet.

Lorsque je l'ai transmis aux aides-soignantes, elles m'ont confié réaliser des soins de la sphère orale que très rarement en raison du refus de ce dernier. En regardant le dossier de ce monsieur, j'ai constaté qu'il n'avait pas eu de rendez-vous chez un spécialiste depuis plus de 4 ans.

Une fois l'équipe pluridisciplinaire mise au courant, une prise de sang contenant l'albuminémie, pré-albuminémie et la CRP a été prescrite. Cette dernière a montré que le patient souffrait de dénutrition. Par la suite, une fiche de surveillance alimentaire, un rendez-vous chez le dentiste et une surveillance accrue de l'hygiène bucco-dentaire et de la courbe de poids chez ce patient ont été mis en place. Ces éléments de résolution ont permis au résident de retrouver son énergie et davantage communiquer

Deuxième situation :

Madame O, 76 ans, est une dame qui se qualifie elle-même comme « coquette ». Elle aime prendre soin d'elle et discuter avec les autres résidents et les soignants. Nécessitant une aide partielle à la toilette, je l'accompagnais quotidiennement à se préparer le matin. Elle est appareillée d'une prothèse dentaire, cependant il était impossible de l'adapter correctement à sa mâchoire en raison d'un amaigrissement : elle n'était pas stable et donc inutilisable. Après en avoir parlé avec l'équipe soignante, il a été convenu en amont de ne pas le mettre puisqu'elle accroît le risque d'obstruction partielle ou complète des voies aériennes supérieures. De plus, une prothèse amovible entraîne de l'inconfort pour la résidente. A la fin du soin, madame O m'a confié qu'il était important pour elle de bénéficier urgemment d'une prothèse adaptée car elle n'aimait pas son visage édenté, avait du mal dans la prononciation des mots et refusait de continuer de manger les aliments en texture mixée. Nous avons donc convenu d'un rendez-vous avec le chirurgien-dentiste afin d'adapter la prothèse pour que cette dame retrouve le plaisir de voir son visage avec des dents, de s'alimenter et de communiquer.

Ces situations m'ont beaucoup questionné autour de l'importance de cet acte, devenu anodin et habituel à mes yeux mais qui en réalité renferme une complexité insoupçonnée.

2. Questionnements et cheminement vers la question de départ

Les questions me venant immédiatement à l'esprit en réfléchissant aux situations précédentes sont les suivantes :

- Quels sont les risques d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire pour un patient ?
- Les soignants sont-ils assez formés sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire ?
- Les personnes âgées sont-elles conscientes de l'importance des soins dentaires ?
- Pourquoi les personnes âgées sont-elles plus soumises aux problèmes bucco-dentaires qu'une autre population ?
- Y-a-t-il une raison à ce que ce soin soit si peu réalisé ?
- Pourquoi retrouvons-nous de l'isolement social et de l'altération de l'estime de soi dans les situations ?
- En quoi l'hygiène bucco-dentaire et la qualité de vie sont-ils liés ?
- Que peuvent faire les infirmiers et les aides-soignants individuellement pour pallier ce problème en EHPAD ?
- Que peuvent-ils mettre en place en collaboration ?

L'objectif de ce travail est d'explorer l'importance de l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées. A partir de documentations internationales, nous allons dans un premier temps tenter de comprendre en quoi il s'agit d'une population à risque. Ensuite, nous étudierons les répercussions que peut avoir un défaut d'hygiène orale sur la qualité de vie des personnes âgées, en considérant le plan physique, psychique et social. Nous allons aussi voir quelles possibilités d'actions détiennent les infirmiers et les aides-soignants de manière individuelle puis en collaboration sur les soins de la sphère orale en EHPAD. Il est indispensable de prendre en compte les actions aides-soignantes puisque les soins dispensés par ces professionnels de santé relèvent du rôle propre de l'infirmier : le travail est alors collaboratif.

A l'aide de ces questionnements, j'ai alors pu trouver la question qui me guidera tout le long de ce travail : **en quoi la collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire favorise-t-elle la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ?**

Le cadre conceptuel

1. L'hygiène bucco-dentaire

1.1 Définition et épidémiologie

L'hygiène buccale se définit comme l'ensemble des pratiques mécaniques ayant pour but d'éliminer la plaque dentaire se formant en permanence à la surface des dents (wikipédia, 2021). Elle repose sur des gestes quotidiens comme le brossage des dents et de la langue au minimum deux fois par jour, le passage du fil dentaire ou la réalisation de bains de bouche. Cette plaque dentaire est responsable de bon nombres de parodontopathies. La destruction d'une partie de la charge bactérienne orale permet d'éliminer un facteur de risque important dans de nombreuses pathologies liées aux dents, notamment cardiovasculaires ou encore respiratoires.

D'après une étude parue sur la revue scientifique The Lancet (2018) sur la charge mondiale de morbidité en 2017, on ne dénombre pas loin de 3.5 milliards de personnes touchées par des affections buccales, la plus fréquente étant la carie dentaire.

Les personnes âgées de plus de 60 ans sont très largement touchées par ces affections à cause des comorbidités qu'elles présentent ou encore la sénescence des tissus de la cavité buccale. 40% des personnes de 65 ans et plus présentent un édentement complet ou presque d'après l'Enquête Santé et Protection Sociale (Anne Doussin, Sylvie Dumesnil et Philippe le Fur, 2002). Or, d'après une étude de l'INSEE en 2020 : « Au 1^{er} janvier 2020, la population française continue de

vieillir. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20.5% de la population, contre 20,1% un an auparavant et 19,7% deux ans auparavant ». Le problème des pathologies dentaires risque donc de s'immiscer plus au centre des préoccupations dans les années à venir au vu du vieillissement général de la population.

Une étude a été menée à Montpellier en France et parue dans la revue Gerontology de 2006 sur l'hygiène orale et les besoins de traitement des personnes âgées dépendantes en institut (Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly).

Elle montre que sur 321 personnes âgées, 53% ont besoin de prothèse dentaire, 1 personne sur 3 est édentée, 45,1% ont besoin d'extraction dentaire et 30,6% de soins conservateurs. Seulement 2,4% ne nécessitent pas de traitement.

Cette dernière est appuyée par la Haute Autorité de Santé qui, dans son programme de Stratégies de prévention de la carie dentaire en 2010, montre que les personnes âgées dépendantes institutionnalisées sont une population à risque carieux élevée et que le maintien d'une bonne hygiène bucco-dento-prothétique est indispensable.

A l'international, une étude publiée en 2017 dans le journal ouvert BMC Geriatrics montre qu'en Allemagne, la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD est principalement mauvaise et majorée par les démences.

A partir de ces constats émerge l'idée que les personnes âgées sont particulièrement touchées par les problèmes d'hygiène bucco-dento-prothétique, cependant pourquoi est-ce préoccupant et quel impact cela peut-il avoir sur leur quotidien ?

1.2 Pourquoi est-elle si importante ?

Une mauvaise hygiène buccale engendre des répercussions à plusieurs niveaux. L'Organisation mondiale de la santé explique en 2018 que l'accumulation de plaque dentaire entraîne des pathologies à type carieuses (infections), des maladies du parodonte (os alvéolaire, gencives et ligaments) ou encore peut conduire à un syndrome inflammatoire localisé sur la gencive (gingivite). Tous peuvent entraîner des difficultés masticatoires notables étant donné la douleur ou la mobilité dentaire qu'elles provoquent jusqu'à un possible édentement.

La présence de candidoses buccales ou autres lésions, outre le défaut d'hygiène, est majorée par la sénescence de l'ensemble des tissus présents dans la bouche, mais également par la présence de prothèses dentaires labiles.

Une fonction masticatoire altérée impacte non seulement la quantité des apports nutritionnels quotidiens de la personne âgée, mais aussi la qualité de ces derniers.

De plus, elle entraîne des répercussions sociales traduites par des difficultés à la communication et peut conduire à l'isolement.

D'après une étude parue dans la Revue de Gériatrie (2016) :

Les maladies générales influencent l'état buccal et, inversement, le mauvais état buccal aggrave l'état de santé générale. Ainsi, les maladies parodontales se manifestent en cas de déséquilibres glycémiques et, à l'inverse, ces maladies ont une influence non négligeable sur l'évolution du diabète. Un mauvais état bucco-dentaire aggrave les maladies cardio-vasculaires et induit des pathologies respiratoires. Cet état est un facteur de risque significatif de cancer (tome 41).

Cela montre donc les enjeux qui se cachent derrière l'hygiène buccale. Il s'agit d'un acte quotidien indispensable à ne pas négliger, notamment chez les personnes présentant des comorbidités, comme bon nombres de personnes âgées.

2. L'hygiène buccodentaire chez la personne âgée

2.1 Pourquoi est-elle si précaire ?

2.1.1 Un peu de physiopathologie

Comme la totalité des organes, du corps humain, ceux de la cavité buccale (les dents, le parodonte ou encore la muqueuse) sont victimes d'importantes modifications tout au long du vieillissement. Ces dernières altèrent de manière importante leurs fonctions.

Les cellules composant l'organe dentaire subissent le processus de sénescence. L'émail subit au cours de la vie des pertes de substance par érosion, abrasion ou attrition. Physiologiquement au cours du vieillissement normal, la fibrose cause un rétrécissement voire une oblitération complète du canal pulpaire.

Comme le montre le Dr. Vincent RONCO, parodontologue et implantologue en 2017, la récession gingivale physiologique entraîne une exposition du cément, le tissu recouvrant les racines dentaires. Or, ce tissu est très largement moins résistant que l'émail de la couronne dentaire. Il a donc tendance à s'user plus rapidement et à plus de chance de s'infecter avec le temps.

D'après la Direction Générale de la Santé (2006), « Les lésions carieuses intéressant le collet et les racines dentaires constituent une pathologie spécifique du sujet âgé et leur prévalence augmente de 18 à 51% ». Cependant, la rétraction de la gencive n'est pas la seule raison de cette hausse. De nombreux autres facteurs de risques entrent en compte. Un article paru dans la revue

d'actualité Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie sur l'importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie expose les indicateurs de risque. La polymédication influe le flux salivaire et provoque une xérostomie, la consommation de sucre et l'alimentation très souvent moulinée ou mixée adhère aux surfaces des dents. La dépendance physique entraîne des difficultés dans la réalisation de l'hygiène buccodentaire et par conséquent, une augmentation de la flore bactérienne buccale. Or, les bactéries naturellement éliminées par le brossage de dent transforment les sucres des aliments en acide provoquant une diminution du pH (acidose). C'est ce dernier, habituellement équilibrée par la salive, qui va attaquer l'émail puis la dentine et causer une infection. Les risques sont donc bien accrus chez les personnes âgées.

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il est constitué de l'os alvéolaire, des gencives et du ligament alvéolo-dentaire. Ces tissus sont aussi victimes de sénescence. Le nombre de cavités de l'os alvéolaire augmente, tandis que les ostéoblastes diminuent. La formation du tissu osseux se fait donc de plus en plus difficile et sa capacité de cicatrisation et d'adaptation en est donc impactée. L'étude de Kribbs PJ et al., menée sur 85 femmes en postménopause et présentant de l'ostéoporose a permis de mettre en corrélation la hauteur du bord alvéolaire édenté avec la quantité de calcium dans l'organisme et la masse mandibulaire. Même si d'autres études restent nécessaires, cela semble démontrer qu'il y a un lien entre l'ostéoporose et la densité minérale osseuse mandibulaire. Les gencives perdent en élasticité, leur fragilité face aux agressions (mécaniques ou chimiques) s'accroît et la diminution de l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire entraîne une diminution des forces masticatoires. Les résistances aux agressions étant moins efficace et l'accumulation de plaque dentaire plus importante, 55 à 85% des personnes âgées seraient touchées par une maladie parodontale à type de gingivite ou parodontite (Bailey et al, 2004 ; Joly et al., 2000).

Les muqueuses buccales changent, elles aussi. Le palais et la langue deviennent lisses, les muqueuses présentent une perte d'élasticité et s'affinent. L'atrophie des papilles gustatives entraîne une dysgueusie et dans certains cas une modification des régimes alimentaires. Comme l'explique N. Rudelle (2019), l'atrophie des muqueuses provoque une plus grande vulnérabilité aux traumatismes et à la pression exercée par les dents lors de la mastication. Les aliments durs sont alors de moins en moins tolérés par la personne âgée et le port de prothèse également. Les candidoses buccales sont des mycoses très souvent retrouvées chez les personnes âgées. Leur apparition est majorée par le déficit d'hygiène bucco-dentaire, le port de prothèse amovible, la xérostomie, l'immunodéficience.

Bien que le vieillissement physiologique soit responsable de nombreux changements sur les organes de la sphère orale, les habitudes de vie jouent un rôle prédominant dans le maintien de la qualité de l'état buccal.

2.1.2 Des habitudes de vie différentes des générations actuelles

Notons le fait que les habitudes et les préoccupations ont grandement évolué depuis plusieurs décennies. Les personnes âgées actuelles ont pour la plupart grandi avec une désaffection presque totale pour les soins d'hygiène bucco-dentaire. Ils n'ont pas pris l'habitude de réaliser les soins de la sphère orale. Pour la majorité d'entre eux, l'édentement est une fatalité, alors que les dents peuvent être maintenues sur l'arcade très longtemps. Martinasso A. en 2004, a réalisé une étude dans le cadre de son mémoire sur l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD dans le Lot. Cette dernière permet de constater la négligence de ces derniers par rapport aux soins buccaux. Il en est ressorti que quatre personnes sur cinq ont besoin de soins buccodentaires, que ce soit un détartrage, une extraction, la pose d'une prothèse ou des soins conservateurs. Cependant parmi eux, deux tiers ne ressentent qu'un faible besoin de soins.

De plus, les études menées dans le cadre du projet e-DENT (2004) : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD affirment que bien que le besoin de consultation chez le chirurgien-dentiste soient croissants pour les personnes âgées en EHPAD, les consultations réalisées diminuent. Il est estimé que près de la moitié des résidents n'ont pas réalisé de consultation chez un professionnel depuis plus de 5 ans. Ces études nous permettent donc d'affirmer le désintérêt quasi-total des personnes âgées face à la santé orale. Aussi, les consultations pour les personnes institutionnalisées sont inférieures à 25% par rapport à celles des personnes vivant à domicile. La majorité des instituts travaillent avec un praticien libéral mais n'organisent pas de vacations régulières de ce dernier dans l'établissement. Les directeurs d'établissements expliquent ceci par le manque de locaux, un problème financier ou une réflexion non maturée. Le suivi bucco-dentaire des résidents ayant une mobilité réduite en est directement impacté.

La demande des personnes âgées en hébergement est pour le moment limitée car les soins d'hygiène bucco-dentaire ne font pas partie de leurs habitudes de vie. Cependant, il va être indispensable de trouver des solutions pour les générations qui ont évolué avec comme facteur de qualité de vie : l'hygiène bucco-dentaire.

2.2 Une qualité de vie impactée à plusieurs niveaux

La qualité de vie est pour Monique Formarier (2012) :

Le terme a été créé pour souligner que la seule influence matérielle ne suffit pas pour bien vivre. Il est lié à la forte émergence des malades atteints de pathologies chroniques, aux progrès de la médecine et au vieillissement de la population. C'est un concept complexe qui relève autant de la philosophie que de la psychologie ou de la sociologie (p.260).

L'Organisation mondiale de la Santé en 1993 définit la qualité de vie comme :

La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

Ces deux définitions permettent de comprendre qu'il s'agit d'un concept très subjectif et multidimensionnel. La qualité de vie peut être influencée par la santé physique, psychologique, le niveau d'indépendance et les relations sociales. Les personnes âgées sont les plus susceptibles de présenter une défaillance dans l'un ou plusieurs de ces critères en raison des comorbidités qu'elles peuvent présenter. Néanmoins, quel lien y-a-t-il entre l'hygiène bucco-dentaire et la qualité de vie ?

2.2.1 Hygiène buccodentaire, dénutrition et santé physique

La sénescence des tissus bucco-dentaires entraîne une altération de l'état des dents et de leur nombre, de l'hyposialie, des gingivites etc. ce qui diminue fortement le potentiel masticatoire de la personne. Selon les chirurgiens-dentistes, la présence d'au moins 20 dents est nécessaire pour préserver ce dernier. Cependant, nous avons vu précédemment que peu de personnes âgées réussissent à conserver ce nombre. C'est pourtant ce potentiel qui détermine le type de texture d'alimentation de la personne âgée. L'apparition d'abcès non traités, le port de prothèses mal adaptées ou encore l'édentement sont parmi les multiples causes du refus des personnes âgées pour s'alimenter. Le changement de texture rendant les repas fades entraîne un désintéressement des seniors pour ces temps, ce qui influe directement sur la quantité nutritive absorbée. Une étude publiée sur les effets de l'état de la prothèse sur la nutrition (Papas et al., 1998) a déterminé que les personnes ayant un état dentaire défectueux sont victimes de carences en fer, acide folique, protéine et vitamine C. De plus, l'étude de JM. Brodeur et al. (1993) montrent que le changement de texture

entraîne l'exclusion de certains aliments notamment riches en fibres, ce qui non seulement bouleverse l'équilibre alimentaire du résident, mais induit le développement de troubles gastro-intestinaux chez ces sujets âgés.

La dénutrition, par carence en protéines et énergie, entraîne une perte de poids. La personne se retrouve affaiblie, asthénique et susceptible de présenter des états pathologiques plus fréquents. Le risque d'escarre est majoré et l'apparition d'une amyotrophie est inévitable. Associés aux comorbidités et à l'ostéoporose, ces facteurs font évoluer de manière exponentielle le risque de chute ; pouvant conduire à une déstabilisation somatique et psychologique d'évolution gravissime, voire au décès de la personne. Il relève du rôle des soignants de prévenir ces facteurs en surveillant et maintenant une hygiène bucco-dentaire correcte, afin d'intervenir dès les premiers signes de dénutrition.

Bien que le mauvais maintien de l'hygiène buccodentaire impacte la santé physique, nous allons voir qu'il a aussi des répercussions psychologiques.

2.2.2 Des conséquences psychologiques...

Dans certaines sociétés, l'édentement est perçu comme signe de sagesse. En France, c'est une tout autre image qui est associée à ce phénomène. L'édentement constitue un véritable handicap pour la personne touchée. Il s'agit d'une atteinte à l'intégrité corporelle. Il a selon le Dr J. Weinman (s.d.), chirurgien-dentiste « un impact psychologique très mortifère qui peut mener à de graves préjudices sur la santé mentale ». En effet, les patients présentant des troubles bucco-dentaires voient leur image corporelle troublée et cela provoque des répercussions sur leur état psychologique. Zieldbolz D. et al (2017) expliquent que les problèmes d'hygiène orale peuvent être vécus comme une honte par les personnes âgées. C'est une des raisons pour lesquelles ils ne communiquent pas leurs problèmes avec les soignants et peuvent se montrer agressifs. Voir son état physique et ses capacités à maintenir une hygiène buccale correcte se dégrader concède un impact psychologique fort sur les patients. Leur estime de soi est alors directement affectée puisque cela les confronte directement à leur décroît.

En n'améliorant pas ce phénomène, nous allons voir que les rapports sociaux seront aussi directement impactés par le déficit d'hygiène buccodentaire.

2.2.3 ... et sociales

La communication non verbale est de plus en plus compromise. L'article sur l'importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées paru dans la revue *Gérontologie et Société* (2010) explique que l'impossibilité de sourire constitue une barrière empêchant les interactions avec l'entourage et pousse à l'isolement. Effectivement, le sourire est signe de joie et de bien-être, mais les patients touchés par des problèmes de santé bucco-dentaire disent ressentir une sensation de gêne par rapport aux autres lorsqu'ils le font. Ils n'arrivent pas à passer outre et évitent alors de sourire.

La communication verbale est aussi touchée. Les difficultés phonatoires et l'halitose font que les personnes âgées communiquent de moins en moins par honte. Les liens sociaux qui se font de plus en plus rares peuvent conduire la personne à souffrir de solitude et de dépression. Leur bien-être est alors compromis.

Pour conclure, d'après la littérature et les témoignages, l'hygiène buccodentaire influence très largement la santé physique, psychologique et sociale. Comme vu précédemment au travers des définitions, ces facteurs influencent la qualité de vie. Il est donc possible d'affirmer que l'hygiène buccodentaire influence la qualité de vie. D'ailleurs, des échelles comme le GOHAI (General Oral Health Assessment Index) ou le OHIP (Oral Health Impact Profil) (cf Annexe II.) ont été créées dans le but d'évaluer le lien entre la santé buccodentaire et la qualité de vie. Elles permettent de mettre en relation la perception individuelle de la santé buccodentaire avec la qualité de vie.

3. La prise en charge de l'hygiène buccale en EHPAD

La prise en charge des séniors résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes se fait de manière pluridisciplinaire. Nous pouvons entre autres retrouver la cadre de santé, le médecin, l'infirmier et l'aide-soignant. Le but de cette prise en soin complexe n'est pas de permettre à la personne de vivre le plus longtemps possible quel que soit son état de santé, mais dans les meilleures conditions. Il est donc indispensable de ne pas faire l'impasse sur l'hygiène buccale, qui comme vu précédemment, est un critère de qualité de vie. Cependant, quels sont quotidiennement les freins qui empêchent les soignants de prodiguer correctement les soins bucco-dentaires, et de quelle manière leur rôle peut-il être alors rempli ?

3.1 Les freins de cette prise en charge

3.1.1 Des professionnels en difficulté

P. Coleman (2002) a montré que les soignants en plus de ne pas avoir suffisamment de connaissances sur ce sujet, ne portaient pas assez d'importance pour les soins de santé bucco-dentaire. Une pratique efficace serait d'en reconnaître l'importance et de s'assurer qu'ils soient faits quotidiennement comme tous les autres soins d'hygiène.

Pour les personnes âgées ayant encore des dents, elle a observé que 55% présentent des caries et 11% une pathologie parodontale. Chez les sujets édentés, 65% des cas ont des débris alimentaires présents, 20% des prothèses sont amovibles et 50% très sales.

Néanmoins, prodiguer des soins de bouche n'est pas toujours une mince affaire. Comme l'explique une aide-soignante dans la vidéo *Hygiène bucco-dentaire* de 2018, le brossage de dent fait par autrui est vécu comme un soin très intrusif et « très désagréable » pour celui qui le reçoit. Comme le dit Liliane Robman en 2010 : « La bouche aussi relève de l'intime, comme lieu de pulsion corrélé à la jouissance frappée d'interdit, lieu de plaisir, lieu d'agression, d'intrusion, de voyeur ». Il n'est donc pas anodin d'accepter qu'autrui puisse passer au travers de cette barrière pour prodiguer des soins. De nombreux témoignages de soignants justifient leur manque d'implication pour l'hygiène buccodentaire par le manque de temps, les perceptions sensorielles désagréables comme l'halitose, ou l'aspect et la difficulté dans la gestion de l'agressivité des résidents. Effectivement, J.M Chalmers a observé que les patients atteints de démence étaient souvent dans le refus, ne pouvaient et/ou ne voulaient pas comprendre et adoptaient une attitude agressive envers les soignants. Or, beaucoup de ces personnes résident dans les EHPAD.

De plus, les résultats du sondage dans le mémoire portant sur l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire et de l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD dans le Lot, et l'étude du professeur universitaire Jacques Vanobbergen montrent deux choses. La première est la non-implication de la direction des établissements dans ce sujet et la seconde est l'absence presque totale de protocoles relatifs à l'hygiène buccodentaire dans les instituts.

Enfin, les infirmiers et les aides-soignants subissent un manque de formation sur l'hygiène bucco-dentaire et les pathologies buccales. Bien qu'intégré dans le référentiel aux soins d'hygiène, les soins bucco-dentaires sont très peu abordés en cours et constatés en stage, ce qui empêche grandement l'amélioration de la pratique. En plus, les résidents souvent négligeant face à leur hygiène buccale n'ont pas le réflexe, parfois par honte, de prévenir le personnel soignant lorsqu'ils observent un changement ou perçoivent une douleur, ce qui ne vient pas en aide des soignants.

3.1.2 Un coût non négligeable

La pratique de la dentisterie est une pratique coûteuse par l'évolution technologique et technique qui ne cesse de s'accroître. L'assurance maladie ne peut se permettre de rembourser la totalité des soins dentaires, ce qui représenterait un coût financier trop important. Dans le cas des soins prothétiques ou d'implantologie, la hauteur du remboursement est de 70%, le reste étant pris en charge par la mutuelle ou par le patient s'il n'en dispose. Beaucoup d'entre eux ayant de faibles revenus ne peuvent donc se permettre un accès aux soins buccodentaires.

Par ailleurs, le décret du 4 mai 2001 modifiant les décrets relatifs aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, ne prend pas en compte les soins buccodentaires dans les forfaits.

3.1.3 Des solutions apportées

Pour tenter de parer au problème du manque de formation, l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD) propose une sensibilisation des personnes âgées sur la santé buccodentaire, un dépistage des besoins de soins et des formations pour le personnel soignant en EHPAD. Ces formations sont réalisées par des chirurgiens-dentistes et sont composées d'ateliers pratiques et théoriques. Le but étant que les soignants puissent voir leurs connaissances et leurs compétences s'élever pour maintenir l'hygiène buccodentaire, surveiller et détecter certaines pathologies pour pouvoir faire intervenir un professionnel avant qu'elles ne s'aggravent. Des conseils en termes de choix de brosse à dent et d'alimentation sont aussi donnés.

Les infirmières de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) tentent elles aussi de former les soignants à la toilette buccale en créant un guide de recommandation et en intervenant dans certains EHPAD et autres établissements (cf. ANNEXE I.).

De plus, la Haute Autorité de Santé a mis en place des recommandations, notamment l'évaluation initiale du risque carieux à l'entrée en EHPAD ou encore un bilan bucco dentaire systématique.

Des solutions budgétaires peuvent être trouver, c'est le cas dans le département de l'Essonne, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a permis pour tous nouveaux résidents, la prise en charge complète d'un bilan bucco dentaire et les soins liés.

3.1.4 L'intégration de l'hygiène buccale au projet de vie du résident

Le projet de vie ou projet personnalisé est défini comme un engagement des intervenants auprès des résidents dans le but de préserver et maintenir leur autonomie. Il se base sur les valeurs, les souhaits, les désirs et les envies de la personne âgée. Il tend à limiter la souffrance morale liée à la dépendance et consiste à mettre en œuvre des actions permettant au résident de ne pas se renfermer sur soi.

Nous avons vu précédemment que l'hygiène buccodentaire est indispensable à la qualité de vie d'une personne. Il serait donc indispensable de l'inclure dans le projet de vie des résidents afin de garantir leur bonne santé tant sur le plan physique, psychologique et social. Il est donc nécessaire pour le personnel soignant de juger et d'agir en fonction de chaque individu.

A petite échelle, les soins de la cavité orale doivent être assurés, et des solutions doivent être trouvées afin de respecter les souhaits et les désirs du résident. En exemple, s'il est indispensable pour la résidente d'avoir une prothèse adaptée pour pouvoir manger de l'alimentation normale, le rôle des soignants est de tout mettre en œuvre pour répondre à la demande.

A l'échelle nationale, l'arrêté du 3 juin 2019 permet à l'UFSBD de mettre en œuvre son programme d'accompagnement et de prévention de la santé orale des personnes âgées dépendantes. Ce projet d'expérimentation de 4 ans s'inscrit dans l'objectif « Organiser les soins bucco-dentaires en EHPAD » de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 du Gouvernement. Pour l'UFSBD, les objectifs de ce programme sont :

- Une amélioration de la prise en charge quotidienne des soins d'hygiène ainsi qu'une plus grande pertinence du recours aux soins. Une réponse plus rapidement apportée aux pathologies dentaires ;
- Une diminution du risque de dénutrition, des déséquilibres glycémiques chez les diabétiques ainsi que des douleurs quotidiennes ;
- Une limitation de l'impact médical indirect : risque infectieux à distance-infections broncho pulmonaires en premier lieu, risque de chute, escarres, etc.
- Une amélioration de la qualité de vie et de la sociabilité.

L'hygiène bucco-dentaire en EHPAD prend depuis une dizaine d'années une place plus importante dans les préoccupations du gouvernement. L'intégration dans le projet de vie des résidents en est directement impactée, des actions sont mises en œuvre nationalement et permettent de la faire évoluer de manière positive.

3.2 Le rôle des professionnels dans cette prise en charge

3.2.1 Le rôle de l'aide-soignant

Bien que souvent oubliés, les soins d'hygiène bucco-dentaire sont explicités dans le référentiel d'activité pour l'obtention du diplôme professionnel aide-soignant au même titre que les soins corporels. Ils sont inscrits dans la rubrique dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de la personne : « Effectuer une toilette partielle ou complète en fonction de l'autonomie et du handicap : toilette génito-anale, hygiène bucco-dentaire et soins de bouches non médicaux, soins de pieds, ... ».

Pour Madame Catherine Boisseau (2016), cadre de santé, l'hygiène orale est indispensable et les missions des soignants sont claires. L'aide-soignant est habilité à effectuer des soins de bouche non médicamenteux car le soin relève : « de la compétence aide-soignant, en collaboration avec l'infirmière et sous sa responsabilité (article R.4311-4 du Code de la Santé Publique - CSP) ».

Le professionnel est amené à examiner la bouche du soigné et à tenir une attention particulière en cas de facteurs de risques (déficit immunitaire/nutritionnel, prothèse dentaire, xérostomie, thérapeutique comme une antibiothérapie, corticothérapie...). L'évaluation de la douleur est cruciale dans la recherche d'abcès ou d'infection.

Il est important de stimuler le résident ou effectuer le nettoyage de la bouche s'il n'en est pas capable en tenant compte de l'intrusivité du soin. C'est pour cette raison qu'il faut respecter le refus ou l'opposition du patient tout en examinant l'aspect externe comme l'haleine ou l'hyposialie.

Des outils existent pour effectuer le soin plus aisément, comme entre autres les bâtonnets de soin de bouche en mousse. L'aide-soignant doit veiller au port de la prothèse, à son entretien et à sa conformité avec la bouche de la personne si elle n'est pas apte à le faire d'elle-même.

Il est important de surveiller l'alimentation de la personne, une perte d'appétit et d'envie témoigne parfois de problèmes dentaires non communiqués et la dénutrition en est le plus gros risque. En cas d'anomalie, il est important que l'aide-soignant prévienne l'infirmier.

3.2.2 Le rôle de l'infirmier

Dans le cadre de leur rôle propre, l'infirmier est habilité à effectuer des soins de bouches non-médicamenteux (article R.4311-3, R.4311-5 du décret 2004-802 du 29 Juillet 2004). Il est aussi dans le cadre de son rôle prescrit responsable de soins de bouches-médicamenteux sur prescription médicale (article R.4311-7 du Code de la Santé Publique).

Au Québec, l'infirmière occupe une place importante dans le cheminement de la santé orale. Hemina Harnegea décrit le rôle de l'IDE (infirmière diplômée d'état) au Québec dans l'hygiène bucco-dentaire (2016) :

Elles pourraient exercer des actions essentielles dans des secteurs tels que le dépistage des maladies buccales, l'évaluation du risque, l'évaluation de la santé buccodentaire, les interventions préventives et la communication et l'éducation des patients. Elles pourraient aussi contribuer aux pratiques collaboratives interdisciplinaires (p.801 à 805).

L'infirmière prend donc une place centrale dans la santé orale. Elle devient la sonnette d'alarme quand un problème survient. L'un des objectifs de la formation que propose l'UFSBD est de permettre à l'infirmière d'avoir les connaissances nécessaires pour prévenir et dépister les pathologies bucco-dentaires, afin d'en amoindrir les conséquences et faire intervenir un professionnel le plus rapidement possible. En plus de pouvoir effectuer les mêmes actions que l'aide-soignant, l'IDE occupe aussi un rôle préventif et éducatif très important auprès de la personne âgée, de son entourage et des autres soignants. L'intention étant de sensibiliser au maximum un public pas toujours averti et observant sur les conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, afin de favoriser l'autonomie de la personne dans sa prise en soin.

Dans l'optique d'optimiser la prise en charge d'une soixantaine de résidents en moyenne, il est indispensable que l'infirmier et l'aide-soignant collaborent.

4. La collaboration entre aide-soignant infirmier

« Seuls, nous pouvons faire si peu ; ensemble, nous pouvons faire tellement. » Helen Keller

4.1 Définition et législation

La collaboration se définit comme un processus de travail et/ou de réflexion entre deux ou plusieurs individus qui a pour but d'atteindre un objectif. Il est important de différencier le travail coopératif du travail collaboratif qui lui est davantage axé sur la division des tâches, bien que tous les acteurs travaillent sur le même sujet (cours IFSI 2020).

Le lien entre l'aide-soignant et l'infirmier est bien collaboratif puisque l'autorité est partagée entre eux et la personne soignée lors de la dispensation des soins. Bien que certains actes soient définis en fonction du référentiel d'activité, la division des tâches au-delà du rôle prescrit infirmier n'est pas délimitée par des frontières précises. Il s'agit alors bien d'un travail collaboratif et non coopératif.

Pour Elzbieta Sanojca (2018) et madame Moncet (2015), des compétences personnelles sont indispensables pour la mise en œuvre d'un travail collaboratif. Avoir une vision à long terme est une des caractéristiques indispensables, notamment dans la prise en charge des soins d'hygiène bucco-dentaire. Effectivement, l'obtention de l'immédiateté des changements et des effets bénéfiques pour les personnes âgées est impossible à obtenir. Il s'agit d'actions basées sur le long terme. Le travail collaboratif requiert aussi la mise en place d'une bonne communication, de capacité d'écoute et pouvoir compter sur les connaissances et compétences de ses partenaires. Les chirurgiens-dentistes actifs au sein de l'UFSBD interviennent sur ce dernier point par leurs interventions auprès des soignants dans les EHPAD qui majorent et actualisent les compétences des acteurs de santé.

La collaboration infirmière-aide-soignante permet l'harmonisation des pratiques avec pour objectif une prise en charge optimale des patients. L'article R.4311-4 du Code de la Santé Publique régit cette collaboration pour que l'infirmier dans le cadre de son rôle propre puisse déléguer à l'aide-soignant certains actes afin d'assurer la continuité des soins en toute sécurité :

L'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne, définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome ou par un aidant.

Il est indispensable de noter que l'infirmier est responsable des actes de l'aide-soignant, mais n'est pas son supérieur hiérarchique.

4.2 Comment collaborer ?

L'aide-soignant et l'infirmier travaillent alors en équipe et se complètent dans la santé orale. Ce travail d'équipe est nécessaire, notamment lié au ratio soignant/patient dans les EHPAD. L'infirmière est davantage rattachée aux soins techniques et administratifs pendant que l'aide-soignant intervient plus souvent au plus proche des résidents.

L'aide-soignant doit assurer ou vérifier la bonne hygiène buccale des personnes et prévenir l'infirmier s'il remarque un changement. Ce dernier pourra alors réaliser les actions nécessaires à la résolution du problème selon son champ de compétence ou faire intervenir des partenaires de santé. Il est important de noter que le bon fonctionnement de cette collaboration repose sur des compétences acquises et la qualité des transmissions.

Afin d'illustrer cette collaboration nous allons nous appuyer sur la première situation exposée précédemment. L'aide-soignant a été l'acteur déclencheur en transmettant aux infirmières que le résident était de plus en plus fermé et ne mangeait presque plus rien. Une fois l'information transmise, nous avons dans un premier temps pu constater des problèmes bucco-dentaires pouvant être responsable de ce repliement, dans un second temps, nous avons effectué les actions nécessaires à la résolution de ces problèmes. C'est-à-dire : effectuer des soins de bouche non-médicamenteux, prévenir le médecin et obtenir un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

Un panel d'actions est proposé par l'UFSBD dans le but de faciliter cette collaboration et diminuer les problèmes inhérents à la sphère orale des personnes âgées. Un correspondant en santé orale peut être désigné dans chaque établissement. Il s'agit la plupart du temps de l'IDE, qui devient une personne ressource sur laquelle les soignants peuvent s'appuyer et demander conseil. Ce dernier est chargé d'initier les équipes à la prise en compte de la santé bucco-dentaire des résidents et de leur hygiène quotidienne. Il doit accompagner le personnel soignant au quotidien sans jugement. Le CSO doit coordonner le soin oral dans le projet individualisé de chaque résident, relayer les informations auprès des personnes compétentes et des familles. Il est responsable de la diffusion des recommandations et documentations à ceux qui assurent l'hygiène quotidienne du patient. Enfin, il s'assure régulièrement de la mise à jour des protocoles et s'assure que les résidents ont bénéficié de leur consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste. Avoir un référent en santé buccale permet de cadrer la collaboration et de la faire évoluer en se maintenant averti des évolutions inhérentes à ce domaine. Les soignants travaillent ensemble de manière efficiente dans l'unique but de préserver l'hygiène buccale des résidents.

L'intelligence artificielle, grâce au travail collaboratif, tend à renforcer l'efficacité de la prise en soin de la sphère orale. Effectivement, l'UFSBD en partenariat Dental Monitoring, développe un programme permettant de détecter les éventuelles pathologies dont souffrirait la personne âgée grâce à des photos de sa bouche. L'objectif étant que l'aide-soignant prenne les photos pour que le logiciel détecte ou non un besoin de soin, et le transmette à l'infirmier ou au correspondant de santé orale afin qu'il effectue le lien avec le chirurgien-dentiste.

Comme nous pouvons le constater, le travail collaboratif entre l'aide-soignant et l'infirmier est indispensable puisqu'il va constituer la première barrière aux problèmes bucco-dentaires, et va permettre de piloter la coordination d'autres intervenants de santé. La collaboration pluriprofessionnelle est donc indispensable dans la santé orale.

Dispositif méthodologique

1. Présentation du dispositif

1.1 Lieux, professionnels et modalités

Il est important à ce stade du travail de rappeler ma question de départ : **en quoi la collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire favorise-t-elle la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ?**

Portant sur le rôle infirmier et aide-soignant sur l'hygiène bucco-dentaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'enquête a été réalisée dans deux EHPAD différents auprès de ces professionnels.

Les critères d'inclusions étaient que l'aide-soignante ait été formée après l'arrêté de 2005, relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant. En effet, l'analyse du cadre conceptuel a été basée sur le référentiel de formation en vigueur après ce texte de loi. De plus, l'expérience des professionnelles doit être égale ou supérieure à 5 ans. Cela maximise les chances que le professionnels interviewés ait été confronté à des situations où l'hygiène bucco-dentaire posait un problème. Ainsi, il y aura donc plus de chance qu'ils aient été témoins d'actions mises en place pour parer cela. Il était indispensable qu'un des deux soignants ait reçu la formation de l'UFSBD pour avoir un retour d'expérience et pouvoir comparer.

Ainsi, deux critères d'exclusion étaient en vigueur : les moins de 5 ans d'expérience, et que l'aide-soignante ait été formée avant l'arrêté du 22 octobre 2005.

L'infirmière entretenue est diplômée depuis 2013 et a eu l'occasion de bénéficier d'une formation de l'UFSBD contrairement à l'aide-soignante qui, elle, est diplômée depuis 2008 mais n'a bénéficié d'aucune formation annexe.

2. Méthode de traitement des données

L'enquête de terrain auprès des professionnels a été effectuée par des entretiens semi-directifs. Cela permet de cibler les questions en fonction des différents thèmes étudiés en amont, tout en laissant une possibilité d'expression à l'interlocuteur. L'avantage de cette méthode est la possibilité de recentrer l'interviewé si ce dernier s'éloigne du sujet. Les questions permettent de ne pas orienter l'interlocuteur dans sa réponse. L'enregistrement des entretiens permet de simplifier le travail de retranscription. Pour l'analyse de mes entretiens, j'ai utilisé la méthodologie d'analyse de contenu.

3. L'organisation, les points forts et les difficultés

Concernant l'organisation, la prise de contact avec plusieurs EHPAD a été faite par téléphone dans l'optique de leur faire part du sujet de ce travail et si possible obtenir un entretien avec un professionnel. La requête a très vite été acceptée et deux lieux de rendez-vous ont été donnés dans deux établissements différents. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable.

Les points forts des entretiens ont été la clarté globale du questionnaire et sa complétude. Les professionnels interviewés étaient intéressés par le sujet et enthousiastes de participer à cette étude.

La difficulté a été de relancer l'aide-soignante sur certaines questions afin d'étoffer le contenu et lui expliciter plus précisément la notion de qualité de vie.

4. Objectif du guide d'entretien

Les objectifs du guide d'entretien sont joints **en annexe III**.

Analyse descriptive des entretiens

Dans une optique de facilitation rédactionnelle, l'infirmière et l'aide-soignante se verront respectivement attribuer les prénoms de Sylvie et Véronique.

1. Ce qui freine la prise en charge

Les entretiens ont permis de faire ressortir plusieurs grandes catégories de freins rendant complexe la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Pour commencer, l'entrave la plus citée par les deux professionnelles concerne le soin en lui-même dont deux sous catégories y sont ressorties, la première étant la complexité dans la réalisation de l'action mécanique de ce dernier. Certains soignants ressentent un sentiment de désapprobation avec le fait d'introduire leurs doigts dans la cavité buccale du résident. Pour cause, il s'agit d'un mécanisme « intrusif pour le résident et parfois désagréable si on s'y prend mal » selon l'infirmière. L'aide-soignante complète ce propos en témoignant de la difficulté pour « faire comprendre aux résidents qu'il faut ouvrir la bouche », et qu'il est également très complexe de ne pas respecter la décision de la personne âgée puisqu'il s'agit d'un soin envahissant.

La seconde sous-catégorie identifiable concerne la répulsion de la part du soignant et du résident. En effet, le soin est vécu au niveau individuel comme quelque chose qui selon Sylvie « repousse certains soignants ». Les causes de ce phénomène sont liées à « l'haleine ou même le visuel » comme l'exprime très clairement Véronique. Certains résidents eux non plus n'apprécient guère le soin et se montrent dans la répulsion du soignant et l'opposition du soin quand un professionnel tente de le prodiguer.

Ensuite, l'aspect culturel est très largement mentionné par les deux protagonistes. L'infirmière mentionne d'une part la différence de culture face à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées actuelles : « les personnes âgées n'ont pas eu la culture du brossage de dent, de la visite chez le dentiste annuelle », et d'une autre part le fait que l'importance de cette hygiène « n'est pas ancrée » dans les habitudes familiales. Elle illustre ceci par le manque de matériel apporté par les familles des résidents ou par la méconnaissance des habitudes ou appareillages de leur proche et le justifie par l'aspect « intime » que représente la cavité buccale. L'aide-soignante confirme ces dires en expliquant que certains résidents ne comprennent pas le soin puisqu'ils ne le pratiquaient pas chez eux. Elle rapporte également qu'il est parfois difficile de savoir si la personne âgée a un problème buccodentaire puisqu'ils se retiennent de l'expliquer soit parce qu'ils sont « dur au mal », soit par « honte parce que c'est vu dans les habitudes de tout le monde comme quelque chose de peu ragoutant ». Cependant, elle exprime une réelle évolution depuis une dizaine d'années et la justifie par le fait que les résidents ont de plus en plus la notion du brossage de dent alors qu'avant « personne ne savait » ce qu'était une brosse à dent.

Le frein mentionné après concerne la pénurie de chirurgiens-dentistes. Le constat est le même pour les deux parties, les temps d'attente pour obtenir des rendez-vous sont conséquents. De plus, pour l'infirmière, les chirurgiens-dentistes prennent de moins en moins de personnes âgées en consultation.

Le financement est également un élément important lorsqu'il est question des difficultés dans la prise en charge de la santé orale. Les deux professionnels de santé expliquent que pour les résidents ou la famille, l'aspect financier est un élément déterminant de la prise en soin. En effet, Sylvie explique que le transport se rendant de l'EHPAD au cabinet dentaire n'est pas remboursé et donc que « le résident ou la famille peuvent se dire non ça va me coûter cher ». Véronique illustre cela par le prix élevé des prothèses qui peut faire l'objet d'un motif de refus.

Pour finir, la dernière catégorie concerne l'institution. Deux sous catégories ressortent : la première est liée au contexte sanitaire actuel de Covid-19 impactant directement les effectifs depuis le début de la crise selon l'infirmière : « au niveau des équipes c'est compliqué, notamment dans la situation covid... les effectifs sont réduits ». La deuxième sous-catégorie mentionnée est de l'ordre organisationnel, elle témoigne d'un « gros manque de temps » qu'ils tentent de résoudre en intégrant les soins bucco-dentaire sur la planification de soins.

Il est important de notifier que seul l'infirmière a cité des limites institutionnelles, l'aide-soignante n'en considère aucune sur ce point dans son établissement.

2. L'impact sur la qualité de vie

Dans les deux parties, l'opinion est unanime et se rejoint sur le fait que l'hygiène bucco-dentaire impacte la qualité de vie des résidents.

Le premier impact visible est celui sur le physique. Toutes deux citent le retentissement d'une mauvaise hygiène sur la santé générale de la personne. L'infirmière dit que « l'état buccal c'est l'état général du résident », et l'aide-soignante constate que des suites d'une hygiène buccale négligée « son état général se détériore » en évoquant les personnes âgées en général.

Le risque de dénutrition et sa probable fatalité est exprimé par Sylvie et Véronique à plusieurs reprises. L'infirmière explique : « Un résident présentant une bouche en mauvais état va moins manger, perdre du poids, aura un apport nutritif insuffisant et risque de mourir. ». L'aide-soignante illustre la raison pour laquelle la personne serait susceptible de moins manger : « une mauvaise hygiène impactera directement parce qu'il y aura une dégradation des dents, des gencives... ».

Ensuite, le risque infectieux est explicité par les deux professionnels, l'infirmière explique que « ça va entraîner des mycoses buccales ».

Enfin, Sylvie parle du risque de douleur qui pourrait être évité par une bonne hygiène buccale et souligne le confort qu'apporte ce soin « Ce qu'on se rend compte à l'heure actuelle c'est qu'ils apprécient d'avoir la bouche propre ». Un confort maintenu et optimisé en personnalisant les prises en charge : « quelqu'un qui ne s'est jamais brossé les dents de sa vie, on ne va pas le lui faire. Quelqu'un qui refuse de se brosser les dents, les soins de bouches, on ne va pas être dans la maltraitance »

Le second impact concerne les relations sociales. Les deux soignantes montrent que la communication est directement amoindrie « la communication avec les autres se fait difficilement » pour l'aide-soignante. L'infirmière ajoute à cela que le rejet par autrui est perceptible : « on sent bien que les gens reculent », en découle alors une raréfaction des liens sociaux « donc certains s'isolent »

ou « ils se renferment sur eux même ». En effet, Sylvie nous montre que la vision des autres personnes a une importance capitale « ça fait partie de la vie en société, ça joue sur le regard de l'autre, l'image de soi, c'est hyper important », une des raisons pour laquelle une des résidentes « refuse d'aller aux activités parce qu'elle va hyper saliver » en plus du risque de transmission du Covid-19. Ce crédit accordé à l'image que l'on renvoie sur autrui permet d'expliquer le prochain impact.

La troisième influence de l'hygiène buccodentaire sur la qualité de vie concerne la partie psychologique. Pour les deux protagonistes, l'état de la cavité buccale est source de complexes, à tel point que certaines personnes « ne veulent rien faire tant qu'ils n'ont pas leur prothèse » illustre l'aide-soignante et cela peut mener « jusqu'à des états dépressifs » pour l'infirmière. Véronique nuance cependant ses propos en disant qu'il y a des exceptions, que ce n'est pas une généralité absolue « d'autres sont indifférents », mais que « la plupart sont quand même attentifs à leur image ». Elle complète l'impact psychologique qu'à une mauvaise hygiène dentaire en évoquant la notion de plaisir et son manque que les personnes peuvent ressentir lors des repas « à manger du mixer ».

3. L'apport formatif des professionnels de santé et leur implication

Les entretiens permettent une vision globale au sujet de l'apport formatif disponible pour les infirmiers et les aides-soignants et l'appréciation de ce dernier par l'institution et le personnel soignant.

Pour commencer, au décours de leur formation continue, il est important de distinguer deux types de formations : la formation verticale et horizontale. Depuis l'obtention de leur diplôme, l'infirmière et ses collègues ont pu bénéficier d'une formation verticale, réalisée par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD. L'aide-soignante n'a elle pas eu l'occasion d'y assister mais transmet que « mes collègues oui avec l'UFSBD, régulièrement dans l'année ils font 2 ou 3 formations sur ça » et exprime le fait qu'il « faudrait qu'on arrive à tous avoir la formation ». L'accessibilité et la fréquence de cette dernière sont très largement soulignées par les deux protagonistes. Pour Sylvie, cet enseignement de deux jours impacte positivement par plusieurs aspects. Le premier est l'apport temporel, le gain de temps lors du soin : « plus on est formé, plus on est rigoureux et habile dans ses gestes, moins ça prend de temps ». Le second est l'apport en compétence dans le dépistage clinique : « il faut former les gens au soin et à repérer les anomalies en bouche ». Enfin, le troisième est l'apport technique, l'infirmière exprime son enthousiasme envers les « bonnes techniques que le chirurgien-dentiste nous a donné ». Plus concrètement, elle exprime avoir « un retour d'expérience

d'ici mi-mars » avec le praticien en fonction des objectifs fixés, qui était principalement « de faire un état des lieux » à l'aide d'une grille de cotation fournie par l'association.

Les deux professionnelles expriment aussi l'existence d'une formation horizontale, l'apprentissage de pair à pair. Pour l'infirmière, il est régulier : « de la formation au quotidien, quand un soignant est en difficulté on essaie de lui remonter le soin ». Pour l'aide-soignante, il est naturel : « On essaie de former les stagiaires et les nouveaux arrivant c'est normal. »

Ensuite, en formation initiale, pour Sylvie les apports sont explicitement faibles : « aucun apport », « On l'avait évoqué mais la façon de faire jamais nous l'avons vu ni en TP ni en théorie ». Cependant pour Véronique ils étaient bien présents « Nous avons dû en parler autour de tout ce qui est gingivites etc... et on avait aussi évoqué l'importance de l'hygiène bucco dentaire puisque tout en découle. ». Son avis rejoint néanmoins le constat de l'infirmière puisqu'elle estime que « ça mériterait peut-être de l'être encore plus, surtout à l'école ». En stage, l'observation de l'IDE reste la même, l'hygiène buccodentaire était peu réalisée et abordée.

La différence d'apports depuis l'obtention de leur diplôme et pendant leur formation est flagrante. L'idée des deux soignantes se rejoint sur le fait qu'un enseignement plus poussé à l'école serait bienvenu tandis que les formations proposées depuis quelques années par l'UFSBD sont fréquentes, accessibles et utiles dans leur pratique quotidienne.

Du côté institutionnel, l'infirmière montre bien que le sujet de l'hygiène buccodentaire est valorisé : « c'est le directeur qui a été porteur pour cette formation, c'est quelque chose qui lui tient à cœur ». Les soignants eux aussi sont ouverts à gagner en compétence sur ce sujet : « il y a beaucoup de soignant à s'inscrire pour la formation, infirmier et aide-soignant, tous motivés », l'aide soignante exprime même son enthousiasme sur la possibilité d'en bénéficier : « j'ai hâte, c'est toujours bénéfique ».

4. La collaboration et l'individualité au travers des actions

Beaucoup d'actions infirmières et aide-soignantes sont ressorties de ces entretiens, qu'elles soient individuelles ou en collaboration.

Au niveau individuel et quotidiennement, l'infirmière a pris la décision de détailler la prise en charge de chaque résident sur les plans de soin pour faciliter le travail de l'aide-soignant. Elle mentionne donc si le soin est à prodiguer au lavabo, s'il s'agit uniquement d'une stimulation ou encore le matériel à utiliser. Au même titre, l'aide-soignante mentionne qu'ils ont mis en place des « fiches individuels par résident pour pas oublier s'ils ont des dentiers ou autre » qu'ils affichent dans

la salle de bain. Elle explique que sa prise en charge va de la stimulation pour maintenir l'autonomie du résident et essayer de leur faire garder le geste en leur donnant simplement la brosse à dent, au lavage quotidien des prothèses dentaires. Elle indique même essayer d'instaurer un lavage biquotidien "on essaie de le faire matin et soir, et pareil pour les prothèses". Lorsque la prise en charge devient plus complexe et nécessite l'intervention d'un chirurgien-dentiste, l'infirmière trouve important d'inclure la famille. Cette inclusion prend la forme d'une demande pour quel praticien veulent-ils que leur proche consulte, en leur laissant si possible prendre le rendez-vous et s'occuper du transport. Elle constate que "si la famille est impliquée, le résident va plus accepter le soin". Elle explique aussi qu'ils appellent les familles afin de fournir le matériel manquant en chambre. De nombreux outils et astuces sont utilisés par les deux professionnels. Véronique mentionne l'utilisation de cales aidant à laisser la bouche ouverte pour effectuer les soins de bouche à l'aide de bâtonnets. Ces derniers sont réalisés "soit avec du bicarbonate soit du coca pour leur donner envie de manger et humidifier". Sylvie explique qu'ils individualisent la prise en soin en utilisant entre autres des compresses pour "les résidents pour lesquels on ne peut pas faire de soins avec une brosse à dent". Elle exprime le fait que si un résident refuse catégoriquement le soin, ils ne vont pas être dans la maltraitance et le prodiguer, bien que ne rien faire résulte aussi de la maltraitance. Dans les deux établissements, une fiche de questionnaire est fournie au résident et à la famille à l'entrée dans l'établissement pour faire le point sur les habitudes de vie en ce qui concerne l'hygiène buccodentaire.

Au niveau collaboratif, l'infirmière dit qu'elle accompagne au quotidien les soignants. Ils effectuent régulièrement des toilettes évaluatives en binôme et se tient informé de la santé buccale des résidents par le biais des transmissions, présentes ponctuellement, lorsqu'ils y a des problèmes. L'aide soignante constate que les infirmiers sont présents "si on a un souci", mais qu'ils ne prodiguent pas les soins au quotidien : "Elle s'occupe des rendez-vous mais ne fait pas le geste". Lorsque la prise en charge est plus complexe, le rôle de l'aide-soignant est très important. Pour l'infirmier "l'aide-soignant est la première alerte", ce professionnel va permettre de détecter l'anomalie rapidement. Véronique dit que son rôle est de "prévenir l'infirmière qui va prévenir le dentiste." Les médecins sont également impliqués dans les prises en soin en attendant le rendez-vous chez le praticien, "ils prescrivent beaucoup d'anti fongique ou de bicarbonate pour nettoyer les bouches de manière optimale". L'infirmière explique que la prise en charge de l'hygiène et des problèmes buccodentaires n'est pas individuelle, mais qu'il s'agit bien "d'un travail d'équipe, c'est collégial".

Les deux professionnels proposent des axes d'amélioration. Sylvie propose au niveau individuel de mettre un référent aide-soignant pour deux résidents afin "d'essayer d'avoir un suivi

bucco dentaire" quotidien. Elle montre aussi que l'intégration de l'hygiène buccodentaire dans le projet de vie personnalisé du résident est un objectif, qui passerait par la rendu "obligatoire d'une visite chez le dentiste pour qu'il y ait une constatation de l'état buccale" avant l'entrée en EHPAD. Elle espère aussi à terme "installer un fauteuil dans l'EHPAD pour qu'il y ait une convention faite avec un chirurgien-dentiste qui viendrait faire les soins" pour les résidents étant dans l'impossibilité de se mouvoir hors de l'établissement. Véronique souhaite "faire un état des lieux de l'état buccal des résidents une fois par mois ou par trimestre avec l'infirmière pour être au clair", afin d'avoir un suivi régulier pour adapter sa prise en soin en fonction de l'évolution de l'état de santé individuelle.

5. Les caractéristiques de la collaboration infirmière et aide-soignante

Entretenir deux professionnels de santé avec un métier différent a permis l'obtention d'une complémentarité dans les réponses notamment au sujet de la collaboration infirmière et aide-soignante au sujet de l'hygiène bucco-dentaire.

Cette collaboration prend différentes formes et à des fréquences différentes, elle peut être quotidienne ou ponctuelle. Quotidiennement, c'est avant tout un partage des tâches. L'aide-soignante explique que les infirmières ne font pas le soin en tant que tel, mais s'occupent du côté administratif comme prendre les rendez-vous. L'infirmière complète ce propos en montrant que "si l'aide-soignant ne le fait pas, l'infirmière est en mesure de le faire", notamment pour les tâches plus complexes et risquées : "Il y a des appareils qui sont difficiles à enlever, qui sont fragiles, c'est l'infirmière qui va prendre la responsabilité de le faire". Elle dit aussi que l'aide-soignant est le premier rempart pour alerter en cas de survenu d'un problème. Pour Sylvie, l'infirmier occupe un rôle de soutien psychologique et technique très important pour l'aide-soignant : "quand un soignant est en difficulté on essaie de lui remonter le soin, de dédramatiser les choses". Véronique confirme ces dires en évoquant le fait que les infirmières sont à l'écoute et présentes en cas de problème ou d'interrogation. La collaboration prend également vie sous forme de transmissions, cependant l'hygiène buccale n'est évoquée dans ces temps seulement que très ponctuellement, en cas de problème. En revanche, les transmissions deviennent quotidiennes lors de la survenue d'une problématique pour s'assurer d'un suivi qualitatif de cette dernière. L'infirmière rappelle que "la collaboration se fait sur de la formation au quotidien".

En effet, il s'agit d'un travail d'équipe basé sur les compétences individuelles. Comme explicité précédemment, l'aide-soignant est le premier rempart aux problèmes bucco-dentaires, pour Sylvie il est indispensable que chaque partie sache "savoir repérer les problèmes qu'il y a en bouche" et cela "passe par une formation". Véronique exprime également le fait qu'il est important de savoir "repérer les problèmes pour prévenir" car "ce sont des soins compliqués, surtout si on attend" selon

l'infirmière. Elle confie aussi le fait que le manque de connaissances impacte la prise en charge des résidents car les anomalies sont parfois repérées trop tardivement et les soins deviennent alors plus complexes.

Pour finir, la collaboration est perçue comme indispensable et importante dans la prise en charge de la santé buccale, l'infirmière explique que "sans elle il serait trop difficile voir impossible de s'apercevoir et répondre correctement aux problèmes. L'aide-soignante le dit d'une autre manière : "le travail doit être fait ensemble, c'est la seule façon de bien soigner les résidents" et ajoute la notion de complémentarité entre les deux professions : "On se complète en quelque sorte avec les infirmières".

Discussion

La question initiale de ce travail de recherche était : en quoi la collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire favorise-t-elle la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ? Nous allons tenter d'y répondre en croisant les apports de la documentation et des enquêtes menées auprès des professionnels.

1. L'hygiène buccodentaire, une préoccupation croissante

Au regard de ce que la littérature internationale reflète et ce que les professionnels de santé interrogés expriment, la préoccupation des soignants et des institutions au sujet de l'hygiène buccodentaire tend à croître. De plus en plus de moyens ont été déployés durant la dernière décennie ce qui permet la mise en lumière de la place importante que prend la santé buccodentaire sur la santé globale.

Pour commencer, les préoccupations en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire augmentent de part la différence de culture observable entre l'époque actuelle et les dernières décennies. L'édentement était vu comme une fatalité et l'hygiène buccale était loin d'être au cœur des habitudes de la population. L'étude de Martinasso A. en 2004 a montré que les personnes âgées étaient hautement négligentes par rapport à leurs problèmes bucco-dentaires. L'aide-soignante remarque qu'à l'heure actuelle, les personnes âgées savent tous ce qu'est une brosse à dent et comment s'en servir, à l'instar d'il y a une dizaine d'année : "il y a dix ans, personne ne savait trop ce que c'était". La population vieillissant et l'hygiène buccale étant ancrée dans les habitudes, la demande de soin est de plus en plus importante et cette problématique ne cessera alors de croître.

P. Coleman en 2002 montrait l'insuffisance de connaissances et d'implication des soignants à ce sujet. L'infirmière et l'aide-soignante confirment le manque de connaissance en sortie de diplôme mais expriment une implication croissante des soignants et des établissements à ce sujet, notamment par la présence de formations récurrentes. Effectivement, pour tenter de répondre à la problématique du manque de compétences, l'UFSBD intervient depuis 2018 massivement dans les EHPAD pour élever les compétences des infirmières et des aide-soignantes. Ce projet d'expérimentation de 4 ans prend fin cette année et il sera intéressant d'étudier les comptes rendus pour apprécier l'amélioration ou non des pratiques concernant l'hygiène bucco-dentaire en EHPAD.

Cette implication des chirurgiens dentistes sur le terrain témoigne d'une préoccupation et une implication plus importante de la part des institutions et des soignants, intéressés et demandeurs

de ces formations. D'ailleurs, l'infirmière et l'aide-soignante le confirment en exprimant beaucoup de bonne volonté individuelle et collective au sujet de l'hygiène buccale. La non implication de la direction des établissements et l'absence presque totale de protocoles sur l'hygiène buccodentaire que montrait l'étude du professeur Jacques Vanobbergen sont alors remis en question par les retours d'expériences des soignantes. Il est important de noter que la majorité des professionnels de santé travaillant dans les EHPAD dans lesquels les entretiens ont été réalisés ont participé à cette formation, ce qui tend à montrer la régularité de ces dernières. De plus, de nombreux guides de recommandations sur les bonnes pratiques pour le maintien de l'hygiène buccale ont été créés par la SFAP ou la HAS afin de pouvoir répondre de manière qualitative aux problèmes buccaux.

Ensuite, beaucoup de moyens techniques et d'outils ont été instaurés. De plus en plus d'EHPAD en collaboration avec l'UFSBD proposent des dépistages des besoins de soins. Certains établissements prennent en charge un bilan bucco dentaire avec soin à l'arrivée du résident, ce qui témoigne d'une intégration importante au projet de vie. L'infirmière trouve qu'il serait important d'instaurer cela dans l'établissement dans lequel elle travaille, et de conserver les bilans annuels chez le praticien. L'aide-soignante exprime le fait qu'ils ne manquent d'aucun moyen technique pour la réalisation des soins dans son établissement car il y a "une politique bienveillante sur cette thématique". La différence de considération sur la question est facilement observable entre l'implication des établissements il y a 18 ans, qui, dans le cadre du projet e-DENT qui expliquaient l'absence de passage d'un dentiste par un manque de locaux ou une réflexion non maturée, et l'implication de l'établissement où travaille l'infirmière, qui tend à vouloir installer un fauteuil au sein même de la structure pour que des chirurgiens-dentistes viennent effectuer des vacations.

Cependant, des freins existent et subsistent notamment le manque de soignants, de chirurgiens-dentistes, le manque de moyens monétaires, etc... Il sera important de trouver des solutions, notamment au travers de l'élévation des compétences soignantes et la collaboration pour pallier ces derniers et répondre à la demande croissante de la population. (cf. Les effets de la collaboration sur la qualité de vie)

Les résultats de l'enquête étant en corrélation avec les recherches littéraires effectuées, il est alors difficile en tant que soignant d'éprouver un désintérêt sur la question. Les stratégies adoptées par les EHPAD sont intéressantes et tendent à répondre aux problèmes bucco dentaires. Il serait à l'avenir important de transposer certaines de ces stratégies comme la mise en place de correspondants en santé orale dans des services hospitaliers, afin d'avoir un référent qualifié pour assurer le suivi buccal des patients et en faire une mission centrale. Comme le montre l'infirmière par

son vécu en stage, les soins ne sont pas ou peu réalisés. De plus, intégrer des connaissances sur les pathologies bucco dentaires dans le programme en formation initiale infirmière et aide-soignante semble être indispensable pour qualifier les professionnels de santé.

2. Une collaboration vécue comme indispensable

L'essence même de la collaboration est l'atteinte d'un objectif grâce à un cheminement de pensée et un travail entre plusieurs protagonistes. L'objectif des infirmiers et des aides-soignants ici est de maintenir une hygiène buccale correcte et répondre aux besoins. Pour cela, il est nécessaire de travailler ensemble, par notamment la délégation des tâches régie par l'article R.4311-4 du code de la santé publique. L'infirmière explique que sans les aide-soignants, "il serait trop difficile voir impossible de s'apercevoir et répondre correctement aux problèmes". La notion d'impossibilité rend cette collaboration indispensable, puisque sans elle l'objectif fixé au préalable ne serait pas atteint. L'aide-soignante appuie sur la stricte nécessité de l'association de son travail à celui des infirmières en disant que "le travail doit être fait ensemble, c'est la seule façon de soigner les résidents". De plus, l'aide-soignante n'étant pas habilitée à exercer les actes sur prescription médicale, les deux professions se complémentarisent.

Ce travail d'équipe forme un premier rempart aux problématiques inhérentes à la cavité buccale, il permet de piloter la coordination d'autres intervenants de santé, il permet donc l'harmonisation des pratiques pour tendre vers l'optimisation la plus complète des prises en charge.

Les tâches de ces deux professions sont indissociables, le rôle propre infirmier constitue le métier d'aide-soignant, il est par conséquent impossible d'en faire deux entités distinctes. Leur association est nécessaire car il est impossible d'effectuer toutes les tâches indépendamment. Le ratio soignant/patient des ehpad étant trop faible, l'infirmière ne pourrait pas effectuer tous les soins. Il est important de conserver le lien qui les unit pour le bien-être des résidents et des patients. En service de soin, l'aide-soignant sera plus disponible pour stimuler et s'assurer de la bonne hygiène buccale des patients, mais il est important que les infirmiers s'imprègnent eux aussi de la question. Pendant l'interview, l'infirmière explique que plus l'attente des soins est importante, plus la problématique va empirer. Il est donc nécessaire que les acteurs de soins soient formés au maximum pour repérer les anomalies précocement et avoir un rôle préventif.

3. Caractéristiques de la collaboration, zones communes et individuelles

Au quotidien, les intervenants de santé ont montré que la collaboration pouvait prendre différentes formes à différentes temporalités.

Au niveau individuel, le rôle des infirmiers est plus ponctuel que celui de l'aide-soignant, et sera comme explicité dans la partie : "4.2 Comment collaborer ?" principalement centré sur le côté administratif de la prise en charge. Leur mission est de s'occuper des réservations de transports, de rendez-vous, s'assurer de l'accord de la famille. L'infirmière ajoute à cela la notion de contacter les familles pour qu'ils puissent apporter le matériel manquant en chambre. Le rôle prescrit n'étant pas cité par l'infirmière, il est possible d'émettre l'hypothèse que ces soins sont rares et négligeables par rapport au reste. La littérature décrit un rôle de prévention et d'éducation auprès des résidents et des familles que l'infirmière n'évoque pas durant l'entretien.

L'aide-soignant est plus proche des résidents, ses actes seront quotidiens et renseignés sur le plan de soin par l'infirmière. C'est lui qui pourra plus facilement repérer les anomalies lors des soins, effectuer et/ou stimuler le patient pour le maintien de l'hygiène. L'aide-soignante explique qu'il est indispensable de stimuler les résidents pour : "qu'ils gardent le geste" et donc leur autonomie.

La collaboration comprend aussi de nombreuses zones communes entre les deux professions. Bien qu'elles se manifestent principalement à l'apparition de problèmes, notamment lors des transmissions, elles sont aussi présentes au quotidien. Cette collaboration prend la forme selon l'infirmière de formations quotidiennes. Ces formations dites "horizontales", de pair à pair, prennent vie notamment au travers des toilettes évaluatives. L'IDE constitue aussi une ressource sur laquelle s'appuyer, elle est une aide pour les professionnels en difficulté par rapport à ces soins. L'AS confirme cela en disant qu'elles sont à leur écoute, et agissent rapidement si une interrogation est émise. La collaboration se développe aussi grâce à la formation de l'UFSBD, en effet, l'infirmière explique que les AS sont désormais responsables de deux résidents pour faire un état des lieux de l'état buccal. Il est donc possible que la question de l'état buccodentaire soit abordée de manière plus récurrente lors des transmissions.

Cependant, pour madame Moncet en 2015, la collaboration est basée sur la communication, la capacité d'écoute et prend naissance à partir des connaissances et compétences des acteurs. Or, une fois la constatation du manque de formation faite, il est possible de dire que ce déficit d'apports théoriques et pratiques aux professionnels a un impact majeur sur la collaboration. L'infirmière témoigne de cette problématique : "certaines fois les problèmes ne sont pas repérés à temps par manque, sûrement par manque de connaissance alors la prise en soin devient plus complexe et plus longue". La formation est donc un élément clef dans l'évolution positive et pérenne des prises en charge de l'hygiène bucco-dentaire.

Comme vu précédemment, le rôle des soignants se complète et il est dans l'intérêt des résidents de préserver cette collaboration. Elle pourrait être renforcée par la mise en place d'un correspondant en santé orale pour avoir une personne référente, capable d'accompagner de manière qualitative les soignants au quotidien et sans jugement. Cette personne pourrait coordonner le soin oral dans le projet individualisé de chaque résident, et maintenir informer les équipes de nouvelles pratiques et recommandations. Le CSO pourrait être une probable alternative au manque de compétences des professionnels sur le sujet.

La collaboration avec les intervenants extérieurs pourrait être renforcée dans un futur proche, notamment par la visite obligatoire chez un dentiste avant l'entrée en institution.

4. Les effets de la collaboration sur la qualité de vie

La qualité de vie est influencée par la santé physique, psychologique et les relations sociales. La collaboration tend à favoriser celle des résidents en tentant de réduire les facteurs interférents sur ces trois notions.

Le principe d'action de la collaboration entre l'infirmière et l'aide-soignant permet d'agir sur ces trois facteurs. L'AS va permettre le maintien de l'hygiène ou la détection précoce de problèmes. Une fois informée, l'IDE pourra agir selon son référentiel de compétences et s'il est nécessaire, faire intervenir d'autres acteurs de santé dans la prise en soin comme le médecin ou un chirurgien-dentiste. L'infirmière peut même prévenir les problèmes en exerçant son rôle éducatif et préventif auprès des personnes âgées.

Au niveau de la santé physique, la littérature et les soignants expriment les mêmes risques. La mauvaise hygiène buccodentaire est susceptible d'entraîner des risques de douleur, d'infection ou encore de dénutrition. La collaboration permettra d'agir de manière rapide et efficace au regard de ces derniers. Concrètement, l'aide-soignante explique que grâce au fait de les accompagner au quotidien, ils sont en capacité de les détecter de manière aiguë, notamment le risque de douleur. Ceci n'est pas toujours évident car les résidents ne se plaignent pas toujours, alors il est nécessaire d'être attentif. Les aide-soignants verront aussi lors du soin si la personne ressent des douleurs où si il y a présence d'infection. De plus, ces professionnels sont présents lors des repas et sont donc plus à même de surveiller les quantités de nutriments ingérés afin de prévenir la dénutrition avant qu'elle ne s'installe. Une fois un problème repéré et communiqué à l'infirmière, cette dernière peut piloter la prise en charge pour y répondre au mieux. La collaboration permet alors de détecter les problèmes rapidement au risque qu'ils ne s'aggravent, à condition que les soignants soient qualifiés pour les repérer. JM. Brodeur et al.

Au niveau de la santé psychologique, la détection des problèmes permettra d'éviter la perte de plaisir liée aux changements de texture alimentaire évoquée par l'aide-soignante et l'étude de JM. Brodeur et al. 1993. Cette perte de plaisir a aussi des répercussions sur la santé physique parce que les résidents ne s'alimentent plus. La collaboration permet aussi d'agir au niveau psychologique chez des patients ayant des complexes, pour rapidement trouver des solutions. Les soins prodigués par les aide-soignants permettent selon madame Boisseau C. (2016), l'amélioration de la respiration, de la prise alimentaire et de la fraîcheur et la sensation de propreté du soin. L'infirmière interviewée confirme cela en évoquant la notion de confort que ressent le patient après avoir effectué cet acte. Il est donc indispensable de s'assurer de la continuité de ces soins par le biais d'une délégation des tâches.

Concernant les relations sociales, le constat entre la documentation et les dires des professionnels est le même. Il se crée une raréfaction des liens sociaux et la communication verbale est impactée par le déficit d'hygiène. Le regard des autres et le manque de relations ont un réel impact sur la santé psychologique. Les soignants doivent prévenir cela en s'adaptant aux résidents, se montrer rassurant et proposer des alternatives comme par exemple la pose d'une prothèse dentaire si le problème est l'édentement.

5. Problématisation

La collaboration infirmière et aide-soignante est, nous l'avons vu, indispensable dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire. Les soignants, de part ce travail collégial répondent au mieux aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des résidents et par conséquent tendent à favoriser la qualité de vie des personnes âgées en institution.

Cependant, nous avons aussi déterminé que la collaboration prenait naissance grâce aux connaissances et compétences individuelles des acteurs de santé. Or, d'après la littérature et le discours des professionnels, il est possible d'affirmer que l'apport de connaissances théoriques, notamment en formation initiale, est quasi inexistant. La collaboration est alors directement impactée par ce manque de formation. Cependant, elle est indispensable dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire et favorise la qualité de vie des personnes âgées. Il est alors possible d'émettre l'hypothèse d'un probable impact du manque de formation sur la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD. La question de recherche tendrait à être : **quel est l'impact du niveau de formation des soignants autour de l'hygiène buccodentaire sur la collaboration infirmière/aide-soignante ?**

Conclusion

L'objectif de ce travail était de définir quel lien régissait la collaboration infirmières - aide-soignantes, l'hygiène bucco-dentaire et la qualité de vie des personnes âgées en institution.

Pour ce faire, j'ai pu émettre de nombreuses interrogations concernant la prise en charge globale de l'hygiène buccale à l'aide de situations d'appels. Ces dernières m'ont amenées à la question initiale suivante :

“En quoi la collaboration infirmière et aide-soignante autour de l'hygiène bucco-dentaire favorise-t-elle la qualité de vie des personnes âgées en EHPAD ?”

Afin d'y répondre, j'ai commencé par effectuer des rappels au sujet de l'hygiène bucco-dentaire, la qualité de vie et la collaboration. J'ai pu grâce à la littérature déterminer qu'une mauvaise hygiène impacte la qualité de vie et que la collaboration occupe une place centrale dans cette prise en charge. Les enquêtes de terrain ont permis d'affirmer mes lectures et apporter de nouvelles notions, ce qui m'a donné la possibilité de répondre à la question de départ. Un élément important s'est à mes yeux distingué lors des entretiens, il s'agit du manque de formation au sujet de l'hygiène buccale. Cette carence impacterait la collaboration infirmière aide-soignante et par conséquent la qualité de vie des résidents en EHPAD.

La rédaction de ce travail de fin d'études m'a donné l'occasion de découvrir d'importantes notions théoriques et d'apprécier l'évolution des préoccupations soignantes et institutionnelles autour de l'hygiène bucco-dentaire. Il m'a aussi permis de m'imprégner de différents points de vues afin d'adapter au mieux ma posture professionnelle dans le but d'effectuer des prises en charge qualitatives. Effectivement, l'hygiène bucco-dentaire, bien qu'on constate une évolution positive, est d'après mes lectures et mes observations souvent peu assurée en EHPAD ou à l'hôpital, et il me semble important de faire véhiculer le message pour tenter de faire changer les pratiques.

La principale difficulté rencontrée a été le manque de documentation sur l'impact d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la santé psychique et les relations sociales. De plus, peu d'études récentes existent sur ce sujet.

Pour conclure, une des missions centrales de ma pratique sera de m'assurer de l'hygiène buccale des patients, en collaboration avec les aide-soignants, au vue des conséquences physiques, psychologiques et sociales qu'engendre un défaut de celle-ci. J'essaierai de transmettre des apports théoriques et les recommandations de pratique pour renforcer le travail d'équipe et les prises en charge.

Bibliographie

Bert, E., & Bodineau-Mobarak, A. (2010). IMPORTANCE OF ORAL HYGIENE IN THE DIET OF OLDER PEOPLE. *Gerontologie et societe*, 33134(3), 73-86.

Bodineau A. et al. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* vol 7 pages 7 à 14.

Formarier M. (2012). Qualité de vie. Les concepts en sciences infirmières (pp 260-262).
Association de Recherche en Soins infirmiers.

Joly JP., Deville de Perrère D., Delestant C. (2000). L'accès aux traitement bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées. *Revue de gériatrie* vol 25 n°8 p 547-552

Robman, L. (2010). L'intime dans la langue et la langue de bois. *Empan*, 77(1), 62-68.
Rudelle, N. (s. d.). *Pathologies de la muqueuse buccale chez la personne âgée : Études de cas cliniques*. 89

Moncet M.C. (2015) -Démarche clinique infirmière-Projet de soins infirmiers - Organisation du travail - Référence IFSI- Edition Vuilbert-p159.

Sitographie

Anne Doussin, Sylvie Dumesnil, Philippe le FUR (2002). *Enquête Santé et Protection Sociales : méthode et déroulement.*

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1401.pdf>

Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/6/3/SSAA1916177A/jo/texte>

Article R4311-7—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043085621/

Bailey, R. L., Harris Ledikwe, J., Smiciklas-Wright, H., Mitchell, D. C., & Jensen, G. L. (2004). Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *Journal of the American Dietetic Association, 104*(8), 1273-1276. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.05.210>

Boisseau C. (2016). *Hygiène buccodentaire et soins de bouche.* CHU Poitiers.

https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/wp-content/uploads/2015/12/ARCA_2016_BOISSEAU.pdf

Brodeur, J.-M., Laurin, D., Vallee, R., & Lachapelle, D. (1993). Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *The Journal of Prosthetic Dentistry, 70*(5), 468-473. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(93\)90087-5](https://doi.org/10.1016/0022-3913(93)90087-5)

CARIE : Définition de CARIE. (s. d.). CNRTL

<https://www.cnrtl.fr/definition/carie>

Chalmers, J. M., Carter, K. D., & Spencer, A. J. (2003). Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Special Care in Dentistry, 23*(1), 7-17. <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2003.tb00283.x>

Coleman, P. (2002). Improving oral health care for the frail elderly : A review of widespread problems and best practices. *Geriatric Nursing, 23*(4), 189-198. <https://doi.org/10.1067/mgn.2002.126964>

Coudray, M.-A. (s. d.). *Diplôme professionnel aide-soignant*.

<https://www.chsf.fr/wp-content/uploads/2020/06/IFSI-AS-Referentiel-activites.pdf>

Édentement : Quelles sont les Causes et Conséquences ? | Dr Weinman. (s. d.).

<https://www.jeromeweinman.com/implants-et-greffes/edentement/>

Elzbieta Sanojca (2018). *Les compétences collaboratives et leur développement en formation d'adultes : le cas d'une formation hybride*. Education. Université Rennes 2 Français. (NNT : 2018REN20001)

Évaluation des technologies de santé à la HAS : Place de la qualité de vie. (s. d.). Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-ha-s-place-de-la-qualite-de-vie

Gaudette I. Illustration page de garde. Mauvaise hygiène dentaire... vraies répercussions.

<https://isabellegaudette.com/mauvaise-hygiene-dentaire-repercussions/>

Giraudeau, N., Valcarcel, J., Tassery, H., Levallois, B., Cuisinier, F., Tramini, P., & Vialla, F. (2014).

Projet e-DENT : Téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 3(2), 51-56.

<https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2014.04.005>

Harnagea, H. (2016). Oral health and the nurses role in Québec. *Sante Publique*, 28(6), 801-805.

Hygiène bucco-dentaire. (2021). *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hygi%C3%A8ne_bucco-dentaire&oldid=188313547

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H.,

Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories,

1990–2017 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Kribbs, P. J., Chesnut, C. H., Ott, S. M., & Kilcoyne, R. F. (1989). Relationships between mandibular and skeletal bone in an osteoporotic population. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 62(6), 703-707. [https://doi.org/10.1016/0022-3913\(89\)90596-9](https://doi.org/10.1016/0022-3913(89)90596-9)

La santé en EHPAD. (s. d.). UFSBD.

<https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-encadrants/la-santeen-ehpad/>

L'hygiène bucco-dentaire—YouTube. (2018). <https://www.youtube.com/watch?v=lQB4p4mICRE>

Martinasso, D. A. (s. d.). *EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET DE L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES AGEES HEBERGEES EN ETABLISSEMENT DANS LE LOT*. 30.

http://aspbd.fr/wp-content/uploads/2019/03/Epidemio_EHPAD_Lot.pdf

Marysette Folliguet. (Mai 2006). *Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées*.

Direction générale de la santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf

Montal, S., Tramini, P., Triay, J.-A., & Valcarcel, J. (2006). Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology*, 23(2), 67-72.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2006.00111.x>

Oral Health Impact Profile | PDF | Dentistry | Dentures. (s. d.). Scribd.

<https://www.scribd.com/document/278611182/7b-Oral-Health-Impact-Profile>

Organisation mondiale de la santé. (24 septembre 2018). *Santé bucco-dentaire*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Papas, A. S., Palmer, C. A., Rounds, M. C., & Russell, R. M. (1998). The effects of denture status on nutrition. *Special Care in Dentistry*, 18(1), 17-25.

<https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1998.tb01354.x>

Dans tes dents. *Action-Prévention avec l'UFSBD !* Podcast spotify

Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. (2020).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>.

Ronco V. (2017) Rétractation gingivale

<https://parodontologie-implantologie.paris/recession-gingivale-greffe/>

Séguier, S., Bodineau, A., Giacobbi, A., Tavernier, J., & Folliguet, M. (2009). *Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : Répercussions sur la nutrition et la qualité de vie. Rapport de commission de santé publique*

http://psa.auvergne.free.fr/news1_51/telechargement/pathologie_sujet_agees.pdf

SFAP (2015). Recommandations sur la toilette buccale.

[toilette-buccale-v2016.pdf \(sfap.org\)](#)

Stratégies de prévention de la carie dentaire. (s. d.). Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire

Wikipédia (2021). Hygiène bucco-dentaire.

https://fr.wikipedia.org/wiki/Hygi%C3%A8ne_bucco-dentaire

Ziebolz, D., Werner, C., Schmalz, G., Nitschke, I., Haak, R., Mausberg, R. F., & Chenot, J.-F. (2017).

Oral Health and nutritional status in nursing home residents—Results of an explorative cross-sectional pilot study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 39.

<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0429-0>

ANNEXES

- I. Recommandation de la SFAP sur la toilette buccale**
- II. Oral health Impact Profil**
- III. Guide d'entretien**
- IV. Questions de relance**
- V. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière**
- VI. Retranscription de l'entretien avec l'aide-soignante**
- VII. Tableau d'analyse des freins à la prise en charge de l'hygiène buccodentaire**
- VIII. Tableau d'analyse du degré d'apport formatif sur l'hygiène buccodentaire**
- IX. Tableau d'analyse du degré d'apport formatif sur l'hygiène buccodentaire**
- X. Tableau d'analyse lien entre qualité de vie et l'hygiène bucco-dentaire**
- XI. Tableau d'analyse sur la collaboration au travers des actions**
- XII. Tableau d'analyse sur les caractéristiques de la collaboration**

I. Recommandations de la SFAP sur la toilette buccale

sur la **toilette buccale**
avec la collaboration de l'AS, AMP, AP*

MATÉRIEL

- Brosse à dents : souple à petite tête à changer, au moins tous les trois mois; brosse à dents électrique.
- Dentifrice fluoré.
- Pastilles spécifiques pour l'entretien des prothèses dentaires.
- Pâte adhésive pour les prothèses dentaires.
- Bâtonnets de soin de bouche neutres, coniques (pour le soins de confort), en étoile ou polygone (pour nettoyer).
- Lampe de poche.



*AS : aide-soignant
AMP : aide-médecin-psychologue
AP : auxiliaire de puériculture

Grille Evaluation

Adaptée de « l'Oral Assessment Guide » selon Eliers et Nachmanni -2005.
Plus le score est élevé plus la bouche est altérée. L'évaluation systématique et régulière est préconisée.

| Indicateur | 0 | 1 | 2 |
|-------------|--|--|--|
| Voix | Normale | Sèche et rauque | Difficulté à parler |
| Déglutition | Normale | Douleur lors de la déglutition | Absence de déglutition |
| Lèvres | Lisses rosées humides | Sèches et fissurées | Ulcérations et saignements |
| Langue | Rose et humide Présence de papilles | Pâteuse, moins de papilles, apparence lustrée, moins colorée | Fissurée, boursoufflée |
| Salive | Transparente | Visqueuse épaisse de mauvaise qualité | Absente |
| Muqueuses | Roses et humides | Inflammatoires, avec des plaques blanches pas d'ulcération | Ulcérations et saignements |
| Gencives | Roses, fermes, bien dessinées | Inflammatoires, oedémateuses | Saignements spontanés ou lors des pressions |
| Dents | Propres sans débris | Plaques et débris bien localisés | Plaques et débris sur toutes les gencives et dents abîmées |
| Goûts | Normal | Altération du goût | Goût métallique |
| Haleine | Pas d'odeurs particulières | Halitose (mauvaise haleine) | Odeur insupportable, putride, malade gêné |

En Bref

- Motiver le patient à participer aux soins.
- Evaluer l'état buccal oblige à rechercher des causes locales ou générales de la douleur, du saignement etc...pour les prévenir.
- Encourager la participation de l'entourage.
- Pour faciliter la relation pendant les soins, commencer par la bouche.
- Privilégier la toilette buccale à l'eau.
- Alternier avec tous liquides adaptés aux goûts du patient.
- Répéter le soin pour être efficace.
- Consigner les résultats du soin, dans les transmissions, permet d'argumenter la consultation médicale.



Recommandations

sur la **toilette buccale**

par le collège des acteurs en soins infirmiers de la SFAP

Groupe soins de bouche (2005), collège des Acteurs en Soins Infirmiers de la SFAP.
Groupe soins de bouche (2014), collège des Acteurs en Soins Infirmiers de la SFAP.

- Dessins d'Éric Appere.

BIBLIOGRAPHIE

F Cerexhe, Manuel des soins palliatifs, éd Dunod, 4ème éditions, 2014, chapitre 51. p.774-782.
G Hirsh, MC Dayde, Soins palliatifs à domicile-repères pour la pratique, ed Lecoudrier, juin 2014.
MN Belloir, F Riou Connaissances et attitudes des soignants à propos des soins de bouche préventifs pour des patients en soins palliatifs. Recherche en soins infirmiers, juin 2014 ; 117 :75-84.
Collège IDE SFAP. L'infirmier(e) et les soins palliatifs, éd Masson, 5ème édition 2013.
MH Lacoste-Ferre, Saffon, N. Les soins de bouche : de l'hygiène de base aux soins spécifiques. Médecine palliative V 10, N° 2, 2011, p. 82-88.



Recommandations Soin du rôle propre infirmier

OBJECTIFS :

maintenir une bouche saine

” L'hygiène bucco-dentaire participe à la santé des patients

- Facilite l'alimentation et la digestion.
- Améliore la respiration.
- Aide au confort.
- Evite la douleur.
- Préviens les infections.
- Favorise la communication.

TOILETTE BUCCO-DENTAIRE

” Elle fait partie de la toilette :

- Evaluation de l'état buccal (grille OAG).
- Brossage des dents et de la langue avec ou sans dentifrice et rincer.
- Entretien des prothèses dentaires les brosser, rincer, sécher, remettre en bouche même la nuit, si le patient les supporte. Sinon les ranger dans une boîte au sec, et réhydrater avant la réinsertion.

TYPE de BOUCHE

Bouche sèche (Xérostomie)

- Asialie (Absence de salive)
- Hyposialie (Diminution de salive)

DESCRIPTION

Langue épaisse, moins colorée, fissurée.
Lèvres sèches, gerçures, fissures.
Salive absente, visqueuse ou épaisse.
Voix rauque.
Difficulté à parler, à déglutir.

MOYENS

Toilette buccale.
Faire boire, mettre à disposition : eau, eau gélifiée, yaourt, potage, boissons pétillantes sans sucre, thé ou tisane froide.
Pour stimuler les sécrétions : glaçons, jus, bonbons sans sucre.
Brumisateur.
Substituts salivaires : salives artificielles ou gels oraux.
Corps gras sur lèvres.
Humidifier la pièce.

ATTENTION

Déglutition.
Eviter les aliments secs, salés, sucrés.
Iatrogénies médicamenteuses : antalgique, sédatif, antidépresseur, O2...
Iatrogénies thérapeutiques : radiothérapie...

Bouche trop humide

Hyper salivation, incontinence salivaire.
Lésions commissures labiales.

Protéger les commissures des lèvres : assécher et poser un écran protecteur.
Installer en position ¼ si adapté.

Déglutition.
Iatrogénies.

Bouche sale :
• Plaque dentaire
• Dépôts

Dépôts colorés sur les dents.
Dépôts sur les muqueuses.
Croûte marron et noirâtre.

Toilette buccale.
Mâcher de l'ananas (frais ou en boîte).
Boire eau pétillante sans sucre.
Brosser la langue.
Consultation praticien si nécessaire.

Bain de bouche : bicarbonate de sodium à 1,4% sur prescription – Ne pas avaler.
Eau pétillante.

Bouche mycosique

Langue : rouge, framboisée, dépaillée, et/ou avec taches blanches, dépôts blanchâtres.
Diffus : langue, gencives, palais, joues.
Goût métallique dans la bouche.

Toilette buccale.
Bain de bouche alcalin (sur prescription médicale 14 jrs maxi).
Entretien de l'appareil dentaire minutieux.

A la durée du traitement (14 jrs pour une guérison).
Retirer la prothèse au moment du traitement.

Bouche malodorante

Mauvaise haleine : odeur désagréable et gênante.

Toilette buccale.
Trouver la cause : bouche sèche, mycose, hémorragie, digestif.
Consultation praticien si nécessaire.

Bouche hémorragique

Saignement au niveau des lèvres, des gencives, de la langue et des joues.

Eviter les aliments chauds et durs, préférer le froid (glaçons).
Comprimer ou faire mordre une compresse, appliquer un sachet de thé (tanin hémostatique).

Tamponner, utiliser brosse douce ou écouvillon.

Bouche douloureuse

Lésions, fissures, vésicules, érythèmes, oedèmes, desquamations....
Toutes les pathologies bucco dentaires.

Evaluer la douleur et rechercher une cause.
Consultation praticien si nécessaire.

Tamponner, utiliser brosse douce ou écouvillon.

II. Oral Health impact profile

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE

Name

Date

HOW OFTEN have you had the problem during the last year?
(circle your answer)

| | | | | | | | |
|-----|--|------------|--------------|--------------|-------------|-------|-----------|
| 1. | Have you had trouble <u>pronouncing any words</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 2. | Have you felt that your <u>sense of taste</u> has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 3. | Have you had <u>painful aching</u> in your mouth? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 4. | Have you found it <u>uncomfortable to eat any foods</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 5. | Have you been <u>self conscious</u> because of your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 6. | Have you felt <u>tense</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 7. | Has your <u>diet been unsatisfactory</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 8. | Have you had to <u>interrupt meals</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 9. | Have you found it <u>difficult to relax</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |
| 10. | Have you been a bit <u>embarrassed</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures? | VERY OFTEN | FAIRLY OFTEN | OCCASIONALLY | HARDLY EVER | NEVER | DONT KNOW |

III. Guide d'entretien

Objectif du guide d'entretien

Chaque question de ce guide d'entretien correspond à un axe traité dans le cadre théorique.

Axe : faire connaissance avec le professionnel, introduire l'interview.

1. Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? Quel a été votre parcours en qualité de soignant ? Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?

1.1 Si je vous dis soin buccodentaire, que vous vient-il à l'esprit ?

1.2 quelles sont les besoins de la personne âgée en matière d'hygiène buccodentaire d'après votre expérience ?

Axe : formation des IDE / AS à l'hygiène buccodentaire

2. Quels sont les apports sur l'hygiène buccodentaire que vous avez eu en formation initiale, les pathologies bucco-dentaires faisaient-elles parties du programme ?

2.1 Avez-vous eu l'occasion de recevoir des interventions lors de votre formation continue pour vous former aux soins d'hygiène bucco-dentaire ? Si non, aimeriez-vous en avoir ? Si oui, que vous ont-elles apportées ?

Axe : lien entre la qualité de vie et l'hygiène buccodentaire

3. Comment définiriez-vous la qualité de vie de la personne âgée en EHPAD ?

3.1 Où placez-vous l'hygiène buccodentaire dans la qualité de vie des résidents ?

Axe : les actions possibles en tant que soignant, les ressources

4. Quelles sont les actions que vous mettez en place quotidiennement pour maintenir l'hygiène buccodentaire des résidents ?

4.1 Face à une personne nécessitant une prise en charge plus complexe, que mettriez-vous en place ?

4.1 Sur quelles ressources pouvez-vous vous appuyer ?

Axe : la collaboration infirmier – aide-soignant

5. Comment percevez-vous la collaboration infirmière/aide-soignante dans la prise en charge des soins bucco-dentaires ?

5.1. A quel moment sollicitez-vous l'aide-soignant/infirmier ?

Axe : les freins dans la prise en charge

6. Pour vous, quelles sont les difficultés dans la prise en soin de l'hygiène buccodentaire des personnes âgées ? De manière individuelle puis institutionnelle.

Axe : les axes d'amélioration possibles dans la prise en soin

7. De votre point de vue, quels sont les axes d'amélioration principaux qu'il serait intéressant d'instaurer dans l'établissement ? De manière individuelle et collective.

Axe : ouverture

8. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

IV. Questions de relance

FEUILLE QUESTIONS DE RELANCE

Axe : faire connaissance avec le professionnel, introduire l'interview.

En quoi est-il important qu'une personne ait une bonne hygiène buccodentaire selon vous ?

Axe : formation des IDE / AS à l'hygiène buccodentaire question back up :

Si oui, par quel organisme ?

Comment ça s'est déroulé ?

Qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique ?

Axe qualité de vie question back up :

L'hygiène buccodentaire a-t-elle un impact sur leur qualité de vie ?

Si oui pourquoi et à quel niveau ? Si non pourquoi ?

Y-a-t-il selon vous un impact au niveau physique ?

Y-a-t-il selon vous un impact au niveau psychologique ?

Y-a-t-il selon vous un impact au niveau social ?

Axe : Les actions possibles en tant que soignant, les ressources

Avez-vous pour habitude de vous occuper de l'hygiène buccale des résidents ?

Axe : La collaboration infirmier – aide-soignant

Est-elle indispensable ?

Lors des transmissions, l'hygiène buccodentaire a-t-elle une place ?

Comment peut-elle être améliorée ?

Axe : Les freins dans la prise en charge

Pour vous personnellement, qu'est-ce qui vous freine ou serait susceptible de vous freiner ?

Institutionnellement, quels sont les freins ? PEC dans le forfait d'une visite chez le dentiste ? Un dentiste vient-il dans l'établissement ?

V. Retranscription de l'entretien avec l'infirmière

« -Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ? Quel a été votre parcours en qualité de soignant ? Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?

-Je suis diplômée depuis 2013, j'ai commencé à l'HAD de Rennes, de la maison de retraite puis je suis allée au bloc opératoire en privé et public. J'ai ensuite fait du domicile, de l'HAD et je suis maintenant dans une maison de retraite de 84 résidents depuis 4 mois.

-Si je vous dis soin buccodentaire, que vous vient-il à l'esprit ?

-ça tombe bien puisque je viens d'avoir une formation avec un dentiste il y a 1 mois sur les soins buccodentaires au sein de l'EHPAD.

-Pourquoi selon vous est-il important que les personnes âgées bénéficient de soins buccodentaires ?

-Ils sont primordiaux, tout ce qui passe par la bouche est ce qu'il va maintenir la personne en vie : l'alimentation, l'hydratation. Un résident présentant une bouche en mauvais état va moins manger, perdre du poids, aura un apport nutritif insuffisant et risque de mourir. C'est indispensable, c'est un risque infectieux également. L'état buccal c'est l'état général du résident.

-Quelles sont les besoins de la personne âgée en matière d'hygiène buccodentaire d'après votre expérience ?

-L'EHPAD c'est le reflet de la société à l'heure actuelle. Des gens vont se brosser les dents à domicile et d'autres pour qui c'est inconcevable. Les personnes âgées n'ont pas eu la culture du brossage de dent, de la visite chez le dentiste annuelle. Ce sont les recommandations que nous avons maintenant, le suivi buccodentaire des enfants est entré désormais dans la population à l'heure actuelle mais nous sommes encore sur des populations n'ayant pas cette culture et cela freine parfois la prise en charge. On va avoir de tout, des gens qui rentrent avec des dents en très bon état, qui ont toutes leurs dents, des gens appareillés haut et bas, des gens ayant des appareils partiels et des gens qui ont des états buccodentaires épouvantables. Nous on s'adapte à ça.

-Quels sont les apports sur l'hygiène buccodentaire que vous avez eu en formation initiale, les pathologies bucco-dentaires faisaient-elles parties du programme ?

-Non aucun apport, ça fait partie de la toilette donc on l'avait évoqué mais la façon de faire jamais nous l'avons vu ni en TP ni en théorie. Même dans mes stages je n'ai pas vu beaucoup de lavages de dents, en revanche en prenant du recul, j'ai vu des choses qui ne sont pas correctes.

-Comme vous l'avez évoqué, vous avez eu l'occasion de recevoir une intervention dernièrement, de quel organisme s'agissait-il et quels ont été les apports ?

-A l'origine c'est le directeur de l'EHPAD qui a pris contact avec l'ARS qui nous a mis en lien avec l'association UFSBD qui s'occupe d'envoyer les chirurgiens-dentistes dans les structures concernées. C'est donc un dentiste qui a fait la formation. Ça s'est déroulé sur 2 jours et nous aurons un retour d'expérience d'ici mi-mars par rapport à ce que nous avons mis en place en fonction des objectifs que nous nous sommes fixés.

- Concrètement dans la pratique, ça donne quoi ?

-Il ne faut pas se donner des objectifs trop compliqué parce que la réalité c'est que ce n'est pas quelque chose qui est encore ancré dans les EHPAD, là j'ai pris un secteur test pour faire un état des lieux des bouches des résidents. C'est un secteur de 14 résidents et j'ai des soignants qui ont 2 résidents chacun en charge. Donc je leur ai demandé de faire cet état des lieux de leurs 2 résidents donc c'est faisable, mais ça fait un mois et je n'ai pas encore eu de retour. Au niveau des équipes c'est compliqué notamment dans la situation covid qui a touché le secteur test donc il y a du retard, les effectifs sont réduits. Maintenant on a déjà mis des choses en place chez pas mal de résidents. On gère l'urgence, un résident ayant un abcès on essaie d'avoir un dentiste le plus vite possible mais la réalité c'est qu'avoir un chirurgien-dentiste qui prend des personnes âgées c'est très compliqué, il y en a très peu. On est en pénurie en campagne de dentiste donc on fait du forcing pour que les soins soient réalisés. Donc l'objectif était de faire un état des lieux, l'UFSBD nous a donné une grille de cotation pour évaluer la bouche du résident en fonction de critères très simples. Ensuite par rapport à ça, chaque référent de deux résident va appeler les familles pour le matériel manquant en chambre, quelquefois on n'a pas de brosse à dent, de dentifrice, de verre... donc petit à petit nous allons rentrer dans le quotidien des familles. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de soins de fait, ça veut dire que nous sommes obligés de fournir le matériel, ce qui n'est pas normal. C'est pour dire que dans les familles ce n'est pas ancré dans leurs habitudes. Les résidents pour lesquels on ne peut pas faire de soins avec une brosse à dent, nous utilisons des compresses, on s'adapte au résident. Quelqu'un qui ne s'est jamais brossé les dents de sa vie, on ne va pas le lui faire. Quelqu'un qui refuse de se brosser les dents, les soins de bouches, on ne va pas être dans la maltraitance mais comme nous a dit le chirurgien-dentiste c'est que ne pas faire de soin de bouche c'est aussi de la maltraitance puisque ça va entraîner des mycoses buccales, des douleurs dentaires, des infections, donc la personne ne va pas manger, va avoir mal et son état général va dégrader. Ce qu'on se rend compte à l'heure actuelle c'est qu'ils apprécient d'avoir la bouche propre, et plus on va le faire plus ils vont s'habituer. Donc c'est ce qu'il faut rentrer dans la tête des soignants, mais qui est compliqué parce que mettre un doigt dans la bouche ce n'est pas évident alors je les accompagne au quotidien. Nous faisons des toilettes

évaluatives donc l'infirmière va accompagner l'aide-soignant sur une toilette, elle va évaluer la toilette à tous les niveaux, et on insiste bien sur le soin de bouche et on prend le temps, on prend le temps de le faire, de montrer et de remonter pour que ça rentre dans la toilette avec des bonnes techniques que le chirurgien-dentiste nous a donné. Alors moi j'essaie au quotidien de les appliquer et de les transmettre.

- Comment définiriez-vous la qualité de vie de la personne âgée en EHPAD ?

-C'est une prise en charge holistique, au niveau infirmier aide-soignant etc, alors une bonne qualité de vie c'est déjà de savoir ce que le résident attend de sa vie en EHPAD, quels sont ses besoins et comment nous pouvons nous ajuster à cela. On essaie de moins médicaliser les EHPAD, c'est-à-dire de faire un lieu de vie qui ressemble plus à ce qu'ils avaient à domicile et par rapport à leurs attentes. Donc la qualité de vie c'est le retour du résident sur comment il se sent au quotidien, comment il va s'adapter à la vie en structure. On essaie de leur donner un environnement et des activités qui correspondent à ce qu'ils aiment et de les maintenir dans un état de santé optimal.

-Vous avez bien décrit sur la plan physique les conséquences d'un mauvais état buccodentaire, selon vous y'a-t-il des conséquences sur le plan psychologique et social ?

-Bien sûr ! Moi j'ai une patiente qui hyper salive à cause des médicaments, elle refuse d'aller aux activités parce qu'elle va hyper saliver, elle craint de contaminer surtout en ce moment, et le regard de l'autre. Quand on a un mauvais état buccal on a une bouche qui sent fort, on sent bien que les gens reculent ce qui est normal. Ça fait partie de la vie en société, ça joue sur le regard de l'autre, l'image de soi, c'est hyper important. Donc certains s'isolent et ça peut aller jusqu'à des états dépressifs, d'autres sont complexés. Il y a des gens qu'on maquille ici parce qu'ils se sont toujours maquillés et si on ne le fait pas ils ne sortent pas de leur chambre. Donc voilà c'est ça, c'est leur donner ce qu'ils avaient à domicile et qu'ils ne peuvent plus faire, leur redonner ça au sein de l'EHPAD en s'adaptant. Les soins d'hygiène sont primordiaux.

- Face à une personne nécessitant une prise en charge plus complexe, que mettriez-vous en place ?

-Si on estime qu'il faut un chirurgien-dentiste, on va déjà contacter la famille pour voir si y'avait un dentiste qui suivait la personne et qui a tout le dossier. S'il n'y en a pas, on demande à la famille laquelle ils veulent, après on prend le rendez-vous ou la famille le prend. Moi j'essaie d'impliquer la famille au maximum pour l'acceptation du soin, si la famille est impliquée le résident va plus accepter le soin. Après on réserve le transport ou la famille accompagne, parce que ce n'est pas remboursé ça, on essaie d'inclure la famille pour que le résident ne soit pas pénalisé non plus, ça peut être un frein le résident ou la famille peuvent se dire non ça va me coûter cher etc... donc on organise ça, les rendez-vous, le suivi en étant toujours à l'écoute du résident et ne pas faire des soins dont il ne

voudrait pas. On gère l'urgence, le confort et le retour du résident, s'il ne veut pas d'appareil dentaire on ne force pas. Après on appelle le chirurgien-dentiste ou on se tourne vers le médecin traitant pour voir si la personne est en état physique pour supporter tout ça. Donc on envoie tout le dossier au dentiste pour voir s'ils sont sous anticoagulants, si y'a un problème cardiaque etc. C'est un travail d'équipe, c'est collégial, ce sont des soins compliqués, surtout si on attend. L'objectif à terme c'est qu'avant l'entrée en EHPAD, on rende obligatoire une visite chez le dentiste pour qu'il y ait déjà une constatation de l'état buccal et que les résidents ne rentrent pas avec déjà des complications car c'est compliqué de soigner après. Donc on aimerait une visite avant l'entrée en EHPAD, sur notre petit livret d'entrée on demande qu'il y ait une brosse à dent et on essaie d'avoir un rendez-vous par un par résident chez le dentiste. A terme ce qu'on aimerait c'est installer un fauteuil dans l'EHPAD pour qu'il y ait une convention faite avec un chirurgien-dentiste qui viendrait faire les soins. Pour que les personnes qu'on ne peut pas déplacer bénéficient des soins. Il y a plein de réflexions là-dessus, mais il n'y a pas de chirurgien-dentiste et c'est une réalité compliquée à accepter.

- Comment percevez-vous la collaboration infirmière/aide-soignante dans la prise en charge des soins bucco-dentaires ?

-Elle se fait au quotidien, l'aide-soignant c'est la première alerte pour l'état buccal, elle est indispensable. Sans elle il serait trop difficile voir impossible de s'apercevoir et répondre correctement aux problèmes. Ça passe par une formation et là j'ai de la chance beaucoup d'aide-soignant par secteurs l'ont eu et on va essayer de la répandre. Au quotidien, il y a encore des soignants qui sont réticents à mettre un doigt dans une bouche ou ouvrir une bouche. Il y a un gros travail à faire de formation, d'approche. C'est déjà le soignant qui doit accepter, se former, savoir faire un bon soin de bouche, savoir repérer les problèmes qu'il y a en bouche et le transmettre à l'infirmière, donc elles me font des transmissions. Certaines fois les problèmes ne sont pas repérés à temps par manque, sûrement par manque de connaissances alors la prise en soin devient plus complexe et plus longue. Moi ce que j'ai fait c'est que sur les plans de soin je détaille les soins de bouche pour chaque résidents. J'indique s'il faut les laver devant le lavabo, s'il faut le stimuler, y'a ça qui est disponible donc on fait ça... et ça il faut le cocher donc ça force le soignant à faire le soin, ce qui n'était pas le cas avant. L'idéal serait un brossage matin et soir mais on sait bien qu'avec les effectifs qu'on a c'est hors de propos il ne faut pas se voiler la face. On s'adapte aux résidents, il y en a qui ne supportent pas le matin, d'autres pas le soir. La collaboration se fait là et sur de la formation au quotidien, quand un soignant est en difficulté on essaie de lui remonter le soin, de dédramatiser les choses et si l'aide-soignant ne le fait pas l'infirmière est en mesure de le faire aussi. Il y a des appareils qui sont difficiles à enlever, qui sont fragiles, c'est l'infirmière qui va prendre la responsabilité de le faire. Le médecin peut aussi être porteur de solutions, ils sont très à l'écoute, prescrivent beaucoup d'anti fongique ou de bicarbonate pour nettoyer les bouches de manière optimale.

- Lors des transmissions l'hygiène buccodentaire est souvent évoquée ?

-C'est ponctuel sur les problèmes.

-Pour vous, quelles sont les difficultés dans la prise en soin de l'hygiène buccodentaire des personnes âgées ? De manière individuelle

-Au niveau individuel c'est le fait que le soin repousse certains soignants, est intrusif pour le résident et parfois désagréable si on s'y prend mal. Au niveau collectif on a un gros manque de temps. On essaie de pallier ça dans notre organisation. Mais le fait que ce soit dans le plan de soin ça devient plus quotidien, ça rentre dans la toilette et dans le calcul du temps. Ça ne prend pas tant de temps que ça et plus on le fait sur le résident plus c'est rapide à faire. Plus on est formé, plus on est rigoureux et habile dans ses gestes, moins ça prend de temps. Donc moi j'y crois, ça va rentrer, mais c'est progressif.

-Et au niveau institutionnel ?

-C'est le directeur qui a été porteur pour cette formation, c'est quelque chose qui lui tient à cœur. Il y a eu beaucoup de soignants à s'inscrire pour la formation, infirmier et aide-soignant, tous motivés. C'est un travail quotidien de longue haleine, de réévaluation. A l'entrée nous avons un formulaire que nous avons modifié pour avoir plus de détails sur les habitudes des résidents. Ce qui est étonnant de constater c'est que parfois les familles ne savent pas si leur parent est appareillé, ils nous font des yeux ronds quand on leur demande s'il se brosse les dents. Ça reste dans l'intime, souvent les familles ne le savent pas. Donc soit le résident est en mesure de nous dire ses habitudes, s'il a déjà été ou non chez le dentiste, ce qu'on rencontre de moins en moins quand même mais on voit de tout.

-De votre point de vue, quels sont les axes d'amélioration principaux qu'il serait intéressant d'instaurer dans l'établissement ? De manière individuelle et collective.

-La formation, il faut former les gens au soins et à repérer les anomalies en bouche. Si on peut installer un fauteuil, avoir des dentistes, ce sont des partenariats, mais c'est un budget non négligeable. Je sais que dans un EHPAD ils ont installé un distributeur de brosse à dents, les familles sont plus à même de prendre dans le distributeur quand elles viennent voir leur parents et pensent à le faire. On essaie de répartir au niveau des aide-soignant des référents de résidents, un soignant pour deux résidents et donc essayer d'avoir un suivi buccodentaire à ce niveau-là. Il faut que ça rentre dans les mentalités, déjà si on arrive à laver la bouche de tout le monde tous les jours ce serait génial, c'est notre objectif.

-Avez-vous quelque chose à ajouter ?

-Non pas spécialement. »

VI. Retranscription de l'entretien avec l'aide-soignante

« **-Depuis quand êtes-vous diplômées et quel a été votre parcours en qualité de soignant ?**

-Moi je suis diplômée depuis 2008 et j'ai toujours travaillé en EHPAD.

-Si je vous dis soin bucco dentaires, que vous vient-il à l'esprit ?

-C'est laver les dents des résidents. Que ce soient les prothèses, les dentiers, qu'ils aient une bonne hygiène buccodentaire est important, c'est ce qui joue un rôle dans l'alimentation, dans les infections

-Pour vous, quels sont les besoins de la PA en matière d'hygiène buccodentaire ?

-Il faut les stimuler pour qu'ils aient le geste de se laver les dents, garder ce geste-là. Tout ce qui est prothèse c'est les laver quotidiennement.

-Avez-vous eu des apports sur l'hygiène buccodentaire en formation initiale ?

-Nous avons dû en parler autour de tout ce qui est gingivites etc... et on avait aussi évoqué l'importance de l'hygiène buccodentaire puisque tout en découle.

-En formation continue, avez-vous eu l'occasion de recevoir des interventions ?

- Moi personnellement non, mais mes collègues oui avec l'UFSBD, régulièrement dans l'année ils font 2 ou 3 formations sur ça

-Aimeriez-vous y participer ?

-Oui totalement, j'ai hâte c'est toujours bénéfique

-Réussirez-vous à définir la qualité de vie de la personne âgée en EHPAD ?

-C'est que la personne âgée se sente bien au sein du service, c'est qu'elle soit comme chez elle malgré qu'elle vive en collectivité. Pour nous leur chambre c'est chez eux. Bien que ce ne soit pas facile de vivre en collectivité, ils peuvent aller dans leur chambre et n'importe où comme bon leur semble.

-Pensez-vous qu'une mauvaise hygiène buccodentaire a un impact sur la qualité de vie des résidents ?

-Oui c'est très important notamment sur l'état général

-Au niveau physique par exemple, l'hygiène buccodentaire a-t-il un impact ?

-Oui, s'ils ont leurs propres dents et qu'ils n'arrivent plus à se brosser les dents, on va les aider avec du bicarbonate qu'on met à fondre. Ce n'est pas toujours facile mais très important, notamment pour l'alimentation, une mauvaise hygiène impactera directement parce qu'il y aura une dégradation des dents, des gencives... Notre médecin coordinateur est très à cheval là-dessus.

-Sur le plan psychologique, a-t-elle un impact ?

-Chez certains résidents oui, une mauvaise hygiène buccodentaire rime avec des dents pas très belles, certains sont plutôt complexés par ça ils nous le disent, d'autres ne veulent rien faire tant qu'ils n'ont pas leur prothèse, d'autres sont indifférents mais la plupart sont quand même attentifs à leur image

-Et sur le plan social ?

-Oui, certains résidents sont repoussés par les autres en raison de leur haleine, même nous le matin quelquefois ça nous repousse. En plus certains ont du mal à parler en raison d'un mauvais appareil donc la communication avec les autres se fait difficilement, ils se renferment sur eux même parfois

-Au quotidien, que mettez-vous en place pour maintenir l'hygiène buccodentaire des résidents ?

-Ce qui est important c'est de leur faire garder leur autonomie par rapport à ce geste. On leur donne la brosse à dent et le dentifrice et ils frottent, même s'ils ne le font pas longtemps au moins ils gardent l'habitude du geste de se brosser les dents régulièrement. On essaie de le faire matin et soir. Et pareil pour les prothèses.

-Vous dites « garder l'habitude » mais pensez-vous qu'ils l'avaient à leur domicile ou c'est une habitude que vous créez ?

-Je pense qu'ils l'ont de plus en plus, il y a 10 ans en EHPAD personne ne savait trop ce que c'était, là il en reste mais la plupart sont au clair avec ça. Il y a des exceptions bien sûr mais en général ils savent ce qu'est une brosse à dent, à quoi ça sert. En tout cas nous en tant que soignant c'est une des missions d'assurer l'hygiène buccale et repérer les problèmes pour prévenir.

-Face à une personne nécessitant une prise en charge plus complexe, que mettez-vous en place ?

-Nous on fait des soins de bouche, on a des cales pour laisser ouvert la bouche, puis on a des bâtonnets pour laver. Soit avec du bicarbonate soit du coca pour leur donner envie de manger et humidifier.

-Si une personne présente un abcès par exemple, que faites-vous ?

-Si la personne ne se plaint pas, on prévient l'infirmière qui va prévenir le dentiste. C'est souvent long, alors si le médecin passe ils sont parfois mis sous antibiotiques ou antidouleur.

-Aucun dentiste ne vient à l'EHPAD ?

-Non du tout

-Comment percevez-vous la collaboration avec l'infirmière autour de ces soins ?

-Si on a un souci elle est là, mais dans les soins elle ne fait jamais, c'est nous en tant qu'aide-soignant qui le faisons. Elle s'occupe des rendez-vous mais ne fait pas le geste. Elles sont tout de même à notre écoute et agissent en conséquence, et si on a un doute elles viennent constater. De toute façon le

travail doit être fait ensemble, c'est la seule façon de bien soigner les résidents, c'est comme pour tout autre problème. On se complète en quelque sorte avec les infirmières.

-L'hygiène buccodentaire est-elle évoquée lors des transmissions ?

-Oui, on a une résidente qui a des soucis, elle est dans le refus catégorique mais du coup elle s'alimente mal, alors on en parle souvent en transmissions. Mais c'est juste évoqué quand il y a des problèmes.

-Voyez-vous des axes d'amélioration possible avec l'infirmière ?

-Ce serait de faire des états des lieux de l'état buccal des résidents une fois par mois ou par trimestre avec l'infirmière pour être au clair.

-Pour vous, quelles sont les difficultés dans la prise en soin de l'hygiène bucco-dentaire ? De manière individuelle

-C'est assez repoussant de les faire le matin, pour l'haleine ou même le visuel mais c'est aussi de faire comprendre aux résidents qu'il faut ouvrir la bouche, on a le système de cales mais c'est agressif. C'est difficile si la personne ne veut pas d'aller contre elle, c'est un soin intrusif. Certains n'aiment pas du tout quand on le fait, ils refusent parfois. Certains ne le comprennent pas parce qu'ils ne le faisaient pas chez eux.

-Au niveau institutionnel, y a-t-il des éléments freinant la prise en charge ?

-Non, on a tout le matériel qu'il nous faut, y'a pas de raison que la personne ne soit pas prise en charge. Il y a une politique bienveillante sur cette thématique, c'est juste la prise des rendez-vous chez le dentiste qui est longue.

-Quels seraient les axes d'amélioration principaux qu'il serait intéressant d'instaurer ? de manière individuelle et collective

-Les axes d'amélioration je ne sais pas trop, ce qu'on met en place nous ce sont des fiches individuels par résident pour pas oublier s'ils ont des dentiers ou autre, s'il fait seul ou s'il faut l'aider... qu'on affiche dans la salle de bain. On essaie de former les stagiaires et les nouveaux arrivants c'est normal. Mais il faudrait qu'on arrive à tous avoir la formation. C'est quelque chose d'important, ça fait partie intégrante de la toilette.

-Lorsque les résidents arrivent dans l'EHPAD ont-il un rdv chez le dentiste ?

-Non du tout, ils ont une fiche de questionnaire pour faire le point sur ce qu'ils ont mais c'est tout.

-La famille joue-t-elle un rôle dans la prise en soin ?

-Surtout pour le transport pour les rendez-vous. Ou s'ils perdent leur dentier, c'est est-ce qu'on doit en refaire etc. et souvent ils refusent à en refaire par rapport au prix, mais si on n'en refait pas la

personne se retrouve à manger du mixer et ne prend plus aucun plaisir et souvent son état général se détériore.

-Avez-vous des choses à ajouter ?

-Je pense que depuis ma formation et que je travaille ça s'est amélioré. On est beaucoup plus attentifs par rapport aux soins d'hygiène qu'avant. On s'aperçoit que tout découle de ça. Avant on se rendait moins compte de l'importance de ces soins et on ne les faisait moins voire pas. Maintenant dès qu'ils ont des dents à enlever on les envoie. Dès qu'ils ont besoin d'avoir un rendez-vous chez le dentiste, on les envoie, que ce soit pour arracher une dent ou remettre bien une prothèse. Dès qu'ils se plaignent on est attentif à ça et les rendez-vous sont pris rapidement mais après le temps d'attente est parfois long. Même au niveau du matériel on n'avait pas tout ça avant, d'ailleurs on a demandé du dentifrice sans fluor parce que certains résidents l'avalent et on l'a eu. Les soignants ont plus de possibilité d'être formés maintenant pendant le travail, mais ça mériterait peut-être de l'être encore plus, surtout à l'école.

-Arrivent-ils à se plaindre ou le cachent-ils parfois ?

-Ils sont dur au mal les résidents, c'est parfois difficile de savoir s'il y a un problème ou non parce qu'ils ne le disent pas pour pas nous embêter ou par honte parce que c'est vu dans les habitudes de tout le monde comme quelque chose de peu ragoutant mais on vit tout le temps avec eux donc on comprend souvent quand ils sont moins bien. Certains se plaignent ouvertement d'autres non, par honte de l'état dentaire ou honte de se plaindre. »

VII. Tableau d'analyse des freins à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire

| Objectifs : Identifier les Freins à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire | Frein budgétaire | Frein culturel | Frein institutionnel | Frein démographique | Frein émotionnel |
|--|---|---|---|--|---|
| Infirmière | <p>« Si on peut installer un fauteuil, avoir des dentistes, ce sont des partenariats, mais c'est un budget non négligeable ».</p> <p>« Après on réserve le transport ou la famille accompagne, parce que ce n'est pas remboursé ça » « ça peut être un frein le résident ou la famille peuvent se dire non ça va me coûter cher »</p> | <p>Pas dans les habitudes de la personne âgée « Les personnes âgées n'ont pas eu la culture du brossage de dent, de la visite chez le dentiste annuelle »</p> <p>« Nous sommes encore sur des populations n'ayant pas cette culture »</p> <p>Pas dans les habitudes de la famille « C'est pour dire que dans les familles ce n'est pas ancré dans leurs habitudes »</p> <p>Pas de matériel prévu par la famille « Ensuite par rapport à ça, chaque référent de deux résident va appeler les familles pour le matériel manquant en chambre, quelquefois on n'a pas de brosse à dent, de dentifrice, de verre... »</p> <p>Méconnaissance des habitudes du résident par la famille « Ce qui est étonnant de constater c'est que parfois les familles ne savent pas si leur parent est appareillé, ils nous font des yeux</p> | <p>Lié au contexte sanitaire : « Au niveau des équipes c'est compliqué, notamment dans la situation covid... les effectifs sont réduits »</p> <p>Organisationnel : « Un gros manque de temps. On essaie de pallier ça dans notre organisation. Mais le fait que ce soit dans le plan de soin ça devient plus quotidien, ça rentre dans la toilette et dans le calcul du temps »</p> | <p>« un chirurgien-dentiste qui prend des personnes âgées c'est très compliqué, il y en a très peu. On est en pénurie en campagne de dentiste »</p> <p>« il n'y a pas de chirurgien-dentiste et c'est une réalité compliquée à accepter. »</p> | <p>Répulsion du soignant : « Au niveau individuel c'est le fait que le soin repousse certains soignant »</p> <p>« Au niveau individuel c'est le fait que le soin repousse certains soignant, »</p> <p>Aspect intrusif : « des soignants qui sont réticents à mettre un doigt dans une bouche ou ouvrir une bouche »</p> <p>« mais qui est compliqué parce que mettre un doigt dans la bouche ce n'est pas évident »</p> <p>« est intrusif pour le résident et parfois désagréable si on s'y prend mal »</p> |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| | | <p>ronds quand on leur demande s'il se brosse les dents. Ça reste dans l'intime, souvent les familles ne le savent pas. »</p> | | | |
| <p>Aide-soignant</p> | <p>« Souvent la famille refuse à refaire les prothèses par rapport au prix »</p> | <p>Pas dans les habitudes de la personne âgée « Certains ne le comprennent pas parce qu'ils ne le faisaient pas chez eux. »</p> <p>Les problèmes dentaires restent non exprimés « Ils sont dur au mal les résidents, c'est parfois difficile de savoir s'il y a un problème ou non parce qu'ils ne le disent pas pour pas nous embêter ou par honte parce que c'est vu dans les habitudes de tout le monde comme quelque chose de peu ragoûtant »</p> <p>Evolution positive « Je pense qu'ils l'ont de plus en plus, il y a 10 ans en EHPAD personne ne savait trop ce que c'était, là il en reste mais la plupart sont au clair avec ça. »</p> | | <p>« Le temps d'attente est parfois long. »</p> <p>« C'est juste la prise des rendez-vous chez le dentiste qui est longue. »</p> <p>« C'est souvent long obtenir un rdv avec un dentiste »</p> | <p>Répulsion du soignant : « Leur haleine même nous le matin quelquefois ça nous repousse »</p> <p>« C'est assez repoussant de les faire le matin, pour l'haleine ou même le visuel »</p> <p>Refus de la personne « Certains n'aiment pas du tout quand on le fait ils refusent parfois. »</p> <p>Soin intrusif « Faire comprendre aux résidents qu'il faut ouvrir la bouche »</p> <p>« C'est difficile si la personne ne veut pas d'aller contre elle, c'est un soin intrusif. »</p> |

VIII. Tableau d'analyse du degré d'apport formatif sur l'hygiène buccodentaire

| Objectif : identifier le degré d'apport et l'implication des professionnels au sujet de formations sur l'hygiène buccodentaire | En formation initiale | En formation continue | La formation vu par l'institut et les soignants |
|--|--|--|---|
| <p>Pour l'infirmière</p> | <p>A l'école :</p> <p>« Non aucun apport » « On l'avait évoqué mais la façon de faire jamais nous l'avons vu ni en TP ni en théorie »</p> <p>En stage :</p> <p>« Même dans mes stages je n'ai pas vu beaucoup de lavages de dents, en revanche en prenant du recul, j'ai vu des choses qui ne sont pas correctes »</p> | <p>Une formation verticale : Qui et de quel manière ?</p> <p>« L'association UFSBD qui s'occupe d'envoyer les chirurgiens-dentistes dans les structures concernées. C'est donc un dentiste qui a fait la formation. Ça s'est déroulé sur 2 jours et nous aurons un retour d'expérience d'ici mi-mars par rapport à ce que nous avons mis en place en fonction des objectifs que nous nous sommes fixés. »</p> <p>« Donc l'objectif était de faire un état des lieux, l'UFSBD nous a donné une grille de cotation pour évaluer la bouche du résident en fonction de critères très simples. »</p> <p>Une grande accessibilité :</p> <p>« j'ai de la chance beaucoup d'aide-soignant par secteurs l'ont eu et on va essayer de la répandre »</p> <p>Les apports :</p> <p>Apport temporel</p> <p>« Plus on est formé, plus on est rigoureux et habile dans ses gestes, moins ça prend de temps »</p> <p>Apport de compétence Clinique</p> | <p>L'institut :</p> <p>« C'est le directeur de l'EHPAD qui a pris contact avec l'ARS qui nous a mis en lien avec l'association UFSBD ».</p> <p>« C'est le directeur qui a été porteur pour cette formation, c'est quelque chose qui lui tient à cœur. »</p> <p>Les soignants :</p> <p>« Il y a eu beaucoup de soignants à s'inscrire pour la formation, infirmier et aide-soignant, tous motivés. »</p> <p>« Il y a un gros travail à faire de formation, d'approche. C'est déjà le soignant qui doit accepter, se former, savoir faire un bon soin de bouche, savoir repérer les problèmes qu'il y a en bouche »</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| | | <p>« il faut former les gens au soin et à repérer les anomalies en bouche »</p> <p>Technique « bonnes techniques que le chirurgien-dentiste nous a donné »</p> <p><u>Une formation horizontale :</u> « La collaboration se fait là et sur de la formation au quotidien, quand un soignant est en difficulté on essaie de lui remonter le soin, »</p> | |
| <p>Pour l'aide-soignant e</p> | <p>A l'école : « Nous avons dû en parler autour de tout ce qui est gingivites etc... et on avait aussi évoqué l'importance de l'hygiène buccodentaire puisque tout en découle. »</p> <p>« ça mériterait peut-être de l'être encore plus, surtout à l'école. »</p> | <p><u>Une formation verticale :</u> « Moi personnellement non, mais mes collègues oui avec l'UFSBD, régulièrement dans l'année ils font 2 ou 3 formations sur ça » « Mais il faudrait qu'on arrive à tous avoir la formation » »</p> <p>Une accessibilité importante : « Les soignants ont plus de possibilité d'être formés maintenant pendant le travail »</p> <p><u>Une formation horizontale :</u> « On essaie de former les stagiaires et les nouveaux arrivants c'est normal »</p> | <p>En parlant d'assister à la formation : « Oui totalement, j'ai hate, c'est toujours bénéfique »</p> |

IX. Tableau d'analyse lien entre qualité de vie et hygiène bucco-dentaire

| Objectif : Identifier le lien entre qualité de vie et hygiène bucco dentaire | Impact physique | Impact psychologique | Impact social |
|--|---|---|---|
| <p>Infirmière</p> | <p>« L'état buccal c'est l'état général du résident. »</p> <p>Risque de dénutrition : « Ils sont primordiaux, tout ce qui passe par la bouche est ce qu'il va maintenir la personne en vie : l'alimentation, l'hydratation. Un résident présentant une bouche en mauvais état va moins manger, perdre du poids, aura un apport nutritif insuffisant et risque de mourir. »</p> <p>« la personne ne va pas manger »</p> <p>Risque infectieux : « C'est indispensable, c'est un risque infectieux également » « ça va entraîner des mycoses buccales, » « des infections, »</p> <p>Risque de douleur : « des douleurs dentaires »</p> <p>Confort : « Ce qu'on se rend compte à l'heure actuelle c'est qu'ils apprécient d'avoir la bouche propre, et plus on va le faire plus ils vont s'habituer »</p> | <p>Etat dépressif « Donc certains s'isolent et ça peut aller jusqu'à des états dépressifs »</p> <p>Complexe « d'autres sont complexés »</p> | <p>Ne pas vouloir impacter les autres « Moi j'ai une patiente qui hyper salive à cause des médicaments, elle refuse d'aller aux activités parce qu'elle va hyper saliver, elle craint de contaminer surtout en ce moment, »</p> <p>L'importance de la vision d'autrui « et le regard de l'autre » « Ça fait partie de la vie en société, ça joue sur le regard de l'autre, l'image de soi, c'est hyper important. »</p> <p>Communication impactée, repoussement par autrui « Quand on a un mauvais état buccal on a une bouche qui sent fort, on sent bien que les gens reculent »</p> <p>Raréfaction des liens sociaux « Donc certains s'isolent »</p> |

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| | <p>“Quelqu’un qui ne s’est jamais brossé les dents de sa vie, on ne va pas le lui faire. Quelqu’un qui refuse de se brosser les dents, les soins de bouches, on ne va pas être dans la maltraitance”</p> | | |
| Aide-soignante | <p>« qu’ils aient une bonne hygiène buccodentaire est important » « c’est très important notamment sur l’état général »</p> <p>« souvent son état général se détériore. »</p> <p>Alimentation « c’est ce qui joue un rôle dans l’alimentation » « notamment pour l’alimentation, une mauvaise hygiène impactera directement parce qu’il y aura une dégradation des dents, des gencives.. »</p> <p>Infection : « dans les infections »</p> | <p>Complexe « une mauvaise hygiène buccodentaire rime avec des dents pas très belles, certains sont plutôt complexés par ça ils nous le disent, »</p> <p>« Certains se plaignent ouvertement d’autres non, par honte de l’état dentaire ou honte de se plaindre »</p> <p>« d’autres ne veulent rien faire tant qu’ils n’ont pas leur prothèse »</p> <p>Indifférence « d’autres sont indifférents »</p> <p>Notion de plaisir « se retrouve à manger du mixer et ne prend plus aucun plaisir »</p> <p>Majoritairement important « mais la plupart sont quand même attentifs à leur image »</p> | <p>Isolement par autrui « Oui, certains résidents sont repoussés par les autres en raison de leur haleine, »</p> <p>Communication verbale impactée « la communication avec les autres se fait difficilement »</p> <p>Raréfaction des liens sociaux « ils se renferment sur eux même parfois »</p> |

X. Tableau d'analyse sur la collaboration au travers des actions

| Objectif : identifier la collaboration et l'individualité au travers des actions | Actions individuelles | Action en collaboration | Axes d'amélioration |
|--|--|--|--|
| Infirmière | <p>Quotidiennes "Chaque référent de deux résidents va appeler les familles pour le matériel manquant en chambre, quelquefois on n'a pas de brosse à dent, de dentifrice, de verre... "</p> <p>Role propre "Moi ce que j'ai fait c'est que sur les plans de soin je détaille les soins de bouche pour chaque résidents" ""indique s'il faut les laver devant le lavabo, s'il faut le stimuler, y'a ça qui est disponible donc on fait ça... "</p> <p>Lorsque la prise en charge est plus complexe Inclusion de la famille "Si on estime qu'il faut un chirurgien-dentiste, on va déjà contacter la famille pour voir si y'avait un dentiste qui suivait la personne et qui a tout le dossier." "S'il n'y en a pas, on demande à la famille laquelle ils veulent, après on prend le rendez-vous ou la famille le prend. Moi</p> | <p>Quotidienne</p> <p>Rôle propre "je les accompagne au quotidien. Nous faisons des toilettes évaluatives donc l'infirmière va accompagner l'aide-soignant sur une toilette"</p> <p>" donc elles me font des transmissions." "C'est ponctuel sur les problèmes."</p> <p>Lorsque la prise en charge est plus complexe "l'aide-soignant c'est la première alerte pour l'état buccal" "On gère l'urgence, un résident ayant un abcès un essaie d'avoir un dentiste le plus vite possible "</p> <p>"Après on appelle le chirurgien-dentiste ou on se tourne vers le médecin traitant pour voir si la personne est en état physique pour supporter tout ça."</p> <p>"C'est un travail d'équipe, c'est collégial"</p> | <p>Collaboration pluriprofessionnelle "L'objectif à terme c'est qu'avant l'entrée en EHPAD, on rendre obligatoire une visite chez le dentiste pour qu'il y ait déjà une constatation de l'état buccale "</p> <p>"Donc on aimerait une visite avant l'entrée en EHPAD"</p> <p>"A terme ce qu'on aimerait c'est installer un fauteuil dans l'EHPAD pour qu'il y ait une convention faite avec un chirurgien-dentiste qui viendrait faire les soins. "</p> |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| | <p>j'essaie d'impliquer la famille au maximum pour l'acceptation du soin, si la famille est impliquée le résident va plus accepter le soin"</p> <p>Outils et astuces "les résidents pour lesquels on ne peut pas faire de soins avec une brosse à dent, nous utilisons des compresses, on s'adapte au résident. " Quelqu'un qui refuse de se brosser les dents, les soins de bouches, on ne va pas être dans la maltraitance mais comme nous a dit le chirurgien-dentiste c'est que ne pas faire de soin de bouche c'est aussi de la maltraitance"</p> <p>"sur notre petit livret d'entrée on demande qu'il y ait une brosse à dent et on essaie d'avoir un rendez-vous par an par résident chez le dentiste."</p> | <p>"Le médecin peut aussi être porteur de solutions, ils sont très à l'écoute, prescrivent beaucoup d'anti fongique ou de bicarbonate pour nettoyer les bouches de manière optimale. "</p> <p>Lié à la formation de UFSBD ""là j'ai pris un secteur test pour faire un état des lieu des bouches des résidents." "des soignants qui ont 2 résidents chacun en charge. Donc je leur ai demandé de faire cet état des lieux de leurs 2 résidents " "on essaie de répartir au niveau des aide-soignant des référents de résidents, un soignant pour deux résidents et donc essayer d'avoir un suivi buccodentaire à ce niveau-là. "</p> | |
| <p>Aide soignante</p> | <p>Quotidiennes "il faut les stimuler pour qu'ils aient le geste de se laver les dents, garder ce geste-là. Tout ce qui est prothèse c'est les laver quotidiennement."</p> | <p>Quotidienne "Si on a un souci elle est là, mais dans les soins elle ne fait jamais, c'est nous en tant qu'aide-soignant qui le faisons. " <p>Lorsque la prise en charge est plus complexe "on prévient</p> </p> | <p>En collaboration "Ce serait de faire des états des lieux de l'état buccal des résidents une fois par mois ou par trimestre avec l'infirmière pour être au clair."</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>“On essaie de le faire matin et soir. Et pareil pour les prothèses.”</p> <p>“ en tant que soignant c’est une des missions d’assurer l’hygiène buccale”</p> <p>Intention de maintien de l’autonomie</p> <p>“leur faire garder leur autonomie par rapport à ce geste. On leur donne la brosse à dent et le dentifrice et ils frottent,”</p> <p>“même s’ils ne le font pas longtemps au moins ils gardent l’habitude du geste de se brosser les dents régulièrement.”</p> <p>Outils et astuces</p> <p>“Nous on fait des soins de bouche, on a des cales pour laisser ouvert la bouche, puis on a des bâtonnets pour laver. Soit avec du bicarbonate soit du coca pour leur donner envie de manger et humidifier.”</p> <p>“on va les aider avec du bicarbonate qu’on met à fondre. “</p> <p>“on met en place nous ce sont des fiches individuels par résident pour pas oublier s’ils ont des dentiers ou autre, s’il fait seul ou s’il faut l’aider... qu’on affiche dans la salle de bain.”</p> | <p>l’infirmière qui va prévenir le dentiste.”</p> <p>“ si le médecin passe ils sont parfois mis sous antibiotiques ou antidouleur.”</p> <p>“si on a un doute elles viennent constater”</p> <p>“ Elle s’occupe des rendez-vous mais ne fait pas le geste”</p> | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | “Ils ont une fiche de questionnaire pour faire le point sur ce qu’ils ont “ | | |
|--|---|--|--|

XI. Tableau d’analyse sur les caractéristiques de la collaboration

| Objectif : identifier des caractéristiques de la collaboration infirmière aide-soignante au sujet de l’hygiène buccodentaire | Une collaboration basée sur les compétences individuelles | Une collaboration qui prend différentes formes | Une collaboration perçue comme indispensable |
|--|---|--|--|
| Infirmière | <p>“Ça passe par une formation “</p> <p>“savoir repérer les problèmes qu’il y a en bouche”</p> <p>“l’aide-soignant c’est la première alerte pour l’état buccal.”</p> <p>“C’est un travail d’équipe, c’est collégial, ce sont des soins compliqués, surtout si on attend”</p> <p>L’impact du manque de formation</p> <p>“Certains fois les problèmes ne sont pas repérés à temps par manque, sûrement par manque de connaissance alors la prise en soin devient plus complexe et plus longue”</p> | <p>Ponctuellement Transmissions</p> <p>“transmettre à l’infirmière, donc elles me font des transmissions. “</p> <p>“C’est ponctuel sur les problèmes.”</p> <p>Quotidiennement Partage de tâche</p> <p>“si l’aide-soignant ne le fait pas l’infirmière est en mesure de le faire aussi. Il y a des appareils qui sont difficiles à enlever, qui sont fragiles, c’est l’infirmière qui va prendre la responsabilité de le faire.”</p> <p>“Elle se fait au quotidien, l’aide-soignant c’est la première alerte pour l’état buccal.”</p> <p>Formation</p> <p>“La collaboration se fait là et sur de la formation au quotidien,”</p> <p>Soutien</p> | <p>“elle est indispensable. Sans elle il serait trop difficile voir impossible de s’apercevoir et répondre correctement aux problèmes”</p> |

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| | | <p>“Quand un soignant est en difficulté on essaie de lui remonter le soin, de dédramatiser les choses”</p> | |
| Aide soignante | <p>“repérer les problèmes pour prévenir.”</p> | <p>Quotidiennement Soutien “-Si on a un souci elle est là”</p> <p>“Iles sont tout de même à notre écoute et agissent en conséquence, et si on a un doute elles viennent constater.”</p> <p>Partage des tâches “mais dans les soins elle ne fait jamais, c’est nous en tant qu’aide-soignant qui le faisons. Elle s’occupe des rendez-vous mais ne fait pas le geste. “</p> <p>“on prévient l’infirmière qui va prévenir le dentiste.”</p> <p>Transmission Lors de situation plus complexes, cela devient quotidien</p> <p>“-Oui, on a une résidente qui a des soucis, elle est dans le refus catégorique mais du coup elle s’alimente mal, alors on en parle souvent en transmissions.”</p> <p>Ponctuellement Transmission “Mais c’est juste évoqué quand il y a des problèmes.”</p> | <p>“De toute façon le travail doit être fait ensemble, c’est la seule façon de bien soigner les résidents, c’est comme pour tout autre problème. On se complète en quelque sorte avec les infirmières.”</p> |

