

**Laëtitia HAUBARD
Ecole d'Infirmiers Anesthésistes
CHU de REIMS
Promotion 2007-2009**

**L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE
PREOPERATOIRE
MON ROLE D'IADE**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu tout au long de la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

I) L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE:

1. Histoire de l'hygiène	page 1
2. Définition de l'hygiène	page 4
3. Définition de l'hygiène hospitalière	page 4
4. Définition de l'hygiène bucco-dentaire	page 5
5. Infections nosocomiales	page 5
5.1 Définition	
5.2 Epidémiologie	page 7
6. Définition de la cavité buccale	page 8
6.1 La bouche	
6.2 Anatomie de la bouche	page 9
6.3 Ecosystème de la bouche	page 9
6.4 Santé Publique	page 11

II) L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN ANESTHESIE

page 13

III) PRISE EN CHARGE EN TERME DE RELATION ET DE COMMUNICATION

page 15

IV) PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

page 16

4.1 Etats de lieux	
4.1.1 Une hygiène bucco-dentaire non systématique	page 16
4.1.2 Un manque d'informations	page 16
4.1.3 Un manque de connaissances	page 17
4.1.4 Un habitus de service	page 17
4.1.5 Patients	page 18
4.2 Problématique	page 18

V) ENTRETIENTS	page 20
5.1 Méthodologie	
5.1.1 Choix de la méthode	
5.1.2 Choix de la population	
5.1.3 Organisation	
5.1.4 Les limites	
5.2 Résultats et analyse de l'enquête	page 22
5.2.1 Entretiens IDE	page 22
5.2.2 Entretiens IADE	page 34
VI) PROPOSITIONS	page 49
CONCLUSION	page 51
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	
RESUME	page verso

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Au cours de ma formation d'IADE, lors de mes différents stages en anesthésie, je me suis trouvée confronter plusieurs fois à une situation que j'ai trouvée particulière : la prise en charge de patients en per-anesthésique dont l'hygiène bucco-dentaire était défectueuse. C'est au moment de procéder à la laryngoscopie que je m'en suis rendue plus particulièrement compte.

Sans émettre un jugement de valeur, les patients présentaient une halitose prononcée. Je sais que celle-ci est majorée par le jeûne, la prémédication qui entraîne une diminution de la sécrétion salivaire, ainsi que le stress.

Hormis l'halitose, la cavité buccale contenait des sécrétions d'aspect douteuses : blanchâtres et collantes.

Tout ceci, m'avait gêné dans le déroulement de ma gestuelle pour réaliser une laryngoscopie de qualité en vue d'une intubation oro-trachéale.

J'ai pu constater que certains collègues étaient tous comme moi, gênés de pratiquer un geste dans une cavité buccale, n'ayant pas eu au préalable, de préparation.

Cela m'interpelle de pratiquer un geste technique dans un endroit non hygiénique car dans mon rôle propre d'infirmière, je me dois de pratiquer des soins de qualité.

Selon l'article 5 du décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique¹, « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les soins et les procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ».

Pour toutes ces raisons, j'ai voulu cibler mon travail de fin d'études sur une problématique en phase avec la profession d'infirmier anesthésiste afin d'améliorer la pratique quotidienne en terme de qualité des soins.

¹ Article R.4311-5 du Décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique.

« De quelle manière l'hygiène bucco-dentaire contribue-t-elle à la prise en charge anesthésique » ?

Cette question de départ m'amènera à étudier l'hygiène bucco-dentaire, son incidence sur l'anesthésie et la relation que l'on peut avoir avec le patient.

Une enquête suivra afin d'éclairer les hypothèses et envisager des améliorations possibles.

I – L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

I - L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE :

L'hygiène hospitalière se définit par de grandes notions comme l'hygiène dans son aspect général dans une unité de soins qui sont des structures particulières en termes de locaux, de promiscuité et de concentration diverse microbienne. Je m'intéresse par la suite plus particulièrement à l'hygiène bucco-dentaire.

1.Histoire de l'hygiène² :

L'hygiène est liée à l'évolution sociale, politique, économique et géographique du monde.

Avant l'ère chrétienne :

Le mot hygiène dérive du nom de la déesse grecque Hygie. Elle fait figure de déesse de la santé et de la propreté.

C'est Hippocrate, un médecin de l'antiquité, qui apportera à l'hygiène et ces premières bases scientifiques. Il comprendra que l'environnement et l'atmosphère auront un rôle sur les maladies infectieuses.

A cette période débute l'hygiène du milieu environnemental, avec la construction des aqueducs, des thermes et l'installation des premiers égouts. Il en découlera la naissance de l'urbanisme à travers l'hygiène publique et l'hygiène de l'environnement.

La disparition de l'Empire Romain, entrainera l'effondrement de l'hygiène publique et il faudra attendre mille ans avant de la voir renaître.

Puis durant une période, l'hygiène sera rejetée par la population, car dans l'esprit, l'eau ramollirait la peau et la rendrait perméable aux germes de la peste.

² COLLECTIF.MASSON. Nouveau cahier de l'infirmière. Hygiène. Paris, 1995. 158 p

Au XVIII^e siècle, ce fut les grandes découvertes avec des données scientifiques solides sur l'hygiène.

Cette époque fut marquée par le début de la médecine préventive avec la découverte du vaccin antivariolique.

Il y aura aussi la découverte par un obstétricien HONGROIS de l'existence de la transmission manuportée, et de là, en découlera le lavage des mains avant de pratiquer des soins auprès des patients.

Suite à l'épidémie de choléra, des réseaux d'eau potable et des « tout-à-l'égout » verront le jour dans les grandes villes.

Dans les années 1850 à 1890, l'antisepsie apparaîtra pour les interventions chirurgicales, la découverte de microbes aux microscopes et l'installation du premier autoclave à l'hôpital Bichat par Émile ROUX, l'élève de PASTEUR.

C'est à cette période, que naît, la préconisation du port de gants stériles pour pratiquer des interventions chirurgicales.

Dans les années 1930, s'effectua la découverte de la pénicilline et des sulfamides.

De 1950 à 1960, il y eu, l'apparition des grandes épidémies d'infections hospitalières qui aboutit après une longue prise de conscience et de travail à l'élaboration et la mise en place d'une circulaire, en 1973, contre la lutte de l'infection hospitalière. A ceci, en découlera la Création du CLI : Comité de Lutte contre les Infections et c'est en 1975 qu'ils deviendront les CLIN : Comités de Lutte Contre les Infections nosocomiales.

L'histoire des CLIN³ a été marquée par plusieurs textes législatifs depuis la circulaire du 18 octobre 1973 relative à la prévention des infections hospitalières, qui suscitait la création de "CLI" peu de temps après les premières résolutions du Conseil de l'Europe (1972).

Ce n'est que 15 ans plus tard que les CLIN deviendront obligatoires, en 1988 pour les établissements publics et privés participant au service public (PSPH), puis en 1999 pour l'hospitalisation privée. Les C-CLIN seront instaurés autour de 1993.

En 2000, tous les établissements de santé seront imposés d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales⁴. Ceci par le biais d'un programme d'objectifs et d'actions en matière de prévention, surveillance, formation, information et évaluation. Le signalement des infections nosocomiales et l'information aux patients dans ce domaine, deviendront obligatoires en 2001.

Ainsi l'histoire nous a conduit à réfléchir aux conditions de vie des hommes dans leur environnement quotidien.

Les CLIN auront vu leur importance dans l'intérêt de l'opinion publique et ministérielle puisqu'il en découlera des missions bien spécifiques à l'égard de notre profession.

³ Décret n°88-657 relatives à l'institution des comités de lutte contre les infections Nosocomiales et Circulaire n°263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales.

⁴ Décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre 1er du titre 1er du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

2. Définition de l'hygiène⁵:

Je définie l'hygiène comme : propreté, absence de germes, de saleté. Pratiques qui contribuent à préserver et à maintenir la santé.

Le terme hygiène vient du grec hugiénon qui signifie « santé », « Sciences et techniques visant à la conservation de la santé, devenue communément synonyme de propreté ».

Autres définitions⁶:

- « Science qui apprend à conserver et à améliorer la santé ».
- « Partie de la médecine étudiant les moyens individuels ou collectifs, les principes et les pratiques qui visent à préserver ou à favoriser la santé ».

- « Ensemble de mesures mises en œuvre pour maintenir la santé et prévenir l'apparition de maladies infectieuses ».

3. Définition de l'hygiène hospitalière :

L'hygiène hospitalière⁷ « est l'un des moyens de lutte contre les infections acquises à l'hôpital par les malades ou par le personnel. C'est une science médicale qui étudie l'ensemble des mesures destinées à améliorer l'état de santé et le confort des personnes.

C'est un ensemble de principes et de pratiques qui demandent rigueur et discipline, et qui engagent la responsabilité de tous dans une équipe de soins ».

⁵ LAROUSSE. Encyclopédie de la famille. 1991. 1148 p

⁶ MASSON. Op.cit, p10

⁷ BRIZON et HERVE. Le cahier de l'aide-soignante. Tome 1, Notions préalables sur les soins, hygiène, ergonomie. France.1995. 479 p

4. Définition de l'hygiène bucco-dentaire :

Je définirai celle-ci comme un ensemble de méthodes permettant de maintenir une propreté buccale et dentaire à visée préventive contre toutes affections et de maintenir un certain confort.

Selon le LAROUSSE médical⁸, « mesure permettant de garder la bouche et les dents propres et saines. Une bonne hygiène buccale réduit le nombre de caries dentaires et prévient la gingivite, et les autres désordres gingivaux. De même, elle évite l'halitose ».

5. Infections nosocomiales :

5.1. Définition :

Selon le ministère de la santé⁹, « les infections nosocomiales sont des infections contractées dans un établissement de santé.

Une infection est considérée nosocomiale si elle était absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement de santé. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai d'au moins 48 heures d'hospitalisation ou un délai supérieur à la période d'incubation de l'infection.

En cas d'infection du site opératoire, le délai communément admis est de 30 jours, ou, s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, d'une année après l'intervention ».

⁸ LAROUSSE. Encyclopédie médicale de la famille. Paris.1993. 1151 p.

⁹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action sociale Comité Technique des Infections Nosocomiales - 2ème édition, 1999 guide du CTIN « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales ».

Cette définition a vu une réactualisation en 2007, car les définitions disponibles dataient de 1999 et ne permettaient pas de prendre en compte les infections contractées au cours de soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Donc actuellement nous employons les termes : « infections liés aux soins (IAS) ».

« Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause. »

L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large. L'IAS comprend l'infection nosocomiale, au sens de contractée dans un établissement de santé, et couvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé.

Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins.

5.2. Epidémiologie ¹⁰:

Selon la dernière enquête de prévalence menée en 2006, concernant les infections nosocomiales, les pneumopathies représentaient 15 % des infections nosocomiales. Il est estimé que les infections nosocomiales (IN) sont la cause directe de mortalité de plus de 3500 décès par an en France. Cette estimation a été faite à partir de l'enquête menée par le CCLIN Paris-Nord en 2001, il y aurait 12 % en moins d'Infections Nosocomiales entre 2001-2006.

On sait qu'il existe plusieurs types d'infections nosocomiales : endogène ou exogène. Peu de données semblent mettre en relation l'écosystème buccal et le risque infectieux en anesthésie, hormis en relation avec la chirurgie cardiaque, et orthopédique.

Toutefois, il est reconnu que le risque d'infections broncho-pulmonaires existe en anesthésie et notamment lors de l'intubation oro-trachéale.

C'est une situation dans laquelle, la flore oro-pharyngée est mise en contact avec l'arbre trachéo-bronchique stérile. Ceci associé à une rupture des défenses des voies aériennes supérieures par administration de gaz secs. De plus, l'intubation est un geste traumatique qui crée une inflammation de la muqueuse.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Sports. Infections nosocomiales : nouvelles mesures de lutte et classement des établissements de santé & Mise en place des indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins. Dossier de presse. Mercredi 21 janvier 2009.

6. Définition de la cavité buccale :

6.1. La Bouche¹¹ : provient du latin : bucca

« Cavité formant le segment initial du tube digestif de l'homme et de certains animaux, permettant l'ingestion des aliments et participant à la respiration et à la phonation ».

Selon Sigmund FREUD¹², la bouche, « c'est l'ouverture par où passe le souffle, la parole, la nourriture. La bouche est le symbole de la puissance créatrice et tout particulièrement de l'insufflation de l'âme.

C'est l'organe de la parole et du souffle, elle symbolise aussi un degré élevé de conscience, un pouvoir organisateur par le moyen de la raison.

Mais cet aspect positif, comme tout symbole, comporte un envers. La force capable de construire, d'animer, d'ordonner, d'élever et également capable de détruire, de tuer, de troubler.

Elle est la médiation entre la situation où se trouve un être, et le monde inférieur ou le monde supérieur, dans lesquels elle peut l'entraîner.

Elle est représentée dans l'iconographie universelle aussi bien par la "gueule du monstre que par les lèvres de l'ange". Elle est aussi bien la porte des enfers que celle du paradis.

La bouche dessine aussi les deux courbes de l'œuf primordial, celle qui correspond au monde d'en haut avec la partie supérieure du palais, celle qui correspond au monde d'en bas avec la mâchoire inférieure. Elle est ainsi le point de départ ou de convergences de deux directions. Elle symbolise l'origine des oppositions, des contraires et des ambiguïtés ».

¹¹ Le Petit Larousse illustré 2000, 1786 p

¹² CHEVALIER Jean, GHEERBRANT Alain. Dictionnaire des symboles, Paris. Mai 1999. 1060 p.

Pour DELDIME et DEMOULIN¹³ , la bouche, est la région du corps qui est susceptible de provoquer le plaisir : zone érogène. Il y a une recherche de satisfaction provoquée par le corps lui-même : l'enfant découvre le plaisir de succion des doigts et d'objets « extérieurs ».

6.2. Anatomie de la bouche :

La bouche est une cavité de la face, située en dessous des fosses nasales et constituant la partie initiale du tube digestif.

Devant la bouche, les lèvres sont le premier rempart avant l'accès à « l'intérieur » de celle-ci. Elle est délimitée en haut par le palais, en bas par un entrelacs de muscles appelé "plancher de la bouche". Sur les côtés et en avant, la délimitation se fait par les dents, et les joues. Elle est fermée en arrière par le voile du palais qui se termine par la luette. L'espace buccal se prolonge par le pharynx qui conduit à l'entrée de l'œsophage et des voies aériennes supérieures : larynx, cavité oro-pharyngée et les fosses nasales.

6.3. Ecosystème de la bouche¹⁴ :

La bouche contient tout un écosystème responsable de son bon maintien ou au contraire, est à l'origine d'affections.

L'écosystème buccal peut être défini comme une niche écologique où cohabitent plusieurs éléments : l'organe dentaire, une flore bactérienne saprophyte, la salive qui est un liquide biologique baignant tous ces éléments ainsi que les muqueuses qui limitent cette niche.

¹³ DELDIME Roger et DEMOULIN Richard. Introduction à la Psychopédagogie. Publié par De Boeck Université. 1994. 402 p.

¹⁴ PELLAT B. Nutrition et parodontologie Bactériologie bucco-dentaire. Paris, 1994. p

La salive a une teneur en eau de 99.5%, 0.5% de substances y sont dissoutes dont la moitié est de nature minérale, l'autre est organique. La salive comporte également, des cellules desquamées et des bactéries, surtout, des streptocoques et des lactobacilles.

Elle joue un rôle important dans la régulation de l'écosystème buccal et dans le maintien de son équilibre. Cependant, elle favorise indirectement le processus de formation de la carie et des parodontopathies en participant au développement de la pellicule acquise exogène et de la plaque bactérienne.

La flore buccale comprend deux écosystèmes, d'une part, la flore de la muqueuse buccale caractérisée par des Streptocoques adhérents aux cellules de l'épithélium jugal et lingual (*Streptococcus salivarius* et *Streptococcus milleri*), et d'autre part la flore composant la plaque dentaire (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis* et *Streptococcus sanguis*, *Actinomyces*, *Fusobacterium*...) et celle du sillon gingival (anaérobies stricts).

Les voies aériennes supérieures sont colonisées par une flore commensale abondante, contenant de nombreuses bactéries. La flore nasopharyngée, associe principalement des bactéries à Gram négatifs (*Staphylococcus epidermidis*, *Neisseria*, *Haemophilus influenzae* et *parainfluenzae*), et des Cocci à Gram positifs (Streptocoques, surtout *Streptococcus pneumoniae* et de façon inconstante *Staphylococcus aureus*).

Lorsque l'écosystème buccal est en déséquilibre de part la colonisation et la multiplication bactérienne, ceci l'oriente vers un processus physiopathologique ; tel que la survenue de caries, de gingivites, de parodontites. Au long cours, d'autres pathologies peuvent survenir comme l'endocardite, pneumopathie d'inhalation, des abcès du cerveau.

La multiplication des Germes Gram Négatifs anaérobies dans la cavité buccale, favorisée par une hygiène défectueuse, est un facteur de risque infectieux.

L'hygiène bucco-dentaire est une préoccupation actuelle, elle fait partie des indicateurs de la santé publique.

6.4. Santé Publique¹⁵:

L'OMS, en 1952, en donne la définition suivante :

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

- Assainir le milieu
- Lutter contre les maladies
- Enseigner les règles d'hygiène personnelle
- Organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'une diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies
- Mettre en œuvre des mesures sociales propres et assure à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».

L'origine de la prévention et de l'organisation des systèmes de soins, au sens moderne du terme, remonte à la fin du XIXe siècle.

C'est sous l'aire de Pasteur et de l'ensemble de ses découvertes, que l'on a vu apparaître la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes.

A partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies.

¹⁵ Infirmier. com. Cours - SANTE PUBLIQUE : NOTIONS DE BASE.

La création de la sécurité Sociale, en 1945, permet progressivement à une majorité de français d'avoir accès aux soins.

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects: curatif, préventif, éducatif, et social.

Son champ d'action est vaste car il couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières.

Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

Depuis 2003, lors du dernier recensement de l'OMS¹⁶ sur l'état bucco-dentaire des français, il a été constaté que 60 % à 90% des enfants d'âge scolaire et la grande partie des adultes (âgés de 35 à 44 ans), présentaient des caries, gingivites.

Ce qui pourrait nous laisser penser que la majorité des personnes présente une colonisation importante de bactéries dans la bouche. C'est-à-dire un déséquilibre de l'écosystème buccal.

Un plan régional de santé publique 2005-2009 à été mis en place dans certains départements de France afin d'améliorer le dépistage des affections bucco-dentaire dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.

(Programme National de santé bucco-dentaire mis en œuvre depuis 2001).

¹⁶ OMS. Améliorer le dépistage des affections bucco dentaires dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco dentaire.

II – L’HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN **ANESTHESIE**

II) L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN ANESTHESIE:

A) Risque infectieux par mécanisme de diffusion

Au cours d'une anesthésie générale, il existe beaucoup de situations ayant un réel risque infectieux. Le problème, c'est que le rôle de l'anesthésie dans la survenue des infections nosocomiales est peu évalué.

En anesthésie, la bouche est la localisation quotidienne des gestes invasifs ou non chez les patients.

L'anesthésie générale, provoque une perte des réflexes laryngés, ce qui peut entraîner un mécanisme de diffusion des micro-bactéries et de là, générer un risque dans une zone anatomique qui n'a plus de mécanisme de défense.

Le contrôle des voies aériennes supérieures par la mise en place d'une sonde, provoque une rupture des défenses de ces voies et engendre une altération de l'efficacité de l'épithélium cilié. Tout ceci, entraîne un processus inflammatoire responsable d'un accroissement de sécrétions et la stagnation du mucus.

Le trajet de la sonde endotrachéale facilite le transfert des germes de l'oropharynx vers la trachée et favorise l'inhalation à bas bruit.

- par le geste : lame laryngoscope
- par les moyens : sonde intubation oro-trachéale, masque laryngé par exemple

Selon une étude réalisée par la Société de Réanimation de Langue Française¹⁷, il a été démontré, que les fuites de sécrétions liquidiennes autour du ballonnet des sondes d'intubation, sont considérées comme un facteur de risque majeur de colonisation bactérienne trachéale et d'acquisition d'une pneumopathie sous ventilation mécanique.

¹⁷ Etude réalisée par la Société de Réanimation et de Langue française (SRLF). Prévention des PAVM : de la pep et du polyuréthane.

Après une injection de bleu de méthylène dans l'espace sous-glottique au dessus-du ballonnet et en l'absence d'une pression expiratoire positive, une fuite a été observée dans 91 % des cas.

Le masque laryngé, entraîne également un risque d'inhalation à bas bruit des sécrétions buccales. Car lors de son positionnement, nous sommes à même de pousser les sécrétions se trouvant au niveau de la cavité buccale vers le carrefour oro-pharyngé.

B) Risque infectieux par voie hématogène

Les intubations trachéales peuvent être traumatiques. Se qui favorise le passage des bactéries présentes dans la cavité buccale dans la circulation systémique et peuvent entraîner une bactériémie.

D'où augmentation du risque d'endocardites chez les patients porteurs de valves cardiaque, de sepsis au niveau des prothèses orthopédiques (notamment prothèse de hanche).

Un tiers des cas d'abcès du poumon est attribué à des bactéries d'origine buccale, soit par inhalation directe de salive ou de plaque, soit par dissémination sanguine.

C) Risque que de bris dentaire

En anesthésie, lors des gestes pratiqués dans la cavité buccale, on peut imaginer que le risque de bris dentaire pourrait être augmenté si le patient présentait une hygiène bucco-dentaire défavorable. Tout ceci-pouvant entraîner une inhalation dentaire.

Cependant les déclarations aux assurances professionnelles ne permettent pas de relier les bris dentaires à des gestes d'hygiène.

III - PRISE EN CHARGE EN TERME DE RELATION ET DE COMMUNICATION

III - PRISE EN CHARGE EN TERME DE RELATION ET DE COMMUNICATION

La relation de communication est très importante dans notre profession, et notamment en pré-anesthésie.

Quel rôle joue l'hygiène bucco-dentaire dans la communication ?

Car cela permet d'écouter, de réconforter et d'expliquer aux patients certaines choses incomprises où dont ils n'avaient pas connaissance. Les patients arrivent stressés au bloc, ils ont surtout peur de l'anesthésie. La relation de communication passe par l'installation d'une confiance entre le patient et le professionnel, ce qui permet d'échanger et de diminuer le stress.

Nous savons que le stress engendre tout un processus de libérations d'hormones (catécholamines ...) qui ont des conséquences en anesthésie.

La relation est un facteur qui favorise la réalisation d'une bonne induction.

Parler à une personne qui présente une halitose, n'entraîne-t-il pas un comportement d'évitement de l'interlocuteur ? Une diminution de la conversion ?

Le rôle de l'infirmier anesthésiste inclut l'accueil des patients au bloc opératoire. Nous nous devons de communiquer car c'est aussi un moyen sécuritaire en anesthésie. Et notamment lors de la vérification de l'identité du patient, du mallampati, du dossier etc. De plus, les gestes anesthésiques qui s'en suivent sont pour la plus part, pratiqués dans la cavité buccale.

Le manque d'hygiène pourrait rendre plus difficile les relations avec les patients, et aussi, avoir une incidence sur la qualité de la prise en charge anesthésique.

Comme le dit Freud, la bouche est l'organe de la parole.

Mais la communication n'est-elle pas un échange de paroles entre deux individus ?

IV - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES **DE TRAVAIL**

IV - PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL:

L'approfondissement de la question initiale par le cadre théorique me permet de poser un certain nombre de constats :

4.1. ETAT DES LIEUX

4.1.1 Une hygiène bucco-dentaire non systématique

- ◆ La bouche est peut-être perçue par l'Infirmière (IDE) comme étant une zone érogène comme le soulève DELDIME et DEMOULIN, ce qui expliquerait peut-être que le professionnel n'ose pas faire cette vérification par connotation ou pudeur.
- ◆ Le fait de vérifier auprès du patient la réalisation de sa douche antiseptique est un acte courant dans la préparation préopératoire. En revanche, la vérification du brossage des dents reste une action délicate dans notre profession. Demander à une personne si elle s'est brossée les dents, peut signifier que l'on remet en cause son hygiène corporelle.
- ◆ Ou alors, si la vérification se fait visuellement, cela nous fait entrer dans l'intimité de la personne, et celle-ci peut appréhender un jugement de valeur. Sachant que nous ne sommes pas là pour juger mais pour réaliser des soins de qualité.

4.1.2 Un manque d'informations

- ◆ Le manque d'hygiène bucco-dentaire est peut-être dû à un manque d'informations concernant le personnel soignant (IDE). Les professionnels ont-ils les informations nécessaires sur l'importance de cette hygiène, au vu des gestes pratiqués en per-anesthésie ?

4.1.3 Un manque de connaissances

Je sais que toute intervention chirurgicale ne nécessite pas obligatoirement une anesthésie générale. Mais nous savons bien qu'en anesthésie, il existe un risque potentiel et qu'à tout moment, la technique anesthésique peut se convertir.

Par exemple lorsque le patient doit bénéficier d'une anesthésie loco-régionale (rachianesthésie), l'IADE est dans l'obligation selon le décret du 5 décembre 1994 et de l'arrêté du 3 octobre 1995, de préparer la salle d'intervention de façon sécuritaire, réglementaire et personnalisée à chaque patient. Car à tout moment l'anesthésie loco-régionale peut être amenée à se convertir en anesthésie générale.

Quelle que soit l'anesthésie, le patient aura bénéficié d'une douche préopératoire avec un agent antiseptique, afin de diminuer la flore cutanée et de ce fait, de diminuer le risque infectieux lors de cet acte.

Cela soulève une grande notion « reconnaissance de l'action anesthésique ». L'acte anesthésiste a-t-il la même reconnaissance que l'acte chirurgical ? Pourrait-on amener au bloc un patient n'ayant pas eu sa douche, sa préparation de champs opératoire ou simplement non déshabillé ? Quelle en seraient les conséquences ? Alors pourquoi ne pas respecter le champ anesthésique ?

4.1.4 Un habitus hospitalier¹⁸ ?

Selon le Petit Larousse illustré, « habitus » signifie comportement acquis est caractéristique d'un groupe social.

Dans notre cas, la reproduction d'un comportement professionnel centré sur les prescriptions chirurgicales, rend moins évident les besoins d'hygiène en anesthésie, surtout lorsqu'ils se confondent avec l'hygiène quotidienne.

¹⁸ Le Petit Larousse illustré. op.cit, p 498

4.1.5 Patients

♦ Les patients, ne se sentent peut-être pas aussi concernés pour la préparation de la bouche que pour le champ chirurgical, car ils n'ont peut-être pas les notions de l'importance de chaque geste effectué au bloc opératoire ?

Ou n'ont-ils peut-être simplement pas les informations nécessaires ? Ne font-ils peut-être pas la relation entre l'hygiène bucco-dentaire et une intervention chirurgicale autre que sur la sphère ORL.

4.2. PROBLEMATIQUE

Le tube digestif est considéré comme « sale » et les voies respiratoires comme « propres » voir stériles. Si l'on respecte les règles de bases liées à l'hygiène, le circuit du linge ou des gestes doivent suivre un circuit allant du plus propre au plus sale afin de limiter la contagion. Hors dans les pratiques anesthésiques, nous faisons des gestes qui vont du plus sale vers le plus propre : lors d'une intubation oro-trachéale, les professionnels de l'anesthésie introduisent un matériel stérile destiné à une zone stérile en passant dans une zone sale. Alors que normalement, c'est l'inverse. Nous devons aller du plus propre vers le plus sale afin de ne pas contaminer la zone propre. Nous pouvons nous demander pourquoi la bouche n'est-elle pas systématiquement propre avant nos gestes ?

Les actes que nous réalisons quotidiennement au niveau de la bouche des patients, génèrent-ils un risque potentiel d'infections nosocomiales ?

Le manque d'hygiène bucco-dentaire peut-il avoir des répercussions ou des conséquences sur la prise en charge du contrôle des voies aériennes supérieures ?
Peut-il engendrer une gêne dans la gestuelle des infirmiers anesthésiste (IADE), du Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) ?

Sur le plan relationnel peut-il altérer la communication soignant / soigné en ayant des répercussions sur une bonne prise en charge anesthésique ?

Face à ceci, nous pouvons nous interroger sur l'importance d'une hygiène bucco-dentaire en pré-anesthésie et nous pouvons nous demander :

« De quelle manière l'hygiène bucco-dentaire contribue-t-elle à la prise en charge anesthésique » ?

Au regard de l'éclairage apporté par mon cadre théorique, il apparaît que l'hygiène bucco-dentaire :

- participe à la sécurité de l'intubation oro-trachéale
- facilite la relation avec le patient

V - ENTRETIENS

V - ENTRETIENS

5.1. Méthodologie

5.1.1 Choix de la méthode

Afin de répondre à mon hypothèse : « De quelle manière de l'hygiène bucco-dentaire contribue-t-elle à la prise en charge anesthésique » ?, j'ai choisi de réaliser mon enquête sous forme d'entretiens directs.

Ce choix me paraissait le mieux adapté car le sujet de mon travail, touche à l'intimité de la personne, et nécessitait une relation plus personnalisée que celle d'un questionnaire.

5.1.2 Choix de la population

Les professionnels interrogés sont des infirmiers diplômés d'état exerçants dans les services de chirurgie et des infirmiers anesthésistes diplômés d'état exerçants dans des blocs opératoires. J'ai fait le choix de ces deux populations, car la préparation préopératoire s'effectue en amont par les IDE alors la prise en charge anesthésique est effectuée par les IADE.

Les infirmières qui ont participé à l'enquête exercent dans les services de chirurgie où sont hospitalisés les patients pris en charge par les IADE interviewés.

Huit IDE et huit IADE, ont acceptés de participer à cette enquête.

5.1.3 Organisation

Pour mener à bien les entretiens, j'ai pris contactes avec les cadres de santé des différents services ciblés, afin d'obtenir leurs autorisations pour effectuer des entretiens auprès des professionnels.

Les entretiens se sont déroulés dans les services auprès des professionnels avec un questionnaire¹⁹ composé de questions ouvertes et fermées.

5.1.4 Les limites

La taille limitée de l'échantillon des personnes rencontrées, n'avait pas pour but d'être exhaustif, mais uniquement représentatif.

¹⁹ Annexe 1 et 2

5.2 RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE :

5.2.1 ENTRETIENS REALISES AUPRES DES IDE DE CHIRURGIE.

Question N°1 : Depuis combien de temps exercez-vous ?

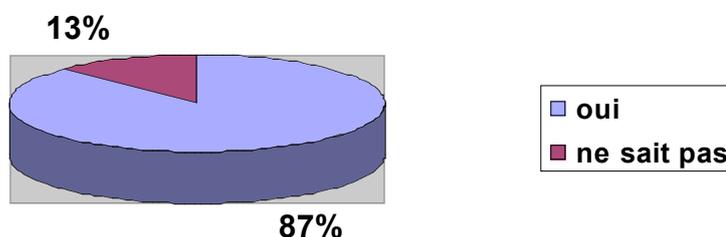
Les chiffres correspondent aux nombres de professionnels interrogés.

Années expériences	2 ans	6 ans	7 ans	10 ans	19 ans
Nombres	2	1	2	2	1

D'après les résultats, 6 IDE sur 8 ont une expérience professionnelle supérieure à 5 ans et 2 d'entre elles exercent depuis 2 ans. On peut en déduire qu'elles ont de l'ancienneté dans la préparation des opérés.

L'analyse des résultats, nous démontre un panel assez diversifié de leurs années d'expériences. La notion d'hygiène, a sans cesse évolué au cours de ces 20 dernières années. Dès lors chacune a sa propre notion de l'hygiène, due aux habitudes de pratiques antérieures, ou de service. Néanmoins, leurs niveaux dans ce domaine devrait être homogène, car le décret du 29 juillet 2004 rappelle et impose, une réactualisation des connaissances professionnelles.

Question N°2 : Existe-t-il un protocole de préparation cutanéomuqueuse préopératoire dans le service ?



D'après les professionnels interrogés, 87% ont répondu qu'il existait un protocole de préparation cutanéomuqueuse préopératoire dans leur service.

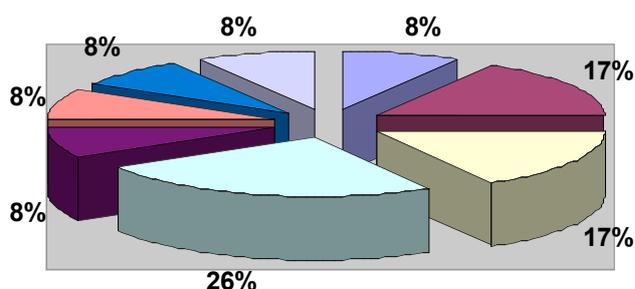
13% ne savent pas s'il existe un protocole dans le service où elles exercent.

Lorsque j'ai demandé si je pouvais obtenir une photocopie de ce protocole, il s'est avéré qu'un seul service possédait un protocole et les autres services, s'appuyaient sur la fiche de liaison service /bloc, pour effectuer la préparation préopératoire du patient [Annexe 3].

J'en conclus qu'il y a une méconnaissance de ce protocole dans certains services. Peut-être due à un manque d'informations ?

Question N°3 : Quelles sont les recommandations de ce protocole?

La douche bétadinée, est réalisée systématiquement par tous les professionnels interrogés. Les autres réponses obtenues sont réparties comme suit :



- + shampoing x2
- + dépilation
- douche bétadinée la veille au soir et le matin de l'intervention
- ou douche chlorexidrine si allergie iode
- + vérification de l'intégrité cutanée
- vérification du nombril
- vérification de la zone opérée
- 1er badigeon

Les plus mentionnés sont la douche à la chlorexidrine si le patient est allergique à l'iode, la douche bétadinée la veille et le matin de l'intervention, et la dépilation.

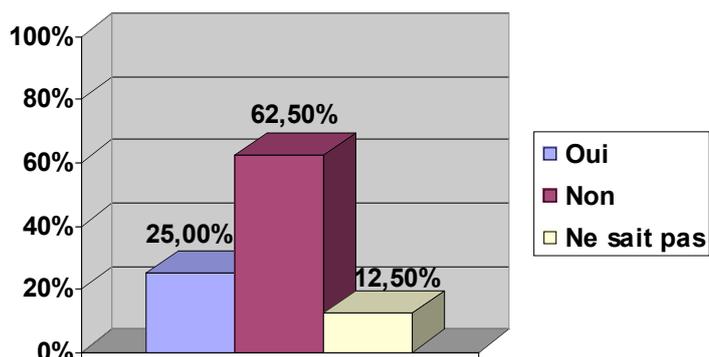
J'en déduis que les IDE attachent beaucoup d'importance dans la préparation cutanée préopératoire, le champ chirurgical est bien pris en compte.

Le chirurgien peut pratiquer les gestes dans de bonnes conditions car tout est mis en œuvre dans cette préparation, c'est-à-dire la douche bétadinée, le shampoing, la dépilation. La zone opératoire est représentative.

En ce qui concerne la préparation buccale, je m'aperçois qu'elle ne fait pas partie des priorités de la préparation de l'opéré. Car à aucun moment, ce soin est mentionné par les infirmières interrogées.

Est-ce peut-être par manque de connaissances des IDE concernant les gestes pratiqués en anesthésie ?

Question N°4 : L'hygiène bucco-dentaire est-elle instaurée dans le protocole ?



L'analyse de cette question démontre que les IDE n'ont pas pleinement connaissance du contenu du protocole de préparation cutanéomuqueuse préopératoire de l'opéré. La majorité des IDE relatent l'absence de protocole bucco-dentaire alors que celui-ci est bien instauré.

Il existe un protocole établi et qui a été réactualisé en décembre 2006. [Annexe 4]

En approfondissant mon analyse de cette question, il apparaît que :

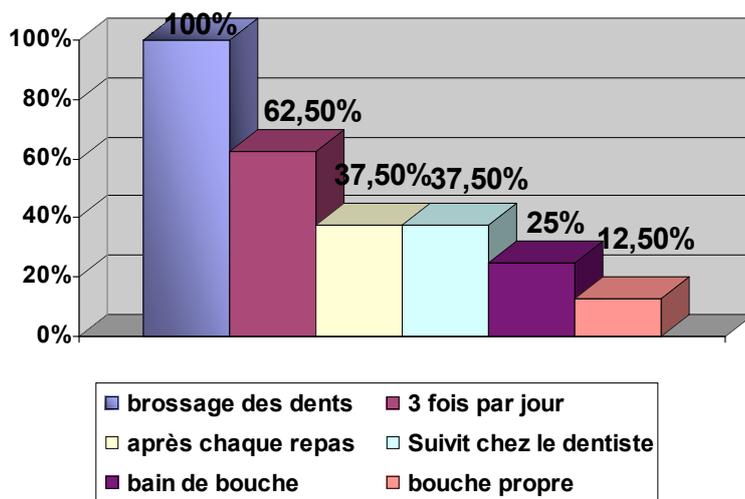
- certaines personnes ont répondu qu'il n'était pas nécessaire que ce soin soit stipulé dans le protocole car il faisait partie des pratiques quotidiennes en matière d'hygiène corporelle chez chaque individu,

- les personnes qui ont connaissance de ce soin dans le protocole, ont mentionné que cela permettait de rappeler aux patients qu'ils devaient pratiquer le lavage de dents en leur donnant ainsi le matériel nécessaire (1 brosse à dent, du dentifrice, un gobelet),

- Dans un service de chirurgie, le bain de bouche médicamenteux à l'Eludril est pratiqué systématiquement chez tous les patients, par habitudes du service. Afin de diminuer la flore bactérienne présente dans le champ chirurgical.

L'existence d'un protocole ne permet pas de garantir qu'il soit compris et appliqué de la même manière par les IDE.

Question N° 5 : Selon vous, qu'est-ce qu'une hygiène bucco-dentaire normale ?



100% des IDE interrogés ont répondu à cette question par un brossage de dents. Ensuite ont été ajoutés : 3 fois par jour, après chaque repas, un suivit régulier chez le dentiste, une bouche propre et en bonne santé.

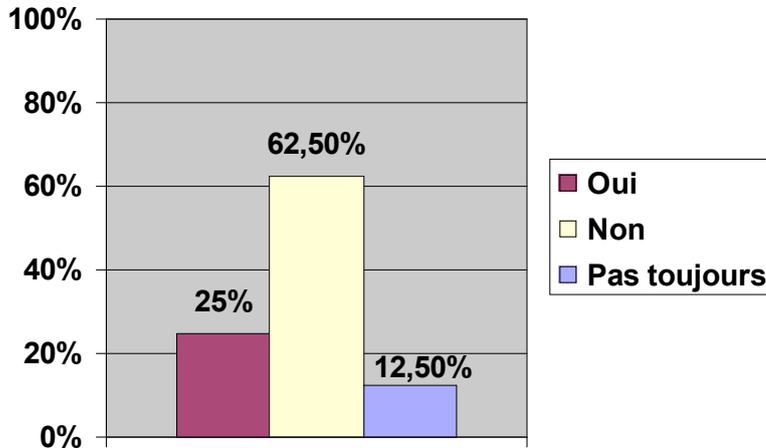
J'ai pu constater que sur la base commune de la définition de l'hygiène bucco-dentaire, la majorité des IDE relatent une prise en charge quotidienne au regard des recommandations des campagnes de la santé publique selon une définition conforme à celle de l'OMS : « la santé bucco-dentaire désigne l'absence de carie, de déchaussement des dents ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale ».

A savoir :

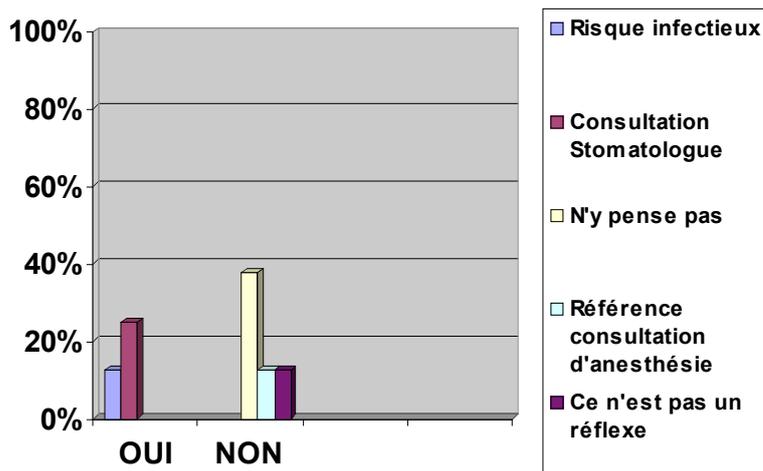
- un brossage de dents
- 3 fois par jour
- après chaque repas
- les bains de bouche, avec utilisation d'éludril, de bétadine

Dans ces réponses, on touche la notion de transposition. Les professionnelles de santé transposent des valeurs personnelles sur leur champ professionnel.

Question N° 6 : Effectuez-vous une vérification de l'hygiène bucco-dentaire auprès des patients avant leur départ au bloc opératoire ?



D'après les résultats, la majorité des IDE interviewées n'effectuent pas de vérification de l'hygiène bucco-dentaire auprès des patients avant leur départ pour le bloc opératoire.



Les raisons mentionnées parmi les personnes qui n'effectuent pas de vérification sont :

- disent ne pas y penser,
- ne pas être un réflexe,
- se réfèrent à la consultation d'anesthésie en vue d'une éventuelle prescription.

Selon certains professionnels, il faut responsabiliser les patients. Ceux-ci donnent aux patients le matériel nécessaire pour effectuer un bain de bouche, et leurs font confiance quand au geste d'hygiène bucco-dentaire. Pour eux, il ne faut pas les forcer à faire ce soin, dans la mesure où le gobelet est vide, cela signifie que le soin est fait.

Pour autant, cela ne mériterait-il pas une vérification ?

Parmi les personnes qui vérifient, leurs raisons sont :

- elles estiment qu'il existe un risque infectieux en relation avec l'hygiène bucco-dentaire.

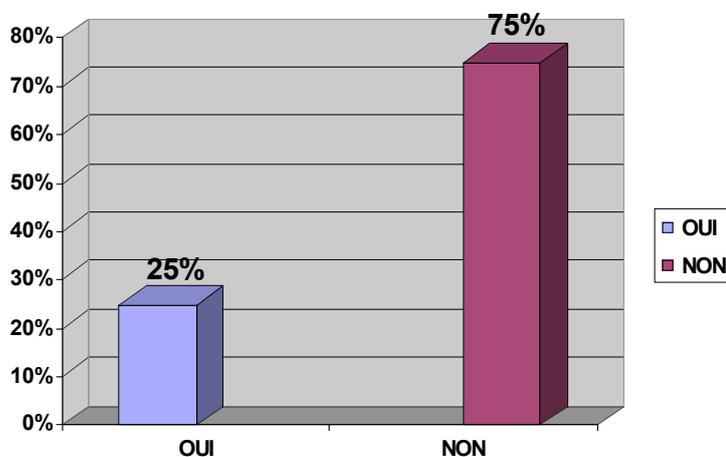
- c'est une continuité de soins vis-à-vis de la consultation au préalable chez le stomatologue.

Une seule IDE procède à une vérification visuelle auprès des patients.

Pour les autres professionnels, la vérification est basée selon l'haleine du patient, et l'ablation des prothèses dentaires.

Cette forme de vérification est peut-être due à une certaine pudeur du soignant. Peut-être qu'il voit-il la bouche comme étant un symbole érogène (comme l'a décrit DELDIME) et de ce fait, n'ose pas entrer dans l'intimité des patients.

Question N° 7 : Les patients ont-ils des informations concernant un brossage dentaire préopératoire ?



75% des IDE affirment ne pas donner d'informations concernant la nécessité d'un brossage dentaire préopératoire aux patients. Car elles estiment que c'est un soin qui fait parti de l'hygiène corporelle de chaque individu.

Seulement 25 % des IDE, informent les patients sur ce soin à pratiquer.

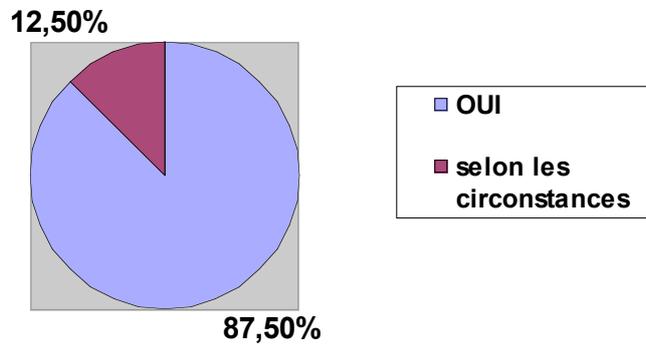
Ce soin fait parti des acquisitions infantiles. La nécessité de le rappeler et donc moins prégnante.

Les IDE ne voient pas l'utilité d'informer les patients sur un brossage dentaire préopératoire, car elles ne font pas de liens avec les gestes pratiqués en anesthésie.

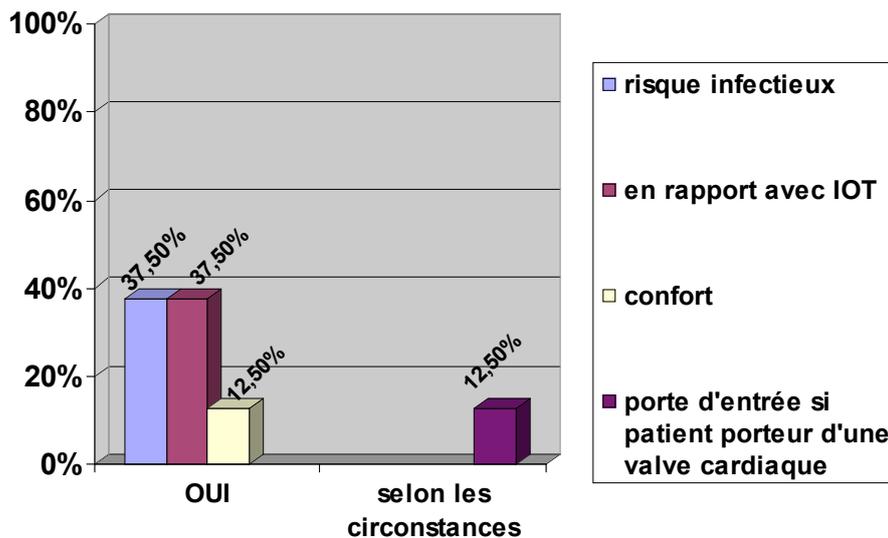
Donc, on peut s'apercevoir que tant qu'il y a un champ chirurgical, il y existe un protocole d'hygiène mais si l'on sort de ce champ chirurgical, il n'y a plus de protocole.

Pourtant selon les recommandations du CLIN [Annexe 5], tous patients devant subir un acte chirurgical, se doivent de pratiquer une hygiène corporelle avec une solution antiseptique, et effectuer un brossage des dents en préopératoire.

Question N°8 : Pensez-vous que l'hygiène bucco-dentaire a une importance dans la préparation cutanéomuqueuse préopératoire du patient?



87,5 % des IDE ont répondu que l'hygiène bucco-dentaire avait une importance dans la préparation préopératoire du patient, et 12,5 % ont répondu : selon les circonstances.



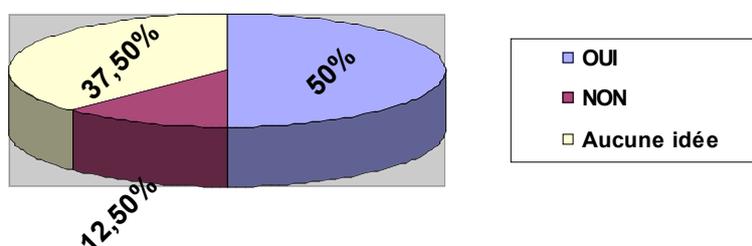
Parmi les 87,5 % des personnes qui ont répondu que cette hygiène avait une importance dans la préparation de l'opéré, 37,5% ont répondu qu'il y avait un risque infectieux et 37,5% ont fait un lien entre cette hygiène et un éventuel risque en rapport avec l'intubation oro-trachéale (bris dentaire).

12,5% ont suggéré que l'hygiène bucco-dentaire pouvait procurer un confort pour le patient, pour l'opérateur et l'ensemble des personnels qui le prennent en charge.

Les 12,5% qui ont répondu « selon les circonstances », y voient une importance si le patient est porteur d'une valve cardiaque (car il y a un risque d'endocardite).

Tout ceci nous amène à la prise en charge de la cavité buccale, seulement s'il y a un acte chirurgical, ou si les patients sont porteurs d'une valve cardiaque.

Question N° 9 : Pensez-vous qu'il puisse y avoir un risque d'infections nosocomiales en rapport avec la cavité buccale et la prise en charge anesthésique ?



On peut voir sur ce graphique, que la majorité des IDE pensent qu'il peut y avoir un risque d'infections nosocomiales en relation avec la cavité buccale et la prise en charge anesthésique.

37,5% des IDE ne se sont jamais posé la question et 12,5% pensent qu'il n'existe pas de risque.

J'en déduis, que les IDE manquent d'informations concernant les gestes anesthésiques et les risques encourus lorsque le patient présente une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Conclusion :

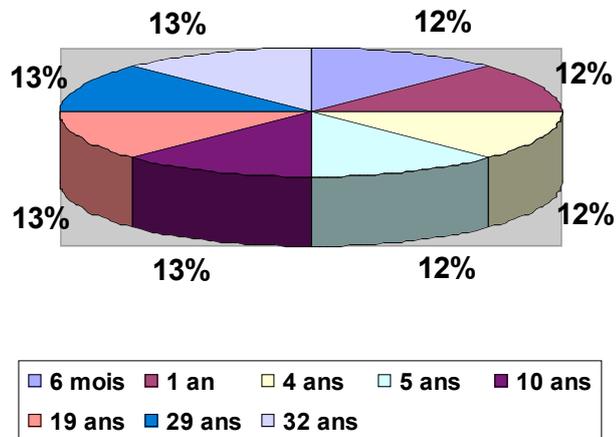
Ces entretiens ont permis de démontrer que les infirmiers avaient une connaissance approximative du contenu du protocole cutanéomuqueuses préopératoire. Car pour les professionnels interrogés, l'hygiène bucco-dentaire ne fait pas parti de celui-ci. Alors que ce soin est bien instauré dans ce protocole.

On a pu s'apercevoir que l'hygiène buccale, n'entrait pas dans les priorités des soins lors de la préparation préopératoire de l'opéré, sauf si l'intervention chirurgicale est de nature ORL ou cardiaque.

Cette situation est en grande partie responsable de l'état d'hygiène bucco-dentaire que j'ai pu constater chez les patients en préopératoire

5.2.2 ENTRETIENS REALISES AUPRES DES IADE

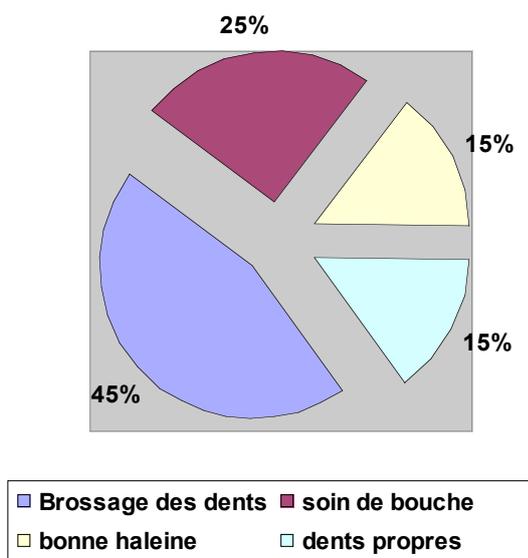
Question N°1 : Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'Infirmier Anesthésiste ?



D'après les réponses obtenues, on s'aperçoit que de la majorité des IADE interrogés, ont une expérience professionnelle supérieure à 5 ans.

J'en déduis qu'ils ont une expérience assez soutenue, ce qui va peut-être renforcer ou non mon constat de départ.

Question N°2 : Que représente pour vous une hygiène bucco-dentaire normale ?



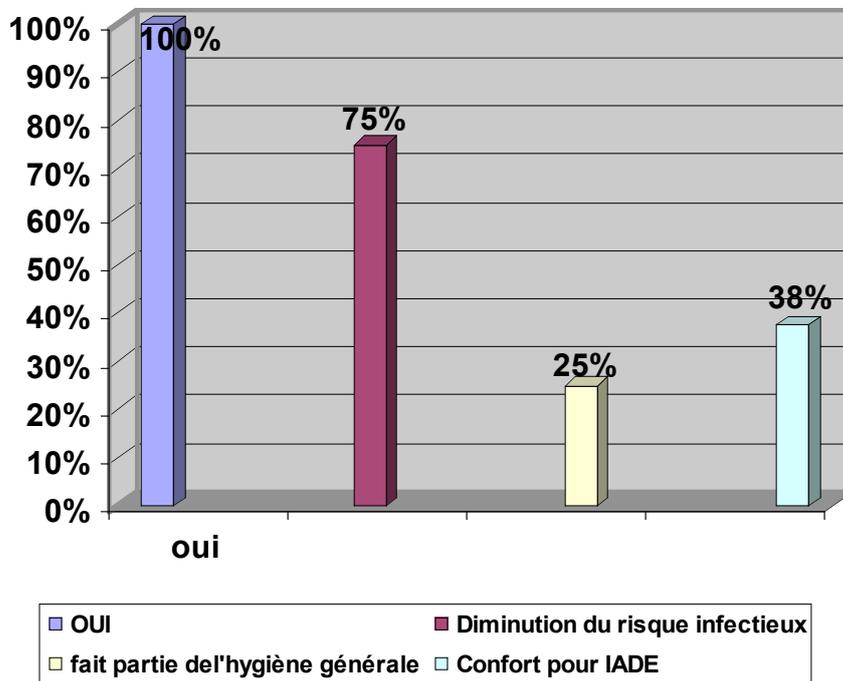
Nous remarquons que le brossage des dents est fortement mentionné, juste derrière vient la réalisation du soin de bouche, puis se sera la visite chez le dentiste, l'absence de sécheresse buccale qui seront cités.

L'analyse de cette question confirme que le brossage des dents et/ou un bain de bouche reflète l'hygiène bucco-dentaire normale auprès des IADE interrogés.

Les réponses restent dans une logique simple. Le brossage des dents, est l'acte qui est réalisé quotidiennement par tout à chacun. Le simple fait de procéder au brossage des dents avec un dentifrice quel qu'il soit, procure une sensation de propreté et de confort.

Les solutions pour bains de bouches quant à eux, représentent plus une notion d'antiseptique. Un bain de bouche s'effectuera en principe, dans une bouche propre, en l'occurrence après un brossage des dents.

Question N°3 : Pensez-vous que l'hygiène buccale a sa place dans un protocole de préparation cutanéomuqueuse préopératoire ?

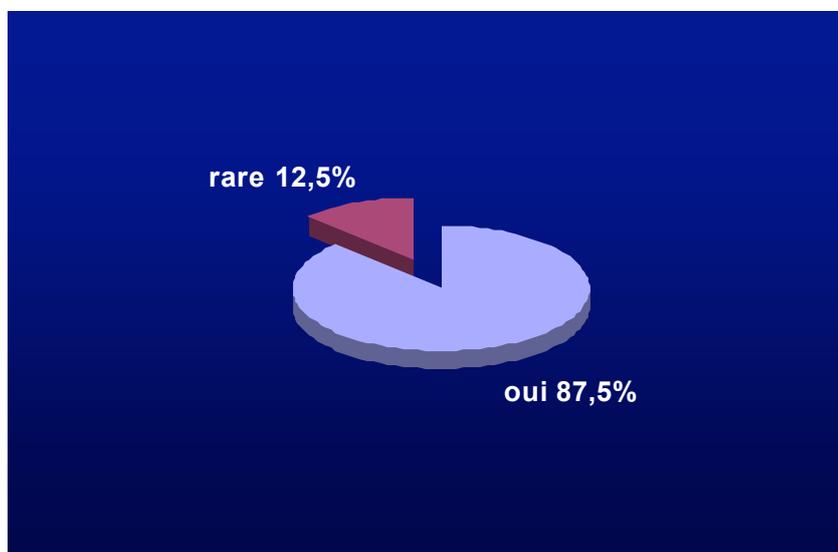


Tous les IADE interrogés ont répondu que l'hygiène buccale avait sa place dans le protocole. Et ce pour les raisons suivantes :

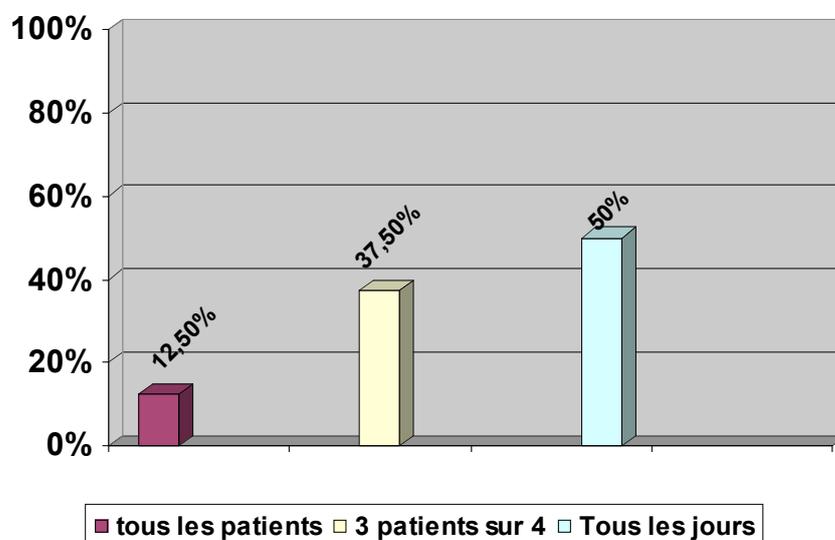
- cela permettait de diminuer le risque infectieux en diminuant le taux des micro-organismes de la cavité buccale.
- elle fait partie de l'hygiène en générale
- permet un certain confort pour le patient et pour l'IADE ou le MAR (pour les personnes qui se trouvent à la tête en per-anesthésie).

Donc on s'aperçoit que ceci pourrait diminuer le risque infectieux, entraînerai un certain confort pour le patient et l'équipe anesthésique.

Question N°4 : Lors de votre pratique professionnelle avez-vous déjà rencontré des patients dont l'hygiène bucco-dentaire était déficiente ?



87,5% ont répondu avoir pris en charge des patients qui présentaient une hygiène bucco-dentaire déficiente, et ce, fréquemment.



C'est-à-dire, 12,5% ont répondu qu'ils rencontraient une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez tous les patients, d'autres ont dit environ 3 patients sur 4 ou au moins 1 patient par jour.

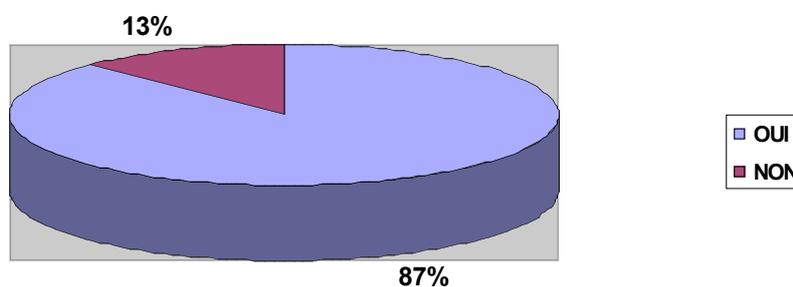
Quelques personnes se sont rarement retrouvées confronter à cette situation.

Tout ceci démontre que la plupart des patients pris en charge au bloc opératoire, sont porteur d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Et ce malgré la mise en place d'un protocole, d'une fiche de liaison service/ bloc opératoire concernant la préparation cutanéomuqueuse de l'opéré.

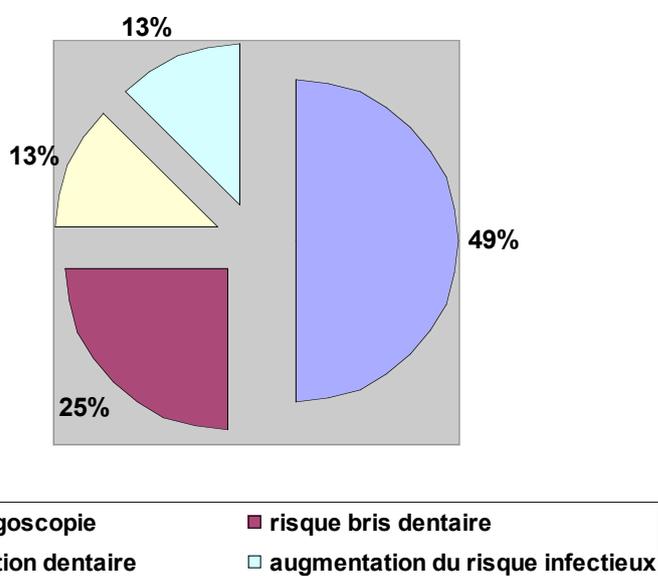
Peut-être est-ce par manque d'informations ? Car il y a certains patients pour qui le jeûne signifie : « l'absence d'eau dans la bouche » et de surcroît, ne se brossent pas les dents.

Toutes ces réponses, viennent renforcer l'absence de vérification de ce soin en amont dans la préparation de l'opéré.

Question N°5 : Pensez-vous qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire puisse engendrer une gêne dans la prise en charge anesthésique du patient ?



75% des IADE interrogés ont répondu OUI et 25% ont répondu NON.



Parmi les 75%, la gêne se trouvant au moment de la laryngoscopie et ce à cause de mucosités, d'amas de saleté ce qui pose un problème pour y introduire la lame du laryngoscope.

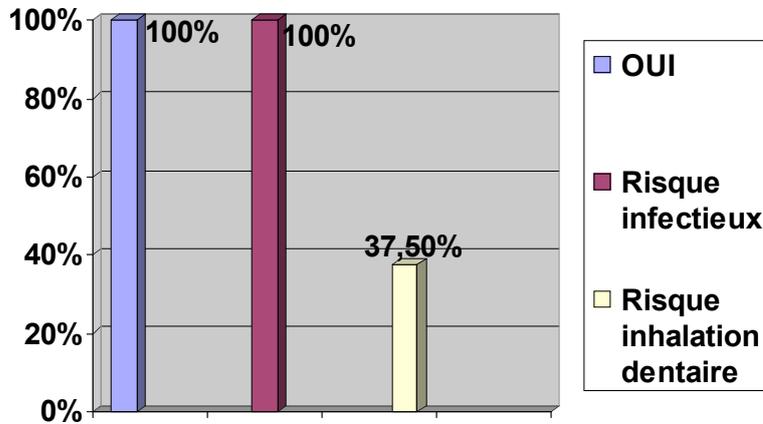
Certains IADE expliquent exercer un léger passage en force. Donc en découle une augmentation d'un risque de lésion, de bris dentaire et de surcroît à un risque infectieux et d'inhalation dentaire.

Cette mauvais hygiène, gêne à la laryngoscopie ce qui peut entrainer à une augmentation du risque hypoxique et par conséquent une augmentation du risque vital.

Il a aussi été mentionné que la mauvaise hygiène bucco-dentaire entrainait un inconfort pour l'IADE ou le MAR.

J'en conclue qu'un problème d'hygiène quotidien peut potentiellement entrainer un problème de risque vital.

Question N°6 : Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle générer un risque réel ou potentiel pour le patient lors de la prise en charge anesthésique ?



Tous les IADE ont répondu que cela pouvait entraîner un risque réel ou potentiel, et en priorité, le risque infectieux.

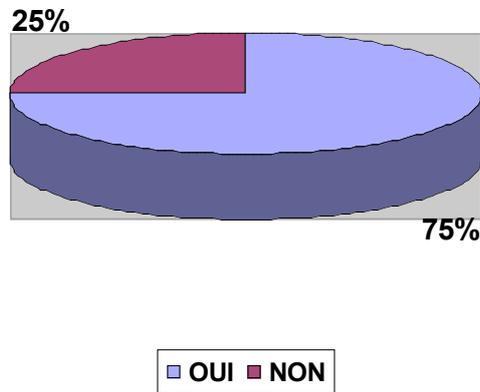
Car l'intubation met en contact la flore oro-pharyngée avec l'arbre trachéo-bronchique qui est stérile. D'où une augmentation du risque infectieux avec les sécrétions buccale.

Nous savons que le rôle de l'anesthésie dans la survenue des infections nosocomiales et en particulier pour les pneumopathies est peu évalué, car le temps de l'intubation est en général de courte durée. Mais comme je l'ai démontré dans la partie théorique de ce travail, le risque d'infection nosocomiale est présent.

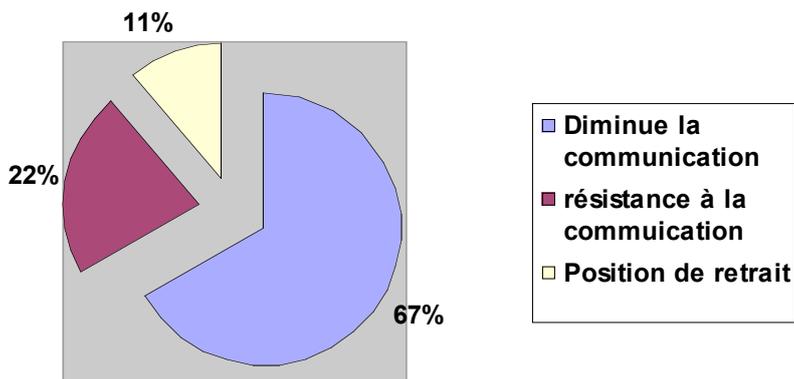
Les autres risques cités, le risque d'inhalation dentaire à cause d'un déchaussement dentaire.

J'en conclue que les collègues sont confrontés quotidiennement à un risque supplémentaire dans leurs pratiques anesthésiques.

Question N°7 : Pensez-vous qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire puisse altérer la communication entre les soignants / soignés ?



D'après les résultats, on s'aperçoit que pour un grand nombre de professionnels, l'hygiène bucco-dentaire entre en rapport avec la communication.



Les raisons émises sont : que cela génère une résistance à la communication, les professionnels écoutent la conversation, posent moins de questions, vont à l'essentiel. Quelque fois, il peut y avoir une attitude d'évitement, de retrait lors de la communication.

Tout ceci affirme qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, entraîne une altération de la communication soignant / soigné.

Mais dans notre profession, la communication n'est elle pas un atout majeur dans la prise en charge anesthésique ?

Car le rôle de l'IADE inclut naturellement l'accueil du patient au bloc opératoire.

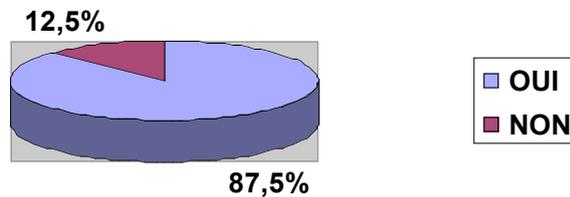
Dans notre profession, nous sommes tenues d'instaurer une relation fonctionnelle, c'est-à-dire, recueillir des informations, dans le but d'avoir une connaissance effective de la personne, en vue de mieux adapter nos soins à ses besoins.

Tout acte, geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné, et passe par une communication verbale.

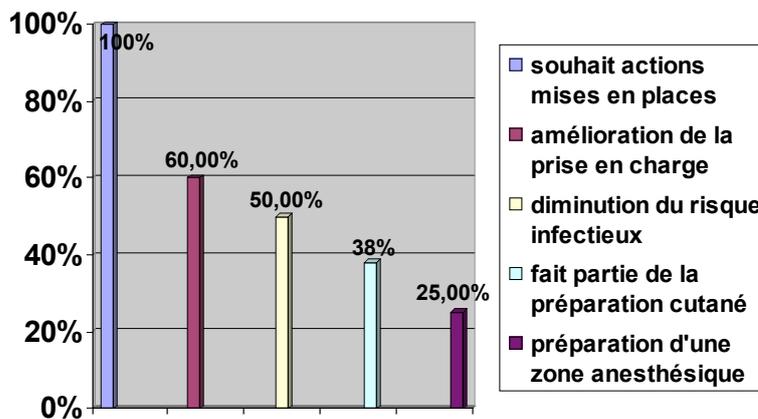
La relation de communication permet de mettre les patients en confiance, et de diminuer leur stress.

Mais alors, en acceptant de pratiquer ainsi, ne sommes nous pas entrain de détériorer la communication soignant / soigné ? Et par la même occasion pratiquer des soins de moins bonne qualité ?

Question N°8 : Pensez-vous qu'il est nécessaire de soulever ce constat : « le manque d'hygiène bucco-dentaire en préopératoire » ?



Pour 87,5% des IADE il est nécessaire de soulever ce constat.



Certains items ont été mentionnés plusieurs fois, c'est pourquoi je n'obtiens pas un résultat de 100%.

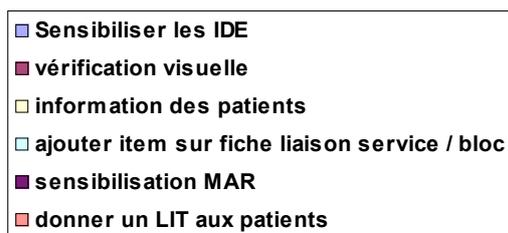
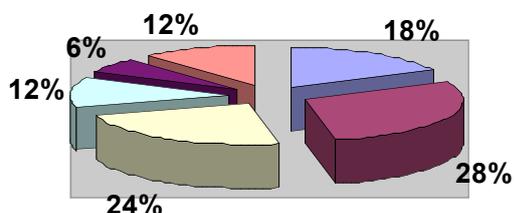
Les raisons les plus citées sont que, en soulevant ce constat, des actions pourraient améliorer la prise en charge anesthésique du patient et diminuer le risque infectieux.

Ensuite vient le fait que cette hygiène fait normalement partie de la préparation cutanéomuqueuse préopératoire.

Certains ont affirmés que cela permettrait de préparer une zone anesthésique tout comme une zone chirurgicale, et apporterait également un confort pour le patient et l'équipe anesthésique.

J'en conclus que d'après les collègues, le fait de soulever ce constat, pourrait amener certaines actions à voir le jour. D'où une meilleure prise en charge pour le patient, un confort pour l'équipe anesthésique, et une reconnaissance de la zone anesthésique.

Question N°9 : Avez-vous des suggestions ?



Les suggestions soumises par les IADE sont :

- ré-informer les services sur la nécessité de pratiquer une vérification d'un brossage dentaire et / ou un soin de bouche chez les patients en préopératoire.
- Effectuer une vérification visuelle
- Sensibiliser les IDE sur les gestes pratiqués en anesthésie
- Informer les patients sur le brossage des dents et sur le fait d'être à jeun ne signifie pas l'absence de brossage dentaire
- Ajouter l'item : brossage des dents sur la feuille liaison service / bloc
- Sensibiliser le MAR pour qu'il stipule ce soin lors de la consultation d'anesthésie
- Donner un kit à chaque patient : une brosse à dent, du dentifrice

Toutes ces suggestions ont été émises afin de pouvoir peut-être pratiquer des soins dans une zone qui serait reconnue comme étant un champ anesthésique de par sa préparation au préalable.

A ma surprise, aucun IADE ne s'est proposé pour la réaliser lui-même ce soin.

Est-ce par la faute de manques de moyens ou de temps ?

Conclusion :

L'étude des réponses fournis par les IADE vient renforcer mon constat de départ : « il existe une mauvaise hygiène bucco-dentaire préopératoire ».

Car celle-ci est très présente malgré les recommandations d'hygiène existantes.

J'ai constaté qu'il y avait une inadéquation entre les recommandations de la préparation cutané-muqueuse de l'opéré et le constat lors de la prise en charge per-anesthésique.

Les IADE, sont fréquemment confrontés à ce manque de préparation.

De par leur formation, ils connaissent les risques encourus, et souhaiterais pouvoir pratiquer des gestes dans une zone hygiénique, afin de les minimiser.

Mes hypothèses sont aussi vérifiées, puisqu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire à un impact sur la sécurité et le confort du patient.

Mon étude ouvre sur des propositions selon trois axes que je vais développer dans la partie suivante.

VI- PROPOSITIONS

VI – PROPOSITIONS :

C'est au cours de mes deux années de formation à l'école d'IADE, selon les différents stages pratiqués, que j'ai pu m'apercevoir que l'hygiène bucco-dentaire préopératoire n'était pas toujours respectée.

En tant que futur IADE, pour améliorer la sécurité, l'hygiène et la qualité de la relation avec les patients, les résultats de mon enquête me conduisent aux propositions suivantes :

6.1 En rapport avec l'hygiène

▶ Assurer un soin d'hygiène bucco-dentaire effectué par les IADE quand ils auront constatés que les patients présentent une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

▶ Introduire dans toutes les fiches de liaison service – bloc opératoire l'item « brossage dentaire ».

▶ Dissocier l'item « hygiène bucco-dentaire » de celui de « l'hygiène cutané ».
Afin de pouvoir justifier la façon dont ce soin a été prodigué. J'entends par là :

- brossage des dents avec du dentifrice
- soins de bouche

6.2 En rapport avec la sécurité

▶ Sensibilisation de tous les patients par le MAR, lors de la consultation pré-anesthésique.

▶ Travailler en collaboration avec le médecin hygiéniste, les infirmières hygiénistes afin de peut-être mettre en place un protocole « d'hygiène bucco-dentaire préopératoire pour tous les patients ». Et effectuer son suivi en faisant une évaluation de cette hygiène et ses conséquences.

Faire la comparaison des taux d'incidences des infections. Pour ce faire, comparer plusieurs et les procédures d'hygiène bucco-dentaire mises en place.

► L'introduction de l'item « l'hygiène bucco-dentaire » permettrait peut-être de voir s'il y a une causalité entre cette hygiène et les risques hospitaliers. Car la gestion des risques hospitaliers passent par la déclaration des événements indésirables. Toute difficulté devrait être associée à l'évaluation de l'hygiène bucco-dentaire pour en évaluer la causalité, qu'elle soit directe (problème d'intubation) ou indirecte (gêne au recueil d'informations).

6.3 En rapport avec la communication

► Informer les IDE pour qu'ils puissent sensibiliser les patients à l'hygiène bucco-dentaire lors de la préparation préopératoire.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Les différentes enquêtes menées auprès des IDE et des IADE, me permette de renforcer mon constat de départ : « **Il existe une mauvaise hygiène bucco-dentaire préopératoire** ».

Il existe un manque d'hygiène de la cavité buccale chez de nombreux patients en préopératoire.

L'hygiène bucco-dentaire ne fait presque pas partie des soins réalisés lors de la préparation cutanéomuqueuse de l'opéré.

La bouche est l'endroit anesthésique où nous pratiquons le plus de gestes quotidiennement. La qualité de sa préparation conditionne la qualité de nos soins tant en terme de risque que de confort.

Sa préparation relève du même soin que celle de l'état cutané du patient.

Ne pourrait-on considérer l'existence d'un Champ Anesthésique, comme celui du Champ Chirurgical ?

ANNEXE I

ENTRETIEN INFIRMIER

1) Depuis combien de temps exercez-vous ?

2) Existe-t-il un protocole de préparation cutanéomuqueuse pré-opératoire dans le service ?

-oui

- non

3) Quelles sont les recommandations de ce protocole ?

4) L'hygiène bucco-dentaire est-elle instaurée dans le protocole ?

- oui

- non

5) Selon vous, qu'est-ce qu'une hygiène bucco-dentaire normale ?

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN IADE

1) Depuis combien de temps exercez- vous en tant qu'infirmier anesthésiste ?

2) Que représente pour vous, une hygiène bucco-dentaire normale?

3) Pensez-vous que l'hygiène buccale est sa place dans un protocole de préparation cutanéomuqueuse préopératoire?

- oui

- non

- Pourquoi ?

4) Lors de votre pratique professionnelle avez-vous déjà rencontré des patients dont l'hygiène bucco-dentaire était défectueuse ?

- oui

- non

- si oui : à quelle fréquence ?

5) Pensez-vous qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire puisse engendrer une gêne dans la prise en charge anesthésique du patient ?

- oui

- non

- Pourquoi ?

6) Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle générer un risque réel ou potentiel pour le patient lors de la prise en charge anesthésique ?

- oui

- non

- Pourquoi ?

7) Pensez-vous qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire puisse altérer la communication entre les soignants / soignés ?

8) Pensez-vous qu'il est nécessaire de soulever ce constat : « le manque d'hygiène bucco-dentaire en préopératoire » ?

- oui

- non

- Pourquoi ?

9) Avez-vous des suggestions ?

ANNEXE III



CENTRE HOSPITALIER

FICHE DE LIAISON

UNITÉ - SECTEURS INTERVENTIONNELS

Nom : _____
 Prénom : _____
 D.N. : _____

Intervention prévue : _____

Côté à opérer : Gauche Droit Bilatéral

Date de l'intervention : _____

Programmée Urgence Ambulatoire

Unité : _____

1

Vérification du dossier

Dossier médical Dossier transfusionnel : _____
 Dossier d'anesthésie Odeur 1 Odeur 2 PA
 Dossier de soins Bilan sanguin
 Etiquettes ECG
 Réservation de sang fœtal Imagerie : _____
 Fiche de surveillance diabétique Scanner Echo Rx
 Autorisation d'opérer signée
 AUTRE : _____

2

Préparation du Patient

Vérification de l'identité Pose du bracelet A jeun
 Dépilation vérifiée Bas de contention
 Procédure Hygiène Pré-Opératoire : _____
 Chlorhexidine Polyvidone iodée Autre : _____
 Hygiène buccale ou soin de bouche
 Nettoyage des bijoux, piercing, vernis
 Nettoyage des prothèses : dentaires auditives oculaires, lentilles capillaires autres
 Prémédication donnée à _____ HET avant départ _____ Insuline fœtal
 Antibiothérapie heure _____
 Permèdole ELMA* heure _____ localisation _____
 Perméabilité de la voie veineuse vérifiée Miction avant descente au SO
 Attraction ostéonée localisation _____
 Objet personnel autorisé au SO _____
 Informations données au patient : Acte chirurgical Anesthésie Hygiène

3

Facteurs de risque

Allergie à préciser _____
 Risque infectieux : HIV BMR PFSM HEP C Autre _____

4

Observations particulières

Handicap à préciser _____
 Spécificités de soins _____

DÉPART UNITÉ : _____ Numéros x 2 Rx à perfusion

Vérifications faites par :
Nom et signature IDE de l'unité

Heure de départ LP

Heure arrivée SO

HEALTH PROMOTION SERVICE O.R.S. UNIT 14-5-2001

DATE		Callor in response
Nom de P.D.E.		
Nom de F.A.S.		

Antibiotiques OUI NON
 Facile jamais antibiotique OUI OUI NON
 Autorisation d'opérer OUI NON
 Dossier d'anesthésie OUI NON
 Consentement verbal obligé OUI NON
 Dossier oral OUI NON
 Carte d'entrée + déquation OUI NON
 Dossier clinique OUI NON
 Dossier radiologique OUI NON
 Dossier labo OUI NON

Déquation : OUI NON Déquation vérifiée :
 Douche bactérielle préopératoire La veille : Le matin :
 Toilette bala de St préopératoire La veille : Le matin :
 Bain de bouche la nuit : OUI NON
 Linget de St changé : Linget de corps changé :
 A jeun OUI NON A séché OUI NON
 Prothèse dent : Bijoux dent : Verre à angle dent :
 Lentilles : Lunettes :

4 Préévaluation dentaire La veille : heure Le matin : heure
 Traitement denté :
 Pansement retiré : OUI NON
 Si non pourquoi : _____
 Vale pédiatrique posée OUI NON

PREPARATION DU PATIENT

	oui	non	IDE	AS
PREPARATION COUQUE LA VEILLE ☒ X PREP ☒ NORMACOL		
A JEUN		
PREPARATION CUTANÉE ☒ DÉPILATION TONDEUSE ☒ DOUCHE BÉTADINEE SOIR ☒ DOUCHE BÉTADINEE MATIN		
BADIGEON + CHAMPS STÉRILES		
LINGE DE CORPS PROPRE		
LINGE DE LIT PROPRE		
BAS DE CONTENTION		
RETRAITS PROTHESES : ☒ DENTAIRE « HAUT ET BAS » ☒ AUDITIVE ☒ OCCULAIRE ☒ LUNETTES		
VESTIAIRE		
BIJOUX ENLEVÉS		
ABSENCE DE VERNIS A ONGLE		
PRÉMÉDICATION DONNÉE ☒ SOIR ☒ MATIN ☒ AVANT BLOC		
VOIE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE ☒ SOIR ☒ MATIN		
DERNIÈRE MICTION URINAIRE AVANT BLOC		

Heure d'appel du bloc
Identité de l'appelant
Heure de descente au bloc

ANNEXE IV

Centre Hospitalier		
Préparation cutanée et muséuse de l'opéré		Page 3/8 Mise en application : 06/12/2006

6.1 Les préalables à la préparation cutanée et muséuse de l'opéré

Il est nécessaire d'informer et d'éduquer le patient sur l'importance de la préparation cutanée et muséuse.

1) Traitement de la pilosité

- Faire un bilan cutané du patient
- privilégier la non-dépilation
- si dépilation, privilégier la laser ou la dépilation électrolytique au plus près de l'intervention (éviter en tout état de cause le risque d'urticaire : réaliser un test au préalable à distance de l'intervention)
- présence de rasage mécanique sauf dans des cas exceptionnels où le rasage est limité à la zone de l'incision opératoire et effectué le plus près possible de l'intervention
- limiter le rasage à dépiler selon les schémas propres à chaque intervention
- réaliser la dépilation avant la douche

2) Algèbres, attaches, articles de soins du patient

a) Douche au sulfate chlorure complexé

- deux baignoires, verrous à angles, piercing
- avant toute intervention chirurgicale ou autre traversés la veille et le matin de l'intervention
- avec un savon antiseptique à large spectre de la même gamme que l'antiseptique utilisé au bloc opératoire (cf. tableaux récapitulatifs)

b) Algèbres à usage oral

- brossage des dents
- bain de bouche avec une solution antiseptique pour les opérés de chirurgie cardiaque et de stomatologie

c) Tenue du patient

- La veille : chemise ou pyjama propre, literie propre après la douche
- Le matin : chemise de bloc, literie propre, coiffe à usage unique

3) Déshydratation cutanée et muséuse de site opératoire

- privilégier la technique de préparation de champ opératoire dite « technique de l'ombilic »

4) Traçabilité

- remplir la fiche de liaison service - bloc ou dossier de soins en précisant le savon antiseptique utilisé
- vérifier que le patient porte ses bracelets d'identification

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS :

- Article R.4311-5 du Décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique.

- Décret n°88-657 relatives à l'institution des comités de lutte contre les infections Nosocomiales et Circulaire n°263 du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales

- Décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

- Direction générale de la santé. Circulaire DHOS/E2 no2007-109 du 23 mars 2007 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière pour l'année 2007 - Bulletin officiel N°2007-4. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-04/a0040057.htm>

OUVRAGES :

[2] MASSON. Nouveau cahier de l'infirmière. Hygiène. Paris, 1995. 158 p

[5] LAROUSSE. Encyclopédie de la famille. 1991. 1148 p

[6] MASSON. Nouveau cahier de l'infirmière. Hygiène, paris, 1995. 158 p

[7] BRIZON et HERVE. Le cahier de l'aide-soignante. Tome 1, Notions préalables sur les soins, hygiène, ergonomie. France,1995. 479 p

[8] LAROUSSE. Encyclopédie médicale de la famille. Paris1993. 1151 p.

[11] Le Petit Larousse illustré 2000, 1786 p

[12] CHEVALIER Jean, GHEERBRANT Alain. Dictionnaire des symboles, Paris. Mai 1999. 1060 p.

[12] DELDIME Roger et DEMOULIN Richard. Introduction à la Psychopédagogie. Publié par De Boeck Université. 1994. 402 p.

[13] PELLAT Bernard. Nutrition et parodonte Bactériologie bucco-dentaire. Paris, 1994.

- RACLETTE Claude. Education et conseils au patient- les fondamentaux. Paris, 2004.398 p

SITES INTERNET :

[9] - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action sociale Comité Technique des Infections Nosocomiales - 2ème édition, 1999

Guide du CTIN « 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales ». Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/rapports_guides/guide_reco/txt03.html>

[9] - Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports DGS/DHOS, CTINILS. DEFINITION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS. Mai 2007 Disponible sur :<http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf>

[15] Infirmier.com. Cours - SANTE PUBLIQUE : NOTIONS DE BASE. Disponible sur : <<http://www.infirmiers.com/etud/cours/santepub/base-de-sante-publique.php>>

[16] - OMS. Améliorer le dépistage des affections bucco dentaires dans le cadre de la promotion de l'hygiène bucco dentaire. Disponible sur : <<http://www.grsp-paca.sante.fr/subv2008/cahierdescharges2008prog07.pdf>>

[17] - Etude réalisée par la Société de Réanimation et de Langue française (SRLF). Prévention des PAVM : de la pep et du polyuréthane. Disponible sur : <<http://www.srlf.org/Data/REACTU/pdf/Fiche-id136-20090222.pdf>>

- Ministère de la Santé et des Sports. Infections nosocomiales : nouvelles mesures de lutte et classement des établissements de santé & Mise en place des indicateurs

de sécurité du patient et de qualité des soins. Dossier de presse. Mercredi 21 janvier 2009. Disponibles sur : <http://www.santesports.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_infections_nosocomiales_2009.pdf >

- SFAR. Recommandations concernant l'hygiène en anesthésie. Disponible sur : <<http://www.sfar.org/recomhygiene.html> >

- Ministère de la santé et des sports. Les infections nosocomiales : le dossier. Janvier 2007 Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/dossier.pdf>>

- Société Française d'Hygiène Hospitalière, XVIIIe congrès National. PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE (ANTISEPSIE) particularités en ORL. Disponible sur : <http://www.sfhh.net/telechargement/strasbourg/CP11_dia.pdf>

-- CCLIN SUD OUEST. Recommandations pour la préparation cutanée de l'opéré. Juin 2001. Disponibles sur : <http://www.sfm.org/documents/consensus/cclin_prepa_opr.pdf>

- CCLIN Sudest. Préparation préopératoire. Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux – Soins techniques. Mai 2004. Disponible sur : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/prevention/guides/FCPRI/Soins_techniques/ST_Preop.pdf>

- M.AOULLAY, F.ABDELLAOUI, A.GUEDIRA La plaque dentaire : élément perturbateur de l'équilibre de l'écosystème buccal. Disponible sur : <http://www.medramo.ac.ma/fmp/revue_marocaine/ARTICLES/2000-1/laplaque_dentaire.pdf>

- IBA. Info - Santé : l'hygiène bucco-dentaire est essentielle pour éviter les maladies du cœur. Septembre 2008 Disponible sur : <<http://www.actualite-francaise.com/depeches/hygiene-bucco-dentaire-maladies-coeur,897.html>>

- OMS. Santé bucco-dentaire. Aide mémoire n° 318. Février 2007. Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/index.html>>

HAUBARD	Laetitia	Juin 2009
INFIRMIER ANESTHESISTE Promotion 2007 – 2009		
L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE PREOPERATOIRE MON ROLE D'IADE		
<p><i>Au cours de ma formation d'IADE, je me suis trouvée confronter à réaliser des gestes dans la cavité buccale des patients qui n'était pas toujours hygiénique.</i></p> <p><i>Cela ne me permettait pas de faire une laryngoscopie de qualité et de surcroît me gênait pour réaliser l'intubation oro-trachéale.</i></p> <p><i>Face à ce constat, « la qualité de l'hygiène bucco-dentaire contribue t-elle à la qualité de la prise en charge anesthésique » ?</i></p> <p><i>Peut-on reconnaître la bouche comme étant un champ anesthésique ?</i></p>		
<p>Mots clés :</p> <p><i>Hygiène bucco-dentaire, écosystème buccal, anesthésie, protocole, infection, confort</i></p>		
<p>L'Ecole d'Infirmier Anesthésiste du C.H.U de Reims n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>		