



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

École d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement secondaire supérieur de transition

Section : Aide-soignant

**Comment, grâce aux soins, l'aide-soignant peut améliorer
l'intégration de la personne âgée en maison de repos ?**

Travail réalisé par : Lestriez Laurine

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant.

Année scolaire : 2019-2020

Remerciements

A Mme PERE et Mr VANTOMME pour leurs guidance et leurs précieux conseils tout au long de ma formation et de ce travail,

A tous les professeurs de la formation pour tout ce qu'ils m'ont enseigné et leurs accompagnements,

Aux professionnels que j'ai pu rencontrer sur mes lieux de stages, pour leurs idées et leurs encouragements, et qui m'ont confortés dans l'idée de devenir aide-soignante,

A Julien, mon compagnon qui à du et su me supporter et me soutenir tout au long de la formation et de ce travail,

A mes parents, pour leurs soutien absolu, et Edwina, pour les lectures inlassable de ce travail, pour la correction grammaticale et orthographique,

Et à Sonia et Florine sans qui cette formation n'aurait pas été pareil, à nos fous rire et surtout nos heures de travailles ensemble.

Table des matières

Introduction.....	1
I. Partie contextuelle.....	5
I.A Qu'est qu'un aide-soignant ?.....	5
I.B Qu'est ce qu'un soin ?.....	7
II. Partie conceptuelle.....	9
II.A Qu'est qu'une personne âgée ?.....	9
II.A.1 Le vieillissement.....	9
L'aspect physiologique du vieillissement.....	10
L'aspect pathologique du vieillissement.....	12
L'aspect social du vieillissement.....	12
II.B L'autonomie et la dépendance.....	13
II.B.1 Les moyens mis en place pour évaluer la dépendance.....	15
II.C Qu'est ce qu'une maison de repos ?.....	16
II.D Qu'est ce que l'intégration ?.....	17
II.D.1 Les risques et les conséquences de la désintégration sur la personne âgée.....	18
II.E Les soins.....	19
II.E.1 Les dimensions du soin.....	21
III. Partie pratique.....	23
III.A Les rôles de l'aide-soignant.....	23
III.A.1 Auprès de la personne âgée.....	23
III.A.2 Auprès de la famille.....	24
III.A.3 Auprès de l'équipe pluridisciplinaire.....	25
III.B Les soins.....	26
III.B.1 Les soins relationnels.....	26
III.B.2 Les soins éducationnels.....	27
III.B.3 Les soins physiques.....	28
III.C Les dispositions mises en place dans certaines maisons de repos pour l'intégration de la personne âgée.....	29
III.D Propositions d'activités pour l'intégration de la personne âgée en maison de repos.....	30
Conclusion.....	32

Introduction

Au cours de la formation et des stages, nous apprenons que l'aide-soignant est important au sein d'une institution, car il est la personne la plus au contact du patient. Comme dans les soins tels que la toilette, les repas. Il établit une relation particulière avec chaque patient et peut en cas de changement physique ou psychique de celui-ci, en avertir l'infirmière. Il est donc en première ligne lors d'une nouvelle entrée d'un résident dans son service. Il devra établir ce tout nouveau lien avec le résident, en douceur avec une grande écoute et en prenant garde de ne pas le brusquer. Il devra donc savoir poser les bonnes questions et en faire une anamnèse. « *L'anamnèse est dérivée du grec ancien anamnêsis, qui signifie littéralement « action de rappeler à la mémoire »* »¹. C'est à dire que l'aide-soignant posera des questions qui permettront de retracer la vie du résident, pour connaître son passé, ses habitudes, ainsi que son environnement social, familial et professionnel. L'aide-soignant répondra à ses demandes pour pouvoir l'accompagner au mieux à son arrivée mais également tout au long de son séjour dans la maison de repos. Cela permettra à l'aide-soignant de le rassurer, et de lui proposer des activités en accord avec ses préférences et ses capacités. En effet, notre enseignement théorique n'est pas toujours applicable en pratique. Car chaque situation est unique et les manières de les aborder sont différentes. Mais grâce à la théorie, nous essayons des approches, nous tentons de faire parler la personne âgée, avec notamment les cours de communication vus lors de notre enseignement. Parfois la personne âgée est réceptive, parfois il faut s'y prendre à plusieurs reprises. Mais le plus important est d'essayer, pour que la personne âgée se sente écoutée, rassurée et surtout comprise.

L'entrée en maison de repos, si elle n'est pas bien préparée, peut avoir des conséquences sur la personne âgée. Si celle-ci a encore ses capacités intellectuelles, il est préférable qu'elle choisisse elle-même la maison de repos, pour une bonne intégration. A l'inverse, si elle n'a plus ses capacités intellectuelles, la famille et les aidants devront faire le bon choix pour trouver la maison de repos, qui lui sera adaptée au mieux, ainsi qu'à ses besoins. Donc, il est déconseillé d'attendre le dernier moment pour prendre une telle décision, afin d'éviter un

1 <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/>

refus d'intégration pour la personne âgée. Lorsque le résident et sa famille ont pris leur décision, l'équipe soignante interviendra au mieux dans l'intégration de la personne âgée en maison de repos.

Durant mes stages, j'ai été confrontée à des situations évidentes et moins évidentes, mais qui m'ont permises d'avoir matière à réfléchir, et d'obtenir ma problématique pour ce travail.

Lors d'un stage, j'ai été amenée à prendre en charge Madame G, elle était arrivée dans la maison de repos depuis cinq jours. Madame est autonome, il faut passer dans sa chambre pour une toilette partielle _ laver le dos et les pieds_. Quand j'entre dans la chambre, ce qui m'a surpris, c'est la décoration. Arrivée pourtant depuis cinq jours, des photos de famille jonchaient les murs, des objets et des meubles personnels agrémentaient sa chambre. Même son canari faisait partie intégrante de la maison de repos. En discutant avec Madame, j'apprends que son entrée dans la maison de repos était prévue depuis plusieurs mois, elle attendait qu'une place se libère. Elle a eu le choix de la maison de repos puisqu'elle me dit qu'elle en a visitée quatre avant de choisir celle-ci. Elle a donc pu visiter sa nouvelle résidence, et comprendre le fonctionnement. Nous lui avons proposé de participer aux animations avant même d'être résidente de celle-ci. Cela lui a permis de rencontrer d'autres pensionnaires. Elle me dit qu'avant son arrivée dans l'établissement, elle s'est liée d'amitié avec Madame F, grâce aux animations auxquelles elle a participé.

Grâce à cela et à ses visites régulières dans l'établissement, elle a pris connaissance du personnel soignant, du fonctionnement de l'établissement, et également des résidents.

Son intégration a été un succès. Elle se sent comme chez elle même si de temps en temps, les souvenirs de sa maison ressurgissent.

Dans un autre lieu de stage, un membre du personnel m'a demandé de prendre en charge Monsieur M. C'est un monsieur qui marche avec une

canne, il ne s'aventure pas seul dans les couloirs de l'établissement car il se sent rassuré quand nous lui tenons le bras lors de ses divers déplacements, notamment aller à la salle à manger. Cela fait un an qu'il est arrivé dans la maison de repos suite à une chute chez lui. Après une période d'hospitalisation, il ne pouvait plus rester seul chez lui étant donné que sa maison n'était plus adaptée à ses besoins. Il faut passer dans sa chambre pour faire une toilette partielle et le stimuler pour le reste de sa toilette. Lors de la remise de service, l'infirmier me prévient qu'il n'est pas très bavard, qu'il reste souvent seul dans sa chambre, sans télévision, et qu'il ne descend jamais aux activités.

Quand j'entre dans la chambre de Monsieur, ce qui m'a étonnée contrairement à la première situation, c'est que cette chambre n'est pas décorée. Juste une photo de Monsieur avec l'animatrice, prise lors des fêtes de fin d'année.

Un peu réticent à l'idée qu'une nouvelle personne vienne l'aider lors de sa toilette, j'essaye de le faire parler, d'apprendre ce qu'il aime. Directement, il me dit qu'il n'aime rien, qu'il préfère qu'on le laisse tranquille. Puis au fur et à mesure de la toilette et de la conversation, j'apprends qu'il aime bien écouter la radio. Il a pourtant une radio dans sa chambre mais qu'on ne lui allume jamais, lui ne sachant pas la faire fonctionner.

Lorsque la toilette est terminée, je lui propose d'allumer sa radio.

Au fil des jours un rituel s'est installé, après sa toilette j'allumais sa radio et Monsieur est devenu un peu plus bavard. Il m'a expliqué qu'il n'avait pas été préparé à son placement en maison de repos.

On ne lui a pas laissé le choix, n'ayant pas de famille proche, personne n'a pris la peine d'écouter ses attentes et de le rassurer. Il s'est donc replier sur lui-même. J'ai également appris qu'il aimait jouer au scrabble avec sa femme, mais qu'ici, personne ne venait le chercher pour aller jouer au scrabble quand l'animatrice lui proposait.

Contrairement à Madame G, Monsieur M n'a pas été préparé à son entrée en maison de repos et il ne s'est pas intégré à celle-ci.

Nous avons souhaité vous exposer ces cas car ils sont à l'origine de la problématique que nous allons maintenant aborder, d'abord contextuellement, puis conceptuellement et enfin pratiquement.

Quand nous discutons avec les résidents, nous nous rendons compte que l'intégration de certains s'est tout de suite faite, alors que pour d'autres il a fallu du temps. Certains ce sont exclus du groupe de pairs car ils n'y étaient pas préparés.

Toutes ces situations que nous venons de relater, nous ont amené à nous questionner sur une problématique :

Comment, grâce aux soins, l'aide-soignant peut améliorer l'intégration de la personne âgée en maison de repos ?

Nous pensons que l'aide-soignant est la personne la plus adaptée à favoriser l'intégration de la personne âgée, en la stimulant par des soins, tels que soins relationnels, physiques, et éducationnels. Car l'aide-soignant est la personne la plus proche des résidents, des patients.

Nous verrons également ce que la personne âgée risque suite à la désintégration et les conséquences de celle-ci. Nous verrons les différents moyens mis en place dans les maisons de repos, tels que activités, prise des repas, sorties et accompagnement de la famille. Et également ce que les maisons de repos peuvent mettre en place pour favoriser l'intégration.

I. Partie contextuelle

Pour pouvoir répondre à notre problématique, il faut commencer par nous situer contextuellement. Nous commencerons par la définition de l'aide-soignant, et les soins de l'Antiquité à nos jours.

I.A Qu'est qu'un aide-soignant ?

L'aide-soignant est un professionnel de santé qui exerce en collaboration et sous la responsabilité d'un infirmier, d'après la liste d'actes conformes à l'arrêté du douze janvier 2006. Il assure des soins de maintien, de relation, de prévention et d'éducation à la santé, pour la préserver et restaurer la continuité de la vie, du bien être et l'autonomie d'une personne à soigner. L'aide-soignant fait partie intégrante d'une équipe médicale dynamique et organisée.

L'aide-soignant peut exercer en institutions hospitaliers, en maison de repos et de soins. Ses fonctions sont pratiquement identiques dans ces trois structures. En maison de repos et de soins, l'aide-soignant accompagne plus étroitement les personnes en manque d'autonomie. Il exerce également à domicile.

L'aide-soignant est un maillon important, car il entretient un contact privilégié avec la personne âgée à soigner. C'est la personne avec qui le patient passe le plus de temps, lors de la toilette, des repas. Il apporte aux personnes âgées un précieux soutien psychologique. Il est par conséquent capable de signaler le plus rapidement possible un changement physique ou psychique du patient. Il est l'intermédiaire entre le patient, l'infirmière, la famille et l'institution.

L'aide-soignant est compétent pour accompagner une personne dans les actes de la vie quotidienne, en prenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie. D'observer son état clinique, de réaliser des soins adaptés, et de pouvoir établir une communication avec elle mais aussi avec son entourage. Il est apte également à utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes ;

à organiser son travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire et à transmettre les informations de manière correcte pour assurer la continuité des soins.

Les compétences de l'aide-soignant se voient s'élargir avec l'arrêté Royal du dix huit mars 2019, avec cent cinquante heures de formation complémentaire. L'aide-soignant a des nouvelles tâches confiées par l'infirmier telles la prise de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, comme la tension artérielle, la glycémie², la prise de médicaments par voie orale³, rectale, percutanée, et sous-cutanée⁴. Mais aussi l'administration des gouttes ophtalmiques et auriculaires. Il voit ses activités augmenter chez les personnes à risques⁵ pour l'alimentation et l'hydratation par voie orale. Il aura à poser et ôter les bas ou les bandages destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses⁶. La dernière fonction de cette nouvelle réforme est le débouchage manuel de fécalome⁷.

La réforme a été initiée par la ministre de la santé Maggie de Block, dans le but de soulager les infirmiers. L'infirmier pourra donc déléguer à l'aide-soignant un nombre de tâches supplémentaires. En effet, le vieillissement de la population et l'apparition de maladies chroniques augmentent d'année en année. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%.* »⁸.

D'après la Ministre de la Santé Maggie de Block, cela permettra aux infirmiers « *d'avoir plus de temps pour pouvoir mettre leurs connaissances et leurs compétences plus spécialisées au service du patient.* »

La liste des actes de l'aide-soignant reste aujourd'hui limitée. Dans l'avenir, l'aide-soignant serait amené à être plus autonome dans ses fonctions qui deviendraient des tâches propres à l'aide-soignant et non délégué par l'infirmier.

L'aide-soignant doit faire preuve de qualités dans sa vie professionnelle, qu'elles soient morales, physiques et intellectuelles. Le respect, la tolérance, la patience, l'écoute, le sens de l'observation et des priorités mais aussi le souci de se perfectionner sont des atouts du métier. Cela ne définit cependant pas un aide-soignant.

2 Par prélèvement sanguin capillaire.

3 Y compris l'inhalation.

4 Uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.

5 Personne ayant des troubles de la déglutition.

6 Exemple d'affections veineuses : Phlébite.

7 Accumulation pathologique de matières fécales durcies dans le rectum.

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

Il doit avoir des qualités humaines comme être souriant, poli, aimable et avoir le goût du contact. C'est un métier qui demande de l'investissement.

Il doit également faire preuve d'une grande résistance psychologique car l'aide-soignant sera confronté à la maladie, à la détresse des malades et de leur entourage. Enfin, il sera confronté à la mort.

I.B Qu'est ce qu'un soin ?

Le mot « soin » a plusieurs définitions. Cela peut se définir comme *« actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps, mais aussi actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau et enfin actes qui visent à entretenir, à préserver quelque chose »*⁹

Ici ce qui nous intéresse, ce sont les soins infirmiers. Nous observons qu'il y a un lien entre les soins infirmiers et les définitions du mot « soin ».

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

Pour aborder les soins infirmiers, il faut commencer par le commencement et remonter à l'Antiquité. Les Grecs donnaient beaucoup d'importance à la santé et à la beauté du corps. Hippocrate, médecin grec, mais aussi philosophe, considéré traditionnellement comme le « père de la médecine », disait qu'il fallait trouver la cause de toute maladie et son serment énonce que « tous les malades doivent être soignés par une personne compétente ». Il pose ainsi les premiers principes d'une déontologie, insistant sur la psychologie du malade et sur le secret professionnel. La médecine collective et l'hygiène publique ont été instaurées par Rome. Le Christianisme a ensuite influencé les soins infirmiers et les soins aux malades sont devenus un devoir religieux.

Nous avons ensuite le Moyen Age. Durant le cinquième siècle, comme dans l'Antiquité, il

⁹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237/locution?q=Petit>

existe plusieurs types de soignants. Médecins, chirurgiens, apothicaires, herboristes, sages-femmes, aides médicaux, surveillants de bains, exorcistes et moines exercent à leur façon les fonctions de médecin généraliste moderne. Certains ont une longue formation, d'autres non. Il n'y a pratiquement pas de distinctions entre les différents praticiens. Les traditions médicales héritées du monde grec sont perdues ou oubliées. Après une période de stagnation, le onzième siècle marque un tournant. Cette période permet l'apparition d'un corps de praticiens mieux défini et différencié, alors que les standards et processus d'apprentissage, de licence et de pratique deviennent plus clairs.

Au seizième siècle, les religieuses doivent exécuter les ordonnances médicales, par contre les soins les plus techniques sont donnés par les élèves de chirurgie, les religieuses ne sachant pas lire. Les sœurs étaient incitées à avoir une fonction de conseil et d'éducation. Elles s'occupaient de la satisfaction des besoins fondamentaux des malades¹⁰, comme le rôle des aides-soignants aujourd'hui.

Au dix-neuvième siècle, les connaissances médicales s'élargissent avec des nouveaux objectifs : combattre la maladie, promouvoir la santé. L'évolution des soins infirmiers accompagne cet élargissement.

Nous avons donc pu remarquer que les religieuses des siècles précédents avaient le rôle d'aide-soignant de nos jours. Aujourd'hui l'aide-soignant pratique des soins physiques ou techniques, des soins relationnels et des soins éducationnels, que nous approfondirons dans les parties conceptuelles et pratiques.

Nous avons vu la définition de l'aide-soignant et les rôles de celui-ci. Nous avons également replacé les soins infirmiers d'après les différentes époques. Nous constatons que ceux-ci ont très vite été nécessaires à l'accompagnement sanitaire de la population. Pour approfondir notre réflexion, et après avoir contextualisé notre sujet, nous allons l'analyser de manière conceptuelle.

10 L'accueil, l'alimentation et l'hygiène.

II. Partie conceptuelle

Dans cette partie, nous allons détailler les points importants de notre sujet : la personne âgée, l'autonomie et la dépendance, l'intégration et les soins.

II.A Qu'est qu'une personne âgée ?

Il est difficile de donner une définition précise de « personne âgée ». D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une personne âgée est une personne ayant 65 ans ou plus. C'est souvent associé à l'âge auquel nous pouvons commencer à recevoir des prestations de retraite.

Nous parlons également du troisième âge, qui correspond à la période d'accélération de la dégradation physique due à la sénilité, où l'activité sportive est compliquée et l'autonomie de la personne diminue. Elle a donc besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

Il y a ensuite le quatrième âge qui définit les personnes âgées de plus de 80 ans, avec un niveau de dépendance plus élevé. Aussi lorsque leurs enfants entrent dans la catégorie des seniors.

Le terme « personne âgée » est très subjectif. Si nous posons la question à différent type de population, nous n'aurons pas la même réponse. Dans une étude du groupe Prévoir, (intitulé « *Les Français et le bien Vieillir* »¹¹), sur la question : « *Selon vous, à partir de quel âge devient-on vieux ?* » nous observons plusieurs réponses, les personnes de moins de 25 ans répondent 61 ans. tandis que les personnes ayant plus de 65 ans répliquent 77 ans. L'âge varie également par rapport à la classe sociale : pour la classe populaire nous devenons plus vite vieux par rapport à la classe supérieure.

II.A1 Le vieillissement.

N'ayant pas de définition précise pour la personne âgée et étant très subjective, nous allons définir le terme vieillissement.

Le vieillissement est : « *Un Processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque*

¹¹ <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-bien-vieillir/>

l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique. »¹²

L'OMS a établi une liste de facteurs influençant le vieillissement. Il y a d'une part les facteurs individuels et d'autre part les facteurs environnementaux que nous avons décidé d'appeler sociaux. Ceci est en accord avec notre problématique d'intégration sociale.

Premièrement, les facteurs individuels parmi lesquels nous retrouvons les changements liés à l'âge, le patrimoine génétique, les maladies et les comportements tels que la consommation d'alcool, de tabac mais aussi le manque d'exercice physique et le changement d'alimentation. Deuxièmement, de manière principale selon moi, les facteurs environnementaux tels que le pays, la région, le logement, les aides techniques appropriées, les transports.

L'aspect physiologique du vieillissement.

Le vieillissement physiologique est défini comme l'ensemble des modifications se produisant au cours de l'avancée en âge en dehors de toutes maladies. C'est obligatoire pour tout le monde et il touche tout le corps.

Nous pouvons diviser l'aspect physiologique du vieillissement en trois parties bien distinctes.

L'effet du vieillissement sur l'aspect physiologique externe.

Au niveau cutané, nous aurons une apparition de rides sur le visage, une sécheresse et une fragilité de la peau et également une perte de l'élasticité de celle-ci. Nous observons une sécheresse des muqueuses. De telles modifications vont contribuer à l'altération de la thermorégulation. Une perte de cheveux s'observera ainsi qu'un affinement et blanchiment du poil. Une diminution de la taille sera due à la compression des os. Une légère perte de poids avec une augmentation de la masse grasse et une diminution de la masse maigre comme les os, les organes et les muscles. Le ramollissement des seins chez la femme suite à une dégradation des glandes responsables de la fermeté.

¹² <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/vieillessement>

L'effet du vieillissement sur l'aspect physiologique interne.

Avec le vieillissement des facultés cognitives et intellectuelles apparaissent des difficultés de concentration, et une réduction de la performance mnésique¹³. La mémoire immédiate est altérée. A l'inverse, ce que la personne a appris et son expérience de vie ont moins de chance d'être oubliés. L'aptitude à s'adapter aux situations imprévues et la vitesse d'exécution se dégradent plus rapidement.

Le vieillissement de l'appareil locomoteur¹⁴ par la diminution de la masse osseuse, responsable du voûtement et des risques de chute. Une diminution de la densité des fibres musculaires, donc une diminution de la force.

La durée de sommeil diminue, la personne âgée aura tendance à se réveiller la nuit et faire des siestes dans la journée.

Elle aura un risque de déshydratation car elle n'a plus la sensation de soif. Nous percevons le vieillissement de la dentition, et une diminution de la capacité masticatoire.

Le vieillissement de l'appareil urinaire. La vessie étant un muscle, il y a une diminution de l'élasticité de la paroi vésicale responsable de l'incontinence.

Le vieillissement de l'appareil digestif avec une diminution de la motricité colique provoquant des constipations ou des diarrhées.

Le vieillissement hématologique : suite à une diminution des lymphocytes, la personne âgée devient plus fragile aux infections.

Le vieillissement des cinq sens dont la sensibilité gustative qui semble diminuer avec l'âge. Elle aura des difficultés à ressentir le goût de l'amertume et du salé alors que le sucré sera toujours perceptible. La sensibilité olfactive et la capacité à identifier les odeurs diminuent également. Nous observons également une perte de l'acuité auditive qui peut engendrer un repli sur soi avec des troubles de la parole. La personne âgée n'arrivera plus à trouver ses mots et faire des phrases. Le vieillissement du système visuel, avec une diminution de l'acuité visuelle, de la sensibilité aux contrastes et du champ visuel. La perception des couleurs est altérée. Avec un risque de sécheresse oculaire car il y a une diminution de la production du film lacrymal.

13 De la mémoire.

14 Système d'organes qui confère à l'humain l'aptitude à se mouvoir physiquement.

L'effet du vieillissement sur les fonctions physiques.

La personne aura une démarche ralentit et plus hésitante avec des pas saccadés, des mouvements plus lents. Elle aura besoin d'aide à la marche avec une canne ou un déambulateur.

Nous devons l'aider à s'habiller car enfiler un pantalon devient vite compliqué dû à la baisse des réflexes, des pertes de l'équilibre et une baisse de la vitesse de réaction.

Elle aura moins de force et de résistance à l'effort, la personne lèvera moins de poids lourds comme des packs d'eaux.

L'aspect pathologique du vieillissement.

Lorsque nous vieillissons, notre corps vieillit mais nos fonctions également. Cela peut entraîner des maladies neurologiques comme des démences : l'Alzheimer, ou la maladie de Parkinson. Des maladies cardiovasculaires comme l'insuffisance cardiaque ou l'athérosclérose. Des maladies avec une atteinte de l'appareil locomoteur avec l'ostéoporose ou l'ostéopénie.

Ces maladies résultent certes du vieillissement mais ce ne sont pas des maladies propres aux personnes âgées. Nous pouvons rencontrer des personnes jeunes atteintes de démence, d'insuffisances cardiaques ou avec une atteinte de l'appareil locomoteur.

Néanmoins, la durée d'exposition à certains facteurs de risque de maladies, et les modifications du corps à cause du vieillissement peuvent faciliter la survenue de ces maladies.

L'aspect social du vieillissement.

L'état d'esprit et le rôle social de la personne âgée sont maîtrisés par le sentiment d'être utile, considérée, et influence son intégration dans la société. N'ayant plus de vie professionnelle, la personne âgée n'aura plus de but, d'objectif pour se lever, et ceci entraînera une exclusion de la société et une vieillesse prématurée. Cela a une influence directe sur la santé mentale et sociale de la personne âgée.

Il y a un appauvrissement relatif aux interactions sociales chez les personnes âgées surtout

s'il y a des altérations physiques liées à des maladies, ou des problèmes liés à l'âge comme l'incontinence. Beaucoup de personnes âgées n'osent plus sortir de chez elles par peur de « fuite », ce qui renforce le sentiment d'isolement. Mais aussi, des altérations psychiques liées à des démences d'où la difficulté à communiquer avec ces personnes.

II.B L'autonomie et la dépendance.

Le mot autonomie « *autonomos* » vient du grec *autos* : soi-même et *nomos* : lois, règles. Cela signifie d'un individu qui se gouverne lui-même selon ses propres règles, lois.

Nous avons défini dans la partie contextuelle « Qu'est ce qu'un aide-soignant ? ». A cette question nous avons entre-autre parlé du fait que « l'aide-soignant est un professionnel de santé qui exerce (...) des soins de maintien, de relation, de prévention et d'éducation à la santé pour la préserver et restaurer la continuité de la vie, du bien être et de l'autonomie d'une personne soignée. » C'est-à-dire que l'aide-soignant a un rôle important dans la préservation de l'autonomie d'une personne, d'une potentielle reconstruction de l'indépendance, en fonction des ressources de la personne. Nous verrons dans la partie pratique comment l'aide-soignant peut favoriser la personne lors d'une perte d'autonomie, en prenant compte de l'avis de la personne avec notamment la théorie de Dorothea Orem.

Il existe quatre formes d'autonomie :

- Autonomie physique,
- Autonomie psychique,
- Autonomie sociale,
- Autonomie juridique.

L'autonomie physique : c'est la capacité d'une personne à se déplacer, à réaliser des gestes de la vie quotidienne seule, sans aucune aide. Comme faire sa toilette ou s'alimenter.

L'autonomie psychique : c'est la capacité cérébrale d'une personne qui lui permet de prendre ses propres décisions.

L'autonomie sociale : c'est la capacité d'une personne à maintenir une vie sociale, avoir des liens avec ses amis, sa famille, et le monde extérieur.

L'autonomie juridique : c'est la capacité d'une personne à gérer ses biens, à prendre des

décisions adéquates et d'en assumer entièrement les conséquences. Toute personne majeure détient cette autonomie. Toutefois chez certaines personnes, elles ne sont plus assez autonomes psychiquement et donc ne savent plus prendre de décisions raisonnables. Par conséquent, une loi de 1968 réformée le 5 mars 2007, sur la protection juridique définit trois régimes de protection juridique pour ces personnes dites « incapables majeurs ».

- Sauvegarde de la justice : mesure temporaire instaurée dans l'urgence.
- Curatelle : c'est un régime de protection partielle : la personne est libre pour certains actes et est assistée pour d'autres.
- Tutelle : régime d'incapacité complète.

Une personne est dite dépendante lorsqu'elle est dans l'incapacité d'adopter les comportements appropriés ou d'accomplir elle-même, sans aide, les actions, qu'elles soient physiques, psychiques, sociales ou juridiques, qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins.

Les causes de la dépendance sont diverses et multiples. Nous avons vu dans la partie des effets du vieillissement, que la personne perd en force musculaire, marche avec des difficultés mais également voit et entend moins bien, ce qui rend plus rudes certaines tâches de la vie quotidienne.

Nous avons également parlé du vieillissement pathologique, avec l'apparition de maladies comme des maladies dégénératives du système nerveux comme la maladie de Parkinson qui entraîne une perte de mobilité. Des maladies qui touchent les articulations comme l'arthrose du genou, des fractures notamment celle du col du fémur. L'apparition d'Accidents Vasculaires Cérébraux¹⁵ causent des dommages sur certaines fonctions comme la vision, le langage.

Tous ces effets du vieillissement nous amènent à dépendre d'un tiers, pour les activités de la vie quotidienne.

Cette dépendance doit être compensée par des infirmiers, aides-soignants et ergothérapeutes en institutions comme à domicile.

Nous pouvons parler d'autonomie ou de dépendance selon quatre niveaux : physique, psychique, sociale ou juridique mais c'est aux trois premiers niveaux que les soignants

15 AVC.

interviendront grâce à leurs soins.

II.B.1 Les moyens mis en place pour évaluer la dépendance.

L'évaluation de la dépendance exige une méthode et des outils fiables. Notamment avec l'échelle de Katz.¹⁶ Cette grille permet d'évaluer le degré de dépendance physique de la personne dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Elle consiste en un questionnaire évaluant leurs capacités dans 6 domaines de la vie quotidienne qui sont se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller aux toilettes, la continence et manger. Et également les repères spatio-temporels. Pour chaque domaine, la réponse varie entre 4 scores allant de l'absence complète d'aide à la nécessité d'une aide totale.

Pour accompagner l'échelle de Katz, qui évalue le degrés de dépendance physique, nous faisons également passer le questionnaire Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁷, ou le mini examen de l'état mental, créé par Folstein M.F, Folstein S.E et Mc Hugh P.R en 1975, qui lui évalue le degré de dépendance psychique. Le questionnaire comporte trente questions, de difficulté variable, répartie en six domaines :

- L'orientation dans le temps et dans l'espace,
- les capacités d'apprentissage et de retranscription des informations,
- les capacités d'attention et de calcul,
- les capacités de rappel des informations et de rétention mnésique,
- les capacités de langage et d'identification,
- les capacité de praxie de construction.¹⁸

A chacune des questions, nous notons le score, 1 équivaut à une bonne réponse, 0 équivaut à l'absence de réponse et de réaction, ou d'une réponse fausse. Il existe des consignes de passation et de cotation.¹⁹ Nous accorderons un score qui varie de 0 à 30. La cotation de l'évaluation se fait directement sur la grille et en même temps que le patient passe le test.

Grâce à ces deux tests, nous pouvons évaluer le degré de dépendances physique et psychique d'une personne âgée, Ceci afin d'adapter les soins pour palier aux manques des besoins de la personne âgée.

16 Cf. annexe 1.

17 Cf. annexe 2.

18 Ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but. Ici nous allons demander à la personne de recopier un dessin.

19 Cf. annexe 3.

II.C Qu'est ce qu'une maison de repos ?

Une maison de repos est un établissement destiné à accueillir des personnes à partir de 60 ans, seules ou en couple, ayant une diminution de leur autonomie physique ou psychique. Dans certains cas, nous pouvons y entrer plus tôt mais il faut faire une demande auprès du Service Public de Wallonie par exemple. La personne âgée bénéficie en fonction de son état de dépendance, évalué grâce aux tests expliqués dans la partie précédente, des soins et de l'aide dans les activités de la vie quotidienne.

Une équipe soignante est présente vingt quatre heure sur vingt quatre, pour assurer des soins spécifiques à chaque patient. L'équipe médicale de l'établissement est pluridisciplinaire et compte en général un médecin coordinateur, des infirmiers dont un infirmier cadre, des aides-soignants mais également du personnel paramédical comme des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, et des animateurs. D'autres intervenants peuvent être appelés à la demande du résident, pour garder des liens avec l'extérieur comme son coiffeur, son pédicure podologue ou même leur propre kinésithérapeute. Toutes ces personnes contribuent au bien-être et à l'épanouissement du résident dans son nouveau lieu de vie et créent avec lui un lien unique. La maison de repos comprend une salle de restaurant, des espaces de vie commune comme un coin télévision, une bibliothèque garantissant une atmosphère calme et conviviale, où les résidents peuvent se retrouver s'ils le désirent.

Les chambres sont pourvues d'un lit médicalisé, d'une table de nuit, d'une table et des chaises, d'un fauteuil, d'une armoire mais également d'une salle de bain privative avec lavabo, douche et WC. Lorsque le résident arrive, il lui est proposé de décorer sa chambre pour la personnaliser, avec des objets familiers afin qu'il retrouve des souvenirs et des repères pour se sentir comme chez lui. Cela favorisera le bien-être et des repères familiers chez la personne âgée.

Le résident est libre d'inviter les personnes de son choix dans sa chambre et dans la partie dédiée à recevoir les familles, aussi bien en semaine que le week-end, tout en respectant les heures d'ouvertures. Il est également libre de sortir de la maison de repos, mais doit le signaler à l'infirmier cadre ou au responsable.

II.D Qu'est ce que l'intégration ?

« En sociologie, l'intégration est le processus ethnologique²⁰ qui permet à une personne ou à un groupe de personnes de se rapprocher et de devenir membre d'un autre groupe plus vaste par l'adoption de ses valeurs et des normes de son système social. L'intégration nécessite deux conditions :

- une volonté et une démarche individuelle de s'insérer et de s'adapter, c'est-à-dire l'intégrabilité de la personne,
- la capacité intégratrice de la société par le respect des différences et des particularités de l'individu. »²¹

L'entrée en maison de repos est une étape importante et compliquée dans la vie d'une personne âgée. La maison de repos est souvent vécue comme le dernier lieu de vie et véhicule un sentiment de mal-être. La personne quitte sa maison pour se retrouver dans une chambre toute seule, elle perd ses repères qu'elle s'est construite. Il est compliqué pour la personne âgée de quitter ses habitudes, ses amies, son animal de compagnie si elle en avait un. Elle aura l'obligation de prendre les repas imposés par la maison de repos. Son rythme de vie va changer car elle va devoir s'adapter à la vie en communauté et à des horaires de la maison de repos. Cela pourra entraîner le deuil de quitter son domicile avec les cinq étapes. En premier lieu le déni avec un refus de voir la réalité. En deuxième lieu vient la révolte avec de la colère. Ensuite s'observe la dépression avec une attitude de retrait. Puis apparaît le marchandage avec la famille le plus souvent. Pour finir, il y a l'acceptation d'être placée. Le temps de deuil étant vécu différemment selon les personnes, la période d'adaptation sera plus ou moins longue selon le caractère et la situation de la personne. Et cela est susceptible d'augmenter ce mal-être chez la personne âgée.

L'entrée de la personne âgée en maison de repos doit être préparée pour éviter une désintégration de la personne et les risques que cela engendre.

L'intégration, c'est le résultat de l'acculturation. C'est à dire de prendre la culture environnante. Comme dit précédemment, la personne âgée doit s'acculturer à la maison de

20 Science sociale qui étudie le comportement des différents peuples selon leurs origines, leurs histoires, leurs migrations, leurs terres et leurs mélanges.

21 <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Integration.htm>

repos. Nous partageons, nous nous accompagnons mutuellement dans tous les gestes, et nous acceptons ce que la personne donne.

Comme dit la définition, la personne âgée, qui arrive en maison de repos, doit pouvoir s'intégrer mais il doit y avoir une volonté des autres personnes à accepter une nouvelle personne dans le groupe également.

L'intégration est mieux réussie quand la personne âgée a décidé de rentrer elle-même en maison de repos. Cela passe par le choix de la maison de repos où elle résidera, à ce qu'elle emmènera lors de son emménagement.

A l'inverse, quelqu'un qui n'est pas intégré, est exclu du groupe de pairs au sein de la maison de repos. Nous pouvons parler de désintégration. C'est un mot assez dur pour parler de ce sujet, mais nous pensons qu'il est important d'utiliser ce terme car une mauvaise intégration peut provoquer chez la personne tout un tas de choses que nous verrons dans la partie suivante.

La désintégration peut donc comme l'intégration, venir de la personne âgée qui ne veut pas s'intégrer pour certaines raisons, mais cela peut venir du groupe qui ne veut pas intégrer la nouvelle personne au sein du groupe existant. L'aide-soignant aura de ce fait un rôle auprès de la personne âgée mais également auprès du groupe.

II.D.1 Les risques et les conséquences de la désintégration sur la personne âgée.

Dans l'idéal, le placement d'une personne âgée en maison de repos devrait être le choix de celle-ci en ayant pris le temps nécessaire à l'acceptation. Mais ce n'est pas toujours comme ça. La personne âgée ne prend pas cette décision, elle voudrait rester le plus longtemps possible chez elle. Comme évoqué auparavant, c'est un bouleversement dans sa vie de quitter sa maison, ses repères et les souvenirs qu'elle a créés. Lorsqu'elle entre en maison de repos et que cela n'est pas voulu ou préparé, la personne âgée risque de se replier sur elle-même, de ne plus vouloir venir au restaurant de sa nouvelle résidence, de ne plus s'alimenter, de ne pas participer aux animations, se sentir délaissée et abandonnée, de ne pas toujours comprendre son placement.

Tous ces risques vont entraîner les conséquences suivantes :

- Une dépression,
- Un syndrome de glissement,
- De l'isolement,
- Des troubles du sommeil,
- Un sentiment de colère, de tristesse et d'agressivité.

Nous verrons dans la partie pratique comment l'aide-soignant observera les signes précurseurs de ces conséquences.

II.E Les soins.

L'aide-soignant est au cœur de la relation soignant-soigné. Il inscrit l'ensemble de ses actions par soins infirmiers. L'aide-soignant doit se référer à son champ de compétence qui est lié au rôle propre de l'infirmier.

Il existe plusieurs théories, modèles ou concepts concernant la façon dont les actes de soins doivent être effectués. Ces théories découlent directement du regard que le soignant porte sur la santé. Nous n'avons pas la même vision du terme «santé» puisque nous avons appris dans notre formation, qu'il existe plusieurs « santés »²². Comme nous n'avons pas la même vision de la santé, nos soins seront différents, malgré le fait que la théorie est la même pour tous les aides-soignants.

Ces différentes théories s'appuient sur l'individu, la santé, l'environnement et les soins infirmiers. Ils sont inévitablement unis : l'un ne va pas sans les autres.

Comme énoncé précédemment, il existe plusieurs théories : Florence Nightingale, Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Callista Roy, Dorothéa Orem.

Nous parlons souvent de la théorie de Virginia Henderson, car elle est la plus connue en terme de théorie dans l'enseignement des soins _infirmiers, aides-soignants_. Sa théorie repose sur les besoins fondamentaux de l'Homme et elle s'inspire de la théorie psychologique de Abraham Maslow, qui lui même s'inspire d'une théorie économique.

La théorie des besoins de Maslow est connue par sa représentation d'une pyramide²³ qui classe les besoins en 5 niveaux _les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, et

22 Santé positive, santé négative, santé relative et santé globale.

23 Cf. annexe 4.

celui de s'accomplir_. Ce classement est important car il explique qu'il faut satisfaire le premier besoin afin d'accéder au deuxième besoin et ainsi de suite. Sur cette pyramide, Virginia inclut ses 14 besoins. Grâce à cette liste de besoins, l'infirmier peut faire son anamnèse en vue d'un diagnostic, d'établir un constat en vue d'intervenir.

Les avantages de la théorie de Virginia sont de prendre en compte un grand nombre de besoins, et grâce à cela, l'infirmier peut établir un diagnostic.

L'inconvénient est qu'il faut absolument que le premier besoin soit comblé avant de passer au deuxième. Donc cela suppose que le besoin d'estime est moins important que le besoin physiologique par exemple.

Mais la théorie qui a particulièrement attiré notre attention est celle de Dorothea Orem, car sa théorie est un mélange entre la théorie de Peplau qui prône sur les relations humaines et la théorie de Roy qui prône la dimension sociale. Dorothea propose donc une notion d'auto-soin c'est à dire que le soigné sera capable de réaliser les actions qui lui permettent de vivre. Si il n'y arrive pas, les soins que les soignants effectueront, viendront remédier ce manque. Cette aide peut être de soutien ou d'éducation. Mais pour cela les soignants devront évaluer les connaissances et les compétences du soigné afin de donner les soins les plus adaptés. Comme pour toutes théories, il y a des avantages et des inconvénients. Les avantages sont le mélange de plusieurs théories pour augmenter les chances que la théorie fonctionne au mieux, favoriser l'autonomie, et le soignant s'adapte au maximum au soigné. Les inconvénients de cette théorie sont une bonne évaluation des compétences et des connaissances du soigné afin d'éviter qu'il perde de l'autonomie et permet une réévaluation de ses compétences et de ses connaissances.²⁴

Quelle que soit la théorie, l'objectif reste le même : prendre soin de l'individu et de sa santé. Une bonne intégration commence toujours par une bonne communication, qui est un besoin fondamental, avec la personne soignée. Elle permet de tisser des liens entre les personnes. En effet, si il y a des obstacles à la communication ou si la personne âgée ressent un désintérêt du soignant à écouter, elle aura tendance à s'isoler, à ne plus vouloir discuter, ne plus exprimer ses sentiments. Et cela pourrait entraîner une exclusion.

24 Extrait d'un travail réalisé dans le cadre de l'éducation à la santé dans l'UE9.

II.E1 Les dimensions du soin.

Le soin peut avoir plusieurs dimensions :

- curative,
- maintenance,
- palliative,
- éducative,
- préventive,
- réhabilitation.

➤ Dimension curative

C'est la mise en œuvre et la prise en charge répondant à un besoin de réparation, de restauration pour améliorer l'état du patient.²⁵

➤ Dimension de maintenance

Cela regroupe l'ensemble des soins nécessaires à la continuité de la vie et au maintien de la santé de la personne. Elle a pour but de répondre aux besoins fondamentaux de la personne. Elle est à la fois physique et psychologique.

➤ Dimension palliative

C'est la prise en charge du patient et de son entourage lorsque les autres dimensions ne sont plus envisageables.

➤ Dimension éducative

C'est donner à la personne soignée des moyens, des informations pour qu'elle puisse vivre en harmonie avec son environnement et sa maladie.

26

➤ Dimension préventive

25 Changement de position quand il y a présence d'escarre.

26 Donner des conseils d'alimentation chez une personne en obésité.

C'est cerner un risque et mettre en œuvre des moyens pour l'éviter²⁷

Nous distinguons trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire : se situe au début de l'apparition des problèmes de santé. Elle vise à diminuer les risques de la désintégration.
- La prévention secondaire : se situe au tout début de la désintégration. Elle tente de diminuer sa progression, et donc de réduire sa durée d'évolution.
- La prévention tertiaire : a pour but d'éviter les récurrences ou les complications de la désintégration. Il s'agit de réduire les conséquences physiques et morales que cela entraîne. Il s'agit de réadapter, et de réintégrer la personne âgée en maison de repos.

➤ Dimension de réhabilitation

C'est faciliter l'adaptation de la nouvelle situation, mettre en œuvre des moyens pour aider le patient à surmonter ou à mieux vivre avec ses séquelles ou son handicap.

Nous constatons que les soins ne sont pas seulement techniques. Il ne suffit pas de poser un soin, il y a aussi toute la dimension relationnelle, qui est présente dans chacune de ces six dimensions.

Dans cette partie conceptuelle, nous avons pu définir et détailler les points importants de notre sujet. Et voir l'importance de l'intégration chez la personne âgée en maison de repos.

Après avoir développé le contexte et les concepts de notre sujet, nous allons présenter dans la partie pratique, le rôle de l'aide-soignant auprès du patient, de sa famille et de l'équipe pluridisciplinaire, les soins physiques, relationnels et éducatifs, les différentes améliorations qui sont mises en place et ce que nous pouvons apporter pour l'intégration de la personne âgée en maison de repos.

²⁷ Lavage des mains pour éviter les infections nosocomiales.

III. Partie pratique

Les parties conceptuelle et contextuelle ont placé ma problématique, et expliquent les difficultés que peut rencontrer une personne âgée en entrant en maison de repos. Dans ces parties, nous avons évoqué plusieurs sujets que nous allons rendre explicite dans cette partie. Nous allons à présent voir les rôles de l'aide-soignant, les soins physiques, relationnels et éducationnels, les moyens mis en place pour améliorer l'intégration dès l'entrée de la personne âgée en maison de repos et cela tout au long de son séjour, grâce à des moyens mis en place par l'établissement.

Cette partie est autant objective _car nous allons parler des moyens mis en place rencontrés lors de mes stages en maisons de repos_ que subjective car je vais également parler des moyens que nous pouvons mettre en place pour faciliter et garder cette intégration en maison de repos.

III.A Les rôles de l'aide-soignant.

L'aide-soignant joue un rôle auprès de la personne âgée, mais aussi auprès de la famille, dans son intégration au sein de la maison de repos, ainsi qu'auprès de l'équipe pluridisciplinaire par une transmission claire et précise des différentes situations.

III.A1 Auprès de la personne âgée.

L'aide-soignant a de nombreux rôles à jouer dans l'intégration de la personne âgée au sein de la maison de repos. Elle aura un rôle dans les soins physiques, relationnels mais aussi un rôle d'éducation et de prévention.

Nous avons un rôle d'éducation et de prévention. Nous pouvons éduquer les personnes âgées dans les activités sportives en groupe afin d'avoir une cohésion sociale. Sous forme de petit groupe pour faire le tour du jardin de la maison de repos. Nous pouvons les conseiller également sur les différentes activités que propose l'animatrice en fonction de ses capacités.

L'aide-soignant devra faire attention à ce que la personne âgée puisse réaliser l'activité, car si celle-ci est trop compliquée pour elle, cela risque d'avoir un repli sur elle-même et de ne plus participer aux activités.

Nous avons vu dans la partie conceptuelle les risques et les conséquences²⁸ de la désintégration. L'aide-soignant veillera donc à observer les signes précurseurs des conséquences. Pour la dépression, l'aide-soignant veillera à faire attention au changement d'humeur comme la tristesse ou les pleurs sans motif, à la perte d'intérêt pour les activités, à une augmentation ou une diminution de l'appétit. Pour le syndrome de glissement, l'aide-soignant veillera à faire attention au désintéressement de toutes choses, à la perte de poids due à l'arrêt de s'alimenter, à une fatigue importante, à l'opposition aux soins, à un repli sur soi progressif jusqu'à la disparition de la communication. Pour l'isolement, l'aide-soignant veillera à faire attention au repli sur soi, à la disparition de la communication. Pour les troubles du sommeil, l'aide-soignant de nuit veillera à observer le temps de sommeil du résident. Si il constate des troubles du sommeil, il devra les transmettre à l'infirmier chef qui s'épaulera peut être du médecin traitant pour la mise en place de somnifères. Enfin pour les sentiments de colère, de tristesse ou d'agressivité, l'aide-soignant devra l'inciter à parler, à l'écouter, à l'aider à mettre des mots sur ses sentiments.

Avec tous ces risques l'aide-soignant devra être à l'écoute du patient, le laisser s'exprimer sans l'interrompre, l'inviter aux activités qu'il apprécie, essayer de trouver d'autres résidents qui ont des points communs avec lui afin de faciliter le dialogue, le stimuler lors des repas, installer un rituel d'endormissement.

III.A2 Au près de la famille.

Nous avons évoqué dans la partie conceptuelle que la famille joue un rôle important dans l'intégration de la personne âgée. En effet, la famille a dû prendre la décision de placer son proche dans une maison de repos _ situation souvent source de doute, de culpabilité _ de le laisser dans un lieu que le proche ne connaît pas. Le placement peut être perçu par la famille comme un échec, étant donné qu'ils n'ont pas pu s'en occuper comme lui s'est occupé d'eux quand ils étaient jeunes. Notre rôle sera de les accompagner dans ce moment difficile qu'est le placement et faire preuve d'empathie.

²⁸ Des Dépressions, Des Syndromes de glissement, De l'isolement, Des troubles du sommeil, Des sentiments comme de la colère, tristesse, agressivité.

Nous aurons un rôle de présence active et d'accompagnement. Nous devons faire preuve d'une écoute active. Cela évitera un ton moralisateur, un jugement. Mais nous devons également les rassurer sur les doutes qui les entourent. La famille jouera également un rôle clé dans le placement car elle pourra répondre à nos questions sur la vie de la personne âgée, ses habitudes, ses préférences, si celle-ci n'a plus les capacités de nous répondre.

Nous pouvons encourager la famille à venir passer du temps avec son proche pour renforcer le lien entre eux. Pour cela, l'aide-soignant s'effacera lors de ces rendez-vous pour ne pas les déranger.

Le proche peut également sortir de la maison de repos, si il en a encore les capacités, pour se rendre auprès de sa famille.

Nous pouvons mettre en place des activités récréatives, avec la famille des résidents. Comme des après-midis jeux de société, des soirées avec des repas à thèmes comme « soirée barbecue » ou « soirée buffet froid » ou encore « soirée dansante ». Cela renforcera le lien du résident avec sa famille.

Dans ces soirées, les résidents pourront montrer à leurs familles, les objets qu'ils ont fabriqués avec l'animatrice.

III.A3 Auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Nous avons un rôle auprès de la personne âgée, de la famille mais également auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Notre rôle sera plus un rôle de relais, d'éducation et de prévention.

L'équipe pluridisciplinaire travaille dans le seul but de satisfaire les besoins du résident. Toutes les personnes autour de la personne âgée ont leur importance puisqu'ils interviennent à des niveaux différents de la prise en charge de la personne âgée. Chacun va se baser sur ce que l'autre a fait. Il est donc dans l'intérêt de toute l'équipe d'avoir une cohésion de groupe et une communication, car chacun a sa place dans la mécanique qu'est l'intégration. La remise de service, d'après les différents postes dans l'institution, est un élément clé également pour transmettre des informations sur l'état de santé de la personne mais également sur ce qu'elle a pu faire. Sans cela, nous ne pourrions pas assurer le rôle relais auprès de la famille par exemple si la famille vient dans l'après midi et nous pose des questions sur ce qu'il s'est passé du matin.

Pour arriver à satisfaire les besoins du résident, il est dans le bien de tous d'avoir des transmissions orales et écrites claires pour faciliter la continuité des soins. Les transmissions orales permettent d'apprendre des informations sur le résident sur ce qu'il a été fait et de rajouter des informations par les différentes personnes présentes lors de la remise de service. Les transmissions écrites permettent elles aussi d'apprendre des informations mais d'en garder une trace. C'est pour cela que les transmissions doivent être lisibles, claires, précises, complètes, objectives et pertinentes. Les transmissions orales ne remplacent pas les transmissions écrites et vice versa, elles se complètent.

Nous avons également un rôle d'éducation vis à vis de nos collègues, car il est dans l'intérêt de tous, que l'aide-soignant partage ses connaissances sur l'intégration de la personne âgée, ou comment éviter les risques de la désintégration.

III.B Les soins.

Durant notre formation, les professeurs nous énoncent les soins de la manière suivante : les soins physiques, relationnels, et les soins éducationnels. Nous allons dans la partie pratique commencer par les soins relationnels car ils jouent un grand rôle. L'intégration de la personne se passe principalement par le social. En effet si la personne perd de son autonomie sociale, elle s'isole et son intégration va être compliquée. Cela va avoir un effet sur son psychique mais également sur son corps et cela entraînera des risques comme le syndrome de glissement. Puis nous parlerons des soins d'éducatifs et de préventions. Le social et l'éducation sont liés car nous nous éduquons et que nous vivons en société. Enfin nous aborderons les soins physiques.

III.B.1 Les soins relationnels.

Nous observons à notre époque, que la charge de travail augmente et le manque de personnel se ressent. Nous avons moins de temps pour les personnes âgées et nous restons concentrés sur nos soins. Par conséquent les soins se déshumanisent. La communication devient compliquée voir inexistante, alors qu'en face, nous avons une personne qui, dans les gestes de la vie quotidienne, durant la toilette, s'ouvre, se livre à nous sur sa vie passée. Nous en apprenons beaucoup sur leurs habitudes, leurs façons de penser, de vivre. Il est

important d'écouter la personne âgée et de comprendre les signaux qu'elle essaie de nous envoyer.

Nous savons que la personne aime parler de sa jeunesse, de son passé professionnel, de ses enfants. Toutes les étapes qui ont rythmé sa vie.

Nous avons évoqué qu'il existe des moments privilégiés pour la communication, les repas en font parties. C'est un moment d'échange, non seulement entre le soignant et le soigné mais aussi entre les résidents. Lors des animations, les résidents apprennent à se connaître, ils discutent entre eux mais pour cela il faut favoriser cette relation, en privilégiant les faces à faces, éviter les bruits parasites comme être à proximité d'une télévision ou à côté du volume trop élevé de la radio.

Il est fondamental que la famille de la personne âgée accompagne cette dernière dans son intégration au sein de l'établissement. Car sans la famille, la personne âgée peut se sentir abandonnée, délaissée, livrée à elle-même dans un nouveau cadre de vie. Favoriser les visites, et ne pas les déranger inutilement lors de celles-ci. Si il y a la présence de photographie dans la chambre, il faut essayer de remémorer les souvenirs de la personne âgée tout en faisant attention à ne pas dévier sur des sujets qui la rendraient triste. Il faut que la personne âgée garde un lien avec sa famille lorsque cela est possible.

III.B.2 Les soins éducationnels.

L'aide-soignant joue un rôle important dans les soins éducationnels pour essayer de maintenir son autonomie ou réapprendre des gestes oubliés. C'est quelque chose qui fait partie de notre rôle propre. Nous devons aider les patients et leurs proches à comprendre leurs maladies, leurs traitements, afin qu'ils puissent continuer à vivre correctement, sainement et maintenir un équilibre de vie. Nous avons parlé des risques de la désintégration chez la personnes âgée. L'aide-soignant aura donc un rôle d'éducation et de prévention afin d'éviter ces risques et les conséquences de ces risques.

Il faut pour cela distinguer l'éducation et la prévention. L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin".

Parallèlement, la prévention constitue l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

Dans la partie conceptuelle, nous avons expliqué les trois niveaux de prévention.

Nous allons voir maintenant ce que nous pouvons mettre en place à ces trois niveaux.

Nous avons la prévention primaire, l'aide-soignant intégrera la personne âgée dans les repas et les activités en groupe en allant la chercher et l'installer avec des personnes ayant les mêmes goûts pour favoriser le dialogue. L'aide-soignant lui donnera des tâches à accomplir dans la limite de ses capacités afin de valoriser son implication dans la maison de repos.

Ensuite nous avons la prévention secondaire, l'aide-soignant pourra stimuler la personne à s'habiller et se coiffer comme elle avait l'habitude.

Enfin, selon la prévention tertiaire, l'aide-soignant devra faire attention au signe précurseur dans le but de stopper toute nouvelle désintégration.

III.B.3 Les soins physiques.

Nous avons vu que la toilette est un moment privilégié pour discuter, elle permet à la personne âgée d'avoir quelqu'un de disponible pour elle pendant un certain temps. C'est un moment d'échange entre le soignant et le soigné. La toilette ne consiste pas seulement à rendre propre la personne âgée mais cela lui procure également un bien-être dans sa vie. De nombreuses personnes âgées ont tendance à se négliger, à ne plus se laver ni s'habiller. Pas parce qu'elles n'ont plus les capacités physiques mais plutôt comme un abandon de leur vie. Comme si entrer en maison de repos était synonyme de mourir.

Au delà de la toilette, l'aide-soignant doit permettre à la personne de se sentir valorisée en la laissant choisir ses vêtements. Nous savons que les vêtements reflètent la personnalité de la personne et permettent à celle-ci de garder son identité.

Nous devons, en tant que soignant, respecter les habitudes de la personne âgée, tenir compte de sa coiffure : Si Madame se coiffait d'une certaine manière nous ne devons pas changer ses habitudes. C'est un pas vers l'intégration, quelqu'un qui se sent bien dans ses vêtements, dans sa peau, c'est quelqu'un qui ira plus facilement au contact des autres. Cela facilitera l'intégration au sein de la maison de repos.

III.C Les dispositions mises en place dans certaines maisons de repos pour l'intégration de la personne âgée.

Durant mes stages, j'ai été amenée à vivre des situations d'intégrations de personnes âgées. J'ai constaté dans une maison de repos, qu'une personne de référence avait été mise en place pour faciliter l'intégration. Elle fait partie de l'équipe soignante. Effectivement, c'est une aide-soignante qui portait ce titre. Lors des premiers jours de la personne âgée en maison de repos, l'aide-soignante et la personne passent du temps ensemble, l'aide-soignante remplissait un questionnaire avec les habitudes de la personne, notamment ses goûts alimentaires, ses habitudes personnelles, son heure de réveil et de couché, les activités qu'elle pratiquait à son domicile. Cela a permis à l'aide-soignante de savoir que la personne aimait jouer au scrabble avec des amis. Dans la maison de repos, un petit groupe de personnes se donnaient rendez-vous tous les soirs dans la véranda pour jouer à cette activité. L'aide-soignante lui en fit part, et c'est ainsi que la personne âgée s'est intégrée puisque tous les soirs, elle allait jouer au scrabble avec ses nouveaux partenaires. Cela la rassurait. De ce fait, cette activité leur a permis de se connaître, et pour renforcer ce nouveau lien, nous les avons mis ensemble lors des repas.

Pour ce poste, l'institution a choisit une aide-soignante à temps plein. Pour être sûre qu'elle soit présente lors d'arrivées de nouveaux résidents, et si vraiment cela tombait sur son jour de repos, l'infirmière cadre expliquait à la personne âgée le minimum et la rassurait en lui évoquant qu'une collègue référente passera la voir au plus vite. Lors de cette visite, l'aide-soignante lui a expliqué le fonctionnement de la maison de repos, les horaires des repas, des activités, mais aussi les jours où la coiffeuse et la pédicure podologue étaient présentes dans l'institution. Elle lui a indiqué le jardin et la véranda où elle pouvait se rendre ou y inviter sa famille pour passer des moments ensemble. Les espaces de vie commune, le coin télévision, la bibliothèque et les sanitaires des résidents. Dans la salle commune, il y avait quelques résidents. L'aide-soignante a fait les présentations. La personne âgée a posé des questions et l'aide soignante l'a rassurait.

Dans un autre lieu de stage, tout le personnel venait se présenter à la personne âgée dans les premiers jours de son arrivée. Il mettait à disposition un lit pour que la famille puisse dormir avec la personne âgée le premier soir. Car la famille, comme évoqué dans la partie

conceptuelle, joue un rôle important et il faut essayer un maximum de maintenir un lien entre celle-ci et le résident, mais aussi avec la maison de repos. Cela rassure la personne âgée de se sentir épaulée, ne pas se sentir délaissée dans un moment comme celui-ci.

Toutes ces situations ont été rencontrées durant mes stages. Nous pensons que l'intégration de la personne âgée au sein de la maison de repos, peut toujours être amélioré bien que dans certains établissements, le besoin d'intégrer n'est pas une priorité. C'est exceptionnel mais malheureusement cela existe. Histoire vécue en stage, tous les résidents restaient en chambre toute la journée, il n'y avait que lors de la prise de repas qu'ils se rencontraient. Les activités étaient rares voir inexistantes.

III.D Propositions d'activités pour l'intégration de la personne âgée en maison de repos.

Nous venons de voir les rôles de l'aide-soignant auprès de la personne âgée, de la famille de celle-ci et auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Les soins physiques, relationnels et éducationnels. Également ce qui existe déjà pour faciliter l'intégration de la personne âgée d'après différentes situations vécues. Désormais, nous allons proposer des activités que nous pouvons mettre en place pour améliorer cette intégration.

Précédemment, nous avons parlé de soins physiques : L'aide-soignant peut proposer de laver les cheveux à certains résidents et faire un brushing ou faire appel à un coiffeur si il le désire.

Si certaines femmes avaient l'habitude de se maquiller, leurs proposer une activité maquillage et bien-être avec massage des mains.

Nous pouvons également proposer des activités manucures, pour les femmes comme pour les hommes. Pour les messieurs, proposer des soins barbe.

Nous pouvons instaurer par exemple un goûter d'intégration de façon hebdomadaire quand arrivent de nouveaux résidents : L'aide-soignant mettrait en place une animation de confection de gâteaux pour les personnes ayant les capacités. Cela permettrait de resserrer les liens déjà présents ou d'en créer. Tous les résidents se retrouveraient dans le restaurant pour prendre le goûter avec café et gâteaux réalisés. Nous impliquerions les résidents les plus valides à faire le service. Ainsi, le résident se sentirait utile, de par les responsabilités accessibles que l'aide-soignant aura pris le soin de lui confier, l'idée étant qu'il ne ressente

aucune difficulté à les accomplir. Des ateliers lectures, où chaque résident pourra parler des livres qu'il a lus afin de donner envie à d'autres lecteurs de découvrir le livre. Des ateliers tricots, coutures, où les personnes sachant coudre ou tricoter peuvent aider les personnes qui n'y arrivent plus ou n'ayant jamais pratiqué.

Si la maison de repos a la possibilité de faire un coin jardinage, les plus aguerris peuvent apprendre aux plus novices des leçons de jardinage. Toutes ces idées seront des moments de partages entre résidents et faciliteront l'intégration.

Comme expliqué précédemment, une aide-soignante jouait la personne de référence, mais pourquoi pas impliquer un résident dans ce rôle. Il pourrait accueillir les nouveaux résidents dans les jours suivant son entrée, facilitant ainsi l'intégration des résidents entre eux. Il faudrait choisir un résident qui est présent depuis plusieurs années dans la maison de repos et qui possède toutes ses capacités.

Conclusion

Pour parvenir à résoudre notre problématique qui est : « Comment, grâce aux soins, l'aide-soignant peut améliorer l'intégration de la personne âgée en maison de repos ? », nous avons développé plusieurs parties: une partie conceptuelle, une partie contextuelle et une partie pratique. Dans la partie conceptuelle, nous avons développé l'aide-soignant avec l'évolution de ses rôles depuis l'Antiquité, jusqu'à ses nouveaux rôles attribués à ce jour. Nous avons ainsi pu constater que les soins sont présents depuis de nombreuses années.

Ensuite dans la partie contextuelle, a été évoquée la personne âgée, avec plusieurs termes que sont l'Autonomie et la Dépendance, pour arriver à notre sujet principale qui est l'Intégration. En effet, il est important pour le futur résident, quel que soit son degré d'autonomie, qu'il puisse anticiper, participer, et organiser son entrée. Malheureusement, l'entrée en maison de repos est de plus en plus tardive car la personne âgée veut rester le plus longtemps possible chez elle. L'entrée en maison de repos n'est pas toujours acceptée. Cela contribue à la désintégration. Mais pas que : une personne isolée en maison de repos aura tendance à s'exclure ce qui entraînera une désintégration.

L'aide-soignant devra donc avec différentes méthodes, faciliter cette intégration en réalisant une anamnèse du résident avant son entrée, en instaurant une personne de référence qui lui expliquera les informations importantes de la maison de repos, comme les horaires du restaurant. Nous avons vu également l'importance de l'aménagement de la chambre du résident, avec les objets familiers, afin qu'il garde ses repères. Les activités ont une place importante dans l'intégration, puisqu'il faut aussi que celle-ci se fasse auprès du nouveau groupe de pairs. La famille est importante aussi dans l'intégration de la personne âgée, car nous devons maintenir ce lien pour que celle-ci ne se sente pas délaissée.

Les soins jouent un rôle aussi dans l'intégration, autant les soins physiques, que les soins éducationnels mais surtout les soins relationnels.

Tous ces moyens sont mis en place dans certaines maisons de repos pour l'intégration de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie, mais seul le résident reste le principal acteur de son intégration.

Mais comme proposé, nous pouvons toujours l'améliorer, en les responsabilisant dans des nouveaux rôles_ rôle de référent_ ou en les faisant participer à des nouvelles activités. Il faut que ces personnes restent des personnes à part entière, avec une identité propre à chacun. Ne pas être un élément que nous déplaçons de chaise en chaise, ou de fauteuil en lit. La formation d'aide-soignant, grâce aux cours théorique mais aussi grâce à la pratique m'a permise de me conforter sur mon choix de devenir aide-soignante. Et m'a aidé à trouver ma problématique. C'est par des gestes, des petites attentions de notre part qui pour nous peuvent paraître infime auront aux yeux des résidents une grande importance. C'est à nous, futur aide-soignant d'améliorer cette intégration.

Annexes

Annexe 1 : Échelle de Katz.

Annexe 2 : Le MMSE.

Annexe 3 : Consigne de passation et cotation du MMSE.

Annexe 4 : La pyramide de Maslow.

Annexe 1 : Échelle de Katz.

CRITERE	Ancien score	Nouveau score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Annexe 2 : Le MMSE.

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

☞ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | | | |
|----------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | [0ou1] | 4. Quel jour du mois ? | [0ou1] |
| 2. en quelle saison ? | [] | 5. Quel jour de la semaine ? | [] |
| 3. en quel mois ? | [] | | |

☞ Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- | | |
|--|-----|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | [] |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | [] |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | [] |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | [] |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | [] |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-----|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | [] |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | [] |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | [] |
- Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

☞ Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

- | | |
|--------|-----|
| 14. 93 | [] |
| 15. 86 | [] |
| 16. 79 | [] |
| 17. 72 | [] |
| 18. 65 | [] |

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

☞ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-----|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | [] |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | [] |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | [] |

LANGAGE

- | | | |
|--|--------------------|-----|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | [] |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | [] |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | [] |
- ☞ Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
- | | |
|---|-----|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | [] |
| 26. Pliez-la en deux. | [] |
| 27. et jetez-la par terre ». | [] |
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
- | | |
|---------------------------------|-----|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | [] |
|---------------------------------|-----|
- ☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
- | | |
|---|-----|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | [] |
|---|-----|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-----|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | [] |
|---|-----|



SCORE TOTAL (0 à 30)

[]

Annexe 3 : Consigne de passation et cotation

Consignes de passation et de cotation du Mini Mental State Examination : M.M.S.E

ORIENTATION

- ✍ Pour tous ces items, n'accepter que la réponse exacte. Cependant, lors des changements de saison ou de mois, ou pour l'étage, permettre au patient de corriger une réponse erronée, en lui demandant : « êtes-vous sûr ? ».
- ✍ Les seules tolérances admises concernent :
 - Pour la question n°6 : lorsque le patient vient d'une autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du médecin,
 - Pour la question n° 8 : lorsque le nom du département et de la région sont identiques (par exemple : Nord), il faut alors demander : « dans quel pays est situé ce département ».
- ✍ Chaque réponse vaut 1 point. Si la réponse est fautive ou s'il n'y a pas de réponse, comptez 0 point.
- ✍ Accorder 10 secondes pour chaque réponse.

APPRENTISSAGE

- ✍ Dire les 3 mots groupés, un par seconde, face au malade en articulant bien.
- ✍ Accorder 20 secondes pour la réponse.
- ✍ Compter 1 point pour chaque mot répété correctement au premier essai.
- ✍ Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement. En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que si les 3 mots ont été bien enregistrés.
- ✍ Maximum : 6 essais.

ATTENTION ET CALCUL

- ✍ Il faut donner au sujet le maximum de chances, car il s'agit d'une épreuve difficile même pour des sujets témoins. Pour cela, on donnera la consigne suivante : « maintenant, je vais vous demander de compter en arrière de 7 en 7 à partir de 100 : combien font $100 - 7$? ». Si la réponse est incorrecte, le point n'est pas accordé et on corrige le sujet : « non, c'est 93. Et maintenant, combien font $93 - 7$? » ; et ainsi de suite, pour les 5 soustractions.
- ✍ Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct : ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.

RAPPEL

- ✍ Accorder 10 secondes pour répondre.
- ✍ Compter 1 point par réponse correcte.
- ✍ Aucune tolérance n'est admise puisque l'encodage a été contrôlé lors de l'enregistrement.

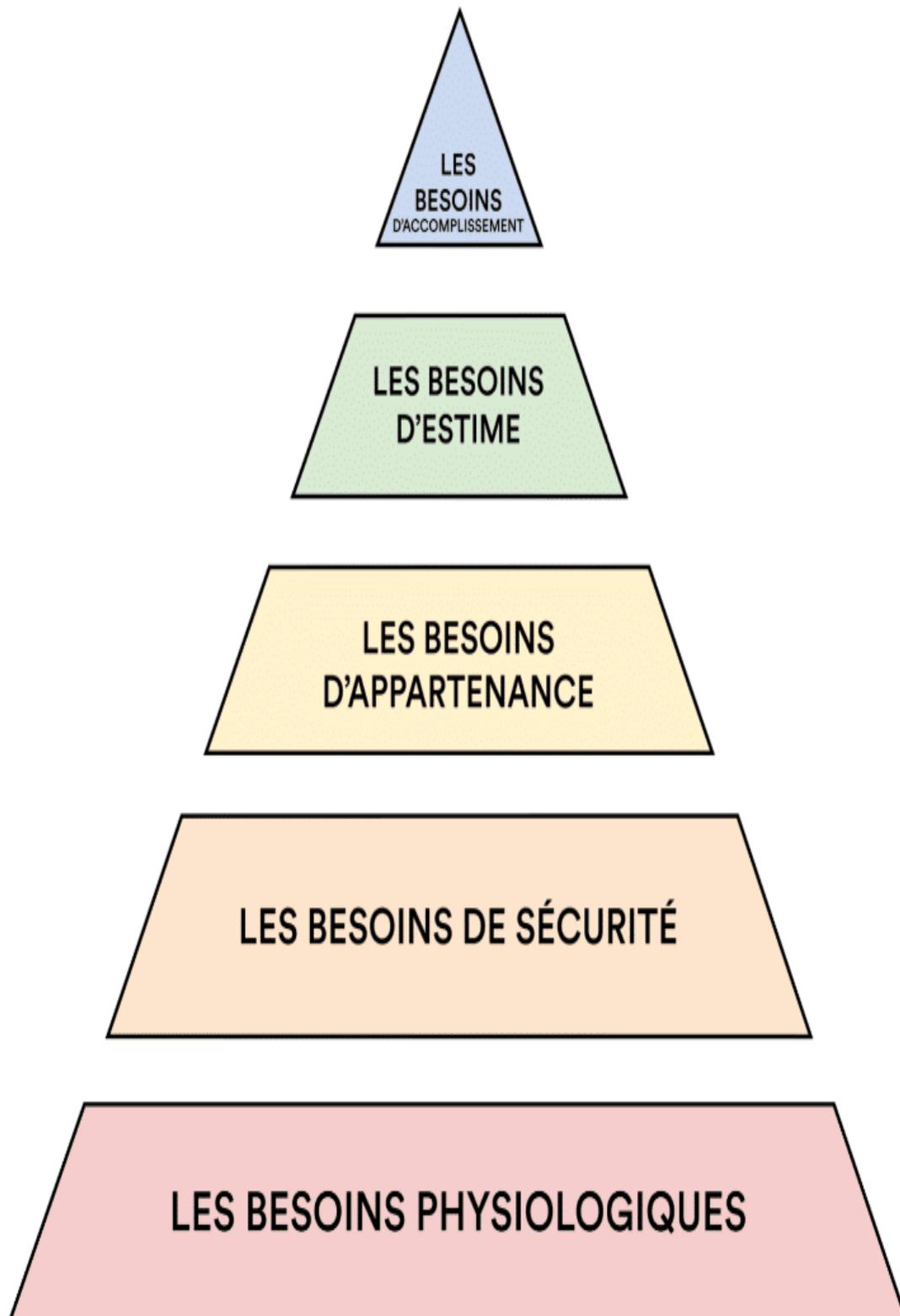
LANGAGE

- D'une façon générale, compter 1 point par réponse correcte et accorder 10 secondes pour chaque réponse.
- ✍ Il faut montrer un crayon (et non un stylo ou un stylo à bille). Aucune réponse autre que crayon n'est admise.
 - ✍ Aucune autre réponse que montre ou montre-bracelet n'est admise.
 - ✍ La phrase doit être prononcée à haute voix, bien distinctement, face au malade ; ne compter 1 point que si la répétition est entièrement correcte.
 - ✍ Comptez 1 point par item correctement exécuté. Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne mais dire : « faites ce que je vous ai dit ».
 - ✍ Compter 1 point si la phrase comprend un sujet et un verbe, sans tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe. Accorder 20 secondes.

PRAXIES CONSTRUCTIVES

- Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents. On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps d'une minute.

Annexe 4 : La pyramide de Maslow.



Bibliographie

EF4 : « Aide à la vie journalière des métiers de l'aide et des soins aux personnes » - Hygiène et confort - Mme Blehen.

UE3 : « Connaissance préalable au stage d'observation des métiers de l'aide et des soins aux personnes » - Déontologie appliquée – Mme Père.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_2018-01_-_assistant_de_soins_18-02-06.pdf

<https://www.maggiedeblock.be/fr/laide-soignant-pourra-bientot-prodiguer-davantage-de-soins-aux-patient/>

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/formulaires-MRPA-MRS-CSJ.aspx>

<https://www.larousse.fr/>

<http://www.lereservoir.eu/PDF/MS/AS%20UE4.pdf>

<http://www.lereservoir.eu/PDF/MS/AS%20UE4.pdf>

<https://www.cairn.info/le-metier-d-infirmiere-en-france--9782130798439-page-31.htm>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237?q=soins#72407>

<http://www.sgca.fr/outils/mmsconsignes.pdf>

<https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/>

<https://books.openedition.org/ies/432?lang=fr>

<http://www.lereservoir.eu/PDF/YP/AS%20UE%208%20COMMUNICATION%20APPLIQUEE.pdf>

<http://www.lereservoir.eu/PDF/YP/AS%20UE%209%20DEONTOLOGIE%20ET%20LEGISLATION%20SPECIFIQUE.pdf>

<https://ifsiduchudenice20122015.files.wordpress.com/2013/08/le-soin-et-ses-dimensions-par-marine.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-2-page-105.htm>

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/formulaires-MRPA-MRS-CSJ.aspx>

<http://entraide-esi-ide.com/les-transmission/>

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2002_num_1_2_884

<https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/le-quotidien/les-soins-de-la-personne-agee/>