



Epreuve intégrée

« La collecte de données, une nécessité du métier d'aide-soignant »

Travail réalisé par Mennana Zniber en
vue de l'obtention du diplôme d'aide-
soignant.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à tous les professeurs, Madame Defraeye, Monsieur Minet, Madame Ghislain, Madame Père, Monsieur Dejonckheere, Madame Minet, Monsieur Vantomme, pour la transmission de leur savoir, avec passion, bienveillance, merci pour les encouragements, le soutien durant ces deux années de formation.

J'étends mes remerciements aux différents chefs de service qui ont accepté mes candidatures, aux personnes qui, sur les lieux où j'ai eu l'opportunité de faire mes stages, m'ont transmis leurs connaissances pratiques avec bienveillance, et en particulier Lesly Lecolier, Alexandra Ledent et Caroline Bouton.

J'exprime toute ma gratitude aux différentes personnes que j'ai pu prendre en soin au cours de mes stages, sans elles, jamais je n'aurais pu pratiquer mon futur métier, merci pour la confiance accordée dans ces moments souvent empreint de tristesse et de douleur.

Je remercie toutes les étudiantes de ces deux dernières années du soutien, de l'entraide, de la cohésion, de la bonne humeur souvent présente au sein du groupe.

Des remerciements particuliers à mon compagnon Constantin, sans qui, jamais je n'aurais pu faire ma formation, merci d'avoir assumé et pris soin de notre famille.

Merci à ma fille Liri, à ma maman Véronique, à ma grand-mère Marcelle, à mes amies Souad et Guy, à Diana mon acolyte, de m'avoir accompagné, de croire en moi et en ma réussite.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE CONTEXTUELLE	4
PARTIE CONCEPTUELLE	10
1. Le dossier patient	11
2. D'une donnée à la collecte de données	16
3. Les buts de la collecte de données	18
4. L'observation	21
5. La collecte de données dans la liste des actes	23
6. L'exploration des besoins	26
PARTIE PRATIQUE	35
1. La démarche en soins	36
2. Les différentes méthodes de collecte de données	40
- Comment organiser cette observation	41
- L'observation somatique, psychique et sociale	42
- Les échelles d'évaluations	44
3. Les nouveaux actes délégués	49
4. Les transmissions dans le dossier et à l'équipe pluridisciplinaire	55
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE	

INTRODUCTION

Nous voilà arrivé au terme d'un parcours qui aura duré deux années, deux années où nous avons acquis les compétences théoriques et pratiques nécessaires à l'exercice du métier d'aide-soignant. Deux années où nous avons été sur des lieux de stage pour apprendre notre futur métier même si ce ne fut pas facile d'être stagiaire. Au terme de ces longs mois d'études, de stages, nous nous retrouvons face à cette ultime étape de notre apprentissage, ce dernier exercice qui nous permettra d'obtenir notre diplôme. Cet exercice n'est ni plus ni moins que de transcrire au travers d'une épreuve intégrée une problématique que nous avons rencontré et qui est en lien avec notre métier, de traiter d'un sujet qui nous a particulièrement interpellé sur nos lieux de stage. Le long chemin parcouru ne fut pas de tout repos pour nos neurones. La matière durant notre formation était concentrée et les évaluations régulières. Tel était le prix pour pouvoir continuer notre formation, même si ce fut éprouvant sur le plan émotionnel. Ce travail de fin d'étude était perçu au début de notre formation comme une montagne dont le sommet nous paraissait infranchissable. Cela a pu susciter chez beaucoup d'entre nous du stress, et un nombre incalculable de questionnement. L'accompagnement de nos professeurs nous a aidé, mais nous a aussi permis de nous poser les bonnes questions. De cette façon nous avons pu orienter notre choix vers une problématique plutôt qu'une autre, car les problématiques en lien avec notre métier, il en existe plusieurs. Nous avons choisi de traiter dans ce travail d'épreuve intégrée la problématique suivante :

« La collecte de données, une nécessité du métier d'aide-soignant ».

Nous retrouverons dans ce travail trois grandes parties. La première partie sera contextuelle. Elle traitera des complications iatrogènes, de notre responsabilité d'aide-soignant dans ces complications. C'est de cette manière que le contexte de notre épreuve intégrée sera posé. La deuxième partie sera conceptuelle, elle débutera par un chapitre destiné au dossier du patient, comme toute prise en soin. Nous expliquerons ensuite dans un deuxième chapitre ce qu'est une donnée, ainsi qu'une collecte de données. Le troisième chapitre sera dédié aux différents buts de la collecte de données. Nous présenterons dans un quatrième chapitre ce qu'est l'observation.

Le cinquième chapitre nous permettra d'établir des liens entre la collecte de données et les deux Arrêtés Royaux de notre métier. Nous terminerons enfin cette partie conceptuelle par un dernier chapitre, le sixième, il traitera des besoins fondamentaux et des différentes fonctions corporelles. La troisième grande partie de ce travail, qui, elle, est pratique se subdivisera en quatre parties. Le premier chapitre de cette partie sera consacré au processus, la démarche en soins et ses différentes étapes. Par la suite, dans un deuxième chapitre, nous aborderons les différentes méthodes de la collecte de données (comment organiser notre observation), et enfin des différents instruments de mesure mis à notre disposition pour évaluer les personnes, les échelles d'évaluation. Le troisième chapitre sera destiné aux nouveaux actes délégués au travers des paramètres vitaux. Nous terminerons cette dernière grande partie par un quatrième et dernier chapitre qui traitera des transmissions dans le dossier du patient et à l'équipe pluridisciplinaire. Cette épreuve intégrée, notre travail sur la nécessité de la collecte de données dans notre métier, prendra fin par une conclusion. Bonne lecture à tous et à toutes !

PARTIE CONTEXTUELLE

En préambule à ce travail sur la nécessité de la collecte de données dans le métier d'aide-soignant, nous commencerons par une partie contextuelle dans laquelle nous allons poser le contexte de notre problématique. Il nous paraissait donc nécessaire, d'après les observations et les constats fait en stage, de poser ce contexte en y abordant les complications et infections liés aux soins, qui sont dites iatrogènes. Nous aborderons aussi la responsabilité que nous, les aides-soignants, avons dans ces infections et complications liés à nos soins.

Les complications iatrogènes

La problématique qui nous occupe dans ce travail découle des observations faites sur les différents lieux de stage au cours de ces deux années de formation. Force-nous a été de constater que les personnes que nous soignons sont souvent alitées ou en perte constante d'autonomie. Les soins, trop souvent nombreux, trop souvent invasifs, augmentent de manière considérable les risques de développer des infections ou des complications. Certaines de ces complications sont directement liées aux soins, c'est un fait que nous ne pouvons occulter. Les infections ne sont malheureusement pas peu courantes, que cela soit au sein des maisons de repos et de soins ou encore en milieu hospitalier. Patrick Vantomme, professeur d'hygiène professionnelle, d'anatomophysiologie et de secourisme à l'école EAFC Eurométropole Tournai, nous explique dans son cours d'hygiène et d'hygiène professionnelle, que les infections associées aux soins, les IAS¹, peuvent être causées par le soin. Le soin en lui-même peut être responsable de complications. Cela englobe le soin préventif², diagnostique³, thérapeutique⁴ et palliatif⁵. L'autre facteur qui peut aussi provoquer des complications est le médicament en lui-même. Le but de ce travail n'est pas de désigner un coupable, mais d'être juste, de rester professionnel et de se rendre compte des réalités de terrain qui se sont imposées à nous sur nos lieux de stage. Peut-être que cela permettra de sensibiliser quelque peu à cette problématique.

¹ IAS : Infection Associées aux soins.

² Préventif : prévenir la survenue d'une pathologie.

³ Diagnostique : intervention de soins visant la guérison.

⁴ Thérapeutique : soins médicamenteux, chirurgicaux visant à guérir ou soulager une pathologie.

⁵ Palliatif : soins actifs destinés aux personnes en fin de vie, lorsque la personne est atteinte d'une maladie grave ou incurable.

N'est-il pas important de souligner que la personne qui prodigue le soin n'est ni plus ni moins le soignant ? Soyons capables de reconnaître que nous avons une responsabilité, nous les aides-soignants. Nous jouons un rôle dans ces infections, dans ces complications liées aux activités de soins, et ce malgré toute notre bonne volonté et nos bonnes intentions. Etablissons un lien concret avec la problématique qui nous occupe dans ce travail et les complications iatrogènes. Y a-t-il une réelle nécessité dans notre métier de collecter des données dans le dossier du patient ? Quel bénéfice les personnes que nous accompagnons pourront tirer de cette collecte de données systématique avant le ou les soins ? La collecte de données est une des activités clé de notre métier. Elle va nous permettre de recueillir en une lecture des informations sur la personne que nous allons soigner, aider, accompagner. N'est-ce pas plus professionnel de lire les dossiers des patients que nous allons prendre en soin avant d'effectuer les soins ? Collecter des informations dans le dossier de la personne ne nous permettra-t-il pas de prodiguer des soins adaptés à la situation de la personne ? Être et rester informé correctement sur l'état de santé de la personne, son motif d'admission, ses antécédents médicaux, chirurgicaux, son traitement et les différents soins à réaliser, nous permettrait d'éviter des erreurs qui pourraient entraîner des répercussions directes sur sa santé. Notre principal objectif en tant qu'aide-soignant est de soigner et non d'infecter, de compliquer. Les interventions soignantes peuvent être responsables de complications infectieuses. La iatrogénèse⁶ est une conséquence néfaste sur la santé de la personne soignée. Le terme iatrogène signifie d'origine médicale. Il regroupe les effets secondaires des médicaments et les complications liées aux activités de soins. La douleur peut même y être associée puisqu'elle peut être induite par le soin, problématique traitée par Diana Soltuz, élève aide-soignante en deuxième année à l'école EAFC Eurométropole Tournai⁷. Dans ce même cours d'hygiène professionnelle, il nous est rappelé que les infections nosocomiales sont des infections contractées au cours des soins. Elles n'étaient pas présentes à l'admission de la personne en milieu hospitalier.

⁶ Iatrogénèse : ensemble des conséquences provoquées par la prise d'un médicament, par un soin ou par un acte médical.

⁷ Epreuve intégrée de Diana Soltuz : le rôle de l'AS face à la douleur dans le soin ; entre l'acte et l'accompagnement des personnes soignées.

Pour les maladies infectieuses, elles apparaissent durant les premières 48 heures après le début du séjour hospitalier, et ce, jusqu'à 30 jours après la sortie d'hospitalisation. Pour les plaies opératoires, l'infection est nosocomiale lorsqu'elle survient dans un délai de 30 jours après l'opération. Pour les prothèses et les implants, la durée s'étend jusqu'à une année après la pose. Ce sont des infections qui peuvent donc se déclarer après la sortie du patient du milieu de soin. Ces accidents, que nous pouvons éviter, se retrouvent juste après les erreurs médicamenteuses dans la liste des IAS. En ce qui concerne les erreurs médicamenteuses, faisons le lien avec notre métier d'aide-soignant, regardons avec attention ce que dit la loi au sujet de l'administration des médicaments, mais avant, rappelons-nous que le médicament en lui-même peut-être la source de complications iatrogène, surtout chez les personnes âgées. L'Arrêté Royal de 2019 consacré aux cinq nouveaux actes confiés aux aides-soignants par les praticiens de l'art infirmier et sous leur contrôle, définit l'administration de médicaments comme suit : « *L'administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparées par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administrations suivantes : Orale (y compris l'inhalation) , rectale, gouttes ophtalmiques, gouttes auriculaires, percutanée, et sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée* ». L'administration de médicament est donc bien une activité qui nous est confiée. Les erreurs commises dans le traitement sont l'une des premières complications liées aux activités de soins, dites iatrogènes. Soulignons donc l'intérêt de le revérifier de manière systématique et professionnelle afin de diminuer ce risque. Quand bien même cela a été fait au préalable par une autre personne, notre supérieur hiérarchique, puisque celui-ci doit être préparé par l'infirmière avant que nous l'administrions. Les bons médicaments, les bonnes posologies, doivent être administrés au bon patient et au bon moment via la bonne voie d'administration. Les complications iatrogènes entraînent inévitablement une prolongation de la durée du séjour d'hospitalisation, qui elle-même entraîne une invalidité, chez certains patients. Ces IAS provoquent le décès et endeuillent des familles entières.

Dans ce même cours d'hygiène professionnelle, une précision est faite sur les sites anatomophysiologiques⁸ touchés par les infections nosocomiales. Ils sont les suivants : la sphère urinaire, la sphère respiratoire, les plaies opératoires, le sang, ainsi que le système digestif. Les responsables de ces complications sont plusieurs germes⁹ et le soignant, ne l'oublions pas. Les facteurs de risque favorisant ces complications sont les actes invasifs, tels que, les injections, les sondages, le cathétérisme, la ventilation artificielle et les interventions chirurgicales. Les traitements sont aussi en cause car ils induisent une baisse des défenses immunitaires. Les médicaments tels que, les immunodépresseurs¹⁰, les corticoïdes¹¹ ou les antimitotiques¹² entraînent ce type de complications, d'où la nécessité d'avoir reçu une formation en pharmacologie et en pharmacovigilance. La présence de malades infectés augmente le risque d'avoir des complications, ainsi que le cumul des facteurs de risques comme chez les personnes âgées, les polytraumatisés¹³ et les grands brûlés¹⁴. La dénutrition¹⁵ et l'immobilisation prolongée sont aussi des facteurs liés aux infections, complications associées aux soins. Cette première partie de notre travail nous démontre que pour éviter de compliquer le processus de guérison des personnes que nous sommes censés soigner, notre professionnalisme, notre formation permanente, ainsi que l'application des précautions standards¹⁶ et spécifiques¹⁷ sont des éléments à ne pas négliger dans l'exercice de notre métier.

⁸ Anatomophysiologie : l'anatomie est la science descriptive qui étudie la structure du corps, la topographie et le rapport des organes entre eux. La physiologie est la science qui étudie le fonctionnement du corps, qu'il soit biochimique, physique, ou mécanique.

⁹ Germes : micro-organismes invisibles à l'œil nu provoquant des infections.

¹⁰ Immunodépresseurs : traitements, substances qui suppriment la réponse immunitaire de l'organisme aux éléments provenant de l'extérieur.

¹¹ Corticoïdes : médicaments qui luttent contre les phénomènes inflammatoires et qui diminuent les défenses immunitaires.

¹² Antimitotique : médicament contre le cancer.

¹³ Polytraumatisés : personnes ayant deux lésions ou plus et dont une menace son pronostic vital.

¹⁴ Grands-Brûlés : personnes ayant des brûlures du deuxième et troisième degré sur plus de vingt pourcents de son corps.

¹⁵ Dénutrition : état du corps observé lorsqu'il y a un déséquilibre nutritionnel.

¹⁶ Précautions standards : précautions applicables par tous, partout, par tout le monde, elles concernent l'hygiène des mains, les vêtements de travail, le port des gants, les objets piquants et coupants, les déchets, le linge et les aliments dans les milieux de soin.

¹⁷ Précautions spécifiques : précautions applicables à des cas spécifiques, mesures spécifiques appliquées dans certaines unités de soins, qui sont appliquées en plus des précautions standards.

Ceci dans le but de dispenser des soins de qualité aux personnes, de prendre en soin, mais surtout de prendre soin de personnes qui sont souvent dépendantes de nous pour accomplir de nombreux actes de la vie quotidienne, mais aussi de respecter l'un de leur premier droit.

PARTIE CONCEPTUELLE

C'est ici que commence notre partie conceptuelle, elle se subdivise en six chapitres. Cette partie est donc la partie théorique de notre travail.

1. Le dossier patient

Le premier chapitre de notre partie conceptuelle sera dédié au dossier du patient. Comme dans toute prise en soin, une collecte de données commence dans le dossier de la personne que nous allons soigner. Certains passages de ce chapitre seront dédiés à deux notions relatives aux dossiers des patients : la confidentialité et le secret professionnel. Nous les définirons et les mettrons en évidence car elles sont importantes pour tous les professionnels de la santé. Nous terminerons enfin ce premier chapitre par les droits du patient. Ne l'oublions pas, il est de notre devoir de respecter les droits des personnes que nous soignons.

Avant de vous présenter les différents types de dossiers que l'on peut retrouver en Belgique, nous allons tenter de définir une notion inhérente à notre métier, la notion de confidentialité, ou simplement le mot confidentiel. Rappelons que toute information relative à la santé ou à tout autre aspect de la vie privée et qui nous est confiée par un patient doit être, et doit rester, confidentielle. Le professionnel de la santé sera tenu d'instaurer un climat dans lequel la confiance et la sécurité sont de mise pour pouvoir recevoir ces informations, faire des déductions des différentes observations et assister aux différentes transmissions de services, pour que toutes les confidences faites restent secrètes. Dans le cadre de notre métier d'aide-soignant, toutes les informations transmises par les patients sont soumises au secret professionnel et doivent donc rester confidentielles. La déontologie est définie dans le cours de Yanick Père, professeure de législation et de déontologie à l'école EAFC Eurométropole Tournai, comme suit : « *Toute personne qui, par son activité professionnelle, est amenée à entrer dans la vie privée des patients, résidents et à en connaître des faits personnels, est soumise à un code de déontologie professionnelle.* »¹⁸.

¹⁸ UE3 connaissances préalables au stage d'observation des métiers de l'aide et des soins aux personnes, déontologie appliquée, autre définition de la déontologie, Yanick Père.

Elle pose un cadre dans lequel nous allons évoluer et régit toutes les règles de la relation soignant/soigné, ce qu'est le secret professionnel et donc la confidentialité. Le secret professionnel est défini dans le cours de Yanick Père comme suit : « *Le secret professionnel est le devoir imposé à certaines personnes de taire les faits dont elles ont connaissance dans l'exercice de leur profession* »¹⁹. Tous les professionnels de la santé ne peuvent divulguer à une tierce personne les informations concernant un patient, sauf dans certaines situations précises et particulières comme « *lors d'un témoignage en justice, devant une commission parlementaire, d'une déclaration obligatoire de maladie contagieuse, de coups et blessures..., particulières comme en institution de soins, il y a exception au secret, pour une bonne organisation des soins, pour la guérison ou la résolution du problème de la personne* »²⁰. De cette façon, le droit au respect de la vie de la privée de la personne soignée est respecté. Toutes les informations reprises dans le dossier d'un patient ne sont accessibles qu'aux seules personnes autorisées et instaurent un climat de confiance et de sécurité dans la relation. Après cette brève introduction qui établit le cadre et définit la règle de confidentialité, nous allons passer en revue les trois différents types de dossiers que l'on peut retrouver en Belgique et aborder les droits du patient.

Le dossier patient

Le dossier patient est un ensemble d'informations médicales, paramédicales et privées qui concerne un individu. Ces données sont conservées et gérées par un professionnel de la santé ou un établissement de soins de santé. Il s'agit d'un outil essentiel pour la documentation, le suivi et la coordination des soins médicaux d'une personne. Les dossiers des patients sont confidentiels, ils sont protégés par des lois et réglementations strictes sur la confidentialité des informations médicales, paramédicales et soignantes parce qu'elles sont relatives à la vie privée du patient. Le dossier patient est un outil essentiel car il permet d'assurer une continuité et une qualité des soins. Il facilite la communication, les échanges.

¹⁹ UE3 connaissances préalables au stage d'observation des métiers de l'aide et de soins aux personnes, déontologie appliquée, définition du secret professionnel, Yanick Père.

²⁰ UE3 connaissances préalables au stage d'observation des métiers de l'aide et de soins aux personnes, déontologie appliquée, exception au secret professionnel, Yanick Père.

Tous professionnels de la santé, y compris les aides-soignants, ont des obligations à tenir envers toutes les personnes prisent en soin, leurs familles et l'équipe dans laquelle ils évoluent. Les arrêtés royaux sont clairs à ce sujet, nous devons aider, assister, observer, signaler, informer, conseiller et transmettre. Sur le Réseau de Santé Wallon, on retrouve deux types de dossiers dans lesquels se trouvent des informations relatives à la santé d'une personne.

Le dossier santé partagé

C'est un ensemble de documents nécessaires et pertinents que les prestataires décident de partager sur le Réseau de Santé Wallon, pour une meilleure prise en soin de la santé de la personne. Ce dossier est non exhaustif²¹ car il n'y a aucune obligation légale de partager des documents dans celui-ci. La mise en commun des données médicales existantes n'est pas automatique. Le consentement de la personne constitue le point de départ dans la création de ce dossier santé partagé. La construction se fera au fil du temps et des consultations chez les différents prestataires de soins.

Le dossier médical global

C'est un dossier qui regroupe l'ensemble des données médicales ainsi que l'historique médical de la personne. Il est uniquement géré et créé par le médecin traitant, cela lui permettra d'avoir une vue globale de la santé passée et présente de la personne.

Les informations légales

Il existe une loi relative aux droits du patient, la loi du 22 Août 2002. Cette loi vise le patient, ainsi que les différents praticiens dans le domaine des soins de santé.

Les droits du patient

- Bénéficier d'une prestation de soin de qualité

Recevoir les meilleurs soins possibles au vu des besoins de la personne, dans le respect de la dignité humaine, de l'autonomie de la personne, sans aucune discrimination. La prévention, le traitement et le soulagement de la douleur physique et psychique sont considérés comme des traitements à part entière.

- Choisir librement le praticien professionnel

Le choix du praticien est un droit du patient, celui-ci peut à tout moment décider de changer.

²¹ Exhaustif : incomplet, informations non reprises.

Certaines situations peuvent limiter ce choix, comme la loi ou des circonstances liées à l'organisation des soins. Le praticien peut lui aussi refuser de dispenser des services pour des raisons personnelles ou professionnelles à un patient, sauf en cas d'urgence, mais il reste tout de même obligé d'en assurer la continuité.

- Être informé sur son état de santé

Le patient devra être informé par le praticien et toutes les informations nécessaires lui seront communiquées pour comprendre son état de santé et son évolution.

- Consentir librement à la prestation de soin, en étant informé au préalable

Le praticien devra obtenir en amont le consentement éclairé du patient avant de commencer tout traitement. Le patient devra être clairement informé sur :

- Le but, le degré d'urgence, la durée, les effets secondaires, les risques, le suivi, etc.,
- Le coût financier, les honoraires, les tickets modérateurs, les suppléments,
- Les différentes alternatives possibles.

- Être informé sur l'assurance du praticien et sur son autorisation à exercer la profession

Le praticien informe le patient s'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme de protection qui concerne sa responsabilité en tant que professionnel. Il stipulera aussi au patient s'il est autorisé à pratiquer sa profession, s'il a un visa, inscription INAMI ou à l'ordre des médecins.

- Avoir un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir une copie

Le dossier du patient sera tenu à jour et conservé en lieu sûr par le praticien. Lors d'un changement de prestataire, le patient peut demander le transfert de son dossier au nouveau praticien pour une bonne continuité des soins.

- Être assuré de la protection de sa vie privée

Aucune information ne peut être communiquée à des tiers, sauf exceptions prévues par la loi. Les personnes nécessaires sur le plan professionnel peuvent être présentes lors d'un traitement ou d'un examen.

- Introduire une plainte auprès d'un service de médiation

Si un patient estime que ses droits ont été bafoués, il peut introduire une plainte auprès d'un service local ou fédéral. Si le patient le souhaite il peut se faire accompagner par une personne de confiance qu'il aura choisi.

Nous terminerons en rappelant que le dossier du patient est un outil nécessaire, c'est une source d'information qui est à notre disposition puisqu'elle contient des données passées, présentes et futures. Notre métier ne peut être exercé sans obtenir la confiance des personnes que nous soignons, alors n'oublions pas que nous sommes tenus au secret professionnel comme tout autre professionnel de la santé. Restons discrets et professionnels. Cessons de parler des patients dans les chambres, dans les couloirs ou à la cuisine. Fermons les portes. Puisque nous avons des devoirs, les patients ont des droits que nous devons respecter en toute circonstance, même lorsque la personne refuse nos soins ou que ses attitudes ne sont pas correctes envers nous.

2. D'une donnée à la collecte de donnée

Ce deuxième chapitre de notre partie conceptuelle sera consacré au contenu des dossiers des personnes que nous soignons, nous allons tenter de définir ce qu'est une donnée et quels types d'informations nous pouvons trouver dans le dossier d'une personne. La recherche, le cumul de données durant nos observations n'est nul autre que le recueil d'informations et donc la collecte de données.

Après avoir aborder les différents dossiers contenant des données médicales, nous allons définir ce que va contenir le dossier de la personne prise en soin. Une donnée de santé est une information relative à la santé physique ou mentale, passée, présente, future, d'une personne physique. Dans le contexte de la collecte de données, elle est définie comme une information spécifique, objective et mesurable. Les données seront recueillies à partir de différentes sources, telles que l'historique médical du patient, les observations cliniques, les résultats de tests ou d'examens, les différentes mesures physiologiques. Les informations fournies par le patient lui-même, sa famille ou ses proches seront aussi nécessaires à cette collecte. Toutes ces investigations nous communiquerons des renseignements sur la santé du patient, ses différents symptômes. Ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie, ses réactions aux différents traitements, d'autres aspects de sa vie pourront être potentiellement pertinents pour sa prise en soin. Nous réunirons ou mesurerons un ensemble d'informations provenant de différentes sources, cela nous permettra d'obtenir une vue globale, précise, de l'état de santé général de la personne, afin de répondre au mieux et de façon pertinente aux différentes questions que le patient se pose, d'anticiper et d'évaluer la progression ou la régression de sa pathologie. Toutes ces précisions nous permettront en outre d'évaluer les besoins fondamentaux satisfaits et perturbés de la personne prise en soin. C'est un peu faire l'inventaire de tout ce qui concerne la personne. Ce processus doit être précis, préparé, orienté de façon pertinente, mais doit aussi être fiable. Cette enquête contribuera à ce que nous, les aides-soignants, conjointement avec l'équipe pluridisciplinaire, nous prenions connaissance de qui est la personne que nous allons prendre en soin, de pourquoi nous devons le faire, mais aussi d'établir la façon dont toute l'équipe pluridisciplinaire devra procéder pour arriver à le faire.

Cela dans le but de soigner la personne de sa maladie, l'accompagner durant ces moments difficiles, de son parcours de vie, la rétablir dans son autonomie, la rendre à nouveau l'actrice principale de sa vie.

Nous concluons ce chapitre en nous remémorant qu'il n'est utile de recueillir que des informations pertinentes, il faudra donc faire un tri objectif de toutes les informations reçues. Ce cumul de donnée peut paraître pour des personnes extérieures à notre métier, comme par la famille, intrusif, mais il fait partie de notre rôle, nous ne pouvons soigner sans savoir ou sans avoir conscience de ce qui ne va pas.

3. Les buts de la collecte de données

Le troisième chapitre de cette partie conceptuelle sera dédié aux raisons pour lesquelles nous collectons des données sur les personnes que nous prenons en soin. Nous nous efforcerons de rappeler pourquoi cette collecte est nécessaire pour les professionnels de la santé, mais aussi pour nous les aides-soignants.

La collecte des données est l'une des premières étapes de la démarche en soin, cela va nous permettre d'organiser notre travail. Collecter des informations sur une personne permet de se situer par rapport aux problèmes de cette personne. L'équipe pluridisciplinaire pourra alors planifier les interventions nécessaires. La surveillance durant le ou les soins, et/ou l'hospitalisation, permettra de déterminer les besoins immédiats de la personne, vérifier la progression de son état, évaluer si les soins reçus sont adaptés, les réadapter si cela s'avère nécessaire et nous assurer de la qualité des soins. En fonction des informations collectées par et pour l'équipe pluridisciplinaire, des décisions seront prises, elles constitueront une base objective pour permettre au médecin ou aux différents médecins, de poser un diagnostic, de prescrire un traitement et à l'équipe d'établir une gestion rigoureuse des soins. Nous utiliserons ces données pour identifier les risques, détecter les changements, suivre l'efficacité des interventions, évaluer l'avancement des soins, des traitements sur la pathologie du soigné mais aussi sur son état dans sa globalité. Certaines de ces données nous permettront d'évaluer la qualité des soins dispensés, de détecter les erreurs, d'identifier les pratiques efficaces et celles qui ne le sont pas. Notre métier joue un rôle crucial dans cette recherche, dans cette collecte de données auprès des patients. La proximité avec les patients en tant qu'aide-soignant favorisera le contact direct et régulier, une relation de confiance et de proximité s'installera, elle nous permettra d'obtenir de précieuses informations sur l'état de santé de la personne, ses symptômes, ses besoins et ses préoccupations. La pertinence des questions que nous poserons, notre capacité à communiquer efficacement, à écouter de manière active sera essentielle pour recueillir des données complètes, précises et précieuses. Notre implication dans le suivi des activités de la vie quotidienne des patients, de l'hygiène personnelle, de l'alimentation, de la mobilisation, de la surveillance des constantes nous aiderons à noter tous changements positifs ou négatifs.

Tous ces changements seront transmis à l'infirmière, notés dans le dossier du patient. De cette façon, tous membres de l'équipe pluridisciplinaire chargés de la prise en soin seront mis au courant de l'évolution de l'état de la personne. Nous, les aides-soignants, sommes formés pour être attentifs aux différents signes, aux différents changements de l'état général des patients. Nous observons les variations dans les apparences physiques, dans les comportements, dans les habitudes alimentaires, au niveau du sommeil, et ainsi de suite. Ces observations fournissent des indices importants et permettent d'identifier les éventuels problèmes. Avant de terminer cette partie, revenons brièvement sur l'équipe pluridisciplinaire. Dans le dictionnaire, l'équipe pluridisciplinaire est définie comme « *un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein* »²². Dans le cours de législation et de déontologie de Yanick Père, elle nous rappelle que la personne au centre de toute la préoccupation est la personne soignée, autour d'elle gravite un nombre plus ou moins important de personnes. « *La pluridisciplinarité est une mise en commun d'informations issues de plusieurs sciences ou disciplines. Elle relève d'une ouverture d'esprit, d'une curiosité intellectuelle qui pousse le soignant à évoluer, à sortir de son domaine et de son langage propre* »²³. L'équipe structurée se compose :

- D'un nombre suffisant d'infirmiers pour contrôler les activités des aides-soignants ;
- Elle doit pouvoir garantir la continuité et la qualité des soins ;
- Elle organise des réunions de concertation concernant les personnes soignées, afin de procéder à l'évaluation du plan de soin ou à la réadaptation de celui-ci ;
- Elle bénéficie d'une formation permanente.²⁴

Ce chapitre sur les buts de la collecte de données nous démontre que nous sommes ceux qui détectons par de l'observation visuels, du questionnement verbal, des moments d'échanges. Nous constatons les évolutions, les dégradations, les changements, les complications.

²² UE9 approche conceptuelle, législation et déontologie, définition de l'équipe pluridisciplinaire du dictionnaire, Yanick Père.

²³ M.s Richard, Crefav, 2002.

²⁴ UE9 Approche conceptuelle, déontologie et législation, l'équipe pluridisciplinaire, Yanick Père.

L'un de nos objectifs est de transmettre à l'infirmière, dans le dossier et à l'équipe, afin que des solutions soient trouvées. Nous sommes ceux qui alertons, un peu comme le bouton rouge sur lesquels les personnes appuient quand ils ont besoin de nous.

4. L'observation

Dans ce quatrième chapitre de notre partie conceptuelle, nous allons essayer de définir ce qu'est l'observation et comment nous observons. Nos observations, en tant qu'aide-soignant, sont constantes, étant donné que nous devons observer pour pouvoir signaler ce que nous avons vu. Nous expliquerons que nos observations peuvent être directes, indirectes, mais aussi participatives.

L'observation n'a pas commencé en tant qu'outils de connaissance. De tout temps, l'homme à observer le monde qui l'entourait et ses semblables. Les définitions de l'observation sont innombrables, mais nous allons en retenir une dans ce travail, celle qui est en lien avec notre métier. Voici quelques définitions de l'observation de deux dictionnaires différents : « *Action de regarder attentivement les phénomènes, les évènements, les êtres pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusion* »²⁵. « *Action d'observer scientifiquement un phénomène, compte rendu des phénomènes constatés à l'aide d'instruments d'observation. L'observation et l'expérience. Surveillance attentive à laquelle on soumet un être vivant. Mettre un malade en observation. Action de considérer avec une attention soutenue, afin de mieux connaître* »²⁶. Nous retiendrons que l'observation c'est un recueil, une accumulation de renseignements sur un phénomène, une personne. Observer en milieu de soin c'est apporter une attention particulière à une personne, pour mieux la connaître, pour pouvoir étudier ce qui trouble sa santé, son comportement, son confort. Nous prêterons attention aux phénomènes qui surviennent sans avoir la volonté de les changer afin de les transmettre aux personnes concernées par ce que nous avons observé. Précisons que c'est subjectif d'observer car nos appareils sensoriels, sont uniques, ils sont différents de ceux de notre voisin, ils ne transmettent que ce que nous avons pu voir, entendre, sentir ou toucher au travers de ce que nous sommes en tant que personne, mais aussi de nos histoires personnelles, c'est ce dont l'humain peut être témoin avec ses sens. L'observation est une activité fondamentale dans le domaine des sciences, les scientifiques observent. De cette façon, ils s'informent sur l'état des choses dans le monde.

²⁵ Définition de l'observation, Dictionnaire Larousse.

²⁶ Définition de l'observation, Dictionnaire Le Robert.

Par cette action, la connaissance scientifique s'ancre dans les faits. Des théories sont développées à partir de faits observés, elles sont aussi testées afin d'être révisées par la suite. Si nous faisons le parallèle avec notre métier, les aides-soignants observent les patients pour s'informer de leur état, pour, par la suite, transmettre au reste de l'équipe. De là, des actions seront programmées, des plans seront établis, pour être évalués à nouveau par la suite, afin de constater si les mesures prises sont bénéfiques pour la personne. L'observation est un outil de collecte d'informations où les aides-soignants deviennent les témoins des comportements, des phénomènes et des individus qu'ils observent. Ce qu'un soignant observe de manière directe sont des faits précis dans une situation donnée, c'est ce qui n'est pas rapporté par une tierce personne lorsqu'elle l'observe. Ce type d'observation va permettre de décrire de manière précise, en restant le plus objectif possible, ce que nous avons vu, de rapporter exactement ce qui a été vu avec le moins d'interprétation possible. Certaines observations ne seront pas faites de manière directe, nous utiliserons ce qui a été rapporté par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire. Ces informations récoltées par une tierce personne s'avèreront utiles, même si cela nous demande de rester vigilant. Cette observation indirecte demande une attention, car la personne ne les a peut-être pas rapportés de manière objective, ou n'a peut-être pas apporté assez de précision par rapport à ce qu'elle a observée. Nous pouvons utiliser des moments de partage au travers d'échanges verbaux et non verbaux pour obtenir des informations concernant la personne que nous soignons. Cette observation participative doit rester la plus objective possible, même si la personne nous transmet des informations sur son vécu.

Observer nos semblables n'est pas la chose la plus aisée à accomplir. Rester attentif à tout, tout le temps, demande de rester vigilant une grande partie du temps. C'est encore plus compliqué de rester objectifs face certaines situations, elles nous ramènent quelquefois à nos propres émotions, à notre vécu, elles nous touchent d'avantage. Rappelons-nous les limites que nous ne pouvons franchir, qui nous sont imposées par le cadre de notre métier, nous ne pouvons pas nous impliquer émotionnellement même si cela peut se référer à notre propre vécu. C'est aussi une façon de nous protéger car nous sommes aussi des personnes qui ont un ressenti.

5. La collecte de données dans la liste des actes

Dans ce cinquième chapitre de notre partie conceptuelle, il nous paraissait nécessaire de faire un parallèle entre les deux listes d'activités aides-soignantes des Arrêtés Royaux de 2006 et de 2019 qui sont consacrés à notre métier et la place qu'occupe l'observation au niveau légal. C'est une façon de démontrer combien ce rôle d'observation prend de la place de notre métier.

L'aide-soignant est un professionnel de la santé qui va effectuer des prestations de soins, informer le patient et sa famille, éduquer à la santé sous le contrôle infirmier au sein d'une équipe structurée. Certains actes de la liste des praticiens de l'art infirmier nous seront délégués, nous reviendrons plus en détails sur ces actes délégués dans notre partie pratique et de manière plus précise sur la prise des paramètres vitaux. Il existe deux Arrêtés Royaux, l'AR du 12 Janvier 2006²⁷, ainsi que celui du 01 Septembre 2019²⁸. La liste d'actes du 01 Septembre 2019 vient compléter celle de 2006. Il s'agit des actes qui nous seront confiés par les praticiens de l'art infirmier par un principe de délégation. Ces deux Arrêtés Royaux sont un outil essentiel pour nous, pour exercer notre métier en restant dans les limites imposées par le cadre légal, mais aussi pour nous rappeler combien notre rôle d'observation est nécessaire. Le premier acte de la liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Observer et signaler les changements sur les plans physique et social chez le patient/résident dans un contexte des AVQ* ». Notons que le premier acte dédié à notre métier est celui d'observer pour transmettre ce que nous avons vu oralement à l'infirmière, par écrit dans le dossier et aux restant de l'équipe pluridisciplinaire. Le sixième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes* ». Nous observerons que rien ne complique la fonction d'élimination chez des personnes porteuses d'une sonde vésicale, nous signalerons tout problème observé par écrit et oralement. Le huitième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes* ».

²⁷ Arrêté Royale du 12 Janvier 2006 en annexe 1 et 2, liste 1 et 2 des activités de l'aide-soignant.

²⁸ Arrêté Royale du 01 Septembre 2019 en annexe 1 et 2, liste 1 et 2 des activités de l'aide-soignant.

Nous vérifierons par de l'observation et du questionnement que les personnes n'oublient pas de s'hydrater de manière régulière, en suffisance. Dans le cas contraire, nous le signalerons à l'infirmière et dans le dossier. En observant, nous pourrions aussi nous rendre compte qu'une personne est en état de déshydratation. Le onzième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Installation et surveillance du patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins* ». Pour surveiller, il faut pouvoir observer si les bons supports techniques sont utilisés conformément au plan de soins établi, si toutes les mesures du plan de soin sont respectées et si ces mesures apportent le confort nécessaire au patient. Si ce n'est pas le cas, il faudra le signaler à l'écrit et à l'oral. Le douzième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Soins d'hygiène chez le patient/résident souffrant de dysfonction des AVQ, conformément au plan de soins* ». Pour aider le patient dans l'hygiène et les actes de la vie quotidienne, il faudra détecter par de l'évaluation, du questionnement et de l'observation les besoins fondamentaux perturbés de la personne pour l'aider au mieux tout en préservant au maximum son autonomie. Le quatorzième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins* ». Nous préviendrons les lésions corporelles par de l'observation durant les soins, mais aussi en aménageant l'environnement, en mettant à disposition le matériel adéquat afin d'éviter les situations à risque pour la personne. Le seizième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins* ». Lors de la toilette, notre rôle d'observation prendra encore plus son sens pour prévenir l'apparition des escarres. Nous devons scruter avec attention les éventuelles prémisses d'une escarre afin que des lésions irréversibles ne viennent pas aggraver l'état de la personne. Il faudra surtout en référer à l'infirmière de manière écrite et orale pour que le plan de soin soit adapté ou réadapté. Le dix-septième acte de la première liste de l'AR du 12 Janvier 2006 est : « *Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats* ». Nous observerons aussi toutes valeurs anormales lors de la mesure du pouls et de la température corporelle et nous signalerons ces valeurs hors normes à l'infirmière et dans le dossier.

Le dix-neuvième acte de la deuxième liste de l'AR du 01 Septembre 2019 est : « *Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier* ». Lors de la mesure des différents paramètres, nous évaluerons, observerons si ceux-ci sont dans la norme. Nous resterons attentifs à l'état clinique de la personne, si cet état est bien en corrélation avec les mesures prises, surtout si celles-ci ne sont pas dans la norme, nous les transmettrons à l'infirmière et dans le dossier. Le vingtième acte de la deuxième liste de l'AR du 01 Septembre 2019 est : « *Alimentation et hydratation par voie orale* ». Nous devons observer lors de l'alimentation, de l'hydratation les éventuels problèmes liés à la dysphagie, à la perte d'appétit, de poids, à la dénutrition, aux différentes difficultés que peut rencontrer la personne lorsqu'elle s'alimente, nous transmettrons oralement et dans le dossier afin que les mesures adéquates nécessaires soient prises.

Nous venons de passer en revue dix actes des Arrêté Royaux, dix actes des deux listes d'actes de notre métier qui nous montrent encore une fois l'importance de notre rôle dans le recueil d'informations, par l'observation et le signalement. Le parallèle entre notre rôle dans l'équipe et notre rôle d'observation auprès des personnes que nous soignons, rôle que nous effectuons quotidiennement est clair et évident. Tous les professionnels de la santé ont un grand objectif commun, celui de prendre en soin pour soigner. C'est au travers de la collecte de données, de nos transmissions que tous les membres de l'équipe pourront atteindre ce but.

6. L'exploration des besoins

C'est dans ce dernier chapitre que notre partie conceptuelle prendra fin. Le sixième chapitre de cette partie sera dédié aux besoins fondamentaux. Il nous paraissait encore plus primordial de nous attarder sur les différentes fonctions anatomophysiologiques, sans elles, sans leurs connaissances, nous pourrions difficilement déceler des troubles fonctionnels et physiologiques chez les personnes que nous prenons en soins.

Un besoin fondamental est ce qui est essentiel à une personne pour vivre, pour assurer son bien-être. Il est sensible à des variations tout au long de la vie, variations qui sont dues à l'âge, à la condition sociale, la culture, la santé. Identifier le ou les différents besoins troublés d'une personne nous permettra de déterminer ses dépendances. Dès lors que nous aurons conscience de toutes les dépendances de la personne nous ferons en sorte de préserver au maximum son autonomie, son degré de non-dépendance. Notre rôle sera de l'aider à recouvrer l'indépendance. Patrick Vantomme, professeur à l'école EAFC Eurométropole Tournai, nous rappelle dans son cours destiné aux éducateurs spécialisés, qu'il existe une vingtaine de théories sur la manière d'axer, structurer notre action en tant que professionnel. Celle de Virginia Henderson est axée sur les besoins fondamentaux qui sont au nombre de quatorze. C'est celle que nous connaissons tous, mais elle n'est pas l'unique. Elle est d'ailleurs inspirée de la pyramide de A. Maslow que nous voyons aussi dans le cours de déontologie destiné aux aides-soignants de deuxième année de Yanick Père professeure à l'école EAFC Eurométropole Tournai. Cette pyramide de A. Maslow représente cinq niveaux hiérarchisés de besoin, lorsque l'un d'entre eux est perturbé la pyramide devient instable. Les cinq besoins sont les suivants : physiologiques, psychologiques, sociaux, d'estime et d'accomplissement. Si nous établissons un lien avec les quatorze besoins de Virginia Henderson et de ceux de A. Maslow, nous pouvons relier plusieurs besoins et les intégrer dans les cinq niveaux hiérarchisés de la pyramide. Les besoins physiologiques sont les suivants : respirer, boire, manger, éliminer, se mouvoir, maintenir une bonne posture, dormir, se reposer, se vêtir, se dévêtir et maintenir sa température corporelle. Les besoins psychologiques sont les suivants : être propre, protéger ses téguments, éviter les dangers.

Les besoins sociaux et d'estime sont les suivants : communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et ses valeurs. Les besoins de s'accomplir sont les suivants : s'occuper en vue de se réaliser, se récréer, apprendre. Pour pouvoir repérer des troubles au niveau des besoins fondamentaux lors d'une prise en soin, il faut pouvoir identifier d'où peut provenir le problème afin de transmettre une information correcte à l'infirmière. Pour ce faire, il faut avoir des connaissances sur les différentes fonctions physiques et physiologiques.

La fonction tégumentaire

La fonction tégumentaire fait référence à l'ensemble des fonctions de la peau, le plus grand organe du corps humain. La peau, l'épiderme, est un épithélium²⁹ (ensemble de cellules étroitement juxtaposées, disposées en couches continues) pavimenteux stratifié kératinisé. Celle-ci joue plusieurs rôles importants dans le maintien de la santé et du bien-être. Elle agit comme une barrière protectrice contre les agents pathogènes, les toxines, les agressions externes, telles que les blessures, les rayonnements UV³⁰, les substances chimiques. Elle aide à prévenir les infections, à maintenir l'intégrité des tissus sous-jacents. Elle régule la température corporelle en contrôlant la perte ou la conservation de chaleur. Elle maintient une température corporelle optimale en dilatant ou en rétrécissant les vaisseaux sanguins. Elle est dotée de récepteurs sensoriels qui permettent de détecter les sensations tactiles, thermiques, douloureuses et de pression. Ces récepteurs permettent de percevoir le monde extérieur et de réagir aux stimuli. Elle sécrète des substances telles que la sueur et le sébum qui ont des fonctions protectrices et lubrifiantes. La sueur aide à réguler la température corporelle, à éliminer les déchets, tandis que le sébum lubrifie, protège la peau et les cheveux. Certaines substances peuvent être absorbées à travers la peau. Cette capacité varie selon les régions du corps et les caractéristiques de celle-ci. Elle joue un rôle essentiel dans la synthèse de la vitamine D en réponse à l'exposition aux rayons UV du soleil. La fonction tégumentaire maintient l'intégrité du corps, régule ses fonctions, assure une protection contre les agressions externes.

²⁹ Epithélium : couches de tissus juxtaposées qui recouvrent les surfaces externes, peau, muqueuse des orifices, et internes, tube digestif et glandes de l'organisme.

³⁰UV : Ultraviolet, rayonnement invisible provenant du soleil, nocif pour les hommes.

Les problèmes de peau, tels que les inflammations, les infections, les affections dermatologiques, les brûlures, les ruptures de continuité, les blessures ou les troubles de la régulation thermique, peuvent altérer cette fonction et nécessiter une attention médicale.

La fonction locomotrice

La fonction locomotrice est assurée grâce au système musculosquelettique. Elle permet de se déplacer et d'effectuer des mouvements. La mobilité, la coordination, la force musculaire permettront de se déplacer de manière autonome et de réaliser des activités physiques. La mobilité des articulations, c'est la capacité à bouger les articulations, à leur pleine amplitude par flexion, extension, abduction³¹, adduction³² et rotation. Pour ce faire, les muscles devront se coordonner de manière précise afin de réaliser des mouvements fluides et synchronisés. La coordination entre les muscles, ainsi que les différentes parties du corps impliquées seront nécessaires à l'exécution des mouvements locomoteurs. Sans force musculaire, le maintien de la posture et l'exécution des mouvements est impossible. Une bonne force musculaire permettra de soulever des objets, de monter les escaliers, de se lever, de marcher et d'effectuer un tas d'activités physiques de manière autonome. Avoir un bon équilibre, une stabilité aidera à maintenir la posture debout, à réaliser des mouvements sans chutes, à s'adapter aux changements de position ou de surface. De cette fonction dépend notre capacité à marcher, courir, sauter, se pencher, se tourner, se baisser, se lever, s'asseoir, mais aussi la capacité à manipuler des objets, à effectuer des gestes précis et donc à utiliser les mains et les bras de manière coordonnée. L'évaluation de cette fonction peut être réalisée à l'aide de tests physiques, d'évaluations de la force musculaire, de tests d'équilibre, de tests de la coordination. Des problèmes locomoteurs, des troubles musculosquelettiques, des traumatismes³³ du squelette, des troubles neurologiques, des paralysies, des hémiplésies³⁴ peuvent altérer la fonction locomotrice et nécessiter une prise en charge médicale, une rééducation ou des interventions spécifiques pour améliorer la mobilité et la qualité de vie de la personne.

³¹ Abduction : mouvement qui écarte de la ligne médiane du corps.

³² Adduction : mouvement qui rapproche de la ligne médiane du corps.

³³ Traumas : lésions, blessures produites par un impact.

³⁴ Hémiplégie : paralysie de la moitié du corps qui peut être située sur tout le côté droit ou gauche. Elle est souvent une séquelle d'un accident vasculaire cérébral.

La fonction neurologique

La fonction neurologique fait référence à l'ensemble des fonctions et des processus neurologiques qui régissent le fonctionnement du système nerveux central et du système nerveux périphérique. Cette fonction est essentielle pour le bon fonctionnement du corps, car le système nerveux est responsable de la régulation, de la coordination de nombreuses activités physiologiques³⁵. Elle permet d'interpréter les informations sensorielles provenant de l'environnement et de son propre corps, telles que, les sensations tactiles, la vision, l'ouïe, l'odorat, le goût et la proprioception³⁶. Elle est responsable du contrôle du mouvement volontaire, vie de relation et involontaire du corps, vie végétative. Elle permet d'effectuer des mouvements fluides, coordonnés, de maintenir l'équilibre, de réaliser des gestes précis et d'ajuster notre posture. La fonction neurologique est impliquée dans les processus cognitifs³⁷ et la pensée. Elle comprend la mémoire, l'attention, la concentration, le raisonnement, le langage, la résolution de problèmes et la prise de décision. Elle influence l'équilibre émotionnel et la régulation de l'humeur. Elle régule les fonctions autonomes du corps, telles que la respiration, les battements du cœur, la pression du sang contre les parois de nos artères, la digestion, sans nécessiter une intervention consciente de la part de la personne. Elle permet la communication entre les différentes parties du système nerveux, la transmission des signaux à travers les neurones, la transmission d'informations entre le cerveau, la moelle épinière, les nerfs et les organes. L'évaluation de la fonction neurologique d'un patient permet de détecter d'éventuelles altérations, telles que des troubles neurologiques, des lésions cérébrales AVC³⁸, des troubles locomoteurs, des troubles cognitifs ou des dysfonctionnements.

³⁵ Physiologiques : fonctionnement des organismes vivants, d'un organe, d'un système, d'un tissu.

³⁶ Proprioception : capacité du corps consciente ou inconsciente à détecter ses actions, ses mouvements dans l'espace, elle permet l'équilibre et de se mouvoir sans penser à ce qui nous entoure.

³⁷ Cognitifs : en lien avec l'acquisition des connaissances

³⁸ AVC : accident vasculaire cérébrale dû à un saignement dans le cerveau, ou à une entrave de la circulation sanguine par un caillot dans le cerveau, pouvant provoquer de graves lésions cérébrales, laissant des séquelles irréversibles.

La fonction cardiaque

La fonction cardiaque est assurée par le cœur. La pompe cardiaque, au travers du système circulatoire, fournit aux organes et aux tissus de l'oxygène, ainsi que les nutriments nécessaires à l'ensemble du corps. Le cœur est un organe noble, vital qui assure la circulation sanguine en se contractant et en se relâchant de manière coordonnée, autonome. La contraction rythmique du muscle cardiaque³⁹ (myocarde) permet de pomper le sang oxygéné, pour le propulser vers le reste du corps par une contraction du ventricule gauche, qui a une paroi plus épaisse que le ventricule droit vers l'artère aorte. Le sang chargé en dioxyde de carbone retournera au cœur par les deux veines cave supérieures⁴⁰ (venant du cerveau) et inférieures⁴¹, pour être réoxygéné dans les poumons et repartir de nouveau dans la circulation. Elles contribuent à la régulation de la pression artérielle, pression du sang contre les parois des artères. La tension artérielle systolique correspond à la pression du sang contre les parois des artères à la contraction du ventricule gauche. La tension artérielle diastolique correspond à la pression du sang contre les parois des artères lors du relâchement du ventricule gauche. Une contraction cardiaque vigoureuse maintient une pression artérielle suffisante pour permettre l'irrigation des organes, des tissus et également la régulation du rythme cardiaque. L'évaluation de la fonction cardiaque peut être réalisée à l'aide de test comme l'électrocardiogramme⁴², les tests d'efforts ou les dosages sanguins biologiques. Des problèmes cardiaques tels que l'insuffisance cardiaque, les maladies coronariennes, les arythmies⁴³ ou les valvulopathies⁴⁴ peuvent altérer la fonction cardiaque et nécessiter une prise en soin médicale appropriée.

³⁹ Muscle cardiaque : le myocarde est le muscle cardiaque, il est le constituant des parois du cœur, il se situe entre deux couches, la couche externe le péricarde et la couche interne l'endocarde.

⁴⁰ Veine cave supérieure : grosse veine située dans le thorax, elle permet de transporter le sang pauvre en oxygène provenant de la partie supérieure, c'est-à-dire au-dessus du diaphragme.

⁴¹ Veine cave inférieure : grosse veine située dans l'abdomen, elle permet de drainer le sang provenant de la partie inférieure du corps, c'est-à-dire en dessous du diaphragme.

⁴² ECG : l'électrocardiogramme est un examen qui permet d'enregistrer l'activité électrique du cœur.

⁴³ Arythmies : variations du rythme cardiaque, trouble du rythme cardiaque.

⁴⁴ Valvulopathies : pathologies qui touchent les valves cardiaques et perturbent le flux sanguin.

La fonction digestive

La fonction digestive est l'ensemble des processus impliqués dans la digestion des aliments, leur absorption, mais aussi l'élimination des déchets. Le système digestif est responsable de la dégradation des aliments en nutriments utilisables par l'organisme, les glucides, les protéines et les lipides. Cette fonction commence dans la cavité buccale par l'ingestion des aliments, ils sont introduits dans la bouche pour être mâchés, mélangés à la salive. Cette première phase de la digestion est la préparation du bol alimentaire. Durant le processus de digestion, les aliments seront décomposés en substances plus simples grâce à des processus mécaniques comme la mastication et la contraction musculaire, mais aussi à l'aide de processus chimiques comme la sécrétion d'enzymes⁴⁵ digestives. La digestion des glucides, des lipides et des protéines se produit respectivement dans la bouche, l'estomac et l'intestin grêle ou l'iléon et finissent dans le côlon. Une fois les aliments digérés, les nutriments résultants de cette digestion sont le glucose, les acides aminés, les acides gras, les vitamines et les minéraux. Ils sont absorbés à travers les parois de l'intestin grêle ou de l'iléon, ils passent dans la circulation sanguine pour être distribués à l'ensemble du corps. Les nutriments absorbés sont ensuite utilisés par les cellules pour produire de l'énergie, construire et réparer les tissus et exécuter d'autres fonctions métaboliques. Les substances non digérées comme les fibres alimentaires et les déchets métaboliques sont éliminés du corps sous forme de selles lors de la défécation. La fonction digestive est régulée par des mécanismes nerveux, hormonaux et réflexes qui coordonnent les différentes étapes du processus digestif, ainsi que l'équilibre entre l'absorption et l'élimination. Des problèmes digestifs tels que les troubles gastro-intestinaux, les maladies inflammatoires de l'intestin, les ulcères, les troubles de la motilité⁴⁶, les malabsorptions et les obstructions peuvent altérer cette fonction digestive et entraîner des symptômes nécessitant une évaluation médicale appropriée.

⁴⁵ Enzymes : protéines présentes dans les cellules.

⁴⁶ Motilité : capacité de mouvement spontané.

La fonction respiratoire

La fonction respiratoire d'une personne est cette capacité à effectuer des échanges gazeux avec l'environnement extérieur. Deux protagonistes sont concernés : l'oxygène et de dioxyde de carbone. Le système respiratoire comprend les voies aériennes supérieures, les voies aériennes inférieures, les poumons et le muscle respiratoire⁴⁷. La respiration correspond à un cycle, deux mouvements, l'inspiration et l'expiration. Lors de l'inspiration, les muscles respiratoires se contractent, ce qui entraîne l'expansion de la cavité thoracique et l'entrée de l'air dans les poumons en passant par les voies aériennes supérieures et inférieures. Lors de l'expiration, les muscles se relâchent et l'air est expulsé hors des poumons pour faire le trajet dans le sens inverse. L'échange d'oxygène⁴⁸ et de dioxyde de carbone⁴⁹ se fait entre les poumons et le sang, par la petite circulation ou la circulation pulmonaire. Lors de l'inspiration, l'oxygène est transporté des alvéoles pulmonaires vers les capillaires sanguins, où il se lie à l'hémoglobine⁵⁰ des globules rouges pour être distribué dans tout le corps via la grande circulation ou la circulation systémique. En même temps, le dioxyde de carbone produit par le métabolisme⁵¹ cellulaire est libéré dans les alvéoles pulmonaires et expulsé lors de l'expiration. La régulation de la respiration se fait par le système nerveux primitif, en particulier par le centre respiratoire situé dans le bulbe rachidien. Ce centre nerveux régule le pH sanguin et sa concentration en dioxyde de carbone. Les poumons sont capables de se dilater de se contracter pour permettre une respiration efficace. Une bonne capacité pulmonaire garantit une ventilation adéquate de tout l'organisme c'est à dire une oxygénation suffisante du sang, des organes, des tissus, des cellules. Les voies respiratoires ont leurs propres mécanismes de protection, tels que les cils et les muqueuses qui filtrent les particules étrangères. Le mucus piège les agents pathogènes.

⁴⁷ Muscle respiratoire : le diaphragme est le muscle respiratoire, il sépare la cavité thoracique de l'abdomen. Sans lui les mouvements du cycle respiratoire ne pourraient être accomplis.

⁴⁸ Echange d'oxygène : principe de la respiration, un échange d'oxygène se fait pour pouvoir alimenter en oxygène tous les organes, tissus.

⁴⁹ Dioxyde de carbone : gaz produit par la respiration et éliminé lors du mouvement respiratoire de l'expiration.

⁵⁰ Hémoglobine : composant des globules rouges qui donne au sang sa couleur rouge, c'est une protéine.

⁵¹ Métabolisme : ensemble des transformations chimiques et biologiques de l'organisme, composé de deux phases. Le catabolisme est une phase du métabolisme qui comprend la dégradation des composés organiques. L'anabolisme est l'ensemble des réactions aboutissant à la formation des constituants de l'organisme.

Les réflexes de toux, d'éternuement, éliminent les substances indésirables. L'évaluation de la fonction respiratoire peut être réalisée par l'oxymétrie de pouls, elle mesure le taux en pourcent d'oxygène qui se fixe sur l'hémoglobine d'un globule rouge. Des problèmes respiratoires tels que l'asthme, la bronchite, l'emphysème, la pneumonie, le BPCO⁵² et d'autres pathologies respiratoires peuvent altérer cette fonction respiratoire et nécessiter une prise en soin appropriée.

La fonction psychologique

La fonction psychologique d'une personne se réfère à l'ensemble des processus mentaux et émotionnels qui influencent sa santé mentale, son bien-être émotionnel et son comportement. Elle concerne la dimension psychologique de l'individu, joue un rôle dans son état de santé global. Elle est impliquée dans la régulation des émotions, la capacité à les reconnaître, à les exprimer et à les gérer. Cela comprend les émotions ressenties, telles que la joie, la tristesse, la colère, la peur, l'anxiété. Un bon état émotionnel favorise le bien-être psychologique et aura un impact positif sur la santé physique. Cette fonction concerne la capacité d'un patient à traiter les informations, à raisonner, à prendre des décisions et à formuler des croyances, celles-ci peuvent influencer les attitudes, les comportements de santé, la motivation à s'engager dans des soins médicaux et la compliance⁵³ aux traitements. Elle est liée à l'estime de soi, à l'image corporelle d'une personne. Une bonne estime de soi est essentielle, elle maintiendra une perception positive de soi, une confiance en ses capacités. Une image corporelle positive se réfère à la perception, à l'appréciation de son propre corps, elle influencera la satisfaction corporelle et la santé mentale. Cette fonction est liée aux relations interpersonnelles, les liens familiaux, les amitiés, les relations amoureuses et les interactions sociales. Des relations positives, satisfaisantes, favorisent le bien-être psychologique, jouent un rôle dans la santé mentale, mais aussi sur le processus de guérison. Nous pouvons évaluer si la personne soignée est psychologiquement affectée par des situations compliquées, prendre en compte les aspects psychologiques afin de lui fournir un soutien approprié, de favoriser son adhésion au traitement, d'optimiser sa qualité de vie et de promouvoir sa santé mentale globale.

⁵² BPCO : la bronchopneumopathie chronique obstructive est une pathologie chronique des bronches réduisant le flux d'air dans les poumons et entraînant des problèmes respiratoires.

⁵³ Compliance : se conformer aux prescriptions médicales, prendre son traitement correctement.

La prise en soin psychologique peut comprendre des approches telles que la thérapie, le soutien émotionnel, l'éducation à la santé mentale, la gestion du stress et d'autres interventions visant à améliorer la fonction psychologique. Il est nécessaire d'insister sur le fait que la connaissance de ces différentes fonctions nous permettra de déceler d'éventuelles dysfonctions, lors d'une prise en soin, mais surtout de transmettre de façon objectives et précises les différentes observations relevées à l'infirmière et a l'équipe pluridisciplinaire.

Nous terminerons ce chapitre en mettant l'accent encore une fois, comme nous l'avons mentionné dans notre introduction, que sans nos connaissances en anatomie et en physiologie, nous serions incapables d'observer les troubles, les changements physiques et psychiques au niveau des besoins. Les personnes que nous soignons forment un tout, dans lequel les fonctions somatiques, psychiques et même sociales sont importantes. Si quelque chose ne va pas à un des niveaux, la santé de la personne s'en ressentira. Ne négligeons pas le fait que l'environnement dans lequel les personnes évoluent, leur milieu social et leur profession ont aussi un impact direct et inévitable sur leur santé.

PARTIE PRATIQUE

C'est ici que commence notre partie pratique, elle se subdivise en quatre chapitres.

1. La démarche en soins

C'est ici que débute notre partie pratique, par un premier chapitre consacré au processus de la démarche en soins. Nous passerons en revue chaque étape de ce processus utilisé dans tous les milieux de soin. C'est une méthode qui renforce la reconnaissance professionnelle de tous les professionnels de la santé y compris les aides-soignants, elle permet d'éviter les habitudes systématiques et les soins routiniers. Elle favorise l'évolution personnelle de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et provoque une remise en cause. Elle entraîne une satisfaction au travail en inscrivant les soins dans une continuité et une cohérence. Le travail d'équipe s'en voit renforcé du fait des échanges. Les transmissions n'en sont que plus complètes et élaborées. La pratique des transmissions renforce entre les membres de toute l'équipe pluridisciplinaire la communication et permet une cohésion au sein des membres de l'équipe.

Nous pouvons définir la démarche en soin comme un cheminement où l'on avance pas à pas, une méthode scientifique, rigoureuse et logique, un processus qui fait appel à notre jugement et à notre discernement. Cette méthode composée de plusieurs étapes permettra d'individualiser les soins, de pratiquer des soins adaptés à une personne unique au travers d'une approche globale, de centrer notre démarche sur la personne et sa situation à un moment donné. Le premier processus mis en place dans les milieux de soins est donc une démarche en soins. Lorsqu'une personne se retrouve hospitalisée, dès son admission, une succession d'étapes bien définies va se mettre en place afin de résoudre le ou les problèmes de la personne, de la guérir, ou du moins lui permettre de retrouver un confort de vie. Si toutefois la pathologie dont souffre la personne est incurable⁵⁴, des soins de confort dans le cadre d'une fin de vie seront alors mis en place. La démarche en soins est donc une méthode scientifique qui vise à solutionner les problèmes C'est un cheminement qui individualise le soin.

⁵⁴ Incurable : qu'on ne peut pas guérir, qui n'a pas de remède.

Cette principale étape de la prise en soin d'une personne contribue à prendre en soin les patients de manière holistique⁵⁵. C'est un processus intellectuel logique et ordonné visant le mieux-être de la personne soignée est composé d'une succession d'étapes. La démarche en soins évalue, soigne les personnes étape par étape.

Première étape : Evaluation initiale de la personne

Une collecte, un recueil de données ainsi qu'une anamnèse seront faites. Celles-ci auront pour but de connaître la personne soignée, de situer son contexte de vie au travers de ses habitudes, de pouvoir prendre connaissance de son motif d'admission, de rechercher de possibles allergies, ses antécédents médicaux, chirurgicaux. Cette première phase est capitale car elle va orienter la prise en soin, elle donnera une indication sur les signes et indices permettant de comprendre la situation, de repérer les difficultés afin de personnaliser les soins.

Deuxième étape : Diagnostic de la personne

Au cours de la deuxième étape le patient sera diagnostiqué, un diagnostic sera établi en fonction des informations recueillies au préalable, des symptômes ressentis, des douleurs, cette étape permettra d'enclencher la suivante.

Troisième étape : Plan de soin établi pour traiter le problème de la personne

Dans cette étape, des actions seront planifiées afin d'obtenir des solutions. La famille, les proches, et les aidants de la personne y seront intégrés en les faisant participer. La personne soignée sera sensibilisée à son problème, sa pathologie, par de l'éducation à la santé, qui est l'un des rôles de notre métier. Nous avons été formés aux différentes pathologies, nous pouvons par ce biais éduquer les différentes personnes en leur communiquant des informations sur leur problèmes, leurs maladies. Rappelons que la compliance⁵⁶ aux traitements est nécessaire pour guérir. Nous expliquerons aussi aux patients, pour lesquels nous effectuons ses soins d'hygiène, l'importance de ceux-ci. Nos notions de pharmacologie, de pharmaco vigilance, nous permettrons de communiquer des informations⁵⁷ sur le traitement.

⁵⁵ Holistique : s'intéresser à une personne dans sa globalité.

⁵⁶ Compliance : se conformer aux prescriptions médicales, prendre son traitement correctement.

⁵⁷ Informations traitements : informations sur le médicament en lui-même, nom du médicament, posologie, catégorie du médicament, donner des renseignements sur les possibles effets secondaires.

Durant ces deux années de formation nous avons été sensibilisés à la nécessité d'avoir une bonne hygiène de vie ainsi qu'une bonne alimentation. Nous connaissons bien les effets néfastes que peuvent avoir une mauvaise alimentation, de la sédentarité, l'abus d'alcool ou de tabac sur le corps humain. Ce sont des notions fondamentales qui nous aideront à éduquer les personnes que nous prendrons en soin.

Quatrième étape : Intervention, mise en action du plan de soin

Une fois le plan de soin défini, tous les professionnels de la santé l'appliqueront. Les soins planifiés par le plan seront prodigués. C'est la mise en action du plan. Tous les médicaments et les soins administrés seront retranscrits dans le dossier de la personne de manière systématique. Durant cette étape les aides-soignants sont acteurs puisque nous prodiguons des soins d'hygiène, nous administrons des médicaments prescrits, ainsi que préparés à l'exception des stupéfiants. La surveillance des paramètres est un acte qui peut nous être confié par les praticiens de l'art infirmier. Nous intervenons dans les surveillances de sac à diurèse, dans les soins de stomies cicatrisées. Nous observons les changements aux niveaux physique et psychique, dans le but de signaler tous changements négatifs, ou positifs.

Cinquième étape : Réévaluation

Cette ultime étape de la démarche en soin a pour but d'évaluer à nouveau si les actions mises en place ont porté leur fruit. Un réajustement du traitement, des soins, sera peut-être nécessaire. De nouveaux éléments apparaîtront peut-être au travers des observations que nous aurons rapporté. Cela nécessitera d'effectuer une nouvelle démarche en soin reprenant toutes les étapes précédemment citées.

La démarche en soin est un cycle, une boucle qui se répète continuellement jusqu'au moment où les problèmes de la personne sont résolus ou qu'elle recouvre un meilleur confort de vie. Nous pouvons donc terminer cette partie en insistant sur la place et le rôle des aides-soignants dans ce processus de soin. Notre collaboration est capitale car nous recueillons des données de manière continue pendant la pratique des soins relevant de nos compétences. Nous, les aides-soignants, nous agissons dans diverses situations, que ce soit en cas de difficultés ou d'inconfort.

Nous aidons les personnes par des gestes, des paroles, des soins restants et ce pour éviter qu'une difficulté passagère ne devienne un problème. Durant nos soins d'hygiène, de nursing nous obtenons des informations de la personne soignée soit en l'observant, soit de la personne elle-même. Nous observons l'existence de signes physiques, des réactions verbales ou non verbales face aux maladies, aux placements, aux hospitalisations.

2. Les différentes méthodes de collecte de données

Le deuxième chapitre de notre partie pratique aborde dans un premier temps les quatre concepts, notions, liées à notre métier. La personne est donc un être humain, sa santé n'est ni plus ni moins que l'homéostasie de son corps, la maladie vient troubler cet équilibre et nos soins sont une réponse de soutien aux différents déséquilibres. Une partie de ce chapitre sera consacré à l'organisation de l'observation, qui est l'un des rôles les plus importants de notre métier. Nous allons subdiviser cette observation en trois grands axes : le somatique⁵⁸, le psychique⁵⁹ et le social⁶⁰. Nous terminerons enfin par les différents instruments de mesures mis à notre disposition pour évaluer les personnes.

Nous avons pensé qu'il était utile de rappeler quatre concepts importants avant de commencer cette première partie de notre partie pratique. Le premier concept est l'être humain. C'est un être unique en perpétuel devenir qui a des besoins biologiques, physiologiques, culturels et sociaux en lien avec son environnement et sa capacité d'adaptation. Le concept suivant est la santé. C'est un équilibre, une homéostasie du corps qui est influencée par l'environnement familial, professionnel, culturel et social. Le troisième est la maladie qui est une rupture de cet équilibre, un signal se traduisant par une difficulté et/ou une souffrance physique, psychologique, culturelle ou sociale. Et enfin le dernier, le ou les soins qui sont une réponse à la rupture d'équilibre, une aide à maintenir ou à recouvrer la santé, à soutenir dans les derniers instants de la vie, à accomplir les tâches que la personne ne peut plus ou ne sait pas faire, à retrouver une autonomie. Soulignons que la personne soignée est l'acteur de sa propre vie, de son projet de vie. Les aides-soignants deviennent son interlocuteur. Nos rôles sont d'aider la personne soignée à communiquer, à exprimer ce qu'elle ressent, l'aider à comprendre ce qui se passe pour elle, l'aider à vivre dans les meilleures conditions possibles, lui donner des soins adaptés en tenant compte de sa personnalité et de ses besoins.

⁵⁸ Somatique : qui concerne le corps.

⁵⁹ Psychique : qui concerne l'esprit, la pensée.

⁶⁰ Social : relatif à un groupe d'individus, et aux rapports de ces individus entre eux.

- **Comment organiser cette observation**

Pour observer, il faut s'organiser, procéder avec méthode afin d'obtenir le plus d'informations possible. Le modèle le plus souvent choisi est celui qui englobe les quatorze besoins fondamentaux de la personne comme déjà cité plus haut. Il s'agit du modèle de la praticienne de l'art infirmier Virginia Henderson. Un soin doit-être adapté au patient, c'est le moyen de répondre à l'état d'insatisfaction du ou des besoins de la personne, le soin est donc individualisé. Rappelons qu'un besoin fondamental est ce qui est essentiel à une personne pour vivre, pour assurer son bien-être. Il est susceptible de varier tout au long de la vie, en fonction de l'âge, de la condition sociale, de la culture ou encore de la santé. Cela implique une connaissance des caractéristiques techniques du soin en tenant compte des habitudes de la personne, du degré d'urgence, des éventuels impératifs, de ses rendez-vous médicaux programmés, des éventuels examens complémentaires à effectuer. Le lieu où se déroulera le soin aura aussi une importance. Il sera aussi déterminé avant d'agir en fonction des capacités de la personne : au lit, au lavabo, dans la douche. Il sera nécessaire de déterminer avant la mise en action si le ou les soins pourront être effectués sans l'aide d'un autre soignant. Nous garderons bien en vue pourquoi nous réalisons le soin, quels sont les objectifs à atteindre. Les besoins des personnes sont en constante évolution. Une adaptation aux différents changements dans la situation de la personne soignée demandera une réadaptation des soins également. Tout cela sans négliger notre capacité à porter un jugement sur la réalisation des objectifs. L'organisation de l'observation permettra tout d'abord d'obtenir un diagnostic infirmier, qui n'est pas le même que le diagnostic médical, mais qui est tout autant nécessaire car il nous donne une indication sur la pathologie de la personne. Il est donc complémentaire. Le diagnostic infirmier nous permet de déterminer les réactions de la personne par rapport à son ou ses problèmes de santé. Celui-ci relève de la compétence du praticien de l'art infirmier qui rassemblera les données obtenues par ses propres observations, mais aussi par celles rapportées par les aides-soignants. C'est une logique à suivre afin de pouvoir proposer une prise en soin adaptée aux besoins de la personne. C'est durant cette prise en soin que nous, les aides-soignants allons intervenir.

Pour ce faire, il faudra structurer l'observation en prenant en compte le motif de l'admission, l'histoire des maladies, les antécédents et les comorbidités⁶¹, les traitements passés et présents, le mode de vie, les habitudes, le degré de dépendance de la personne, les signes d'une altération de l'état général, l'examen physique et les paramètres vitaux. Nous orienterons nos observations afin de déterminer s'il y a des améliorations dans l'état de la personne en fonction des soins. Nous porterons une attention particulière aux symptômes liés à la pathologie, aux nouveaux événements qui pourraient survenir et qui compliqueraient l'état général. Lors des soins d'hygiène nous observerons toutes modifications corporelles néfastes pour la personne ou les améliorations positives. Nous accorderons une vigilance particulière aux effets secondaires des traitements, aux risques que peut comporter un alitement prolongé, à préserver l'autonomie de la personne, à une éventuelle perte d'appétit, à un manque ou un excès d'hydratation, à une bonne élimination ou à un état dépressif. Chaque besoin de la personne sera observé afin de déceler des troubles, des changements, des difficultés, mais surtout dans le but de pouvoir proposer des solutions, de remédier à ce qui ne va pas, d'aider soit à retrouver de l'autonomie, soit un confort de vie acceptable. Toutes ces observations seront transmises dans le dossier de la personne de manière écrite et rapportées de manière orale à l'infirmière.

- **L'observation somatique, psychique et sociale**

Lorsqu'une personne est admise à l'hôpital, soit en s'y rendant par ses propres moyens, soit en ambulance médicale urgente, soit en ambulance de transport médico sanitaire, un motif d'admission est repris dans le dossier de cette même personne. Ce motif donnera déjà une première indication sur la raison pour laquelle elle se retrouve hospitalisée. Il sera la toute première donnée introduite dans le dossier du patient. N'oublions pas que le dossier du patient contient aussi des informations relatives aux précédentes hospitalisations. Une anamnèse sera effectuée, elle reprendra l'histoire médicale complète du patient, ses antécédents médicaux personnels, les antécédents de maladie familiale, ses allergies connues, les interventions chirurgicales passées, les traitements pris régulièrement.

⁶¹ Comorbidité : association de deux maladies ou troubles à une pathologie primaire. Présence de plusieurs troubles qui se manifestent en même temps, par exemple : une obésité associée à une pathologie de la hanche

Ces informations permettront à tous les professionnels de la santé de mieux comprendre la situation médicale globale de la personne par le recueil d'évènements passés.

L'observation somatique

L'observation physique de la personne a pour but d'observer avec attention l'enveloppe corporelle, de voir par la palpation, l'auscultation, l'existence de signes physiques. De se rendre par exemple compte d'insuffisances respiratoires, de douleurs à la mobilisation, de déficits sensoriels liés à la vue, à l'ouïe, à la parole ou encore de phénomènes de déséquilibre. Pendant la toilette, la peau de la personne sera observée avec attention à la recherche de lésions, rougeurs, blessures, grosseurs. La prise des paramètres vitaux quant à elle, donnera une indication sur les fonctions vitales telles que la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la saturation en oxygène, la glycémie par capillaire sanguin. L'aide-soignant pourra observer des signes anormaux, comme par exemple, des pauses au niveau des cycles de la respiration, des mouvements respiratoires de petite ou de grande amplitude, rapides ou lents, des pulsations irrégulières, ou filantes⁶². La recherche d'informations se fait à tout moment, pendant le sommeil de la personne, durant ses prises alimentaires, sa toilette, ses soins, ses visites. Le moment qui permet d'instaurer une relation de confiance avec la personne, de privilégier un contact est celui du nursing⁶³. A cette observation somatique sera ajouté la description des symptômes par la personne elle-même, le professionnel de la santé ainsi que les aides-soignants poseront des questions précises sur les symptômes ressentis, sur la localisation, l'intensité, la fréquence, la durée de la douleur et sur les facteurs déclencheurs des symptômes. Toute cette collecte de données au travers de l'observation du corps dans son intégralité permettra d'obtenir des informations clés.

L'observation psycho-sociale

Des questions pertinentes permettront de se rendre compte des habitudes de vie de la personne, de son régime alimentaire, de son niveau d'activité physique, de ses antécédents de tabagisme, de sa possible consommation d'alcool ou de stupéfiants.

⁶² Filantes : faibles pulsations.

⁶³ Nursing : ensemble de soins de confort et d'hygiène prodigués aux personnes dépendantes.

Lorsque la personne ne peut plus s'exprimer par elle-même, ou que celle-ci ne sait pas s'exprimer par elle-même, ce qui est quelquefois le cas des personnes en situation de handicap, une recherche d'informations sera effectuée auprès de la famille, des proches, des aidants. D'autres facteurs de risque liés à certaines pathologies seront aussi collectés. Une collecte de données psycho-sociale sera ainsi effectuée, car en plus des aspects médicaux, des informations sur les facteurs psychosociaux tels que le stress, les relations familiales, le soutien social, les facteurs environnementaux, peuvent avoir un réel impact sur la santé d'une personne.

- **Les échelles d'évaluations**

Les échelles d'évaluations sont des instruments de mesures mis à la disposition des professionnels de la santé, y compris pour nous, les aides-soignants. Ces grilles d'observation et d'évaluation sont des outils concrets et fiables nous permettant de relier la théorie à la pratique pour apprécier l'état de santé d'une personne en repérant ses besoins et en évaluant les soins dispensés. Ce sont des outils sur lesquels nous pouvons nous appuyer afin d'évaluer les patients en toute objectivité. Ces outils de mesure nous permettront de voir s'il y'a une amélioration, ou une dégradation de l'état de la personne en comparant les nouvelles données avec les données initialement récoltées. La nécessité de répertorier les résultats de ces échelles d'évaluations dans le dossier du patient est grande. Ce sont des informations objectives sur lesquelles nous allons pouvoir nous baser pour réévaluer l'état de la personne que nous prenons en soin. Sur le site du SPF santé publique, ces instruments de mesures sont répertoriés, regroupés par thème. Les échelles d'évaluation reprisent sur le site et dans cette littérature ont elles-mêmes été évaluées à l'aide d'outils standardisés. Quatre grilles d'évaluations ont été utilisées, comme la grille AGREE. C'est un peu l'utilisation de grilles d'évaluation pour évaluer d'autres grilles d'évaluation.

Les échelles d'évaluations reprisent dans la base de données sont nombreuses. Nous en avons sélectionné quelques-unes, qui nous semblaient utiles dans notre métier d'aide-soignant et nous les avons classées par thème.

- **Escarre**

Une escarre est une lésion cutanée provoquée par une compression, une pression constante et prolongée des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse.

Le premier stade commence par l'apparition d'une rougeur sur la peau. La rougeur ne disparaît pas à la pression. Au deuxième stade, on constate une phlyctène⁶⁴, la survenue d'une perte de peau. Au stade trois, la peau s'assèche, se noircit, se nécrose. Au dernier stade, les chairs nécrosées s'entendent, les muscles, les tendons, les os sont exposés. Evaluer à l'aide d'échelles le risque de développer une escarre chez certains patients est nécessaire afin d'éviter, de voir apparaître des lésions parfois irréversibles. Cette problématique a été traitée par Elodie Rivière ancienne élève de l'école EAFC Eurométropole Tournai⁶⁵. Voici quelques échelles qui nous permettront de déceler ce risque : les échelles de Norton, de Braden, la grille des Peupliers Gonesse, la grille de Lemoine et Colin, et de Waterlow⁶⁶.

- Chute

L'organisation mondiale de la santé définit le terme chute comme suit : « *On entend par chute un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve au sol ou toute surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. Les traumatismes dus aux chutes peuvent être mortels, même si le plus souvent, ce n'est pas le cas* ». Les chutes provoquent des lésions traumatiques qui peuvent être très invalidantes, entraînant des hospitalisations, ou encore l'augmentation du séjour hospitalier lorsque celles-ci surviennent à l'hôpital. Elles augmentent la dépendance de la personne et diminuent fortement l'autonomie des patients dans la pratique des activités de la vie quotidienne. Prévenir le risque de chute devient nécessaire pour éviter que celles-ci ne surviennent.

Cette problématique sera traitée par Lyna Uwamahoro, élève aide-soignante en deuxième année à l'école EAFC Eurométropole Tournai⁶⁷. Pour évaluer le risque de chute, il existe l'échelle de Morse, l'évaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI⁶⁸, la fall efficacy scale I ou FES I⁶⁹.

⁶⁴ Phlyctène : bulle remplie de sérosité, cloche remplie de liquide.

⁶⁵ Epreuve intégrée d'Elodie Rivière : Quels sont les rôles de l'aide-soignant dans la prévention des escarres ?

⁶⁶ Grille de Waterlow : voir annexe 3.

⁶⁷ Epreuve intégrée de Lyna Uwamahoro : les rôles de l'aide-soignant dans la prévention des chutes chez les personnes âgées.

⁶⁸ Evaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI : voir annexe 4.

⁶⁹ Fall efficacy scale I ou FES I: voir annexe 5.

- Nutrition et malnutrition

La science qui évalue le rapport entre les aliments et la santé est la nutrition. Pour un bon fonctionnement de tous les appareils et systèmes du corps humain ou mieux encore une bonne homéostasie⁷⁰ du corps, le corps humain a besoin de substances nutritives qui contiennent des glucides⁷¹, des lipides⁷², des protéines⁷³, des sels minéraux⁷⁴ et des vitamines⁷⁵. Ceux-ci se retrouvent dans les aliments. Ces substances apporteront aux corps l'énergie nécessaire à son bon fonctionnement. De mauvais apports alimentaire, une sous-alimentation, des excès alimentaires provoqueront des troubles au niveau de la nutrition. La malnutrition selon l'organisation mondiale de la santé est définie comme suit : « *Par malnutrition on entend toutes les carences⁷⁶, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique⁷⁷ et ou nutritionnel d'une personne. Ce terme couvre trois grands groupes d'affection. La dénutrition, qui comprend l'émaciation⁷⁸, le faible rapport entre le poids et la taille, le retard de croissance, le faible rapport entre la taille, l'âge et l'insuffisance pondérale, le faible rapport entre le poids et l'âge. La malnutrition liée à l'apport en micronutriments⁷⁹, qui comprend la carence en micronutriments, le manque de vitamines et de minéraux essentiels, ou l'excès de micronutriments.*

Le surpoids, l'obésité, les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, par exemple, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et certains cancers ». Tout autant de raisons qui indiquent qu'il faut évaluer régulièrement la nutrition et la malnutrition des patients via des échelles. Elles vont nous communiquer des informations sur leur situation lors de leur admission en milieu de soin, mais aussi permettre de les réévaluer tout au long de leur séjour afin de déceler des améliorations ou des dégradations.

⁷⁰ Homéostasie : équilibre du corps humain.

⁷¹ Glucides : sucres contenus dans l'alimentation.

⁷² Lipides : graisses contenues dans l'alimentation.

⁷³ Protéines : grosses molécules contenues dans l'alimentation pouvant être d'origine animale ou végétale (légumes secs, céréales).

⁷⁴ Sels Minéraux : substances minérales se trouvant dans les aliments.

⁷⁵ Vitamines : substances essentielles au corps contribuant à des processus physiologiques.

⁷⁶ Carences : absence ou insuffisance d'éléments indispensable dans la nutrition.

⁷⁷ Apport énergétique : calories issues des aliments et des boissons.

⁷⁸ Emaciation : amaigrissement, maigreur extrême.

⁷⁹ Micronutriments : éléments apportés par l'alimentation jouant un rôle dans des processus physiologique.

Pour ce faire, nous pouvons utiliser les instruments de mesures mini nutritional assessment MNA⁸⁰, malnutrition universal screening tool MUST et/ou l'indice de masse corporelle IMC.

- Douleur

La douleur selon l'organisation mondiale de la santé est définie comme suit : « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en réponse à une atteinte tissulaire⁸¹ réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* ». La douleur peut donc être physique, psychique ou émotionnelle. La douleur existe et est présente lorsqu'elle est décrite par la personne soignée cela même si aucune cause n'a été identifiée. Evaluer la douleur ressentie lors des prises en soin permettra soit d'atténuer la douleur, soit de se rendre compte que le patient en ressent une, et qu'il faut donc essayer de le soulager pour lui permettre de retrouver un confort. Les différents instruments de mesure disponible pour l'évaluation de la douleur sont l'échelle visuelle analogique EVA, l'échelle DOLOPLUS, l'échelle ALGOPLUS.

- Activité de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne sont tous les actes qu'une personne en bonne santé est capable d'accomplir par elle-même sans l'aide d'une tierce personne. Virginia Henderson⁸², que nous connaissons tous, définit la dépendance comme suit :

« *L'incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même sans aide les actions qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins* ».

Elle définit l'indépendance comme suit : « *Un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'une autre personne* ». Selon Henderson, « *Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade, ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ces derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait*

⁸⁰ Mini nutritional assessment : voir annexe 6.

⁸¹ Atteinte tissulaire : lésion ou modification pathologique d'un tissu.

⁸² Virginia Henderson : infirmière américaine a qui l'on doit la définition des quatorze besoins fondamentaux de l'être humain dont on se sert encore dans les milieux de soins. Selon Virginia Henderson un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents ont été satisfaits partant du principe qu'on se doit de traiter une personne, plutôt qu'un organe ou une maladie.

la force, la volonté, ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible ». Accomplir des tâches, des gestes pour aider les personnes que nous prenons en soin est aussi notre rôle, en tant qu'aides-soignants. Pour évaluer le degré de dépendance de la personne soignée, des échelles d'évaluation ont été conçues et sont à notre disposition. Les échelles suivantes permettent d'évaluer ce critère, l'échelle de KATZ, la grille AGGIR⁸³, l'échelle IADL⁸⁴, et la grille d'évaluation SMAF.

Pour terminer ce chapitre, n'oublions pas de souligner la nécessité de la collaboration entre aides-soignants dans le recueil de données via des observations constantes et quotidiennes. Les soins relevant de nos compétences nous permettent de recueillir une mine d'informations précieuses et nécessaires dans la prise en soin d'une personne.

⁸³ Echelle AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe iso Ressources, mesure le degré de perte d'autonomie, voir annexe 7.

⁸⁴ Echelle IADL : Activities of Daily Living, permet de savoir si une personne a une indépendance altérée ou préservée.

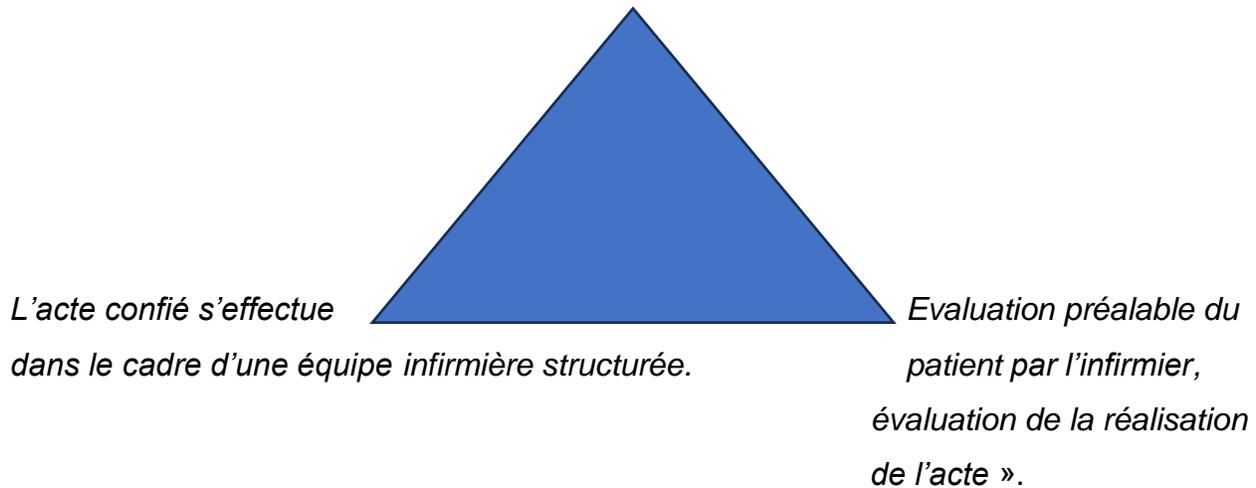
3. Les nouveaux actes délégués

Dans ce troisième chapitre, nous avons fait le choix de mettre en avant les nouveaux actes délégués aux aides-soignants par les praticiens de l'art infirmier. Il nous paraissait nécessaire d'aborder les nouvelles responsabilités qui nous ont été attribuées. Nous rappellerons les trois principes de la délégation et nous ferons un bref rappel des nouveaux actes qui se retrouve dans l'Arrêté Royale de 2019. Nous avons choisi de développer la prise des constantes vitales pour faire un lien avec les différentes fonctions vue dans le sixième chapitre de notre partie conceptuelle.

Comme expliqué dans le point six de la partie conceptuelle, depuis 2019 de nouveaux actes sont venus s'ajouter à la liste des activités des aides-soignants. Ces actes font partie de la liste des actes des praticiens de l'art infirmier et peuvent être délégués aux aides-soignants qui y sont formés. Ces actes sont les suivants⁸⁵ : « *Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier* ». « *Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administrations suivantes : Orale y compris l'inhalation, rectale, gouttes ophtalmiques, gouttes auriculaires, percutanée, et sous-cutanée, uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée* ». « *Alimentation et hydratation par voie orale* ». « *Enlèvement manuel de fécalomes* ». « *Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses* ». Ils seront confiés aux aides-soignants selon un principe de délégation que nous avons pu voir dans le cours de méthodologie appliquée de François Dejonckheere, professeur à l'école EAFC Eurométropole Tournai. Le principe de délégation est présenté comme suit, et sous forme d'un triangle.

⁸⁵ Voir en annexe1, liste 2 des activités de l'aide-soignant de l'Arrêté Royale de 2019.

« L'acte confié fait partie de la liste d'actes délégués aux aides-soignants.



Dans le cours d'approche conceptuelle, déontologie et législation de Yanick Père, professeure à l'école EAFC Eurométropole Tournai, le terme *déléguer* est défini comme suit : « *selon le Larousse déléguer signifie, envoyer quelqu'un au nom d'un groupe, de quelqu'un d'autre dans un but déterminé, avec une mission définie* ». Elle nous rappelle aussi que « *L'infirmier engage sa responsabilité lors de la délégation de l'acte et l'aide-soignant lors de la réalisation de cet acte infirmier. L'infirmier doit vérifier que l'aide-soignant a les compétences et les connaissances nécessaires avant de lui confier la réalisation d'un soin. Il devra assurer le contrôle des actes délégués à l'aide-soignant* ». Dans ce même cours, les limites de la délégation sont posées de manière claire : « *un pouvoir délégué ne peut peut-être subdéléguer, si le médecin délègue à un infirmier, ce dernier ne peut déléguer à quelqu'un d'autre, quand on délègue, on ne se débarrasse pas, la personne qui délègue choisit à qui elle délègue, la personne qui délègue ne se dessaisit pas de ses compétences, la personne qui délègue vérifie que la personne à qui il a délégué est apte, la personne qui délègue encadre, contrôle, évalue la personne à qui il a délégué* ». L'un des nouveaux actes confiés de l'AR de 2019 est la mesure des paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier. Avant de passer en revue ces paramètres, expliquons ce que sont les paramètres vitaux d'une personne.

Ce sont un ensemble de mesures essentielles qui nous livrent une vue précise de l'état de santé d'un individu. Des indicateurs clés qui permettent aux professionnels de la santé de détecter toutes anomalies pour pouvoir mettre en œuvre des interventions pertinentes et efficaces. Ces indicateurs clés sont aux nombres de six, la saturation en oxygène, la température corporelle, la fréquence respiratoire, les pulsations cardiaques, la tension artérielle et la glycémie par prélèvement capillaire sanguin. Tous ces paramètres sont mesurés par des outils désinfectés et vérifiés au préalable ou à l'aide de techniques apprises en cours de pratique. Les paramètres doivent se situer dans des normes précises. Lorsque les valeurs sont hors normes, les patients présenteront des symptômes en lien avec les valeurs de la constante ou des constantes troublées.

La température corporelle

C'est une constante qui nous permet de détecter des signes d'hypothermie, d'hyperthermie⁸⁶ ou de fièvre⁸⁷ chez les personnes que nous soignons. La température corporelle d'un être humain en bonne santé se situe entre 36.1 et 37.8 degrés Celsius. Elle est prise à l'aide d'un thermomètre, sur plusieurs parties du corps humains. La température corporelle peut-être rectale, axillaire, buccale, tympanique, frontale ou temporale. Toute valeur supérieure à 37,5 °C devra être signalée à l'infirmière qui nous a délégué le soin.

La fréquence respiratoire

Paramètre qui nous permet d'avoir le nombre exact de cycle respiratoire effectué par une personne durant une minute. Un être humain adulte en bonne santé respire en moyenne entre 12 et 20 fois par minute. Un cycle respiratoire comprend les deux mouvements de la respiration, l'inspiration⁸⁸ et l'expiration⁸⁹. Le premier mouvement de la respiration apporte de l'oxygène dans les poumons et le deuxième mouvement expulse le dioxyde de carbone se trouvant dans les poumons.

⁸⁶ Hyperthermie : élévation de la température corporelle au-dessus de la normale due à une accumulation de chaleur par le corps provenant de l'extérieur.

⁸⁷ Fièvre : élévation de la température corporelle, produite par le corps, le corps chauffe lorsqu'une infection le gagne.

⁸⁸ Inspiration : mouvement de la respiration. Inspirer, faire rentrer de l'air jusqu'aux poumons par le nez ou la bouche, air chargé en oxygène, un cycle respiratoire est couplé des deux mouvements.

⁸⁹ Expiration : mouvement de la respiration, expirer, faire sortir l'air contenu dans les poumons par le nez ou la bouche, air chargé en dioxyde de carbone, un cycle respiratoire est couplé des deux mouvements.

Cette mesure de la fonction respiratoire permet aussi de détecter des anomalies liées à la respiration comme une irrégularité du rythme, de l'amplitude des mouvements respiratoires.

Les pulsations cardiaques

Les pulsations cardiaques correspondent aux nombres de battements, contractions du cœur par minute. La moyenne des pulsations chez un adulte en bonne santé se situe entre 60 et 100 battements par minute. C'est une mesure qui peut être prise sur plusieurs régions du corps en la palpant directement. A l'aide de deux ou trois doigts une légère pression sera exercée contre l'os et le muscle sous-jacent de l'artère choisie comme expliqué dans la fiche technique numéro deux du cours d'Ellen Minet, professeure de pratique à l'école EAFC Eurométropole Tournai. Dans cette technique l'usage du pouce sera proscrit car celui-ci est fortement vascularisé, lorsque le pouce est utilisé le risque est de percevoir nos propres pulsations au lieu de ceux de la personne. Lors de cette mesure de la fonction cardiaque, le rythme, l'amplitude et la résistance des pulsations seront évalués. L'oxymètre de pouls nous donne aussi cette mesure lorsque nous prenons la mesure de la saturation en oxygène.

La saturation en oxygène

Dans la fiche technique numéro cinq du cours de pratique d'Ellen Minet, professeur à l'école EAFC Eurométropole Tournai, sur la saturométrie et l'oxymétrie, il est indiqué que la saturation en oxygène est une mesure non invasive qui permet de mesurer avec un oxymètre de pouls la saturation en oxygène de l'hémoglobine au niveau des capillaires sanguins. Cette mesure va nous permettre de quantifier en pourcent le taux d'oxygène se fixant sur l'hémoglobine d'un globule rouge. Elle nous communiquera une information sur la fonction respiratoire de la personne. Les normes de la saturation en oxygène d'un adulte en bonne santé se situe entre 95% et 100% d'oxygène, on parle aussi de saturation pulsée en oxygène avec ou sans apport d'oxygène, la SpO2. C'est une mesure qui est proche de la saturation artérielle en oxygène. La SaO2 mesurée par les gaz du sang est la gazométrie. Lorsque l'hémoglobine est moins chargée en oxygène, elle perd de sa couleur rouge et devient plus bleue. L'oxymètre de pouls a la capacité d'évaluer, via son capteur placé sur le bout du doigt, le niveau d'oxygène dans le sang.

Il va détecter le taux de bleu dans le sang, plus le niveau de bleu sera élevé, plus le pourcentage d'oxygène dans le sang sera faible, plus le niveau de bleu sera bas, plus le pourcentage d'oxygène sera élevé. La saturation en oxygène sera donc soit faible, soit normale. Lorsque le niveau sera faible, on dira que la personne désature. La fonction respiratoire en sera altérée. Un apport d'oxygène extérieur pourra être administré sur prescription médicale afin de normaliser la saturation. Certains patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive auront une saturation en oxygène différente des personnes n'ayant pas cette pathologie. Il faudra être plus vigilant à leur saturation en oxygène car elle sera maintenue entre 88 et 92% pour éviter une acidose respiratoire⁹⁰ entraînant une difficulté à éliminer les gaz carboniques présents dans le sang en quantité suffisante. La respiration est inefficace lorsque l'apport d'oxygène est trop élevé.

La tension artérielle

La tension artérielle est indiquée par deux mesures ou deux bruits lors de la mesure de celle-ci. Le premier bruit ou mesure survient lorsque le cœur se contracte, ce qui correspond à la tension systolique. Le second bruit ou mesure survient lorsque le cœur se relâche, ce qui correspond à la tension diastolique. Cette mesure nous communique des informations sur la pression qu'exerce le sang contre la paroi des artères, mais aussi sur la circulation du sang. Les artères jouent un rôle actif et complémentaire du cœur dans la circulation du sang au travers de tout le corps. Les normes de cette constante se situe entre 120 et 80 millimètres de mercure. Les personnes hypotendues auront une tension artérielle égale et/ou inférieure à 90/60 millimètre de mercure, les personnes hypertendues auront une tension artérielle égale et/ou supérieure à 140/85 millimètre de mercure. Pour prendre ce paramètre, nous aurons besoin d'un brassard de tension adapté au bras de la personne, d'un stéthoscope permettant d'entendre les deux bruits du cycle circulatoire et d'un sphygmomanomètre.

La glycémie par prélèvement capillaire sanguin

Cette constante permet d'avoir des informations sur le taux de glucose dans le sang d'une personne.

⁹⁰ Acidose respiratoire : mauvaise élimination du dioxyde de carbone par les poumons chez des personnes souffrant de BPCO et ayant reçu trop d'oxygène.

C'est une valeur qui va nous permettre de détecter si la personne présente des troubles au niveau de la régulation de sa glycémie⁹¹, mais aussi de dépister une pathologie que l'on appelle le diabète⁹². Les mesures de la glycémie au cours de la journée sont nécessaires car elles permettront d'adapter la posologie des traitements en fonction des résultats obtenus. Ce paramètre est exprimé en milligrammes par décilitre de sang ou en gramme par litre de sang. Pour le prendre, il nous faudra utiliser un lecteur de glycémie, des bandelettes de lecture compatibles avec le lecteur utilisé, ainsi qu'un auto piqueur à usage unique. Les valeurs moyennes à jeun de la glycémie se situent entre 70 et 110 milligrammes par décilitre de sang ou 0.7 et 1.1 gramme par litre de sang. Une valeur inférieure à 70 milligrammes indique une hypoglycémie, une valeur supérieure à 110 milligrammes par décilitre de sang indique une hyperglycémie. Certains patients atteints de diabète peuvent s'auto-surveiller à l'aide d'un capteur qui est placé sous la peau durant une période de quatorze jours. Ils devront scanner ce lecteur pour obtenir la valeur de leur glycémie. Les données sont stockées dans le lecteur et permettront d'analyser le profil glycémique de la personne. Le capteur placé sous la peau mesure le taux de glucose dans le liquide interstitiel⁹³. Cette méthode de mesure est donc différente de la glycémie par prélèvement capillaire sanguin. Elle est adaptée aux personnes qui sont autonomes et qui ont besoin de contrôler le taux de leur glycémie plusieurs fois par jours.

Dans notre métier d'aide-soignant, nous avons déjà beaucoup de responsabilités vis-à-vis des personnes que nous prenons en soin. En 2019 ces responsabilités, nos compétences, ont été élargies par la voie légale. Nous avons désormais beaucoup plus de responsabilités, mais surtout de compétences. Ce n'est en pas le but de ce travail de débattre si cela est une bonne ou mauvaise chose, mais c'est valorisant pour notre métier. Lorsque toute une profession se voit attribuer de nouvelles compétences cela prouve tout d'abord que nous sommes capables d'exercer plus de responsabilités, mais que nous sommes utiles, et ce, dans tous les milieux de soins.

⁹¹ Glycémie : teneur en glucose, sucre dans le sang.

⁹² Diabète : pathologie liée à un trouble de l'assimilation du glucose, présence d'une trop grande quantité de glucose dans le sang.

⁹³ Liquide interstitiel : liquide clair et incolore, proche du plasma. Il remplit l'espace entre les capillaires sanguins et les cellules.

4. Les transmissions dans le dossier et à l'équipe pluridisciplinaire

Nous terminerons cette partie par un quatrième chapitre sur les transmissions dans le dossier et à l'équipe pluridisciplinaire. Il est de notre devoir de signaler, et donc de transmettre toutes nos observations, tous nos soins effectués, toutes nos erreurs, et ce, de la manière la plus objective possible, en toute honnête et transparence. Toute prise en soin commence dans le dossier de la personne et se termine dans le dossier de la personne. Nous clôturerons de cette façon la troisième et dernière partie de cette épreuve intégrée.

Nous avons commencé ce travail par le dossier patient, il nous était impensable de ne pas consacrer la dernière partie de celui-ci aux transmissions qui se font dans le dossier patient. C'est aussi encore une fois une façon de faire un parallèle avec notre métier. N'oublions pas que lorsque nous prenons en soin, nous commençons par une collecte de données dans le dossier de la personne et nous terminons par des transmissions écrites dans le dossier de cette même personne. L'action de transmettre peut s'appliquer à beaucoup de chose de la vie et c'est aussi le cas dans le métier d'aide-soignant. Notre savoir, notre savoir-faire sont deux choses que nous pouvons transmettre. Le nouveau regard que nous avons sur notre métier ou encore les nouvelles techniques fraîchement apprises. Transmettons avec bienveillance à ceux qui, comme nous, choisirons de faire ce métier, à ceux qui seront nos nouveaux collègues, ceux qui nous succéderont lorsque nous partirons, les stagiaires, les étudiants... Le terme *signaler* est repris de nombreuses fois dans les arrêtés royaux de 2006 et de 2019, ce qui signifie que nous avons le devoir de transmettre ce que nous avons observé de manière écrite. Où ? Dans le dossier du patient, mais aussi de manière orale. À qui ? A l'infirmière, car nous travaillons sous son contrôle. Deux façons de transmettre qui sont complémentaires. Dans les milieux de soins, l'une des exigences est celle de faire passer l'information au reste de l'équipe ou aux personnes qui sont concernées par les soins apportés aux personnes, c'est de la communication. Les transmissions sont donc les moyens destinés à faire passer l'information entre les personnes d'une même équipe, permettant un suivi, ainsi qu'une qualité des soins.

Les objectifs visés sont d'informer tous les acteurs de la prise en soin en cours, de faciliter la compréhension de la situation globale dans laquelle se trouve la personne, d'assurer une continuité dans les soins, de dispenser des soins de qualité, de permettre de voir, d'évaluer l'évolution des patients, d'apporter une meilleure communication entre les intervenants et enfin une traçabilité de tout ce qui a été fait et mis en place pour la personne soignée. Il existe deux types de transmission, l'une est écrite et l'autre est orale. L'écrit est essentiel lors d'une prise en soin. La qualité de celui-ci dépendra de plusieurs caractéristiques : la précision, la concision, la lisibilité, la pertinence, la chronologie, l'objectivité, la compréhension par tous, et il doit être dépourvu de fautes d'orthographe. La précision signifie, qu'il n'y a pas de place pour le superflu, que le langage sera commun, professionnel. Pour être objectif, le contenu sera sans jugements de valeurs, ininterprétable. L'écrit sera subjectif quand les faits auront été décrits par le patient lui-même. Concis de manière à exprimer le maximum de chose en très peu de mots. Il faudra porter une attention particulière aux abréviations, surtout si elles ne sont pas connues de tous. Pertinent, car il devra toujours être relatif au patient, communiquant des informations sur sa santé, son état actuel, ainsi que sur les actions mises en place. La chronologie des écrits servira à évaluer les améliorations ou les éventuelles dégradations. Nous savons tous que les écrits restent alors que les paroles s'envolent. Les écrits auront donc une valeur juridique en cas de problème. Ils primeront toujours sur les paroles en cas de litige, ils comporteront le nom, la qualification de la personne afin de permettre une identification claire, ainsi que la date et l'heure. Les transmissions écrites doivent refléter l'état clinique du patient au travers de notre jugement. Toutes les observations, les faits, les actes seront repris dans le dossier du patient à un moment proche des événements à transmettre, ceci dans le souci de rester le plus objectif possible, d'éviter les oublis. Toutes les transmissions écrites se feront à l'oral également. Tout ce qui se transmet de manière orale se fait directement après les soins, cela permet une évaluation immédiate de l'état du patient, de sa clinique, de ses réactions face aux traitements et aux soins, de ses interrogations, des améliorations ou des dégradations de son état, des difficultés qu'il peut rencontrer, et enfin de retarder quelque peu l'écriture. Chaque mode de transmission à des avantages et des inconvénients. L'avantage des transmissions écrites est leur durabilité, leur traçabilité. En cas de contestation, il est facile de s'y référer.

Pour les transmissions orales, elles permettent des réactions immédiates, des réajustements, de vérifier la pertinence, la compréhension de celles-ci. En ce qui concerne les inconvénients, les transmissions écrites peuvent être fastidieuses à lire, il faut y consacrer du temps, se concentrer, les documents sont multipliés lorsque celles-ci sont sur des supports en papier. Pour les transmissions orales, le principal inconvénient est qu'elles ne laissent aucune trace, elles n'ont donc aucune valeur juridique en cas de litige. Elles sont interprétables, déformables, elles peuvent être approximatives et ne s'inscrivent pas dans la durée. Aucune information ne sera transmise par téléphone à un tiers, lors de la transmission d'informations à la personne elle-même. Il faudra rester discret, ne pas parler fort, fermer la porte de la chambre, éviter de parler des patients devant d'autres patients, préserver l'anonymat des personnes, ne pas parler dans les couloirs des prises en soins. Toute erreur sera aussi consignée dans le dossier du patient en spécifiant le type d'erreurs commise, le nom, la qualification de la personne, la date et l'heure de la correction.

Nous arrivons au terme de ce travail et de ce chapitre, nous insisterons sur un des aspects des transmissions qui nous paraissait important. Nos transmissions ne nous ne servent pas juste à dire à l'infirmière ce que nous avons vu, elles peuvent changer une situation, un état, mettre en alerte, améliorer la vie des personnes, mais aussi leur confort, réparer des lésions qui sont passées inaperçues, éviter des dégradations évitables. Alors signalons !

CONCLUSION

C'est par ces dernières lignes que nous entamons la fin de ce travail sur la nécessité de la collecte de données dans le métier d'aide-soignant. Comme il a été mentionné dans notre introduction générale, cette étape est la dernière étape de notre formation. Cette épreuve intégrée avait pour but d'essayer de démontrer ligne après ligne, chapitre après chapitre, toute la place que nous, aide-soignant, nous occupons dans la recherche de données auprès des personnes que nous soignons, au travers de ce que nous observons. Nous sommes ceux qui passons le plus de temps aux chevets des personnes malades, bien plus de temps que n'importe quel autre professionnel de la santé. Rappelons-nous durant ces moments d'observer attentivement, pour ensuite signaler à qui de droit. Rendons tout ce temps passer auprès de ceux qui ont besoin de nous, utile à leur bien-être et confort, recueillons le maximum d'informations pertinentes, nos soins n'en seront que de meilleure qualité. Les personnes que nous soignons ont des droits, leur premier droit est d'avoir « *les meilleurs soins possibles au vu de leurs besoins* »⁹⁴, ne perdons pas cela de vue.

« *Observons pour signaler et transmettre !* »

⁹⁴ Loi du 22 Août 2022 relative aux droits des patients : premier droit des patients.

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE

Bibliographie

- Celine Ruet, *La collecte des données en soins infirmiers*, 2017, Consulté le 03 mai 2023.
- www.entraide-esi-ide.com, consulté le 08 mars 2023.
- Delchambre, Lefevre, Ligot, Mainjot, Marlière, Mathieu, *Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain*, édition De Boeck, 2010.
- Ellen Minet, *UE8 Fiches Techniques*, 2023-2024.
- François Dejonckheere, *UE8 méthodologie appliquée, activités infirmières déléguées : aspects théoriques*, 2023-2024.
- Jonathan, *Le recueil de données*, 30 mai 2019, consulté le 08 mars 2023.
- Jocelyne Mallay sous la direction de Didier Mallay, *Démarche de soins de l'aide-soignant à partir des besoins fondamentaux*, édition estem, Aout 2007.
- Margot Phaneuf, infirmière-phd, *La collecte des données base de toute intervention infirmière*, Octobre 2007 révision en novembre 2012.
- Marie-Odile Rioufol, *L'aide-soignant dans les services de soins rôles et compétences par module*, édition masson, 2010.
- Marie-Odile Rioufol, *Fiche de soins pour l'aide-soignant, la règle d'ORR nouveau référentiel*, édition Masson, 2011.
- Marie-Odile Rioufol, *L'observation aide-soignante : une collaboration à la démarche de soins et au diagnostic infirmier*, édition Masson, 2010.
- Micheline Zundel, *Recherche infirmière et pratique clinique : le recueil de données*, 2016, consulté le 20 avril 2023.
- Nathalie Wiel, Celine Chollet, *Recueillir et analyser des données : Méthodes quantitatives et qualitatives*, 2020, consulté le 25 avril 2023.
- Patrick Vantomme, *UE9 Approche conceptuelle, Eléments d'anatomophysiologie*, 2023-2024.
- Patrick Vantomme, *UE9 Approche conceptuelle, Hygiène et Hygiène professionnelle*, 2023-2024.
- Patrick Vantomme, *Education à la santé : chapitre II – Santé et soin, fiche numéro 2*.
- Rony Minet, *UE3 Connaissances préalables au stage d'observation : tronc commun aide-soignant - aide familiale, soin d'hygiène et de confort*, 2023-2023.
- Stéphanie Ghislain, *Les transmissions*, 2022-2023.

- Stéphanie Ghislain, *Plan de soins, 2022-2023*.
- Yanick Père, *UE3 connaissances préalables au stage d'observation des métiers de l'aide et de soins aux personnes, déontologie appliquée, exception au secret professionnel, 2023-2024*.
- Yanick Père, *UE9 Aide-soignant, approche conceptuelle, déontologie et législation, 2023-2024*.

Sitographie

- www.l'écho.be, Muriel Michel, *Où sont rassemblées vos données de santé et comment y accéder*, 15 janvier 2022, consulté le 09 mars 2023.
- www.devenirinfirmiere.blogg.org, *Comment réaliser un recueil de données complet*, consulté le 08 mars 2023.
- www.msconnect.fr, *Les données de santé : un atout pour les patients et les pros de la santé*, consulté le 08 mars 2023.
- www.prendresoin.org, consulté le 09 mars 2023.
- www.soins-infirmiers.com, consulté le 09 mars 2023.
- www.passionsoinsinfirmiers.fr, consulté le 09 mars 2023.
- www.urps-infirmiere-paca.fr/les-bonnes-pratiques/les-echelles-devaluation-et-les-classifications/, consulté le 01 mai 2024.
- www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-des-patients/quels-sont-les-droits-du-patient, consulté le 15 avril 2024.
- www.health.belgium.be/fr/instruments-de-mesure-et-guidelines-pour-les-infirmiers, consulté le 23 mars 2024.
- https://dial.uclouvain.bepr/boreal/fr/object/boreal%3A216480/datastream/PDF_01/view, consulté le 26 mars 2024.

ANNEXES

PHILIPPE
Par le Roi :
La Ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK
Bruxelles, le 27 février 2019.

27324 MONITEUR BELGE — 18.03.2019 — BELGISCH STAATSBLAD

Annexe à l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

« Liste des activités que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier/ière au sein d'une équipe structurée »

1°) Liste du 12 janvier 2006

- Observer et signaler les changements chez le patient/résident sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.).
- Informer et conseiller le patient/résident et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées.
- Assister le patient/résident et son entourage dans les moments difficiles.
- Soins de bouche.
- Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques.
- Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes.
- Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies.
- Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résident et signaler les problèmes.
- Aide à la prise de médicaments par voie orale pour le patient/résident, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien.
- Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale du patient/résident à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition.
- Installation et surveillance du patient/résident dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins.
- Soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins.
- Transport des patients/résidents, conformément au plan de soins.
- Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins.
- Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins.
- Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins.
- Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats.

- Assistance du patient/résident lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

2°) Liste du 1er septembre 2019

- Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier.
- Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes : orale (y compris l'inhalation), rectale, gouttes ophtalmiques, gouttes auriculaires, percutanée, et sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.
- Alimentation et hydratation par voie orale.
- Enlèvement manuel de fécalomes.
- Enlever et remettre les bandages ou les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses.

Vu pour être annexé à notre arrêté du 27 février 2019 modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

PHILIPPE

Par le Roi :

La ministre de la Santé publique, M. DE BLOCK

Évaluation du risque d'escarre Échelle de Waterlow

PATIENT Nom : _____ Prénom : _____

ESCARRE Présence d'escarre au début de la prise en charge : OUI NON

A	B	C	D	
Sexe	Âge	Masse Corporelle - IMC	Nutrition Score MST	
Masculin 1	14 - 40 ans 1	Moyenne MC: 20 - 24,9 kg/m ² 0	I Perte de poids récente OUI > Allé en I NON > Allé en II Incertain 2	
Féminin 2	50 - 64 ans 2	Au-dessus de la moyenne MC: 25 - 29,9 kg/m ² 1	II Poids perdu 0,5 - 5 kg 1 10 - 15 kg 3 5 - 10 kg 2 > 15 kg 4 Incertain 2	
	65 - 74 ans 3	Obèse MC > 30 kg/m ² 2	III Alimentation faible ou absence d'appétit Non 0 Oui 1	
	75 - 80 ans 4	En dessous de la moyenne MC < 20 kg/m ² 3	Si le score est > 2, recourir à une évaluation / intervention nutritionnelle	
	81 ans et plus 5			

E	F	G	Risques particuliers			
Aspect visuel de la peau*	Mobilité	Continence	H	I	J	K
			Malnutrition tissulaire	Déficit neurologique	Chir. majeure ou trauma	Traitements médicamenteux
Saine 0	Complète 0	Totale ou Sonda urinaire 0	Tabac 1	Diabète, AVC, SEP 45	Chirurgie orthopédique ou du rachis 5	- Cytotoxiques - Stéroïdes ou long cours / fortes doses - Anti-inflammatoires 4
Fine / grêle 1	Agité 1		Anémie Hb < 8 g/dL 2			
Sèche / déshydratée 1	Apathique 2	Incontinence urinaire 1	Maladie vasculaire périphérique 5	Déficit sensoriel ou moteur 46	Intervention > 2h** 8	
Écliméeuse 1	Restrainte 3	Incontinence fécale 2	Défaillance d'un seul organe (rein, poumon, cœur) 5		Intervention > 6h** 8	
Transpiration (peau humide, échauffée) 1	Altéré (ex. Traction ou II) 4	Incontinence urinaire et fécale 3	Défaillance multiviscérale 8	Paraplégie (max G) 46		
Décolorée Escarre de stade 1 2	Au fauteuil (ex. Fauteuil roulant) 5		Cachexie terminale 8			
Lésée Escarre de stade 2-4 3						

*Plusieurs choix possibles, score maximal de 3

**Au-delà de ces scores après 60h et/ou traitement normal du patient

Score Total : < 10 : risque faible - entre 10 et 14 : risque modéré - entre 15 et 19 : risque élevé - ≥ 20 : risque très élevé.

NOM : _____ Date : _____
Évaluation de l'équilibre et de la marche selon TINETTI

Score total : ... /28

EQUILIBRE			MARCHE		
Instructions	Score : ... /16		Instructions	Score : ... /12	
Instructions	Assise sur une chaise dure, sans accoudoirs donc, la personne testée effectue les manœuvres suivantes.		Instructions	Debout avec l'examineur dans un couloir ou une chambre, la personne marche d'abord à un rythme ordinaire, puis revient d'un pas plus rapide mais sûr (en utilisant ses propres aides : par ex. canne ou cadre de marche).	
1. équilibre en position assise	- penche ou s'affale	0	10. se mettre en marche au premier signal	- hésitation ou diverses tentatives	0
	- position assise stable et sûre	1	11. longueur et hauteur du pas ped D en mouvement	- ne dépasse pas le pied G au repos	0
2. se mettre debout	- impossible sans aide	0	ped G en mouvement	- dépasse le pied G au repos	1
	- possible à l'aide d'un appui des bras	1		- ne se détache pas du sol	0
	- possible sans l'aide d'un appui des bras	2		- se détache du sol	1
3. tentatives pour se mettre debout	- impossible sans aide	0	12. symétrie du pas	- inégalité des pas G et D	0
	- possible > 1 tentative	1		- égalité des pas G et D	1
	- possible après 1 tentative	2			
4. équilibre debout (5 premières sec.)	- instable (vacille, bouge les pieds et le tronc)	0	13. continuité du pas	- arrêts ou discontinuité des pas	0
	- stable avec appui (déambulateur, canne ou autre)	1		- les pas semblent continus	1
	- stable sans le moindre appui	2			
5. équilibre debout	- instable	0	14. marche déviante	- nette déviance	0
	- stable, écart entre les pieds > 10 cm ou appui des bras	1		- déviance moyenne ou utilisation d'une aide à la marche	1
	- pieds joints, sans appui des bras	2		- marche droite sans aide	2
6. poussée sur le sternum (3x) (pieds joints)	- commence à vaciller	0	15. tronc	- mouvement prononcé du tronc ou utilisation d'une aide à la marche	0
	- vacille mais se redresse	1		- pas de mouvement du tronc mais flexion des genoux, du dos ou écartement des bras	1
	- stable	2		- droit sans aide à la marche	2
7. yeux fermés (pieds joints)	- instable	0	16. écartement des pieds	- talons séparés	0
	- stable	1		- talons se touchant presque lors de la marche	1
8. rotation de 360°	- petits pas irréguliers	0			
	- petits pas réguliers	1			
	- instable (vacille)	0			
	- stable	1			
9. s'asseoir	- peu sûr (tombe, calcule mal la distance)	0			
	- utilise les bras	1			
	- mouvements sûrs et aisés	2			

Un score inférieur à 26 signifie généralement qu'il y a un problème ; plus le score est bas, plus le problème est important. Un score inférieur à 19 signifie que le risque de chute est multiplié par cinq.

Echelle adaptée d'après Tinetti M. : « Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients ». *Journal of the American Geriatric Society*, 34 : 119 – 126, 1986.

FES-I

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité (par exemple si quelqu'un fait les courses à votre place), répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude SI vous réalisiez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

		<i>Pas du tout inquiet</i> 1	<i>Un peu Inquiet</i> 2	<i>Assez Inquiet</i> 3	<i>Très Inquiet</i> 4
1	Faire votre ménage (par ex : balayer, passer l'aspirateur, ou la poussière)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Vous habiller et vous déshabiller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Préparer des repas simples	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Prendre une douche ou un bain	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Aller faire des courses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Monter ou descendre des escaliers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8	Vous promener dehors dans le quartier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9	Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10	Aller répondre au téléphone avant qu'il s'arrête de sonner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11	Marcher sur une surface glissante (par ex : mouillée ou verglacée)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12	Rendre visite à un ami, ou à une connaissance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13	Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14	Marcher sur un sol inégal (route caillouteuse, un trottoir non entretenu)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15	Descendre ou monter une pente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16	Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre d'une association)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :			
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :	

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Mobilité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

I Ecarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2008; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Logo

réseau

Estimation AGGIR

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evalueur : _____

Activités réalisées par la Personne Seule	Toutes les cases des adverbes doivent être renseignées				S : spontanément T : Totalemnt C : correctemnt H : habituellemnt		Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales
	O = Oui		N = Non		Code	Code final	
	S	T	C	H			
Transfert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<p>La personne ne fait jamais l'activité analysée seule, même partiellement, même difficilement. Il faut faire faire, faire à sa place, ou refaire</p> <p>Si réponse OUI : coder C</p> <p>Si réponse NON : renseigner les 4 adverbes</p> <p>Une seule réponse NON parmi Les 4 adverbes = B Sinon = A</p> <p>Code final si sous-variables</p> <p>* Cohérence : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B</p> <p>* Orientation : AA = A CC, CB, BC, CA, AC = C AA, BA, BB = B</p> <p>* Toilette : AA = A CC = C Autres = B</p> <p>* Habillage : AAA = A CCC = C Autres = B</p> <p>* Alimentation : AA = A CC, BC, CB = C Autres = B</p> <p>* Elimination : AA = A CC, BC, CB, AC, CA = C Autres = B</p>
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toilette	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Elimination	Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Habillage	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alimentation	Se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Orientation	Dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cohérence	Communicat*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



