

**Comment l'aide-soignant peut-il améliorer l'autonomie
d'un patient en revalidation grâce à la théorie de
l'autodétermination ?**

Lequesne Naomie

Remerciements

Je remercie avant tout l'école EAFC Tournai Eurométropole de m'avoir permis de suivre la formation d'aide-soignante.

Je remercie mes professeurs de m'avoir transmis le savoir et les connaissances nécessaires pour mon futur métier.

Je remercie tout particulièrement Madame Père et Monsieur Vantomme pour l'accompagnement durant la confection de mon épreuve intégrée.

Je remercie également mes nombreux lieux de stages qui m'ont permis de m'intégrer au mieux dans le métier d'aide-soignante.

Je remercie ma belle-mère Karin Boulanger de m'avoir soutenue et aidé tout au long de la réalisation de mon épreuve intégrée.

Je remercie également mon entourage, famille et amis, d'avoir relu mon écrit et de me conseiller.

Préface

Merci à Naomie de me laisser une p'tite place dans son EI !

Notre apprenante s'est d'abord laissé déambuler par des sujets psychiatriques. Ne te perds pas ! Inévitablement, contrariant le projet, la réflexion se poursuit avec quelques « conflits ». Là est aussi le rôle de l'accompagnement. Elle a glissé ensuite, par petites doses, vers l'information des patients dans le cadre de soins douloureux ou inquiétants. Il est vrai que depuis « peu », le 01 septembre 2019, les AS¹ peuvent manipuler des aiguilles.

Poursuivant les idées, prenant goût à réfléchir, notre étudiante s'intéresse alors à la notion d'intégrité. Elle la découvre dans ces trois dimensions avec les personnes paraplégiques. Cela annonce un net retour vers le somatique ! Le corps est et reste la préoccupation première de ces soignantes de première ligne, au contact. Le corps à soigner, d'abord ! Les deux autres dimensions devraient suivre : l'esprit ou le psychique ainsi que le social ou le relationnel. Au-delà de l'hygiène, au-delà de la revalidation vers l'autonomie, notre future AS découvre et rencontre l'autodétermination (Waouh !). Elle l'entrevoit d'abord pour les personnes à soigner mais, cheminant, l'exercice d'application va et ira plus loin. Pour l'avoir accompagnée, je crois qu'elle est déterminée à vous en parler, à vous convaincre de l'utile nécessité de travailler à l'autodétermination. Quelle promotion sociale, non ?

Bonne lecture en compagnie de Naomie, une Aide-Soignante.

Avant-propos

Nous avons l'habitude d'entendre dire que le métier d'aide soignante est littéralement un métier d'aide et de soins. Que ce métier n'a pas grande importance en dehors du soins de confort et d'hygiène que nous apportons à une personne malade ou non. Mais, pour ma part, la notion d'aide soignant dépasse largement cette définition. Durant toute ma formation je n'ai cessé d'entendre des préjugés sur le fait qu'une aide soignante n'est bonne qu'à faire des toilettes ou encore des changes. C'est bien plus que cela.

Notre rôle n'est pas réduit à de simples soins. Un aide-soignant soigne un patient, fait en sorte que le patient adopte une bonne hygiène de vie. Un aide-soignant fait en sorte qu'une personne soit bien hydratée et alimentée. Un aide-soignant veille au confort du patient. Un aide-soignant veille à ce que le patient et sa famille soient informés et conseillés au mieux sur les soins à prodiguer. Je resterais très brève concernant les points des deux arrêtés royaux. Durant nos deux années de formation et certainement tout au long de notre carrière, le rôle d'aide-soignant n'est pas souvent valorisé. Pourtant l'autodétermination est un des piliers important de ce métier qui n'est pas reconnu à sa juste valeur.

Qu'importe le lieu, les soins ou le type de personne, aucun de nos efforts aura d'importance si le patient n'est pas déterminé à aller mieux. Aucun conseil de prévention aura de sens si la personne n'est pas déterminé à rester en bonne santé. Aucune parole aura d'impacte si la famille n'est pas déterminée à prendre soin de son proche. Aucune formation complémentaire aura d'intérêt si l'aide soignant n'est pas déterminé à évoluer au sein de sa carrière professionnelle.

En dehors des ces soins de caractère basique, l'aide-soignant porte sur ses épaules le rôle de motiver son patient à aller mieux, motiver le malade à se battre contre sa maladie, redonner espoir à la personne en lui expliquant que les choses peuvent encore changer.

J'espère donc à travers cet écrit vous éduquer à votre tour sur le sujet de l'autodétermination.

Table des matières :

I. Introduction générale	3
II. Partie contextuelle	4
III. Partie conceptuelle	6
1. L'autonomie :	6
A. Qu'est ce que réellement l'autonomie ?	6
B. Autonomie, indépendance, dépendance, comment les nuancer ?	7
C. Quel est l'importance de l'autonomie ?	7
D. Comment peut-on favoriser l'autonomie du patient ?	7
E. Quel lien existe-t-il entre l'autonomie et la motivation du patient ?	8
F. Quels sont les conséquences que pourraient engendrer une mauvaise gestion de l'autonomie sur un patient ?	8
2. L'éducation à la santé :	11
A. Qu'est ce que la communication ?	11
B. Qu'est ce que l'éducation à la santé ?	13
C. Qu'est ce que l'Empowerment ?	14
3. L'auto-détermination :	15
A. Quelles sont les différences entre le motivation intrinsèque, extrinsèque et l'amotivation ?	16
B. Le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque	18
IV. Partie pratique	19
1. Comment l'aide-soignant peut-il concrètement participer au rétablissement de la communication avec un patient ?	19
2. Comment l'aide-soignante peut elle concrètement réagir face à une personne démotivée avec une faible estime de soi ?	20

3. Quelles sont concrètement les démarches qu'un aide-soignant peut mettre en place pour développer l'Empowerment chez un patient ?	21
4. Comment l'aide-soignante peut elle concrètement faire accepter son traitement au malade ?	22
5. Comment l'aide soignante peut-elle concrètement mettre en place la théorie de l'autodétermination afin d'obtenir une revalidation réussie ?	23
V. Conclusion generale	26
VI. Annexe	27
VII.Bibliographie et sitographie	29

I. Introduction générale

Lorsque le moment était venu de choisir la thématique de mon épreuve intégrée, les idées se sont chamboulées dans mon esprit. Je voulais faire quelque chose de bien, quelque chose de novateur dans la formation d'aide-soignant. Je voulais également avoir pour but d'apprendre quelque chose aux personnes susceptibles de me lire, de marquer les esprits, d'éduquer.

J'avais tout d'abord commencé par me diriger vers des sujets psychiatriques. Ce sont des maladies et des pathologies pleines de mystère et dont on en apprend tous les jours. Mon esprit s'est ensuite dirigé vers le sujet des personnes à mobilité réduite car cela aurait été pour moi un challenge. J'ai finalement pris un peu de distance pour trouver un sujet qui pourrait être adressé non seulement à un aide-soignant mais également à tout public. Ayant prévu de faire un stage à l'hôpital dans un service de réhabilitation. Je me suis posée de nombreuses questions sur « qu'en est-il après ? ». Que devient la personne soignée dans ce type de service une fois de retour à domicile, ou dans une institution ? Est-ce que cette personne gardera les mêmes habitudes qu'à l'hôpital ? Est-ce que cette personne suivra les conseils donnés par les médecins ou autres professionnels ? Comment faire en sorte que cette personne ait l'envie de continuer dans l'optique de rester en bonne santé ?

Suite à plusieurs recherches, je me suis tout d'abord lancée sur le sujet de la motivation. Cette motivation m'a dirigé tout droit vers la théorie de l'autodétermination. Une fois mon sujet principal trouvé, il ne me restait plus qu'à le développer sous plusieurs angles.

Votre lecture débutera par une petite mise en contexte du sujet. Ensuite nous aborderons plusieurs sujets tels que l'autonomie du patient, l'éducation à la santé en citant l'*Empowerment*. Nous terminerons la partie conceptuelle en approfondissant le sujet de l'autodétermination et ce que cela implique. S'en suivra la partie pratique où vous allez découvrir le rôle de l'aide soignant afin d'améliorer l'autonomie d'un patient en réhabilitation grâce à la théorie de l'autodétermination. Nous répondrons à cette problématique par le biais de plusieurs interrogations.

II. Partie contextuelle

Comme cité ci-dessus, nous commencerons par une petite mise en contexte de ce qu'est réellement un patient dans un service de revalidation. Avant d'introduire le sujet, il serait intéressant de nuancer les termes qui tournent autour de la revalidation, tel que la rééducation ou encore la réadaptation. La revalidation pourrait être définie comme étant une série de soins destinés à restituer au patient ses facultés perdues, qu'il s'agisse de capacités motrices, sensorielles ou cognitives. Contrairement à la rééducation, qui elle est plutôt axée sur des soins non chirurgicaux mis en œuvre pour rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre, d'une fonction. Et enfin la réadaptation est plutôt axée sur la reprise progressive de l'activité après une maladie ou une blessure.

Le service de revalidation s'adresse aux patients, de tout âge, présentant des troubles de l'appareil locomoteur, tant musculo-articulaire que neurologique ou encore cardio-pulmonaire, avec un potentiel de récupération partielle ou totale des fonctions physiques, psychologiques, sociales et cognitives. Le but principal d'un service de revalidation est de réduire les conséquences des troubles du patient afin de lui donner les moyens d'atteindre un meilleur confort de vie et une meilleure intégration sociale. La plupart des patients qui sont admis dans ce type de service en ont terminé avec leur traitement de leur maladie ou de leur opération en phase aiguë dans un autre service hospitalier tel que l'orthopédie, la traumatologie ou la neurologie. Ils ont néanmoins besoin d'un traitement et une prise en charge complémentaire pour récupérer une autonomie maximale suite aux possibles séquelles. La durée d'hospitalisation au sein de ce service est indéterminée car il dépend principalement du type de pathologie, du profil du patient ainsi que de ses objectifs personnels. Nous pouvons distinguer deux types de revalidation différentes. D'une part, la revalidation cardiaque et/ou pulmonaire qui est d'application suite à une opération ou une maladie cardiaque ou pulmonaire afin de préparer au mieux le patient à la reprise des activités quotidiennes. D'autre part, la revalidation locomotrice qui s'applique suite à une opération ou une affection au niveau du dos ou des membres. Elle comprend également les troubles d'origine neurologique.

Le service de revalidation est le parfait endroit pour y découvrir une équipe pluridisciplinaire très variée. L'équipe est composée d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste en revalidation, d'infirmiers, d'aides soignantes, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un logopède, d'un neuropsychologue, d'une assistante sociale, d'une psychologue, d'une diététicienne, d'un prothésiste et, non des moindres, de la famille.

L'équipe de revalidation est disponible 24h/24h pour soutenir le patient, lui venir en aide, lui apporter un confort, une écoute active ou encore du réconfort lorsqu'il éprouve une baisse de moral. L'équipe entière travaille en étroite collaboration avec le patient pour qu'il puisse récupérer un maximum d'autonomie. Durant le séjour il est possible que les médecins pratiquent une mise en situation. Ces derniers proposent au patient de retourner 1 ou 2 jours à son domicile, ce qui va lui permettre de constater d'une part ses progrès mais aussi de se rendre compte de ses difficultés et donc de retravailler celles-ci lors de son retour dans le service. La mise en situation est aussi une motivation pour le patient à continuer sa revalidation. Des réunions ont lieu chaque semaine avec toute l'équipe afin d'aborder de manière individuelle les objectifs, les progrès et les projets de sortie de chaque patient présent dans le service. Dans cette même optique, l'équipe reste disponible pour une éventuelle réunion avec le patient et/ou sa famille. Le séjour du patient dans le service de revalidation touche à sa fin lorsque la revalidation n'est plus nécessaire ou que celle-ci peut être poursuivie en ambulatoire. Cette décision est discutée lors d'une réunion avec l'équipe pluridisciplinaire, le patient ainsi que la famille si nécessaire.

Le service de revalidation est le lieu idéal pour que les soignants mettent en place l'autodétermination. Les patients ont subi un changement majeur dans leur vie et ont besoin de ce petit coup de pouce, de ces conseils et de cette transmission de motivation afin de poursuivre et de s'adapter à leur nouvelle vie. C'est la tout le rôle de l'aide-soignant, aider le patient à s'adapter et à évoluer vers une vie plus saine et plus autonome. Il est également important que l'aide-soignant éduque le patient à tous ces changements afin qu'il puisse poursuivre les effort bien après sa sortie du service de revalidation. Nous allons passer en revue les principales bases dans la partie conceptuelle afin de comprendre au mieux les rôles de l'aide-soignant qui seront développés dans la partie pratique de ce travail.

III. Partie conceptuelle

Lors de cette partie conceptuelle nous aborderons trois principaux thèmes qui sont l'autonomie, l'éducation à la santé et l'autodétermination. Les deux premiers sont utiles afin de mieux comprendre le troisième thème.

1. L'autonomie :

Le principe d'autonomie permet au malade d'exprimer librement son autorité sur sa propre personne, d'émettre ses propres choix et le respect de cette décision. Désormais, le patient devient l'acteur premier du combat contre la maladie.

A. Qu'est ce que réellement l'autonomie ?

L'autonomie est la capacité de subvenir à ses besoins de façon indépendante et à prendre des décisions sans que la personne soit contrôlée par quelqu'un d'autre. Cela peut inclure des compétences telles que la prise de décision, la résolution de problèmes et la planification. L'autonomie est un processus d'apprentissage et un développement personnel, qui peuvent être acquis à travers des expériences de vie et des relations interpersonnelles.

Lorsque nous parlons d'autonomie dans un service de réhabilitation, nous pouvons l'accompagner de trois aspects différents, le soutien, le besoin et la préférence. Le soutien à l'autonomie est un processus par lequel une personne aide une autre personne à développer sa capacité à prendre des initiatives, à faire des choix, qu'elle soit à l'écoute de ses réflexions, de son questionnement et à agir en fonction de ses propres valeurs et intérêts. Le soutien à l'autonomie peut inclure une donnée d'informations, des ressources et des conseils. Ainsi que l'encouragement et la reconnaissance des choix et des réalisations de la personne soutenue. L'aide-soignant informe le patient sur sa maladie, son traitement et les démarches à suivre. Le besoin d'autonomie correspond au fait que le patient soit à l'origine de ses propres actions. Ce besoin d'autonomie est un enjeu majeur pour la réhabilitation du patient. En effet, les personnes en réhabilitation sont souvent considérées comme étant dépendantes et en incapacité à réaliser certaines tâches du quotidien. Se sentir autonome est pour eux un point important pour se revaloriser durant cette période. Le besoin d'autonomie peut être comblé par des activités qui permettent aux patients de se sentir efficaces dans la vie

quotidienne. La préférence à l'autonomie peut être définie comme étant le degré d'autonomie que chacun souhaite avoir. Cette préférence peut varier en fonction de la situation et de la personne, elle n'est donc pas la même pour chaque patient. Il est important de discuter avec le patient afin de déterminer le degré d'autonomie qu'il envisage d'avoir afin d'évoluer au mieux vers ce but. Les personnes qui ont un besoin d'autonomie supérieur préfèrent souvent travailler seules ou avoir un certain degré de contrôle sur les tâches qu'elles effectuent.

B. Autonomie, indépendance, dépendance, comment les nuancer ?

L'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance. L'autonomie se réfère à la capacité de prendre des décisions indépendantes et d'agir en fonction de ses propres valeurs et intérêts. L'indépendance se réfère à la capacité de fonctionner sans l'aide ou le soutien des autres. Alors que la dépendance se réfère à la nécessité de compter sur les autres pour obtenir de l'aide ou du soutien. Les trois concepts sont différents mais peuvent être liés. Par exemple, une personne peut être autonome mais dépendante pour certaines tâches, ou indépendante mais peu autonome dans ses choix de vie.

C. Quel est l'importance de l'autonomie ?

L'autonomie a une très grande importance tout au long de la vie d'une personne. Elle permet aux individus de développer leur propre identité et de prendre des décisions en fonction de leurs propres valeurs et intérêts. Elle peut également favoriser la motivation et la satisfaction en permettant aux individus de se sentir en contrôle de leur vie. L'autonomie peut également favoriser la créativité et l'innovation en encourageant les individus à explorer de nouvelles idées et de nouvelles façons de faire. Enfin, l'autonomie peut favoriser le bien-être en permettant aux individus de se sentir compétents et efficaces dans leur vie quotidienne.

D. Comment peut-on favoriser l'autonomie du patient ?

La perte d'autonomie est souvent accompagnée d'une hausse de vulnérabilité, d'une facilité cognitive et physique. Il est possible d'y remédier par un environnement matériel et humain basé sur une idéologie du « soutenir à faire » ou « faire avec » et non du « faire pour ». Pour favoriser l'autonomie chez un patient, il est important de lui donner la possibilité de prendre des décisions et d'agir en fonction de ses propres valeurs et intérêts. Cela peut être accompli en offrant des choix et

des options, en encourageant l'expression des opinions et des préférences, et en fournissant des informations claires et précises pour aider le patient à prendre des décisions éclairées. Il est également important d'encourager le patient à développer ses compétences et à prendre des risques appropriés pour acquérir de nouvelles compétences et de l'expérience. Enfin, il est important de respecter les choix et les décisions du patient, même s'ils ne sont pas en accord avec les opinions ou les préférences du personnel soignant.

E. Quel lien existe-t-il entre l'autonomie et la motivation du patient ?

L'autonomie et la motivation sont étroitement liées chez un patient. Lorsqu'un patient se sent autonome, il est plus susceptible d'être motivé et engagé dans son traitement. L'autonomie peut également favoriser la motivation en permettant aux patients de se sentir en contrôle de leur vie et de leur traitement, ce qui peut augmenter leur confiance en eux et leur estime de soi. Enfin, l'autonomie peut favoriser la motivation en permettant aux patients de se sentir compétents et efficaces dans leur vie quotidienne, ce qui peut augmenter leur motivation à poursuivre leur traitement et à atteindre leurs objectifs.

F. Quels sont les conséquences que pourraient engendrer une mauvaise gestion de l'autonomie sur un patient ?

Lorsque nous ne prêtons pas attention à la conservation de l'autonomie chez un patient, cela peut engendrer de nombreuses conséquences néfastes pour la santé. Elles peuvent se décliner en trois types de conséquences principales, la perte de l'estime de soi, l'isolement et le syndrome de glissement. Le déclin de la personne se fait généralement dans l'ordre cité ci-dessus.

Le déclin de la perte d'autonomie débute la plupart du temps par une perte de l'estime de soi. L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour de trois composantes essentielles du Soi¹. Premièrement au niveau comportementale, elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès. Deuxièmement sur l'aspect cognitif car l'estime de soi dépend étroitement du regard que nous portons sur nous même, elle le module à la hausse et à la baisse. Troisièmement avec l'aspect émotionnel car là aussi notre estime de soi dépend de notre humeur de base qui influence fortement en retour. Le rôle de l'estime de soi peut

¹ le vrai Soi est défini par les valeurs et les idées qu'une personne a à l'intérieur d'elle.

être résumé comme étant une composante qui facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande. L'estime de soi peut être étroitement liée à la confiance en soi qui désigne ainsi le sentiment d'être, ou non, capable de réussir ce qu'on entreprend. La plupart des études soulignent que les sujets à basse estime de soi s'engagent avec beaucoup de prudence et de réticences dans l'action. Ils renoncent plus vite en cas de difficultés et souffrent plus souvent de procrastination². À l'inverse, les sujets à haute estime de soi prennent plus rapidement la décision d'agir, et persévèrent davantage face aux obstacles. Une personne à basse estime a tendance à faire face à l'échec par des attributions internes, « c'est ma faute, cela prouve ma médiocrité, il y aura encore d'autres échecs ». Alors qu'une personne à haute estime fera face à l'échec par des attributions externes, « je n'ai pas eu de chance, je reste quelqu'un de bien, après la pluie vient le beau temps, je ferai mieux la prochaine fois ». Là est toute la différence, malgré une ressemblance au niveau du comportement qui s'auto-entretiennent, la basse estime pousse la personne à ne plus rien entreprendre, par peur de l'échec. Cela entraîne moins souvent des gratifications de la réussite et donc à douter davantage. Alors que le sujet avec une haute estime, n'ayant pas peur de l'échec, va renouveler ses initiatives jusqu'à la réussite. Cela va avoir pour effet d'accroître sa confiance en lui. Une haute estime de soi se travaille et s'entretient. Le bien-être et la stabilité émotionnelle d'une personne sont en effet très dépendants de son niveau d'estime de soi. L'estime de soi peut être comparée à un véritable système immunitaire du psychisme. Tout comme notre immunité biologique nous protège des agressions microbiennes ou virales, une des fonctions de l'estime de soi serait de nous protéger de l'adversité. Ce sont donc pour toutes ces raisons évidentes que cela semble plus facile pour un patient d'évoluer dans sa maladie lorsqu'il a une bonne estime de soi. Il est de notre rôle d'aider un patient à créer et à entretenir une bonne estime de soi. Car celle-ci fait partie des éléments clés d'une bonne revalidation.

Lorsqu'un patient a perdu l'estime de soi, cela engendre souvent un repli sur lui-même, voir l'isolement de celui-ci. La solitude et l'isolement sont bien souvent perçus comme étant des synonymes. Nous pouvons distinguer une différence majeure par le fait que l'isolement est subi et non souhaité alors que la solitude peut être choisie. Il est tout de même intéressant de noter que la solitude peut être ressentie ou factuelle. Elle est ressentie lorsque la personne se sent seule alors qu'elle est entourée. Dans le cas où elle n'est pas entourée et se sent seule elle est factuelle et peut avoir une forte ressemblance avec l'isolement social. L'isolement social désigne un manque

² tendance à remettre au lendemain, à ajourner, à temporiser

d'interaction en raison de divers facteurs sociaux, psychologiques et physiques. Cet événement est peu prévisible, il est donc compliqué de prendre en charge ce type de patient de façon préventif. L'isolement social ou relationnel peut cependant être mesuré de façon générale au regard des contacts, de leur qualité, de leur densité et de leur périodicité. Cet isolement peut entraîner une perte d'identité et d'égalité dans la société, la personne se sent bannie. On observe des phénomènes de repli, de dépréciation de soi jusqu'à avoir le sentiment de ne plus avoir d'importance pour quiconque. Cette perte de l'estime de soi peut entraîner une dépression. L'effet boule de neige va entraîner une difficulté à renouer des liens sociaux. Au plus cette situation dure, au plus la personne touchée aura du mal à sortir de cette dynamique de peur et de honte. L'isolement touche principalement les personnes âgées, mais ce n'est pas le seul public cible. Les personnes souffrant d'un handicap physique ou mental ainsi que les personnes souffrant d'une maladie chronique peuvent souffrir plus rapidement d'isolement car ils se sentent différents. Pour certains, ce sentiment d'isolement va et vient, notamment suite à des aléas de la vie, comme le décès d'un proche ou un accident traumatique qui réduit l'autonomie du patient durant une période.

Enfin et non des moindres, lorsque le patient n'as plus aucune estime de lui et qu'il s'isole, il n'est pas rare d'observer l'apparition d'un syndrome de glissement. Ce syndrome est un état de détérioration rapide ou de décompensation de l'état physique et psychique d'une personne. Les causes du syndrome de glissement ne sont pas totalement élucidées mais plusieurs hypothèses psychologiques sont proposées pour expliquer le syndrome. Les personnes atteintes sont majoritairement âgées, et/ou fragilisées et souffrant d'autres pathologies. Elles peuvent survenir à la suite d'un facteur déclenchant déstabilisant tel que la découverte d'une maladie chronique, un traumatisme sévère ou encore un état de stress aiguë.

Les symptômes d'un syndrome de glissement consistent en une détérioration rapide de l'état général de la personne avec notamment une fatigue majeure, une perte d'appétit avec ou sans anorexie, un amaigrissement rapide suivis la plupart du temps par une dénutrition, une perte de la sensation de soif conduisant à une déshydratation, une désorientation, un déclin cognitif, un repli notable sur soi pouvant aller jusqu'au mutisme, des troubles de l'humeur, une opposition aux soins, le refus de bouger ou de se lever du lit. Si elles ne sont pas prises en compte assez tôt, toutes ces détériorations peuvent parfois mener à un désir de mort plus ou moins directement exprimé par la personne. Le syndrome de glissement n'est pas irréversible, il est tout à fait possible d'en guérir, cependant la rechute reste fréquente. Lorsqu'une amélioration est présente, elle se manifeste par une reprise de l'alimentation, de la boisson, et des fonctions sphinctériennes. Par la suite, la personne

âgée semble sortir de son apathie³ et demande à nouveau à se lever. Les relations s'améliorent et s'enrichissent. Le syndrome de glissement est repérable dans la plupart des cas grâce à une échelle d'évaluation EPADE⁴

Comme nous le savons tous, l'autonomie n'est pas innée, c'est une chose que l'on acquiert au fil des années. Depuis le plus jeune âge jusqu'à notre mort, nous devons entretenir notre autonomie. Nos parents nous éduquent à l'autonomie, et nous éduquerons à notre tour l'autonomie à nos enfants. L'autonomie est un atout majeur à une vie en bonne santé.

2. L'éducation à la santé :

Comme vous pouvez l'imaginer, toute bonne éducation quelque'elle soit se base sur une bonne communication. Pour mieux comprendre cela, il est primordial de reprendre quelques notions de base de la communication afin de mieux comprendre comment procéder pour bien éduquer un patient à la santé.

A. Qu'est ce que la communication ?

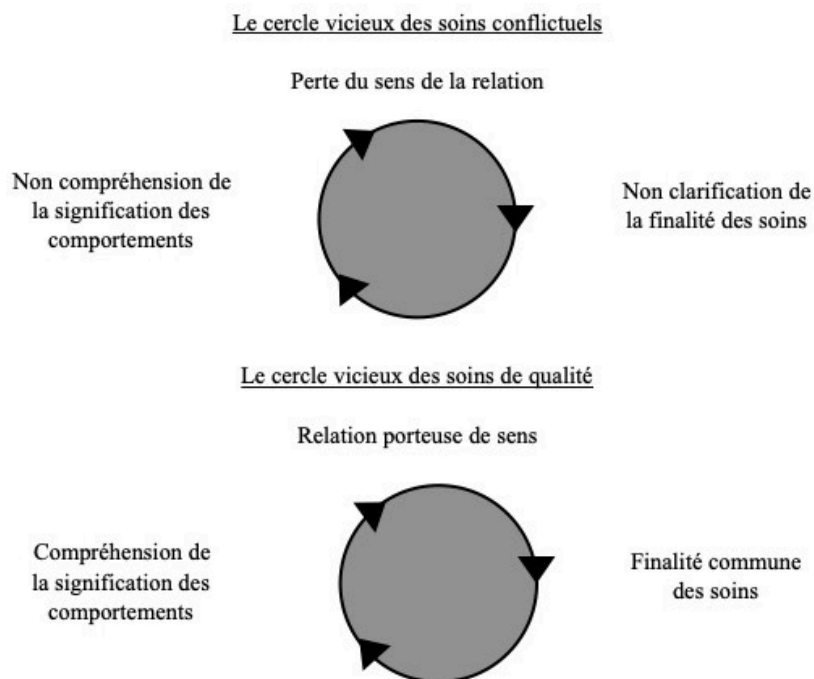
La communication est un processus par lequel deux ou plusieurs personnes échangent des messages dans un but déterminé. Ce but peut être simplement d'exprimer des émotions ou bien de susciter de la part de l'autre une action, une réaction ou un comportement spécifique. La communication est aussi considérée comme le lien qui permet aux individus d'entrer en contact, d'échanger et, par conséquent, de vivre et de travailler ensemble. Il existe deux principaux types de communication qui sont la communication verbale et non verbale. Au premier abord, nous serions tenté de dire que la plus importante est la communication verbale, mais il est vrai que la communication non verbale est celle qui exprime le mieux le sentiment et le ressentiment d'une personne lors d'un dialogue.

Cependant, plusieurs facteurs sont nécessaires à une bonne communication, tel que la confiance en soi, faire preuve d'une écoute active et enfin la capacité de partage. Une bonne communication a pour condition la capacité de parler pleinement de soi-même. Elle met en jeu une attitude compréhensive. Le patient se sent respecté et reconnu dans ce qu'il exprime. Il se sent entendu. La

³ incapacité d'agir due à une absence de volonté, d'énergie ou d'émotion

⁴ voir annexe 1

communication est ainsi optimale et satisfaite. Au contraire, une mauvaise communication peut rapidement entraîner des conflits ou des conséquences sur la relation soignant-soigné. Lorsque cette relation se dégrade, les causes et conséquences peuvent très vite se renforcer mutuellement. Les conséquences d'une relation conflictuelle ne sont pas uniquement présentes au niveau du ressenti des personnes mais également au niveau des soins. Parfois, il s'agit de patients qui ne comprennent pas la raison de leur énième prise de paramètres. Cette situation montre que l'incapacité des uns et des autres à donner du sens aux comportements et aux intentions de ceux qu'ils soignent ou qui les soignent conduit à d'importantes difficultés relationnelles. L'absence de sens mène progressivement à un cercle vicieux dans lequel les différents points se renforcent mutuellement et touchent tant les personnes soignées que les soignants.



Ces conséquences devraient nous servir de signaux d'alarme et nous inciter à agir rapidement. Bien souvent, si elles sont reconnues et leurs conséquences prises en compte, la personne blessée ou lésée peut comprendre et pardonner et ainsi reprendre les bases d'une bonne communication.

Maintenant que nous avons reparler des notions de communication, nous pouvons entrer dans le vif du sujet et définir ce qu'est réellement l'éducation à la santé.

B. Qu'est ce que l'éducation à la santé ?

Une éducation de qualité est à la base de la santé et du bien être. Chacun d'entre nous doit avoir l'occasion d'apprendre et de posséder les connaissances nécessaires à la prévention visant à réduire la mortalité prématurée par maladies ou accidents. Cette mortalité prématurée est principalement due aux mauvais comportements et habitudes de vie de l'homme. Pour éviter cela, l'éducation à la santé développe un ensemble de démarches pédagogiques et de communication au service de la promotion de la santé et de la prévention. Cette éducation a pour but d'accroître l'autonomie et la capacité de faire des choix éclairés favorables à la santé. L'éducation à la santé s'adresse également à tous ceux qui ont une responsabilité quelconque vis-à-vis des autres afin d'éclairer au mieux leurs décisions pour qu'elles soient compatibles avec le meilleur état de santé possible.

Dés lors que l'éducation à la santé vise une population touchée d'une maladie infectieuse ou chronique, tel que le diabète, l'asthme ou encore les insuffisances rénales, nous parlons d'éducation thérapeutique. Le rôle d'un aide-soignant est d'accompagner ces patients, ainsi que leurs entourages, afin de les aider à mieux comprendre et gérer la maladie en favorisant leur implication dans les décisions et les actions qui concernent leur santé. Les soignants vont également s'intéresser à la façon dont le patient accepte son état et gère ses problèmes au quotidien.

Lors de cet éducation, l'aide-soignant a un rôle de relai avec le patient. Le soignant acquiert, par le biais de sa formation, les notions de base pour prévenir au mieux la plupart des maladies chroniques ou de limiter leurs progressions lorsqu'elles sont déjà présentes. Celui-ci doit continuer à développer ces notions de prévention dans le domaine professionnel afin de transmettre une éducation la plus adaptée aux besoins de chaque patient. Le soignant a pour rôle d'informer au mieux le patient sur les bénéfices et les effets secondaires de ses traitements afin que ce dernier puisse observer d'éventuelles complications par lui-même. L'aide-soignant éduque également le patient sur les mesures préventives à adopter qui contribuent à une bonne santé physique et mentale, tels qu'une bonne alimentation, une bonne hygiène de vie ou encore des bonnes relations sociales. Le lieu de travail de l'aide-soignant doit proposer régulièrement des formations ou des séminaires afin de se mettre à jour des dernières évolution de l'éducation à la santé. Par l'éducation du patient, on cherche généralement à développer *l'Empowerment* de patient pour qu'il participe davantage à ses soins et qu'il aie une meilleure qualité de vie. Nous mettons tout en oeuvre pour que le patient devienne acteur actif de son traitement et non observateur passif. Mais qu'est ce que réellement *l'Empowerment* ?

C. Qu'est ce que l'Empowerment ?

À l'origine, la notion d'*Empowerment*, provenant des États-unis, désigne l'octroi de pouvoir à des individus ou à des groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou encore écologiques. Nous pouvons traduire ce terme anglais par empouvoirement ou encore autonomisation. Dans le domaine de la santé, l'*Empowerment* désigne plutôt un processus de transformation personnel par lequel le patient renforce par lui-même sa capacité à prendre soin de sa santé en cas de maladie mais également en cas d'absence de celle-ci. Elle permet de donner aux personnes le pouvoir de contrôle sur leur propre santé. Les principaux facteurs de l'*Empowerment* sont d'avoir une bonne image de soi, avoir un sentiment d'auto-satisfaction, avoir un sentiment de contrôle de ses émotions, être dans un processus de croissance et d'épanouissement, éprouver de l'espoir en l'avenir et avoir le sentiment de pouvoir améliorer sa qualité de vie.

Actuellement, les personnes malades aspirent à plus d'autonomie. Elles exigent davantage de transparence et de participation ainsi que des relations plus équilibrées entre les professionnels de la santé et les patients. Cette façon de pensée est partagée par les soignants qui conçoivent la relation de soin de manière plus participative, plus comme une collaboration mutuelle plutôt qu'une consultation à sens unique. Les professionnels de la santé admettent que faire appel à la capacité et l'implication du patient améliore le respect de son traitement et la qualité de son suivi. L'implication du patient permet également une meilleure acceptation de sa maladie au quotidien mais elle permet surtout d'avoir une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

Lorsqu'un patient découvre sa maladie et que les réponses ou les explications que lui offre le médecin ne sont pas claires, celui-ci ressent une double frustration. Non seulement il subit sa maladie mais les limites de son savoir médical. Un sentiment de vulnérabilité s'impose à lui et il ressent dès lors une peur de la dépendance. La plupart des patients ne se limitent pas aux explications confuses du médecin. Il cherche à se renseigner sur internet, dans des rubriques santé ou chez un confrère. Le patient cherche dès lors à jouer un rôle actif plutôt que passif dans la prise en charge de sa maladie. Cette quête d'informations marque le début du processus d'*Empowerment*.

L'*Empowerment* est également présent chez les personnes saines et dénuées de maladie. L'objectif est alors de prévenir une maladie chronique et de reconnaître à temps les symptômes si celle-ci se déclare en améliorant la qualité de vie de la personne grâce à l'éducation à la santé et à l'autodétermination de la personne. Nous avons donc vu précédemment qu'avoir une bonne autonomie permet d'avoir une qualité de vie meilleure et donc une meilleure santé. Nous avons également pu noter qu'il était nécessaire d'être éduqué et d'éduquer à son tour à la santé. Mais

comment ? Comment peut-on éduquer de façon correct et efficace afin de créer et ou garder une autonomie. L'autodétermination. C'est une méthode plus qu'efficace et qui peut être mise en place par n'importe qui et dans n'importe quel situation.

3. L'auto-détermination :

La théorie de l'autodétermination tient pour acquis que l'individu est naturellement porté à être actif, motivé, curieux, et que celui-ci désire réussir. La théorie reconnaît également que certains individus sont aliénés, effectuant leurs tâches de façon mécanique et qu'ils peuvent être passifs et démotivés. La théorie de l'auto-détermination explique ces différences par les types de motivation. La motivation est ce qui incite les personnes à penser, à agir et à se développer. La plupart des théories sur la motivation sont axées sur les récompenses et les encouragements que ceux-ci peuvent leur apporter. Ces théories ne connaissent qu'une seule et même motivation qui varie essentiellement de façon quantitative contrairement à la théorie de l'autodétermination que nous allons voir par la suite. Cette dernière soutient qu'il existe plusieurs types de motivation qui varie plutôt de façon qualitatif que quantitatif. Rappelons que la motivation autonome, contrôlée et l'amotivation occupent une place centrale dans la théorie de l'autodétermination. La motivation autonome serait positivement associée à la performance alors que la motivation contrôlée devrait conduire à de faibles performances car cette forme de motivation n'est pas en concordance avec les valeurs et intérêt du Soi de l'individu. Cette théorie énonce également que le bien-être psychologique est plus grand lorsque nous poursuivons et valorisons des buts de type intrinsèque. Ces derniers ont une tendance plus accrue de satisfaire les besoins fondamentaux et donc d'agrandir le bien être psychologique contrairement aux buts extrinsèques. Nous estimons que la motivation est un facteur de performance car il semble difficile de réaliser des performances convaincantes si la motivation n'est pas ou peu présente. Il est possible d'améliorer les performances des individus en favorisant le développement de la motivation autonome.

La théorie de l'autodétermination tend à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux qui correspondent à des ressources psychologiques innées qui sont essentielles pour une croissance, une intégrité et un bien-être psychologique constant. Ces trois besoins sont le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation également appelé d'appartenance sociale. Le besoin d'autonomie est accompli lorsque la personne se sent responsable de ses propres actions ou choix. Nous distinguons là, la différence entre une personne avec un besoin d'autonomie élevé donnant l'impression « d'être

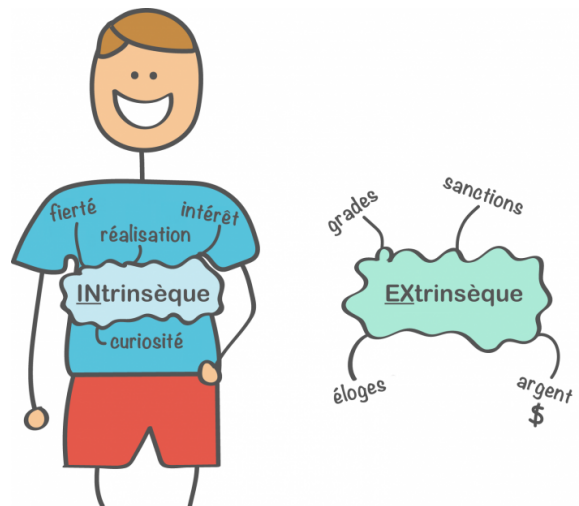
à l'origine », d'une personne avec un besoin d'autonomie peu élevé donnant l'impression « d'être un pion ». Le besoin de compétence réfère à un sentiment d'être efficace et qualifié dans ses activités et son environnement. Le sentiment de compétence contribue de manière essentielle à la confiance en soi. Et enfin le besoin d'affiliation réfère à un sentiment d'appartenance ou d'être relié à des personnes qui nous sont proches. Selon la théorie de l'autodétermination, ces trois besoins doivent être satisfaits pour que la personne ressente un bien-être psychologique.

Maintenant que nous avons cité les grandes lignes de cette théorie, voyons cela un peu plus en détails.

A. Quelles sont les différences entre la motivation intrinsèque, extrinsèque et l'amotivation ?

Nous pourrions définir la motivation intrinsèque comme étant une activité faite par un individu parce qu'il la trouve intéressante et qu'elle lui apporte satisfaction ou plaisir. Elle a pour but d'accroître la croissance personnelle, l'établissement des relations et à l'engagement dans la communauté. Ces derniers sont directement liés à la satisfaction des besoins fondamentaux. Cette motivation peut être divisée en trois sous-catégories qui sont la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement et la motivation intrinsèque à la stimulation.

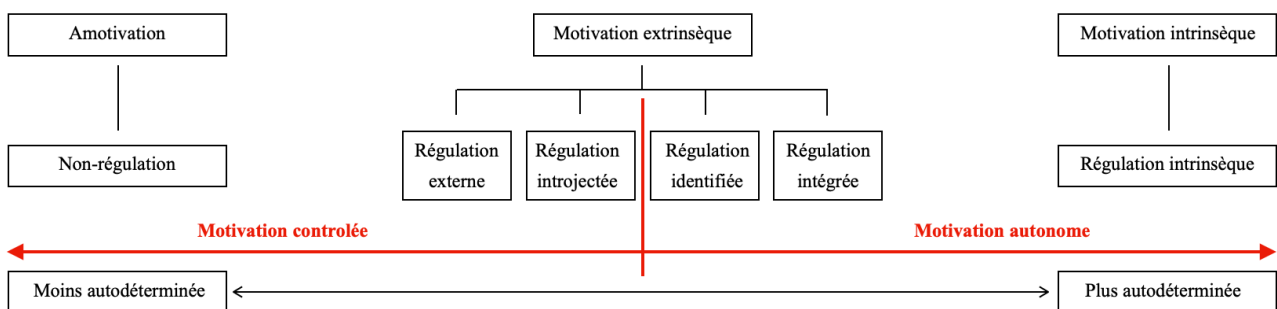
La motivation intrinsèque à la connaissance est l'engagement dans une activité satisfaisante tout en apprenant. La motivation intrinsèque à l'accomplissement est lorsqu'une personne s'engage dans une activité pour le plaisir d'accomplir, de créer quelque chose ou de se surpasser. Et enfin, la motivation intrinsèque à la stimulation correspond au fait de participer à une activité pour les sensations plaisantes que celle-ci procure.



Nous avons pu constater que lorsque nous ajoutons une récompense à une motivation intrinsèque, cela avait pour conséquence de faire baisser cette dernière. Néanmoins, nous avons également constaté que lorsque l'individu avait la possibilité de faire ses propres choix, cela augmentait sa motivation intrinsèque. Nous pouvons donc conclure que lorsqu'une personne a le sentiment que nous faisons pression sur elle et que nous cherchons à lui imposer un comportement, cela diminue

sa satisfaction et son besoin d'autonomie. Tandis que lorsque nous lui donnons la capacité de choisir, elle en éprouve un sentiment accru d'autodétermination et donc une plus grande satisfaction.

La motivation extrinsèque, par opposition, implique que l'individu entreprend une activité en fonction d'une conséquence qui lui est extérieur. Ces conséquences sont pour la plupart une récompense ou au contraire, une punition. Celle-ci, contrairement à la motivation intrinsèque, à des buts plutôt dirigés vers l'accumulation de biens matériels, la recherche de notoriété et la recherche d'une bonne réputation. Là encore, la motivation extrinsèque peut être divisée en quatre sous-catégories, la motivation extrinsèque externe, introjectée, identifiée et intégrée. Lorsque nous évoquons la motivation extrinsèque externe il s'agit d'un comportement régulé par des facteurs externes comme la récompense ou les contraintes. En cas de motivation extrinsèque introjectée, l'individu va commencer à intériorisé l'activité ou les raisons pour lesquelles il pratique cette activité suite à des pressions externes antérieurs qui sont dorénavant vécues comme des pressions internes. Ces deux types de motivation sont dites contrôlées car elles sont principalement dirigées par des pressions ou des éléments externes. Ensuite, lors de la motivation extrinsèque identifiée l'individu choisit librement de faire l'activité même si elle n'est pas nécessairement intéressante. Enfin, la motivation extrinsèque intégrée conduit le comportement de l'individu a être exécuté par choix tout en étant cohérent avec les différentes parties du Soi même si l'activité ne semble pas plaisante en soi. Ces deux dernières sous-catégories expliquent pourquoi certaines personnes se sentent autonomes en présence de motivation extrinsèque.

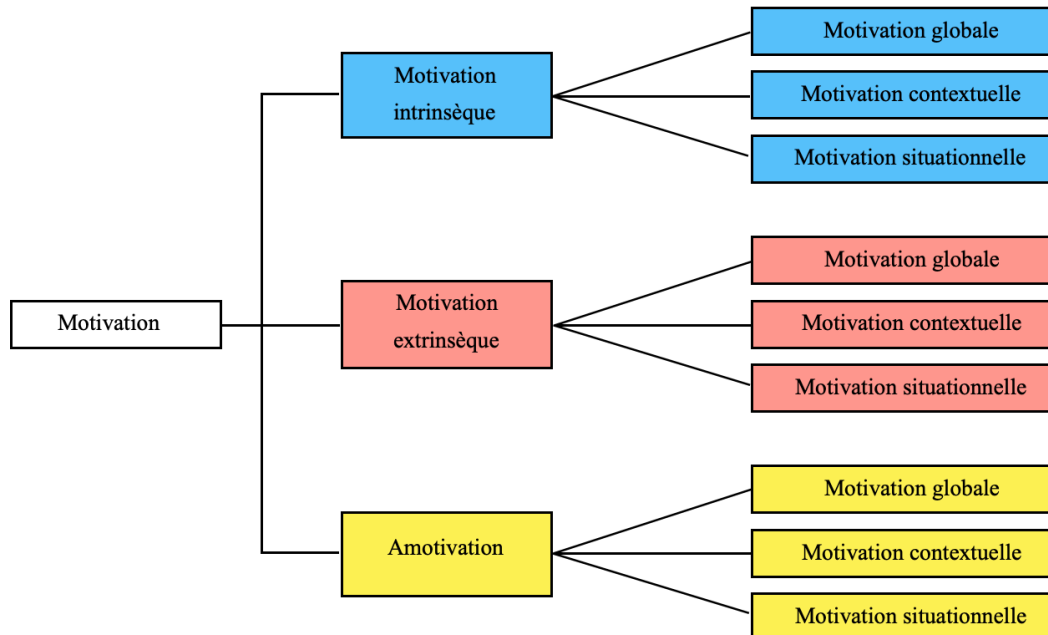


L'amotivation quand à elle, se produit lorsqu'une personne n'a pas de motivation, c'est à dire qu'elle n'accorde pas de valeur à un résultat ou un comportement. Quand elle ne croit pas qu'un résultat valable soit obtenu avec certitude en adoptant un comportement spécifique ou lorsqu'elle

pense que des comportements pourraient lui permettre d'atteindre des résultats souhaitables. Elle a l'impression de ne pas avoir les compétences nécessaires pour les mettre en exécution. Les personnes amotivées ne font pas de lien entre leur comportement et les conséquences de leur comportement. Elles affichent une absence de motivation et donc d'autodétermination.

B. Le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque

Nous savons dorénavant qu'il existent trois types de motivation, intrinsèque, extrinsèque et l'amotivation. Ces trois catégories existe chez chaque personne sous trois niveaux différents. La motivation peut être globale, contextuelle ou situationnelle. Commençons par la motivation globale qui est propre à chaque individu, comme étant une motivation faisant partie de sa personnalité. Ensuite, la motivation au niveau contextuelle se cantonne à un contexte bien spécifique, comme par exemple une activité bien précise. La motivation d'une personne peut varier radicalement d'un contexte à l'autre. Enfin, la motivation au niveau situationnelle réfère à la motivation qu'à un individu à l'instant T, ici et maintenant, durant une activité, au moment même où elles en font l'expérience.



Il est tout de même intéressant de noter que l'amotivation comprend également trois niveaux, mais que ceux-ci se rejoignent sur le fait qu'il y a une absence de motivation.

IV. Partie pratique

Pour cette dernière partie, nous allons mettre dans un contexte pratique ce que nous avons vu dans la partie conceptuelle. Il s'agit ici de définir de façon concrète le rôle d'un aide-soignant dans le cas d'un patient en revalidation. Néanmoins, certains points peuvent servir pour une personne en dehors du service de revalidation. L'aide-soignant est tenu par un certain nombre de devoirs à accomplir envers le patient afin de l'accompagner au mieux lors de sa revalidation. Le soignant doit pouvoir observer et signaler des changements possibles chez un patient, tant sur le point physique que psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne. Il a également pour rôle d'informer et de conseiller le patient et sa famille ainsi que de les assister dans les moments difficiles. Mais certains rôles ne sont pas explicitement notés sur un décret ou sur un arrêté royal. Certaines tâches doivent être exécutées selon le bon vouloir de l'aide-soignant, son implication et sa volonté d'aider au mieux le patient. Cela concerne principalement le rôle de l'accompagnement et du soutien. Comment un aide-soignant peut-elle rétablir la communication avec un patient ? Comment un aide-soignant peut-elle réagir face à un patient démotivé avec une faible estime de soi ? Quelles sont les démarches qu'un aide-soignant peut mettre en place afin de développer l'*Empowerment* chez un patient ? Comment un aide-soignant peut-il faire accepter son traitement à un patient ? Et enfin, comment un aide-soignant peut-il faire en sorte d'avoir une revalidation réussie grâce à la théorie de l'autodétermination ?

1. Comment l'aide-soignant peut-il concrètement participer au rétablissement de la communication avec un patient ?

La communication est une partie très importante dans les devoirs d'un aide-soignant. Elle l'est encore plus, lorsque nous sommes en présence de patients plus faibles, autant sur le point de vue physique que psychique, comme dans un service de revalidation par exemple. Le patient n'est plus la personne qu'il a pu être dans le passé. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes frustrées et en colère face à leur situation actuelle. L'aide-soignant est la personne que le patient côtoiera le plus souvent. Nous sommes donc en première ligne lorsque le patient se déchargera de ses émotions négatives et de sa frustration. C'est à cet instant qu'il est de notre rôle de bien gérer nos émotions et de ne pas se laisser emporter par notre ressenti personnel. La bonne solution serait de tenter

d'apaiser le patient et de tenter d'ouvrir le dialogue avec lui. Il est possible que celui-ci vienne d'apprendre une mauvaise nouvelle, qu'il a passé une mauvaise nuit, ou encore qu'il a été frustré par un acte qu'il n'a pas su entreprendre à cause de son invalidité. L'aide-soignant peut donc essayer de discuter calmement afin de voir pourquoi le patient est en colère et de tenter de résoudre le problème du patient.

Lorsque la communication est entièrement rompue, la situation devient un peu plus complexe.

L'attitude de l'aide-soignant devient un des facteurs clé afin de rétablir une communication saine. Celle-ci doit être posée et bienveillante afin de rassurer la personne. Il est également important que le patient se sente en sécurité et qu'il ressente une certaine empathie venant de l'aide soignant. Ce dernier doit faire preuve d'une certaine neutralité et garder pour lui son jugement personnel sur la situation. Ce comportement est l'attitude idéale à adopter face à une communication rompue partiellement ou en totalité avec le malade.

2. Comment l'aide-soignante peut elle concrètement réagir face à une personne démotivée avec une faible estime de soi ?

L'estime de soi fonctionne comme une dynamique de renforcement positif. Les mots sont importants, ils influent en profondeur sur la perception qu'à une personne d'elle même et sur l'impression qu'elle donne aux autres. En tant qu'aide-soignant, nous avons le rôle d'accompagner au mieux le patient durant son séjour en revalidation. C'est-à-dire de l'encourager et de lui apporter notre soutien dans les bons comme dans les mauvais moments. Nous ne devons pas hésiter à féliciter le patient lors de petites comme de grandes victoires. Il faut impliquer le patient dans des situations où il pourrait se sentir utile. Il serait intéressant de mettre deux patients dans la même chambre qui pourraient donc se soutenir et s'entraider tout en se complétant. Les manquements aux besoins de l'un seront comblés par l'aide de l'autre et inversement. Nous pouvons également se faire rencontrer deux patients qui ont tout deux la même pathologie chronique comme le diabète ou des troubles respiratoires. Cette rencontre pourrait être rassurante pour la personne qui vient d'être diagnostiquée et pour qui tout cela est nouveau. La personne malade pourrait être plus vite rassurée par le discours d'une personne dans la même situation plutôt que de l'équipe soignante. Les malades auront ainsi le sentiment d'être utile l'un à l'autre ce qui aurait pour effet de les motiver et de faire grandir leur estime d'eux même ainsi que leur autonomie. Les exercices physiques sont également fortement conseillés afin de travailler sur l'estime de soi. Nous pouvons donc conseiller

aux patients de participer à certaines activités telles que de la kinésithérapie, de l'art-thérapie, du yoga ou encore de l'ergothérapie. Il est également très important en tant qu'aide-soignant de ne pas comparer les patients entre eux. Il faut veiller à ne pas dire à un patient qu'il évolue moins vite et que d'autres patients similaires aurait déjà retrouvés toute leur autonomie. Chaque patient est différent et évolue à son propre rythme. L'attitude clé pour redonner confiance à un patient en revalidation est de dialoguer et de le soutenir à travers les petits efforts du quotidien

L'estime de soi passe également par l'apparence. Il est dans notre capacité de faire en sorte que le patient s'apprécie un peu plus. Nous pouvons proposer à une patiente de se maquiller, de lui vernir les ongles ou encore de lui faire une coiffure qui pourrait la mettre en valeur et lui redonner une belle image d'elle-même. Ce sont de petits détails qui feront beaucoup de différence au fil du temps. Nous pouvons également mettre en place avec l'aide du kiné des petits objectifs à atteindre de semaine en semaine. Prenons l'exemple d'une personne victime d'une paralysie temporaire et qui se trouve dans un service de revalidation afin de retrouver toute sa mobilité. Nous pouvons en tant qu'aide-soignant imaginer une liste d'objectifs à atteindre seul, tel que brosser ses dents, laver son visage, rincer son gant de toilette. Cette liste donnerait un sens à la revalidation du patient et surtout, au fil des étapes, rappellerait au patient le chemin déjà parcouru. Celui-ci verrait ces objectifs déjà acquis comme une réussite. Cela le motivera pour la suite et fera évoluer son estime de soi vers quelque chose de positif. Bien que nous avons démontré que les récompenses avaient un aspect négatif sur la motivation intrinsèque, si les relations interpersonnelles se font dans une ambiance ouverte et encourageante qui favorise l'autonomie, les récompenses peuvent avoir des effets positifs. Certains patients ont besoin de cette petite récompense à la fin de l'exercice ou de l'effort demandé pour continuer une évolution favorable à la revalidation.

3. Quelles sont concrètement les démarches qu'un aide-soignant peut mettre en place pour développer l'Empowerment chez un patient ?

Il n'existe malheureusement pas de démarche fixe à suivre pour développer chez le patient la notion de l'*Empowerment*. L'aide-soignant va devoir s'adapter à chaque patient. L'observation principale que doit faire l'équipe pluridisciplinaire est d'avoir une bonne vue d'ensemble sur les capacités et les souhaits du patient. Tout réside dans une communication sincère et spontanée du malade. Suite à cette discussion, les soignants doivent être capables de déterminer plusieurs aspects vis-à-vis du patient. Tels que pouvoir compter sur son entourage en cas de difficultés, disposer d'une santé

suffisante pour prendre lui-même des décisions ainsi que d'être suffisamment motivé en fonction de de ses besoins. Il est également important de savoir quel rôle le patient et son entourage veulent jouer dans la prise en charge de la maladie et du traitement.

Durant cette discussion il est important que le patient soit en pleine possession de toutes les informations concernant sa maladie, des possibilités de en prises en charge mais également d'une écoute active afin de trouver la solution la plus adéquate possible.

Vient alors l'éducation à la santé du patient. Nous avons pour rôle d'être à l'écoute du patient et de le conseiller dans les limites de notre profession et de la déontologie. Nous pouvons aider le patient à rechercher des informations supplémentaires concernant sa pathologie. Nous pouvons également encourager le patient à adapter son comportement à la situation, en stimulant sa confiance en soi, sa coopération aux soins ou de façon plus global, son autonomie.

Il est également de notre ressort d'éduquer et d'informer les proches tout en respectant certains points du secret médical. Il sera parfois nécessaire de répéter plusieurs fois les informations pour que les choses soient bien comprises et intégrées. Nous devons prendre le temps d'entreprendre une discussion avec le patient et/ou la famille autant de fois que cela est nécessaire. Une information écrite, comme par exemple un dépliant, est moins efficace en terme d'acquisition de connaissances, qu'une intervention orale pour éduquer le patient ou sa famille. Il est finalement assez simple de développer l'*Empowerment* chez un patient. Il suffit de lui donner du pouvoir et une importance lors de la prise de décision et la prise en charge de celui-ci.

4. Comment l'aide-soignante peut elle concrètement faire accepter son traitement au malade ?

Nous constatons toute l'importance de l'éducation à la santé lorsque certaines pathologies se développent et nécessitent une modification du comportement quotidien. C'est en partie le rôle de l'aide soignant d'éduquer le patient afin qu'il adapte son quotidien à sa maladie. Le soutien des soignants à l'autonomie du patient favorise une régulation autonome de la prise en charge de la maladie et améliore ainsi l'observance thérapeutique et la qualité de vie de la personne.

Pour faire accepter son traitement à un patient, il est important de fournir à celui-ci des informations claires et précises sur les avantages et les risques du traitement. Il est également utile d'impliquer le malade dans le processus de la prise de décision et de lui donner le temps de poser des questions ainsi que de réfléchir aux différentes options qui se présente à lui. Il est primordial de créer un

environnement de confiance et de respect mutuel avec le patient. Il est également utile de comprendre les préférences et les valeurs de ce dernier. Il est de notre rôle de prendre le temps d'écouter les préoccupations et les questionnements du patient. Enfin il est également de notre rôle de suivre les progrès du patient, d'observer les effets secondaires qui pourraient apparaître au cours du traitement ainsi que les effets positifs de ce dernier. Le fait de motiver le patient est également très important dans l'acceptation de son traitement. Lorsque le patient se rend compte de l'importance de son traitement, l'objectif n'est qu'à moitié atteint. L'autre partie étant de faire en sorte que le patient poursuive son traitement et qu'il continue à comprendre les bienfaits de celui-ci.

5. Comment l'aide soignante peut-elle concrètement mettre en place la théorie de l'autodétermination afin d'obtenir une revalidation réussie ?

La question du maintien de l'autodétermination est essentielle dans la prise en charge d'une personne en revalidation, même si elle est fragile ou malade. D'un point de vue de la théorie de l'autodétermination, les trois besoins fondamentaux sont mis à l'épreuve pendant la revalidation. La diminution des capacités physiques et/ou cognitives des personnes en revalidation influence fortement le besoin d'autonomie et de compétence. Du fait de la perte d'autonomie du patient, on observe le phénomène de sarcopénie qui va accentuer progressivement sa vulnérabilité générale. Le patient voit sa qualité de vie significativement affectée, il reste cependant possible pour ces personnes de s'adapter et de compenser ses pertes psychomotrices et cognitives. De plus, il n'est pas rare que ces personnes s'isolent et se mettent à l'écart due au fait de se sentir inutile ou différents des autres. Cela réduit fortement le sentiment d'affiliation. Lorsqu'un soignant prend en charge un patient en revalidation, il ne gère pas un patient dépendant mais une personne qui a juste perdu de son autonomie et à qui il doit aider à retrouver les bons réflexes du quotidien afin d'améliorer sa qualité de vie. C'est pourquoi il est important pour l'aide soignant de favoriser au mieux ces trois besoins fondamentaux afin d'engendrer des conséquences positives en terme de santé. Lorsque ces besoins sont favorisés, nous pouvons observer une amélioration de la qualité de vie perçue d'une part par le patient mais également par le personnel soignant. Le sentiment d'autonomie et de compétence doit être encouragé par les soignants en permettant au patient d'être un participant actif et non plus un élément passif subissant les décisions médicales. En proposant des choix et en favorisant un climat de renforcement positif, les patients en revalidation sont plus aptes à développer un sentiment de compétence et d'autonomie. Promouvoir ce sentiment aura pour

effet de favoriser cette tendance naturelle à être proactif et donc d'être face à des patients présentant une motivation plus autodéterminée.

Au-delà du besoin d'autonomie et de compétence, il est également important pour une revalidation réussie que la personne puisse répondre à son besoin d'affiliation. Étant malade ou non, le contrôle des interactions est très important pour l'être humain étant donné que l'impossibilité de les réguler amène à une hausse de stress et à un repli de l'individu. Le sentiment d'affiliation est amélioré à travers l'environnement social proche constitué de l'équipe pluridisciplinaire et de la famille lorsque le patient est dans un service de revalidation. Pour éviter que le patient s'isole, il est important que l'aide-soignant et le reste de l'équipe pluridisciplinaire valorise le patient et lui apporte satisfaction afin que celui-ci se sente lié à un groupe. En dehors des caractéristiques thérapeutiques d'un service de revalidation, les interactions quotidiennes sont essentielles pour le développement individuel du patient notamment avec sa famille mais également avec le personnel soignant qui est le second partenaire incontournable. Nous avons déjà expliqué que l'appartenance sociale avait un effet positif sur la santé et le bien-être. Ainsi, il est nécessaire de promouvoir au mieux l'intervention de la famille afin de les impliquer activement lors de la revalidation de leur proche. Cependant, la famille doit assurer la sécurité et la protection du proche sans tomber dans la sur-protection qui nuirait à la liberté et à l'autonomie du patient durant sa revalidation.

Il est important en tant qu'aide-soignant de ne pas être contrôlant vis-à-vis du patient, mais au contraire de donner à celui-ci les moyens d'exercer un pouvoir sur son environnement afin de préserver ou de retrouver son autonomie. Cependant, les pressions liées au manque de temps ou en rapport avec la rentabilité ont pour conséquence que les proches et les soignants ont tendance à être contrôlant et à réduire les possibilités de pouvoir et d'autonomie des personnes en revalidation. Il est certain que de donner du contrôle aux patients en cours de revalidation permettrait d'améliorer leur degré d'autodétermination. La mise en place d'un climat soutenant l'autonomie se caractérise par trois points. Premièrement, l'aide-soignant se voit donner au patient la possibilité de faire ses propres choix, ce qui entraîne son propre contrôle décisionnel. Le patient peut, par exemple, choisir quel vêtement il veut mettre, s'il préfère prendre une douche ou se laver à l'évier, s'il préfère la télé ou la radio. Tous ces petits détails semblent anodins pour nous mais peuvent renforcer la confiance et la motivation du patient, car il aura l'impression d'avoir son mot à dire lors de la prise de décision. Deuxièmement, l'aide-soignant peut donner au patient des informations relatives aux événements comme par exemple expliquer les raisons et les informations relatives à une tâche, ce qui peut renvoyer au contrôle informationnel. Le soignant expliquera par exemple les soins à donner avant de commencer l'exécution. Troisièmement, l'aide-soignant permet au patient de

choisir son comportement face aux évènements. Si, par exemple, le patient n'est pas d'humeur pour laver ses cheveux aujourd'hui car il n'est pas en forme, il est de notre rôle de respecter le comportement du patient. Les malades en revalidation sont souvent stéréotypés comme étant faibles, souffrants et vulnérables. C'est souvent de cette idée reçue que les patients se sentent incapables, perdent confiance en eux et sont de moins en moins actifs au point de devenir dépendant du personnel soignant. Il est également important que les interactions entre soignants et soignés ne se fassent pas uniquement autour d'un corps sans identité que l'on manipule pour les soins mais bien autour d'une personne avec une identité et des valeurs uniques et autonomes. L'aide-soignant doit encourager les comportements actifs et ne pas considérer le patient comme un malade que l'on prend en charge mais plutôt comme un malade que l'on aide à aller mieux. Il est du rôle de l'aide-soignant de toujours agir avec le consentement éclairé du patient afin que ce dernier ne soit pas limité dans son autonomie. Le meilleur moyen de connaître les besoins de la personne est de lui demander et de lui proposer de participer aux soins tout en l'informant sur l'utilité de ces derniers. Il est primordial pour nous les soignants de garder nos patients dans une bonne santé physique ou de travailler sur celle-ci afin qu'elle redevienne optimale. Cependant, il est également important de tenir compte de la santé mentale du patient en revalidation. Il est courant que certains patients perdent le goût de vivre et se retrouvent dans un état dépressif. Dans ce cas, il est de notre rôle de les stimuler, de les encourager et de les motiver de façon autonome afin qu'ils soient d'avantage investis dans leur revalidation. Il peut également être de notre rôle de proposer au patient plusieurs petites activités de loisir afin de le distraire. Les activités de loisir sont considérées comme un facteur clé de la santé mentale et physique d'un patient. Si l'activité est bien adaptée au patient, elle peut améliorer sa vitalité et sa représentation d'elle-même en se rendant compte qu'elle peut encore faire de nombreuses choses. Il en découlera donc un sentiment de fierté et de valorisation. Ce sentiment aura pour effet d'augmenter la motivation autodéterminée du patient.

V. Conclusion generale

Il est souvent difficile de conclure un sujet d'une telle importance sans pour autant reprendre tout ce qui a été dit précédemment. Néanmoins, s'il était possible de résumer la théorie de l'autodétermination, nous utiliserions une citation de Kurt Lewin qui dit « *Il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie ...* ». Aucune phrase n'aurait pu être plus explicite. Le principal rôle de l'aide-soignant face à un patient en revalidation dans le cadre de la théorie de l'autodétermination est de l'éduquer et de le motiver. Lorsque ces points sont acquis pour le patient, une relation de confiance s'installe et ne peut mener le patient que vers une revalidation réussie.

Pour répondre à notre questionnement du début qui était « qu'en est-il de l'après ? ». À travers cet écrit nous avons inconsciemment répondu à cette question. Si le patient a reçu un suivi correcte lors de son séjour en revalidation, le retour à domicile n'est que la continuité de ces soins. Le patient a été éduqué et préparé à ce retour. Il sait donc ce qu'il doit faire et ne pas faire pour maintenir sa santé et de son autonomie. L'autodétermination du patient sera mise à rude épreuve car le patient ne peut compter que sur sa motivation personnelle. Si l'autodétermination a été construite de façon correcte, alors celui-ci n'aura aucun mal à poursuivre les efforts après sa sortie d'un service de revalidation. C'est pour cette raison que notre rôle de soutien et d'accompagnement est primordiale pour le patient. Nous devons inculquer de façon correcte les principes d'autonomie, d'éducation à la santé et surtout d'autodétermination afin que le patient puisse poursuivre une vie de qualité par la suite.

VI. Annexe

Annexe 1 : échelle d'évaluation du syndrome de glissement (EPADE)

EPADE	Echelle d'évaluation, chez les Personnes Agées, des symptômes et des syndromes DÉ concertants (avec risque d'épuisement émotionnel)	
	PGI-DSS PsychoGeriatric Inventory of Disconcerting Symptoms and Syndromes (with risk of emotional exhaustion)	Monfort JC / Lezy AM / Papin A / Tezenas S

Consignes. La cotation a lieu avec un gardien du temps qui donne le top départ et le top de fin, un secrétaire qui entoure les cases et un lecteur (auto-désignation).
Le score retenu est le plus élevé observé = métaphore de la marée : la hauteur de marée la plus haute fait décider de la hauteur de la digue.

Plus les signes sont sévères, plus la cotation est rapide, du temps gagné pour la discussion qui a lieu après la cotation.

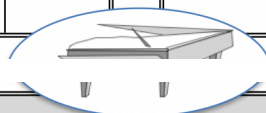
- 1 Remettre une feuille d'évaluation à chaque participant pour qu'il puisse suivre facilement la cotation.
- 2 Choisir ensemble la période qui va être évaluée (ex : les 7 derniers jours ou la période depuis l'entrée).
- 3 Lire à voix haute le libellé des cases, en allant du plus sévère vers le moins sévère.
- 4 Arrêter la lecture et encercler le score dès qu'un participant reconnaît un symptôme (dire oui main levée).

NOM (ou initiale): H F
 PRÉNOM (ou initiale) :
 Date de naissance :
 Date du jour :
 Période évaluée :
 Durée de la cotation :

Paraphes des soignants présents à l'évaluation :

VIOLENCES déconcertantes Crainte et peur d'être agressé avec le REGARD				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Regard de haine ou mimique de fureur	Regard de colère ou mimique de colère	Regard noir ou mimique grimaçante	Regard hostile ou mimique hostile	Regard normal et mimique normale
avec la VOIX				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Hurlements	Cris	Gémissement ou ronchonnement ou grognement	Voix hostile	Voix normale
avec les PAROLES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Menaces	Accusations ou insultes avec personnalisation de l'insulte	Insultes sans personnalisation de l'insulte	Reproches ou disqualifications	Absence d'agression verbale
avec les GESTES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Attaque des personnes avec danger réel (morsure, coup de poing)	Attaque des personnes sans danger réel (agrippe, gifle, crachats)	Geste de menace sur les personnes (index levé, poing serré)	Reverse, jette au sol, détruit ou vole les objets (poche de stomie...)	Absence d'agression physique

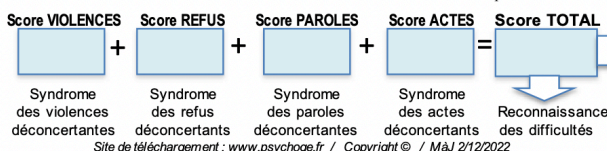
REFUS déconcertants (refus, opposition, passivité, apathie) Embaras et culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition de la COMMUNICATION				
Paroles spontanées, réponses aux questions et communication non verbale				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Communication impossible (pseudocoma)	Communication limitée au minimum avec les yeux	Communication obtenue avec négociation	Se met à parler avec quelques paroles simples	Communique et parle de façon habituelle
de la MOBILISATION				
Mobilisation au lit, position assise, station debout, marche				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mobilisation impossible (pas de lever, grabatisation)	Mobilisation limitée au minimum avec passage du lit au fauteuil	Mobilisation obtenue avec négociation et aide physique	Se met à se déplacer avec quelques paroles simples	Se déplace et se laisse mobiliser de façon habituelle
de l'ALIMENTATION				
Aliments et boissons				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Alimentation et boisson impossibles (risque vital)	Alimentation et boisson limitées au minimum (recrache)	Alimentation et boisson obtenues avec négociation et aide physique	Se met à manger et boire avec quelques paroles simples	Mange et boit de façon habituelle
des SOINS				
Soins d'hygiène, toilette, bains, soins infirmiers, prise des médicaments et constantes, animations				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Soins impossibles (risque vital)	Soins limités au minimum	Soins obtenus avec négociation et aide physique	Se met à accepter les soins avec quelques paroles simples	Les soins sont effectués de façon habituelle



PAROLES déconcertantes inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance ORDRES, DEMANDES ou PAROLES SANS OBJET répétées en excès				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Ordres ou exigences contradictoires sans réponse possible	Demandes incessantes ne pouvant pas être satisfaites	Paroles ou mots répétés en boucle (écholalie)	Paroles en quantité excessive (parle trop, logorrhée)	Paroles en quantité habituelle
PAROLES ANXIEUSES, plaintes corporelles et APPELS à l'aide				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec crise d'angoisse	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appels fréquents	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appel épisodique	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles sans appel	Absence de parole corporelle
PAROLES DÉPRESSIVES sur la vie et sur la mort				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Tentative de suicide ou comportement équivalent	Paroles exprimant un projet de se suicider « Je vais me suicider »	Paroles exprimant un désir de mort « Je veux mourir »	Paroles expri. une perte du désir de vivre « Je ne veux plus vivre »	Paroles habituelles sur la vie et sur la mort
PAROLES à côté de la REALITE, délire, hallucination, mensonge, fabulation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles délirantes ou hallucinations avec passage à l'acte	Paroles délirantes ou hallucinations sans passage à l'acte (certitude)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (probabilité)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (possibilité)	Absence de parole délirante, d'hallucination de mensonge de fabulation

ACTES déconcertants inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance ACTES et perte de contrôle de la sphère locomotrice GLOBALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Disparitions ("Yugues"), automutilations (doigt écrasé, chutes au sol)	Déambulation avec intrusions dans les chambres	Déambulation avec suivi à la trace des soignants	Agitation (bouge les bras ou les jambes, tourne en rond)	Comportement locomoteur habituel
ACTES et perte de contrôle de la sphère alimentaire et ORALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mange des choses toxiques ou non comestibles (ex : produit ménager)	Mange des choses dégoûtantes (ex : excréments)	Mange trop et trop vite avec risque de fausses routes (gloutonnerie)	Mange trop (boulimie)	Comportement oral habituel
ACTES et perte de contrôle des sphères URINAIRE et ANALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Etaie ses excréments	Déjections inadaptées ou refus inadapté des protections	Mictions inadaptées constantes	Mictions inadaptées par épisodes	Fonctions sphinctériennes habituelles
ACTES et perte de contrôle de la sphère sexuelle et GÉNITALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Aggression sexuelle sur personne vulnérable ou masturbation traumatique	Contacts à caractère sexuel inadaptés (attouchements sexuels)	Gestes à caractère sexuel inadaptés (exhibition, masturbation en public)	Propositions à caractère sexuel, érotisation, préoccupations sexuelles envahissantes	Vie sexuelle sans particularités

La secrétaire annonce et additionne les scores. Un droit au remords permet de modifier son OUI : soit le rétracter si on a dit OUI par erreur; soit dire OUI sur un chiffre plus élevé



si score > 17 (valeur seuil)

- Risque d'attitudes relationnelles spontanées inappropriée
- Recherche de causes réversibles : urgence (conf. médct. douleur)
- Chance d'attitudes relationnelles appropriées à co-construire

2018 : Prix spécial du jury SF3PA (Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Agée)
 2019 : Prix coup de cœur FormaticSanté et SFTeleMed (Société Fr. de Télémédecine devenue Soc. Fr. de Santé Digitale)
 2020 : Publication dans la revue "International Psychogeriatrics". PGI-DSS : validity and reliability compared to the NPI-NH
 2022 : Référencée par le guide PATHOS (CNSA - Ministère)

VIOLENCES déconcertantes

Évaluation **Score Violence** Clavier émotionnel du soignant

petite idiote

Crainte et peur d'être agressé → **Attitudes inappropriées**
 Répondre en miroir
 Monter en tension
 Sédation - Contention

Réflexion **Et si c'était ?** Urgence **Confusion agitée.** latrogénie / Sevrage
 Douleur corporelle / Inconfort / Besoin
 Crise d'hypoglycémie / Epilepsie (non convuls.)
 Globe / Fécalome

Souffrance Hypomanie / Dépression hostile
 Personnalité borderline / sans empathie

Mémoire traumatique Enfant battu - Enfant à la rue

Action **Attitudes appropriées**
 > Chercher les motifs expliquant la violence
 > Tenir l'insulte (sans la prendre pour soi)
 > Valoriser le patient, demander son aide
 > Oser poser une limite avec douceur

REFUS déconcertants

Évaluation **Score Refus** Clavier émotionnel du soignant

euh

Embarras et Culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition → **Attitudes inappropriées**
 Passer en force
 Stimuler

Réflexion **Et si c'était ?** Urgence **Confusion ralentie.** latrogénie / Surdosage
 (« apathie aigue »)
 Douleur corporelle / Inconfort / Besoin
 Apnée du sommeil, Infection

Souffrance Déficit psychotique
 Personnalité dominante devenue dépendante

Mémoire traumatique Enfant abandonné - négligé - rejeté

Action **Attitudes appropriées**
 > Reconnaître le droit au consentement c'est :
 - Accepter le droit au refus
 - Donner raison à la personne qui refuse
 > Partir pour mieux revenir
 > Parler de tout et de rien, valoriser le patient
 > Refaire la proposition / Demander son aide
 > Oser dire que changer d'avis est possible



Avant = Risques

EPADE

Après = Chances



Ensemble
Mini Staff

Débordement émotionnel
 Soignant épuisé
 Soignant oppressant



1°) Evaluation Nommer = Mesurer
 1 à 3 mn Mesure de la fièvre relationnelle
 Reconnaissance des difficultés

Dépassement émotionnel
 Soignant apaisé
 Soignant apaisant

Perte de chances
 Passer à côté d'une cause réversible

2°) Réflexion Rechercher une cause
 Pari du sens - Théorie du seuil
 Mise en commun des informations ce qui a changé
 ce qui a été vu, entendu, vécu, su : du présent, du passé, du futur
 Chercher une urgence (confusion, médicament, douleur)
 Réfléchir une souffrance (besoin non satisfait / non conscient)
 S'intéresser aux mémoires traumatiques (histoire de vie)

Chances de trouver
 un presque rien (qui pourrait tout changer)

Attitudes inappropriées
 Réagir du tac au tac

3°) Action Ajuster l'approche relationnelle
 4°) Prévention (évaluer pour prévenir)

Attitudes appropriées
 Ecouter, Entendre, Comprendre
 Apaiser, Désamorcer

PAROLES déconcertantes

Évaluation **Score Paroles** Clavier émotionnel du soignant

je veux, j'ai peur, j'ai mal, je veux mourir, On m'a volé

Inquiétudes répétées
 Anxiété anticipatoire
 Que va-t-il encore dire ?
 Que vais-je répondre ? → **Attitudes inappropriées**
 Faire taire
 Répondre avec vivacité :
 Cela suffit !
 Ah, stop, taisez-vous !
 Vous êtes collant à la fin !

Réflexion **Et si c'était ?** Urgence **Confusion anxieuse.** latrogénie / Sevrage
 Douleur corporelle / Inconfort / Besoin
 Péritonite, embolie pulmonaire

Souffrance Anxiété de séparation / d'abandon
 Episode maniaque
 Personnalité obsessionnelle / hypocondriaque

Mémoire traumatique Dissimulations / Non-dits
 Secrets de familles / Deuils non faits / NDE

Action **Attitudes appropriées**
 > Se taire (« tenir la plainte » avec sollicitude)
 > Entendre, comprendre le sens caché
 > Clarifier
 > Reformuler avec empathie
 > Oser exprimer un avis avec respect

ACTES déconcertants

Évaluation **Score Actes** Clavier émotionnel du soignant

Global, Oral, Anal, Génital

Inquiétudes répétées
 Anxiété anticipatoire
 Que va-t'il encore faire ?
 Que vais-je faire ? → **Attitudes inappropriées**
 S'opposer
 Dire sans ménagement :
 Cela suffit !
 Ah, stop, arrêtez-ça !
 On ne peut pas
 vous laisser faire cela !

Réflexion **Et si c'était ?** Urgence **Confusion désinhibée.** latrog. / Sevrage
 Douleur corporelle / Inconfort / Besoin
 Hypoglycémie / Epilepsie / Sd frontal/Gale

Souffrance Peur de la mort / Ennui
 Episode maniaque
 Personnalité impulsive

Mémoire traumatique Ambiance incestuelle
 Incestes - viols

Action **Attitudes appropriées**
 > Reconnaître l'enfant à l'oeuvre (acte archaïque)
 > Répondre aux actes par des activités :
 - Faire diversion,
 - Utiliser des médiations
 - Art thérapie, Activités (ré)créatives, Culture

VII. Bibliographie et sitographie

Autissier M., « *Ergonomie, techniques de manutention adultes et enfants* », Pays-Bas, Lamarre, 2011, 195 p.

Cruchod C., « *Relations soignants-soignés prévenir et dépasser les conflits* », Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009, 212 p.

Laxer G., « *Handicaps, les chemins de l'autonomie* », France, Erès, 2021, 563 p.

Paquet Y. Carbonneau N. J. Vallerand R., « *La théorie de l'autodétermination* », Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2016, 391p.

http://ressources.emf.free.fr/pagesweb/deux_theoriesmotivation.pdf (consulté le 6 décembre 2022)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Théorie_de_l'autodétermination (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.convertize.com/fr/glossaire/motivation-intrinseque-extrinseque/> (consulté le 6 décembre 2022)

https://www.jolimont.be/sites/default/files/uploads/Documents/Services%20médicaux%20et%20paramédicaux/Médecine%20Physique%20et%20Revalidation/brochure_acceuil-h0-h1.pdf (consulté le 6 décembre 2022)

https://www.cliniquesdeleurope.be/sites/default/files/assets/LESU01_9009%20BrochureRevalidation_FR_V4.pdf (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.chrhautesenne.be/fr/services/9/readaptation#.Y5c2Ai3pOTc> (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.uzbrussel.be/documents/492945/802049/Brochure+d%27accueil+Service+de+Revalidation+-+Sp/9aef88ff-ac4a-2003-63e7-314e34735a28?version=1.1> (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.livi.fr/sante/maladie-mentale/syndrome-de-glissement/> (consulté le 6 décembre 2022)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_glissement#Diagnostic_positif (consulté le 6 décembre 2022)

<https://psychotherapie.ooreka.fr/astuce/voir/621967/syndrome-du-glissement> (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.filien.com/syndrome-glissement/> (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.ea-lateleassistance.com/perte-autonomie-personne-agee/syndrome-de-glissement-definition-symptomes-et-prevention> (consulté le 6 décembre 2022)

https://www.psychoge.fr/_files/ugd/3d0eb6_9c398067bc3a4ef794490c7fc60b49ce.pdf (consulté le 6 décembre 2022)

<https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/dermatologie/escarre/> (consulté le 6 décembre 2022)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Éducation_pour_la_santé (consulté le 22 mars 2023)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Éducation_thérapeutique_du_patient (consulté le 22 mars 2023)

https://ireps-ara.org/publications/tababox/PDF/Fiches-methodo/methodo_approche.pdf (consulté le 22 mars 2023)

https://didaquest.org/wiki/Education_à_la_santé (consulté le 22 mars 2023)

<https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/les-concepts/qu-est-ce-que-l-education-pour-la-sante> (consulté le 22 mars 2023)

https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/4-150318093828.pdf (consulté le 22 mars 2023)

<https://www.fai2r.org/etp-fai2r/definition/> (consulté le 22 mars 2023)

<https://www.chuv.ch/fr/min/min-home/patients-et-familles/consultation-ambulatoire/lantenne/consultation-infirmieres-specialisees/leducation-therapeutique> (consulté le 22 mars 2023)

<https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/les-concepts/qu-est-ce-que-l-education-du-patient> (consulté le 22 mars 2023)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 22 mars 2023)

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-26.htm> (consulté le 28 mars 2023)

https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9663 (consulté le 31 mars 2023)

<https://www.sante-participative.org/pouvoir-des-malades> (consulté le 31 mars 2023)

https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/1_fiche_pratique_empowerment_du_patient_fr_update_november.pdf (consulté le 31 mars 2023)

<https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2017-2-page-55.htm> (consulté le 31 mars 2023)

https://www.chu.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2016-09/empowerment_bb_jmb_cm_10-01-2014.pdf (consulté le 31 mars 2023)

<https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/methode/27-l-empowerment-du-patient> (consulté le 31 mars 2023)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Empowerment#Origines_étatsuniennes (consulté le 31 mars 2023)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Isolement_social (consulté le 15 mai 2023)

<https://www.monalisa-asso.fr/isolement-social/c-est-quoi> (consulté le 15 mai 2023)

<https://stent.care/isolement-social/> (consulté le 15 mai 2023)

<https://www.livi.fr/en-bonne-sante/isolement-social/> (consulté le 15 mai 2023)

<https://www.ssvp.fr/isolement/> (consulté le 15 mai 2023)

<https://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Estime-de-soi/Articles-et-Dossiers/7-cles-pour-renforcer-son-estime-de-soi> (consulté le 16 mai 2023)

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles-de-l-estime-de-soi-pour-aller-plus-loin> (consulté le 16 mai 2023)

<https://www.santemagazine.fr/psycho-sexo/psycho/comment-renforcer-lestime-de-soi-174408> (consulté le 16 mai 2023)

<https://www.gael.be/bien-etre/psycho/10-conseils/> (consulté le 16 mai 2023)