

Enseignement secondaire supérieur de transition

Section : **AIDE-SOIGNANTE**

UE : Aide à la vie journalière des métiers
de l'aide et des soins aux personnes

AE : Hygiène et confort – Pratique professionnelle

Cours dispensé par François DEJONCKHEERE

Contact : francois.dejonckheere@eafc-tournai.be

TABLE DES MATIERES

<i>INTRODUCTION GENERALE</i>	1
<i>HYGIENE PROFESSIONNELLE : RAPPELS</i>	3
1. L'hygiène du soignant.....	3
2. L'hygiène des mains.....	3
<i>PHILOSOPHIE DE SOINS : RAPPEL</i>	6
<i>REFECTIONS DE LIT</i>	8
<i>Proposition de fiche technique : La réfection de lit inoccupé</i>	9
<i>Proposition de fiche technique : La défection et la réfection de lit occupé. Technique avec trois alèzes</i>	11
<i>HYGIENE CORPORELLE</i>	13
<i>HYGIENE CORPORELLE PREAMBULE : L'OBSERVATION</i>	14
<i>Proposition de fiche technique : La toilette du visage</i>	17
<i>Proposition de fiche technique : La toilette du tronc et des bras</i>	18
<i>Proposition de fiche technique : La toilette des membres inférieurs</i>	19
<i>Proposition de fiche technique : La toilette intime</i>	20
<i>Proposition de fiche technique : La toilette intime avec sonde vésicale</i>	21
<i>Proposition de fiche technique : La toilette du siège</i>	23
<i>Proposition de fiche technique : La toilette complète au lit</i>	24
<i>SOINS ANNEXES</i>	26
<i>Proposition de fiche technique : Le rasage</i>	27
<i>Proposition de fiche technique : Le soin de bouche</i>	29
<i>Proposition de fiche technique : Les appareils auditifs</i>	30

<i>ERGONOMIE ET MANUTENTION</i>	33
1. L'ergonomie	34
2. La manutention.....	34
<i>PARAMETRES VITAUX</i>	37
1. <i>La fréquence respiratoire</i>	38
2. <i>La température corporelle</i>	40
3. <i>La fréquence cardiaque</i>	41
<i>EVALUATION</i>	43
1. <i>Modalités d'évaluation</i>	44
2. <i>Ajournement</i>	44
3. <i>Grille d'évaluation critériée</i>	45

INTRODUCTION GENERALE

Ce support de cours est destiné aux étudiants de la section aide-soignant et entre dans le cadre du cours intitulé « Hygiène et confort : pratique professionnelle » issu de la quatrième unité d'enseignement de votre formation « Aide à la vie journalière des métiers de l'aide et des soins aux personnes ». Il s'agira donc ici d'étudier, en mettant l'accent sur l'aspect pratique de l'aide et des soins aux personnes. Pourquoi donc un support de cours nous direz-vous ? D'abord, car il nous semble essentiel de maîtriser les aspects théoriques d'une situation avant de se plonger dans l'action, dans le faire. Faire, c'est comprendre les gestes posés, leur pourquoi et leurs éventuelles conséquences.

Votre lecture commencera par des rappels de notions que vous avez déjà étudiées depuis le début de votre formation et qui sont transversaux à tout le cursus : nous pensons particulièrement à l'hygiène des mains et la philosophie des soins. Vous trouverez des fiches techniques qui concernent la réfection des lits inoccupés et occupés avant de vous plonger dans un préambule théorique en lien avec les soins d'hygiène du patient. Cette entrée en matière s'axera sur l'observation de l'aide-soignant par rapport aux excréta du patient. En filigrane, l'hydratation sera omniprésente afin de renforcer les différents leviers d'observation du soignant : les excréta, les points de pression, la déshydratation que vous actionnerez lors d'un moment privilégié avec le patient : les soins d'hygiène et les soins annexes.

Nous avons pris le parti de séquencer la toilette complète au lit en séparant les différentes parties du corps. Nous faisons appel à votre sens critique et votre capacité d'adaptation afin de parvenir à réaliser les variations que vous trouverez dans les soins d'hygiène. Le patient est autonome et sait vous aider ? Servez-vous des fiches techniques qui vous seront utiles et organisez vos soins pour proposer au patient un plan de soins adapté et professionnel. Les techniques doivent s'adapter aux situations, l'application stricte de ces lignes directrices ne peut être aveugle : les situations du terrain vous obligeront à revoir vos priorités et à bousculer l'ordre établi par les fiches techniques. Par exemple, des pathologie spécifiques (fracture de bassin, patients sous traction) avec mobilisation en bloc nécessiteront le secours d'un collègue infirmier. Nous consacrons une partie importante aux prérequis : les fiches techniques les mentionnent sans insister. Il vous incombe, particulièrement lors de l'évaluation, de pratiquer l'hygiène des mains, vous assurer de l'identité du patient, d'indiquer votre présence, ...

Ce support ne prétend pas être un manuel d'ergonomie et de manutention mais vous y trouverez la théorie nécessaire pour comprendre leur importance et pour travailler au quotidien en gardant à l'esprit que vous devez absolument préserver votre santé tant musculaire que squelettique. Après ces considérations théoriques d'ergonomie et de manutention, nous étudierons la prise de trois paramètres vitaux : la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la température corporelle. Puissent ces trois paramètres attiser votre curiosité pour aborder l'UE 8 de votre formation avec beaucoup de curiosité.

Avant de vous laisser, nous souhaitons remercier madame Chauwin et monsieur Vantomme de nous avoir permis de construire notre support sur base de leur expérience. Nous remercions également les étudiants pour leur contribution grâce à la réalisation de travaux : Jennylee, Ludivine, Elodie, Kadjatou, Khadija, Emeline, Tim, Ottman et Fouad.

HYGIENE PROFESSIONNELLE : RAPPELS

1. L'hygiène du soignant

Le premier élément sur lequel nous nous attardons est le soignant et son équipement. La célèbre locution latine « *primum non nocere* » du serment d'Hippocrate ne s'applique pas uniquement à la pratique médicale mais se transpose facilement à toute pratique professionnelle auprès du vivant. L'hygiène du soignant peut représenter une source d'infections pour le patient par un transfert des germes pathogènes de l'uniforme ou des mains du soignant vers le soigné. Outre une tenue propre et soignée, adaptée à l'exercice de la pratique soignante, le soignant veille au respect des principes de l'hygiène des mains, en connaît les indications et maîtrise les différentes étapes du processus d'hygiène des mains.

2. L'hygiène des mains

2.1 Le lavage et la désinfection des mains

Il est important de bien distinguer le lavage de la désinfection des mains. Le lavage précède la désinfection des mains, celle-ci est la dernière étape avant de procéder au soin à proprement parler. Il convient de procéder dans un premier temps au lavage des mains à l'eau et au savon avant de procéder à la désinfection des mains à l'aide d'une solution hydro alcoolique. La campagne belge pour l'hygiène des mains « Vous êtes entre de bonnes mains » explicite les deux techniques de lavage et désinfection des mains.¹

¹ <https://www.vousetesendebonnesmains.be/fr> (page consultée le 03 avril 2022)

COMMENT SE DÉSINFECTER LES MAINS avec une solution hydroalcoolique ?

1a



Appliquez le produit dans le creux de la main pour couvrir l'ensemble des mains

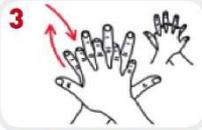
1b



2



Frictionnez les mains paume contre paume

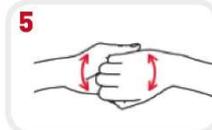


Frictionnez la paume de la main droite sur le dos de la main gauche et la paume de la main gauche sur le dos de la main droite



Frictionnez la paume de votre main droite sur le dos de votre main gauche en entrelaçant vos doigts et vice versa

5



Placez la face arrière des doigts dans la paume de la main opposée et frictionnez les doigts par un mouvement aller/retour contre cette paume



Frictionnez bien le pouce de chaque main avec la paume de l'autre main



Frictionnez le bout des doigts de chaque main en tournant dans la paume de l'autre main.



Rincez vos mains à l'eau



Séchez vos mains avec une serviette à usage unique



Fermez le robinet avec la serviette

20 à 30 sec



COMMENT SE LAVER LES MAINS avec du savon et de l'eau ?

0



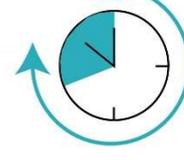
Humidifiez vos mains avec de l'eau

1



Prenez une quantité de produit suffisante pour couvrir l'ensemble des mains

40 à 60 sec



2.2 Indications

Poser les bons gestes aux bons moments !

<i>Indications du lavage des mains</i>	<i>Indications de la désinfection des mains</i>
Après être allé aux toilettes	Avant de toucher le patient
Avant et après avoir mangé	Avant d'effectuer une manipulation ou un acte invasif
Si les mains sont sales	En raison d'un risque d'exposition à un fluide biologique
Après vous être mouché, ou après avoir éternué ou toussé	Après un contact avec des objets de l'environnement du patient
Pour participer à des activités communes	En quittant le patient



L'hygiène des mains est une préoccupation de tous les jours ! Tous les services hospitaliers et non hospitaliers sont concernés et équipés du matériel adéquat ! Les lieux de soins sont équipés en conséquence et la crise sanitaire de ces dernières années a exacerbé l'accent sur l'hygiène. Nous n'avons pas d'excuses pour ne pas pratiquer l'hygiène des mains !

PHILOSOPHIE DE SOINS : *RAPPEL*

PRINCIPE FONDATEUR :

LE SOIN COMMENCE PAR LE DOSSIER ET FINIT PAR LE DOSSIER DU PATIENT

1) L'AS reçoit une demande :

- *De qui ?* = une infirmière de l'équipe soignante
- *Pour faire quoi ?* = un ou plusieurs actes des listes 1 et 2 (AR)

2) Réalisation de la collecte des données :

- *Consultation indispensable du dossier du patient pour :*
 - Connaitre son identité,
 - Obtenir des précisions sur le(s) soin(s),

Attention : réaliser une collecte des données élargie si le patient est inconnu jusqu'alors.

- *Recherche d'informations complémentaires auprès :*
 - De l'équipe : remise de service ou avec l'infirmier qui délègue le soin
 - De documents : comme des protocoles de soins ou un répertoire pharmaceutique.

3) Préparation du matériel nécessaire

4) Chambre du patient

- *S'annoncer en toquant à la porte*
- *Allumer la présence*
- *Se présenter*
- *Être attentif aux principes d'identitovigilance*
- *Fournir de l'information sur le déroulement du ou des soin(s)*

5) Réalisation du ou des soin(s)

- *Hygiène professionnelle, hygiène des mains*
- *Hygiène du soin : du plus propre au plus sale*
- *Veiller à l'intimité et la pudeur du patient*
- *Soigner aussi l'aspect relationnel du binôme soignant-soigné*

6) Clôture du ou des soin(s)

- *Veiller au confort et à l'installation du patient*
- *Dispositif d'appel à proximité du patient avant de quitter la chambre*

7) Formalisation du ou des soin(s)

- *Validation du ou des soin(s) réalisés (signature)*
- *Transmissions écrites (ciblées)*
- *Transmissions orales (à l'infirmier qui a délégué)*

REFECTIONS DE LIT

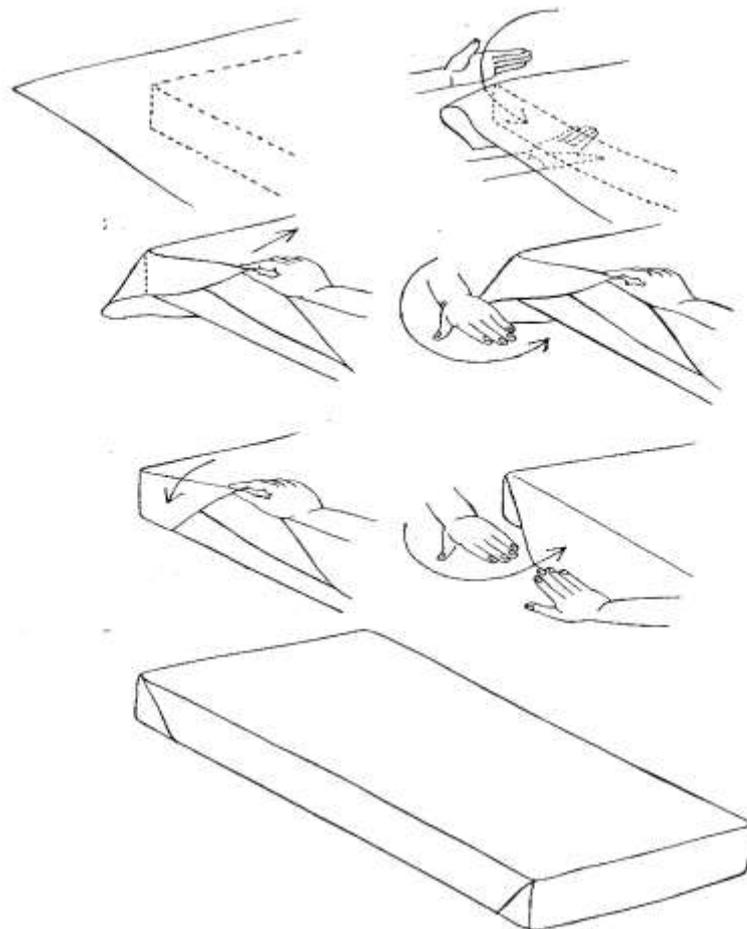
Proposition de fiche technique : La réfection de lit inoccupé

- ✓ Préparation du matériel
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains

- Elimination de la literie usagée dans un sac poubelle prévu à cet effet²,
- Si le matelas est souillé : désinfection à l'aide d'un spray désinfectant,
- Déplier le drap du dessous dans le sens de la longueur et aligner le pli longitudinal avec le milieu du lit.
- Tendre le drap et former le coin supérieur (tête de lit), ensuite tendre le drap et former le coin inférieur (pied du lit) et enfin, tendre et border la partie centrale du drap (au milieu du lit).
- S'il y en a une, placer l'alèse à usage unique (de type protège matelas) au niveau du tiers médian du lit, la déplier, la tendre et la border (en 2 temps si nécessaire : d'abord la partie proche de la tête du lit, ensuite la partie proche du pied de lit).
- Même technique pour l'alèse en tissu
- Placer le nouveau drap de dessus sur le lit, le pli central placé dans le sens de la longueur, au milieu du lit, déplier le drap de la tête du lit vers le pied et former le coin inférieur.
- Placer la couverture au niveau du tiers médian du lit, déplier le tiers supérieur, ensuite le tiers inférieur et former le coin inférieur.
- De la même manière, placer le couvre-lit au niveau du tiers médian du lit, déplier le tiers supérieur, ensuite le tiers inférieur et former le coin inférieur en laissant pendre la partie supérieure du coin du couvre-lit
- A la tête du lit, étirer le drap de dessus, la couverture et le couvre-lit et replier la garniture supérieure (faire un rabat).
N.B. : on ne borde donc pas la garniture supérieure sur la longueur du lit.
- Ouvrir le lit en 2 et border ou non (Ou en 3 et border ou non) (ou laisser le lit fermé)

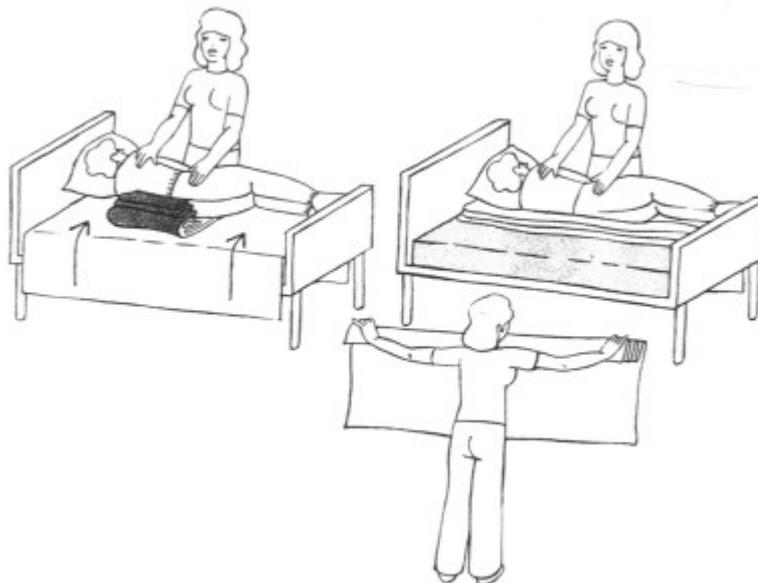
² Jamais sur le sol (hygiène hospitalière !)

Pour former un coin, il est nécessaire de soulever légèrement le matelas à l'aide de la main qui se trouve du côté du lit (main interne) ; l'autre main (main externe) saisit le drap et le borde sous le matelas (à angle de 90°). Abaisser ensuite le matelas, relever le bord du drap de manière à former un triangle (à angle de 45°), le rabattre sur le lit, border la partie inférieure du triangle (pointe pendante), rabattre la partie supérieure du triangle et la borde. Elle effectue ainsi un coin oblique



Proposition de fiche technique : La défecation et la réfection de lit occupé. Technique avec trois alèzes

- Placer une couverture de soin si nécessaire,
 - Laisser un oreiller (confort du patient) et enlever les autres oreillers éventuels,
 - Déplier la garniture supérieure,
 - Déborder la literie en commençant par le haut et progresser jusqu'au pied du lit.
 - Successivement, plier le couvre-lit, la couverture et le drap de dessus en trois parties en commençant à rabattre le tiers inférieur, enlever et déposer sur la chaise.
- Ou en bloc : plier l'ensemble de la garniture supérieure (couvre-lit, couverture, drap de dessus) en trois parties en commençant à rabattre le tiers inférieur, l'enlever et la déposer sur la chaise.
- Déplacer l'oreiller sur le côté vers lequel le patient sera tourné,
 - Mettre le patient en décubitus latéral ; un soignant maintient le patient sur le côté en plaçant une main au niveau de l'épaule et l'autre main sur la hanche³,
 - Rouler les alèzes à changer contre le corps du patient.



4

³ Toujours sur des saillies osseuses.

⁴ Cette figure illustre la réfection de lit avec drap, non pas un lit trois alèzes. Néanmoins, elle vous illustre la technique de « l'accordéon » pour plier les alèzes de façon ergonomique.

- Saisir une alèse propre et la déposer sur le tiers supérieur du matelas, former le coin supérieur et border,
- Procéder de la même manière pour l'alèse du tiers inférieur,
- Saisir la 3ème alèse, la déposer sur la partie médiane du matelas de manière à recouvrir sur quelques centimètres les alèses inférieure et supérieure et border,
- Remettre le patient en décubitus dorsal,
- Placer l'oreiller de l'autre côté et tourner le patient sur ce côté,
- Continuer à rouler la literie sale en la ramenant vers soi, la plier et l'éliminer dans le récipient à linge sale,
- Dérouler l'alèse du tiers supérieur, former le coin et border,
- Dérouler l'alèse du tiers inférieur, former le coin et border,
- Dérouler l'alèse du tiers médian et border,
- Remettre le patient sur le dos et le réinstaller confortablement,
- Placer et former les coins inférieurs du drap de dessus et de la couverture,
- A la tête du lit, étirer le drap de dessus et la couverture (sans recouvrir à aucun moment la tête du patient) et plier la garniture supérieure (faire un rabat).
- Faire le « pli de confort » au pied du lit.

HYGIENE CORPORELLE

HYGIENE CORPORELLE

PREAMBULE : L'OBSERVATION

L'aide-soignant est véritablement l'élément-clé de la prise en charge des patients. De fait, c'est lui qui passe le plus de temps au chevet des patients. Les soins d'hygiène sont une occasion à ne pas manquer pour observer le patient et ce, tant du point de vue physique que psychologique. Néanmoins, l'observation seule ne suffit pas : les observations du soignant sont précieuses pour l'équipe pluridisciplinaire : la transmission des observations lors des remises de services orales est primordiale tout comme la transmission écrite des observations dans le dossier du patient.

Avant d'entamer les soins d'hygiène à proprement parler et dès l'entrée en contact avec le soigné, le soignant peut prendre le pouls de son humeur et son état d'esprit. Dans l'exercice de la profession en milieu gériatrique, ces types d'observations sont très contributifs dans la détection des syndromes de glissement ou autres syndromes anxio-dépressifs et, toujours à consigner dans le dossier du patient.

Du point de vue physique, il existe de nombreux points qui doivent retenir l'attention du soignant. Dans un premier temps, l'état général de la peau et notamment la sécheresse de celle-ci qui doit faire penser à l'utilisation de savon spécifique ou l'application de crème hydratante. L'organe sensoriel qu'est la peau est le reflet de l'état d'hydratation du corps. Il est très important pour le soignant de détecter la déshydratation par le signe dit du « pli cutané ». Ce test simple et reproductible à l'envi est une technique qui demande de plier la peau du patient (au dos de la main ou au niveau de l'avant-bras), de maintenir ce pli et la lâcher ensuite.



Si le pli disparaît, l'hydratation est normale. En revanche, si le pli reste en place, il convient d'hydrater le patient et relayer l'information en réunion d'équipe et mettre en place un plan

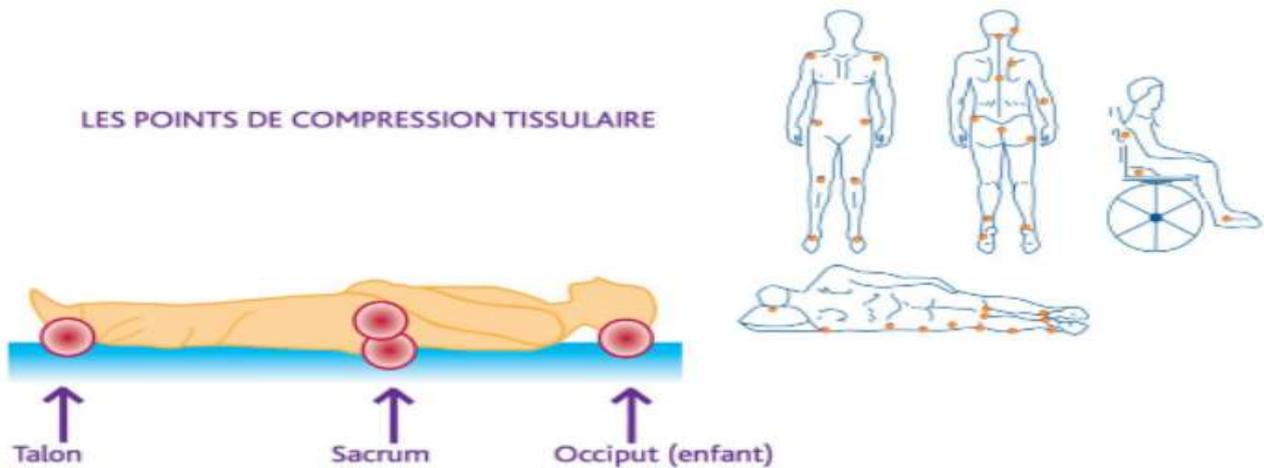
d'action pour l'hydratation de ce patient. Bien que valable tout au long de l'année, ce test est d'autant plus utile lors des mois d'été ou lors de fortes chaleurs. Fil rouge de ce préambule, l'hydratation est un élément-clé de la prise en charge et le suivi des patients car la déshydratation présente de nombreux effets délétères. La déshydratation se manifeste notamment au niveau des excréments. En effet, le soignant doit observer les urines et les selles des patients. Les urines normales sont claires teintées de jaune. L'anormalité consiste en la présence de sang dans les urines ou de flocons qui témoignent de la présence d'une infection urinaire. Mais aussi et surtout, l'absence d'urines doit alerter les soignants ! Il peut s'agir d'une urgence absolue ! Une mauvaise hydratation réduit la quantité d'urines sur une journée et les concentre et leur donne une couleur brunâtre. Si la diminution de la quantité des urines doit vous interpeller, l'excès d'urines également ! Un patient qui explique devoir uriner très régulièrement et/ou en grosses quantités doit faire l'objet d'une transmission aux praticiens de l'art infirmier ainsi qu'au médecin référent.

De même, la constipation peut être un signe d'une hydratation insuffisante. Les patients doivent être correctement hydratés pour permettre l'expulsion de selles moulées mais souples. Plus largement, l'observation de selles doit alerter si le patient perd du sang par l'anus ou si les selles sont blanchâtres Il existe un moyen mnémotechnique pour réaliser une observation correcte des excréments à savoir le COQA : Couleur, Odeur, Quantité et Aspect des urines ou des selles.

Nous pouvons (devons) également pousser le rôle d'observation du soignant plus loin car la surveillance de l'hydratation peut se faire au même moment que la prise des repas et/ou des médicaments. C'est aussi l'occasion de repérer les personnes qui ne boivent pas suffisamment et qui doivent être stimulées.

Les patients dont la mobilité est réduite nécessitent une observation particulière et nous ne parlons pas uniquement de la personne alitée mais aussi des bénéficiaires de soins qui restent dans la même position de manière prolongée comme les patients levés au fauteuil. Les zones du corps en contact avec des saillies osseuses attirent particulièrement le regard lors de la toilette du soigné. La prise en compte rapide de l'apparition des rougeurs⁵ limitent le développement des escarres.

⁵ Les rougeurs sont le premier stade de l'escarre.



Le soignant doit aussi, en parfaite connaissance du dossier médical et des antécédents du patient, être attentif aux membres inférieurs des patients diabétiques. En effet, le soin de telles plaies est délicat car elles peuvent être le point de départ à de nombreux problèmes pour le patient. Notons également que les soins aux pieds des patients diabétiques sont réservés aux professionnels qualifiés du fait du haut risque de blessure que les soins de pédicures peuvent occasionner.

La thématique de l'immobilisation peut également être reliée à notre fil rouge, l'hydratation. Le regard de l'aide-soignant doit être attiré par la présence d'œdèmes. Ceux-ci peuvent être observés sur l'ensemble du corps du patient (flancs, abdomen, membres supérieurs par exemple) mais aussi et surtout au niveau des membres inférieurs. L'œdème est une stagnation de liquide sous la peau du patient due principalement à une baisse du retour veineux et, nous l'avons évoqué, l'immobilisation. En cas d'œdème, le membre du patient est gonflé et il existe un test qui permet de vérifier la présence d'œdème : le signe du godet. Il convient d'appuyer délicatement sur la zone gonflée avec un doigt et maintenir la pression sur la peau. Si la marque laissée par le doigt reste après avoir ôté le doigt, le patient souffre d'œdème. L'image vous montre aussi la trace des chaussettes marquée sur la peau du patient : présence d'œdème !



Proposition de fiche technique : La toilette du visage

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »

La toilette du visage se pratique à l'eau claire pour éviter que les yeux du patient soient irrités par le savon.⁶

- Commencer par le front,
- Nettoyer les yeux du patient en partant de l'intérieur vers l'extérieur,
- Nettoyer les joues,
- La bouche en insistant sur les lèvres (peaux mortes),
- Le cou et la nuque,
- Terminer par les oreilles,
- Sécher en tamponnant.

D'autres techniques sont également valables à partir de l'instant où les souhaits du patient, sont respectés ainsi que les principes d'hygiène corporelle.

Il est important de préciser que la toilette du visage s'accompagne également de soins annexes tels que le soin de bouche et des prothèses dentaires, des soins des oreilles et du nez.

⁶ N.B. : Si le patient souhaite malgré tout que son visage soit lavé au savon, respecter son souhait.

Proposition de fiche technique : La toilette du tronc et des bras

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »

Avec un gant de toilette savonné :

- Commencer par le bras distal et l'avant-bras,
- Main distale,
- Remonter vers l'aisselle distale,
- Plonger le gant de toilette dans l'eau et savonner à nouveau,
- Bras proximal et avant-bras proximal,
- Main proximale,
- Remonter vers l'aisselle proximale,
- Plonger le gant de toilette dans l'eau et savonner à nouveau,
- Laver le buste du patient en terminant par le nombril⁷,
- Rincer selon les mêmes étapes,
- Sécher,
- Recouvrir le patient.

⁷ Le nombril est une zone dite « colonisée » et donc, sale

Proposition de fiche technique : La toilette des membres inférieurs

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »

Avec un gant de toilette savonné,

- Commencer par la jambe distale en partant de la mi-cuisse, face avant et arrière
- Nettoyer le pied distal, y compris les espaces interdigitaux
- Nettoyer la jambe proximale en partant de la mi-cuisse, face avant et arrière
- Nettoyer le pied proximal, y compris les espaces interdigitaux.
- Rincer
- Sécher

Proposition de fiche technique : La toilette intime

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »
- ✓ Par toilette intime, nous entendons la toilette partant du bas ventre et se terminant à mi-cuisse

Avec un gant de toilette savonné sur les deux faces et sur les arêtes :

- Commencer par la mi-cuisse distale,
- Revenir sur le bas ventre,
- Terminer par la mi-cuisse proximale,
- Nettoyer le pli inguinal distal du haut vers le bas (du bas ventre vers la cuisse),
- Nettoyer le pli inguinal proximal du haut vers le bas (du bas ventre vers la cuisse),
- Rincer le gant de toilette et savonner.

Femme	Homme
- Nettoyer délicatement la grande lèvre distale et le pubis,	- A l'aide de votre main non dominante, décalotter délicatement,
- Nettoyer délicatement la grande lèvre proximale,	- Maintenir la verge décalottée et à l'aide de votre main dominante, nettoyer le gland,
- A l'aide de votre main non dominante, écartez les grandes lèvres,	- Nettoyer la verge et le pubis,
- A l'aide de votre main dominante, procédez à la toilette de la petite lèvre distale puis de la petite lèvre proximale,	- Nettoyer les testicules délicatement
- Nettoyer du clitoris vers le vagin ⁸ ,	- Rincer en suivant les mêmes étapes,
- Rincer en suivant les mêmes étapes,	- Sécher,
- Sécher délicatement,	- Recalotter délicatement,
- Recouvrir la patiente.	- Recouvrir le patient.

⁸ Jamais dans l'autre sens !

Proposition de fiche technique : La toilette intime avec sonde vésicale

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »
- ✓ Par toilette intime, nous entendons la toilette partant du bas ventre et se terminant à mi-cuisse

Avec un gant de toilette savonné sur les deux faces et sur les +9*arêtes :

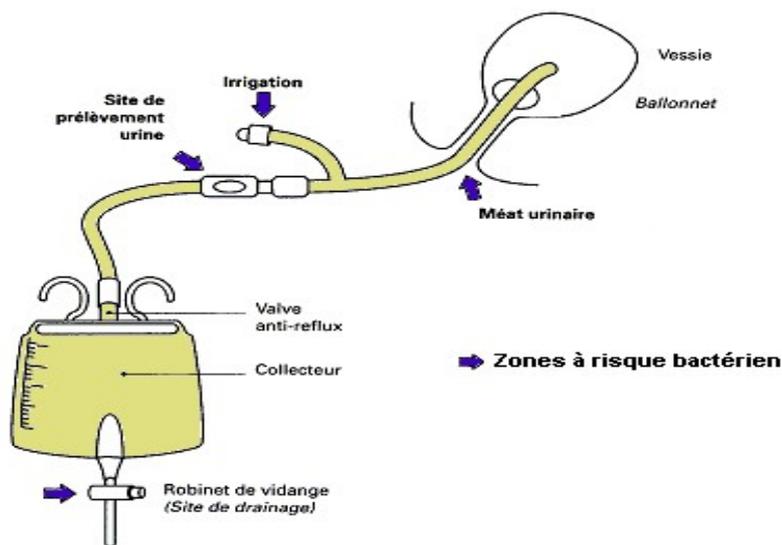
- Commencer par la mi-cuisse distale,
- Revenir sur le bas ventre,
- Terminer par la mi-cuisse proximale,
- Nettoyer le pli inguinal distal du haut vers le bas (du bas ventre vers la cuisse),
- Nettoyer le pli inguinal proximal du haut vers le bas (du bas ventre vers la cuisse),
- Rincer le gant de toilette et savonner.

Femme	Homme
- Nettoyer délicatement la grande lèvre distale et le pubis,	- A l'aide de votre main non dominante, décalotter délicatement,
- Nettoyer délicatement la grande lèvre proximale,	- Maintenir la verge décalottée et à l'aide de votre main dominante, nettoyer le gland,
- A l'aide de votre main non dominante, écartez les grandes lèvres,	- Nettoyer la sonde vésicale à son entrée dans la verge
- A l'aide de votre main dominante, procédez à la toilette de la petite lèvre distale puis de la petite lèvre proximale,	- A l'aide de votre pouce et de votre index de la main non dominante, maintenir la sonde en place pour éviter les tractions et nettoyer la sonde en direction du sac sur environ dix à quinze centimètres,
- Nettoyer du clitoris vers le vagin ⁹ ,	- Nettoyer la verge et le pubis,
- A l'aide de votre pouce et de votre index de la main non dominante, maintenir la sonde en place pour	- Rincer en suivant les mêmes étapes,

⁹ Jamais dans l'autre sens !

éviter les tractions et nettoyer la sonde en direction du sac sur environ dix à quinze centimètres,	- Sécher en suivant les mêmes étapes,
- Rincer en suivant les mêmes étapes,	- Recalotter délicatement,
- Sécher délicatement,	- Recouvrir le patient.
- Recouvrir la patiente et veiller à maintenir la sonde vésicale à la jambe	- Veiller à maintenir la sonde vésicale à la jambe

Il est important de préciser que lors du soin à la sonde vésicale, il convient de prêter attention au sac récepteur des urines. En effet, il convient de vidanger ce sac pour permettre l'écoulement des urines. A cette fin, prévoir dans le matériel un récipient (bassin de lit, urinal, ...), que vous placerez sous le robinet de drainage avant d'ouvrir ce robinet. Lorsqu'il n'y a plus d'urines dans le sac, refermez le robinet pour éviter que les urines ne s'écoulent sur le sol. Cette procédure s'effectuera avec des gants à usage unique (contact avec un liquide biologique).



Exemple de « jarretière », moyen de fixation des sondes vésicales.

Proposition de fiche technique : La toilette du siège

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »
- ✓ Par toilette intime, nous entendons la toilette partant du bas ventre et se terminant à mi-cuisse

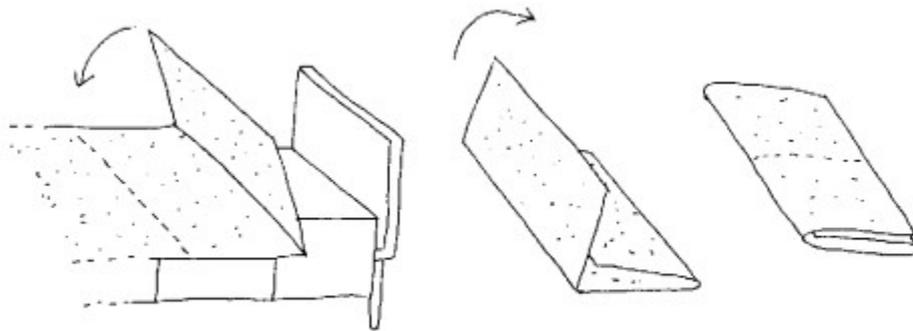
Avec un gant de toilette savonné sur les deux faces et sur les arêtes,

- Commencer la mi-cuisse distale,
- Revenir sur le bas du dos,
- Terminer par la mi-cuisse proximale,
- Avec une face du gant de toilette, nettoyer le pli inguinal distal des parties intimes vers le bas du dos,
- Avec l'autre face du gant de toilette, nettoyer le plus inguinal proximal des parties intimes vers le bas du dos.
- Rincer le gant de toilette et savonner,
- Nettoyer la sphère anale en s'éloignant de la zone intime vers le bas du dos.
- Rincer en suivant les mêmes étapes,
- Sécher
- Repositionner le patient sur du propre (protection, alèze, serviette, ...)

Proposition de fiche technique : La toilette complète au lit

- ✓ Consultation du dossier du patient
- ✓ Préparation du matériel et du patient
- ✓ Pratique de l'hygiène des mains
- ✓ Respect du principe « du plus propre au plus sale »
- ✓ Par toilette intime, nous entendons la toilette partant du bas ventre et se terminant à mi-cuisse

- Réaliser une couverture de soins (alèze, serviette, drap du dessus plié en trois, ...)



- Contrôler la présence de selles ou non (s'il n'y a pas de selles, commence la toilette complète du malade par la toilette du visage)

- S'il y a des selles : d'abord et avant tout, les éliminer avant de commencer la toilette complète du patient.

- Ouvrir la protection et replier la protection vers le bas,
- Eliminer les selles à l'aide papier toilette ou alèze,
- Placer le patient en décubitus latéral,
- Eliminer les selles et la protection dans la poubelle,
- Repositionner le patient sur du propre avant de poursuivre la toilette,
- Couvrir le patient à l'aide la couverture de soins,
- Toilette du visage,
- Toilette du tronc et des bras,

- Toilette des membres inférieurs,
- Remplacer l'eau en veillant à la température de l'eau,
- Toilette intime,
- Remplacer l'eau en veillant à la température de l'eau,
- Placer le patient en décubitus latéral,
- (Toilette du dos si le patient ne peut se redresser dans son lit),
- Toilette du siège,
- Lever le malade,
- Procéder à la réfection du lit,
- Evacuation des déchets et rangement de la chambre

SOINS ANNEXES

Proposition de fiche technique : Le rasage

Matériel :

- Rasoir électrique ou mécanique (rasoir jetable) avec crème à raser
- Récipient d'eau chaude, serviette et gant. Lotion après rasage

Efficacité, hygiène :

- Pratiquer l'hygiène des mains
- Veiller à ce que le patient soit confortablement installé
- Poser une serviette sur sa blouse ou autre vêtement qu'il porte, afin qu'il ne soit pas mouillé pendant le rasage
- Remplir une bassine à moitié, d'eau chaude et demander au patient si la température lui convient
- Laver le visage (certains préfèrent se laver le visage sans savon, toujours demander)
- Rincer et sécher
- (Enfiler des gants à usage unique)
- Repérer le sens du poil si vous pensez qu'il vaut mieux raser dans le sens du poil, au à contresens (plusieurs écoles, le mieux étant de demander ce que préfère le patient)
- Attention : bien tendre la peau pour diminuer la douleur,
- Sinon, la plupart des hommes rasent leur visage en descendant (des pattes de cheveux au menton, puis du menton au bas du cou, puis du nez à la bouche)
- Appliquer la mousse (en une noisette) selon l'épaisseur de la barbe, bien appliquer
- Passer le rasoir sans appuyer mais en épousant les formes du visage
- Rincer régulièrement le rasoir dans la bassine, en tapotant si besoin le rasoir sur le fond de la bassine pour qu'il se débarrasse des poils
- Si besoin, demander au patient de mettre sa langue contre le coin des lèvres, puis près du menton pour permettre de bien raser dans les plis
- Rincer à l'aide du gant de toilette, plusieurs fois si besoin
- Sécher puis hydrater si possible, avec une crème hydratante ou un soin apporté par le patient
- Eliminer les déchets, ôter les gants et pratiquer l'hygiène des mains

Sécurité :

- Pour éviter de couper la peau, raser avec précaution et prudence surtout là où la peau est plus souple et moins tendue
- Ne pas laisser une personne fatiguée se raser seule avec un rasoir électrique.
- Confort
- Respecter les habitudes de rasage de la personne et raser selon son désir au début de la toilette ou à la fin
- Pour une personne qui peut se raser seule, disposer tout le matériel nécessaire
- Ne pas irriter la peau en insistant trop sur certaines zones, rincer aussi souvent que nécessaire
- Ne jamais raser le visage d'une femme pour enlever des poils disgracieux sans son accord

Avec la personne :

- Communiquer
- En musique si elle le souhaite (cela permet plus de plaisir durant le soin)
- Soutenir son autonomie en la faisant participer

Avec l'équipe :

- Noter le soin et transmettre
- Transmettre vos observations et ce que la personne a été capable de faire seule

Proposition de fiche technique : Le soin de bouche¹⁰

Le soin de bouche sans prothèse dentaire :

- Informer le patient/résident sur le soin,
- Effectuer un lavage hygiénique des mains et désinfecter le plan de travail,
- Installer la personne en position demi-assise ou la relever avec des coussins,
- Préparer le matériel (dentifrice, brosse à dents, verre, ...),
- Humidifier la brosse à dents et appliquer un trait de dentifrice,
- Brosser les dents en prenant soin de n'oublier aucune zone
- Faire rincer la bouche avec de l'eau, sauf pour le patient qui a perdu ses réflexes de déglutition (dans ce cas, utiliser le minimum d'eau, ou s'aider de compresses humides ou ...)
- Réinstaller correctement le patient,
- Eliminer les déchets et pratiquer l'hygiène des mains.

Le soin des prothèses dentaires :

- Informer le patient du soin,
- Installer le patient assis,
- Effectuer un lavage hygiénique des mains et désinfecter le plan de travail,
- Regrouper le matériel nécessaire (brosse à dents, dentifrice ou solution lavante),
- Enfiler des gants chirurgicaux,
- Demander au patient de retirer la ou les prothèse(s) ou l'enlever soi-même,
- Mouiller la brosse à dents, mettre le dentifrice ou une solution adéquate,
- Brosser la ou les prothèse(s) avec précaution,
- Rincer à l'eau claire,
- Poser les prothèses dentaires à l'aide de points de colle adaptée,
- En fonction du moment de la journée : ranger la prothèse au sec dans un boîtier ou remettre la ou les prothèse(s) au patient en s'assurant que sa bouche soit humide,
- Réinstaller le patient,
- Eliminer les déchets et pratiquer l'hygiène des mains

¹⁰ Le soin de bouche est un soin de l'UE8, prenez ceci en considération pour le soin des prothèses dentaires.

Proposition de fiche technique : Les appareils auditifs

Différents types

1. Les contours d'oreille

L'appareil auditif contour d'oreille reste le dispositif le plus courant. Il se dissimule derrière l'oreille.



Figure 1 Appareil auditif de type contour d'oreille

Les appareils contour d'oreille conviennent à tous les types de perte auditive, En cas de baisse auditive avérée, il est conseillé de porter un appareil plus puissant et par conséquent, plus grand.

2. Les intra-auriculaires

Ces appareils auditifs se trouvent dans le conduit auriculaire. Ils sont très discrets et quasi invisibles.



Figure 2 Appareil auditif de type intra-auriculaire

Les appareils auditifs intra-auriculaires ne conviennent pas s à toutes les formes de perte auditive à cause de leur plus petite taille, le niveau d'amplification sera plus restreint

3. Lyric

Lyric est un appareil auditif 100% invisible, placé dans le conduit auditif à seulement quelques millimètres du tympan.

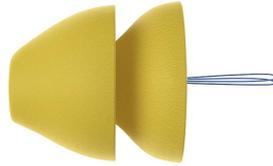


Figure 3 Appareil auditif de type lyric

Lyric utilise l'anatomie naturelle de l'oreille pour amplifier le son et vous offrir une expérience auditive naturelle et complète. Vous localisez parfaitement les bruits et vous percevez les sons aigus, sans sifflement ni bruit de fond. Le Lyric ne convient pas pour tout type de perte auditive à cause de leurs petites tailles.

Mode d'emploi

1. Comment placer l'appareil auditif ?

- Tenez l'appareil auditif de manière à ce que les repères soient orientés vers le haut.
- Tirez délicatement pavillon de l'oreille vers l'extérieur.
- Insérez l'appareil dans le conduit auditif, en le tournant légèrement si nécessaire et en suivant la forme naturelle de l'oreille.

2. Comment faire tenir des appareils auditifs ?

- Faites attention au sens gauche / droite. Le boîtier doit toujours se placer derrière l'oreille (vous pouvez vous repérer grâce à l'orientation de l'écouteur)
- Tirez légèrement votre oreille puis enfoncez légèrement l'embout dans le conduit auditif...

3. Comment nettoyer un appareil auditif intra-auriculaire ?

- Pour nettoyer et entretenir votre appareil auditif intra-auriculaire, plusieurs gestes simples :
- Nettoyer tous les jours la coque de l'appareil auditif avec un spray spécial. Vous devez appliquer le spray sur une brosse ou un tissu que vous utilisez ensuite sur l'appareil auditif. Vous ne devez pas appliquer le produit directement sur la coque.

- Sécher ensuite vos aides auditives intra-auriculaires dans une boîte de séchage prévue à cet effet.
- De temps en temps, changez les cache-microphone de vos intra-auriculaires chez votre audioprothésiste

4. Comment sécher une aide auditive ?

L'humidité se dépose principalement dans le logement de pile et dans le coude ou dans le tube de sortie du son de votre appareil auditif. Utiliser une bombe d'air ou une poire soufflante permet de ventiler et de sécher les zones exposées de votre appareil auditif.

*ERGONOMIE ET
MANUTENTION*

L'ergonomie et la manutention sont deux thèmes importants de la pratique soignante et font l'objet d'un consensus : il convient de tout mettre en œuvre pour manipuler le patient en toute sécurité tout en s'assurant de protéger le soignant des blessures musculaires et/ou osseuses, autrement appelés troubles musculo-squelettiques.

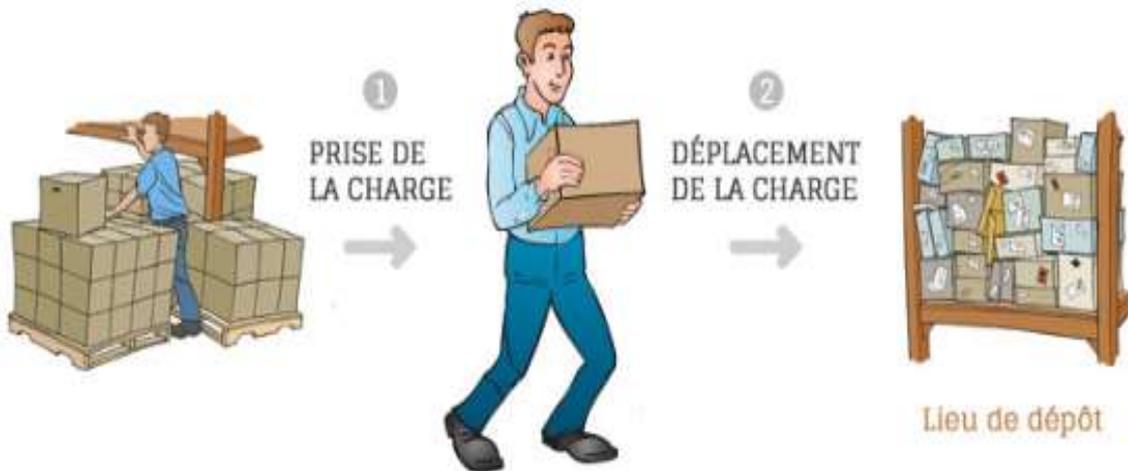
1. L'ergonomie

L'ergonomie est l'étude du milieu de travail ainsi que des comportements du travailleur dans le but de parvenir à l'élaboration de nouveaux outils ou de corriger, améliorer les outils actuels pour augmenter le confort au travail et la sécurité. L'ergonomie constitue une obligation légale pour les employeurs notamment dans le choix de matériaux adaptés aux exigences du travail mais aussi dans l'optimisation de l'environnement de travail (diminution du bruit, gestion de la luminosité, ...). L'ergonomie va avoir un impact direct sur l'apparition des troubles musculo-squelettiques avec une condition : l'utilisation du matériel présent par les travailleurs. La mission de l'ergonomie est d'adapter le travail à l'Homme et non pas l'inverse.

2. La manutention

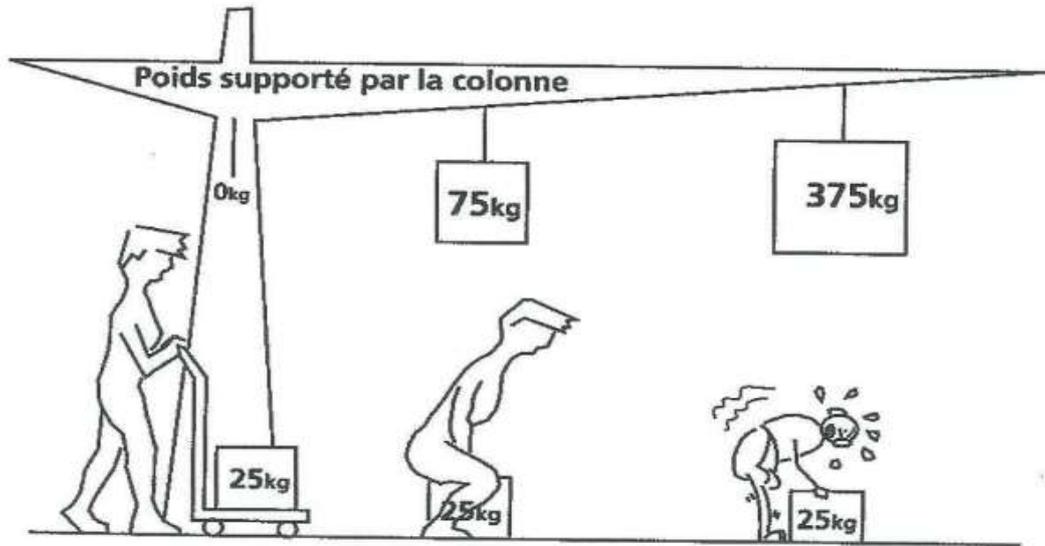
Il s'agit du transport ou le soutien d'une charge qui va nécessiter l'effort physique d'une ou de plusieurs personnes. Cet effort peut être fourni pour accomplir différentes actions comme lever, poser, pousser, tirer, porter ou déplacer la charge. La manutention comporte des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs en fonction des conditions dans lesquelles le travail est effectué (exiguïté des lieux dans une chambre de maison de repos par exemple). La manutention peut être décomposée en deux phases : la prise en charge de l'objet et le déplacement de celui-ci pour l'amener à un autre endroit. L'exemple ci-contre illustre une manutention de charge ; celui-ci est transposable à la pratique soignante : le déplacement d'un patient du lit au fauteuil par exemple.

LES DEUX GRANDES PHASES DE MANUTENTION



2.1 Les principes de la manutention

Il existe six principes de base afin de manipuler les patients en maximisant les chances de se protéger en tant que soignant. Ces principes sont simples et facilement mémorisables. D'abord, écarter les jambes pour augmenter sa surface d'appui au sol permet au soignant d'éviter de perdre l'équilibre et risquer de chuter. De plus, rapprocher l'objet de soi plutôt que de l'éloigner de soi permet également de ne pas perdre l'équilibre et éviter aussi les troubles musculo-squelettiques. Par exemple, il est moins difficile de déplacer un carton de 20 kilogrammes en le tenant au plus près de la poitrine que de le porter à bout de bras. Ensuite, afin d'éviter de blesser sa colonne lombaire en basculant le bassin vers l'avant en contractant les abdominaux. Cette technique va permettre de répartir le poids porté sur toute la colonne. La sollicitation des membres inférieurs est probablement le principe le plus facile d'utilisation. Lorsque le soignant plie ses jambes, il permet de faire porter le poids par les membres inférieurs et non pas par la colonne vertébrale. Une même charge sollicitera la colonne de manière différente en fonction de l'utilisation des membres inférieurs.



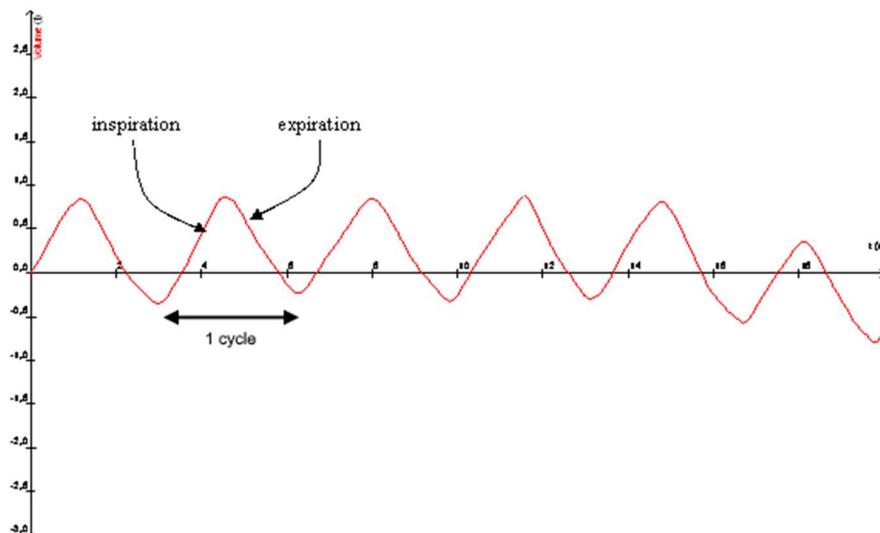
Enfin, il reste deux principes de manutention qui vont concerner le patient. Pourquoi les soignants ont-ils tendance à manipuler les patients eux-mêmes sans tenir compte de l'autonomie des patients ? Nous laissons la réponse à cette question à votre réflexion personnelle en guise de (re)mise en question des pratiques que vous pouvez observer lors de vos stages. Enfin, le respect du mouvement naturel est un principe important afin de ne pas blesser le patient en appliquant des mouvements que le corps ne fait pas naturellement mais aussi, a pour objectif de maintenir l'autonomie du patient à niveau (ou de récupérer celle-ci après une perte d'autonomie : hospitalisation, fractures, ...).

PARAMETRES VITAUX

Dans le cadre de cette unité d'enseignement et en fonction de l'évolution de votre formation, nous vous proposons d'étudier ici trois paramètres vitaux : la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la température corporelle. Au cours de votre formation, plus précisément dans l'UE8, vous serez mis en contact avec d'autres paramètres vitaux tels que la mesure de la tension artérielle, la saturation en oxygène ou encore la mesure de la glycémie capillaire. Nous attirons votre attention sur le fait que la prise des paramètres n'est pas une fin en soi et nécessite une analyse sur base des données précédemment récoltées. Ainsi, une valeur peut vous paraître hors-normes si vous la considérez de manière isolée mais qui peut être considérée normale lorsqu'elle s'inscrit dans la globalité : un patient dont les mesures de température corporelle sont toutes dans une fourchette basse, par exemple.

1. La fréquence respiratoire

Lorsque vous mesurez la fréquence respiratoire d'un patient, vous comptez le nombre de cycles respiratoires effectués par le patient en un temps défini : une minute. Un cycle respiratoire correspond à une inspiration suivie de l'expiration. Elle s'exprime donc en cycles par minute et la valeur normale de la fréquence respiratoire est de 12 à 20 cycles par minute.



De nombreux facteurs influencent la fréquence respiratoire comme par exemple l'âge : un nourrisson respire plus vite qu'un adulte mais aussi la pratique d'une activité physique¹¹. Ne nous méprenons pas, une activité physique n'est pas obligatoirement une course à pied ou la pratique d'un sport ! Pour une personne âgée, se déplacer du fauteuil au lit ou de la chambre

¹¹ Cette liste n'est pas exhaustive : pensez-vous à d'autres facteurs d'influence ?

vers le restaurant de la maison de repos est une activité physique qui risque de modifier la mesure de la fréquence respiratoire ! Nous pouvons attirer votre attention sur le fait que la prise des paramètres devra faire l'objet d'une réflexion personnalisée et intégrée au plan de soins : il vous incombe de trouver le meilleur moment pour prendre les paramètres du patient !

En tant que professionnel de la santé, il vous est possible de qualifier la respiration du malade. Lorsque le patient respire plus vite que la normale, nous parlons de tachypnée et à l'inverse, il s'agit d'une bradypnée. Il est également possible de qualifier la respiration en fonction de l'aisance avec laquelle le patient respire. Celui-ci respire normalement et sans difficultés : la respiration est eupnéique. A l'inverse, le patient est dit « dyspnéique » lorsqu'il exprime des difficultés à respirer ou que le soignant observe des difficultés respiratoires.

Justement, et compte-tenu des éléments déjà étudiés jusqu'ici l'aide-soignant doit être mis en alerte dans différentes situations :

- Lors de la mesure de la fréquence respiratoire, le patient ne respire pas : c'est une **APNEE**¹²¹³,
- Lors de toux importante,
- Le patient vous dit ressentir une gêne respiratoire,
- Vous observez des zones du corps cyanosées,
- Le patient est dyspnéique et transpire,
- Les sifflements,
- L'encombrement.

Lors de la mesure de la fréquence respiratoire, prenez soin d'apprécier l'amplitude de la phase inspiratoire et de la phase expiratoire : la respiration est-elle aisée pour le patient ? Est-elle superficielle et rapide ? Dououreuse ? Est-elle régulière ? Est-elle irrégulière ? Au plus vous observerez la respiration du patient, au plus vous serez en mesure de la qualifier auprès du personnel infirmier et médical de manière précise et vous contribuerez à aider le patient !

¹² Revoyez votre mesure de la fréquence respiratoire si le patient est conscient et vous parle.

¹³ Cfr votre cours de premier secours !

2. La température corporelle

Prendre un thermomètre pour relever la température corporelle du patient est un geste destiné à détecter l'apparition de fièvre, elle-même signe d'une infection. Elle peut se prendre à différents endroits du corps : aisselle, bouche, front, rectum, tempe ou encore au niveau du tympan. Ces différents sites de mesure ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients et il conviendra de mesurer la température en fonction : des habitudes du patient et/ou de sa morphologie, des habitudes du service, ...

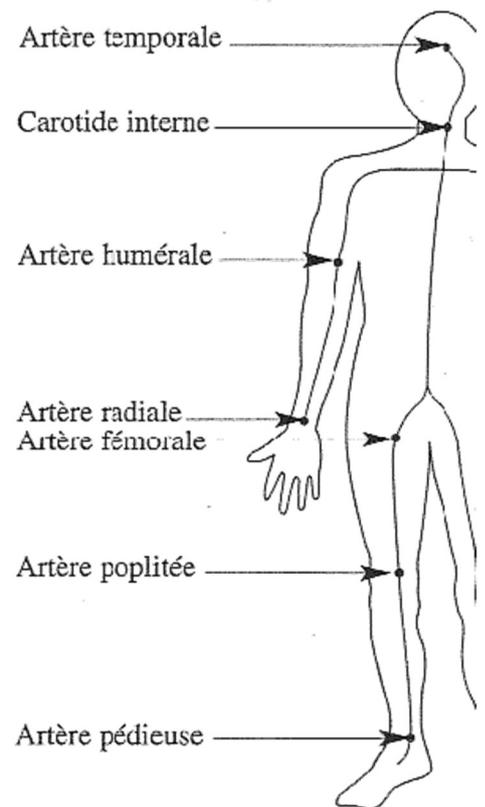
La norme de la température varie selon la littérature scientifique et est le sujet de nombreux débats en fonction des services hospitaliers ou des maisons de repos. Retenez qu'entre 36.5 et 37.5 degrés, le patient est dit normotherme. Lorsque nous passons la barre des 37.5 degrés, nous pouvons parler d'hyperthermie qui doit être signalée et transmise à l'infirmier référent et au médecin. Evidemment, il en est de même pour l'hypothermie qui survient lorsque la température corporelle passe sous la barre des 35 degrés.

Température ...	Spécificités
... axillaire	<ul style="list-style-type: none"> - Peu fiable, l'aisselle peut devenir un milieu ouvert (le thermomètre n'est pas encerclé de peau selon la morphologie du patient et est donc dans un milieu ouvert : la température est sous-estimée. Le patient doit bien serrer son bras contre son buste - Répétition des mesures pour confirmation - Pratique, ne nécessite pas de déshabiller du patient
... inguinale	<ul style="list-style-type: none"> - La problématique que nous évoquions pour l'aisselle ne se pose pas vraiment pour le pli inguinal : le thermomètre est facilement en contact direct avec la peau et il y a moins facilement de création de creux qui fausseraient la température - Fiable - Il faudra peut-être mobiliser le patient, l'allonger pour accéder à son pli inguinal plus aisément.
... buccale	<ul style="list-style-type: none"> - Peu fiable du fait des variations de température de la cavité buccale : ingestion de boisson chaude ou froide, sécheresse buccale - Déconseillée chez les enfants - Zone facilement accessible
... rectale	<ul style="list-style-type: none"> - Précise et fiable - Nécessite d'installer le patient en décubitus latéral - Demande de la douceur lors de l'introduction - Utilisation rectale exclusive
... tympanique	<ul style="list-style-type: none"> - Le rayonnement infrarouge doit arriver directement sur le tympan pour mesurer la température à cet endroit et pas sur la

	<p>peau avoisinante : tirer délicatement sur le lobe de l'oreille puis introduire l'embout du thermomètre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les bouchons de cérumen peuvent aussi fausser la lecture - Facile d'accès, pas de déshabillage - Répétition en cas de doute !
... temporale	<ul style="list-style-type: none"> - Rapide et pratique - Fonctionne à l'aide d'un rayonnement infrarouge - Ne demande pas de déshabillage du patient - Respect de la distance entre la peau et le thermomètre (en fonction des thermomètres, de 1 à 3 cm en général)

3. La fréquence cardiaque

La mesure de la fréquence cardiaque est une mesure qui demande au soignant de la concentration et une connaissance théorique préalable. Mesurer la fréquence cardiaque, c'est compter le nombre de contractions du ventricule gauche en un temps donné : une minute. Les pulsations du patient correspondent aux battements du cœur ; ce sont ces battements que nous comptons. Une pulsation correspond au passage du sang dans l'artère qui se distend sous la pression exercée par la force du cœur. Nous percevons les pulsations plus facilement lorsque nous palpons une artère sous la peau en regard d'une saillie osseuse. Ainsi, nous bloquons l'artère sous nos doigts à l'aide de l'os et nous sentons nos doigts se soulever sous le passage du sang. Les pulsations sont comprises entre 60 et 80 battements par minute. Pour la mesurer, nous nous munissons d'une horloge et nous concentrons notre attention sur la trotteuse. Une fois celle-ci sur le douze, nous commençons à compter le nombre de pulsations jusqu'à ce que la trotteuse se retrouve en position verticale, sur le douze. Dans votre pratique professionnelle, vous mesurerez préférentiellement la fréquence cardiaque au niveau de l'artère radiale mais sachez qu'il existe d'autres artères que nous pouvons sentir. Si vous ne percevez pas de pulsations au niveau radial, rabattez-vous sur des plus grosses artères du corps comme les artères carotide et fémorale. Attention de savoir reconnaître les signes d'arrêt cardiaque et d'agir en conséquence !



ATTENTION : NE JAMAIS PRENDRE LA FC AVEC VOTRE POUCE !

Il existe une terminologie spécifique pour qualifier la fréquence cardiaque : retenez que lorsque la fréquence cardiaque est élevée, nous parlons de tachycardie et lorsque la fréquence cardiaque est basse, nous parlons de bradycardie. Il est important de préciser qu'il existe, pour la fréquence cardiaque aussi, différents facteurs influencent la fréquence cardiaque des patients comme l'âge (elle est plus élevée chez le nourrisson que chez l'adulte), certains médicaments et certaines maladies¹⁴.

¹⁴ Nous vous laissons le soin de compléter les facteurs qui influencent la fréquence cardiaque lors de vos différents stages.

EVALUATION

1. Modalités d'évaluation

L'évaluation certificative de cette AE est commune à l'évaluation certificative de l'AE « hygiène et confort » et se déroule lors du dernier cours des deux AE. L'évaluation a lieu dans le local de pratique professionnelle. Un ordre de passage est établi et les étudiants sont amenés à tirer au sort une situation et de réaliser les soins que celle-ci requiert. L'évaluation dure 20 minutes par étudiant. Aucune information n'est fournie à l'étudiant au sortir de l'évaluation : il faut attendre la délibération de l'ensemble de l'unité d'enseignement.

L'évaluation se fait sur base d'une grille d'évaluation critériée que vous trouverez ci-après¹⁵. Cette grille vous sert également lors des séances d'entraînement : chaque étudiant se trouvera tantôt dans une situation d'évalué, tantôt dans la peau de l'évaluateur.

2. Ajournement

En cas d'ajournement, l'étudiant est informé à la suite de la délibération de cette décision et reçoit la grille d'évaluation qui a été utilisée et reçoit également la motivation de cet ajournement. La date de la seconde session est généralement communiquée concomitamment avec ces documents. La seconde session se déroule selon les mêmes modalités d'évaluation que la première session : mise en situation par tirage au sort.

¹⁵ N.B. : si cette grille d'évaluation devait être modifiée, les étudiants seraient informés de ces modifications.

3. Grille d'évaluation critériée

GRILLE D'EVALUATION CRITERIEE – EVALUATION UE 4.2 ET 4.3

ACQUIS D'APPRENTISSAGE

1. L'étudiant sera capable de poser des gestes techniques adéquats inhérents aux soins à la personne dans le respect des principes d'hygiène et de confort
2. L'étudiant sera capable de poser ces gestes techniques adéquats en garantissant la sécurité de la personne soignée,
3. L'étudiant sera capable de poser les gestes techniques en tenant compte de la sécurité du soignant selon les principes de manutention.
4. L'étudiant sera capable d'inclure dans sa prise en charge globale des actions préventives en matière d'hygiène et de santé dans le souci du maintien ou de l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie.

DEGRE DE MAITRISE

- Pertinence des éléments relevés à la lecture du dossier patient : contribution des informations en fonction du soin tiré au hasard
- Fluidité dans le déroulement du soin
- Pertinence des actions préventives proposées pour le maintien de l'autonomie
- Intégration de l'hygiène professionnelle et l'hygiène des mains dans sa prise en charge

Prénom :

Situation :

Critères d'évaluation du seuil de réussite	Acquis	Non acquis
L'étudiant répond aux exigences de l'hygiène du soignant :		
- L'étudiant se présente à l'évaluation dans une tenue de travail adaptée,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les ongles sont courts et exempts de vernis,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les cheveux longs sont attachés,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'étudiant ne porte pas de pull ou gilet,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les avant-bras sont exempts de bijoux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant consulte le dossier du patient avant la réalisation des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant rassemble les données essentielles à la prise en charge après dépouillement du dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de proposer un plan de soins et d'organiser les différents soins selon un ordre logique qui tient compte des spécificités du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable d'inventorier le matériel nécessaire pour réaliser les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant se présente auprès du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique l'identitovigilance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant fournit des explications circonstanciées au patient sur les soins apportés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique le lavage des mains en respectant la chronologie de la technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique le lavage des mains au(x) moment(s) opportun(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique la désinfection des mains en respectant la chronologie de la technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique la désinfection des mains au(x) moment(s) opportun(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant anticipe les soins en préparant le matériel auprès du matériel pour assurer la fluidité du soin (bassin de lit à disposition, fauteuil, ...) et limiter les temps d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de dévêtir le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant réalise le(s) soin(s) d'hygiène en respectant les principes d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant tient compte de la nécessité de changer l'eau en fonction des nécessités des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant tient compte de la pudeur du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant respecte les principes d'hygiène corporelle : du plus propre au plus sale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'étudiant réalise les soins en énonçant les précautions prises pour prévenir l'apparition de troubles musculo-squelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant réalise les soins en utilisant le matériel à sa disposition pour prévenir les troubles musculo-squelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant tient compte de la sécurité du patient lors de la mise en décubitus latéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant utilise l'autonomie du patient et encourage le patient à être acteur des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant fait appel à son sens de l'observation par rapport à l'intégrité tégumentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de procéder à la réfection du lit occupé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de procéder à la réfection du lit occupé en assurant la sécurité de la personne soignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de mesurer la fréquence cardiaque du patient et de l'exprimer en BPM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de mesurer la fréquence respiratoire du patient et de l'exprimer en cycles respiratoires par minute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant maîtrise les notions d'hygiène liées à la prise de température par voie rectale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de mesurer la température du patient et de l'exprimer en degrés Celsius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant pratique l'hygiène des mains à la fin des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant est capable de structurer sa pensée pour réaliser une transmission orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant procède à une transmission écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étudiant coche et date les soins dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tous les critères sont acquis, les Acquis d'Apprentissage sont validés. Il reste à évaluer le degré de maîtrise.

Si ce n'est pas le cas, il reste à motiver sur base des critères et des AA (cf. liste).

ACQUIS D'APPRENTISSAGE (AA) : SEUIL DE REUSSITE OUI - NON

DEGRE DE MAITRISE (si OUI aux AA) :

Critères d'évaluation du degré de maîtrise :

	AB	B	TB	E
Les informations retirées du dossier du patient sont pertinentes pour le déroulement du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La finesse apportée à l'observation de l'environnement du patient pour prévoir le matériel adéquat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La précision des gestes posés dans l'exécution des différents gestes : fluidité du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La capacité de l'étudiant à intégrer le patient et son autonomie dans la réalisation du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La capacité de l'étudiant à intégrer les aspects liés à l'hygiène des mains dans sa pratique professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réussite et degré de maîtrise :	<input type="checkbox"/> Assez Bien (60%) - <input type="checkbox"/> Bien (70%) - <input type="checkbox"/> Très Bien (80%) - <input type="checkbox"/> Excellent (90%)			

Note globale : %

En cas d'ajournement, les motivations s'inspirent des AA et des critères non acquis. Ils sont cochés.

Nom et prénom de l'enseignant : DEJONCKHEERE François et GHISLAIN Stéphanie

Date & Signature de l'enseignant : 05/04/2023

Commentaires des évaluateurs :