



53, rue Saint-Brice
B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69 22 48 41
www.iepscf-tournai.be

Enseignement secondaire supérieur de transition

UE 3 : Connaissances préalables au stage
d'observation – Tronc commun AS-AF

Soins d'hygiène et confort (18p.)

Cours dispensé par Rony Minet

rony.minet@epicura.be

Année scolaire 2024-2025

Table des matières

Table des matières	0
Introduction.....	1
Objectif du cours.....	3
CHAPITRE I : Aide-soignante...qui es-tu ?	4
Historique.....	4
Aspect légal	6
Biotope.....	8
Perceptive et développement de la profession	9
CHAPITRE II : Je suis en pleine forme ☺ ! ... ou pas ☹ !.....	10
Définitions	10
Santé.....	10
Autonomie	12
Hétéronomie.....	12
Dépendance	13
Indépendance.....	13
Vieillesse	14
Maladie.....	14
Finalement...de quoi ai-je besoin pour vivre heureux ?	15
Notion de modèle conceptuelle	15
Faute de mieux ... Virginia Henderson	16
Démarche en soins.....	19
Primum non nocere'	20
Notions d'hygiène.....	20
Notions d'hygiène corporelle et professionnelle	21
Nos mains ... nos outils !	26
Mes mains quand je soigne vs mes mains ailleurs.....	26
Lavage hygiénique des mains	27
Désinfection des mains	28
Première approche du principe d'hygiène	29
CHAPITRE III : Il faut manger pour vivre ... ou l'inverse !?!.....	30
Très brève entrevue avec la digestion	30
Notion de distribution en milieu collectif	31
J'ai bien mangé ... mais c'est quoi bien manger ?.....	32

Position pour s'alimenter	32
Comment installer la table ?	33
Les différents types de régime et de texture.....	36
Quoi transmettre à l'infirmier-e ?	37
La personne « à jeun ».....	38
L'alimentation par sonde	38
Notion de sécurité lors des repas.....	39
Prise de médicaments avec le repas	43
CHAPITRE IV : Après l'effort le réconfort... Au lit !.....	45
Pourquoi dormir ?	45
Rien de tel qu'un bon lit douillet ...mais pas que ... !.....	47
Qu'est-ce qu'un bon lit ?.....	50
Matériel dans les différents milieux d'accueil.....	51
Conclusion.....	53
Que retient-on de tout ça ?.....	54

Introduction

Vous êtes assise dans une classe d'aspirant AIDE-SOIGNANTE¹...si vous vous demandez ce que vous faites là...il est encore temps de partir.

Pour celles qui restent, bienvenue dans le monde du soin !

Vous remarquerez qu'il n'y a qu'un seul syllabus pour les deux fonctions...c'est un peu par paresse je le reconnais...mais aussi parce que vous êtes encore et toujours dans un tronc commun et ce jusqu'à l'obtention de l'UE 6. Nous ne manquerons pas de distinguer les uns des autres lors de nos futurs échanges.

Ce support de cours vous paraîtra peut-être parfois lourd et indigeste, c'est un support qui pourra vous servir de références. Nous ne manquerons pas de créer autour de lui un espace d'échange par le questionnement, la réflexion et le raisonnement.

Comme je vous l'ai dit, certaines parties de ce support vous paraîtront effrayantes...ne partez pas ! Nous déterminerons ensemble les notions qu'il vous faudra appréhender plus en profondeur.

En guise d'introduction, je vais vous partager la préface d'un livre intitulé : « Guide de survie de l'aide-soignant »². Il est certain que vu de cet angle cela ne paraît pas très engageant. Il vous faudra trouver votre juste place dans un milieu en perpétuelle évolution. La tâche est ardue, vous devrez observer, interroger mais aussi et surtout vous observer et vous interroger.

Soyez assurés que nous vous accompagnerons dans ce chemin. Gardez à l'esprit que le but est une chose importante mais ce que l'on retient toujours, c'est le chemin.

Mais qu'importe, je cède la parole à Bernadette...

Aide-soignant...

S'il fallait oublier le mot « aide » pour ne retenir que celui de « soignant » ? Ignorés du plus grand nombre, sans exposition médiatique – bien que la récente crise sanitaire ait éclairé leurs fonctions – qui parle de ces professionnels du « care », du « prendre soin » ? Qui leur donne la parole, les écoute et les valorise ?

Je me souviens du témoignage de l'un d'entre eux qui affirmait : « Qu'un geste, un regard, une accolade, une parole ou un fou rire partagé avec la personne dont on a la

¹ Bien qu'étant un homme, nous ferons régulièrement volontairement une entorse à la grammaire. En effet, nous pensons que le genre féminin est mieux adapté pour parler des praticiens de l'art infirmier et par extension des personnes qui leur viennent en aide. D'abord par la simple règle de la majorité, ensuite par la représentation sociale de ces professions et enfin par le fait que les soignant-e-s ont un haut degré de féminité et de sensibilité dans l'exercice de leur fonction.

² BATAILLE A., Le guide de survie de l'aide-soignant :100 questions-réponses sur le métier et la pratique, Ed. Vuibert, 2020

charge, redonne foi en ce métier, en l'humain. À cet instant précis on sait pourquoi on est là... »

Oui, affirmons-le et ce n'est pas les infirmiers(ères), cadres de santé, médecins... et surtout patients qui nous contrediront : chacun connaît la valeur et le rôle indispensable des aides-soignants au sein d'une équipe soignante. Il n'y a pas si longtemps, le binôme infirmière/aide-soignante était le « duo gagnant » d'une prise en soin optimale. En effet, grâce à cet apport de compétences mixtes, le temps du soin et du confort s'opérait pour le patient de façon fluide et dans la continuité : du petit-déjeuner à la toilette, en passant par la réfection du lit, la mise au fauteuil, le renouvellement du pansement ou tout autre soin technique. Nous ne pouvons que constater aujourd'hui combien cette valeur du travail en binôme est malmenée.

Pourtant, ce qui en résulte, grâce notamment au rôle propre de l'aide-soignant qui ne lui est pourtant pas accordé, c'est cette attention, cette disponibilité, cette écoute, cette gestuelle, cette qualité relationnelle et, au-delà, cette observation clinique qui fait toute la différence. Toutes ces qualités sont la valeur-ajoutée du prendre soin dans la « globalité » du patient, un terme tellement usité qu'il en a perdu sa valeur intrinsèque. Quiconque se retrouve en position de « malade » va l'éprouver très vite. Le travail de l'aide-soignant n'est donc pas seulement une aide, il s'agit bel et bien d'un soin précis et réel.

À l'heure où notre système de santé opère nécessairement de profondes mutations, où l'on parle enfin « d'attractivité » dans les métiers du soin, gageons que celui d'aide-soignant, riche d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir-être qui lui est propre, puisse exprimer l'essence même de son cœur de compétences. Il est en effet grand temps que de nouvelles perspectives s'ouvrent à lui, qu'il soit reconnu comme professionnel de santé à part entière, et ainsi valorisé comme il le mérite !

*Bernadette FABREGAS, Infirmière
Directrice des rédactions paramédicales, Infirmier.com*

Objectif du cours

L'objectif de ce cours est de vous donner quelques notions, dont certaines sont plus importantes que d'autres.

Pour l'UE qui nous concerne : **Soins d'hygiène et de confort** (théorie) (18p.), le dossier pédagogique nous dit :

« L'étudiant sera capable :

A partir de situations professionnelles exemplatives,

- ◆ d'expliciter des notions telles que : santé, maladie, hygiène, confort,... ;
- ◆ de différencier les concepts d'autonomie/hétéronomie, d'indépendance/dépendance ;
- ◆ d'énoncer les principes de base d'hygiène professionnelle. »

Attendu que cet UE a pour objectif de vous préparer à pouvoir vous rendre dans un lieu de soins, nous avons pris le parti d'y ajouter quelques notions qui vous serviront à mieux appréhender certaines situations que vous risquez de rencontrer.

Nous commencerons par dresser une sorte de carte d'identité de l'aide-soignante (et par extension de l'aide-familiale). Ensuite, nous aborderons la notion de santé ainsi que les autres notions qui lui sont connexes. De ces notions, nous déduirons que les soins ne sont pas le fruit du hasard...nous avons un plan !

Dès votre entrée dans un lieu de stage, vous serez confrontés à l'hygiène. A ce titre, nous aborderons ensemble les notions relatives à ce concept.

Enfin, compte tenu du fait que vous serez, en tant qu'apprentis, très rapidement confrontés aux repas et aux patients alités, nous tenterons de dégrossir la notion de « boire et manger » mais aussi celle de « dormir et se reposer ».

En route...

CHAPITRE I : Aide-soignante...qui es-tu ?

Vous êtes inscrits dans la section aide-soignante. Nous espérons que vous vous êtes un minimum renseignés sur ce qu'était cette profession. Néanmoins, dans ce premier chapitre nous nous attarderons à poser un peu les jalons de cette profession.

Tout d'abord sur le plan historique. En effet, il est important de savoir d'où on vient, cela permet parfois de savoir qui on est et où on va... Par la suite, nous la situerons sur le plan juridique afin de poser les limites de cette profession qui participe au système de santé. Pour enfin terminer par développer un peu les milieux que vous serez amenés à fréquenter en osant se projeter dans le futur de cette profession.

Historique³

Depuis la nuit des temps, l'Homme a toujours suivi le cycle : naissance, vie et mort. La race humaine, pour survivre et perdurer en milieu hostile a dû permettre à ses membres de vivre le plus longtemps possible et de la meilleure façon possible. Dès lors, il s'est créé spontanément, comme dans tout le règne animal, une division sexuelle des tâches permettant la survie et la pérennité de la race. Le mâle est devenu le garant de la sécurité en luttant contre la mort et en protégeant l'espèce des menaces, tandis que la femelle s'est vu confier la tâche d'assurer le maintien et la continuité de la vie. Cette division sexuelle du travail a perduré au fil des âges, si bien qu'elle marque encore aujourd'hui de façon consciente ou non nos esprits.

Pour répondre à la maladie et aux souffrances des siens, l'Homme a toujours eu besoin « d'une sorte de médecin » et « d'une sorte d'infirmière » quelle qu'en soit la terminologie nominative de chaque époque. Dans cette division du travail, l'homme, dominateur et protecteur, détenteur du savoir s'est approprié les tâches nobles laissant à la femme, soumise, les tâches de service et de soins.

Aux alentours du Xe siècle, l'Eglise, s'empare du « soin » dans un esprit altruiste, d'abnégation et de dévouement aux malades.

Le « soin », héritage socio-anthropologique féminin est alors confié aux religieuses. Il progresse très peu et très lentement par transmission orale régulière. Les sœurs-soignantes sont cloîtrées et c'est le malade qui vient vers elles. L'Eglise en gardera l'exclusivité jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, sans y apporter de grandes modifications.

Parallèlement, la médecine de l'époque, détenue par les hommes, développe petit à petit ses connaissances par la recherche, l'étude et l'écriture. Ainsi, les médecins élèvent peu à peu leurs savoirs en sciences tout en prenant les soignantes sous tutelle. Ceci dans un modèle patriarcale familial de protection et de soumission conformément à la société de l'époque.

³ HAQUET S., « *la profession d'aide-soignant : histoire des aides-soignants* », in Echanges de l'AFIDTN, n° 68, décembre 2003, pp 48-49.

Il faut attendre le début du XIXe siècle, les toutes premières prémices de l'émancipation de la femme et la laïcisation des soignantes pour voir arriver un tout début de reconnaissance professionnelle et les premières publications sur «les soins».

Florence Nightingale crée en Angleterre, en 1857, la première école de « gardes malades professionnelles ». Petit à petit, des questions se posent : qui sont ces personnes non-médecins et non-religieuses s'occupant de la sorte des malades ?

Vers la fin du XIXe siècle, la médecine fait d'énormes progrès et on assiste à une division du savoir médical et à la spécialisation de celui-ci selon le type de maladie. Conjointement à ce phénomène, les soignants aussi établissent une différence entre les soins techniques d'assistance aux médecins et les soins liés uniquement à l'hygiène et au confort. L'association des deux disciplines est rejetée par les médecins. Se sentant en danger, ils refusent la conception globale du modèle anglo-saxon se résumant à « to nurse ».

Les médecins, profitant du fort investissement affectif des soignants généré par la vue de tant de souffrance, un travail difficile et un niveau de formation médiocre, renforcent leur position, deviennent paternalistes, fondent leurs hôpitaux sur le modèle familial, faisant ainsi s'effacer peu à peu la frontière entre vie professionnelle et vie privée. Ils interviennent de plus en plus sur la maladie et la mort, ils sont respectés, considérés comme des intervenants entre l'Homme et les forces occultes. Inconsciemment, ils sont admirés et défiés. Les soignantes, admiratives, leur offrent une reconnaissance et se soumettent tant et plus en échange d'une sécurité professionnelle. Ensemble, ils forment une sorte de « couple infernal » reflétant fortement la dynamique du couple de l'époque.

On constate dans l'histoire que l'aide-soignante et l'infirmière étaient souvent les mêmes personnes.

Il faut attendre la moitié du XXe siècle pour que l'OMS recentre le rôle infirmier sur la personne malade et plus sur la maladie. A partir de cette époque, conjointement à l'émancipation de la femme, l'infirmière va commencer à forger sa propre identité professionnelle, elle réclame de l'autonomie.

Parallèlement au développement de la fonction d'infirmière, l'aide-soignante se développe. Certaines personnes n'ayant pas la certification d'infirmière mais ayant toujours soigné se voit accéder à des dérogations et une différence apparaît dans le paysage des soins entre « diplômées et non-diplômées ».

Les soignantes non-infirmières se voient obtenir la reconnaissance, par les médecins chefs, du droit de soigner selon certains critères.

La profession d'aide-soignante va prendre différents chemins à partir des années '60 -'70. Par soucis de simplicité, nous n'étudierons pas l'histoire de l'aide-soignant dans le monde entier et nous nous contenterons de mettre le focus sur les deux systèmes qui nous concerne : la Belgique et la France.

De manière générale et sans entrer dans les détails, la France voit la profession infirmières se tourner vers de plus en plus de techniques en oubliant un peu son origine et en laissant donc à l'aide-soignante une plus grande ouverture du champ des possibles. L'aide-soignante en France croit de plus en plus en nombre et en qualité et prend une grande importance auprès du malade. L'aide-soignante devient une « spécialiste » des soins de base là où quelques dizaines d'années plus tôt elle n'était que l'exécutante des soins délégués par l'infirmière. L'aide-soignante obtient de plus en plus de responsabilité et d'autonomie cautionnées dans la loi.

Aujourd'hui, en France, l'infirmière et l'aide-soignante ont trouvé leur marque et chacun a sa propre formation, ses propres responsabilités et son propre statut dans le système de santé.

Juste de l'autre côté de la frontière, en Belgique, les soins s'organisent un peu différemment. La fonction de soigner est divisée en trois parties. L'infirmière, l'infirmière graduée et l'aide-soignante. Les infirmières se partagent le gâteau des soins avec plus ou moins de formations et de responsabilités entre les infirmières brevetées et les infirmières graduées diplômées d'école supérieure (post-humanité) ⁴.

L'aide-soignante est alors comprise comme la personne spécifiquement formée en vue d'assister le personnel infirmier, sous le contrôle de celui-ci en matière de soins, d'éducation à la santé et de logistique, ceci dans le cadre d'une activité coordonnée par l'infirmière le tout en équipe structurée. Elle exécute des actes infirmiers délégués par l'infirmière et sous la responsabilité de celle-ci.

Aspect légal⁵

Comme nous l'avons vu ci-dessus, il a fallu attendre la moitié du XX^e siècle pour que les milieux de soins s'organisent. Comme toujours dans la vie en société, l'organisation d'un système passe indéniablement par le législateur et l'établissement de lois.

En Belgique l'aide-soignante a donc une fonction « d'assistance » au personnel infirmier. Elle se voit donc déléguer des actes infirmiers dans le contexte des activités de la vie quotidienne (AVQ). Elle exerce ces tâches sous le contrôle de l'infirmière dans le cadre d'une équipe structurée.

Cela concerne donc :

- Les soins de base ;
- Un état stable de la personne soignée ;
- Une situation non complexe de soins.

⁴ LOTHAIRE Th., *Histoire, statut et différenciation de la fonction d'aide-soignant*, présentation donnée au personnel du Domaine Centre Hospitalier « Le Centre » à Braine l'Alleud, 18 mars 2016.

⁵ Moniteur belge, SPF Justice, www.justice.belgium.be

Nous n'allons pas étudier ces lois en profondeur mais il faut quand même avoir en tête que le développement de la fonction des aides-soignantes est intimement lié au développement de la profession infirmière. Différentes lois et Arrêtés Royaux régissent les professions de soins en fonction des lieux où elles sont présentes (hôpital, MRS, centre ouvert, ...).

En ce qui nous concerne, nous retiendrons l'Arrêté Royal du 12 janvier 2006 (modifié le 1^{er} septembre 2019) fixant la liste des activités que l'aide-soignant-e peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier-e dans une équipe structurée.

Liste du 12 janvier 2006

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

Liste du 1er septembre 2019

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

Cette réglementation permet de donner à l'infirmière la possibilité de déléguer certaines de ses activités à l'aide-soignante dans des conditions qui garantissent la sécurité du patient mais aussi du personnel soignant.

Les activités sont déléguées, coordonnées et contrôlées par l'infirmière qui doit être disponible et accessible à tout moment. L'aide-soignante doit faire rapport à l'infirmière de ce qu'elle observe et fait.

Cette délégation n'est possible que dans le cadre d'une équipe structurée. L'équipe structurée garanti le contrôle des tâches qui, de fait, est rendu possible. La structuration de l'équipe permet aussi la continuité des soins autour d'un plan de soins concerté.

Biotope

Compte tenu du lien indéfectible entre l'aide-soignante et l'infirmière, il est donc logique de retrouver l'aide-soignante partout où nous trouverons du personnel infirmier. C'est-à-dire dans un bon nombre d'établissements ou de structures de santé.

- Un hôpital (universitaire, général, spécialisé, psychiatrique, militaire)
- Un service hospitalier qui dépend d'une association d'hôpitaux
- Un centre de consultation qui dépend d'un hôpital
- Une maison de repos et de soins (MRS)
- Une maison de repos (MR)
- Un centre de soins psychiatrique

- Un centre de jour
- Un centre de court séjour
- Un service de soins à domicile
- ...

Comme vous pourrez le constater, l'offre d'emploi est vaste et variée tout en sachant que certaines structures requièrent plus d'infirmières que d'aides-soignantes et inversement.

La caractéristique commune de tous ces milieux de travail est qu'ils s'occupent de personnes ayant besoin d'aide. Nous aborderons plus tard cette notion de « besoin d'aide ».

Perceptive et développement de la profession

Vous n'êtes pas sans savoir que les milieux de soins ont de plus en plus de difficultés à recruter du personnel infirmier depuis quelques années. La crise sanitaire liée au COVID 19 n'a bien évidemment rien arrangé à cela. Il manquerait aujourd'hui 20.000 infirmières en Belgique. Le gouvernement tente péniblement de redorer le blason de cette profession mais nous sommes tous conscients que même s'il y arrive, nous ne verrons le résultat sur le terrain que dans une dizaine d'années. Au vu de ceci, et ce n'est qu'un avis personnel, nous pouvons dire que la profession infirmière est mal embarquée.

Les règles de l'univers sont faites ainsi et dès qu'il y a un trou, il faut que quelque chose s'y mette. Il y a donc là une place à prendre et déjà en 2019, nous voyons le législateur (qui a toujours un peu de retard sur la société) augmenter la responsabilité et les capacités des aides-soignantes. De notre point de vue, nous pensons qu'il va falloir revoir le modèle de soins pour arriver à pouvoir continuer à soigner nos semblables sans augmenter l'impact sur la société. Nous pensons que l'aide-soignante par sa rigueur et son professionnalisme pourra, si elle en a l'ambition combler au moins en partie ce « trou » dans le système de santé.

Au vu de ceci, mesdames messieurs...au boulot !

CHAPITRE II : Je suis en pleine forme 😊 ! ... ou pas ☹ !

Il nous apparaît important en tout début de formation pour intégrer le système de santé d'aborder différentes notions qui feront partie de votre quotidien. Dans ce chapitre, nous partirons du concept de *santé* et tenterons de décrire brièvement les notions qui en découlent ou qui s'y opposent. Par la suite, nous aborderons des notions de philosophie de soins qui nous mèneront aux premières notions d'hygiène, éléments constituant la base d'une bonne santé.

Définitions

Santé

La santé...lorsqu'on la possède, on y pense plus !

Le mot santé tire son origine étymologique dans le latin '*sanitas*' qui évoquait le bien être du corps et de l'esprit.

Le dictionnaire Robert définit la santé comme : « *un bon état physiologique d'un être vivant se caractérisant par un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme* ».

La deuxième partie de la définition ajoute une notion de durée en précisant que ce fonctionnement harmonieux doit « *s'étaler sur une période appréciable* ».

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

La santé peut être envisagée de manière statique ou dynamique, dans une logique d'adaptation à l'environnement physique et social. La santé peut constituer un but en soi ou bien être une ressource pour atteindre d'autres objectifs.

La santé est une notion relative à chaque personne et peut se décliner en plusieurs types.

- La santé physique est le bon fonctionnement de l'organisme.
- La santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* »⁶
- La santé reproductive est « *un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif. Dans cet état, les personnes sont en mesure de profiter d'une vie sexuelle*

⁶ Site internet de l' Organisation Mondiale de la Santé ; www.who.int (page consultée le 3 août 2022)

satisfaisante et sûre et ont la capacité de procréer et de décider si elles désirent le faire ou non, ainsi que quand et comment »⁷.

- La santé au travail (souvent appelée le bien-être au travail) est : « *l'ensemble des facteurs relatifs aux conditions de travail dans lesquelles le travail est exécuté* :
 - *sécurité au travail*
 - *protection de la santé du travailleur*
 - *aspects psychosociaux du travail*
 - *ergonomie*
 - *hygiène du travail,*
 - *embellissement des lieux de travail »⁸.*

Bien qu'étant un concept lié à la personne, la santé peut aussi être abordée pour des collectivités et donner naissance à des termes comme *santé publique* ou *santé communautaire*

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau collectif et ce dans toutes ses dimensions. La finalité de la santé publique est d'améliorer l'état de santé de la population. Elle fait appel à de nombreuses discipline et sciences : épidémiologie, la démographie, la sociologie, l'économie, ...

A plus petite échelle, et dans une dimension moins macroscopique, la santé publique peut se décliner en une multitude de notion de santé communautaire.

La **santé communautaire** est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; mise en place, gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs ennuis de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités⁹

⁷ Site internet de l'United Nation Fund Population Activities (Fond des Nations Unies Pour la Population) ; <https://www.unfpa.org/fr/santé-sexuelle-et-reproductive> (page consultée le 3 août 2022).

⁸ Site internet SPF Emploi, Travail et Concertation sociale ; www.emploi.belgique.be (page consultée le 3 août 2022)

⁹ Manciaux M. et Deschamps JP., La santé de la mère et de l'enfant, Flammarion Médecine Sciences, 1978

De ce concept de **santé** toutes une série d'autres notions en découlent ou s'y opposent

Dans votre pratique professionnelle, vous serez souvent confronté à deux notions qu'il est utile de savoir distinguer. Les termes **autonomie** et **dépendance** sont très souvent utilisés dans le jargon des soignants. Ces deux termes ne sont pas opposés puisque le premier fait appel au libre arbitre de la personne et le second à son besoin en aides.

Afin de clarifier ses notions, nous allons les étudier séparément en y intégrant pour chacun leur antonyme¹⁰.

Sur le plan philosophique, nous pouvons distinguer deux notions opposées que très souvent on perçoit comme étant dépendantes de la santé.

Autonomie

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de prévoir et de choisir mais aussi la liberté de pouvoir agir et d'accepter ou de refuser en fonction de son jugement.

Elle peut se décliner sous quatre formes complémentaires :

- L'autonomie physique : la personne peut effectuer seule ses AVQ ;
- L'autonomie psychique : la personne a des capacités cérébrales lui permettant de maîtriser des actes de la vie courante ;
- L'autonomie sociale : la personne a des capacités lui permettant de maîtriser les actes de la vie sociale ;
- L'autonomie juridique : la personne a des facultés mentales lui permettant d'être responsable de ses actes.

Hétéronomie

L'hétéronomie peut être considérée comme le contraire de l'autonomie. Ce mot tire son étymologie dans le grec 'hétéro' qui signifie « l'autre » et 'nomos' « la loi ».

L'hétéronomie est le fait qu'un être vive selon des règles qui lui sont imposées, selon une "loi" subie.

¹⁰ Mot qui par le sens s'oppose complètement à un autre (ex : devant & derrière)

Plus proche de nous et des professions de soins, ces notions d'autonomie et d'hétéronomie peuvent être convertie en deux autres concepts qui relèvent moins de la philosophie et se rapproche plus de la pratique professionnelle.

Dépendance

Le mot dépendance trouve son origine étymologique du latin '*dependere*' qui signifie « être suspendu à quelque chose ». C'est le besoin de faire appel à une tierce personne pour effectuer des tâches qu'on est incapable de faire soi-même.

Si l'on s'en tient à cette définition, on peut très vite constater que nous sommes tous dépendants de quelqu'un d'autre à plus d'un titre.

En affinant le champ d'application de ces termes aux soins de santé, nous pouvons aussi affiner la définition.

Virginia Henderson¹¹ (que nous rencontrerons un peu plus tard dans ce cours) définit la dépendance comme : « *l'incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même sans aide les actions qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins* ».

Indépendance

A contrario, elle définit l'indépendance comme : « *un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'une autre personne* »

Ces deux notions opposées font intervenir plusieurs autres :

- la notion de personne aidée et personne aidante (bénéficiaire et soignant).
- la notion d'état de la personne (morphologie, maladie, vieillissement, environnement, ...)
- la notion de besoin fondamental de la personne (desquels nous parlerons plus tard).

¹¹ Henderson V., Principes fondamentaux des soins infirmiers, Ed. S. Karger Basel, NewYork, 1969

Vieillesse

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus de déclin physiologiques, biologiques et psychologiques de l'organisme. Le vieillissement est un phénomène naturel et irréversible.

Tout le monde ne vieillit pas de la même façon ni à la même vitesse. Nous possédons tous un « capital santé » de départ forgé durant notre croissance que nous allons épuiser petit à petit dans un processus de déclin qui commence entre 20 et 30 ans. Ce déclin est appelé la sénescence. Le vieillissement est donc influencé par :

- la génétique ;
- l'environnement (air, eau, le climat, la pollution, la situation géopolitique, ...)
- le mode de vie (stature, exercice physique, comportement toxique, alimentation, ...)
- la situation socio-économique
- l'état de santé durant la vie (maladies aiguës et chroniques)

Maladie

Selon le dictionnaire Robert, la maladie est : « *une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution* ».

Cette définition fait apparaître plusieurs notions qu'il est important d'avoir en tête pour aborder la personne malade.

- Symptôme : un élément caractéristique d'une maladie
- Perception : ... pas toujours évident, il faut chercher !
- Localisation : le corps, un organe, un tissu, une cellule, des éléments chimiques, ...
- Effet sur l'organisme : ... dérèglement d'une fonction.
- Etiologie : provoquée par quelque chose
- Evolutive : vers le bon ... ou pas !

Enfin...de quoi ai-je besoin pour vivre heureux ?

Notion de modèle conceptuelle

De tout temps et partout à travers le monde l'Homme a toujours soigné ses congénères. On peut donc imaginer qu'il peut y avoir autant de manière de soigner qu'il y a de soignants. Afin de mettre un peu d'ordre dans tout ça et ayant constaté qu'au fil du temps les méthodes de soins avaient des similitudes, des chercheurs se sont donnés la tâche de modéliser les « manières de soigner ».

Un modèle conceptuel est une illustration symbolique en termes logiques d'une situation relativement simple qui démontre la structure d'un système.

C'est une représentation conceptuelle de la réalité. Ce n'est pas la réalité elle-même, mais une abstraction ou reconstruction de la réalité. Un modèle de soin est une façon de voir le soin

C'est une Image mentale. Une invention de l'esprit, une conception, une façon de voir, c'est donc une structure.

Dans les soins infirmiers, on retrouve plusieurs modèles conceptuels que nous n'étudierons pas ici. Ces modèles sont utilisés ici et là partout dans le monde en fonction des tendances du moment ou des besoins de l'une ou l'autre organisation.

Encore aujourd'hui des chercheurs en sciences infirmières s'attèlent à créer de nouveaux modèles de soins pour compléter les précédents.

On peut, à titre indicatif, citer quelques modèles de soins :

- La théorie de Gertud Ujhely ;
- La théorie de Martha Rogers ;
- La théorie d'Imogene King ;
- La théorie de Nancy Roper ;
- La théorie de l'adaptation ;
- La théorie de Callista Roy ;
- La théorie de Dorothea E. Orem ;
- La théorie d'Hildegard Peplau ;
- ...

Afin d'étayer votre culture générale du soin et de satisfaire votre curiosité, nous vous invitons à rechercher sur internet les principaux axes de ces différents modèles conceptuels.

L'enjeu est de taille pour la profession infirmière et par extension les professions de soins. Elle doit écrire sa spécificité au sein de la société et ne pas se contenter d'être auprès de la personne soignée en « aide technique » à d'autres professionnels de la santé. Nous devons prendre conscience de l'importance d'utiliser un cadre conceptuel qui guide nos actions et facilite nos négociations. Si les institutions de soins et les centres de formation en soins infirmiers adoptent des théories qui servent de référence et explicitent nos projets alors notre profession pourra retrouver son souffle passé et prendre sa vraie place dans le monde des soins de santé. La place de ceux qui ont une contribution spécifique à apporter à notre société.

Vous constaterez par vous-même que malgré l'existence de nombreux modèles conceptuels, la grande majorité des établissements de soins et a fortiori des écoles d'infirmières et d'aides-soignantes axent leur apprentissage sur le modèle conceptuel de Virginia Henderson.

Faute de mieux ... Virginia Henderson

Selon Henderson, « Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade, ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ces derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible »

Elle part du postulat que :

- tout être humain tend vers l'indépendance et la désire ;
- l'individu forme un tout caractérisé par des **besoins fondamentaux** ;
- lorsqu'un besoin demeure insatisfait, l'individu n'est pas « complet », il n'est pas indépendant.

Un besoin fondamental est une nécessité vitale, c'est-à-dire tout ce qui est essentiel à l'être humain pour se maintenir en vie et assurer son bien-être.

Par ailleurs, Henderson fait apparaître dans son modèle conceptuel la notion d'**empathie** c'est-à-dire le fait que pour assister une personne dans le maintien ou le recouvrement de sa santé et donc la satisfaction de ses besoins, le soignant doit « se mettre dans la peau » de la personne soignée afin d'être attentive au mieux à ses besoins.

Les besoins de l'être humain selon le modèle de Virginia Henderson¹²

1. Respirer :

c'est une nécessité de l'être vivant qui consiste à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique, produit de la combustion cellulaire.

2. S'alimenter et s'hydrater :

boire et manger est une nécessité pour tout organisme, d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité, en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus, et maintenir son énergie indispensable à son bon fonctionnement.

3. Eliminer :

c'est la nécessité qu'à l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les matières fécales et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. De même, la menstruation est une élimination de substances inutiles chez la femme nubile non enceinte.

4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture :

c'est une nécessité pour tout être vivant d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme.

5. Dormir, se reposer :

c'est une nécessité pour tout être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement et de récupérer totalement.

6. Se vêtir et se dévêtir :

c'est une nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats selon les circonstances pour protéger son corps de la rigueur des climats et permettre une liberté de mouvements. C'est aussi par pudeur que l'on s'habille (bien-être – intimité sexuelle). Le vêtement représente aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social ; il peut également devenir un élément de communication par l'attrait qu'il suscite entre les individus.

7. Maintenir la température du corps dans les limites normales :

maintenir la température du corps dans les limites normales est une nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant pour se maintenir dans un état de bien-être.

8. Etre propre, soigné et protéger ses téguments :

c'est une nécessité pour l'individu de garder son corps propre, de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer ses rôles ; notamment son rôle de protection contre

¹² RIOPELLE L., GRONDIN L., PHANEUF M. – Soins infirmiers – Un modèle centré sur les besoins de la personne, Ed. Mac Graw Hill, 1984, p 2-3

toute introduction dans l'organisme de poussières, microbes, d'avoir une apparence soignée et agréable en fonction de sa culture, de sa personnalité, de son âge.

9. Eviter les dangers :

c'est une nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique.

10. Communiquer avec ses semblables :

c'est une nécessité qu'à l'être humain d'échanger avec ses semblables. Il met en jeu un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.

11. Agir selon ses croyances et ses valeurs :

c'est une nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal et de la justice, et à la poursuite d'une idéologie. Ces idées découlent à la fois de convictions personnelles dépendantes d'une expérience antérieure et propre à chacun et de valeurs morales inculquées par la famille, la société.

12. S'occuper en vue de se réaliser :

c'est une nécessité pour tout individu d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres. Les actions que l'individu accomplit lui permettent de développer son sens créateur et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification que l'individu reçoit à la suite de ses actions peut lui permettre d'en arriver à un plein épanouissement.

13. Se récréer :

c'est une nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.

14. Apprendre :

c'est une nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

Chacun de ces besoins est relié aux différentes dimensions de l'être humain :

- Biologique (physique)
- Psychologique
- Sociologique
- Culturelle
- Spirituelle

Lorsque le soignant prend en soins une personne, il opérationnalise cette idée, ce modèle conceptuel à travers une démarche en soins.

Démarche en soins¹³

Tout soins effectués s'inscrit dans la réalisation d'au moins un de ces besoins fondamentaux.

Tous les soins que vous prodiguerez à un individu s'inscriront toujours avec la même démarche.

1) L'aide-soignante reçoit une demande d'une infirmière de l'équipe soignante pour faire un ou plusieurs actes des listes d'actes (cf. chapitre I)

2) Elle réalisera de la collecte des données en consultant le dossier du patient pour connaître son identité et obtenir des précisions sur le(s) soin(s),

Au besoin, elle pourra réaliser une collecte des données élargie si le patient est inconnu et rechercher des informations complémentaires auprès de l'équipe ou dans des documents.

3) L'aide-soignante va préparer le matériel nécessaire à la réalisation du soin.

4) Elle se rend dans la chambre du patient, s'annonce en frappant à la porte, se présente par son nom et sa fonction. Elle sera attentive aux principes d'identitovigilence et veillera à fournir de l'information sur le déroulement du ou des soin(s).

5) L'aide-soignante réalise le soin en étant attentive à son hygiène professionnelle, son hygiène des mains et l'hygiène du soin. Elle veille aussi à l'intimité et la pudeur du patient tout en étant attentive à l'aspect relationnel du binôme soignant-soigné

6) L'aide-soignante va clôturer le soin en veillant au confort et à l'installation du patient et à sa sécurité.

7) Elle finira par la formalisation du soin en procédant à la validation du soin réalisé (signature), la transmission écrite (ciblée) dans le dossier et la transmission orale à l'infirmière qui a délégué le soin.

¹³ DEJONCKHEERE F., Hygiène et confort-Pratique Professionnelle, note destinée aux étudiants de la section AS de l'EAFC Tournai, 2021

Primum non nocere¹⁴

Soigner, qu'importe sa position dans le vaste monde des soins de santé, est un beau projet qui mérite qu'on y investisse du temps et des moyens matériels et humains. En effet, aider l'autre permet de se réaliser et d'en tirer une belle et grande satisfaction. Mais avoir la prétention de soigner c'est avant ne pas nuire à la personne qu'on soigne.

'*Primum non nocere*' est une locution latine qui signifie « en premier ne pas nuire » ou « tout d'abord, ne pas faire de mal ». C'est un principe de prudence qui est appris rapidement aux étudiants en médecine, aux pharmaciens, aux dentistes, aux infirmières et par extension nous vous en parlons ici et maintenant.

Il y a deux façons de nuire...consciemment et dans ce cas il faut en répondre devant la justice ou inconsciemment et là, on ne le sait souvent qu'après.

Notions d'hygiène

L'hygiène est : « l'ensemble des principes et des pratiques individuelles ou collectives visant à la conservation de la santé et au fonctionnement normal de l'organisme. Ce mot tire son origine dans la mythologie grec où Hygie (déesse de la santé), fille d'Esculape (dieu guérisseur) enseignait les manières les plus saines à adopter au quotidien.

L'hygiène peut être déclinée sous plusieurs de formes (corporelle, alimentaire, mentale, hospitalière, intime, bucco-dentaire, ...) bref... cette définition ne nous conduit pas précisément dans la notion que le mot « hygiène » représente dans les milieux de soins mais nous indique tout de même un lien étroit avec la santé.

Dans les milieux de soins, la notion d'hygiène fait plutôt référence à la propreté et à la notion de stopper la contamination d'objets ou de personnes par des agents pathogènes¹⁵.

La propreté est la qualité de quelqu'un ou quelque chose à être net, exempt de saleté. La propreté implique le nettoyage qui est l'ensemble des techniques utilisées pour enlever les salissures.

¹⁴ Locution latine qui signifie : « en premier, ne pas nuire »

¹⁵ Du grec : 'páthos' = souffrance et 'génos' = naissance - « à l'origine de la souffrance »

Notions d'hygiène corporelle et professionnelle

L'idée est de se dire qu'avant de mettre en place des techniques de nettoyage et des mesures d'hygiène pour rendre les milieux de soins propres et exempts de tout agent pathogène, il est intéressant d'essayer d'en amener le moins possible.

Vous conviendrez qu'il devrait être inutile de la rappeler mais cela commence par sa propre hygiène personnelle. Toute personne pour se rendre à son travail devrait être propre. Une toilette quotidienne de la tête aux pieds et un lavage fréquent des cheveux assurent à l'être humain et surtout à son entourage un bon début pour commencer une journée. A noter qu'un déodorant ne remplace pas une toilette mais permet tout de même de prolonger dans la journée cet état de fraîcheur.

Une fois cette étape passée et entrée dans une routine le soignant passe par un vestiaire où il échangera ses vêtements civils pour endosser sa tenue, son costume, son uniforme, ses EPI¹⁶, son tablier, ... bref vous remarquerez que selon les endroits d'aucuns les appellent par tout un tas de vocables plus ou moins bien choisis. De notre point de vue, nous laissons les tabliers aux cuisiniers, les EPI aux pompiers, les uniformes aux soldats et les costumes aux carnivals. Il semblerait que le terme TENUE soit le plus adapté à nos pratiques...mais nous vous laissons seul maître à ce sujet.

Nous pensons que cette tenue a trois objectifs.

Tout d'abord, dès le vestiaire elle permet aux acteurs que nous sommes d'entrer dans notre personnage et de par ce rituel de « se mettre en tenue » entrer dans notre rôle de soignant en laissant si possible en coulisse un maximum de nos problèmes et tracas quotidiens dont notre bénéficiaire n'a que faire. A l'inverse, lorsque nous repartirons chez nous le soir, ôter cette tenue et la mettre « à laver » doit aussi nous permettre de laisser « au sale » un maximum de ce que nous aurons vu et entendu lors de notre travail.

Cette première approche de la tenue est très symbolique et pourtant dans une carrière de soignant il vous sera très utile de pouvoir prendre du recul sans être trop détaché (ce mot à toute son importance). Il sera important de faire la part des choses et de bien doser l'implication et la distanciation que vous mettrez dans l'exercice votre métier. De savoir vous ouvrir mais aussi vous refermer.

Il n'y a pas de cours qui pourront vous apprendre tout cela, tout au plus certains pourront vous donner des clefs ou des outils pour mettre des mots sur cette approche mais ça sera surtout un chemin que vous devrez parcourir avec vous-même en vous aidant de vos ressources internes (votre conscience, votre morale, ...) mais aussi externe (votre famille, vos amis, vos collègues). Dites-vous bien que vous auriez pu

¹⁶ Equipement de Protection Individuel

être assis dans une autre classe. On ne devient pas « soignant » pour rien et tôt ou tard vous saurez si vous avez fait le choix qui vous correspond...ou pas ! Vous avez choisi la pilule rouge

Ensuite, dès que vous sortirez du vestiaire, cette tenue deviendra tout de même un uniforme et vous placera directement comme une personne faisant partie de cette institution. Cette tenue vous permettra de vous promener partout, d'aller à des endroits auxquels vous n'auriez pas accès sans elle. Elle permettra aussi aux autres de vous identifier en tant que « soignant » de l'institution. Dans certaines institutions, les couleurs des tenues vous mettent dans des catégories professionnelles (infirmière, aide-soignante, médecin, kiné, diététicienne, ...) certaines institutions ont aussi fait le choix de distinguer par la tenue certaines spécificité (bloc opératoire, pôle aigu, maternité, pédiatrie, ...).

Par ailleurs, toujours dans la même optique, cette « blouse blanche » vous confèrera des « pouvoirs magiques » et vous donnera la légitimité de donner des soins, des conseils, des ordres, ...à des personnes en état de faiblesse, de dépendance. Soyez attentif à ne pas abuser de la magie en restant digne de porter la « blouse blanche » chargée d'histoire et de représentations sociales.

Enfin, et cette fois de manière plus pragmatique, notre tenue professionnelle a aussi un rôle dans la prévention de la transmission croisée des infections.

Avant d'entrer dans le vif du sujet de la tenue en elle-même rappelons que sous la tenue, le soignant doit avoir :

- Une hygiène corporelle quotidienne ;
- Des cheveux propres et attachés (les cheveux ne doivent pas toucher les épaules de la tenue) ;
- Le visage dégagé
- Aucun vêtement personnel sous la tenue (le t-shirt à manche courte propre est toléré) les sous-vêtements sont évidemment acceptés voire conseillés.
- Les lunettes de vue propres
- Des bijoux discrets et près du corps (éviter les grandes boucles d'oreille et les chaines tombantes.

A noter qu'en principe au XXI^e siècle, les piercings et tatouages ne devraient plus poser de problème mais... cela dépend essentiellement de votre interlocuteur.

La tenue professionnelle doit être conforme à la catégorie professionnelle à laquelle la personne appartient. Elle remplace intégralement les vêtements et les chaussures de ville.

Pour des raisons de sécurité, d'ergonomie et de confort, la tenue professionnelle est appropriée à la morphologie du professionnel de la santé et à son activité.

Les tenues professionnelles sont constituées d'un mélange polyester-coton qui permet un entretien à haute température, n'émet pas de fibrille¹⁷ et présente une moindre adhérence aux micro-organismes.

De nos jours, et partout dans nos contrées, la tenue professionnelle de soins se compose d'une tunique et d'un pantalon. Ces deux éléments sont indissociables. La tenue doit être complète (haut et bas).

La tunique est à manche courte et doit être suffisamment longue pour couvrir le haut des cuisses. On en trouve boutonnée devant ou derrière ou bien à enfiler par la tête.

Le pantalon est droit et de longueur adaptée afin de couvrir le haut de la chaussure. Il est sur la taille et verrouillé par un cordon.

Les chaussures sont réservées au travail. Elles sont propres, non bruyante et lavable. Pour le confort et la sécurité du soignant, elles doivent maintenir le pied, être antidérapantes, fermées sur l'avant du pied pour protéger les orteils. On ne doit pas pouvoir les perdre.

Cette tenue professionnelle peut être assortie d'accessoires fonctionnels.

La veste passe couloir est une veste que l'on porte au-dessus de sa tenue et permettant d'avoir une certaine protection contre le froid. Elle est réservée aux déplacements hors du service, aux temps de pause ou aux travaux d'écriture. Elle ne doit pas être portée à l'occasion des soins aux patients, lors de la préparation de matériel ou lors de tâches de nettoyage ou d'entretien. Elle est réservée à l'usage professionnel. Elle sera entretenue par son propriétaire de manière régulière par un passage en machine à 40°C.

Au-dessus de cette tenue de base, il est fréquent d'y ajouter d'autres éléments qui ont tous un but précis et qui s'utilisent dans des conditions précises liées à l'état de santé du patient. Dans ce cas précis on les appelle des Equipement de Protection Individuel (EPI). On peut trouver :

- Un tablier de plastique qui sert à se protéger des éclaboussures d'eau lorsqu'on utilise un bain ou une douche
- Un tablier à usage unique pour protéger de certains germes notre propre tablier et éviter ainsi la propagation d'agents pathogènes dans le service.

¹⁷ Petite fibre qui se détache de certains tissus

- Un masque naso-buccal (chirurgical, FFP2, FFP3, ...) pour protéger le soignant d'inhalations diverses
- Des lunettes ou visières de protection pour protéger le soignant des projections de fluides (sang, sécrétion, ...)
- Charlotte pour se protéger d'une contamination (germe, parasites, ...)
- Des gants propres pour protéger le soignant des souillures macroscopiques lors de certains actes
- Des surchaussures pour protéger les chaussures du soignant et ainsi empêcher la propagation d'agents pathogène dans le service.

Tous ces éléments de protections supplémentaires sont à usage unique et ne peuvent en aucun cas être utilisés pour plusieurs patients (Les lunettes et visières sont réutilisables mais doivent être désinfectées entre chaque patient).

Dans les poches de la tunique, on retrouvera de quoi écrire sans pour autant avoir en poche l'arsenal complet de parfait écolier. Un stylobille à quatre couleurs et un surligneur fluorescent et un marqueur indélébile sont plus que suffisants. Un petit carnet de note pourra toujours vous être utile si cela vous rassure.

On peut aussi avoir une paire de ciseaux qui seront toujours utiles pour l'une ou l'autre tâche de découpe.

Souvent, le soignant aura aussi sur lui son badge d'identification qui de plus en plus sert aussi de carte d'accès.

La montre sera de préférence spécifique au travail et portée en gousse ou près de la poche pectorale à l'aide d'une pince.

Le téléphone portable de fonction a aussi sa place dans la poche du soignant où il sera beaucoup utile que sur une table à côté du téléphone fixe.

Tout le reste (agenda, portemonnaie, paquet de cigarettes, briquet, clef de voiture, crème pour les mains, rouge à lèvres, biscuit, sparadraps,...et autres talismans) se trouvent dans un casier sécurisé et sera utilisé en dehors des périodes de soins.

En ce qui concerne le **téléphone portable privé**, il nous paraît important de mettre en avant quelques éléments.

Bien que de nos jours le smartphone soit devenu une extension de nous-même et le couteau suisse de beaucoup de personnes, il n'en reste qu'a priori, il n'a pas à intervenir lors des soins. Par défaut la règle dans beaucoup d'institution est qu'il doit être dans le casier avec les autres objets proscrits.

Néanmoins il semblerait qu'une certaine tolérance se soit installée à l'égard de cet objet.

De notre point de vue, nous pensons qu'il faut vivre avec son temps et faire preuve de bon sens quant à l'utilisation du téléphone portable. Vous verrez lors de vos stages et durant votre carrière professionnelle qu'il y a de tout !

On le rencontre pour avoir l'heure, lire ses mails professionnels en direct, comme machine à calculer, pour diffuser de la musique et rendre le moment plus convivial, comme minuterie pour ne pas oublier quelque chose, ... bref toute une série de raisons justifiables à son utilisation.

On le rencontre aussi pour poster sur Instagram® ou TikTok® les fesses de Madame *Trucmuche* ou la plaie de Monsieur *Machinchose*. Ou bien encore pour filmer sa collègue dans l'un ou l'autre but plus ou moins avouable...ce qui n'est pas du tout justifiable.

De manière générale, il convient de le laisser en poche en présence du patient et de ne l'utiliser que lors des périodes de pause ou d'écriture.

Néanmoins, il peut aussi servir à trouver une information que le patient demande, à traduire dans toutes les langues les propos d'un patient étranger et s'en faire comprendre, à apaiser par une vidéo ou de la musique un patient angoissé pour l'une ou l'autre raison, à montrer un schéma, ... bref tout un tas de raisons pour lesquelles il peut être utile voire indispensable.

En conclusion, il apparaît important de mesurer l'impact et les conséquences que pourront avoir l'utilisation de son téléphone portable sur son lieu de travail.

Nos mains ... nos outils !

Pour terminer l'étude des notions relatives à l'hygiène du soignant, il est essentiel de parler de l'hygiène de nos mains qui sont nos outils de travail mais aussi les plus grandes responsables des maladies nosocomiales¹⁸ en milieu de soins.

Tous les deux ans, le SPF Santé Public organise une vaste campagne nationale dont le slogan est « **Vous êtes entre de bonnes mains !** ». Afin de pouvoir garantir la véracité de ce propos et éviter ainsi la publicité mensongère il est important que tous les soignants respectent une série de consignes indispensables à une hygiène des mains correcte qui sera responsable d'une baisse du nombre d'infections nosocomiales. Une bonne hygiène des mains sauve donc des vies !

Mes mains quand je soigne vs mes mains ailleurs

Les mains du soignant ne sont pas les mêmes que celle de la secrétaire, du maçon ou bien du jardinier.

Afin de permettre aux techniques de lavage d'être les plus efficaces, les mains du soignant ont :

- des ongles courts, ne dépassant pas la pulpe des doigts et propre.
(Les ongles longs peuvent retenir plus de salissure)
- pas de vernis, même incolore
(le vernis présente des microfissures qui créent des écailles sous lesquelles les bactéries peuvent se développer)
- pas de faux ongles, ni gel, ni résine
(les faux ongles quel que soit leur facture retiennent les impuretés)
- pas de bijoux (y compris alliance) sur les mains et avant-bras
(les bijoux retiennent les salissures et sont des corps inertes sans défense immunologique)

Si toutefois vous étiez incrédule par rapport à ces informations voici quelques images.

Empreinte d'une main sur une boîte de Pétri



¹⁸ Maladies contractées durant un séjour dans un établissement de soins.

Suivi d'une alliance...



Lavage hygiénique des mains

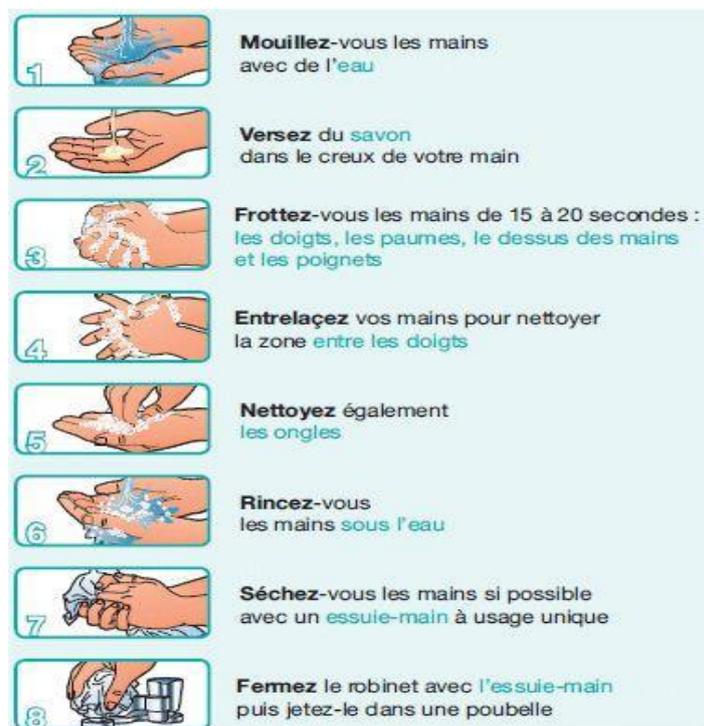
Le lavage hygiénique des mains est le fait de se nettoyer les mains à l'eau et au savon.

Il a pour but de supprimer de manière transitoire les germes présents à la surface de la peau.

Ce type de lavage des mains est indiqué dans différentes situations :

- arrivée et sortie du service ;
- après avoir été aux toilettes ;
- après s'être mouché ou avoir éternué ;
- avant le repas ;
- en cas de souillures macroscopiques

Il s'exécute comme tel :



Désinfection des mains

Afin d'éviter de devoir se laver les mains de multiples fois au cours de la journée, ce qui prendrait énormément de temps et serait très mauvais pour la peau, les firmes pharmaceutiques ont développé depuis une vingtaine d'années des solutions antiseptiques qui peuvent dans certaines situations remplacer un lavage hygiénique des mains et garantir une efficacité identique voire meilleure. Ces produits sont appelés de manière générique Solution (ou gel) Hydro Alcoolique (SHA) et sont un assemblage d'alcool, d'eau et de produit servant à hydrater la peau afin de ne pas la dénaturer au fil des utilisations. On les retrouve en fonction des époques, des lieux d'utilisation des firmes et qui produisent sous différents nom que vous découvrirez lors de votre carrière.

Ils s'utilisent comme tel :



La Solution Hydro Alcoolique doit s'utiliser dans cinq situations précises où son efficacité est supérieure à un lavage des mains.

- AVANT contact du patient, lui garantissant que le soignant arrive avec des mains désinfectées.
- APRES contact du patient afin d'éviter de se contaminer soi-même une fois sorti de la chambre.
- AVANT UN ACTE INVASIF car on va manipuler du matériel stérile dans le but d'un soin en milieu aseptique.
- APRES une EXPOSITION à un liquide biologique
- APRES contact avec l'ENVIRONNEMENT du patient car il est considéré comme aussi contaminé que le patient.

Première approche du principe d'hygiène

Dans les milieux de soins, les soignants utilisent des techniques de soins qui répondent toutes à une certaine logique.

Une de ces logiques directement liées à l'hygiène est de dire que quel que soit le soin que nous effectuerons, nous travaillons toujours du plus propre au plus sale.

Donnons quelques exemples pour illustrer ce principe de soins.

- Lorsque je lave mon visage, je passe un coup de gant de toilette général sur l'ensemble du visage et je termine par les coins des yeux, le coin des lèvres et les narines.
- Si je lave le dos de mon patient assis sur une chaise, je commencerai par le haut du dos pour terminer par le bas qui est plus proche de l'anus et donc qui comporte plus de risque d'être souillé par des matières fécales.
- Si je me lave le bras, je commence par la main et je fini par l'aisselle qui est plus sale.
- En revanche, si je me lave la jambe je commence par la cuisse pour finir par le pied.
- De manière générale je commencerai par le visage avant la toilette intime et non l'inverse.
- Si je nettoie la salle de bain, je commence par l'évier pour finir par les toilettes.
- Si je lave le derrière d'un malade, je commence par les fesses puis le sillon inter fessier et enfin l'anus.
- Lorsque je me brosse les dents je commence par les incisives pour terminer par les molaires.
- ...

CHAPITRE III : Il faut manger pour vivre ... ou l'inverse !?!

Comme nous l'avons étudié dans le chapitre précédent, un des besoins fondamental de l'être humain est celui de **boire et manger**.

Bien que vos compétences en matière de soins soient limitées à ce stade de votre formation, nous pensons qu'il est tout de même important de vous parler un peu de ce besoin dans le cadre de cette Unité d'Enseignement qui est censée vous préparer à vous rendre dans votre premier lieu de stage avec un minimum de bagage. Il s'agira bien d'un stage d'observation mais il y a de forte chance que le personnel vous mette à contribution pour certaines tâches. Sans doute la distribution des repas en fera partie.

« Le repas est un soin. Une phrase que la plupart des soignants ont pu entendre au cours de leur formation initiale et même une fois sur le terrain. Véritable phrase toute faite de la pensée soignante, qui témoigne néanmoins de l'enjeu fondamental de l'alimentation dans n'importe quel parcours de soin, d'aucun ne peut pourtant préciser avec justesse les caractéristiques d'un repas se voulant être un soin. En effet, au-delà du seul aspect quantitatif évident, le repas et l'alimentation sont du ressort du subjectif. Nous avons tous un rapport unique au repas, une relation influencée par des déterminants sous-jacents tels que les facteurs socio-démographiques ou la culture. Salé, sucré, copieux, frugal, entrée, plat, dessert ou potage, à heures fixes ou aléatoires, les aspects polymorphes d'un repas ne manquent pas d'interpeller à l'heure où une prise en soin de qualité passe, notamment, par la considération première de ce temps précieux, inscrit à l'agenda du commun des mortels.

Alors, entre fourchettes, assiettes, sondes-nasogastriques, compléments alimentaires et troubles du comportements alimentaires, en quoi le moment du repas de la personne soignée est-il un temps de soin »¹⁹?

Mais nous allons quand même tenter d'en tirer quelques pistes de réflexion.

Très brève entrevue avec la digestion

La digestion peut être définie comme le fait de transformer mécaniquement et chimiquement un aliment en particules si petites qu'elles pourront être assimilées par les cellules de notre organisme et ainsi participer à sa croissance et son maintien. La digestion va aussi éliminer les déchets produits par cette dégradation.

Nous n'aborderons pas dans ce chapitre l'anatomie de l'appareil digestif et la physiologie de la digestion qui vous seront explicités lors de votre UE 9 traitant

¹⁹ <https://managersante.com/2021/05/28/en-quoi-le-moment-du-repas-de-la-personne-soignee-est-il-un-temps-de-soin-alexis-bataille-nous-partage-le-fruit-de-son-experience-soignante/> (consulté le 9 août 2022)

d'anatomie et de physiologie. Toutefois, si vous êtes pressés et en soif de connaissances sachez qu'il existe ceci : <https://www.youtube.com/watch?v=6-fHi6N7sAQ>.

Dans la même optique nous n'aborderons pas l'aspect nutritionnel de l'alimentation qui sera détaillé dans votre cours de nutrition de l'Unité d'Enseignement 4.

Retenez simplement que l'alimentation est constituée d'eau, de glucides (les sucres), de lipides (les graisses), de protides (les protéines) et de fibres. Tous nécessaire au bon fonctionnement de notre organisme et à sa croissance.

Notion de distribution en milieu collectif

La restauration collective, outre le fait de cuisiner en dehors de la maison, se distingue par son caractère social qui vise à produire des repas aux convives d'une collectivité déterminée (école, patient, entreprise, ...) à un prix modéré.

Proposer un régime sain, équilibré, diversifié et adapté à chaque personne d'une collectivité, le tout à heures fixes, à bonne température et pour un moindre coût est un exercice de style auquel se livrent chaque jour les cuisines de collectivité des milieux de soins. Au-delà de ces enjeux, les politiques environnementales et sociales favorisent parfois en plus les circuits courts, le respect des produits de saison, le « bio », la diversité culturelle, ... ou bien encore le respect des politiques alimentaires proposées par les états.

Dans le but de vous familiariser avec chaque élément de ces enjeux, nous allons les reprendre un par un et détailler chacun d'eux du point de vue de votre métier de soins.

Sain : La réalisation des repas est régie par des règles sanitaires de provenance, de manipulation, de conservation et de distribution de produits qui sont fixées et surveillées par l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire (AFSCA).

Le non-respect de ces règles peut conduire purement et simplement à la fermeture de l'établissement.

Équilibré : La confection des repas est placée sous la surveillance d'une équipe de diététicien et d'un médecin nutritionniste. Dans les plus grandes entreprises, un comité de gestion de l'alimentation a pour objectif d'opérationnaliser les politiques institutionnelles en matière d'alimentation.

Diversifié : En collaboration avec l'équipe de diététique, le chef de cuisine élabore des menus types. En général, il opère une logique saisonnière et une rotation de ses menus sur une période de plusieurs semaines.

Adapté : la personne soignée reçoit un repas adapté à son état de santé, nous entreverrons plus tard dans ce chapitre les différentes notions de régimes et de textures.

Heure fixe : notre société occidentale est réglée autour de trois repas quotidiens. Le déjeuner le matin, le dîner le midi et le souper le soir. Ces trois repas sont pris à heure fixe dans les milieux collectifs afin que chacun puisse manger à ces heures et ainsi de permettre la préparation des repas, l'entretien de la vaisselle et des cuisines en dehors des heures de prise de repas.

Bonne température : pour des raisons de sécurité et de goût, il est important que les aliments arrivent au chevet de la personne soignée avec la bonne température prévue par la recette. Les aliments devant rester froids sont conditionnés dans des chambres froides, les aliments chauds sont contenus dans des armoires chauffantes. Au moment de la distribution, les plats sont présentés dans des contenants isothermes. Nous n'aborderons pas ici la spécificité de tout ce matériel car il est trop nombreux. Il vous appartiendra en stage et lors de votre carrière professionnelle de détecter les moyens mis en œuvre dans les lieux de soins pour garantir ces principes.

Un moindre coût : comme dans à peu près toutes les structures l'argent reste « le nerf de la guerre ». Le montant alloué à une personne pour ses repas dépend de la politique de la structure dans laquelle il est. Dans tous les cas, la recherche du meilleur rapport qualité/prix est un exercice auquel se livre régulièrement le chef de cuisine. Le prix est toujours un élément limitant car quel que soit la structure concernée, elle est toujours subsidiée en partie par l'état et en partie par la personne soignée.

A titre indicatif, dans les hôpitaux, l'alimentation (repas, personnel et infrastructure) représente environ 20% du BMF²⁰, ce qui correspond à une moyenne de 6,5 € par personne soignée et par jour.

J'ai bien mangé ... mais c'est quoi bien manger ?

Position pour s'alimenter

De l'empire romain où l'on mangeait couché à la « streetfood » où l'on prend son dîner dans le métro en allant au travail, il est possible de manger dans à peu près toutes les positions.

Ceci dit, la physiologie de la digestion, qui est à la fois un phénomène mécanique (par le péristaltisme du tube digestif), mais aussi un phénomène passif (par le simple fait de la pesanteur), nous indique qu'il est tout de même préférable de manger avec la bouche plus haute que l'anus. A noter aussi, et sans vouloir étudier à l'avance des notions d'anatomie, que la première partie de la digestion mécanique des aliments commence dans la bouche avec la mastication des aliments. Ceci pour

²⁰ Budget des Moyens Financiers : pour faire simple...la partie subsidiée par l'état en rapport avec le nombre de séjours enregistrés dans un hôpital.

dire qu'avant toute chose il est important que **la personne soit munie de dents propres et saines pour manger.**

Manger est certes utile au développement mais pour beaucoup d'entre nous il s'agit aussi d'un moment de plaisir. Il est donc important pour manger d'être installé confortablement.

La position idéale pour prendre son repas est d'être assis, le dos bien droit, les genoux à hauteur du bassin et les pieds bien à plat sur le sol.

Dans cette position, la tête est mise de sorte que les voies respiratoires et digestives soient bien positionnées pour éviter au maximum les fausses routes (nous reparlerons de ce phénomène un peu plus tard). C'est aussi dans cette position que la pesanteur peut avoir un effet maximum sur le bol alimentaire.

Malheureusement, ça n'est pas toujours si simple. Pour diverses raisons de santé, il n'est pas toujours possible de manger assis. Parfois le patient ne pourra pas quitter son lit et devra tout de même manger.

Il va de soi que même alité, il est nécessaire d'être bien installé pour pouvoir prendre son repas au lit. Plus la dépendance sera importante et plus il sera nécessaire d'être bien installé.

Au lit, le patient est couché sur le dos avec la tête de lit relevée au maximum pour que l'axe du buste de la personne et celui de ses jambes forment un angle de presque 90°. Ceci pour se rapprocher au maximum de la position assise.

On ne place pas la personne exactement à angle droit pour éviter une trop grande tension sur ses biceps cruraux (un des muscles de l'arrière de la cuisse). Mais aussi pour ne pas exercer de pression sur la ceinture abdominale. Un angle entre 70° et 80° est l'idéal pour peu qu'il soit toléré par le patient. Il est important de privilégier le confort du patient dans sa position plutôt que de vouloir à tout prix obtenir cet angle idéal. En revanche, il faut quand même éviter de descendre en dessous de 30° pour ne pas entraver la digestion.

Pour favoriser la digestion, l'idéal est de rester dans la position dans laquelle on a pris son repas pendant au moins une demi-heure afin de permettre à l'estomac de se vider.

Comment installer la table ?

Une fois la personne bien installée, il convient d'aussi lui dresser la table. Dans tous les cas de figure et pour faire un lien avec notre chapitre précédent il est important que la table sur laquelle la personne va prendre son repas soit propre et dégagée.

Si la personne est assise à table, nous dressons la table de la même manière qu'on le ferait chez nous. Il faut veiller à ce que tous les éléments prévus au repas soient accessibles.

Si la personne doit manger alitée, il existe dans les milieux de soins des tablettes repas, ou des extensions de table de nuit que le soignant peut venir installer juste à côté du lit. Le soignant veille à installer cette tablette au bon endroit afin qu'elle ne comprime pas l'abdomen de la personne mais qu'elle soit tout de même assez proche pour être entièrement accessible. Dans la même idée, ces tablettes sont souvent réglables en hauteur et il est donc important de régler la hauteur du lit et de la tablette de sorte que le plateau soit le plus proche possible des cuisses (sans les toucher) mais pas non plus trop haut afin qu'il soit accessible. La tablette repas est souvent peu spacieuse et demande au soignant d'installer les éléments du repas avec un maximum d'ergonomie mais toujours en prenant en compte les habitudes de la personne soignée.

A noter que si la personne souffre d'une déficience visuelle, il est particulièrement important de toujours placer les éléments aux mêmes endroits, ceux avec lesquels la personne est habituée.

Comme nous l'avons étudié dans le premier chapitre, lors de l'étude des besoins fondamentaux, un autre besoin intervient dans la prise du repas : le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne posture. En effet, vous rencontrez des personnes qui seront plus ou moins dépendante de vous en regard de la satisfaction de ce besoin.

Cela ira d'un tremblement empêchant de boire de la soupe à la cuillère à une paralysie totale empêchant tout mouvement.

Il nous est impossible de passer en revue toutes les situations que nous pouvons rencontrer tant elles sont nombreuses. Chaque personne est différente et il faudra à chaque repas vous adapter. Néanmoins nous pouvons essayer de mettre en avant quelques principes qui seront valable dans toutes les situations.

Un premier principe, et qui fonctionne souvent, est de se dire qu'il est essentiel d'installer la personne soignée avec la même prévenance qu'on voudrait être installé si nous étions à sa place.

Il est important de rappeler que le soignant est là pour pallier au manque d'autonomie de la personne et que donc il est important de laisser faire à la personne tout ce qu'elle sait faire elle-même et même si elle prend plus de temps que le temps estimé normal.

Nous l'aidons à préparer son assiette pour qu'elle soit appétissante. Il est essentiel d'accorder de l'importance à la présentation de ce que vous donnerez à manger aux personnes soignées.

Comme vous le savez, un repas est composé de légumes, de féculents et de viande. Ces trois éléments doivent au maximum rester séparés tout au long du repas afin que la personne puisse en distinguer les goûts. Tout mélange doit toujours être validé par la personne soignée.

De même, si la personne est incapable de couper ses aliments, le soignant le fera à sa place en prenant soin que les morceaux soient suffisamment petits pour être mâchés mais aussi suffisamment grands pour avoir à être mâchés.

Toujours en regard de la mobilité, vous verrez qu'il existe tout un panel d'ustensiles plus ou moins bien conçus pour aider la personne soignée à maintenir encore un maximum d'autonomie. On notera comme exemple des assiettes à bord haut, des couverts à gros manche, des verres et tasses « canard », des pailles,



Enfin, il vous arrivera aussi de devoir donner à manger à une personne dépenante.

Donner à manger n'est pas un acte à prendre à la légère, c'est un moment de partage dans lequel les deux personnes doivent s'inscrire avec conviction et envie.

Une fois la personne bien éveillée et bien installée confortablement avec suffisamment de lumière et dans un environnement calme sans trop de distraction, le soignant se place le plus possible face à la personne soignée afin que celle-ci la voit et voit aussi ce qu'on lui donne à manger. Avant toute chose, le soignant vérifie la température de la nourriture et s'assure que c'est assez chaud pour que le repas exprime tout son goût mais pas trop afin de ne pas brûler la personne.

Ensuite, petit à petit, le soignant proposera des bouchées de la taille d'une demi-cuillère à soupe, en expliquant à chaque fois ce qu'on avance près de la bouche du patient. Tout en donnant à manger, le soignant vérifie si la personne ouvre bien la bouche et avale les bouchées que nous lui présentons. Nous serons vigilants à ne pas cogner le couvert sur les lèvres, les dents ou les gencives.

Il est essentiel d'attendre que la personne ait dégluti entièrement sa bouchée avant de lui en proposer une autre.

Une communication bienveillante aide à mettre en appétit et à entretenir la convivialité. Lorsqu'on aide une personne à manger, le soignant est « ici et maintenant ».

Il est important aussi de s'hydrater lors des repas. Il est préférable d'éviter de boire juste avant le repas afin de ne pas surcharger l'estomac et créer ainsi une sensation rapide de satiété. Pendant le repas, pour les mêmes raisons évitons de boire de grande quantité. On peut tout de même boire un peu surtout si le repas le demande. Après le repas il est préférable d'attendre une demi-heure avant de boire afin que la vidange gastrique puisse se faire et ainsi éviter les vomissements. Par ailleurs, l'eau absorbée dilue les sucs digestifs utiles à la décomposition chimique de certains aliments.

Les différents types de régime et de texture

Dans ce point, nous aborderons de manière très succincte les différents types de régimes que vous pourrez rencontrer en milieu de soins. On retrouve couramment :

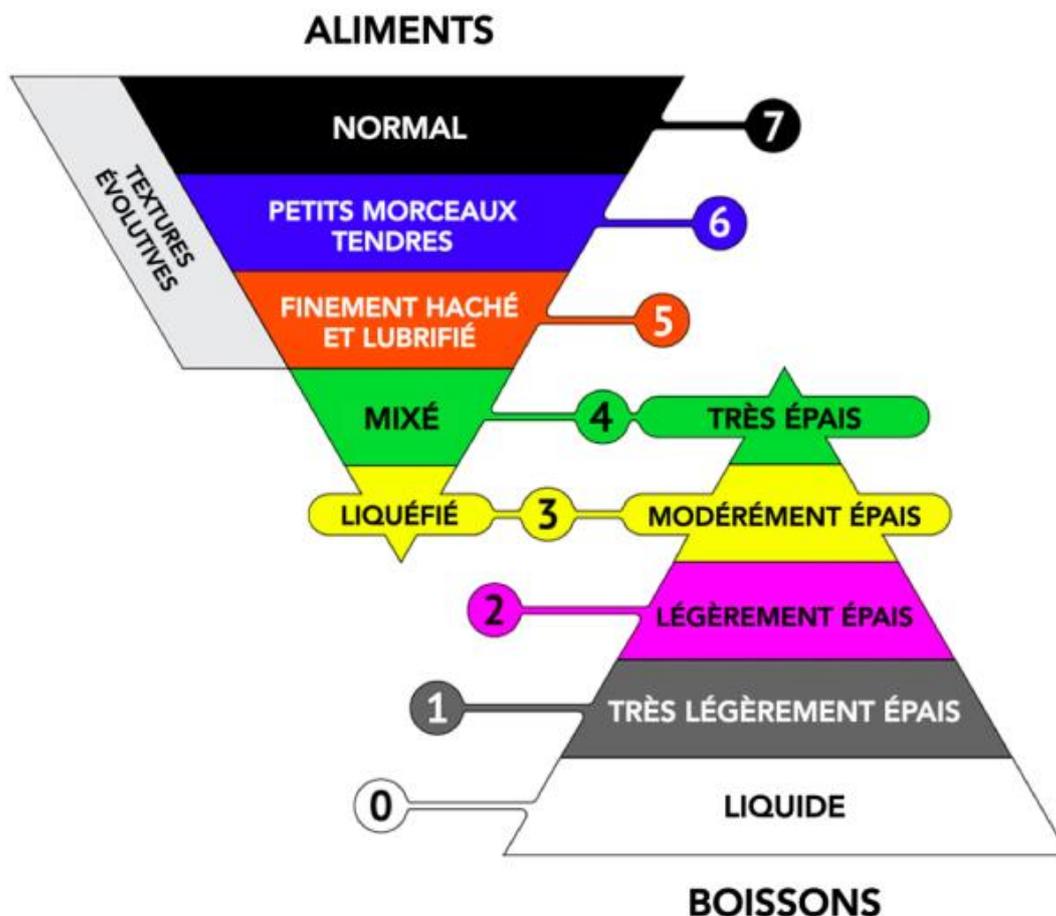
- Régime ordinaire : par défaut et pour tous.
- Diabétique : diminué en sucre
- Hypocalorique : moins d'apport d'énergie dans le but de perdre du poids
- Pauvre en graisse : moins de lipide
- Sans résidu : pas de fibre
- Riche en fibre : plus de fibre
- Hyposodé : moins de sel
- ...
- Liés à des allergies ou des intolérances

... ainsi que les différentes textures sous lesquelles les plats peuvent être présentés à la personne.

Par rapport aux textures, il serait intéressant de tous parler le même langage. En effet selon les milieux de soins, nous retrouvons régulièrement des appellations différentes pour un même plat. Dans cette optique, les sociétés internationales de diététique ont mis au point une terminologie appelée IDDSI (Internationa Dysphagia Diet Standardisation Initiative). Cette terminologie a pour but de développer un langage universel et standardisé et de le présenter sous forme d'un diagramme comportant les aliments et liquides recommandés en cas de dysphagie²¹.

²¹

https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_Framework_Final_French_France_Jan_2018.pdf (consulté le 10 août 2022)



L'idée ensuite est de classer la personne soignée en deux chiffres, le premier pour les aliments, le second pour les boissons. Cette classification est loin d'être mise en place dans les milieux de soins pour des raisons diverses et variées mais elle est l'avenir et ce vers quoi nous devons tendre...parlez-en !

Quoi transmettre à l'infirmier·e ?

La distribution des repas en milieu de soins est très souvent confiée aux aides-soignantes. Néanmoins, comme nous l'avons mentionné dans le premier chapitre, il s'agit là d'un acte infirmier délégué à l'aide-soignante mais pour lequel elle doit rendre compte à l'infirmière qui reste responsable. Il va de soi qu'il est impossible de faire le point au millilitre ou au gramme près de ce que chaque personne a mangé ou bu dans un service de soins. Néanmoins, il est important que l'infirmière sache de manière globale si la personne soignée s'alimente et s'hydrate suffisamment afin qu'elle puisse en rendre compte au médecin.

De manière générale, si les assiettes et les liquides reviennent vides ou à peu près vides. Il n'est pas utile de le signaler, on considérera que le patient mange bien. Méfions-nous tout de même des troubles d'ordre psychologique dans lequel le malade pourrait jeter sa nourriture pour donner l'illusion que tout va bien.

En revanche, si vous percevez qu'un patient ne mange ou ne boit pas tout ce qu'on lui donne, il est important de le signaler.

La surveillance des ingestats est aussi mise en relation directe avec le poids de la personne. Le poids est une mesure objective à prendre régulièrement en fonction de l'état de la personne et c'est l'infirmière qui jugera de cette fréquence en fonction des notions qu'elle reçoit du patient, de l'aide-soignante et du médecin. Dans tous les cas, quel que soit le milieu de soins, il est primordial d'avoir une valeur d'entrée sur laquelle on pourra se baser.

Dès qu'un problème est détecté, il est important de mettre en place une mesure hebdomadaire du poids et un suivi plus précis des quantités de nourriture et de boisson prise par la personne soignée. Vous rencontrerez dans les milieux de soins des tableaux de suivi d'ingestats qu'il est important de remplir consciencieusement pour aider la personne à satisfaire son besoin de s'alimenter.

La personne « à jeun »

Il arrive parfois en milieu de soins qu'une personne soit décrétée « à jeun ». Pour certains examens complémentaires, dans le cadre de certaines pathologies ou pour certaines interventions chirurgicales, le tube digestif du patient doit être le moins rempli possible. Les patients seront identifiés comme « à jeun » dans le dossier, à la remise de service et même parfois au chevet du patient.

Le terme « à jeun » signifie que la personne ne peut

- **pas boire,**
- **pas manger**
- **pas fumer.**

Dans certaines situations, vous rencontrerez des patients « à jeun » mais qui peuvent quand même prendre leurs médicaments avec un fond d'eau. Dans ce cas, nous estimons que le risque qu'il y a à rompre le jeûne est moins important que le risque qu'a le patient de ne pas prendre ses médicaments.

En cas d'examen ou d'intervention et sans plus de précisions, le patient doit être à jeun six heures avant l'intervention.

Dans les cas de jeûne prolongé, pour un post-opératoire ou une pathologie, le patient restera sans boire, ni manger jusqu'à avis contraire. A noter que si cela se prolonge, il devra être hydraté et alimenté par voie sanguine afin de ne pas être dénutri.

L'alimentation par sonde

Sans entrer dans le détail, car cela relève de la fonction infirmière, vous rencontrerez des patients alimentés partiellement ou exclusivement par sonde gastrique (naso-gastrique, gastrostomie, jéjunostomie).

Notion de sécurité lors des repas

L'aide à l'alimentation des patients à risque de fausse route fait partie des actes pouvant être délégués à l'aide-soignante depuis le 1^{er} janvier 2019.

A ce titre, il est important de vous communiquer ici quelques notions.

La déglutition est l'action mécanique qui consiste à faire passer le bol alimentaire de la bouche à l'œsophage. Sans entrer dans les détails d'anatomie et de physiologie de la gorge, que vous étudierez dans l'UE 9, il faut tout de même savoir que le fond de la gorge est le carrefour entre les voies aériennes pour respirer et les voies digestives pour manger. Il est entre autre composé de 'clapés' (la luette et l'épiglotte) qui servent à obturer les voies aériennes lors de la déglutition et ainsi éviter d'inhaler de la nourriture. Inhaler de la nourriture, c'est permettre à de la nourriture d'entrer dans un conduit considéré comme stérile et risquer de le boucher et/ou de le salir. Cela mène de toute façon à des complications pouvant entraîner la mort de la personne.

A ce titre, comme nous l'avons vu ci-dessus, il est primordial de respecter les bonnes positions pour manger ainsi que les textures adaptées aux personnes. Tous les problèmes de déglutition doivent être signalés au personnel infirmier.

Le mécanisme de défense naturel de l'organisme face à la fausse déglutition est la toux. Si le patient tousse pendant son repas, il se défend...ce qui signifie qu'il est « attaqué ». Ces toux ne doivent en aucun cas être banalisées car l'inhalation de petite quantité à bas bruit est tout aussi mortelle que, l'étouffement en une fois.

Il est possible qu'un patient (ou même une personne dans votre entourage) s'étouffe devant vous par obstruction de ses voies aériennes. Plus tard dans votre formation, vous aurez un cours de secourisme où vous étudierez en détail ces notions.

En revanche, il nous paraît important de dresser ici quelques éléments qui pourraient vous être utile lors de votre stage.

Afin de ne pas réinventer la roue et surtout de ne pas s'éparpiller d'avantage dans des notions qui doivent être claires et précises pour un soignant, nous prenons le parti de reprendre dans son intégralité les notes de cours relatives à ce sujet que vous aurez plus tard dans votre formation²².

A noter que la première chose à faire à votre niveau si vous êtes confronté à un étouffement est **d'appeler à l'aide.**

²² Vantomme P., Premiers secours et Secourisme, notes de cours destinées aux étudiants de la section aide-soignant de l'EAFC Tournai eurométropole, pp.20-22

Étouffement par obstruction des voies aériennes

L'obstruction des voies aériennes va entraîner une détresse respiratoire voire un arrêt de la respiration. Elle peut se présenter chez les bébés, les personnes âgées comme chez n'importe qui. Le responsable est un corps étranger. L'obstruction peut être partielle ou totale.

Obstruction partielle des voies respiratoires

o Que puis-je observer ?

- la victime respire mais difficilement,
- la victime parle mais difficilement,
- la respiration est bruyante,
- la victime s'agite et tient sa gorge (suffocation),
- sa peau peut prendre une coloration « gris-bleu » (cyanose).

o Que puis-je faire ?

- évitez que l'obstruction devienne totale ;
- calmez la victime ;
- demandez-lui de tousser mais sans insistance ;
- optez pour la position assise ou semi-assise ;
- encouragez-la à respirer lentement et profondément (le faire avec elle).

PAS de manipulation inutile !

Obstruction totale des voies aériennes

o Que puis-je observer ?

- la victime ne peut ni parler, ni tousser, ni respirer ;
- la victime suffoque ;
- elle est cyanosée ;
- elle perd connaissance.

o Que puis-je faire ?

Tentez de désobstruer, c'est la et **mancœuvre d'Heimlich**.

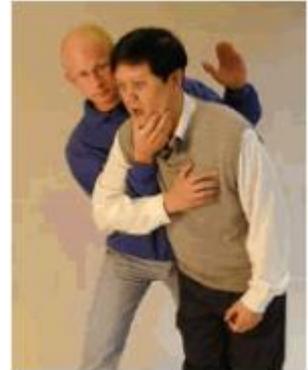
Manœuvre d'Heimlich

1°- Alerte ou faites alerter les secours ☎ 112 partout en Europe

Urgence interne dans les hôpitaux)

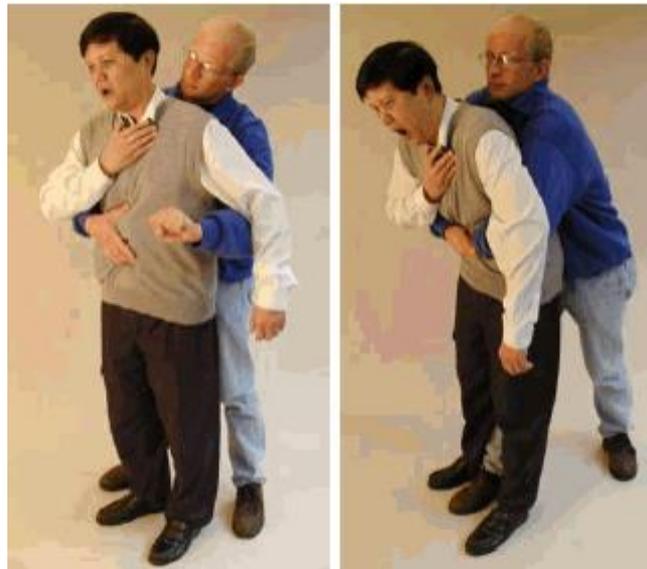
SI la victime est consciente :

- 1°- demandez à la victime de tousser mais sans insistance ;
- 2°- penchez alors la victime en avant
et donnez cinq tapes entre les
omoplates avec le plat de votre main



SI cela n'est PAS efficace :

- 1°- Placez vos bras autour de la victime en vous plaçant derrière elle ;
- 2°- placez votre poing fermé entre le nombril et le sternum, votre autre main sur votre poing ;
- 3°- tirez brusquement vers le haut et l'intérieur ;
- 4°- tentez à nouveau une tape dans le dos
- 5°- alternez les manœuvres, compression abdominale / tape jusqu'à cinq fois.



SI elle n'expulse pas de la bouche :

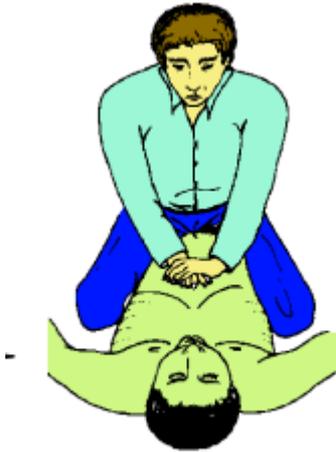
Il faut alors retirez le corps étranger de la bouche en prenant garde de ne pas le repousser, de ne pas être mordu.

- 1°- Entrez le doigt par le côté de la bouche,
- 2°- puis un deuxième comme une pince pour retirer le corps étranger.

Cas particuliers :

Δ SI la victime est INCONSCIENTE :

SI elle respire, tenter la compression abdominale.



SI elle ne respire PAS, il est nécessaire de recourir à une réanimation cardio-pulmonaire.

Les compressions thoraciques du massage cardiaque peuvent permettre la désobstruction. }

Δ SI la victime est :

- o une femme enceinte => compressions thoraciques ;
- o une personne obèse => compressions thoraciques ;
- o un enfant :

Alternez compression abdominale / tape jusqu'à cinq fois. Soyez plus doux « moins fort » !

o un nourrisson : c'est-à-dire une enfant de moins d'un an.

1°- Placez-le à califourchon sur votre avant-bras ;

2°- tête vers le bas ;

3°- tapez lui dans le dos ;



Prise de médicaments avec le repas

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la distribution des médicaments fait aussi partie des actes pouvant être confiés aux aides-soignantes.

La loi dit :

- En 2006 : Aide à la prise de médicaments par voie orale pour le patient/résident, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un-e infirmier-e ou un pharmacien.
- En 2019 : Administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiantes, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes : orale (y compris l'inhalation), rectale, gouttes ophtalmiques, gouttes auriculaires, percutanée, et sous-cutanée (uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée).

Donc, en aucun cas l'aide-soignante ne peut de sa propre initiative ou même sur base d'une prescription médicale orale ou écrite donner un médicament venant directement de la pharmacie centrale à un patient.

L'infirmière (ou le pharmacien), sur base d'une prescription médicale prépare le médicament « x » qui sera donné au patient « P » à un moment « t ». Ces trois notions « x », « P » et « t » sont explicitement inscrites sur le médicament. Il y a pour bien faire une double vérification par une autre personne (ou par la même personne à un autre moment) afin de s'assurer que les trois données sont correctes.

Seulement après cette double vérification, l'aide-soignante peut donner le médicament à la personne et s'assurer qu'elle l'avale.

La distribution des médicaments consiste à préparer des médicaments selon la dose nécessaire pour chaque patient/résident et à apporter ces médicaments au patient de telle sorte que le patient dispose correctement, sans équivoque et de manière personnalisée de tous les médicaments qu'il doit prendre.

Cette tâche incombe à l'infirmière ou au pharmacien (AR du 12 janvier 2006).

Une fois la distribution effectuée, l'aide-soignante peut aider le patient à prendre ses médicaments.

L'aide-soignante pose toujours un acte infirmier à la demande et sous la surveillance de l'infirmière. La surveillance ne doit pas se traduire par la présence physique de l'infirmière auprès de l'aide-soignante, mais bien par le fait que :

- l'infirmière délègue l'acte à une aide-soignante dont il sait qu'elle est suffisamment formée et compétente,
- l'infirmière est disponible dans le service ou dans l'institution pour fournir des informations ou intervenir en cas de problèmes,
- l'infirmière garde a posteriori un certain degré de contrôle sur l'exécution de l'acte.

Comme tous les actes infirmiers, cet acte doit être clairement décrit au sein de l'institution dans une procédure.

CHAPITRE IV : Après l'effort le réconfort... Au lit !

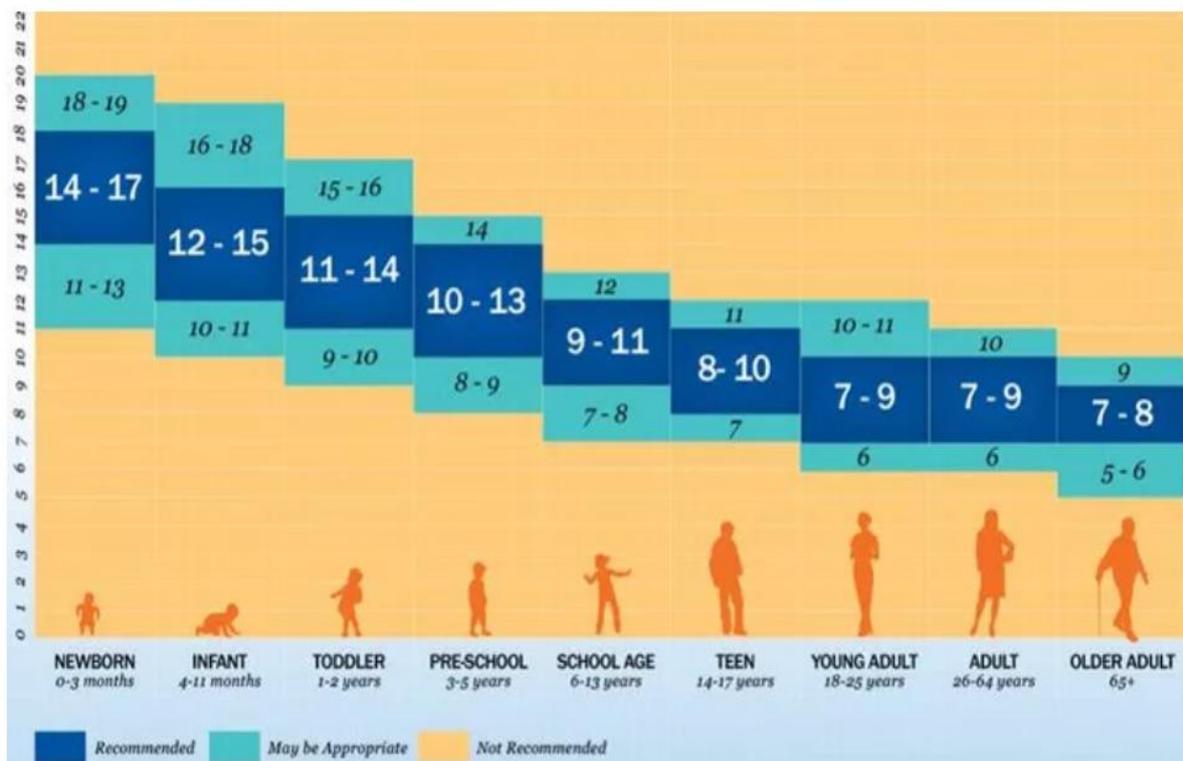
Dans la même optique que le chapitre précédent, et toujours dans le but de vous préparer un maximum pour découvrir les milieux de soins, il nous paraît important de creuser un peu plus le **besoin de dormir et se reposer**.

Pourquoi dormir ?

Dormir est une activité essentielle au bon développement de notre organisme. Un sommeil d'une durée et d'une qualité adéquate améliore l'attention, le comportement, la mémoire et l'état général de notre santé mentale et physique; il aide en outre l'organisme à maintenir et à réguler plusieurs fonctions vitales.

Dormir est un besoin qui varie en fonction des personnes et qui varie aussi au fil de leur vie. De manière générale, on peut dire que :

- les tous petits ont besoin de 11 à 14 heures ;
- les enfants (< 14 ans) ont un besoin de 10 à 13 heures ;
- les adolescents (14-17 ans) ont un besoin de 8 à 10 heures ;
- les adultes (26-64 ans), entre 7 et 9 heures ;
- les personnes âgées de 65 ans et plus affichent pour leur part un besoin un peu moins élevé: de 7 à 8 heures de sommeil journalières.



Pour bien faire, l'humain est un animal diurne et donc par conséquent, il est préférable de dormir la nuit et de respecter un maximum le cycle du soleil. La lumière empêche à la glande pinéale (à la base du cerveau) de sécréter la mélatonine qui est l'hormone du sommeil.

Lorsqu'on ne dort pas assez ou pas assez bien, on peut très vite entrer en carence de sommeil. La dette de sommeil se manifeste par :

- une sensation de fatigue dès le réveil ;
- une baisse de la concentration et de la vigilance ;
- des périodes de somnolence au cours de la journée ;
- une sensation de picotements dans les yeux ;
- des bâillements répétés ;
- une raideur dans la nuque et / ou le dos.

Afin d'empêcher l'apparition de ces problèmes, il est important de bien dormir.

Lorsqu'on dort, notre sommeil est constitué de plusieurs cycles successifs (4 à 6). Un cycle de sommeil dure environ 90 minutes. Chaque cycle comporte 4 phases :

- l'endormissement,
- le sommeil lent léger,
- le sommeil lent profond,
- le sommeil paradoxal.

1. L'endormissement dure environ cinq minutes. L'absence de lumière active la production de mélatonine (hormone du sommeil). Nos récepteurs sensoriels se déconnectent.
2. Le sommeil lent léger dure 50 minutes, dans cette phase, notre cerveau stocke les informations récentes dans notre mémoire à long terme. La mémoire se consolide.
3. Le sommeil lent profond entraîne la diminution de la température du corps. Toute conscience de l'environnement extérieur s'efface. C'est le moment du ménage physiologique. C'est à ce moment qu'on produit le plus d'hormone de croissance nécessaire à la multiplication cellulaire.
4. Le sommeil paradoxal, qui dure maximum 30 minutes est un état proche du coma. Notre température est au plus bas mais notre rythme cardiaque s'accélère. Notre cerveau s'active et nous rêvons. Le sommeil paradoxal est contrôlé par le système limbique, foyer de nos pulsions sexuelles, de la peur, de l'agressivité... mais aussi de la joie. Même si l'ensemble du corps connaît une paralysie momentanée, nos globes oculaires répondent à l'intensité des rêves en bougeant.

La dernière phase se termine par un bref réveil.

Au vu de ceci, nous comprenons pourquoi, il est préférable de ne pas réveiller une personne qui dort car on ne sait jamais dans quelle phase elle se trouve et notre réveil, pourrait être délétère.

A noter que malgré ces considérations physiologiques du sommeil, il n'en est qu'il commence par une attention particulière au confort qu'on mettra à vouloir dormir.

Rien de tel qu'un bon lit douillet ...mais pas que ... !.

Comme nous l'avons vu tout le monde n'est pas égal devant le sommeil et il est indéniable que certains facteurs l'influencent.

Chacun a des habitudes individuelles. Une personne boit un verre de lait, dort avec la fenêtre ouverte et dans l'obscurité totale ; une autre aime lire quelques pages avant de s'endormir, porte des chaussettes à cause des pieds froids et laisse la fenêtre fermée. Au cas où ces habitudes ne pourraient pas être respectées, peuvent apparaître des perturbations du sommeil.

Facteurs perturbateurs de sommeil	
En général	En relation avec la maladie ou l'hospitalisation
Facteurs exogènes (lié à quelque chose d'extérieur)	
<ul style="list-style-type: none"> - milieu inhabituel - présence de lumière interne ou de l'extérieur - chaleur, froid dans la chambre - dormir seul ce qui est inhabituel - bruits - bruits inhabituels (trafic...) - matelas trop mou ou trop dure 	<ul style="list-style-type: none"> - milieu, litinhabituel - chambres à plusieurs lits : voisin inconnu, télévision, ronflement, gémissement - installation inhabituelle (traitement) - restriction de la mobilisation par des tuyaux de perfusion, des sondes et drainages, attelles et plâtres - besoin en soins accrus la nuit (soi-même ou le voisin) - tour de contrôle par le personnel soignant - lumière veilleuse
Les émotions	
<ul style="list-style-type: none"> - la peur liée à des événements du lendemain, les soucis - la joie anticipée - les événements du jour (plaisirs aussi) - la solitude 	<ul style="list-style-type: none"> - peur de l'intervention chirurgicale, de l'examen, du diagnostic, du pronostic - soucis pour la famille (enfants)
Les facteurs chrono-biologiques	
<ul style="list-style-type: none"> - décalage horaire dû aux voyages dépassant plusieurs fuseaux horaires - le travail de nuit 	

Psychotrope (stimulants / calmant)	
<ul style="list-style-type: none"> - boissons contenant de la caféine - thé noir - repas copieux le soir - alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - médicaments stimulants
Facteurs organiques	
<ul style="list-style-type: none"> - Manque de mobilisation - Syndrome d'apnée du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs - démence (personne plus active la nuit) - Parkinson (besoin accru en sommeil plus d'activité la nuit) - Dépression - besoin plus fréquent d'uriner (grossesse, hypertrophie de la prostate...) - tension artérielle trop élevée ou trop basse - maladie coronarienne

Malgré ces problèmes de sommeil présents dans la vie quotidienne et exacerbé par la maladie et l'hospitalisation. Il existe des interventions favorisant le sommeil

En général :

- se mobiliser régulièrement, se fatiguer durant la journée
- ne pas arrêter les activités trop tard
- respecter toujours le même horaire pour se coucher ou dormir
- éviter le froid : mettre une couverture supplémentaire, mettre des chaussettes en cas de pieds froids
- avant de dormir : aérer la pièce, se changer, laver les dents, aller aux WC,...
- respecter autant que possible les rituels

Habitudes alimentaires :

- des repas légers le soir, mais éviter d'aller dormir en ayant faim
- boire des thés calmants aux extraits de plantes, du lait chaud
- offrir une collation au cas où le repas du soir en institution est précoce (yaourt, pomme.. à laisser éventuellement sur la table de nuit)

Interventions spécifiques en milieu hospitalier :

- optimiser l'installation dans les limites de l'état du patient
- offrir un coussin supplémentaire
- rallonger les tubulures des perfusions, sécuriser les tubulures
- éviter la lumière dérangeante
- possibilité d'offrir un cache-yeux pour dormir
- respecter les habitudes individuelles autant que possible
- être à l'écoute en cas d'angoisse causée par des interventions ou des examens

- diminuer le plus possible l'intensité de la douleur pour la nuit (donner des antalgiques...)
- proposer au patient d'éliminer avant de dormir
- mettre à proximité l'urinal ou la chaise percée

Personnel soignant :

- réduire au minimum les tours de contrôle
- semelles antibruit
- travailler avec peu de bruit la nuit

Utilisation de médicaments pour favoriser le sommeil

La prise d'un somnifère sera toujours effectuée par l'infirmière et sur prescription médicale. Si tout est en ordre, l'aide-soignante peut donner le somnifère avec les mêmes précautions que n'importe quel traitement.

Pour votre information et vous conscientiser, la prise de somnifères

- est très répandue dans la population
- sont trop facilement proposés
- leur dosage est souvent standardisé et plus élevé que nécessaire.

C'est dans des situations d'exception que les gens commencent généralement à prendre des somnifères: des situations ne leur permettant pas la relaxation nécessaire pour se préparer au sommeil.

La prise d'un somnifère a comme effet que la personne ne reste pas éveillée, mais le sommeil

- est non physiologique, n'a pas la même qualité (moins de régénération)
- influence sur les phases : raccourcissement de la phase du sommeil profond
- n'est pas un moyen efficace à la longue car n'agit pas sur la cause du trouble de sommeil

En cas de perturbation du sommeil, il faudra d'abord rechercher et combattre la cause. Donner des somnifères peut être utile en cas de perturbations aiguës (court laps de temps).

En revanche, à votre niveau vous pouvez aussi contribuer à ce que la personne passe une bonne nuit. Tout commence par un bon lit !

Qu'est-ce qu'un bon lit ?

Dans ce point, nous n'aborderons pas l'aspect pratique du comment faire un lit. Nous allons plutôt tenter d'énoncer quelques principes de ce que devrait être un lit correct pour la personne.

Dans les milieux de soins nous refaisons le lit au moins une fois par jour. La réfection de lit se fait en général juste après que le patient se soit levé. Si le patient est alité en continu, le lit sera refait plusieurs fois par jour (3 à 4 au minimum).

Refaire un lit, c'est retendre les draps et/ou changer les draps entièrement ou en partie afin qu'il soit prêt et confortable pour le patient.

De manière générale nous veillerons à ce que :

- tout le lit soit propre et sec.
- les draps soient tendus sous le patient afin d'éviter les points de compression qui peuvent produire des lésions chez certains patients.
- le sommier et le matelas doivent être ni trop mou, ni trop dur et chacun a ses préférences en ce domaine.
- Avoir suffisamment de couverture pour ne pas avoir froid.
- Adapter la literie à la personne soignée.
- Positionner la personne dans la position où elle se sent le mieux.
- Veiller à la sécurité et au besoin mettre les barreaux de lit.
- Si le patient a un matelas dynamique, veiller à ce qu'il soit en parfait état de fonctionnement.
- Avoir des oreillers en suffisance pour assurer le confort de la personne.

Lors de la réfection du lit, nous veillerons à :

- Ne jamais mélanger les draps propres et les draps sales.
- Mettre le lit à hauteur de travail afin de ne pas se casser le dos.
- Mettre le lit complètement à plat pour pouvoir bien tendre les draps.
- Ne pas mettre le linge sale sur le sol.
- Ne pas secouer les draps (propre ou sale).
- Ne pas porter les draps sales contre sa tenue de travail.

Matériel dans les différents milieux d'accueil.

En milieu de soins, vous ne retrouverez pas le même matériel que chez vous. Le matériel est adapté pour être standardisé à un maximum de personnes, pour être facile d'entretien et facile à utiliser.

Dans ce point, nous allons parcourir ensemble le type de matériel qu'on peut trouver en partant du sol vers l'extérieur. Il va de soi que certaines situations de soins vous feront rencontrer un matériel différent (soins à domicile, mission en pays en voie de développement, précarité, ...).

- Le lit est monté sur roulette afin de pouvoir le déplacer dans la chambre et à l'extérieur de la chambre. Les roulettes peuvent être freinées pour ne pas que le lit bouge lorsque le patient est dedans. Le lit est entièrement nettoyable et désinfectable.

Le lit est réglable en hauteur et articulable au niveau des pieds et de la tête.

Il peut aussi être positionné en « déclive » - pieds plus bas que la tête ou en « trendelenburg²³ » - tête plus bas que les pieds.

Le lit peut être doté d'accessoires comme des barrières de sécurité ou des supports à perfusion et autres sacs de récoltes.

Il peut être complètement manuel ou complètement électrisé avec tous les intermédiaires qu'on peut trouver entre ces deux notions.

- Le matelas peut être statique ou dynamique. C'est-à-dire qu'il peut ne pas bouger ou être en mouvement perpétuel pour modifier les points de compressions.

Les matelas statiques sont en mousse plus ou moins de bonne qualité mais ayant toujours dans l'optique de diminuer au maximum les points de compression.

Le matelas est recouvert d'une housse plastifiée entièrement lavable et désinfectable. La housse du matelas doit être remplacée lorsqu'elle est craquelée.

- Le système de draps qui recouvrent le matelas peut être composé de manière différente :
 - Un drap housse (rare)
 - Un grand drap qui recouvre tout le lit. Il est bordé sur les quatre côtés et les coins sont fait de sorte qu'ils soient plats et solide (cf. pratique professionnelle).
 - Un système de trois alèzes (qui sont de plus petits draps) qui placés bout à bout avec un recouvrement de l'alèze du milieu sur les deux autres forment un recouvrement total du matelas. Ce système est utilisé pour les patients qui souillent souvent leur lit afin de ne pas devoir tout changer à chaque fois.

²³ Friedrich Trendelenburg est un chirurgien qui en 1873 décrit l'installation déclive du corps à 45° « tête en bas et hanches vers le haut », afin de faciliter l'exposition du site opératoire lors de chirurgie abdominale basse ou pelvienne.

- L'oreiller est en mousse recouvert de plastique afin d'être lui aussi lavable et désinfectable. Il est recouvert d'une taie d'oreiller.
- Le drap qui recouvre le patient est un grand drap qui sera bordé au pied dans la plupart des cas.
- Une couverture (facultative) permet au patient de maintenir sa température corporelle et d'être confortable.
- Un couvre lit pour habiller l'esthétique du lit. Il sert aussi souvent de couverture.

Conclusion

A travers ce cours nous avons parcouru quelques notions qu'il vous sera important d'avoir en tête pour mieux appréhender votre stage d'observation en milieu de soins.

Nous sommes partis de qui vous étiez et ceci a pu vous situer dans le vaste monde du soin. La législation, omniprésente à nos milieux vous aidera à savoir si vous êtes dans les clous ... ou pas. Attention à ne pas trop souvent traverser en dehors, il suffit d'une fois.

Nous avons rapidement balayé les différents endroits où l'on retrouve des aides-soignantes et par extension des aides familiale.

Par la suite nous avons parcouru la notion de SANTE mais aussi les autres notions qui lui sont connexes.

Ensuite, les soins ne se prodiguant pas de manière intuitive, nous avons abordé les notions de modèle de soins et de démarche en soins.

Par ailleurs, un grand point d'attention qu'il vous faudra toujours avoir en tête est la gestion de l'hygiène professionnelle.

Enfin, dans le but de vous préparer tout doucement à rencontrer vos premières situations de soins, nous avons approfondi deux besoins fondamentaux, celui de boire et manger et celui de dormir et se reposer.

J'espère que ces notions vues ensemble de manière théorique pourront vous permettre de mieux appréhender vos cours de pratique professionnelle, vos stages mais aussi votre vie de professionnelle.

Ce cours étant dynamique et adaptable pour les futures formations, je vous invite à me communiquer par mail (rony.minet@epicura.be) après votre stage d'observation les éléments qui vous auraient manqués, les éléments complètement inutiles ou bien encore n'importe quoi qui pourra venir enrichir ce document.

Bon stage !

Que retient-on de tout ça ?

L'étudiant sera capable de :

- Discuter des origines de sa profession.
- Discuter de sa place dans le monde du soin et savoir parler de l'aspect légal de la profession.
- Discuter de la notion de santé.
- Discuter des notions d'autonomie et de dépendance à partir de cas concret.
- Distinguer la maladie du vieillissement.
- D'expliquer simplement à quoi sert un modèle conceptuel
- D'expliquer simplement le point de vue de Virginia Henderson.
- Comprend à quoi correspondent les 14 besoins fondamentaux de V.H.
- De percevoir, à partir de cas concret, quel besoin fondamental risque d'être perturbé (en ayant la liste à disposition.
- De se situer dans la démarche en soins.
- D'expliquer les rôles de la tenue professionnelle.
- De décrire ce qu'est une tenue professionnelle « parfaite » ainsi que les accessoires « autorisés ».
- De décrire comment sont les mains d'un soignant.
- De distinguer un lavage d'une désinfection des mains
- De citer les 5 opportunités pour pratiquer un lavage hygiénique des mains.
- De citer les 5 opportunités pour pratiquer une désinfection des mains.
- De décrire le principe d'hygiène et de donner des exemples.
- Décrire les caractéristiques d'un repas en milieu collectifs.
- Discuter des points importants à vérifier avant de donner un repas à une personne.
- D'expliquer le principe de l'échelle IDDSI.
- D'expliquer la notion de « A jeun »
- De savoir quoi transmettre à l'infirmière en termes de repas sur base d'une situation concrète.
- Connaitre les dangers de la fausse déglutition.
- Décrire le rôle de l'aide-soignante par rapport à la distribution des médicaments.
- D'expliquer pourquoi il n'est pas bon de réveiller quelqu'un qui dort.
- De décrire ce qu'elle peut mettre en place pour favoriser le sommeil d'une personne.
- De décrire ce qu'est un lit correct.
- De décrire le matériel qu'on retrouve en milieu de soins en matière de lit.