L’observation aide-soignante

Chez le même éditeur

Dans la collection « Formation et pratique de l'aide-soignant »

La personne âgée, rôle de l'aide-soignant en institution et à domicile par M.-B. Beaulieu, 2001, 2e édition, 160 pages.

L'Animation des personnes âgées en institution, par P. Crône, 2009, 2e édition, 128 pages.

L'AS dans les services de soins, par M. O. Rioufol, 2005, 160 pages.

L'Accompagnement au quotidien, par M.-B. Beaulieu, 2007, 112 pages.

Hors collection

Guide d'anatomie-physiologie aides-soignants et auxiliaires de puériculture, par le Géracfas et J. Joubard, M.-T. Gourdon, B. Oller, M.-F. Boilland, E. Sauvage, M.P. Retailleau, 2009, 160 pages.

Mémo-fiches AS, par J. Gassier, 2008, 256 pages.

VAE aide-soignant, module de formation obligatoire, par le Géracfas, M.-O. Rioufol, C. Cordon, C. Ponte, E. Sauvage, 2005, 128 pages.

Modules AS. Module 1, l'accompagnement d'une personne dans les actes de la vie quotidienne, par le Géracfas, EE. SSauvage, M.H. Abeille, M.-O. Rioufol, A. Blanchard, C. Cordon, C. Ponte, A. Vandaele, 2007, 160 pages.

Modules AS/AP. Module 2, l'état clinique d'une personne, par le Géracfas, le Ceepame, M.-O. Rioufol, C. Berte, C. Cordon, 2009, 160 pages.

Modules AS/AP. Module 3, soins, par le Géracfas, M.H. Abeille, M.O. Rioufol, C. Cordon, E. Creteur, F. Girard, A. Martocq, E. Sauvage, A. Vandaele, 2007, 272 pages.

Modules AS/AP. Module 4, ergonomie, par le Géracfas, M. Bary, J. Courteaux, 2006, 144 pages.

Modules AS/AP. Module 5, relation-communication, par le Géracfas, la directrice et les formateurs de centre de formation des aides-soignants militaires, 2007, 128 pages.

Modules AS/AP. Module 6, hygiène, par le Géracfas, F. Bordet, A. Joly, C. Larue, G. Loriette, 2006, 144 pages.

Modules AS/AP. Module 7/8, transmission des informations et organisation du travail par le Géracfas, F. De Ligondes, M. Dol, G. Loriette, M.-F. Néau-Cottin, C. Ponte, M.-O. Rioufol, 2007, 96 pages.

Fiches de soins, la règle d'orr de l'aide-soignant, par M.-O. Rioufol, 2008, 4e édition, 352 pages.

Formation et pratique de l'aide-soignant

Dirigée par Marie-Odile Rioufol

L'observation aide-soignante

Une collaboration à la démarche de soins et au diagnostic infirmier

Marie-Odile Rioufol

2e édition

ELSEVIER
MASSON

Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.
Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie: 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71106-0

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Partie I

La démarche de soins et l'observation

1	Généralités	3
2	Démarche de soins et diagnostic infirmier	7
3	Recueil de données	15
4	Cas concret : participation de l'aide-soignant à la démarche de soins	23
5	Transmissions	29

Chapitre 1

Généralités

Au cours de ces dernières années, la médecine et la technologie ont subi des transformations importantes et ont évolué à une vitesse accélérée. Des impératifs politiques et économiques, le contexte psychosocial, ont modifié les comportements humains, les mœurs, l'éducation. Pour prendre en compte tous ces changements et pour mieux répondre aux besoins de santé de la personne soignée, la pratique des soins infirmiers a aussi évolué en parallèle. L'utilisation de nouveaux outils tels que **la démarche de soins** et le **diagnostic infirmier** sont des étapes fondamentales de ce « nouvel art de soigner ».

Concepts, théories et modèles

Pour organiser ses propres perceptions et ses connaissances, l'être humain utilise le **concept** qui est une représentation mentale, une image, une idée que l'on se fait, d'une opinion ou d'une chose. Il se construit à partir de notre éducation familiale, notre modèle culturel et les différents milieux (professionnels, sociaux, politiques etc.) auxquels on appartient.

Exemple

Je me fais une « image de la personne âgée » à partir des valeurs de ma famille et de la manière dont la personne âgée est aimée et respectée, à partir des valeurs de mon milieu professionnel (hôpital, long séjour, maison de retraite) et de la manière dont la personne âgée est estimée, à partir des valeurs de la société et de mon pays (la personne âgée n'est pas considérée et prise en charge de la même manière en Europe et en Afrique…).

De nombreuses infirmières américaines, canadiennes et anglaises ont fait des recherches pour clarifier et préciser les conceptions de l'homme, de son potentiel de santé, de la maladie et de la nature des soins prodigués. Elles les ont développées et organisées et ont ainsi élaboré des **théories** (Virginia Henderson, Dorothée Orem, Callista Roy, Nancy Roper, etc.) pour que tout soignant puisse s'y référer et réfléchir sur le **sens** qu'il donne à la maladie et au soin. Elles ont ensuite créé des **modèles** en soins infirmiers qui permettent de préciser leur pensée et de faire les liens entre toutes ces notions.

À la suite de cela, **des outils concrets et fiables** (quelle que soit la théorie) ont été élaborés pour relier la théorie à la pratique.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ce sont principalement des **grilles d'observation et des grilles d'évaluation des besoins** : ex. grille de dépendance, d'autonomie (qui ont inspiré entre autre le *géronte* pour les personnes âgées) et bien d'autres grilles, qui sont le support de la démarche de soins. Elles permettent :

- d'apprécier l'état de santé d'une personne, en repérant ses besoins, d'une part ;
- et d'évaluer les soins qui ont été dispensés, d'autre part.

Le modèle de Virginia Henderson

Utilisé dans de nombreux pays, il est un modèle de référence en France pour l'enseignement des soins infirmiers (infirmières et aides-soignants).

Virginia Henderson (1897-1996) est la première infirmière à avoir réalisé en 1955 un outil concret et facilement utilisable, à avoir établi une grille type ou **grille de dépendance** qui, à partir de **14 besoins fondamentaux**, recouvre tous les aspects de la vie de l'être humain dans toutes ses dimensions (biologiques, psychologiques et socioculturelles) et dans toutes ses activités. Cette grille permet de recenser les manifestations de dépendance de la personne et d'évaluer ses capacités.

Pour être en cohérence avec les soins que nous allons mettre en place selon le modèle de Virginia Henderson (puisqu'il est le modèle majoritairement choisi dans les établissements français) et avant de connaître sa théorie et le sens qu'elle donne aux soins infirmiers, il est important de rappeler les concepts fondamentaux et généraux de l'homme, de la santé et de la maladie et du soin.

Rappel des différents concepts

Concepts fondamentaux et généraux de l'homme, de la santé et de la maladie et du soin

L'HOMME • **un être unique** • **un TOUT indivisible**	• en perpétuel devenir • qui a des besoins biologiques, psychologiques, culturels et sociaux en relation avec son environnement qui change • capable de s'adapter
LA SANTÉ • **un équilibre** • **une harmonie**	• à trouver, à retrouver ou à maintenir • influencée par un environnement familial, professionnel, culturel et social

LA MALADIE • **une rupture de l'équilibre** • **un signal d'alarme**	Se traduisant par : • une difficulté ou souffrance physique, psychologique, culturelle ou sociale • une difficulté à s'adapter à une situation nouvelle provisoire ou définitive
LES SOINS INFIRMIERS • **une réponse à la rupture d'équilibre** • **une aide**	• à maintenir ou recouvrer la santé • à soutenir dans les derniers instants de la vie • à accomplir des tâches qu'il ne peut pas, qu'il ne sait pas • à reconquérir une autonomie

– Poletti R., Les soins infirmiers, « Théories et concepts », Le Centurion, 1983.
– Grondin, Phaneuf, Riopelle, Soins infirmiers, « Un modèle centré sur les besoins de la personne », Mc Graw Hill, 1984.
– Guide du service infirmier, Bulletin officiel du ministère des Affaires sociales de la solidarité nationale/Santé.

La théorie de Virginia Henderson

Sa théorie complète les concepts vus ci-dessus, par l'apport de nouvelles notions d'**indépendance** et de **dépendance**.

L'être humain a des besoins fondamentaux biopsychosociaux à satisfaire, que Virginia Henderson décrit au nombre de 14.

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

La santé est l'état où l'être humain satisfait tous ses besoins lui-même par des moyens appropriés, il est **indépendant**. La satisfaction d'un besoin relève de l'histoire de la personne, de ses habitudes de vie, de la manière dont elle s'implique dans son environnement culturel et social.

Peuvent apparaître des sources de difficulté ou des raisons qui vont empêcher une personne de satisfaire un ou plusieurs besoins : elle devient alors **dépendante**. Des signes **observables**, permettant de repérer la non-satisfaction d'un besoin, vont alors se manifester.

Les soins vont permettre de mettre en place des actions **appropriées et complémentaires** à celles du patient pour l'aider à maintenir et recouvrer la santé et pour l'aider à retrouver si possible son autonomie (ou une zone d'autonomie en fonction du handicap).

Liste des 14 besoins fondamentaux

Besoins	Informations complémentaires
1. Respirer	• Capter l'oxygène indispensable à la vie de la cellule et rejeter le gaz carbonique
2. Boire et manger	• Ingérer en qualité et en quantité les aliments et les boissons pour assurer la croissance, l'énergie et l'entretien des tissus
3. Éliminer	• Rejeter les déchets par les voies naturelles : urines (reins), selles (intestins), transpiration (peau), expiration pulmonaire, menstruation
4. Se mouvoir, maintenir une bonne posture	• Être en mouvement et se mobiliser pour favoriser les fonctions circulatoires et digestives ; marcher, s'asseoir, se coucher, changer de positions, et maintenir une posture n'entraînant ni douleur ni pathologie
5. Dormir, se reposer	• Prendre suffisamment de sommeil et de repos pour permettre à l'organisme de retrouver son énergie et son bien être, et pouvoir réaliser ses activités quotidiennes
6. Se vêtir, se dévêtir	• Choisir des vêtements appropriés, propres et adaptés à la température ; protéger son corps et respecter sa pudeur
7. Maintenir la température du corps dans les limites de la normale	• Maintenir la température de son corps à un degré constant (entre 36,5 °C et 37,5 °C) éprouver du bien-être, maintenir un équilibre entre la production et la perte de chaleur (porter des vêtements adaptés, etc.)
8. Être propre, soigné, protéger ses téguments	• Entretenir la propreté de son corps et son apparence ; protéger sa peau des agressions externes et en conserver l'intégrité
9. Éviter les dangers	• Se protéger contre les dangers que peut présenter l'environnement et éviter d'être soi-même une source de danger pour les autres ; ne pas éprouver de menaces psychologiques (angoisse, peur, abandon…) ; avoir de la stabilité, la possibilité de prévoir, de l'ordre, des habitudes, des rites, des repères temporo-spatiaux
10. Communiquer avec ses semblables	• Possibilités d'exprimer ses idées, ses sentiments (dont l'affection), ses expériences, ses besoins, ses émotions, ses craintes ; échanger avec les autres, avoir des liens affectifs et exprimer sa sexualité
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs	• Nécessité pour l'individu de poser des gestes, des actes conformes à ses convictions, ses valeurs et son idéal de vie (le bien, le mal, la justice…) ; être en accord avec ses idées, ses croyances, sa religion, sa culture et pouvoir les exprimer
12. S'occuper en vue de se réaliser	• Accomplir des actes qui répondent à un idéal, qui permettent de satisfaire ses aspirations, de se valoriser, de s'épanouir, être utile aux autres et trouver un sens à sa vie
13. Se récréer	• Choisir une activité agréable permettant de libérer ses tensions, de se distraire et se détendre
14. Apprendre	• Acquérir des connaissances, se renseigner, être informé, découvrir, apprendre, satisfaire une curiosité naturelle et légitime en ce qui concerne le devenir de son être et le développement de sa santé

Chapitre 2

Démarche de soins et diagnostic infirmier

Les **changements** dans la profession amènent le soignant à revoir ses propres valeurs professionnelles :

- ♦ la personne soignée n'est plus un « patient » qui attend : il est acteur, il a un projet de vie ;
- ♦ le professionnel n'est plus « celui qui sait » : il devient un interlocuteur dont le rôle est :
  - d'aider la personne soignée à communiquer, à exprimer ce qu'elle ressent,
  - l'aider à comprendre ce qui se passe pour elle,
  - l'aider à faire des choix,
  - l'aider à vivre dans les meilleures conditions possibles,
  - de lui donner des soins adaptés en tenant compte de sa personnalité et de ses besoins.

Les changements du rôle du soignant ont modifié ses rapports avec les autres professionnels de santé :

- ♦ l'aide-soignant travaille *en collaboration* avec l'infirmière et l'équipe de soins ;
- ♦ l'aide-soignant *participe* à des prises de décision.

Du fait de l'évolution de la conception des soins :

- ♦ les soignants se remettent en question dans leur pratique soignante :
  - le soignant et la personne soignée sont des partenaires d' un soin individualisé,
  - des non-professionnels intègrent l'entourage du patient dans les lieux de soins (bénévoles…),
  - les familles trouvent une place privilégiée de soutien et d'accompagnement auprès de leur parent hospitalisé ;
- ♦ et utilisent de nouveaux outils.

Pour avoir une bonne connaissance de la personne malade ou dépendante et repérer ce qui est susceptible de perturber sa santé, les soignants disposent d'une méthode rigoureuse et scientifique : **la démarche de soins**.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'utilisation de la démarche de soins entraîne une **amélioration de la qualité des soins**, elle agit :

- **au niveau de la personne soignée**, car celle-ci est prise en compte dans sa globalité, se voit proposer des soins individualisés et continus, et est invitée à participer et à être « acteur » de ses propres soins, librement acceptés ;
- **au niveau des soignants**, la démarche de soins renforce la reconnaissance professionnelle car elle :
  - évite les habitudes systématiques, les soins routiniers,
  - provoque la remise en cause, favorise l'évolution personnelle,
  - entraîne la satisfaction au travail (satisfaction du besoin de se réaliser), par la continuité et la cohérence dans les soins,
  - apporte des connaissances nouvelles en psychologie, sociologie, anthropologie, de par son approche psychosocioculturelle,
  - renforce le travail d'équipe à la fois par les réflexions communes et les échanges, et par les transmissions plus complètes et plus élaborées,
  - permet de prendre conscience de ses propres limites et difficultés dans certaines situations de soins et de pouvoir en discuter en équipe pour améliorer la qualité des soins.

Qu'est-ce que la démarche de soins ?

Plusieurs définitions vont permettre de bien préciser les buts et la finalité de la démarche de soins :

1. C'est une **méthode scientifique** dont le but est de solutionner les problèmes en soins infirmiers.
2. C'est un **cheminement** qui va permettre **d'individualiser les soins** en fonction de chaque personne soignée.
3. C'est un **processus intellectuel**, composé de **diverses étapes** logiquement ordonnées ayant pour but le mieux-être de la personne.
4. C'est une démarche qui permet de prendre en compte pour **un individu**, et à **un moment donné**, tous les éléments indispensables à la réalisation des soins nécessités par cette personne.

Les caractères en gras de ces 4 définitions permettent de souligner les caractéristiques de la démarche de soins :

- c'est un cheminement : *on avance pas à pas* ;
- c'est une méthode scientifique : *rigoureuse et logique* ;
- un processus intellectuel : *qui fait appel à notre pensée, notre discernement, notre jugement ;*
- composée de diverses étapes : *voir ci-après* ;

- qui permet d'individualiser les soins pour un individu : *pratiquer des soins réfléchis, personnels, adaptés et continus à une personne unique ;*
- à un moment donné : *la démarche saisit un instant donné : c'est un instantané.*

C'est une approche globale **centrée sur la personne et sa situation**, qui est complémentaire de la démarche médicale centrée sur la maladie.

Les étapes de la démarche de soins ?

Observation et recueil de données

Le recueil des informations va permettre :

1. de connaître la personne en la situant dans son contexte de vie, par la recherche de son identité et de ses habitudes de vie ;
2. de prendre connaissance du motif de l'hospitalisation et des antécédents médicaux de la personne ;
3. de repérer au niveau de ses besoins — soit parce que la personne l'exprime, soit parce que le soignant les observe — les signes et indices qui vont permettre de comprendre la situation, de repérer les difficultés, pour réaliser des soins personnalisés.

L'observation auprès du patient va permettre :

1. de repérer des signes qui expriment ses **besoins** spécifiques ;
2. de voir la satisfaction de ses besoins ou l'apparition de **difficultés** ;
3. de découvrir ses **ressources** et ses capacités.

L' analyse de la situation

C'est une recherche du **sens**.

Elle va permettre de faire le lien entre la personne (physique et psychologique), son environnement et sa maladie, et entre ce qui rattache ces signes entre eux.

Identification des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson

La liste des 14 besoins fondamentaux permet au soignant de vérifier que chaque besoin de la personne a bien été observé et identifié en lien avec sa pathologie, pour apporter son aide éventuelle en cas de difficultés.

Les sources de difficultés

Des **difficultés** peuvent perturber la satisfaction d'un ou de plusieurs besoins fondamentaux. Elles peuvent être d'ordre physique, psychologique, socioculturel.

Exemples de sources de difficultés

D'ordre physique	D'ordre psychologique	D'ordre socioculturel
• Douleurs • Insuffisance qualitative ou qualitative *ex : oxygénation (dyspnée), mobilisation (douleur)* • Déficits sensoriels *ex : visuel, auditif, troubles de la parole…* • Phénomènes de déséquilibre *ex : insuffisance, surcharge (hydratation, élimination…)*	• État de conscience *ex. : confusion, coma…* • Troubles de la mémoire • Troubles de la pensée • État affectif *ex. : anxiété et problème de comportement* • Stress • Situation de crise • Phases d'adaptation à la maladie	• Perturbations des relations familiales • Perturbations des relations professionnelles • Coutumes • Éducation • Croyances

Elles sont généralement liées à ce que la personne :

- ne peut pas faire ;
- ne veut pas faire ;
- ou ne sait pas faire.

Si ces difficultés persistent dans le temps ou si plusieurs difficultés viennent se surajouter, et que la personne ne puisse les résoudre, l'analyse de la situation et des réactions de la personne va permettre de déduire un **problème de santé** lié à la pratique des soins infirmiers.

Un problème de santé est la **somme de plusieurs difficultés** ou une difficulté qui **s'inscrit dans la durée**, pour laquelle la personne n'a pas trouvé en elle-même les ressources personnelles pour les résoudre, et/ou pour laquelle les soins ponctuels mis en place n'ont pas été suffisamment pertinents ou adaptés.

Identifier un problème de santé est une étape difficile qui nécessite souvent la participation de l'équipe, qui demande du discernement et des réajustements permanents au fur et à mesure que la situation évolue.

Les ressources de la personne

En lien avec sa pathologie ou son handicap, c'est ce que la personne est capable de faire seule, soit pour satisfaire ses besoins, soit pour résoudre ses difficultés.

Énoncé du diagnostic infirmier

Le **diagnostic infirmier** « est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité » (définition de l'ANADI [Association nord-américaine des diagnostics infirmiers] adoptée internationalement).

Le diagnostic infirmier est lié au rôle propre de l'infirmière et s'établit en regard des **réactions** de la personne à ses problèmes de santé et à sa maladie. Il décrit une pratique clinique.

Il est différent du **diagnostic médical** réalisé par le médecin et qui s'établit en regard de **signes** liés à une pathologie médicale.

Ils sont complémentaires.

Cette étape relève de la compétence de l'infirmière qui en rassemblant ses propres données et celles rapportées par l'aide-soignant va lui permettre de distinguer :

- les signes ou symptômes qui traduisent une pathologie et qui s'adressent au médecin ;
- des signes qui relèvent d'une dimension biopsychosociale et qui vont lui permettre de comprendre la personne et rechercher des actions à mettre en place dans les limites de son rôle propre.

L'équipe de soins tout entière participe et émet des avis pour attester de la pertinence de l'analyse par rapport à un problème de santé et du diagnostic infirmier choisi. Elle dispose d'une classification de l'ANADI qui comprend à ce jour plus de 120 intitulés.

Exemples

ÉCHANGES	1.3.1.3 Incontinence fécale 1.6.1.4 Risque de fausse route 1.6.2.1 Atteinte à l'intégrité des tissus
MOUVEMENT	6.1.1.1 Altération de la mobilité physique 6.5.1.1 Incapacité (partielle ou totale) d'avaler
PERCEPTIONS	7.1.1 Perturbation de l'image corporelle 7.1.2 Perturbation de l'estime de soi
COMMUNICATION	2.1.1.1 Altération de la communication verbale

Au niveau des **transmissions ciblées**, un diagnostic infirmier peut être utilisé en termes de cible (voir chapitre 5, « Les transmissions ciblées »).

La résolution du problème

La résolution du problème est la dernière étape qui va mettre en place un accompagnement et des soins adaptés ; elle concerne la personne elle-même d'abord, son entourage et l'équipe tout entière qui prend habituellement en charge cette personne. Elle va permettre :

- **de définir des objectifs** de soins en accord avec la personne soignée et élaborer une stratégie de soins ;

♦ **de planifier des actions** pertinentes : activités d'accompagnement, de soins et d'écoute, pour aider le patient à satisfaire son besoin perturbé et retrouver partiellement ou totalement l'indépendance de ses besoins ;

♦ **d'évaluer** les résultats et réajuster éventuellement les objectifs pour mettre en place de nouvelles actions.

Place et rôle de l'aide-soignant

Si la participation de l'aide-soignant est active à tous les niveaux de la démarche de soins, sa collaboration est capitale et spécifique lors de la première étape qui est celle du recueil de données (voir chapitre 3, « Le recueil de données »).

Pendant qu'il pratique les soins relevant de sa compétence, principalement les soins d'hygiène, de nursing (toilette, alimentation, élimination, etc.), l'aide-soignant recueille en permanence des informations ou des données.

Son rôle auprès de la personne soignée, lors de cette étape, se situe à plusieurs niveaux.

Il observe

♦ L'existence de signes physiques.

♦ Des réactions face à la maladie, à l'hospitalisation, au placement… se traduisant par un comportement verbal ou non verbal.

Il réfléchit et agit

♦ En cas de signes de l'ordre de l'urgence qu'il a appris à reconnaître (ex. : saignement, difficultés à respirer, douleurs, etc.), il prévient immédiatement l'infirmière.

♦ Il s'enquiert de contre-indications éventuelles (ex. : la personne doit rester à jeun, est au repos strict au lit, etc.).

♦ En cas de difficulté ou d'inconfort de la personne, il l'aide par des gestes, des attitudes, des paroles ou des soins relevant de sa compétence, pour éviter qu'une difficulté passagère ne devienne un problème (ex. : en cas de diminution de la mobilité, il pratique des changements de position et met en place des mesures de prévention d'escarres ; en cas de régime, il en explique la nécessité et permet à la personne de s'exprimer, etc.

♦ En cas de doute, il en réfère toujours à l'infirmière.

Il transmet

♦ Ce qu'il a observé au niveau de la personne : signes physiques, ce que la personne a dit ou exprimé par son comportement.

♦ Ce qu'il a fait : soins, paroles, actes et comment la personne a réagi.

Dans les deuxième et troisième parties de ce livre, et au regard de chaque besoin fondamental (selon les 14 besoins de Virginia Henderson) **seront développés principalement la place et le rôle de l'aide-soignant lors de cette première étape de la démarche de soins** : c'est-à-dire son rôle au niveau de l'observation et les actions qu'il met en place en collaboration avec l'infirmière.

La transmission des observations de l'aide-soignant et des soins qu'il a pratiqué donne la possibilité de dresser un « état des lieux » aussi complet que possible sur la situation et permettre à l'infirmière d'accéder à la deuxième étape, qui est celle de l'analyse de la situation et de l'énoncé de diagnostics infirmiers. Ceux-ci sont évoqués à la fin de chaque chapitre.

Chapitre 3

Recueil de données

Il comporte deux étapes capitales :

1. le recueil d'informations ; le recueil de données et des informations est une **phase active** qui va demander au soignant :

a. de recueillir les informations, rechercher les éléments et les renseignements concernant le patient,

b. d'observer ses besoins, ses sources de difficultés, ses ressources,

c. de rassembler ces informations et les regrouper dans le **dossier de soins**,

d. de rapporter ces données à l'équipe par l'intermédiaire des **transmissions (**voir chapitre 5) ;

2. l'observation ; en référence aux 14 besoins de Virginia Henderson, grâce à **l'observation** et **la qualité de relation** que l'aide-soignant va instaurer avec la personne, il va élaborer une démarche de soins en identifiant les besoins de la personne, évaluer son état de santé et mettre en place des actions de soins.

L'information

Pour élaborer son recueil de données, l'aide-soignant va rechercher les informations auprès de la personne elle-même et sa famille, et des membres de l'équipe. Sa dernière démarche sera d'aller lire les documents existants.

Exemple de modèle de recueil d'informations

Informations que l'AS apprend en parlant avec la personne

Habitudes de vie avant l'hospitalisation ou le placement

- **Son habitat : type de logement, à étage ou non, présence d'escaliers…**
- **Son entourage : si elle vit seule ou non, si le conjoint est en difficulté de santé, ou non, s'il y a la présence proche d'enfants, d'amis, de voisins…**
- **Son sommeil : ses habitudes d'endormissement, comprimés pour dormir…**
- **Son alimentation, son hydratation : le type d'appétit (gros mangeur ou non), des aliments préférés, détestés ou qui se digèrent mal… ; ses boissons, la quantité…**
- **Son élimination urinaire avec présence ou non de difficulté… ; intestinale avec le rythme d'élimination des selles (tous les jours, tous les 2 ou 3 jours…).**
- **Ses activités et loisirs, sa religion si elle a une incidence sur l'hospitalisation, ce qui est important pour elle.**

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- **Les éléments ayant marqué sa vie (deuil récent, accident de proches, séparations…).**

Lorsque la personne ne peut s'exprimer sur ses habitudes de vie (enfant, personne désorientée, dans l'impossibilité de parler), l'aide-soignant peut rencontrer un membre de sa famille qui pourra lui donner des informations complémentaires.

Étude des besoins (selon le modèle de Virginia Henderson)

Selon un modèle ou une grille qui sert de support, les 14 besoins sont passés en revue pour compléter ce que l'observation n'a pas pu donner (voir chapitre 4, cas concret, page).
La personne peut exprimer ce qu'elle ressent, ce qui la gêne, les difficultés qu'elle a à satisfaire un besoin donné.

Informations que l'AS apprend en parlant avec l'équipe

En parlant avec les infirmières

L'aide-soignant prend connaissance :

- **des prescriptions médicales : repos strict au lit, premier lever, lever avec appui, régime, à jeun… ;**
- **des soins éventuels que l'infirmière demande à l'aide-soignant de pratiquer.**

En parlant avec les autres aides-soignants

L'aide-soignant prend connaissance de :

- **l'autonomie de la personne, de l'aide éventuelle qu'il faut lui apporter au niveau :**
  - **de son installation,**
  - **son alimentation,**
  - **son hygiène ;**
- **la surveillance spécifique aide-soignant : pouls, diurèse, poids, selles, analyse d'urines… ;**
- **informations diverses : relation, difficultés…**

Informations que l'AS apprend en lisant des documents

- **La feuille de température.**
- **Les fiches diverses souvent affichées dans la chambre : d'alimentation, d'élimination, de prévention d'escarres, d'autonomie, de régime…**
- **La fiche de la démarche de soins.**
- **Les fiches de transmission jour/nuit.**
- **Le dossier de soins.**
- **La planification murale.**

L'observation

Qu'observe-t-on ?

La personne

C'est l'observation du jour : comment se présente la personne **au jour du recueil** d'informations, à ce moment précis.

Observation de la personne

1. Aspect général de la personne	2. Langage	3. Orientation dans le temps et dans l'espace. Mémoire	4. Humeur et comportement
– *l'expression faciale est :* calme, tendue, stressée, éveillée, endormie, ahurie – *le visage :* sa coloration – *le contact visuel :* yeux ouverts, fermés, regard fuyant, fixe	– *aphasie* (perte totale ou partielle de la capacité à s'exprimer) – *mutisme* (absence de communication verbale pendant un temps)	– *orientation dans le temps :* la personne sait ou non : – quelle heure il est – quel jour nous sommes, le mois, l'année – depuis combien de temps elle est hospitalisée	– *manifeste :* – de la gaieté – de la tristesse, de l'abattement – de l'anxiété, la peur – de la colère
– *l'apparence physique :* corpulence, malformations physiques, cicatrices – *présence de prothèses* (lunettes, appareil auditif, prothèse dentaire…)	– *débit* de la parole : lent, accéléré – *volume* de la voix : grave, aigu, intonations	– *orientation dans l'espace :* la personne sait : – où elle se trouve ? – dans quelle ville – retrouver sa chambre	– *se montre plus ou moins :* – ouverte, coopérative, confiante, souriante – apathique, en retrait, évasive, perplexe, distante – anxieuse, soumise, craintive, peureuse, triste – impatiente, hostile, arrogante, agressive
– *la posture :* rigide, détendue – *le tonus :* tonique, apathique, dynamique – *les mouvements :* présence de tics, spasmes, mouvements involontaires, répétitifs	– *contenu du langage :* emploi de mots et d'expression sans signification – oublis, répétition de mots – discours « sans queue ni tête » – revient toujours à la même pensée (obsession)	– *mémoire des événements anciens :* la personne sait la date de son mariage, de sa naissance, connaît son âge – *mémoire des événements récents :* elle sait ce qu'elle a mangé à son petit-déjeuner, à son déjeuner, si elle a eu de la visite, ce qu'elle a regardé à la télévision	– *exprime des sentiments ou des émotions :* – d'appréhension, de malaise, d'inquiétude, de frustration – de désespoir, d'impuissance, d'inutilité, de culpabilité – de colère, de rage – de joie, de bien-être

L'environnement de la personne

- Accessoires de lit : potence, barrières, cales, sacs de sable.
- Vêtements personnels et accessoires d'hygiène.
- Objets personnels.