



Evaluation du Caractère Sanitaire de la Toilette - Argumentaire

Problématique

Le dispositif DSI (Démarche de Soins Infirmiers)¹ actuellement en vigueur auprès des infirmières libérales est directement issu de l'article R.4311-3 du Code de la Santé Publique : « *il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative* ». La DSI permet à l'infirmière de prodiguer les soins relevant de son rôle autonome, et en particulier les soins d'hygiène corporelle et de confort.

Pour autant, le dispositif conventionnel a été conçu pour valoriser le rôle de coordination de l'infirmière entre les secteurs sanitaire et social. De fait, il permet théoriquement aux professionnelles de décider, sur la base du jugement clinique infirmier, si le soin relève d'une intervention infirmière ou s'il peut être confié à un professionnel du secteur social.

L'objectif du travail ci-dessous consiste à établir **un référentiel** qui aidera l'infirmière à argumenter sa décision sur la base de ses observations cliniques et des diagnostics infirmiers qu'elle aura identifiés.

Choix des références conceptuelles

Dans un premier temps, il nous a paru évident d'utiliser les diagnostics infirmiers comme outils de base.

Puis, l'usage seul de ces diagnostics s'est révélé insuffisant puisque inapte à distinguer en quoi les interventions infirmières correspondantes pouvaient ou non être éventuellement réalisées strictement par une infirmière ou par un intervenant du secteur social.

Par exemple, faire boire le patient en risque de déshydratation est un acte infirmier comme il peut être un acte de la vie courante exécutable par toute autre personne.

Nous avons décidé de mettre en lien les actes du rôle autonome et les interventions infirmières décrites par Bulechek et Mc Closkey.² Elles les décrivent comme « ... *des soins directement prodigués au patient. Ces soins comprennent les soins prescrits par l'infirmière relativement à un diagnostic infirmier, les soins prescrits par le médecin relativement à un diagnostic médical, ainsi que les activités quotidiennes essentielles que le patient est incapable d'accomplir...* ». Ces interventions ne sont pas des actes isolés mais des ensembles d'actes au sein desquels l'infirmière choisira les actions les plus appropriées à prodiguer au patient. Le fait que ces interventions intègrent des actions du rôle prescrit suffit à justifier leur caractère strictement sanitaire.

Par ailleurs, l'objet de ce référentiel étant le soin d'hygiène corporelle et de confort, il a fallu répondre à la question : qu'est-ce qui justifie que ces interventions soient mises en œuvre lors du soin d'hygiène, et pas dans un autre temps ?

¹ Avenant N°1 du 1er Mars 2002 à la convention infirmière, nomenclaturé par l'arrêté du 28 Juin 2002.

² Ces deux infirmières américaines doctores en soins infirmiers sont à l'origine de la « Classification des Interventions de Soins Infirmiers » (CISI). Elles dirigent une équipe de recherche de l'université de l'Iowa (« Iowa Intervention Project ») composée d'infirmières, mais aussi de statisticiens, de linguistes, d'informaticiens. Le but du projet est de proposer une taxinomie internationale des interventions infirmières (sur le modèle de la NANDA pour les diagnostics infirmiers). Johanne Mc Closkey et Gloria Bulechek - « Classification des interventions de soins infirmiers » - Edition Masson (2000) - 755 pages.

Cela nous a naturellement conduit à décrire ce temps de soins, mais également à nous interroger sur les compétences spécifiquement infirmières utiles aux soins proposés.

Marie Rajablat revendique dans son ouvrage sur la toilette³ de ne pas faire « *coller une théorie à notre pratique* », mais plutôt « *d'essayer de repérer dans notre propre pratique les points théoriques implicites* ». C'est un positionnement défendable du point de vue des soignants, mais qui l'est déjà beaucoup moins de celui des politiques qui rédigent et décident pour nous les outils de notre pratique, tels la DSI ou les décrets d'actes. Si nous souhaitons que la toilette soit défendue en tant qu'acte infirmier à part entière, nous ne pourrions pas faire l'économie d'une confrontation aux théories de soins, non pas pour se gargariser de notre appartenance à telle ou telle école, mais pour objectiver nos choix futurs en matière de coordination des soins. C'est la raison pour laquelle notre argumentation tentera de déterminer les caractères sanitaires du soin d'hygiène sur la base de quelques théories de soins infirmiers parmi les plus répandues.

La toilette, simple soin d'hygiène et de confort ?

Notre Décret d'actes n'est pas très bavard sur le sujet puisqu'il se contente de décrire cet acte comme l'ensemble des « *soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son entourage* ».

Virginia Henderson⁴ donne à la toilette une valeur à la fois physiologique et psychologique, les deux étant indissociables. Le temps passé à faire la toilette est l'occasion pour les patients de bénéficier de « *l'attention entière de l'infirmière* », ce qui leur permet de « *parler de leurs ennuis* » dans un climat de confiance lié à l'entrée de l'infirmière dans leur sphère intime.

Déjà nous trouvons ici la mise en œuvre d'un contexte relationnel qui ne peut s'entendre du point de vue du tout venant. La confiance qui s'installe entre le patient et l'exécutant de la toilette ne peut pas être le fait d'une personne non qualifiée. Il ne viendrait à l'idée de personne de se faire faire la toilette par son facteur ou son plombier...

Les écrits de **Hildegard Peplau**⁵ permettent d'aller plus avant dans la description de cet acte. Cette médecin définit un processus de mise en œuvre de la relation soignant-soigné qu'elle décline en 4 étapes.

La première, dite étape « d'orientation » est la période au cours de laquelle le patient identifie à la fois son problème de santé et les personnes ressources qu'il peut mettre à contribution pour gérer ce problème. Durant cette phase, le soignant et le soigné sont deux étrangers l'un pour l'autre. Ils n'ont pas encore conscience d'avoir quelque chose en commun. Pour autant, dès ce moment, l'infirmière met en œuvre quatre types de rôles infirmiers :

- Personne ressource : elle donne au patient les informations nécessaires à la compréhension de son problème et de sa nouvelle situation,
- Conseillère, assistante psychosociale : elle écoute le patient s'exprimer sur ses sentiments nés des événements liés à sa maladie,
- Substitut maternel : elle permet au patient de revivre et d'examiner des sentiments vécus lors de relations antérieures. Ce faisant, elle fournit au patient de nouvelles figures symboliques d'autorité ou de rivalité qui lui permettent de réorienter ses sentiments,
- Expert technique : elle sait utiliser différents appareils dans l'intérêt du patient.

³ « La toilette – Voyage au cœur du soin » - Marie Rajablat – Editions Masson (2006) – 115 pages.

⁴ « Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII » – Virginia Henderson – Edité par le CII (révision 2003) – 59 pages.

⁵ « Relations interpersonnelles en soins infirmiers » - Hildegard E. Peplau – Editions InterEditions (1995) – 325 pages.

Cette étape est importante car elle pose le cadre thérapeutique qui permet au patient de s'engager dans une relation de partenariat actif dont l'objectif est la gestion du problème de santé. Hildegard Peplau qualifie ces rôles « d'infirmiers » au titre de la composante relationnelle qui les constitue. Mais en quoi cette relation serait-elle spécifique de professionnels du secteur sanitaire, et pas du secteur social ?

Pendant la phase suivante, l'étape « d'identification », le patient identifie l'infirmière comme étant la personne la plus à même de diminuer l'insécurité liée à sa maladie. Cette infirmière a pour mission de permettre l'expression émotionnelle du patient pendant les soins infirmiers qui lui sont prodigués. Ce faisant, elle met en œuvre une approche pédagogique de nature à faire émerger les capacités et ressources inscrites dans le passé, le présent et le devenir de la personne, à développer chez le patient un sentiment de rapport aux autres lui permettant d'exprimer en toute sécurité ses besoins et ses désirs. Le patient peut librement expérimenter des expériences gratifiantes qui supplantent les expériences traumatisantes de l'enfance. Ainsi, l'infirmière lui permet de mettre en place de nouvelles stratégies de gestion du stress.

Les compétences pédagogiques mises en œuvre à ce stade ne sauraient l'être par des professionnels non formés. Nous verrons plus loin en quoi la notion de compétence influe sur ce travail, mais d'ores et déjà, nous pouvons considérer que la toilette ne saurait se limiter à un simple acte. Hildegard Peplau la considère comme un « *véhicule naturel* » de la relation soignant-soigné.

Lors de la troisième étape, « l'exploitation », le patient utilise à leur maximum les services offerts par l'infirmière. Pendant cette période, il se projette dans le futur, alternant des mouvements de progression et de régression. L'observation de ses brusques changements de comportement permet à l'infirmière d'aider son patient à trouver un juste équilibre entre besoin de rester dépendant (comme au cours de la phase aiguë de la maladie) et besoin d'être indépendant (comme ce sera le cas après la guérison).

Il apparaît comme une évidence qu'un tel niveau d'analyse nécessite un corpus de connaissances initiales que l'on ne retrouve en aucun cas dans la formation des intervenants à domicile relevant du secteur social.

Pour finir, Hildegard Peplau décrit l'étape « de résolution » au cours de laquelle le patient dépasse le problème de santé auquel il vient d'être confronté (y compris le cas échéant en tenant compte des séquelles qui en résultent). Lors de cette phase, il se libère progressivement de l'identification aux personnes qui l'ont aidé, et restaure ses capacités d'autonomie.

D'une manière générale, on peut considérer que le regard bienveillant de l'infirmière sur la nudité du patient aura été de nature à créer un lien thérapeutique s'appuyant sur des données socioculturelles, et visant à finaliser un programme de réadaptation, c'est-à-dire que l'approche infirmière est également de nature temporelle.

La philosophie du « caring » - prendre soin - développée par **Jean WATSON** explicite et consolide les fondements de l'exercice du rôle autonome de l'infirmière. Ainsi, elle décrit les savoirs fondamentaux et les concepts structurants auxquels l'infirmière doit accéder pour pouvoir prétendre offrir des soins infirmiers professionnels. Parmi ses savoirs et concepts, citons :

- le développement d'une relation d'aide et de confiance,
- la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs,
- l'utilisation systématique de la méthode de résolution de problème dans le processus de décision,

- la promotion d'un enseignement – apprentissage interpersonnel,
- la prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques.

La formation initiale et les tâches effectuées par les intervenants du secteur social ne développent pas une telle expertise dans le soin, comme d'ailleurs les aides-soignantes pour lesquelles les soins d'hygiène sont limités à une aide à la propreté⁶ qui s'inscrit dans le temps présent (surveillance, installation, relation) et ne saurait se projeter dans un plan de soins nécessitant des compétences spécifiques ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

Les compétences infirmières : le modèle de P.Benner⁷ et l'éclairage de H.Peplau⁸

Le modèle de Patricia Benner

Patricia Benner définit la compétence comme le résultat de la confrontation entre les connaissances théoriques (le savoir) et les connaissances pratiques (liées à l'expérience). Son travail de recherche lui a permis d'identifier 31 compétences regroupées en 7 domaines sur la base de la similarité de la fonction et de l'intention.

Fonction d'Aide

- La relation de guérison : créer une ambiance propice à l'établissement d'une relation permettant la guérison.
- Prendre des mesures pour assurer le confort du malade et préserver sa personnalité face à la douleur et à un état extrême de faiblesse.
- La présence : être avec le malade.
- Optimiser la participation du malade pour qu'il contrôle sa propre guérison.
- Interpréter les différents types de douleur et choisir les stratégies appropriées pour les contrôler et les gérer.
- Réconforter et communiquer par le toucher.
- Apporter un soutien affectif et informer les familles des malades.
- Guider les malades lors de changements survenant sur les plans émotionnel et physique, proposer de nouveaux choix, éliminer les anciens : guider, éduquer, servir d'intermédiaire.
- Agir comme médiateur psychologique et culturel.
- Utiliser des objectifs dans un but thérapeutique.
- Etablir et maintenir un environnement thérapeutique.

Fonction d'éducation, de guide

- Le moment : savoir quand le malade est prêt à apprendre.
- Aider les malades à intérioriser les implications de la maladie et de la guérison dans leur style de vie.
- Savoir et comprendre comment le malade interprète sa maladie.
- Fournir une interprétation de l'état du malade et donner les raisons du traitement.
- La fonction de guide : rendre abordables et compréhensibles les aspects culturellement tabous d'une maladie.

Fonction de diagnostic et de surveillance du malade

- Détecter et déterminer les changements significatifs de l'état du malade.
- Fournir un signal d'alarme précoce : anticiper une crise et une détérioration de l'état du malade avant que des signes explicites ne confirment le diagnostic.

⁶ D'après « Aides Soignantes – Fiches Techniques » – M.-F. Brun, G. Buil, S. Ducreux et F. Simon – Editions Maloine (2ème édition) – 2002 – 400 pages.

⁷ « De novice à expert – L'Excellence en soins infirmiers » - Patricia Benner – Editions Masson (2005) – 253 pages.

⁸ « Relations interpersonnelles en soins infirmiers » - Hildegard E. Peplau – Editions InterEditions (1995) – 325 pages.

« Le caring »- Jean Watson – Edition Seli Arslam – 1998 – 117 pages

Décret no 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

- Anticiper les problèmes : penser à l'avenir.
- Comprendre les demandes et les comportements types d'une maladie : anticiper les besoins du malade.
- Evaluer le potentiel de guérison du malade et répondre aux différentes stratégies du traitement.

Prise en charge efficace des situations à évolution rapide

- Compétences lors d'urgences vitales : appréhension rapide d'un problème.
- Gestion des évènements : faire correspondre rapidement les besoins et les ressources lors des situations d'urgence.
- Identification et prise en charge de la crise d'un malade jusqu'à l'arrivée du médecin.

Administration et surveillance des protocoles thérapeutiques

- Mettre en route et surveiller un traitement par voie intraveineuse avec le minimum de risque et de complications.
- Administrer des médicaments de manière appropriée et sans danger : surveiller les effets secondaires, les réponses au traitement, la toxicité et les incompatibilités.
- Combattre les dangers de l'immobilité : prévenir l'apparition d'escarres et les soigner, faire marcher et mobiliser les malades pour augmenter leurs chances de rééducation et prévenir les complications respiratoires.
- Créer une stratégie de soins de la plaie qui facilite la guérison, le confort et un drainage approprié.

Assurer et surveiller la qualité des soins

- Fournir un système pour assurer la sécurité du malade lors des soins médicaux et infirmiers.
- Evaluer ce qui peut être omis ou ajouté aux prescriptions médicales sans mettre la vie du malade en danger.
- Obtenir des médecins des réponses appropriées en temps utiles.

Organisation et repartition des tâches

- Coordonner, ordonner et répondre aux multiples besoins et demandes du malade : établir des priorités.
- Constituer et consolider une équipe soignante pour prodiguer les meilleurs soins.
- Faire face au sous-effectif et à une rotation importante du personnel : planifier les évènements.
- Anticiper et prévenir les périodes où la charge de travail sera excessive pour une équipe.
- Utiliser et maintenir l'esprit d'équipe, gagner le soutien moral des autres infirmières.
- Maintenir un comportement humain envers les malades même en l'absence de contacts proches fréquents.
- Maintenir une attitude souple envers les malades, la technologie et la bureaucratie.

Tenant compte de la définition de la compétence donnée par Patricia Benner, nous constatons que la plupart de ces compétences sont spécifiques à la fonction infirmière et ne peuvent en aucun cas être mises en pratique par les intervenants du secteur social puisque leurs connaissances théoriques (savoirs liés à la formation initiale) sont insuffisantes à construire la compétence définie.

L'éclairage de Hildegard Peplau⁹

Revenons à nouveau vers Hildegard Peplau. Celle-ci définit les séquences de maturation des compétences requises pour des soins infirmiers compétents. Au niveau de la formation initiale, elle décrit 7 niveaux :

⁹ « Relations interpersonnelles en soins infirmiers » - Hildegard E. Peplau – Editions InterEditions (1995) – 395 pages.

- Généralisation à partir d'expériences passées et présentes
- Sensibilité aux problèmes des autres
- Identification et énoncé des problèmes
- Utilisation des ressources pour vérifier les généralisations et identifier les principes
- Traduction des principes en actions
- Aide aux patients à identifier les problèmes et à planifier l'action en conséquence
- Entrée en relation de façon thérapeutique avec les gens

Il est intéressant de confronter Hildegard Peplau et Patricia Benner dans le principe d'acquisition décrit par cette dernière. En effet, Benner définit 3 phases dans l'acquisition et le développement d'une compétence. A l'intérieur de ces 3 phases, un étudiant passe ainsi par 5 stades successifs:

- Novice, Débutant, Compétent, Performant, puis Expert.

D'après Patricia Benner, ce processus est le reflet de 3 types de changements :

- Passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation d'une expérience passée concrète.
→ Pour H.Peplau : *Généralisation à partir d'expériences passées et présentes.*
- Modification dont l'apprenant perçoit une situation : un tout dans lequel seules certaines parties sont utiles, et non plus un assemblage d'éléments pris ça et là.
→ Pour H.Peplau : *Identification et énoncé des problèmes, Utilisation des ressources pour vérifier les généralisations et identifier les principes.*
- Passage d'observateur à celui d'agent impliqué.
→ Pour H.Peplau : *Traduction des principes en actions.*

Nous le voyons, ces modèles d'acquisition de la compétence se complètent et viennent argumenter en faveur de l'existence de compétences propres à l'infirmière, compétences construites à partir d'un savoir spécifique, donc par définition non comparables aux compétences de personnes issues d'un autre cursus de formation.

Plus largement, **Guy Le Boterf**¹⁰ définit la compétence comme une séquence d'actions produite à partir de la combinaison et de la mobilisation de ressources incorporées (connaissances, savoir-faire, qualités personnelles, expériences,...) et de réseaux de ressources tirées de l'environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banques de données, etc...).

Quelle que soit la définition choisie, nous voyons bien que seule une profession organisée ayant recours à une formation initiale spécifique peut se targuer de détenir une compétence particulière. Concernant les soins d'hygiène corporelle en tant que vecteurs d'un projet thérapeutique, seuls les intervenants du secteur sanitaire peuvent donc s'en prévaloir.

La toilette comme support d'une intervention infirmière

Nous avons vu que la compétence infirmière se construit sur le principe selon lequel la réalité de l'expérience vient nuancer, infirmer, interroger les principes théoriques. Cette compétence infirmière est mise en jeu lors de certaines interventions non transmissibles à des intervenants du secteur social et valide de fait l'aspect sanitaire de la toilette.

¹⁰ « De la compétence à la navigation professionnelle » - Guy Le Boterf – Editions d'organisation – Paris (1997).

Sur cette base, et en nous appuyant sur notre expérience des soins à domicile, nous avons formalisé une grille d'analyse qui permet de traduire les aspects cliniques et les diagnostics infirmiers en interventions infirmières. C'est l'objet de la « **Fiche d'évaluation du caractère sanitaire de la toilette** » élaborée par SIDERAL-Santé.

La construction de cette fiche est ainsi basée sur un recueil de données cliniques (étape préalable à toute démarche infirmière) qui viennent valider des risques ou des problèmes de santé, lesquels seront en tout ou partie résolus par des interventions spécifiquement infirmières associées à des soins d'hygiène corporelle. Le choix de la toilette comme support de ces interventions s'explique par :

- la nature du problème de santé identifié,
- la spécificité de la relation soignant-soigné mise en œuvre lors de ces interventions,
- l'inscription de ces interventions dans un plan de soins temporellement défini,
- les compétences particulières nécessaires à l'élaboration de ce plan de soins,
- la complexité de la situation de soins.

Pavé 1 de la fiche : identification de risques éventuels

Les risques identifiés doivent être objectivés dans le cadre d'une démarche clinique en bonne et due forme :

- soit par l'utilisation de grilles de mesure (Norton, Braden, Mini Nutritional Assessment (MNA), Mini Mental State (MMS), mini-Zarit, etc...) ¹¹,
- soit par l'identification de signes cliniques isolés ou systémiques.

Les risques identifiés sont libellés sous forme de domaine diagnostique infirmier (« Risque d'accident » par exemple), ou peuvent constituer un tableau de « complications possibles » telles que décrites dans la taxinomie de l'ANADI. La colonne de gauche contient ainsi les éléments de la démarche clinique de nature à valider le risque proposé dans la colonne de droite.

<input type="checkbox"/> Dénutrition (Score MNA < 23,5) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Norton < 14) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Braden < 15) <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité	<input type="checkbox"/> Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau
<input type="checkbox"/> Antécédent de chute <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité, de l'équilibre <input type="checkbox"/> Troubles musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (Score MMS = /30) <input type="checkbox"/> Milieu ambiant inadapté	<input type="checkbox"/> Risque d'accident
<input type="checkbox"/> Troubles Cardio-Vasculaires <input type="checkbox"/> Troubles Respiratoires <input type="checkbox"/> Troubles Neurologiques <input type="checkbox"/> Troubles Rénaux ou Urinaires <input type="checkbox"/> Troubles Métaboliques, Immunitaires, ou Hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Troubles Multi-Systémiques <input type="checkbox"/> Troubles Musculo-Squelettiques	<input type="checkbox"/> Complications Possibles avec risque pour le pronostic vital (<i>en référence à la Taxinomie de l'ANADI</i>)
<input type="checkbox"/> Score Mini-Zarit > 4 <input type="checkbox"/> Expression par l'aidant de la souffrance ressentie, du sentiment d'impuissance <input type="checkbox"/> Agressivité, Violence envers des tiers	<input type="checkbox"/> Risque de faillite de l'aidant naturel
<input type="checkbox"/> Absence d'aidant naturel <input type="checkbox"/> Soutien familial compromis	<input type="checkbox"/> Risque de perturbation des stratégies individuelles d'adaptation

¹¹ Ces échelles sont téléchargeables sur le site internet <http://sideral.sante.free.fr>

Pavé 2 de la fiche : identification des problèmes de santé

Ces problèmes se décrivent en termes de facteurs présents (par opposition aux risques). Nous avons choisi de n'utiliser que des domaines diagnostics infirmiers afin d'être en capacité de valider en amont les caractéristiques essentielles qui permettent de poser le diagnostic, mais également d'anticiper la spécificité des interventions infirmières qui seront proposées pour résoudre ces problèmes.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité de la peau et/ou des muqueuses | <input type="checkbox"/> Troubles Kinesthésiques, Douleur |
| <input type="checkbox"/> Négligence de l'hémicorps | <input type="checkbox"/> Violence envers soi / les autres |
| <input type="checkbox"/> Surveillance quotidienne des effets thérapeutiques et/ou indésirables d'une thérapeutique | <input type="checkbox"/> Perte de l'estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'image corporelle | <input type="checkbox"/> Sentiment d'impuissance |
| | <input type="checkbox"/> Deuil dysfonctionnel |
| | <input type="checkbox"/> Intolérance à l'Activité, Fatigue |
| | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs |

Pavé 3 de la fiche: identification des interventions infirmières

Cette zone comprend l'ensemble des interventions infirmières proposées dans le cadre du soin d'hygiène corporelle prodigué au patient. La quasi intégralité des interventions se réfère à la taxinomie de Bulechek et Mc Closkey¹². Ce sont soit des interventions à part entière (« Amélioration de l'image corporelle », par exemple), ou des classes d'interventions (« Education », par exemple) dans lesquelles il faudra choisir l'intervention adéquate (« Education - régime alimentaire », « Education – médication », etc...). Par souci de clarification, nous allons expliciter certaines des interventions proposées dans la fiche.

Stimulation cognitive (Intervention N°4720)

Il s'agit de soins qui, par l'utilisation de différents stimuli, sont de nature à favoriser chez un patient la prise de conscience et une meilleure compréhension de son environnement. Les actions associées à cette intervention peuvent être par exemple la stimulation sensorielle (toucher, musique, photographies, conversation,...), ou la gestion de l'information (stimulation de la mémoire, répétition de l'information par l'infirmière puis par le patient, renforcement de l'information par moyens comme des listes, un calendrier, etc....).

Contrôle de l'énergie (Intervention N°0180)

C'est l'ensemble des soins qui permettent au patient de traiter et prévenir sa fatigue, et d'améliorer sa condition. Après avoir établi le bilan des limites physiques du patient, il s'agira pour l'infirmière de tenir compte de ces limites lors des soins, d'aménager des temps de repos et de récupération, mais également de veiller à ce que le patient ait des apports nutritionnels suffisants, ou lui proposer des stratégies de limitation de la dépense énergétique pendant les activités de la vie quotidienne (lors des transferts par exemple).

Thérapie par l'exercice (Interventions N°0221, N°0222, N°0224, et N°0226)

En lien avec l'intervention précédente, la thérapie par l'exercice est une forme de gestion des activités visant à organiser ou à aider l'exercice physique, et la dépense ou l'économie d'énergie. Ces activités sont de nature à améliorer l'équilibre, la souplesse articulaire, la maîtrise physique et la marche.

¹² Johanne Mc Closkey et Gloria Bulechek - « Classification des interventions infirmières » - Edition Maloine Decarié (1996) - 366 pages.

Ce ne sont en aucun cas des techniques de kinésithérapie, mais plutôt des aides aux mouvements et aux postures qui passent à minima par des actions très simples comme le fait d'habiller le patient avec des vêtements amples, ou lui indiquer la meilleure façon de procéder à des transferts.

<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène = Autonomisation	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Prise en charge de la négligence de l'hémicorps
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Education	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soutien à l'aidant naturel
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relation d'aide	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Restauration de l'intégrité de la peau
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Toucher relationnel	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Thérapie par l'exercice
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relaxation	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Amélioration de l'image corporelle
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Stimulation cognitive	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soins d'une stomie	
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Contrôle de l'énergie	
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +	

Deux lignes vierges ont été ajoutées afin de permettre à l'infirmière de personnaliser sa prise en charge avec des interventions qui n'auraient pas été retenues dans la liste des interventions prévalentes.

Pour de plus amples explications concernant les interventions proposées, l'infirmière se référera aux ouvrages de Bulechek et Mc Closkey déjà cités en référence.

En conclusion

Pour valider le caractère sanitaire d'une toilette, nous proposons donc un modèle basé sur trois conditions cumulatives :

- Mettre en œuvre des compétences spécifiques acquises sur la base d'une formation initiale rattachée à une filière sanitaire,
- Mettre en pratique des interventions infirmières qui n'ont de sens au point de vue thérapeutique et relationnel que si elles sont prodiguées pendant le temps du soin d'hygiène,
- Avoir une vision globale du patient, y compris dans le temps, c'est-à-dire inscrire le soin d'hygiène corporelle dans un programme de réadaptation qui formalise des objectifs d'autonomie réalisables seulement dans la durée.

Au final, si l'on adhère à notre argumentation, l'utilisation de la fiche facilite et standardise la caractérisation de l'aspect sanitaire d'un soin d'hygiène corporelle. A l'usage, l'identification d'un seul risque ou d'un seul facteur présent suffit à valider ce caractère.

Mais à terme, cette fiche est plus que cela, puisqu'elle offre à l'infirmière un outil d'aide à la décision, un véritable chemin clinique, qui du recueil des données au choix des interventions lui permet de s'inscrire dans une véritable démarche clinique et diagnostique au service de ces patients.



Identité du Patient : _____
 Date de Naissance ou N° de SS : _____

Evaluation du Caractère Sanitaire de la Toilette

1/ DONNEES CLINIQUES → VALIDATION DU RISQUE

<input type="checkbox"/> Dénutrition (Score MNA < 23,5) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Norton < 14) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Braden < 15) <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité	<input type="checkbox"/> Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau
<input type="checkbox"/> Antécédent de chute <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité, de l'équilibre <input type="checkbox"/> Troubles musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (Score MMS = /30) <input type="checkbox"/> Milieu ambiant inadapté	<input type="checkbox"/> Risque d'accident
<input type="checkbox"/> Troubles Cardio-Vasculaires <input type="checkbox"/> Troubles Respiratoires <input type="checkbox"/> Troubles Neurologiques <input type="checkbox"/> Troubles Rénaux ou Urinaires <input type="checkbox"/> Troubles Métaboliques, Immunitaires, ou Hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Troubles Multi-Systemiques <input type="checkbox"/> Troubles Musculo-Squelettiques	<input type="checkbox"/> Complications Possibles avec risque pour le pronostic vital (<i>en référence à la Taxinomie de l'ANADI</i>)
<input type="checkbox"/> Score Mini-Zarit > 4 <input type="checkbox"/> Expression par l'aidant de la souffrance ressentie, du sentiment d'impuissance <input type="checkbox"/> Agressivité, Violence envers des tiers	<input type="checkbox"/> Risque de faillite de l'aidant naturel
<input type="checkbox"/> Absence d'aidant naturel <input type="checkbox"/> Soutien familial compromis	<input type="checkbox"/> Risque de perturbation des stratégies individuelles d'adaptation

+/-

2/ FACTEUR(S) PRESENT(S)

<input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité de la peau et/ou des muqueuses <input type="checkbox"/> Négligence de l'hémicorps <input type="checkbox"/> Surveillance quotidienne des effets thérapeutiques et/ou indésirables d'une thérapeutique <input type="checkbox"/> Altération de l'image corporelle	<input type="checkbox"/> Troubles Kinesthésiques, Douleur <input type="checkbox"/> Violence envers soi / les autres <input type="checkbox"/> Perte de l'estime de soi <input type="checkbox"/> Sentiment d'impuissance <input type="checkbox"/> Deuil dysfonctionnel <input type="checkbox"/> Intolérance à l'Activité, Fatigue <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs
---	---



3/ INTERVENTIONS INFIRMIERES

<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène = Autonomisation <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Education <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relation d'aide <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Toucher relationnel <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relaxation <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Stimulation cognitive <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soins d'une stomie <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Contrôle de l'énergie <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Prise en charge de la négligence de l'hémicorps <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soutien à l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Restauration de l'intégrité de la peau <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Thérapie par l'exercice <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Amélioration de l'image corporelle <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +
---	---

Date, Identification & Signature de l'Evaluateur: ___ / ___ / ___