

DIPLÔME D'ÉTAT AIDE-SOIGNANT **DEAS**

Aide-soignant

5^e
Édition



**TOUTE
la formation**

- ⊕ **FICHES** DE COURS
- ⊕ **ILLUSTRATIONS** PROFESSIONNELLES
- ⊕ **FICHES** PRATIQUES
- ⊕ **AFGSU 2**

Tout pour réussir !



DIPLÔME D'ÉTAT AIDE-SOIGNANT

DEAS

Aide-soignant

TOUTE LA FORMATION

5^e ÉDITION

MODULES 1 À 10 + AFGSU 2

- + Fiches de cours et mémos pratiques
- + Illustrations professionnelles

Crédits iconographiques

Fiche Ontogenèse : de l'enfance à la sénescence

– Image 8 : Image élaborée par Boring (1930)

Fiche L'hygiène bucco-dentaire

– Images : www.dr-beaupere-chirurgien-dentiste.fr/fr/brossage-des-dents.php

Fiche Entretien des ongles

– Image : www.passeportsante.net

Fiche Hygiène des mains : Recommandations et bonnes pratiques

– Images 1 et 2 : Organisation Mondiale de la santé (OMS). Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2009

Fiche Adaptation du logement et prévention des accidents

– Images 1, 2, 3 et 4 : Adobe Stock

Fiche Les situations à risque et de maltraitance

– Image : arretonslesviolences.gouv

Fiche Anatomie et physiologie du corps humain

– Images 1 et 5 : Adobe Stock

Fiche Troubles du spectre autistique et troubles du neurodéveloppement

– Image 2 : U. Frith, 1994 ; V. Gaus, 2007 ; A. Murad, 2017

Fiche Observation et évaluation de la douleur

– Image 2 : © Association SPARADRAP

Fiche Montage, entretien du matériel et réalisation d'aspiration endotrachéale sur orifice trachéal cicatrisé

– Image 1 : © <http://dexther-medical.fr>

– Image 5 : © 2023 Laboratoires Euromédis de Euromédis Groupe

Fiche Les différentes techniques et les aides à la manutention

– Image 2 : TINA® © 2023 Alter Eco Santé – Tous droits réservés

Fiche Port du masque chirurgical et du masque FFP2

– Images 1 et 2 : Adobe Stock

Fiche Lunettes et visières de protection

– Images 1, 2 et 3 : Adobe Stock

– Image 4 : sdm-online.com

Fiche La protection de la tenue professionnelle : tablier et surblouses

– Images 1, 2 et 3 : STDI

Fiche Le port des gants de soins à usage unique non stériles

– Images 1 et 2 : OMS : recommandations pour l'hygiène des mains au cours des soins

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), 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 analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

© Foucher, une marque des Éditions Hatier - Paris 2023

Kamel Abbadi

Professeur agrégé de biochimie à l'UVSQ
Référent UE sciences fondamentales master IADE

Hayat Abbadi

IDE titulaire d'un DU Approches palliatives et du niveau 1 en Hypnose, formatrice en soins palliatifs en IFSI et IFAS

Priscilla Benchimol

Professeur certifiée STMS

Jérôme Brayer

Pharmacien hygiéniste, spécialisé en gestion des risques associés aux soins hospitaliers, consultant formateur et dirigeant de la société WheelFocus

Sylvie Corvoisier-Tourneur

Infirmière – PLP Sciences et techniques médicosociales, formatrice aide-soignante

Peter Crevant

Cadre de santé, formateur – IFSI Saint-Louis, Paris

Catherine De Macedo

Cadre de santé, pôle HI3RO – GH Saint-Louis Lariboisière – Fernand-Widal, Paris

Julien Derras

Infirmier

Sébastien Derue

Psychologue clinicien, spécialisation neuropsychologie et TCC, Nouvel Hôpital de Navarre, Évreux

Ornella Duprat

Infirmière, pôle gériatrie – CHU de Bordeaux

Flavie Durand-Dubief

DU information et journalisme médical, formatrice IFAS Lycée Les 3 Vallées, Thonon-les-Bains

Bruno Frot

Infirmier SSPI – Clinique de l'Yvette, Longjumeau

Jocelyn Garnier

Directeur délégué aux formations professionnelles et technologiques, professeur de biotechnologies

Amandine Gerbault

Infirmière coordinatrice soins palliatifs et gestionnaire parcours, Les cliniques du Gard, HSMED

Sophie Grandgonnet

Infirmière

Marlène Gratiot

Ergothérapeute, pôle de médecine physique et réadaptation – Fondation Mallet-Neuflize

Pauline Guillier

Infirmière puéricultrice formatrice AP, IFPS Œuvre de la Croix Saint Simon.

Lucile Guillo

Infirmière de l'Éducation nationale

Yamina Kerrou

Directrice des soins, GH Diaconesses Croix Saint-Simon, Paris

André Le Texier

Docteur en pharmacie, Professeur de pharmacologie, UVSQ, ENCPB Paris 13

Djaïda Nessah

Professeur certifiée STMS

Pierre Novacovici

Cadre de santé, Immunohématologie – GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, Paris

Nadia Ouali-Ziane

Professeur certifiée STMS

Achour Ouidir

Ingénieur bio-sciences, enseignant de biochimie et génie biologique

Régine Tardy

Cadre de santé HAD, ASDR, La Réunion

Lénaïck Ramage

Cadre de santé, formateur, IFMS, Nîmes

Emmanuelle Ruhier

Aide-soignante – Hôpital Bichat, Paris

Cindy Van Der Veen

Directrice Déléguée aux Formations Professionnelles et Technologiques (DDFPT), anciennement enseignante en sciences et techniques médico-sociales

Delphine Vauchel

Infirmière de l'Éducation nationale

Houriya Zaouch

Cadre de santé, service de cardiologie – GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal, Paris

Nathalie Heitzler

Infirmière en réanimation à l'hôpital Fondation Adolphe de Rothschild

MODULE 1

Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

Raisonnement et démarche clinique

Fiche 1	Le raisonnement clinique	9
Fiche 2	Le recueil de données.....	11
Fiche 3	Le protocole de soins.....	13

L'évaluation de la situation et des besoins d'une personne

Fiche 4	L'étude des cycles.....	16
Fiche 5	Ontogenèse : de l'enfance à la sénescence	21
Fiche 6	Les religions, les croyances et les valeurs	28
Fiche 7	Autonomie et droits des patients.....	31
Fiche 8	Dépendance, déficience et handicap	34
Fiche 9	Les besoins fondamentaux et les actes essentiels de la vie quotidienne	37
Fiche 10	Notion d'autonomie et de dépendance.....	41
Fiche 11	Le concept de fragilité et de protection	42

La santé

Fiche 12	La santé.....	43
Fiche 13	La politique de santé publique.....	46
Fiche 14	Le système de santé en France et parcours de soins	50

Les principales situations de vie

Fiche 15	La maternité : conception, grossesse, accouchement, suites de couches, nouveau-né	52
Fiche 16	Le handicap	64
Fiche 17	Le vieillissement.....	71
Fiche 18	Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (2007)	85
Fiche 19	La fin de vie et la mort.....	92
Fiche 20	Rôle de l'aide-soignant dans les principales situations de vie	95

La réalisation des soins de la vie quotidienne

Fiche 21	La conception du soin.....	98
Fiche 22	L'accompagnement et la personnalisation de l'accompagnement	99
Fiche 23	Recommandation des bonnes pratiques pendant les soins	101
Fiche 24	Aide à l'alimentation	103
Fiche 25	Installation pour le sommeil.....	106
Fiche 26	L'habillage et le déshabillage.....	108
Fiche 27	La toilette au lit	110
Fiche 28	La toilette au chariot de douche.....	112
Fiche 29	Le bain	114
Fiche 30	La toilette au lavabo	116
Fiche 31	Soins du nez, des oreilles et des yeux.....	119
Fiche 32	L'hygiène bucco-dentaire	121
Fiche 33	Le rasage.....	124
Fiche 34	La toilette génitale	125
Fiche 35	Capiluve et pédiluve	128
Fiche 36	Entretien des ongles.....	133

Fiche 37	Hygiène alimentaire.....	135
Fiche 38	Hygiène des mains : recommandations et bonnes pratiques	136
Fiche 39	Qualité et sécurité des soins	140

Les activités d'accompagnement à la vie sociale

Fiche 40	Mise en place d'activités d'accompagnement et/ou de maintien du lien social	143
Fiche 41	Aide aux repères dans le temps et dans l'espace.....	145
Fiche 42	Socialisation et inscription dans la vie citoyenne	148
Fiche 43	Les différentes dimensions d'accessibilité	150
Fiche 44	La famille et l'entourage	152
Fiche 45	Vie collective, dynamique de groupe, gestion des relations et des conflits	154
Fiche 46	Les activités collectives	157

L'accompagnement des aidants

Fiche 47	Les aidants, les réseaux et les associations	159
-----------------	--	-----

MODULE 2

Repérage et prévention des situations à risque

Fiche 48	Adaptation du logement et prévention des accidents.....	163
Fiche 49	Les situations à risque et de maltraitance	165

MODULE 3

Évaluation de l'état clinique d'une personne

Notions sur les pathologies prévalentes

Fiche 50	Concept de maladie : santé et maladie, maladie somatique et psychique.....	173
Fiche 51	Concept de soin	177
Fiche 52	Anatomie et physiologie du corps humain.....	181
Fiche 53	Pathologies aiguës	194
Fiche 54	Pathologies chroniques.....	203
Fiche 55	Pathologies orthopédiques.....	211
Fiche 56	Pathologies chirurgicales	213
Fiche 57	Autres pathologies	219
Fiche 58	Les pathologies du vieillissement	224
Fiche 59	Pathologies psychiatriques.....	227
Fiche 60	Troubles du spectre autistique et troubles du neurodéveloppement	229

Évaluation de l'état clinique d'une personne, des changements de cet état clinique

Fiche 61	Transcription des paramètres vitaux.....	233
Fiche 62	Recueil de la saturation en oxygène	245
Fiche 63	Recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique	246
Fiche 64	Réalisation de prélèvements non stériles (selles, urines, expectorations)	250

Fiche 65	Observation et évaluation de la douleur	256
-----------------	---	-----

MODULE 4

Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement

Fiche 66 à 77	AFGSU 2	263
----------------------	---------------	-----

Notions de pharmacologie

Fiche 78	Notions de pharmacologie	287
-----------------	--------------------------------	-----

Les soins en situation aiguë

Fiche 79	Cadre réglementaire permettant la réalisation de soins en situation aiguë.....	292
Fiche 80	Définition, identification de modification de l'état de santé, évaluation de la situation clinique	294
Fiche 81	Qualité et sécurité des soins réalisés en phase aiguë.....	296
Fiche 82	Prise en compte des différents acteurs et interactions	299
Fiche 83	Soins d'hygiène et de confort en phase aiguë.....	301
Fiche 84	Prise en charge d'une personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale ou non-invasive.....	303
Fiche 85	Soins palliatifs, soins d'hygiène et de confort des personnes en fin de vie ...	307
Fiche 86	Surveillance d'une personne sous moniteur à prise de constantes directes et automatiques.....	314
Fiche 87	Observation du patient en assistance ventilatoire.....	315
Fiche 88	Montage, entretien du matériel et réalisation d'aspiration endotrachéale sur orifice trachéal cicatrisé	319
Fiche 89	Oxygénothérapie : montage et entretien du matériel, surveillance du patient.....	322
Fiche 90	Changement de lunettes à oxygène courbe avec tubulure et sans intervention sur le débitmètre.....	323
Fiche 91	Pose et changement de masque pour l'aide à la respiration	324
Fiche 92	Observation des patients sous dialyse	326
Fiche 93	Observation et surveillance des patients sous perfusion	329
Fiche 94	Surveillance du patient porteur d'une sonde vésicale et vidange du sac collecteur	330
Fiche 95	Soins d'hygiène aux patients porteurs d'entérostomies cicatrisées..	332
Fiche 96	Surveillance de l'alimentation par sonde	334
Fiche 97	Surveillance et renouvellement d'une vessie de glace et actions pour réchauffer le malade.....	338
Fiche 98	Pose de bas de contention	340
Fiche 99	Immobilisations : observation et surveillance	341

Fiche 100	Pose de suppositoire (d'aide à l'élimination)	343
Fiche 101	Lavage oculaire et instillation de collyre	345
Fiche 102	Renouvellement de collecteur externe non stérile	347
Fiche 103	Observation des pansements.....	350
Fiche 104	Collaboration pour le premier lever	351
Fiche 105	Prévention d'escarres	354
Fiche 106	Soins de bouche non médicamenteux	357
Fiche 107	Soins post-mortem : toilette, habillage, identification	359

MODULE 5

Accompagnement de la mobilité de la personne aidée

L'installation et le déplacement des personnes

Fiche 108	Système locomoteur	365
Fiche 109	Les éléments constitutifs d'un déplacement	367
Fiche 110	Choix et utilisation de l'équipement pour le déplacement	374
Fiche 111	Installation de la personne en fonction de son degré d'autonomie.....	376
Fiche 112	Mobilisation, aide à la marche, déplacement	378
Fiche 113	Prévention des ankyloses et attitudes vicieuses.....	380

Les techniques de mobilisation et la prévention des risques pour la personne et pour le professionnel

Fiche 114	Les accidents dorso-lombaires	381
Fiche 115	Principes et règles d'ergonomie concernant la manutention des personnes	383
Fiche 116	Les différentes techniques et les aides à la manutention.....	385
Fiche 117	Repérage des positions algiques et antalgiques.....	387
Fiche 118	Techniques de prévention des accidents musculo-squelettiques	389
Fiche 119	Prévention des chutes.....	392

MODULE 6

Relation et communication avec les personnes et leur entourage

Information et droits des patients

Fiche 120	Le cadre réglementaire relatif aux droits des patients	395
Fiche 121	Le secret médical, le secret professionnel	398
Fiche 122	Le consentement des patients.....	401
Fiche 123	Législation et déontologie concernant la contention, la limitation des mouvements	403
Fiche 124	Le rôle de l'aide-soignant dans l'information du patient	404
Fiche 125	La bientraitance.....	405

Les techniques de communication

Fiche 126	Observation	406
Fiche 127	Les entretiens	409
Fiche 128	Écoute active et reformulation	410
Fiche 129	Communication verbale et non verbale	412

Fiche 130	Le jeu et l'animation	414
------------------	-----------------------------	-----

Fiche 131	Accueil et information de la personne et de son entourage	416
------------------	---	-----

Fiche 132	Éducation à la santé d'une personne pour favoriser ou maintenir son autonomie	419
------------------	---	-----

Fiche 133	Participation à la démarche éthique	421
------------------	---	-----

Relation et communication à la personne soignée, à l'entourage et aux aidants

Fiche 134	Adaptation de la communication et de la relation dans des situations spécifiques	424
------------------	--	-----

Fiche 135	Concept de mort, soins palliatifs et accompagnement	426
------------------	---	-----

Fiche 136	Le développement psychosociologique de l'homme	430
------------------	--	-----

Fiche 137	Les valeurs et les principes	434
------------------	------------------------------------	-----

Fiche 138	Démarche d'information, d'éducation et de prévention	435
------------------	--	-----

Anglais

Fiche 139	Anglais Vocabulaire médical	439
------------------	-----------------------------------	-----

Fiche 140	Rappels essentiels de conjugaison	442
------------------	---	-----

MODULE 7

Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs

Fiche 141	Tutorat et accompagnement des personnes en formation	447
------------------	--	-----

Fiche 142	Transmission de savoir-faire et réajustement de la transmission	449
------------------	---	-----

MODULE 8

Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés

Infection, désinfection et prévention des risques

Fiche 143	Les mécanismes de l'infection	453
------------------	-------------------------------------	-----

Fiche 144	Les techniques de nettoyage, de bio nettoyage, de désinfection et de stérilisation	454
------------------	--	-----

Fiche 145	La prévention des risques infectieux en milieu hospitalier	459
------------------	--	-----

Fiche 146	La prévention des risques liés à la sécurité en milieu hospitalier	464
------------------	--	-----

Règles, bonnes pratiques et recommandations

Fiche 147	Bonnes pratiques et recommandations liées à l'hygiène et à la santé environnementale	468
------------------	--	-----

Fiche 148	Les circuits des déchets d'activité à l'hôpital	470
------------------	---	-----

Fiche 149	Règles d'identification et d'utilisation des matériels et des produits	473
------------------	--	-----

Fiche 150	Technique d'utilisation des produits et des matériels	477
------------------	---	-----

Fiche 151	Règles concernant l'isolement des patients	481
------------------	--	-----

Fiche 152	Règles concernant l'élimination des déchets y compris à domicile	484
------------------	--	-----

Fiche 153	Règles concernant le stockage des produits	485
------------------	--	-----

Réalisation des opérations d'entretien des locaux et des matériels (approche théorique et pratique)

Fiche 154	Hygiène quotidienne de l'environnement du patient	486
------------------	---	-----

Fiche 155	Nettoyage et désinfection des matériels	487
------------------	---	-----

Fiche 156	Prévention des infections associées aux soins (IAS)	489
------------------	---	-----

Fiche 157	Élimination des déchets hospitaliers	491
------------------	--	-----

Fiche 158	Pré-désinfection des dispositifs médicaux et stérilisation du bloc opératoire	492
------------------	---	-----

Fiche 159	Montage, entretien et surveillance du matériel : le chariot de soins	494
------------------	--	-----

MODULE 9

Traitement des informations

Fiche 160	Techniques de communication écrite et orale	497
------------------	---	-----

Fiche 161	Information et continuité des soins	499
------------------	---	-----

Fiche 162	Dossier de soins	502
------------------	------------------------	-----

MODULE 10

Travail en équipe pluriprofessionnelle, traitement des informations, qualité et gestion des risques

Fiche 163	La définition de l'équipe de soins et les responsabilités de chaque acteur	509
------------------	--	-----

Fiche 164	La collaboration avec l'IDE et ses modalités dans les soins de la vie quotidienne et les soins aigus	512
------------------	--	-----

Fiche 165	Notions d'organisation du travail, législation	513
------------------	--	-----

Fiche 166	Les outils de planification des soins	517
------------------	---	-----

Fiche 167	Organisation des soins au sein d'une équipe pluriprofessionnelle	519
------------------	--	-----

Fiche 168	Les différentes professions de santé et les limites de leur champ de compétences	520
------------------	--	-----

Démarche qualité et gestion des soins

Fiche 169	Certification des établissements de santé	524
------------------	---	-----

Fiche 170	Les risques sanitaires	526
------------------	------------------------------	-----

ANNEXE

Fiche 171	Port du masque chirurgical et du masque FFP2	529
------------------	--	-----

Fiche 172	Lunettes et visières de protection	532
------------------	--	-----

Fiche 173	La protection de la tenue professionnelle : tablier et surblouses	535
------------------	---	-----

Fiche 174	Le port des gants de soins à usage unique non stériles	537
------------------	--	-----

Fiche 175	Focus	540
------------------	-------------	-----

Module 1

Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

1 module

RAISONNEMENT ET DÉMARCHE CLINIQUE

- Fiche 1** Le raisonnement clinique
- Fiche 2** Le recueil de données
- Fiche 3** Le protocole de soins

L'ÉVALUATION DE LA SITUATION ET DES BESOINS D'UNE PERSONNE

- Fiche 4** L'étude des cycles
- Fiche 5** Ontogenèse : de l'enfance à la sénescence
- Fiche 6** Les religions, les croyances et les valeurs
- Fiche 7** Autonomie et droits des patients
- Fiche 8** Dépendance, déficience et handicap
- Fiche 9** Les besoins fondamentaux et les actes essentiels de la vie quotidienne
- Fiche 10** Notion d'autonomie et de dépendance
- Fiche 11** Le concept de fragilité et de protection

LA SANTÉ

- Fiche 12** La santé
- Fiche 13** La politique de santé publique
- Fiche 14** Le système de santé en France et parcours de soins

LES PRINCIPALES SITUATIONS DE VIE

- Fiche 15** La maternité : conception, grossesse, accouchement, suites de couches, nouveau-né
- Fiche 16** Le handicap
- Fiche 17** Le vieillissement
- Fiche 18** Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (2007)
- Fiche 19** La fin de vie et la mort
- Fiche 20** Rôle de l'aide-soignant dans les principales situations de vie

LA RÉALISATION DES SOINS DE LA VIE QUOTIDIENNE : RÉALISATION, ÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

- Fiche 21** La conception du soin
- Fiche 22** L'accompagnement et la personnalisation de l'accompagnement
- Fiche 23** Recommandation des bonnes pratiques pendant les soins
- Fiche 24** Aide à l'alimentation
- Fiche 25** Installation pour le sommeil
- Fiche 26** L'habillage et le déshabillage
- Fiche 27** La toilette au lit
- Fiche 28** La toilette au chariot de douche
- Fiche 29** Le bain
- Fiche 30** La toilette au lavabo
- Fiche 31** Soins du nez, des oreilles et des yeux
- Fiche 32** L'hygiène bucco-dentaire
- Fiche 33** Le rasage
- Fiche 34** La toilette génitale
- Fiche 35** Capiluve et pédiluve
- Fiche 36** Entretien des ongles
- Fiche 37** Hygiène alimentaire
- Fiche 38** Hygiène des mains : recommandations et bonnes pratiques
- Fiche 39** Qualité et sécurité des soins

LES ACTIVITÉS D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE

- Fiche 40** Mise en place d'activités d'accompagnement et/ou de maintien du lien social
- Fiche 41** Aide aux repères dans le temps et dans l'espace
- Fiche 42** Socialisation et inscription dans la vie citoyenne
- Fiche 43** Les différentes dimensions d'accessibilité
- Fiche 44** La famille et l'entourage
- Fiche 45** Vie collective, dynamique de groupe, gestion des relations et des conflits
- Fiche 46** Les activités collectives

L'ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

- Fiche 47** Les aidants, les réseaux et les associations

Fiche supplémentaire à télécharger sur www.editions-foucher.fr
www Aide à l'élimination

Le raisonnement clinique

1 LE PROCESSUS DU RAISONNEMENT CLINIQUE

Il s'agit d'un outil qui permet aux soignants de repérer les éléments essentiels pour la prise en charge de la personne soignée et de son entourage. Elle comporte plusieurs étapes.

Étapes	Description
Le recueil de données	Renseigner l'identité du patient, ce dont il souffre, ses habitudes de vie, son environnement, son état de satisfaction de ses besoins fondamentaux. Il permet d'identifier les conséquences de la survenue de sa pathologie.
L'analyse des informations, formulation des problèmes de santé et hypothèses	Formuler des problèmes de santé et aboutir à des hypothèses permettant d'expliquer le problème. Elle demande la mobilisation des connaissances théoriques mises en lien avec l'interprétation des informations recueillies.
Vérification des hypothèses	Expliquer, donner un sens grâce aux connaissances théoriques.
Identification des problèmes de santé et des risques	Identifier des signes et symptômes, risques et complications, réactions physiques, psychologiques de la personne.
Élaboration du plan de soins	Élaborer la stratégie de soins à proposer au patient afin de résoudre les problèmes posés grâce à des objectifs de soins.
Mise en œuvre des actions	Mettre en œuvre les actions découlant du plan de soins selon les critères du soin : efficacité, confort, organisation, responsabilité, sécurité, économie, transmission.
Évaluation	Vérifier si l'objectif de soin est atteint. Il se peut que l'objectif ne soit pas entièrement atteint. Il faudra alors identifier les actions à réajuster ou à apporter.

2 LE MODÈLE DE SOINS

Il existe plusieurs modèles. L'**école des besoins de Virginia Henderson** (voir *Mémoire des besoins fondamentaux et les actes essentiels de la vie quotidienne*) est le modèle le plus utilisé par les soignants. Il considère que l'individu malade ou en santé est un tout complet présentant 14 besoins fondamentaux qu'il doit satisfaire. Pour cela les soins ont pour but la conservation ou le rétablissement de l'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins.

- Le besoin fondamental est une **nécessité vitale**.
- L'**indépendance** est la capacité de l'individu à satisfaire seul ses besoins à un niveau minimal, par des actions ou des comportements appropriés.
- La **dépendance** (dans la satisfaction des besoins fondamentaux) correspond à l'incapacité pour l'individu d'adopter des comportements favorables et d'accomplir pour lui-même et par lui-même des actions adaptées pour satisfaire ses besoins.

Exemple : le besoin de respirer

Observation à mener	Résultat de l'observation	Actions et surveillances adaptées au patient
Ce que la personne fait seule. Ce que le patient ne peut pas, ne veut pas, ne doit pas faire. Ce qui gêne la personne. Son besoin est-il satisfait ? ⇒ ici, comment respire le patient ? Le besoin n'est pas satisfait, pourquoi ?	Respire avec difficulté = dyspnée (préciser bruits, couleur, position). Tousse, est essoufflé. Crache. Fume (combien de cigarettes ?). Coloration bleutée des téguments (cyanose).	Exemple : – Installer le patient en position 1/2 assise. – Mettre à disposition un crachoir, la sonnette.
	Pathologies respiratoires : asthme, BPCO, bronchite chronique. Il est sous oxygène (débit). Encombrement bronchique, aérosol...	Exemple : Surveillance de l'O ₂ , de la fréquence respiratoire.

Dans chaque structure de prise en charge de patients, il existe des supports afin de recueillir toutes ces informations : support papier (fiches de dossier de soins) ou informatique (application ORBIS, ACTIPIDOS...). Pour tous les besoins fondamentaux, l'aide-soignant transmet ses observations, ses surveillances et ses actions à l'IDE, qu'elle valide par sa signature.

La démarche de soins permet de connaître la personne à l'aide des besoins fondamentaux, d'organiser les soins pour un groupe de patients, avec une traçabilité de ces données dans le dossier du patient.

Remarque : Dans le cadre de sa formation l'aide-soignant est tenu de présenter des démarches de soins formatives et normatives lors de période de stage afin de valider ses compétences. Les différents apports théoriques et stages pratiques lui permettent de s'approprier cet outil.

Cas concret

Madame Lalune 70 ans est entrée dans le service le 17 juillet suite à une chute de sa hauteur dans la rue. Elle vit seule chez elle dans un appartement, à Paris. À ce jour, elle s'est fracturé le bras droit, elle est plâtrée du poignet jusqu'au coude. Au regard des différentes étapes citées, l'aide-soignant identifie qu'à ce jour Madame Lalune a besoin d'aide pour :

- **être propre, soignée et protéger ses téguments** (aide à la toilette, capiluve, entretien de ses appareils dentaires, de ses ongles, etc.) ;
- **se vêtir, se dévêtir** (aide et choix de vêtement adapté/à son plâtre) ;
- **boire et manger** (couper sa viande, ouvrir un yaourt, une bouteille d'eau) ;
- **se mouvoir et maintenir une bonne posture** (aide aux déplacements, effets personnels à proximité de la main gauche...) ;
- **éviter les dangers** (position du membre plâtré, surveillance du plâtre).

Elle est autonome pour les autres besoins.

L'aide-soignant au regard de ces données met en place des actions, les transmet et les valide. En équipe pluridisciplinaire, avec Madame Lalune et sa fille, il est prévu un retour dans une semaine à domicile, avec une aide pour la toilette. Sa fille assurera les repas et l'entretien de l'appartement.

Le recueil de données

Le recueil de données est la première étape du processus du raisonnement clinique.

1 DÉFINITION

- Il s'agit de l'ensemble des informations nécessaires pour accompagner et prendre en soin une personne : acte professionnel qui consiste à rechercher, recueillir, assembler un maximum d'informations en lien avec une personne ou une situation avec le plus de précisions possible.
- Permet ainsi d'obtenir des données fiables et pertinentes qui sont **soumises au secret professionnel et à la discrétion professionnelle**. Il doit donc être réalisé dans un climat de confiance, de manière formelle ou informelle, avec l'accord de la personne pour que ces informations soient retranscrites dans son dossier. Dans le cas où la personne n'est pas en capacité de s'exprimer, la famille peut être sollicitée.
- Tout membre de l'équipe pluridisciplinaire peut être chargé de réaliser le recueil de données.

2 LES COMPOSANTES DU RECUEIL DE DONNÉES

- informations sur l'identité de la personne : nom, prénoms, âge, statut marital, statut professionnel... ;
- éléments biographiques : milieu socioculturel d'origine, vie professionnelle, lieux de vie, éléments marquants de l'histoire de vie de la personne, état de santé, antécédents... ;
- renseignements sur l'entourage social et familial : prénoms des personnes proches ou qui ont compté, deuils... ;
- goûts et centres d'intérêt antérieurs et actuels ;
- informations sur les croyances et pratiques religieuses ;
- habitudes de vie : alimentaires, esthétiques, rythmes de la journée...
- Les données administratives et médicales sont souvent recueillies au moment de la préadmission de la personne dans l'établissement par le médecin coordonnateur. Les autres informations sont recueillies par un référent (psychologue, aide-soignant, infirmier, parfois animateur...) au cours d'un entretien dans les premières semaines suivant l'arrivée de la personne dans l'établissement.

3 LES TECHNIQUES ET OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES

► L'observation

- La grille d'observation : elle consiste à définir certains critères d'observation du comportement de la personne et à apprécier chacun d'entre eux durant la situation d'observation.

- Les critères d'évaluation doivent être **neutres** et **observables** : ils permettront de constater un changement de comportement ou des capacités à faire, ou encore l'apparition de difficultés.

► Le questionnaire

- Le **questionnaire** permet de recueillir des informations sur un sujet ou une problématique définis à l'aide de **questions plus ou moins précises** (sexe, tranche d'âge, goûts, préférences, informations administratives ou sur l'état de santé...).
- Le professionnel prépare son questionnaire en veillant à :
 - la pertinence de ses questions au regard de la problématique ;
 - la cohérence dans la chronologie des questions ;
 - la forme des questions choisies en fonction des données recherchées. Elles peuvent être des **questions fermées** : le choix de réponses est limité (oui/non ou questions à choix multiples) ; ou des **questions ouvertes** : le choix de la réponse est libre.

► L'entretien

- L'**entretien** est une conversation, plus ou moins guidée et dirigée par le professionnel, sur l'objet de l'étude qui permet de recueillir des informations plus complexes sur le sens des mots, les représentations de la personne, ses habitudes de vie, ses souhaits et attentes...
- Le professionnel pose des questions (ouvertes et semi-ouvertes) qu'il a préparées au préalable (forme, contenu, ordre).
- Plus ou moins guidé, on distingue plusieurs types d'entretiens :
 - l'**entretien directif** (questions fixes et programmées) ;
 - l'**entretien semi-directif** ;
 - l'**entretien non directif** (questions ouvertes à partir d'un sujet de conversation et pratique de l'écoute active).
- Il peut être pratiqué individuellement ou auprès d'un groupe de personnes.
- Le **guide d'entretien** est l'outil de recueil de données utilisé pour cette technique : il permet de lister et d'organiser les questions à poser. Il peut être plus ou moins précis en fonction du type d'entretien mené (directif, semi-directif, non directif).

4 LES LOGICIELS DE TRANSMISSION

- Les **logiciels de transmission** sont les plus utilisés, notamment en établissement d'accueil de personnes âgées (EHPAD, résidences...). Ils sont des cahiers de transmission numériques, accessibles depuis des postes informatiques, des tablettes ou des téléphones professionnels, permettant l'accès et le renseignement de certaines données personnelles, médicales ou concernant le projet de vie de la personne.

Le protocole de soins

1 DÉFINITION

- C'est l'ensemble des actes et prestations définis pour le suivi médical d'un patient atteint d'une maladie grave et/ou chronique (Service Public.fr) : « *Le protocole est un descriptif de techniques à appliquer et/ou de consignes à observer.* » (ANAES).

Les protocoles de soins peuvent être :

- d'ordre **préventif** (hygiène des mains), **thérapeutique**,
- à objectif de **recherche** (qui nécessite un consentement écrit du patient)
- et/ou **éducatif**.

Ils décrivent les techniques et/ou les consignes à respecter. Ils peuvent être constitués de **fiches techniques**, des **procédures**.

2 FICHES TECHNIQUES, PROCÉDURES ET PROTOCOLES

► La fiche technique

- La **fiche technique** « est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative ». (BO 92-13 bis, Ministère de la Santé).

- La fiche technique décrit un soin dans le détail. Elle est centrée sur la personne soignée. Elle comporte :

- la définition du soin ;
- les objectifs spécifiques incluant, si possible, des objectifs pédagogiques destinés au patient ;
- la description du matériel requis ;
- les précautions et la technique proprement dite du soin. La fiche technique est de portée restreinte dans la mesure où elle concerne un objet très restreint, et où elle est éventuellement centrée sur une tâche. Elle peut être un élément du protocole.

► Les procédures

- Certains éléments sont indispensables afin de valider une **procédure** (objet, date et domaine d'application, définitions et abréviations, numéro de la version, personnes concernées, références, noms et fonction des personnes qui l'ont rédigé, validé, approuvé...). Un protocole nécessite une réflexion en équipe pluridisciplinaire, la méthodologie est rigoureuse.

Exemple d'une trame avec les éléments obligatoires pour une procédure dans un établissement de santé

Hôpitaux Universitaires	PROCEDURE DES PROCEDURES		Réf : ADM/P/01
		Version : 2	Page : 1/6

Version :	Date d'application :	Date de mise à jour :	Limite de validité :
1	Mars 2018	-	Mars 2021

Rédigée par : (nom, fonction, date) Ingénieur qualité signé Date : Mars 2018	Validée par : (nom, fonction, date) Ingénieur Qualité signé Date : Mars 2018	Approuvée par : Directrice Qualité signé Date : Mars 2018
Personne chargée du suivi de ce document : Ingénieur qualité		
Diffusion : Ensemble du Groupe Hospitalier		
Documents associés : Trame, logigramme		

► Les protocoles

- Les **protocoles** permettent :
 - d'harmoniser des pratiques pour améliorer les pratiques professionnelles ;
 - de faciliter l'intégration et l'adaptation des nouveaux personnels ;
 - d'avoir une pratique identique et d'avoir un langage commun ;
 - d'évaluer la qualité des soins ;
 - de développer et valoriser les compétences d'un savoir infirmier ;
 - de garantir un cadre juridique des pratiques infirmières ;
 - de faire évoluer la recherche en soins infirmiers.
- Il existe différents types de protocoles :
 - de traitement, de soins, d'urgence ;
 - de prise en charge ;
 - d'examens (coronarographie, scanner cérébral avec injection...) ;
 - d'entretien des locaux et du matériel ;
 - d'accueil ;
 - d'hygiène des mains ;
 - capiluve, pédiluve ;
 - préparation cutanée de l'opéré (<http://www.aide-soignante.net/>) ;
 - toilette au lit, etc.
- Les supports des protocoles permettent une accessibilité 24 h/24 :
 - classeur dans les postes de soins ;
 - site local informatique dans les établissements ;

- affichage dans les postes de soins.
- Le protocole est validé selon le domaine par :
 - les personnels médicaux et paramédicaux (infirmières, aides-soignantes, diététiciens, kinésithérapeutes, manipulateurs radio...) ;
 - le pharmacien ;
 - DSSI (Direction du Service des Soins Infirmiers) ;
 - la DRH (Direction des ressources humaines) ;
 - ingénieur qualité.
- Pour chaque professionnel, il est important de recenser et d'utiliser les protocoles validés dans la structure d'exercice. L'engagement de chacun permet de faire évoluer les pratiques, de les mettre en œuvre, de les utiliser, de les évaluer et de les réajuster en équipe pluridisciplinaire.
- Chaque professionnel est acteur dans ce processus de prise en soins de qualité auprès d'une personne hospitalisée ou en structure médicalisée.

L'étude des cycles

La chronobiologie et la chronopsychologie relatent l'idée que nos comportements sont influencés par des rythmes (biologiques, circadiens, du sommeil, etc.) (Fraise, 1980, Tetsu, 2008, Clary et col., 2012). Dès lors, nous comprenons l'existence de cycles de vie, c'est-à-dire d'un processus comme « une succession de phases que traversent un individu ou un groupe depuis leur constitution jusqu'à leur disparition » (*Grand Dictionnaire de la psychologie*, Larousse, 2000).

Tandis que la phylogenèse étudie l'évolution des organismes vivants, l'ontogenèse s'intéresse aux étapes de développement d'une personne de sa fécondation à sa mort. Il s'agit de repérer et d'étudier les processus d'évolution au cours de la vie embryonnaire (embryogenèse), des processus d'évolution chez le nourrisson, l'enfance, l'adulte, la sénescence et le processus de mort. La description de l'évolution doit se faire tant à travers les processus biologiques, psychologiques ou sociaux.

1 GÉNÉRALITÉS

► Chronobiologie

Au cours de la journée, il existe une organisation temporelle de la vie biologique évoluant de façon circadienne (rythme de 24 h). Par exemple, l'insuline sécrétée par le pancréas a un pic de production vers 14 h, et ce, indépendamment de la prise d'un repas (cf. G. Dubois, 2020). Un défaut de rythme peut favoriser l'apparition d'états pathologiques (cf. F. Brette, 2021).

► Chronopsychologie

Au cours de la journée, nos performances cognitives (capacités à produire un effort de traitement de l'information par le cerveau) peuvent varier au cours de la journée, et ce, fonction de la tâche. Des exercices très automatisés ne varieront pas. Cependant, des tâches avec une charge attentionnelle plus importantes varient au cours de la journée (cf. Tetsu, 2008). L'aide-soignant devra apprendre à s'adapter à ces cycles.

► Cycles de la vie

Les cycles de la vie constituent l'ensemble des événements / étapes qui ponctuent la vie d'un individu. Par exemple, une majorité d'humains souhaite fonder sa famille. Pour y arriver, certaines étapes sont nécessaires.

- **Construction du couple** : période de séduction puis vie de couple en lien avec les processus culturels transmis (fiançailles ou non, vie en concubinage ou non, mariage ou non, PACS ou non...).

Objectif opérationnel

L'aide-soignant doit être capable de repérer les ressources et les difficultés de la personne pour maintenir son indépendance et son autonomie. Il doit avoir connaissance de la période dans laquelle se situe la personne soignée.

Pour rappel : arrêté du 25-01-2005 relatif au métier d'aide-soignant :

« L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. »

- **Naissance du ou des enfants** qui comprend toute la période de la grossesse, puis de l'apprentissage de la maternité ou de la paternité : les rôles sont loin d'être si simples (qui fait quoi ?) et ils varient d'une culture à l'autre. Ce sont des rôles complexes définis et influencés par les cultures d'origines, les médias, la société, etc.
- **Scolarisation des enfants** : suis-je prêt(e) à me séparer de mon enfant ? Comment est-ce que j'envisage la scolarité ? Dois-je m'y investir ? Dois-je comparer les résultats scolaires d'un de mes enfants avec un autre ?
- **Départ des enfants du foyer familial** : suis-je capable à nouveau de vivre en couple avec mon mari ou mon épouse ?
- **Vie du couple sans les enfants**
- **Fin du couple par séparation ou décès**
- Ces étapes, concernant la famille, peuvent être concomitantes d'autres phases :
 - de l'enfance (séparation avec la mère, vie en groupe, scolarisation, apprentissage, première punition...),
 - de l'âge adulte au niveau familial, mais aussi professionnel (premier poste, promotions...),
 - ou liées à la santé (la confrontation à la maladie grave peut être considérée comme une étape possible ; lors du vieillissement, la confrontation à la dépendance, etc.).

Rôle de l'aide-soignant et limite de compétence

En tant qu'aide-soignant, votre intervention nécessite l'accompagnement adapté des personnes dans leur contexte de vie. Repérez donc leurs besoins et à quelle étape de leur vie elles se situent.

2 LES GRANDS BESOINS

La complexité humaine rend souvent opaque les raisons de ses comportements. Retenez seulement que pour certains scientifiques, nos conduites (pourquoi veut-on absolument que nos enfants rangent leur chambre ou pourquoi cherche-t-on à fonder une famille ?) répondent à des **besoins fondamentaux** (conscients ou inconscients). Certains auteurs parlent alors :

- de **besoin d'existence**, au sens de pouvoir à ses besoins physiologiques (se nourrir) et de sécurité (vivre sous un toit...), conscients ou inconscients : Virginia Henderson parle de 14 besoins fondamentaux ;
- de **besoin de sociabilité ou de filiation** : nous avons besoin des autres pour vivre et être reconnu ;
- de **besoin de croissance**, envie de réussir : toujours plus loin. On veut plus et on cherche à avoir des objectifs afin de s'épanouir.

Nos cycles de vie vont être influencés par ces besoins de départ.

3 LES GRANDES ÉTAPES DE VIE

De façon consensuelle par la communauté scientifique, la vie des êtres humains se partage en quatre grandes périodes :



1. Période prénatale (avant la naissance) : trois stades (266 jours en moyenne)

- *Stade germinatif* (0 à 2 semaines) : l'ovule fécondé s'implante dans l'utérus.
- *Stade embryonnaire* (3^e semaine jusqu'à 2 mois) : développement des organes.
- *Stade fœtal* (du 3^e mois à la naissance) : les fonctions et systèmes qui vont permettre à l'enfant de survivre lors de sa naissance se développent.

2. L'enfance : trois sous-périodes

- *Première enfance* (de la naissance à 3 ans) : développement de l'autonomie motrice et du langage (premiers mots).
- *Deuxième enfance* (de 3 à 6 ans) : développement de la personnalité et des processus cognitifs (intellectuels). L'enfant poursuit son développement du langage jusqu'à pouvoir faire des phrases complètes.
- *Troisième enfance* (de 6 à 12 ans) : développement des compétences scolaires et d'intégration dans un groupe.

3. L'adolescence : deux sous-périodes

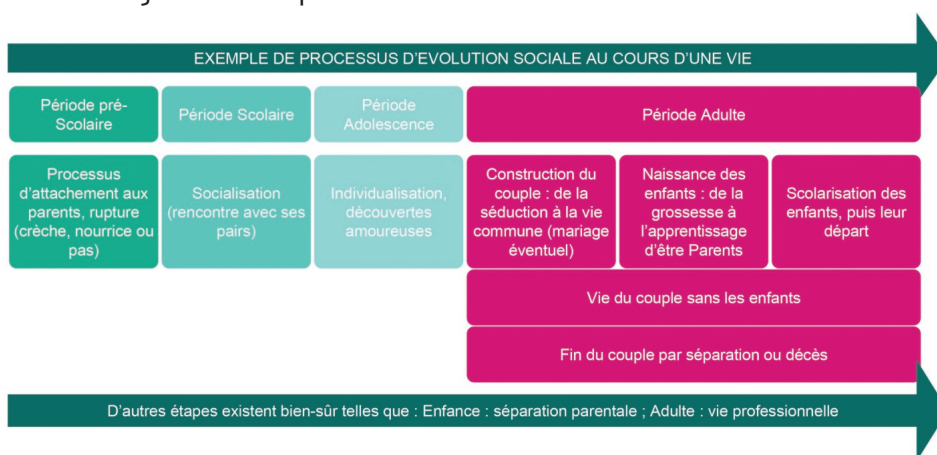
- *Période pubertaire* (jusqu'à 15/16 ans) : modification importante du corps et de l'image de soi.
- *Période juvénile* (jusqu'à 18/20 ans) : adaptation des comportements, attitudes, pensées, émotions par rapport au milieu familial, scolaire ou encore à leur réseau social global.

4. L'âge adulte

- 20-40 ans : période d'engagement dans la vie affective et professionnelle.
- 40-60 ans : période de recherche d'équilibre et de rendement au plan professionnel et social.
- 60/65 ans – jusqu'à la mort : début de la sénescence (vieillesse), retrait de la vie active.

► L'ontogenèse sociale

L'évolution individuelle est multifactorielle (biologique, psychologique et sociale). Les étapes sociales décrites ci-après influencent le parcours d'une personne. Un événement traumatique peut modifier le parcours d'une personne d'une manière ou d'une autre dans un élan destructeur ou dans un processus de résilience et de rebond. Des événements initiatiques (qui se produisent, par exemple, à l'école) modifient également les processus individuels.



4 LE PROCESSUS DE CRISE : MÉCANISME DE BASE DU CYCLE DE LA VIE

Que ce soit l'étape de la grossesse, de la maternité, de la paternité, de l'entrée de son enfant dans l'adolescence, la personne est confrontée à quelque chose qu'elle ne maîtrise pas encore. On peut parler de « crise » au sens où il y a un déséquilibre temporaire auquel il faut faire face.



État d'équilibre



État de vulnérabilité



État de crise



Sortie de crise : positive, négative, neutre

Pour donner un exemple connu, on parle de dépression du *post-partum* pour certaines femmes qui viennent d'accoucher. Au moins 10 % des femmes sont concernées, entre la fin du premier mois de vie de l'enfant et la fin de la première année (F. Poinso, 2001). La vie de couple était en état d'équilibre. Cet équilibre peut, même si la grossesse est souhaitée, amener un état de vulnérabilité (modification corporelle, fatigue, questionnement divers, retour sur sa propre relation mère-fille, réactivations de souvenirs plus ou moins positifs), la naissance peut alors être vécue comme un facteur déclenchant d'une crise à laquelle il y aura une issue, généralement positive.

5 LES HUIT CRISES DE LA VIE D'UN INDIVIDU SELON E. ERIKSON

Le cycle de la vie est une suite d'étapes au cours desquelles vont avoir lieu divers événements apportant leur lot de gain et de perte pour le développement d'une personne. Erikson (1950) remarque qu'une personne doit passer par une suite de stades qu'on peut appeler « crises psychosociales » caractéristiques de chaque âge de la vie et dont l'issue est déterminante pour l'épanouissement de l'individu.

Les crises psychosociales d'Erikson et le cycle de la vie

Crise	Période concernée	Description du cycle	Exemple du cycle / risque
1 ^{re} crise	1 ^{re} année de vie	Développement du sentiment de confiance fondamentale ou de méfiance (en fonction de la satisfaction des besoins physiologiques de base).	Est-ce un enfant désiré ? Comment les parents pensent-ils l'enfant ? Risques : parents peu sécurisants amenant une anxiété massive chez l'enfant qui découvre son environnement et essaie d'apprendre à le maîtriser.
2 ^e crise	Au cours des premiers apprentissages	Développement de l'autonomie ou honte et doute (en fonction de l'accompagnement parental du contrôle de l'enfant sur son corps).	
3 ^e crise	Au cours de la deuxième enfance	Développement de l'affirmation de soi en fonction de l'issue, l'enfant saura prendre des initiatives.	

Crise	Période concernée	Description du cycle	Exemple du cycle / risque
4 ^e crise	Âge scolaire	Confronté à la réussite scolaire, l'enfant développera soit un goût pour le travail soit un sentiment d'infériorité.	Confrontation aux groupes (d'autres enfants), apprentissage des règles de communication. Risques : échec scolaire, troubles du développement.
5 ^e crise	Adolescence	Recherche d'identité.	Prise de décision pour son avenir professionnel, ses loisirs, ses premiers amours. Risques : crise suicidaire, dépression, apparition de troubles psychopathologiques.
6 ^e crise	Jeune adulte	Recherche de l'intimité (développement d'une relation) ou au contraire isolement et repli sur soi.	Découverte de la parentalité, de la sexualité. Risques : dépression, anxiété, etc.
7 ^e crise	Quarantaine d'années	S'intéresse à la génération suivante (éducation).	Se pose des questions sur la suite de sa vie, mais aussi sur la manière d'agir sur les générations futures. Risques : anxiété, dépression, appauvrissement des relations sociales.
8 ^e crise	Vieillesse	Bilan de sa propre vie et acceptation de celle-ci comme ce qu'elle a été, sans pouvoir la changer.	C'est le cycle de la retraite, d'une redéfinition des objectifs de vie. Risques : dépression, anxiété, peur de la mort, de la maladie.

6 L'ULTIME CYCLE DE LA VIE : LA MORT

La mort peut être brutale ou progressive (suite d'une longue maladie). Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre, qui a travaillé toute sa carrière auprès de mourants, parle de **cinq stades principaux** lorsqu'une personne est confrontée à l'annonce de sa mort prochaine : cela s'appelle le **processus de deuil**.



La négation ou le déni

La colère

Le marchandage

La dépression

L'acceptation

« Ce n'est pas vrai. »

« C'est injuste. »

« Si je fais tout ce qu'on me demande, je peux peut-être m'en sortir. »

« Je suis tellement triste. »

« C'est inévitable, je vais mourir. »

Ontogenèse : de l'enfance à la sénescence

Les nouvelles méthodes et techniques apparues à la fin du XX^e siècle (méthodes d'observation des bébés, IRMf, etc.) contribuent à améliorer les connaissances voire à modifier les conceptions du développement.

C'est un processus dynamique complexe « fait de biais perceptifs, de stratégies cognitives, de régularités, d'inhibitions, de processus attentionnels, de motivations où le milieu, qu'il soit social ou physique, participe activement » (Morange-Majoux F., 2017).

La psychologie du développement tout au long de la vie se définit comme la description et l'explication des changements (Baltes et Goulet, 1970) d'une personne, de la naissance à la mort (on appelle cela l'ontogenèse). À l'aide de méthodes scientifiques éprouvées, les psychologues, anthropologues, sociologues, entre autres scientifiques, cherchent à comprendre comment s'acquièrent et évoluent la personnalité, les facultés intellectuelles ou les réactions émotionnelles.

Bref, comment l'humain fonctionne et comment il apprend à fonctionner dans son milieu. Contrairement à l'idée reçue, on se développe de la naissance à notre mort. Tout ne se joue pas dans l'enfance, bien que les étapes qui s'y jouent soient fondamentales.

1 LE MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL

Trois types de facteurs influencent le développement de la personne.

- **Facteurs biologiques** : l'héritage familial est inscrit dans nos gènes, et l'individu n'a que peu de contrôle dessus.
- **Facteurs historiques et contextuels** : grandir durant une guerre ou au sein d'une famille bourgeoise, par exemple, influence le développement de la personnalité et de l'intelligence des enfants et des adultes, ainsi que le fonctionnement des relations familiales.
- **Facteurs personnels** : des changements dans la vie professionnelle, de l'état de santé, les événements traumatiques, le passage en maison de retraite, dans un hôpital... seront vécus de manière différente d'une personne à l'autre.

Ces trois facteurs résument le **modèle bio-psycho-social** (Engel, 1980).



Nous avons plus ou moins de mémoire (facteur génétique), nous sommes plus ou moins anxieux (facteurs génétique et personnel), nous sommes plus ou moins dans une aisance matérielle (facteur environnemental). Nous sommes tous différents, et ceci s'explique !

➡ **Objectif opérationnel**
Avoir des repères sur le développement d'une personne. Comment devient-on ce que nous sommes à l'âge adulte ?

Modèle bio-psycho-social

La construction identitaire d'une personne (personnalité, capacités intellectuelles, etc.) est le résultat d'une interaction entre des facteurs génétiques, environnementaux et personnels.

2 NOS ORIGINES

Le chimpanzé est plus proche de l'homme qu'il ne l'est du gorille. Il existe 98 % d'homologie entre l'homme (*Homo sapiens*) et le chimpanzé commun (*Pan troglodytes*) (Sibley CG, Ahlquist JE, 1984).

L'*Homo sapiens* fait donc partie de la grande famille des hominidés, à laquelle appartiennent les grands singes (chimpanzés, bonobos, gorilles et orangs-outans).

Il a été établi que l'origine de l'Homme moderne serait africaine et daterait d'environ 200 000 ans. Il y a 50 000 à 100 000 ans, l'Homme a migré en Europe et en Asie, où il a rencontré les Hommes archaïques (Néanderthal et Denisova), attesté par la présence de 1 à 3 % d'ADN néanderthalien dans le génome humain (cf. pour synthèse, Henry, 2019).

3 LE DÉVELOPPEMENT SENSORI-MOTEUR

Sensori-moteur

Caractéristique centrale du développement. L'enfant se construit une représentation du monde physique à partir des interactions entre sa perception et ses activités motrices (Thelen et Smith, 1994).

Période prénatale	Le fœtus bouge son corps et ses yeux (3^e mois), voit la lumière et entend les sons (7^e mois).
Enfance	- À la naissance, le contrôle moteur se développe de haut en bas : – contrôle de la tête puis du tronc (4 mois), – position assise (entre 5 et 8 mois), – quatre pattes (entre 7 et 12 mois), – station debout (entre 10 et 14 mois), – marche (entre 11 et 15 mois). - Évolution de la motricité fine (prendre un objet entre ses doigts...) entre 5 mois jusqu'à 9 mois, mais surtout entre 3 et 5 ans et développement des connaissances et représentation de son corps (schéma corporel). - La force de l'enfant double entre 3 et 11 ans. - Sur le plan sensoriel, vers 6-7 ans, la vision et l'audition achèvent leur évolution. Le cerveau achèvera sa formation tardivement vers 20 ans.
Adolescence	- Le développement physique est marqué par 2 grandes modifications : – les changements corporels (croissance accélérée, prise de poids) accompagnés parfois des problèmes psychologiques d'acceptation de son image, – l'apparition des caractères sexuels (développement des organes génitaux).
Âge adulte	- Entre 20 et 30 ans, les performances sont maximales (force musculaire, rapidité, dextérité, endurance). - Elles diminuent lentement jusqu'à 60 ans puis de manière plus marquée. - Les capacités sensorielles diminuent lentement jusqu'à 40 ans (l'ouïe perd 10 % de son efficacité entre 20 et 40 ans et encore davantage après).

4 LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF

De l'enfance à l'âge adulte, il y a beaucoup d'étapes pour arriver à un état de maturation intellectuelle.

Cognition

Ensemble des activités intellectuelles et des processus qui permettent la connaissance.

A Enfance et adolescence

Il existe deux grandes idées pour expliquer le développement de l'intelligence.

- Selon Jean Piaget, le développement de son cerveau et son besoin d'agir sur son environnement obligent l'enfant à acquérir des compétences spécifiques.

Exemple : L'enfant n'apprend à écrire qu'à la condition que son cerveau soit prêt et que son environnement l'y encourage.

- Selon Vygotski, Wallon, Bruner, les interactions sociales avec les parents et les pairs incitent l'enfant à développer son fonctionnement cognitif.

Nos capacités de mémorisation sont importantes dès notre plus jeune âge mais de manière très pratique. Ainsi, nous acquérons un très grand nombre de mots de vocabulaire très jeune. Puis, notre pensée va se complexifier pour réussir à atteindre un niveau d'abstraction suffisant pour réfléchir sur des thèmes plus théoriques.

Jean Piaget parle de 4 stades principaux :

- **Le stade de l'intelligence sensori-motrice** (de la naissance à 2 ans) : il explore les sensations tactiles, les odeurs, les goûts, la vue et développe sa motricité.

Acquisition principale : la permanence de l'objet (l'enfant, avant un certain âge, pense que l'objet qui est caché à sa vue, n'existe plus).

- **Le stade de l'intelligence pré-opératoire** (de 2 à 6 ans) : l'enfant agit intentionnellement sur les objets (y compris les personnes).

Acquisition principale : le langage.

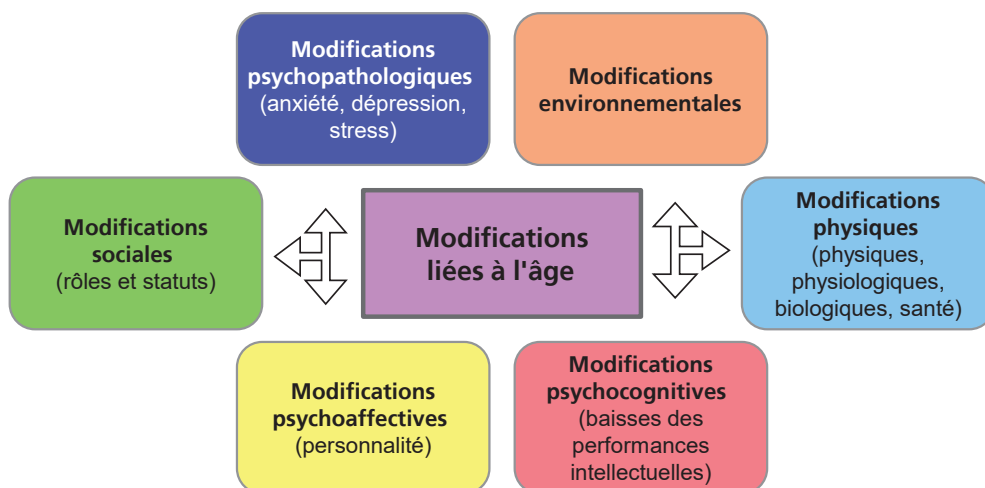
- **Le stade des opérations concrètes ou de l'intelligence opératoire** (de 6 à 10 ans) : raisonnement de plus en plus sophistiqué sur des objets concrets.

Acquisition principale : conservation des quantités (l'enfant apprend que si l'on transvase de l'eau d'un verre large vers un verre étroit, il y aura la même quantité).

- **Le stade des opérations formelles** (de 10 à 16 ans) : pensée abstraite et raisonnement logique (apprend à résoudre des problèmes).

B Âge adulte et sénescence (vieillesse)

En prenant de l'âge, nous accumulons des connaissances mais nos capacités cognitives « fluides » (attention, flexibilité) sont parfois également moins efficaces. À partir de la quarantaine, notre rapidité de pensée diminue mais nos connaissances sont plus grandes. Plus la personne avance en âge et plus ces changements négatifs sont visibles. D'autres changements ont lieu tout au long de la vie.



Adapté de M. C. Gély-Nargeot, S. Bayard, C. Derouesné, 2006

Au cours du vieillissement, différents facteurs sont susceptibles d'être à risque.

- Le vieillissement s'accompagne de **plaintes mnésiques** (mémoire) plus marquées. Généralement, la diminution des performances provoque une **baisse de l'estime de soi** et une altération de la confiance en soi, ce qui aggrave la **baisse de performance intellectuelle**.
- De même, les modifications des rôles (retraite...) contribuent à **diminuer l'estime de soi**, phénomène souligné par les stéréotypes culturels du sujet âgé (absence de créativité, de dynamisme...). Par exemple, en affirmant que la perte de mémoire est « normale » avec l'âge, on induit une impuissance de la personne à agir sur ce phénomène, ce qui diminue l'appréciation d'une possibilité d'agir et de surmonter ces difficultés.
- Il ne faut pas oublier que l'âge est aussi un facteur d'**isolement social** provoquant deux conséquences : diminution des activités et du réseau social.
- À tout cela s'ajoute les **facteurs psychologiques** qui peuvent être défavorables à une sénescence harmonieuse. En effet, certaines personnalités peuvent vivre très mal les modifications biologiques et physiques liées à l'âge. Des **blessures narcissiques** s'activent alors et dont l'intensité est plus ou moins puissante. La diminution de l'autonomie ou des capacités sensorielles est susceptible d'aboutir à un repli sur soi avec altération des activités cognitives et des liens sociaux.

Le risque de troubles anxieux, dépressifs (avec les passages à l'acte type tentative de suicide) ou de l'adaptation liée au stress est augmenté en fonction de la présence des différents facteurs décrits ci-avant.

5 LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

A Les premières interactions avec le nouveau-né



- À 2 semaines : le nourrisson présente un intérêt plus grand pour les visages humains.
- À 3 mois : le nouveau-né sourit à la perception d'un visage humain



Parents et nouveau-nés adoptent un langage adapté (forme de danse) :

- Le bébé crie, pleure ou sourit et le parent approche, lui parle avec une voix plus aigue et plus douce, ou le prend dans ses bras.
- L'enfant réagit à son tour en se blottissant ou en regardant l'adulte dans les yeux.

- À partir de 6/8 mois, le bébé va sourire ou manifester son plaisir à un ou deux parent(s) qui vont devenir des **figures d'attachement**. C'est un lieu de sécurité fondamental, sans lequel l'enfant ne sera pas capable d'explorer son environnement physique et social. Il va aussi manifester des pleurs et des cris lors de la séparation. Chez les singes (rappel : 98 % de gènes communs), l'absence d'une figure d'attachement provoque une impossibilité de relations entre l'enfant-singe et ses compères. C'est dans ce contexte qu'il va développer sa personnalité et donc sa manière d'être avec les autres.

Remarque : D'une culture à l'autre, l'interaction entre parent et bébé puis l'enfant, est différente, mais le principe est le même.

B L'attachement et la notion personnalité

► Attachement

Selon la manière dont les parents sont en communication avec leurs enfants, il existe plusieurs types d'attachement. Pour simplifier, le lien parent-enfant est dit soit **sécurisant**, soit **non-sécurisant**.

- Dans le premier cas, les soins « parentaux » sont empreints d'affection et de sensibilité au besoin de l'enfant.
- Dans le second cas, le contact est parfois fuyant (l'enfant ne manifeste pas de plaisir au retour de sa mère dans la même pièce que lui), ambivalent (l'enfant manifeste du rejet et de la colère vis-à-vis de sa mère) ou désorganisé (l'enfant s'approche vers la mère mais il regarde ailleurs).

Tous les enfants apprennent les modèles de relation proposés par les parents. Ces modèles servent de socle tout au long de la vie, socle à partir duquel l'enfant puis l'adulte développera sa manière d'être en lien avec les autres (*Bowlby*).

► Personnalités difficiles - adultes

Il existe des personnes aux personnalités multiples auprès desquelles les soignants doivent s'adapter dans leurs pratiques de soin. Il est nécessaire d'apprendre à identifier ces personnalités, y compris celles réputées difficiles. Faisons le lien avec la théorie de l'attachement et prenons note de quelques clés pour y faire face.