



Quels sont les rôles de l'aide familiale
pour la prise en charge d'une personne
âgée atteinte d'une démence ?

Épreuve intégrée présentée par Julie Huchette.

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-familiale.

2021-2022

Remerciements :

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble de mes professeurs pour leurs apprentissages, leur disponibilité et leur patience. Merci pour vos conseils et vos encouragements.

Merci également à Mme Manguette du Forem pour son accompagnement dans les démarches qui m'ont permis d'accéder à cette formation, ainsi que son soutien tout au long de l'année.

Merci à la C.S.D. de m'avoir accueilli pour mes trois stages et de m'avoir permis d'assister aux réunions. Un grand merci aussi, à l'équipe des aide familiales qui m'a encadré avec bienveillance et qui m'a très rapidement fait confiance. J'ai réellement eu l'impression d'être intégrée et d'avoir une place à part entière dans l'équipe. Cette expérience m'a été précieuse et enrichissante.

Merci à mes collègues de formation pour l'entraide qui s'est naturellement créée entre nous. L'ambiance fût très conviviale et dans le partage. Chaque travail de groupe s'est fait avec enthousiasme et collaboration.

Merci à ma fille, pour l'autonomie qu'elle a su développer et son soutien inconditionnel.

Merci à mon compagnon pour ses conseils et cette façon incroyable de croire en moi.

Merci à ma famille et mes amis pour toutes leurs aides et leur patience tout au long de cette formation.

Table des matières :

Introduction.....	4
1. Partie contextuelle.....	6
1.1. Le travail de l'aide familiale.....	6
1.1.1. L'aide familiale.....	6
1.1.2. Les rôles et tâches de l'aide familiale.....	7
1.2. Pourquoi choisir cette problématique.....	8
1.2.1. Personne présentant une démence vasculaire.....	9
1.2.2. Personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.....	9
1.2.3. Personne atteinte du syndrome de Korsakoff.....	9
2. Partie conceptuelle.....	11
2.1. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?.....	11
2.2. La démence.....	12
2.2.1. Qu'est-ce qu'une démence.....	12
2.2.2. Quel sont les différents types de démences ?.....	13
2.2.3. Qui peut être atteint ? Et comment dépister le début de démence ?.....	15
2.2.4. Qu'est-ce que le déni ?.....	16
2.3. Les chiffres et les aides existantes.....	17
2.3.1. Les chiffres.....	17
2.3.2. Les aides existantes.....	18
3. Partie Pratique.....	23
3.1. Personne présentant une démence vasculaire.....	23
3.1.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?.....	23
3.1.2. Ce que j'ai mis en place.....	24
3.2. Personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.....	25
3.2.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?.....	25
3.2.2. Ce que j'ai mis en place.....	26
3.3. Personne atteinte du syndrome de Korsakoff (Démence secondaire due à l'alcool).....	27
3.3.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?.....	28
3.3.2. Ce que j'ai mis en place.....	29
Conclusion.....	30
Sitographie.....	32

Introduction.

Je viens de passer une année de formation au sein de l'Institut de Promotion Sociale de Tournai, situé rue Saint Brice.

Cet établissement offre la possibilité de passer le certificat de qualification d'aide familiale en dix mois.

Après un parcours professionnel varié, j'ai décidé de suivre ce cursus qui semblait me correspondre.

Je suis d'un tempérament sociable et à l'écoute. Je suis une personne qui a le sens de l'observation et qui s'adapte facilement et c'est donc naturellement que m'est venu le souhait d'être aide-familiale.

Cette profession correspond à ma personnalité ainsi qu'à mes attentes d'un métier : se sentir utile au quotidien.

Lors de mes trois périodes de stages, j'ai intégré l'équipe de la CSD en petites prestations. Au total 630 heures de travail auprès de bénéficiaires ayant chacun un profil et des besoins bien différents.

J'ai pu constater que beaucoup sont atteints de démences diverses. L'accompagnement et la prise en charge de ces personnes doivent donc être adaptés. Je suis certaine que ma volonté de mettre en pratique ce que j'ai vu en cours m'a grandement facilité l'approche des situations de démences.

La problématique qui m'intéresse m'a paru évidente :

« Quels sont les rôles de l'aide familiale pour la prise en charge d'une personne âgées atteinte d'une démence. »

Ce travail comportera trois parties.

Dans un premier temps, je développerai les tâches et rôles d'une aide familiale à domicile et également, les raisons du choix de ma problématique.

Dans un deuxième temps, je définirai les termes de « personne âgée » et de « démence ». Et j'expliquerai les différentes formes de démences, les personnes concernées et quelques chiffres sur la situation en Belgique et dans le monde.

Dans une troisième et dernière partie, je reviendrai sur mon stage et sur les personnes que j'ai accompagnées. Je présenterai les différents cas que j'ai pu rencontrer, ce qui est mis en place et ce que je que j'ai pu faire en tant que stagiaire.

Une conclusion personnelle clôturera ce travail.

1. Partie contextuelle.

Nous allons commencer par décrire le contexte dans lequel la problématique a été choisie.

1.1. Le travail de l'aide familiale.

Au cours de mes différents stages au sein de la CSD de Mouscron, j'ai été confrontée à quelques personnes en situation de démence. Les cas sont très différents.

Je vais tout d'abord développer le métier d'aide familiale, ses rôles et ses tâches. Ensuite, je présenterai les cas que j'ai rencontrés sur le terrain.

1.1.1. L'aide familiale.

L'aide familial(e) est une personne qui permet le maintien à domicile de personnes âgées, en perte d'autonomie, malades ou handicapées. Elle peut aussi être amenée à intervenir auprès de famille avec enfant qui rencontre des difficultés à gérer leur quotidien.

Le but est d'aider les bénéficiaires à améliorer leur autonomie et à avoir une qualité de vie optimale à domicile. L'aide peut être apportée de manière ponctuelle ou permanente selon les besoins de chacun.

Les tâches sont diverses et très variées.

Elle aide dans la vie quotidienne, assure des tâches administratives, participe à la maintenance de l'habitation et l'entretien du linge, aide à la préparation des repas, accompagnement aux courses. Pour les personnes en perte d'autonomie, l'aide familiale aide pour la toilette quotidienne, pour l'habillage, pour les repas, pour les déplacements. Mais encore, elle est là pour apporter une présence et un soutien. Elle peut proposer des balades, des activités créatives, des aménagements de l'habitation, repérer des signes de maltraitances...

1.1.2. Les rôles et tâches de l'aide familiale.

En résumé les différents rôles et tâches de l'aide-familiale sont :

- Rôle d'aide à la vie quotidienne : Entretien courant des pièces de l'habitation, rangement, nettoyage, vaisselle. Entretien du linge, lessive repassage, rangement du linge. Courses et préparation des repas.
- Rôle sanitaire : Tâches liées à la santé, à l'hygiène, au confort et la sécurité de la personne.
- Rôle de présence active, d'accompagnement : Écouter la personne. Observer les ressources et déficits de la personne, stimuler ses capacités. Veiller au bien être des personnes. Accompagnement de soins palliatifs.
- Rôle éducatif : Conseiller sur l'organisation du ménage, la santé, l'hygiène, l'alimentation, les aides possibles ou l'éducation des enfants.
- Rôle de relais : Avec les services extérieurs, la famille, le voisinage, les institutions ou encore les intervenants...
- Rôle de liaison avec l'extérieur et aide sociale : organisation du budget, aide aux démarches administratives. Accompagnement pour des déplacements extérieurs.
- Aide aux aidants proches : Guidance, information et soutien.

L'aide familiale doit pour tout cela avoir un bon sens de l'observation, de l'empathie et savoir communiquer efficacement avec les proches et les autres intervenants. Un code de déontologie de la profession aide l'aide familiale au quotidien à mettre des règles et des limites dans sa profession.

1.2. Pourquoi choisir cette problématique.

J'ai rencontré lors de mes stages un grand nombre de personnes avec des démences diverses et cela m'a amené beaucoup de questionnements.

On constate que dans nos civilisations, la durée de vie augmente mais en contrepartie beaucoup de personnes, de plus en plus âgées, perdent petit à petit leur autonomie psychique. Ces personnes sont souvent perdues dans leur quotidien. Le rapport à l'autre est difficile et complexe. La mémoire est la première touchée. Ensuite, ils ne savent plus reconnaître leurs proches, peuvent devenir agressif, et surtout ne comprennent pas ce qui leur arrive.

Les démences sont multiples et peuvent toucher une personne âgée sans distinction de classe sociale, de situation familiale ou de sexe.

D'un point de vue personnel, ma grand-mère paternelle, qui est décédée il y a quelques années, était atteinte de la maladie d'Alzheimer. J'ai donc été confrontée aux problèmes que les proches rencontrent et j'ai également pu me rendre compte des difficultés rencontrées par la personne atteinte.

De plus, je suis allée visiter la maison Saint-Joseph à Mouscron. C'est un CANTOU spécialisé dans l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces unités sont spécialement conçues dans le but de respecter les besoins des personnes âgées dépendantes au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Cela m'a permis de discuter avec des équipes qui sont au quotidien avec ces personnes. J'ai ainsi pu me rendre compte de ce qui est mis en place sur un plan sanitaire et social pour les accompagner.

Situations vécues en stage.

Plusieurs cas ont retenu mon attention au cours de mes stages. En effet, quatre personnes chez qui nous intervenons avec la C.S.D. sont atteints d'une démence.

1.2.1. Personne présentant une démence vasculaire.

Mr D. a 61 ans. Il a été victime d'un accident vasculaire. Il s'agit de l'interruption brutale et imprévisible de la circulation dans un ou plusieurs vaisseaux. La conséquence est un manque d'irrigation des organes concernés. N'étant plus irrigués, les organes ne reçoivent plus oxygène et énergie, ce qui empêche leurs cellules de fonctionner. Monsieur a la partie droite du corps, surtout le bras et la jambe, qui ne fonctionne plus correctement. La parole a été également affectée, il ne peut répondre que par un seul son. Il présente également des TOC (troubles obsessionnels compulsifs). C'est une pathologie neuropsychiatrique. Le trouble se traduit par des comportements répétés et irraisonnés dont le sujet admet le caractère excessif.

1.2.2. Personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Madame J. a 87 ans et elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle ne peut plus vivre sans surveillance.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative (Atteinte cérébrale progressive conduisant à la mort neuronale) caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives). Les activités de la vie quotidienne de madame sont fortement perturbées. Les aides-familiales sont utiles pour le maintien à domicile d'une personne atteinte de cette maladie.

1.2.3. Personne atteinte du syndrome de Korsakoff.

Madame M, 76 ans est atteinte du syndrome de Korsakoff. Ce trouble neurologique est multifactoriel, mais la principale cause est une carence en vitamine B1 (thiamine), qui crée un stress neuronal. L'alcoolisme chronique entraîne notamment un trouble de l'absorption de cette vitamine, dont le cerveau a besoin pour bien fonctionner. Madame souffre donc de gros troubles de la mémoire. On parle d'amnésie antérograde. Elle peut discuter avec des proches de manière apparemment cohérente. Mais elle peut aussi croire connaître la personne avec qui elle parle même si elle ne l'a jamais vue : c'est la fausse reconnaissance. Elle éprouve des difficultés à la marche et a

des pertes d'équilibre. Parfois, madame ne sait plus où elle se trouve, et ne connaît plus la date, c'est une désorientation dans le temps et l'espace. Des troubles de l'humeur sont aussi évoqués. Madame n'est pas consciente de son état. C'est ce que l'on appelle l'anosognosie.

Nous pouvons voir que lors des prestations, l'aide-familiale est quand même assez souvent amenée à intervenir chez des personnes souffrant de démence. Il est donc intéressant d'en connaître un peu plus sur le sujet afin de pouvoir intervenir à bon escient.

2. Partie conceptuelle.

Abordons maintenant la partie théorique de ce travail et définir les termes utilisés.

2.1. Qu'est-ce qu'une personne âgée ?

Une personne âgée est, pour le sens commun, « une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente ». On nomme couramment les personnes âgées, seniors et aînés ou d'autres termes, afin d'éviter les mots vieux et vieillard.

Mais en réalité, Il est assez complexe de donner une définition exacte du terme « personne âgée ».

Selon les bases de données de l'INSEE (Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economique), sont considérées comme âgées, les personnes de 60 ans et plus.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) débute la classification personnes âgées quand l'âge est supérieur à 65 ans. À partir de ce seuil, on parle de troisième âge et passé 75 ans, de quatrième âge.

Mais l'âge n'est pas un critère suffisant pour qualifier une personne d'âgée. Pour définir le terme de « personne âgée » il convient davantage de s'intéresser à la notion de vieillesse de manière technique, comme « le processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations physiques entraînant la dégénérescence des cellules et provoquant son affaiblissement. »

Le vieillissement biologique est le déclin des capacités physiques et mentales d'une personne. Les effets importants du vieillissement se font sentir lors du troisième âge et s'accroissent brusquement après 75 ans. Cependant, cela dépend du vécu de chaque personne et de son état de santé.

2.2. La démence.

Parlons maintenant de la démence.

2.2.1. Qu'est-ce qu'une démence.

La démence est un terme générique désignant les maladies dans lesquelles les lésions cérébrales entraînent un ensemble de manifestations cliniques indiquant une altération progressive de la mémoire et des fonctions cognitives en général, en raison d'une atteinte des cellules du cerveau (neurones). Pour correspondre à la définition de démence, les symptômes doivent être suffisamment sévères pour entraver la vie quotidienne de la personne.

On connaît environ 50 types de démence différents.

La maladie d'Alzheimer représente environ 60% de tous les cas de démence et la démence vasculaire (consécutif à un accident vasculaire cérébral) qui représente 20 % des personnes concernées sont respectivement les première et deuxième forme les plus courantes de démences. Dans près de la moitié des cas, il s'agit en réalité d'une démence mixte, qui associe une maladie neurodégénérative de type Alzheimer et des lésions vasculaires.

Cependant, l'apparition de signes de démence n'est pas systématiquement révélatrice d'une pathologie incurable. Elle peut avoir une cause réversible, telle qu'un trouble endocrinien, une dépression ou encore une carence en vitamines.

La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde.

Quelle que soit la forme qu'elle prenne, la démence est caractérisée par l'atteinte d'au moins deux des fonctions mentales essentielles :

- La mémoire
- La concentration et l'attention
- Le raisonnement
- Le langage

Bien que la démence touche principalement les personnes âgées, elle n'est pas une composante normale du vieillissement.

2.2.2. Quel sont les différents types de démences ?

Comme nous avons vu, il existe une cinquantaine de types de démence, il existe deux façons principales de les classer :

- Par catégories de causes,
- Par types de démences.

Les démences peuvent être classées en trois catégories de causes.

Tableau représentatif des catégories de démences classées par causes.

Démence de type Alzheimer	Démence vasculaire	Démences secondaires
Causée par une destruction des neurones	Causée par un trouble circulatoire (environ 15 % des démences séniles)	Causée par une autre maladie
<ul style="list-style-type: none">• Hérité ;• Historique familial ;• Vieillessement.	<ul style="list-style-type: none">• Accident vasculaire ;• Vieillessement.	<ul style="list-style-type: none">• Alcoolisme ;• Carence en vitamine B12 ;• Mauvais fonctionnement de la glande thyroïde ;• Infections comme le SIDA, la syphilis, etc. ;• Prise de certains médicaments.

Et il existe 5 principaux types de démences :

1. La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative du système nerveux central (destruction importante et anormale des cellules du cerveau (neurones)), avec une atrophie anormale de certaines zones du cerveau. Cela touche toutes les fonctions cérébrales et entraîne d'importantes modifications, surtout au niveau du comportement et des relations interpersonnelles. Les premiers signes sont la difficulté à se souvenir d'événements récents.

2. Démence à corps de Lewy

Ressemble à l'Alzheimer, et présente également des caractéristiques du Parkinson, comme des tremblements et des raideurs. Elle s'accompagne de troubles du sommeil et d'hallucinations visuelles.

3. Démence vasculaire

Suite à chaque accident vasculaire cérébral, on constate des dommages au cerveau. De ce fait, après plusieurs petites crises, des symptômes proches de ceux de l'Alzheimer peuvent apparaître, notamment des troubles de mémoire, la prise de mauvaises décisions et la difficulté à planifier.

4. Démence fronton-temporale

La neurodégénérescence, c'est-à-dire, les troubles médicaux qui touchent principalement les neurones du cerveau, touche davantage les lobes frontal et temporal, ce qui entraîne d'importants changements de comportement et de personnalité. Parfois, il y a également des troubles du langage, de la difficulté à se déplacer ainsi que des pertes de mémoire.

Les premiers symptômes peuvent apparaître dès 60 ans.

5. Démence mixte

C'est-à-dire une personne présentant deux types de démences.

On peut noter qu'il existe d'autres formes tels que la maladie de Parkinson (une démence apparaît dans 80% des cas aux stades avancés de l'évolution de la maladie)

Parlons maintenant de la démence sénile :

La démence sénile correspond à un affaiblissement, puis une dégradation de l'ensemble des fonctions intellectuelles survenant chez une personne de plus de 70 ans.

Ce qui caractérise en plus la démence sénile de maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, ce sont les troubles de la personnalité à type de paranoïa : la personne est persuadée qu'on lui en veut, qu'on l'écoute, qu'on surveille ses faits et gestes.

2.2.3. Qui peut être atteint ? Et comment dépister le début de démence ?

L'âge, l'hérédité, les problèmes vasculaires ou un faible niveau de scolarité sont les principaux facteurs de risque reliés à la démence sénile.

L'âge est le principal facteur de risque mais la démence ne touche pas exclusivement les personnes âgées. La démence d'apparition précoce, c'est-à-dire l'apparition des symptômes avant l'âge de 65 ans, représente 9% des cas.

On compte également parmi les autres facteurs de risque, la dépression, l'isolement social et l'inactivité cognitive.

La démence touche différemment chaque personne atteinte, selon les effets de la maladie et la personnalité d'origine du patient.

Les signes et les symptômes liés à la démence peuvent être classés en 3 stades :

Stade initial : le stade initial passe souvent inaperçu. Tels que, avoir tendance à oublier, avoir une perte de conscience du temps ou encore se perdre dans des endroits familiers.

Stade intermédiaire : au plus la démence progresse vers le stade intermédiaire, au plus les signes et les symptômes deviennent plus visibles. Le malade oublie les événements récents et le nom des gens, se perd dans sa maison, a plus de difficulté à communiquer, nécessiter de l'aide pour les soins d'hygiène personnelle, présente des changements de comportement, par exemple errer ou répéter les mêmes questions.

Dernier stade : le dernier stade est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totale. Les symptômes sont entre autres, une perte conscience du temps et du lieu, d'avoir de la difficulté à reconnaître les proches et les amis, de nécessiter d'aide accrue pour les soins d'hygiène personnelle, d'avoir de la difficulté à marcher, de présenter des changements de comportement, le patient pouvant aller jusqu'à l'agression.

En résumé, peu importe le type, la démence se caractérise par différents symptômes comme les pertes de mémoire, les difficultés d'apprentissage, les troubles du langage, la confusion, les changements d'humeur et de personnalité, les mauvaises décisions, la difficulté à raisonner, la dépression, la perte d'intérêt pour certaines activités, etc. L'aide-familiale devra donc pouvoir aider les personnes atteintes de ces troubles.

Mais il ne faut donc pas se baser uniquement sur les troubles de mémoire pour déterminer si une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence. Les problèmes cognitifs liés à la mémoire ont parfois une autre origine, dont l'interaction entre des médicaments, la consommation d'alcool, la dépression, des problèmes de thyroïde, une déshydratation ou une carence en vitamines.

En cas de doute, il faut consulter un médecin spécialisé. Il pourra déterminer s'il s'agit de démence et de quel type. Il pourra également orienter la personne et la famille vers des traitements ou des approches adaptées.

2.2.4. Qu'est-ce que le déni ?

Le déni c'est affirmer que tout va bien, alors qu'on constate clairement un problème. Une personne âgée atteinte de démence qui est dans le déni dit souvent « C'est normal d'oublier à mon âge » ou « Tout va bien, je suis seulement fatigué ». Elle arrive à se convaincre elle-même que tout va bien et qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter.

Au-delà du possible déni du malade lui-même, il arrive également que les aidants familiaux refusent de voir la réalité en face et de reconnaître les difficultés de leur proche. Cette situation risque de mettre la personne atteinte de démence en plus grand danger. Laisser une personne atteinte de démence seule à domicile, à cause du déni qui aveugle, augmente ainsi les risques d'accident. En

effet, des chutes, des incendies et de la dénutrition menacent les personnes aux facultés cognitives diminuées qui vivent sans aide extérieure adaptée.

Le déni peut être un facteur à risque pour les conflits familiaux, un risque pour le malade d'être exploité financièrement ou encore un frein à recevoir de l'aide extérieure.

Lorsque l'on suspecte une démence, si on constate qu'une personne rencontre des difficultés avec les actes du quotidien et ses différentes responsabilités, l'avis de professionnels et leur aide sont essentiels.

Il est aussi important de connaître les causes des problèmes de mémoire afin de savoir s'ils peuvent être traités.

2.3. Les chiffres et les aides existantes.

Selon la ligue Alzheimer, en Belgique pour l'année 2018, 1,857 % de la population est atteinte de démence. Et on estime que 70% des personnes atteintes de démence vivent à domicile.

2.3.1. Les chiffres.

Selon l'OMS (l'Organisation mondiale pour la santé) en 2021 dans le monde :

- 52 millions de personnes sont atteintes de démence. Ce chiffre va presque doubler tous les 20 ans.
- Il apparaît chaque année près de 10 millions de nouveaux cas. Une toutes les 3 secondes.
- On estime dans l'ensemble de la population mondiale qu'entre 5 et 8 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteints de démence à un moment donné.
- Le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050. Cette hausse est en grande partie due à l'augmentation du nombre de cas de démence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

- La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60-70% des cas.

Toujours selon l'OMS, en Belgique, le nombre de personnes atteintes de démence est de 200.000 dont 140.000 patients Alzheimer. Chez les plus de 65 ans, le nombre est de presque 10%, chez les plus de 85 ans, il est déjà de 26% et chez les plus de 90 ans, il est de plus de 35%. Une autre constatation, 2 patients sur trois sont de sexe féminin.

L'espérance de vie ne cesse de s'allonger. D'ici 2030, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus excèdera la somme de jeunes gens âgés de moins de 15 ans : une première historique. Le risque de démence sera alors augmenté car la population sera majoritairement plus âgée.

2.3.2. Les aides existantes.

La démence est éprouvante pour le malade et sa famille. Ils ont besoin de soutien sur le plan sanitaire, social, financier et parfois juridique. Actuellement, il n'existe pas de traitement qui permette de guérir de la démence ou d'en modifier l'évolution.

Mais la démence ne signifie pas fin de vie, il est possible de faire beaucoup pour soutenir les personnes atteintes et améliorer leur vie. Elles doivent toujours être considérées comme des personnes à part entière. Leurs envies, leurs goûts, leurs refus, leur vulnérabilité et leur solitude doivent être pris en compte. En règle générale, elles alternent des moments de lucidité et d'effondrement. Les choses commencent à se compliquer lorsqu'elles n'arrivent plus à bien communiquer. Il faut dans un premier temps, un diagnostic précoce, afin de permettre une prise en charge rapide.

En fonction de chaque situation, divers services d'aides peuvent se mettre en place.

La Ligue Alzheimer.

Tout d'abord, il existe la Ligue Alzheimer qui est une ASBL d'information et de soutien pour les patients, proches et professionnels confrontés à la maladie d'Alzheimer et autres formes de

démence. Elle constitue un réseau de groupes d'entraide et d'information en Wallonie et à Bruxelles. Elle propose, l'accessibilité et la gratuité à l'information et aux activités organisées par elle, dans une proximité géographique et relationnelle. Ses objectifs sont rassemblés en un acronyme « AIDE », accompagner, informer, défendre, écouter.

Voici ce qui est proposé par cette association :

- Une écoute téléphonique gratuite via le National Alzheimer Phone 0800/15 225, gratuit.
- Des groupes de rencontre : Groupes des Battants ; groupes d'entraide et lieux de parole.
- Des Alzheimer cafés.
- Des entretiens individuels et familiaux.
- L'agent Proximité-Démence de la Ligue – rendez-vous et visite à domicile.
- Des formations pour professionnels et pour les familles.
- Des projets : le réseau Ville Amie Démence (ViADem), le Protocole Disparition Seniors au Domicile, Ensemble, Alzheimer est plus léger.
- Un colloque annuel.
- Des publications : revue trimestrielle, ouvrages, fiches pratiques.
- Des conférences à thèmes pour le grand public.

Les centres de coordinations et les services d'aide familiale.

Une autre option est de faire appel à l'aide d'un centre de coordination ou un service d'aide familiale.

Les services d'aide familiale interviennent au domicile du demandeur afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Les services d'aide familiale étroitement liés à l'assistance sociale et à la sécurité sociale sont exonérés de la TVA. Ils doivent cependant être accomplis par des organismes d'aide sociale reconnus par l'autorité compétente. Il peut aussi bien s'agir de personnes physiques que de personnes morales. La qualité d'A.S.B.L. (association à but non lucratif) n'est pas requise.

Le centre de coordination est un service indépendant, gratuit, subsidié par la région wallonne. Une assistante sociale évalue la situation et conseille le demandeur et son entourage. Puis, en concertation avec ces derniers, le médecin traitant et les prestataires de soins, proposent et

organisent la mise en place de divers services à domicile tels que, les aides familiales, les infirmiers, les prestataires de repas, les aides ménagères, la kinésithérapie, la bio télévigilance, les garde-malades... Des professionnels qui ont reçu des formations sur la communication avec des personnes désorientées.

Les services seront mis en place après accord entre la personne concernée, les proches, un professionnel de la santé et le représentant du centre de coordination. Pour maintenir une personne âgée atteinte de démence à domicile, il faut un travail d'équipe.

Pour les cas de démence plus avancées, il existe divers accueils que ce soit en journée, pour de courte durée ou en placement à long terme.

Les centres d'accueil de jour.

Le but d'un accueil de jour est de maintenir les personnes en perte d'autonomie dans leur vie sociale et culturelle, tout en permettant aux aidants proches de profiter de moments de répit. Pour cela, l'accueil se fait en général à la carte, de 8h à 18h, cinq jours sur sept selon les besoins de chacun, de même que le service du petit déjeuner et du souper qui ne sont pas obligatoires.

Ces lieux accueillent des seniors de plus de 60 ans en perte d'autonomie et des personnes déficientes mentales. En général, une équipe composée d'aides-soignants et d'animateurs encadre les participants. Du personnel infirmier peut être amené à intervenir. Des ergothérapeutes proposent des activités et apportent un soutien à l'équipe face à un public spécifique.

Les journées sont rythmées par les repas et collations, les activités intérieures ou extérieures ainsi que par les interventions des autres soignants.

Les courts séjours en maison de repos.

Le court-séjour est le « séjour temporaire en maison de repos ou maison de repos et de soins dont la durée est initialement fixée d'un commun accord entre le gestionnaire et le résident ou son représentant et qui ne peut excéder une durée de trois mois ou de nonante jours cumulés par année civile que ce soit ou non dans le même établissement ».

Il s'agit toujours d'un accueil provisoire. Il peut intervenir pour différentes circonstances :

- Permettre une convalescence.
- Accueillir une personne pendant des travaux d'aménagement de son domicile ou l'hospitalisation du conjoint.
- Pour faire face à une rupture des services à domicile habituels.
- Pour rompre la solitude ou se familiariser avec ce type d'établissement.

Les centres d'accueil de soirée et\ou de nuit

Pour les aidants la période nocturne est éprouvante. Pour le malade, elle est souvent source de confusions, d'insomnies et de déambulations.

Il devient difficile dans ces conditions de prendre du temps pour soi, de mener une vie sociale satisfaisante et tout simplement d'avoir des temps de récupération.

C'est une solution très peu développée.

Les CANTOUS.

Nés aux Etats-Unis dans les années 50 puis exportés à Paris à la fin des années 1970, ils ont enfin été adaptés en Belgique à la fin des années 80. Les Cantous sont connus aussi sous le nom d' « unités de vie protégées » ou « unités Alzheimer ».

En provençal, le cantou signifie « le coin du feu ». Il s'agit d'une structure d'hébergement pour les seniors et plus particulièrement pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Le CANTOU est également l'acronyme utilisé pour parler du « Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles ». Il rassemble les seniors autour d'un coin cuisine et les fait participer à une vie communautaire et chaleureuse.

Un Cantou tente, de recréer un environnement sécurisant, chaleureux et de préserver autant que possible l'autonomie des résidents en les faisant participer autant que possible aux tâches de la vie quotidienne.

De plus, il accorde une place importante aux proches. Ils sont impliqués dans le fonctionnement de ces centres grâce à des réunions mensuelles.

Un Cantou accueille généralement en moyenne 18 à 20 résidents souffrant de troubles cognitifs qui disposent d'une chambre individuelle où un environnement familial est recréé. Il s'agit donc de structures d'accueil à taille humaine. Les personnes âgées bénéficient également d'espaces communs.

Baluchon Alzheimer.

Concept né au Québec, Baluchon Alzheimer existe en Belgique depuis 2003 et permet chaque année d'offrir 1000 journées de répit à une centaine de familles.

La mission de Baluchon Alzheimer est double : donner du répit et de l'accompagnement aux aidants proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence apparentée, sans avoir à transférer la personne touchée hors de son milieu de vie.

Concernant le déroulement d'une intervention de baluchonnage, la première journée constitue une journée de transition passée en compagnie de l'aidant proche et de la personne aidée (idéalement 1/2 journée avec un repas passé ensemble). Puis, les journées suivantes, l'aidant proche quitte le domicile et la baluchonneuse demeure seule avec la personne aidée. La prise en charge de la personne est alors totale.

La démence chez la personne âgée est un sujet très complexe. Chaque situation est différente et évolutive. Sur le terrain, j'ai pu me rendre compte concrètement de toutes les difficultés qu'elle implique.

3. Partie Pratique.

Je vais reprendre les bénéficiaires rencontrés lors de mes stages et développer le travail de l'aide-familiale pour chacune de ces situations.

3.1. Personne présentant une démence vasculaire.

Le service des aides-familiales au sein duquel j'ai fait mes stages intervient chez monsieur D, âgé de 61 ans deux fois par semaine pendant 45 minutes. Monsieur D est atteint d'une démence vasculaire.

Deux équipes différentes se rendent chez lui. Il habite seul au 1er étage d'une maison.

Il nous a été demandé de faire un peu d'entretien des pièces de vie.

Son logement est très mal équipé. L'étage est équipé de feu à pétrole alors que Monsieur n'est pas capable d'aller chercher du carburant lui-même. Il n'utilise donc pas son lit qui est à l'étage mais dort dans le canapé.

Il y a deux frigos mais ils ne sont pas branchés. Il n'y a pas de nourriture dans les placards. Il reçoit des repas du C.P.A.S. (centre public d'action sociale).

Il est assisté d'une avocate pour les démarches administratives. Il passe la plus grande partie de ses journées chez un voisin qui est son ami. Cet ami semble lui aussi atteint d'un certain type de démence mais il est impossible d'en savoir plus.

Rapidement on se rend compte que faire le ménage deux fois par semaine ne sert pas à grand-chose car il n'est presque jamais chez lui. Il est extrêmement compliqué de communiquer avec lui et donc de savoir comment l'aider au mieux dans son quotidien.

3.1.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?

L'aide à la vie quotidienne :

Il nous est demandé de venir chez Monsieur faire l'entretien des pièces de vie. Il n'y a pas de vaisselle à faire. Il ne va pas à l'étage et ne souhaite pas non plus qu'on le nettoie. Il ne veut pas que l'on s'occupe du linge.

Rôle éducatif :

Nous essayons de communiquer avec Monsieur. Nous lui donnons des conseils pour l'hygiène personnelle. Nous avons remarqué qu'il se lave uniquement au lavabo avec un essuie et un gant toujours très sale mais il ne veut pas qu'on les change.

Rôle de relais :

A chaque passage nous notons dans le cahier de communication. De plus, nous communiquons avec son avocate et son ami.

3.1.2. Ce que j'ai mis en place.

Nous avons installé un cahier de communication chez Monsieur D car il n'y en avait pas encore. Étant donné que deux équipes différentes s'alternent chez lui les mardis et vendredis, la communication sera facilitée. Nous y avons noté les coordonnées de son avocat et de son voisin.

Nous avons remarqué qu'il possède un téléphone portable mais il est cassé. Il paye chaque mois un forfait alors qu'il ne pouvait pas l'utiliser et ne demande à personne de l'aider. Nous avons donc contacté l'avocat afin de proposer notre aide pour l'achat d'un nouveau téléphone portable.

Cet appel nous a permis de savoir également qu'un déménagement est prévu dans quelques mois car son propriétaire a vendu l'immeuble. Nous avons donc amené certains documents importants chez l'avocat. Nous avons également pu nous entretenir avec sa secrétaire. Le but étant de savoir ce que l'on pourrait apporter de plus à Monsieur D. Nous avons proposé de l'emmener au magasin de vêtements ou encore de faire avec lui quelques courses pour des produits d'hygiène et d'entretien. Monsieur reçoit de l'argent chaque semaine mais il boit beaucoup avec son voisin. Afin de pouvoir faire des courses, il nous a été proposé par la secrétaire que de l'argent soit envoyé directement au service des aides familiales. De plus, elle organise un rendez-vous avec monsieur D et son voisin pour lui faire part de cela et définir ses besoins.

3.2. Personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Madame J 87 ans. Elle vient d'emménager dans un lotissement pour les personnes âgées ou malades. La raison de son déménagement est qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Afin de sécuriser son quotidien, le changement de domicile était indispensable.

Madame a eu 5 enfants et beaucoup de petits enfants. C'est une ancienne musicienne qui jouait du piano, de la guitare ou de l'accordéon dans un orchestre. Ses enfants sont très proches d'elle et ils se sont occupés de tout. Elle avait trois chiens avant mais il a été décidé qu'elle ne garde qu'un seul vieux chien âgé de 15 ans.

Madame J. souffre également d'arthrose et ses facultés visuelles déclinent.

Les enfants passent régulièrement chez elle. De plus, une équipe d'infirmières vient le matin pour la toilette et l'habillage. Puis deux fois dans la journée, les aides familiales passent afin de l'aider. Le matin, nous l'aidons à se lever, nous lui préparons le petit déjeuner ainsi qu'une tartine pour le midi. Nous l'amenons aux toilettes si besoin et sortons le chien dans la cour. Le soir, nous lui réchauffons son repas et l'aidons pour se mettre en pyjama.

Elle se réveille souvent la nuit. Lorsque nous arrivons le matin la maison est régulièrement en désordre. Par exemple, elle veut se faire du café à 3h du matin mais en renverse partout.

Elle a besoin de tous ces accompagnants car elle ne peut plus gérer seule les actes de la vie quotidienne. Elle s'inquiète beaucoup aussi d'un mal qu'elle ressent en elle. Elle a besoin d'écoute et de douceur.

3.2.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?

Aide à la vie quotidienne :

Nous passons trois fois par jours. A chaque fois on range, on fait la vaisselle, on vérifie les toilettes.

Les courses et le linge sont gérés par la famille. Nous nous occupons de préparer le petit déjeuner le dîner et le souper.

Rôle sanitaire :

Les médicaments sont préparés une fois par semaine par le service des infirmiers. Nous les lui mettons à sa disposition près de son café car ils sont cachés en haut d'une armoire. Cela afin qu'elle ne les attrape pas elle-même pour éviter le risque qu'elle se trompe de dosage.

Elle ne voit plus bien donc on vérifie si ses mains sont propres après avoir été aux toilettes.

Parfois elle demande qu'on lui applique un peu de crème qui apaise son arthrite.

Rôle d'accompagnement et d'écoute active :

Madame communique beaucoup avec nous. Elle a besoin de parler énormément. Elle a une grande famille et aime ressentir une grande convivialité avec les aides familiales. Elle appelle tout le monde « les enfants, mes enfants ». Nous discutons donc beaucoup, nous l'interrogeons sur son passé de musicienne ou d'autres sujets. Nous la rassurons si besoin ou la faisons rire.

Elle a besoin qu'on lui tienne les mains et qu'on soit très proche lorsque l'on se parle.

Rôle de relais :

Nous notons dans le cahier de communication tout ce que nous avons fait mais aussi l'humeur ou l'appétit de madame. Avec les personnes désorientées, il est très important que la communication soit efficace avec les différents intervenants ainsi qu'avec sa famille.

3.2.2. Ce que j'ai mis en place.

Madame est arrivée dans ce nouveau logement en même temps que le début de mon troisième stage. J'ai donc fait partie des premières aides familiales à aller chez elle. Sur notre tournée, nous y allons le matin afin de l'aider à se lever et à prendre son petit déjeuner. Nous avons pour information qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Lorsque qu'une personne est atteinte de cette maladie, il n'est pas conseillé de la réveiller mais plutôt d'attendre son réveil. J'ai donc utilisé les techniques de la Validation de Naomi Feil vues en

cours. C'est une méthode de communication empathique qui permet aux personnes très âgées ou désorientées de réduire leurs angoisses et de retrouver de la dignité.

Pour le premier contact avec Madame J, j'ai parlé avec une voix basse, claire et affectueuse. J'ai maintenu un contact visuel sincère et proche. Ensuite, j'ai observé puis copié ses mouvements et ses émotions.

Elle était sous sa couette. Elle semblait contrariée d'être réveillée et également perdue dans son nouveau logement pas encore familial. Je lui ai demandé si je pouvais venir auprès d'elle. Je me suis accroupie au bord du lit et j'ai imité ses expressions de visage en lui demandant comment elle avait dormi. Puis, comme elle ne répondait pas, j'ai demandé si je pouvais prendre un petit bout de couette afin poser ma tête comme elle. Petit à petit, elle s'est adoucie, elle s'est sentie en sécurité et nous avons pu communiquer.

Une fois à la table du petit déjeuner, j'ai continué la technique du miroir en imitant avec empathie ses expressions. De cette façon, on entre dans le monde émotionnel de la personne. Cela m'a permis d'instaurer une relation de confiance avec elle.

Les jours suivant, j'ai remarqué que Madame avait beaucoup de difficultés avec la télécommande de la télévision. J'ai donc recherché si des systèmes plus simple et adaptés aux personnes désorientées existaient. Effectivement, une télécommande avec le minimum de touche est disponible sur le site « Prevenchute ». Elle est universelle et spécialement conçue pour les personnes rencontrant des troubles de la dextérité ou de la vision. J'ai donc présenté l'idée à la famille qui l'a achetée. Et Madame n'a plus de soucis avec sa télévision et le réglage des chaînes.

3.3. Personne atteinte du syndrome de Korsakoff (Démence secondaire d'ue à l'alcool).

Madame M a 76 ans et souffre du syndrome de Korsakoff. Elle est logée chez sa sœur plus âgée. Cette dernière atteinte d'un cancer vient de décéder. La maison est dans une insalubrité avancée. Il

est impossible d'aller à l'étage car le plancher risque de s'effondrer. Des lavabos ne fonctionnent pas et la gazinière n'est pas utilisable.

À la suite du décès de sa sœur, elle doit déménager.

Madame M est accompagnée par les aides familiales depuis très longtemps. Elle ne sait plus s'occuper d'elle-même. Elle est incontinente. Elle a une forte correction visuelle.

Une avocate s'occupe de gérer ses comptes.

Une équipe d'infirmières vient à son domicile le matin afin de la laver et de l'habiller. La plupart du temps, elle ne porte qu'un t-shirt et une couche.

Une aide familiale passe 4 heures avec elle une fois par semaine. Et l'équipe des petites prestations passe deux fois par jour. Le but est de la stimuler, de vérifier qu'elle mange les repas qui lui sont livrés par le C.P.A.S. Une fois par semaine nous allons lui faire des courses. Nous rangeons, vérifions le courrier.

De plus, nous lui organisons son déménagement car le C.P.A.S. lui a trouvé un petit logement.

3.3.1. Quels sont les rôles de l'aide familiale dans cette situation ?

Aide à la vie quotidienne :

Madame ne sait plus faire les actes de la vie quotidienne. Nous faisons les courses une fois par semaine. On lui donne le repas du C.P.A.S. dans une assiette. On range, on fait la vaisselle. On sort les poubelles et on s'occupe des lessives.

On surveille qu'elle s'alimente correctement. On fait des tartines pour le soir et on lui donne un goûter dans l'après-midi.

Rôle sanitaire :

On vérifie ses alaises car elle est incontinente et parfois le lit est mouillé.

On lui brosse les cheveux et on la coiffe.

Rôle de présence active et d'accompagnement :

On fait attention à la stimuler. Quand nous passons, on lui demande de venir manger dans la cuisine avec nous, de ne pas rester au lit. On essaye de la faire discuter, on la fait rire.

On l'observe pour voir si tout va bien.

Rôle de liaison avec l'extérieur :

Nous nous occupons de ses papiers et communiquons régulièrement avec l'avocat. Nous gérons son budget semaine. De plus, nous organisons son déménagement. Nous sommes en contact avec le C.P.A.S. qui lui a trouvé un logement. Nous sommes allés visiter pour elle son nouveau logement. Nous avons contacté une entreprise de déménagement et nous préparons les cartons.

3.3.2. Ce que j'ai mis en place.

Madame M est très désorientée et dépendante de l'aide extérieure. J'ai utilisé avec elle les techniques de la Validation telles que se concentrer, utiliser des mots apaisants et concrets pour créer la confiance ou encore la reformulation. Et nous avons vraiment établi une relation de confiance avec Madame M. a l'air de m'apprécier et elle est souriante quand elle me voit. Elle communique ses angoisses facilement.

Une fois qu'elle sera installée dans son nouveau logement, il sera plus facile de la stimuler. Le logement sera beaucoup plus adapté. Petit et fonctionnel, il possède également un jardin. Nous pourrons la sortir en promenade. Il sera plus facile de l'impliquer dans les actes de la vie quotidienne. Elle pourra choisir la décoration des lieux. De plus, La cuisine sera mieux équipée. Ainsi, nous pourrons cuisiner avec elle. Il était donc essentiel qu'elle déménage pour sa sécurité et pour son bien-être.

Dans ces trois cas, on peut voir qu'au-delà de la maladie, la situation sociale, familiale et financière de la personne entre énormément en compte. L'aide-familiale a donc des rôles importants à jouer qui ne se cloisonnent pas pour les actes de la vie quotidienne.

Conclusion.

Cette année de cours et de stages a été riche en apprentissage. J'ai eu la chance de travailler avec une équipe qui est sur le terrain depuis 20 ans et qui s'est régulièrement formée. Ils m'ont apporté beaucoup par rapport aux rôles d'une aide familiale et à l'attitude à avoir dans les différentes situations. Et ils m'ont également laissé beaucoup d'autonomie et de prises d'initiatives avec les bénéficiaires.

Pour ce travail, j'ai développé trois parties. La partie contextuelle a permis de définir le métier d'aide familiale, ainsi que le choix de ma problématique « Comment l'aide familiale à domicile peut-elle accompagner et aider une personne âgée atteinte d'une démence ». Dans la partie conceptuelle, je suis revenue sur les définitions de personne âgée et de démence, ainsi que sur ce qui existe en terme d'aides pour ces personnes et leurs proches. Et finalement, dans la partie pratique, j'ai développé les cas rencontrés sur le terrain, mes différents rôles dans ces situations et également ce que j'ai pu mettre en place ou ce qui aurait pu l'être.

En tant qu'aide familiale, nous travaillons au domicile des personnes et nous sommes confrontées à des cas très différents. Avec le vieillissement de la population, les cas de maladies mentales chez la personne âgée sont en nombre de plus en plus élevé.

La démence est un sujet complexe. C'est un sujet qui peut faire peur. La personne qui en est atteinte se retrouve en souffrance et parfois dans l'inconscience de sa maladie et de son évolution. Aussi pour la famille, c'est un sujet difficile à appréhender. Comment réagir ? Comment aider ?

On a pu voir que l'aide familiale permet un accompagnement et un soutien pour ces personnes et leurs proches. A travers ses différents rôles, l'aide familiale permet au bénéficiaire malade de retrouver sa dignité et de pouvoir rester à son domicile. Elle soulage également la famille et recherche à harmoniser les relations.

Les missions de l'aide familiale nécessitent un travail d'équipe. On a pu voir l'importance du cahier de communication qui permet une bonne organisation et une communication efficace entre les

intervenants mais également avec la famille. Cet outil est d'autant plus important auprès des personnes désorientées.

J'ai pu me rendre compte également de l'importance de se former et de se perfectionner. En effet, de nouvelles connaissances sont à acquérir tout au long de la carrière d'aide familiale afin de répondre au mieux aux différents besoins des bénéficiaires.

Les stages ainsi que l'équipe bienveillante que j'ai accompagnée, ont renforcé mon désir de faire cette profession. L'aide familiale à domicile est un soutien indispensable pour un grand nombre de personnes.

Afin d'ouvrir la réflexion, j'ai constaté que malgré tout son professionnalisme et sa bonne volonté dans son rôle d'accompagnement, l'aide familiale à domicile pouvait être freinée dans ses actions par sa position. En effet, beaucoup de choses dépendent de la volonté de la famille, de l'assistante sociale ou encore du centre de coordination. Il faut donc aussi savoir rester objectif et respecter les règles de déontologie afin de mieux mesurer chaque situation.

Sitographie.

<https://soin-palliatif.org/soins/demence-senile/> 27.01.22

<https://www.infosante.be/guides/personnes-agees-dementes-residant-a-domicile-et-leurs-aidants-proches> 27.01.22

https://www.google.com/imgres?imgurl=https://www.revmed.ch/var/site/storage/images/3/4/3/2/4902343-1-fre-CH/RMS_98_389_page_2_1_i1200.jpg&imgrefurl= 27.01.22

https://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/en-chiffres/?fbclid=IwAR08tT_aaDtIMS2QQFb8r05UBkQq4pBmQMXEScBp8OcZRMimSb1ttaUCVRE 27.01.22

https://info.eugeria.ca/comment-diagnostique-t-on-une-demence/?fbclid=IwAR135pDhOMLm2f0D-zTxvuz2LNB_Rdifm7d5_PvG7O5d5h1niM_cdLLEiEY 27.01.22

<https://www.familiprix.com/fr/articles/la-demence-chez-la-personne-agee?fbclid=IwAR09pQVVMSEozEjphK-gRCWD715tyqW6gkaohJ3BrRsphxlsRqEmy7MWTg> 27.01.22

<https://www.vitalliance.fr/glossaire/demence-senile?fbclid=IwAR0Vf6hqAa8SbpefUgXqq5UDBlgATnVKVAqVzq6njwPTnifeoDNLaOdGBH8> 27.01.22

<https://www.lappui.org/Conseils-pratiques/Alzheimer-et-autres-maladies-neurodegeneratives/La-communication-avec-une-personne-atteinte-de-troubles-neurocognitifs?fbclid=IwAR2kkX1lZf7mQFCft1TFyJpvPjnsB3oZCFXXWOOQ4HNRvNC5m-AgPID2jEU> 27.01.22

<https://www.essentiel-autonomie.com/aider-quotidien/9-activites-recommandees-malade-alzheimer?fbclid=IwAR1FilKCBPrmFKd11HflvN5ipxtl3QD51KYEyRpGlzrYU05ftR7e9yIkMD0> 27.01.22

<https://www.ea-lateleassistance.com/perte-autonomie-personne-agee/demence-senile-personne-agee?fbclid=IwAR1SWYV3aSa2N88-AesK-mDcs1bNu48w-KgxGxxez7xz0WJgx5dxRd-G7m4> 27.01.22

https://www.capretraite.fr/blog/maladie-alzheimer/5-facons-dont-vos-proches-peuvent-cacher-demence/?amp&fbclid=IwAR08tT_aaDtIMS2QQFb8r05UBkQq4pBmQMXEScBp8OcZRMimSb1ttaUCVRE 27.01.22

<http://www.psychomedia.qc.ca/diagnostics/qu-est-ce-que-la-demence?fbclid=IwAR11A5a-ele5oxL3DKC8UcYeiOL2Ng97MsQwR4Oh-QIG8g1BKnu3-MoxNdl> 27.01.22

00a_Fiche_PDD_cs4_OSX.indd (unitheque.com) 23.03.22

Personne âgée — Wikipédia (wikipedia.org) 23.03.22

Définition : personne âgée - Investissement ehpad (personne-agee.fr) 23.03.22

La démence en Belgique - Fondation Recherche Alzheimer (stopalzheimer.be) 23.03.22

Qui sommes-nous ? - Ligue Alzheimer ASBL 24.03.22

Démence : les risques du déni chez les aidants familiaux | Cap Retraite 24.03.22

Qu'est-ce que la démence sénile ? (april.fr) 24.03.22

Quelle est la différence entre la démence sénile et Alzheimer ? - Améliore ta Santé (amelioresasante.com) 24.03.22

Le Cantou : pour qui, quand, comment ? (ouest-france.fr) 29.03.22

Maladie d'Alzheimer : mise en place d'un accueil de nuit (demarchesadministratives.fr) 29.03.22

Accueil temporaire en maison de retraite : Court séjour en EHPAD | ORPEA 29.03.22

Baluchon alzheimer – Baluchon alzheimer (baluchon-alzheimer.be) 04.06.22

Les Cantous (enmarche.be) 06.04.22

Le déroulement d'une intervention de baluchonnage – Baluchon alzheimer (baluchon-alzheimer.be) 06.04.22

Démence sénile : symptômes, traitement, définition - docteurcliv.com 06.06.22

Les services d'aide familiale | Bienvenue sur Monasbl.be, le site des responsables d'ASBL 06.06.22

Télécommande Universelle TV / HIFI Doro (prevenchute.com) 08.06.22

Revues et brochures

Communication institutionnelle – Les maisons de repos du C.P.A.S. de Mouscron (MR-MRS)

C.P.A.S. – brochure d'accueil du centre de jour – Home Vandeveld

Ligue Alzheimer A.S.B.L. « A.I.D.E. près de chez vous »

La maison Saint-Joseph d'Herseaux présente son centre de soins de jours.

Info'aidants – Le relai dédié aux aidants proches.

Ligue Alzheimer A.S.B.L. « Les démences. »

Références aux cours

- Déontologie appliquée.
- Aide à la vie journalière.
- Activité de la vie quotidienne.
- Communication professionnelle.
- Psychologie appliquée aux métiers de l'aide et des soins aux personnes.
- Communication appliquée.
- Soins d'hygiène et de confort, pratique professionnelle.
- Législation et institution sociales.
- Principe de déontologie.
- Déontologie et législation.
- Activités de la vie quotidienne et pratique professionnelle.