Compétence 7 : Contribuer à l’autonomie physique, intellectuelle et sociale de la personne

1. L’essentiel à retenir
2. L’ADVF doit évaluer les capacités de la personne qu’elle accompagne
3. L’ADVF doit solliciter la participation de la personne accompagnée en tenant compte de ses ressources physiques et psychologiques
4. Dans la mesure du possible l’ADVF apporte son accompagnement en restant dans son cadre d’intervention
5. L’ADVF n’impose pas, n’émet pas de jugement mais encourage, suggère et ne se substitue pas à la personne
6. L’ADVF valorise tout ce que la personne peut faire
7. Le contexte professionnel
8. Savoir-faire et techniques mobilisés
9. L’ADVF et l’animation
10. Une des techniques de communication : la relation d’aide
11. Agir avec le souci du confort physique et moral de la personne
12. Disponibilité, posture de l’ADVF et distance professionnelle
13. Création d’un plateau de mémoire (Activité)
14. Connaissance des publics et des pathologies pour une prestation individualisée
15. Le vieillissement
16. Le système circulatoire
17. Le système respiratoire
18. Le système nerveux
19. Le système musculaire
20. Le système digestif
21. Le squelette
22. Les pathologies rencontrées fréquemment au domicile
23. La maladie de Parkinson
24. La maladie d’Alzheimer
25. L’hémiplégie
26. La sclérose en plaque (SEP)
27. La polyarthrite rhumatoïde
28. L’arthrose
29. La douleur
30. La surcharge pondérale
31. L’état dépressif
32. Les troubles sensoriels de la vue et de l’audition
33. La contention plâtrée
34. La mort
35. L’incontinence
36. L’ostéoporose
37. Le zona
38. Le cancer et la chimiothérapie
39. Les troubles de la vision
40. L’insuffisance veineuse
41. Le handicap
42. Le champ du handicap
43. L’accompagnement des personnes en situation de handicap
44. La complexité des handicaps
45. Les différentes catégories de handicap

Compétence 7 : Contribuer à l’autonomie physique, intellectuelle et sociale de la personne

Que ce soit pour un enfant, pour lui permettre de grandir, de s’affirmer, de voler de ses propres ailes, ou d’une personne en situation de handicap qui après une rééducation, entre dans la phase de réadaptation et doit envisager la vie différemment, ou encore d’une personne âgée qui vit une diminution de ses capacités, quoi de plus noble que de participer au maintien de l’autonomie et du développement.

Dans le cadre de la famille, des amis, chacun de nous aime parler de son travail, mais l’ADVF, elle, ne peut en aucun cas entrer dans les détails et encore moins parler des PA ou des particuliers chez qui elle se rend.

1. L’essentiel à retenir

Participer à l’autonomie physique, intellectuelle et sociale des personnes, c’est faire avec quelqu’un qui a besoin d’aide.

* Que dit son corps ?
* Que dit sa tête ?
* Quelle attitude a-t-il à l’égard de son entourage ?

Une mauvaise compréhension des besoins, des attentes, du non-dit et c’est l’échec.

* Il faut faire un bilan bio-psycho-social le plus juste possible.
* Se fixer des objectifs simples, faciles à atteindre.
* Savoir que rien n’est jamais acquis pour la personne fragilisée ; tout peut être à recommencer la fois suivante.
* Evaluer son aide et la réajuster.

1. L’ADVF doit évaluer les capacités de la personne qu’elle accompagne

Dès la première rencontre, l’ADVF questionne et observe afin d’essayer de connaître et comprendre de quelles capacités la personne aidée dispose, quelles capacités elle a perdues, de quelle manière elle tente de compenser ces pertes. Tout est dans l’art de la communication avec des questions simples, courtes, intelligibles laissant le temps à la réflexion.

L’ADVF observe et évalue les 5 sens de la PA :

**La vision :** diverses pathologies dont la cataracte (images floues) ou simplement des lunettes sales gêneront l’appréciation des couleurs, d’un paysage, de son image dans le miroir.

**L’audition :** la presbyacousie (baisse de l’audition en raison du vieillissement) ou un banal bouchon de cérumen feront obstacle à retrouver un cercle d’amis ou écouter de la musique.

**L’odorat :** quelle que soit la saison où on attrape le rhume, il neutralise le fumet d’un plat culinaire ou d’un parfum.

**Le goût :** la saveur des aliments est altérée avec l’âge et oblige à avoir la main lourde sur les condiments.

**Le toucher :** le tact est tout aussi utile. Pour s’en persuader essayons d’apprécier la température de l’eau avec des mains froides

**L’ADVF vérifie les fonctions intellectuelles permettant de comprendre, mémoriser, analyser et choisir.**

Exemple concret :

La personne atteinte de la maladie d’Alzheimer perd chaque jour un peu plus de ses capacités.

De plus, selon que l’on est du soir ou du matin, le degré de vigilance, d’éveil, aura une répercussion sur le raisonnement.

**L’ADVF vérifie que la personne a la possibilité de choisir**

Mais pour choisir, il faut avoir matière à choisir, c’est-à-dire au moins 2 éléments à comparer.

Exemple concret :

« Vous préférez la robe bleue ou la verte ? »

« Voulez-vous faire la sieste ou non ? »

« Désirez-vous du thé ou du café ? »

1. L’ADVF doit solliciter la participation de la personne accompagnée en tenant compte de ses ressources physiques et psychologiques

Exemple :

J-M, 63 ans, est de retour à son domicile après trois mois passés en centre de convalescence et rééducation. Il est paraplégique suite à une chute d’un échafaudage et se déplace en fauteuil roulant. Plutôt que de devancer les mouvements de J-M et sans préjuger des dispositions de la PA, l’ADVF observe et n’intervient que s’il y a danger.

J-M parvient-il à effectuer les transferts, à se servir d’aides techniques, à circuler dans le logement ?

1. Dans la mesure du possible l’ADVF apporte son accompagnement en restant dans son cadre d’intervention

Même si « faire à la place » permettrait de gagner du temps, la règle d’or n°1 est d’accompagner. C’est ce qui définit le rôle de l’ADVF. L’idée est de soutenir, de seconder, sans prendre la place. Il faudra toutefois juger de l’inefficacité et de l’insécurité et ne jamais mettre ou laisser quelqu’un en situation d’échec. Autre point : lorsque le niveau d’aide est tel que l’ADVF est en difficulté ou qu’elle a atteint les limites de ses compétences, elle n’hésitera pas à passer la main à des professionnels plus aguerris d’un SSIAD (service de soins infirmier à domicile) ou d’un infirmier libéral.

Exemple :

J-B., 90 kg est encore en difficulté pour se coucher depuis son fauteuil. Sans lève-personne, l’ADVF attendra le passage du kinésithérapeute pour participer à l’action.

Si J-B reçoit des frictions dans le bas du dos pour rougeurs et que celles-ci s’aggravent, l’ADVF laissera intervenir un infirmier libéral pour un pansement.

1. mais encourage, suggère et ne se substitue pas à la personne L’ADVF n’impose pas, n’émet pas de jugement

Exemple :

« C’est super, vous vous êtes coiffé tout seul ; demain vous recommencerez ! »

« Vous préférez commencer par le fromage, et bien pourquoi pas ? »

« Vous aviez peur de sortir en ville avec tout ce bruit, vous avez pourtant réussi ! »

« Vous risquez d’avoir froid, je vous conseillerais une petite laine au cas où… »

« Faites à votre rythme »

1. L’ADVF valorise tout ce que la personne peut faire

Tous les psychologues vous le diront : Avoir une attitude positive à l’égard d’une action ne peut être que salutaire. La gratification renforce l’effet de la réussite. Elle apporte une valeur ajoutée. La PA se sent digne de l’estime portée par l’aidant.

1. Le contexte professionnel

La personne a besoin d’être accompagnée juste ce qu’il faut suivant ses ressources physiques, intellectuelles et sociales, comme il a déjà été dit plus haut. Mais l’accompagnement doit être aussi adapté à l’environnement de la personne, en tenant compte de son mode de vie, de ses habitudes, de ses goûts et des moyens dont elle dispose.

Exemple :

Henri, 35 ans, vit dans un T2 cossu, fonctionnel dans un quartier bourgeois. Il est ingénieur informaticien et aime le high Tech. Il est toujours en ville à la recherche de nouveautés. Depuis son accident de moto qui l’a laissé paraplégique, il a besoin d’aide pour l’entretien de son appartement.

Toinette a 55 ans, elle est atteinte d’une déficience intellectuelle légère. Refusant un logement social, elle vit depuis longtemps dans sa caravane qu’elle ne quitte que pour faire quelques courses. Les pigeons à qui elle donne régulièrement à manger sont ses seuls compagnons. Elle reçoit de maigres allocations et accepte depuis peu une aide à la toilette.

Ces différentes situations montrent la variété du travail qu’aura à accomplir l’ADVF avec des personnalités parfois opposées dans le cadre de vie tout aussi spécifique. La situation professionnelle de référence sera la photographie prise à l’arrivée et qui permettra de mesurer l’évolution de la personne accompagnée.

**L’adaptation au contexte est primordiale.**

Chacun de nous est un être bio-psycho-social unique. Au savoir, vouloir pouvoir de la PA, l’ADVF calque son savoir, savoir-faire et savoir-être.

1. Savoir-faire et techniques mobilisés
2. L’ADVF et l’animation

L’ADVF s’efforce de maintenir chez la personne l’envie de faire, de prendre soin d’elle, de participer et d’avoir une vie sociale. Pour maintenir une dynamique chez la personne aidée, l’ADVF devra faire preuve de patience, d’imagination et de persuasion. C’est un travail tout en finesse, un travail de professionnel !

Quelques conseils :

* Ne pas fixer d’objectifs ambitieux ;
* Ne pas mettre la personne accompagnée en situation d’échec ;
* Ne pas infantiliser, ni culpabiliser.

Mais plutôt être conscient du fait que pour tout être, se faire plaisir n’est pas une chose facile, et qu’il revient à l’ADVF de porter attention aux détails que livre la personne pour trouver comment susciter son intérêt, son enthousiasme peut être pour continuer à apprendre, pour jouer, découvrir. L’ADVF ne doit donc pas hésiter à laisser sa part d’inventivité et d’initiative s’exprimer.

**L’animation par l’ADVF**

|  |  |
| --- | --- |
| Pourquoi ? | Animer c’est donner du souffle, du mouvement, du dynamisme, de la vie ou entretenir des relations, c’est le contraire de l’inaction, la tristesse, l’absence d’imagination et la mort ; c’est répondre à nos besoins fondamentaux ou encore stimuler les ressources existantes lors d’une action pour rester autonome. |
| Qui ? | Toute personne intervenant au domicile est en capacité de contribuer à l’animation de la personne accompagnée, du « kinésithérapeute » au voisin de palier en passant par le facteur et sans oublier bien sûr l’ADVF. |
| Pour Qui ? | La personne accompagnée en priorité, et indirectement, les gens de l’entourage qui vont influer sur elle. |
| Comment ? | Au travers d’activités occupationnelles ou ludique dans le domaine du bio-psycho-social. La personne aidée peut être tour à tour spectatrice, collaboratrice ou actrice, l’ADVF sollicitant des ressources physiques, psychiques et sensorielles (5 sens) en se basant sur l’observation, l’écoute, l’échange. |
| Quand ? | Il faut envisager la fréquence, le rythme, la durée, être particulièrement attentif en cas de deuil, maladie, syndrome de glissement, isolement, fin de vie. |
| Où ? | Au domicile et à l’extérieur, sans modération. |

**La pratique de l’animation**

L’animation peut être spontanée, instinctive, l’ADVF saisissant toutes les opportunités.

Exemple :

Le bonjour du matin permet de connaître l’état d’esprit du moment :

« Comment allez-vous ? Avez-vous bien dormi ? Que voulez-vous faire aujourd’hui ? »

Une fraîche poignée de main en hiver fait parler de la météo ou plaisanter : « Main froide, cœur chaud ! ».

Le petit-déjeuner suscite des réactions : « Un vrai régal ce pain beurré croustillant, on dirait qu’il sort du four, el l’arôme du café tout chaud, hum ! »

L’animation peut être plus réfléchie, structuré, visant un objectif précis et à long terme (bien être, valorisation de soi, indépendance). Lors d’un transfert réussi d’une personne en situation de handicap, de son fauteuil roulant à sa voiture, l’ADVF pense à valoriser l’action et son auteur : « Super, je ne vous ai presque pas aidé, demain vous y arriverez certainement tout seul ! »

L’animation peut être planifiée sur la journée, la semaine, le mois et même l’année. Par exemple, la journée peut être rythmée par des rituels du matin au réveil jusqu’au coucher, dans un ordre établi qu’il est bon de respecter sur la semaine. Mais au moment du weekend, il est aussi bon de chambouler les habitudes en proposant une grasse matinée, un repas en famille, en organisant une partie de belotte, ou d’aller à la messe…Les saisons sont aussi très riches en événements à organiser ou à fêter.

1. Une des techniques de communication : la relation d’aide

C’est une manière d’être centrée sur la personne en demande (voire en souffrance). Le lien créé entre la personne accompagnée et l’accompagnant doit permettre d’éclaircir une situation, de la voir évoluer.

**Quelques situations nécessitant une relation d’aide**

* Perte de l’estime de soi : « handicapé, je ne suis plus bon à rien. »
* Isolement social : « Mes enfants sont loin, je ne vois personne. »
* Inadaptation au milieu : « Ma fille veut que j’habite chez elle, c’est trop petit, je n’aurai plus mes habitudes. »
* Image corporelle perturbée : « Depuis l’amputation du pied, j’ai l’impression de sentir encore mes orteils qui bougent. »
* Angoisse face à la mort : « J’ai peur de ce qu’il y aura après. »
* Phase de deuil : « Après cinquante ans de mariage, c’est un grand vide. »
* Dysfonctionnement sexuel : « Depuis ce viol, les hommes me mettent mal à l’aise. »
* Risque de suicide : « Si j’avais un fusil… »

Il est sûr que certaines situations seraient du ressort du psychologue. Pour autant, l’ADVF peut aussi intervenir à sa manière. Elle doit se souvenir que par sa présence, son écoute, elle permettra à l’autre de s’épancher, de traverser une épreuve, de la résoudre ou de de s’en accommoder. L’ADVF sert de catalyseur à la PA qui doit trouver **sa solution.**

**Conduites à tenir**

* **Je suis disponible** : je suis là pour m’intéresser à l’autre.
* **Je suis empathique** : je ne juge pas l’autre, je l’accepte tel qu’il est.
* **J’écoute en silence et activement** : je suis attentivement les propos. Ceci me permet, lorsque le discours est riche, complexe ou que j’ai peur d’avoir mal compris et pas tout mémorisé, de reformuler. Reformuler, permet de faire le point, de faire repréciser ou de continuer la conversation : « Si j’ai bien compris, vous m’avez dit que… c’est bien ça ? »
* **Je pose des questions pour aider à la verbalisation** : question fermée qui induit une réponse par oui ou non (« Avez-vous envie de m’en parler ? ») ; question ouverte qui suggère un développement (« De quoi avez-vous envie que nous parlions ? »).
* **Je me garde d’interpréter les propos**.
* **Je respecte les silences** : au-delà des mots, le regard et le toucher contribuent à l’échange (communication non verbale).
* **Je sais pendre du recul pour mieux analyser** : La relation d’aide ne résout pas tout en une fois.
* **Je reste maitre de moi** : capacités, limites, savoir passer la main à un professionnel plus compétent.

Dans les situations simples, la relation d’aide contribuera à l’autonomie physique, intellectuelle et sociale des personnes.

1. Agir avec le souci du confort physique et moral

L’ADVF sera attentive au confort de la PA, elle mettra ainsi ses compétences en œuvre afin de faciliter le quotidien de la personne aussi bien par rapport à son confort physique (mise en place d’aides techniques et d’aménagement du domicile, gestes et postures maîtrisés) et son confort moral (assistance dans les démarches administratives, écoute active, animation, etc.).

**L’ADVF veillera par exemple au confort du sommeil de la PA.**

Définition : Le sommeil se définit comme une perte de conscience réversible et répétitive. Un tiers de note temps est consacré à dormir, et nous passons 1h30 environ à rêver chaque nuit.

Nos besoins :

* Le nouveau-né passe environ 20h sur 24 à dormir.
* Un enfant de 10 ans passe 10h sur 24 à dormir.
* Un adulte passe 7 à 8 h à dormir.

Le mécanisme

4 à 6 cycles de 90 minutes se succèdent. Chaque cycle se compose de différentes phases : endormissement à sommeil léger à sommeil profond à sommeil paradoxal (rêves) à sommeil intermédiaire avec réveil ou nouveau cycle.

Les conséquences d’un mauvais sommeil

Le sujet souffre de fatigue et/ou de troubles du comportement (apathie, irritabilité), de défaut de jugement, de mémorisation, d’assimilation des connaissances, de troubles de croissance pour les enfants.

Pour faciliter le sommeil

|  |  |
| --- | --- |
| Les + | Les - |
| Respecter l’horloge biologique (personne du soir ou personne du matin, petit ou gros dormeur) | Les repas du soir trop copieux |
| L’environnement (calme, avec des couleurs apaisantes, des lumières discrètes, une literie correcte, une température d’environ 18°C) | Les excitants (café, soda) |
| Les rituels (un bain et/ou de la lecture, de la musique, une tisane, etc.) | Le sport juste avant de se coucher |

**Attention :** le réveil en douceur, spontanément, ainsi qu’une courte sieste, sont salutaires à l’équilibre psychique de l’individu.

1. Disponibilité, posture de l’ADVF et distance professionnelle

Etre disponible :

* C’est s’organiser de telle sorte que l’ADVF libère du temps pour l’imprévu ;
* Ce n’est pas être corvéable à merci ;
* C’est aussi être ouvert d’esprit pour accepter le dialogue, une divergence de point de vue ;
* C’est faire preuve d’empathie.

L’ADVF en accord avec l’autre et la tâche (congruence) sait rester neutre, impartiale évitant ainsi le « copinage » et la pitié. L’ADVF doit rester professionnelle avant tout.

1. Création d’un plateau de mémoire

Objectif : stimuler la mémoire à long terme. C’est une nouvelle approche, une méthode innovante pour des personnes atteintes de troubles cognitifs. Elle permet de stimuler les réminiscences, écouter et encourager les personnes à s’engager dans une discussion. L’objectif est de travailler avec les forces et les capacités restantes, retrouver la personne qui existe derrière les problèmes de mémoire, l’impliquer et permettre à toutes les personnes engagées de se sentir en réussite et épanouies.

Méthode de fabrication

On peut réaliser un plateau de mémoire avec une boîte à chaussures, un bac en plastique, un plateau de cuisine. Les objets stockés sur le plateau de mémoire doivent être personnels, comme une carte postale, une médaille, des boutons, un moule à gâteau, une cravate, une lettre, un bijou, une photo ancienne, des aiguilles à tricoter, une recette, des partitions, des fleurs séchées. Le plateau mémoire devra refléter les intérêts de la personne âgée ou un moment de son passé qui fera sens chez cette personne. Il est intéressant d’explorer les souvenirs d’un aîné, ses intérêts personnels, ainsi que sa jeunesse. Les plateaux mémoire peuvent être une aide aux discussions, aux conversations à engager. Il peut aider à rappeler les événements et les personnes du passé.

1. Connaissance des publics et des pathologies pour une prestation individualisée
2. Le vieillissement

**Définition :** C’est l’ensemble des modifications morphologiques, physiologiques, psychologiques et sociologiques en raison de l’action du temps.

C’est un phénomène naturel, irréversible et inéluctable.

**Termes à connaitre :**

**Gérontologie :** C’est l’étude de la vieillesse et du vieillissement sous leurs différents aspects (médical, psychologique, social…)

« Géronte » qui veut dire « vieillard »

« Logie » qui veut dire « science »

**Gériatrie :** C’est la branche de la médecine qui s’occupe des maladies des personnes âgées.

**Sénescence :** C’est le vieillissement naturel des tissus et de l’organisme. C’est, également, la baisse des activités, des performances propres à la période de la vie qui suit la maturité. Chez l’être humain il existe plusieurs phases de maturité.

La maturité physique qui intervient chez les filles entre 15 et 17 ans et entre 16 et 17 ans pour les garçons. On parle de période de puberté.

Cependant, pour atteindre la pleine maturité tant physiologique que psychologique chez l’être humain, il faut attendre entre 30 et 45 ans.

**Sénilité :** C’est la détérioration physique et intellectuelle chez certaines personnes âgées

Le vieillissement est un phénomène propre à chaque individu. Il ne survient pas forcement à un moment précis, ni de la même façon chez les individus. Une personne peut vieillir prématurément et être conduite vers une sénilité précoce rapidement. Au contraire, le vieillissement peut se produire très lentement chez un autre individu, ce qui permettra de faire de la prévention en anticipant la sénescence à venir.

Le vieillissement est, donc, un processus continu et naturel qui ne peut pas être défini par une succession d’étapes ou de phases prévues à l’avance.

Il n’est pas forcement lié à l’âge de la personne, mais plutôt au moment où l’individu ne peut plus s’adapter à son environnement, à son quotidien.

En France, on considère qu’un individu est vieux à partir de 65 ans.

**Impact du vieillissement sur le corps humain :**

1. **Le système circulatoire** (appareil cardiaque et sanguin) : Lorsque ce système vieillit, la personne ne va plus pouvoir résister dans l’effort physique et devenir moins endurante. Cela est dû à un disfonctionnement du cœur et de la circulation sanguine. Ce disfonctionnement peut être dû à :

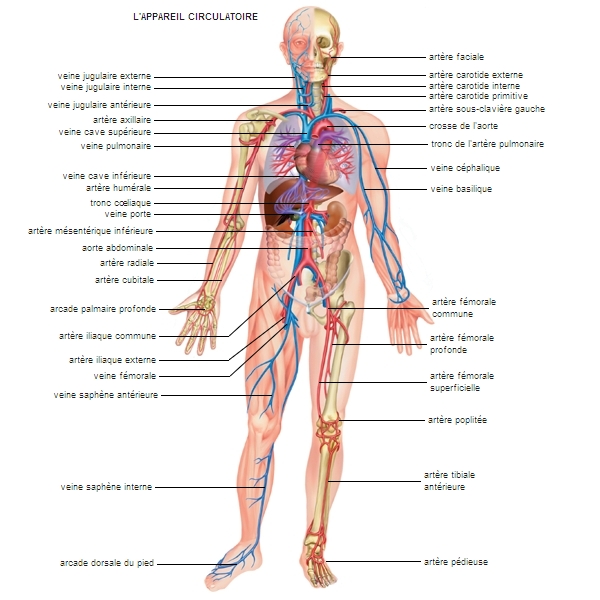
* La présence **de mauvais Cholestérol** (cellules graisseuses dans le flux sanguin), il réduit le diamètre des veines ou des artères car des amas graisseux se fixent sur les parois des veines ou des artères. Ceci va gêner le flux sanguin et obliger le cœur à s’adapter à ce nouveau flux (accélération ou ralentissement du rythme cardiaque).

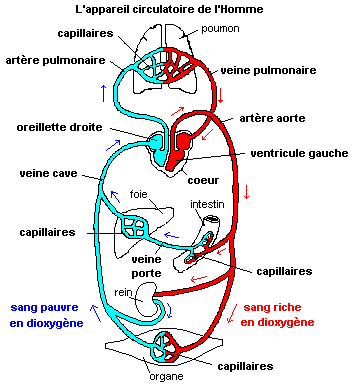
La personne peut :

* Avoir **des attaques cardiaques**, lorsque le cœur s’arrête de battre.
* Faire **des accidents vasculaires cérébraux** (AVC), lorsqu’un amas se détache de la paroi pour circuler librement dans le flux sanguin. Il peut rejoindre le cerveau dans lequel il va bloquer l’afflux de sang en obturant une veine ou une artère.
* Avoir **une insuffisance cardiaque** à cause d’un fonctionnement chaotique du cœur.
* **Une modification de la densité sanguine**, le sang peut se fluidifier et en cas de plaies, la personne risque de faire **des hémorragies importantes**. Ou en cas de choc sur la peau, la personne va développer **des hématomes** (bleus) qui vont perdurer anormalement longtemps.

Le sang peut s’épaissir, provoquant **la formation de caillots sanguins** qui vont se déplacer librement dans le système circulatoire et provoquer **des AVC, des phlébites**. Cette dernière touche principalement les membres inferieurs provoquant douleurs, impression de lourdeur dans le mollet ou la cuisse et des gonflements d’apparence rouges et chauds au toucher (œdèmes) qui en évoluant deviennent bleuâtres, voir violacés. **Des arrêts cardiaques** dus à l’obturation par un caillot d’une veine, d’une artère ou en pénétrant directement dans le cœur.

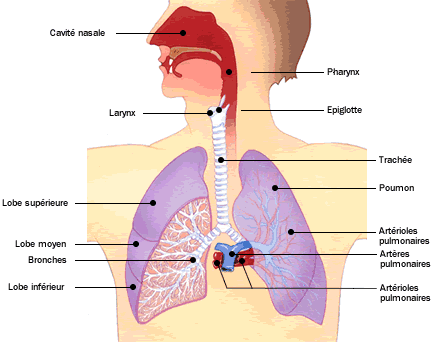
* **Le durcissement des artères** qui perdent leur élasticité au fil du temps. Cela peut conduire à **l’hypertension artérielle** (HTA, accélération du rythme cardiaque), ce phénomène de durcissement est appelé « **Artériosclérose** ».



****

1. **Le système respiratoire :** Le vieillissement du système respiratoire peut entrainer **une baisse de la capacité respiratoire** (Cellules pulmonaires atteintes), donc la personne ayant moins d’air dans les poumons va s’essouffler rapidement. Elle aura du mal à reprendre son souffle et sera moins résistante à l’effort. On parle **d’insuffisance respiratoire.**

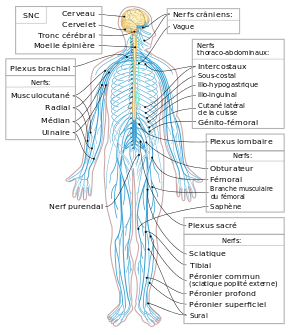
Au niveau de la gorge (Larynx), la personne ayant des difficultés respiratoires peut avoir **du mal à déglutir** et cela peut entrainer **le phénomène de fausse route** lors de la prise des repas ou de l’absorption d’un liquide.



1. **Le système nerveux :** La sénescence du système nerveux peut entrainer **une perte partielle ou complète du sens du toucher, une diminution de la vue (cécité), de l’ouïe (surdité), du goût (agueusie), de l’odorat (anosmie)**. Bien que les sens puissent être altérés également par une mauvaise circulation sanguine.

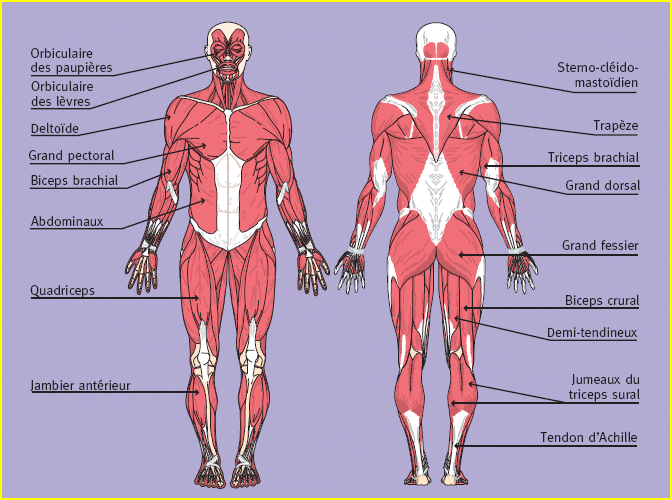
Elle altère, aussi, **les réflexes** de la personne qui **perd en mobilité et en coordination des mouvements.**

Au niveau cérébral, elle peut entrainer **l’apparition de troubles cognitifs ou de problèmes psychologiques** par la destruction des cellules nerveuses du cerveau.



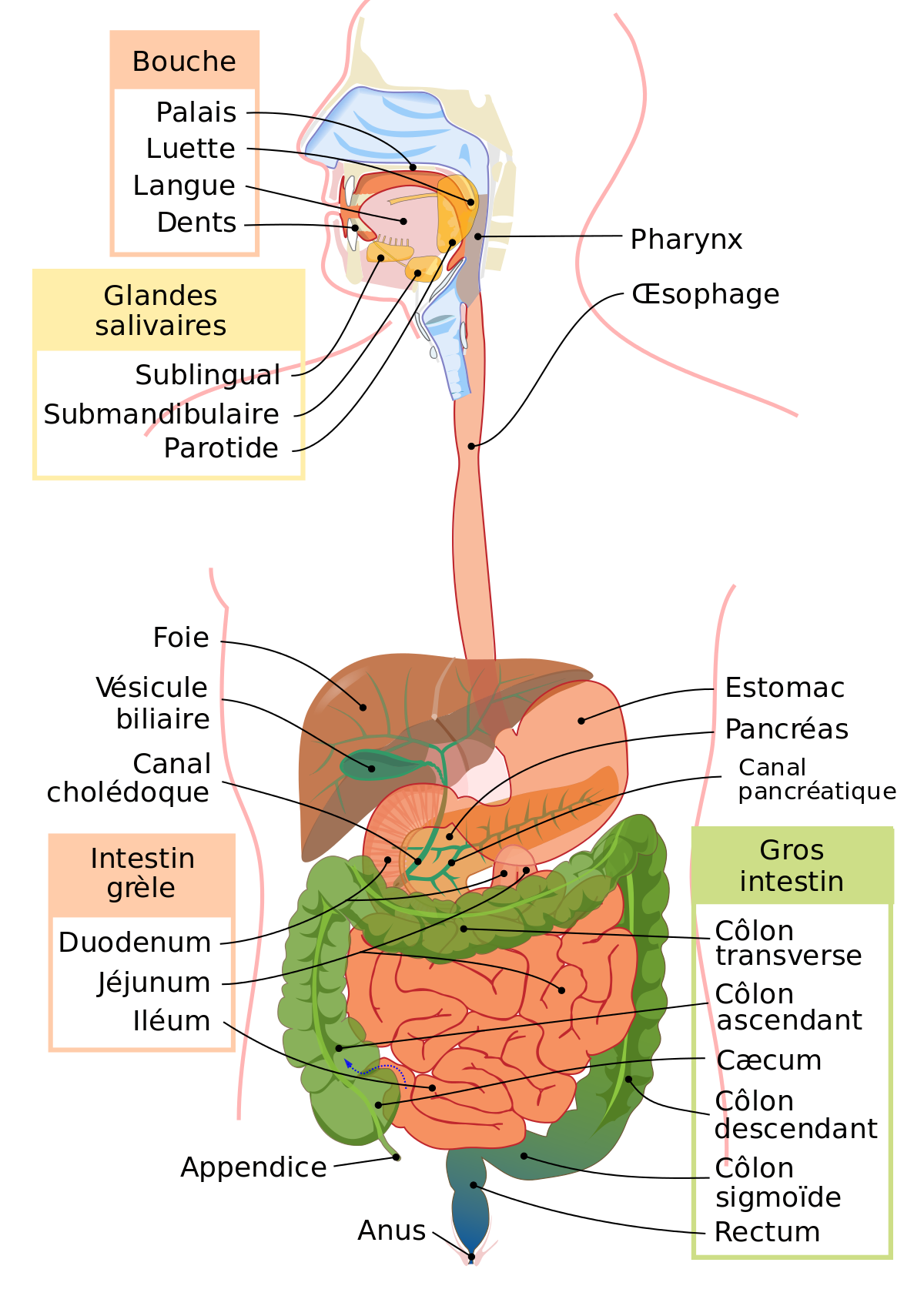
1. **Le système musculaire :** Le vieillissement de ce système entraine **la fonte de la masse musculaire (atrophie),** ce qui implique chez la personne âgée une perte de force et d’endurance. Les muscles sont **moins toniques** et donc la personne va être gênée dans ses déplacements et dans ses activités physiques.

**Les muscles et tendons peuvent aussi s’inflammer** (inflammation suite à un faux mouvement ou un mouvement répétitif du muscle ou du tendon) ce qui provoque **des douleurs et des difficultés à la mobilisation** des muscles atteints.



1. **Le système digestif :** Lorsque ce système est touché par le vieillissement, la

Personne peut avoir **des problèmes d’alimentation** à cause **d’une mauvaise déglutition**, ou **d’une perte d’appétit** qui peut conduire à **l’anorexie**, ou **un surcroit d’appétit** qui conduit à **l’obésité** ou encore avoir **une mauvaise alimentation** est souffrir **de carence alimentaire**. La personne âgée peut aussi **avoir du mal à digérer** certains aliments (crudités, plat cru ou peu cuit) à cause d’un mauvais fonctionnement de l’appareil digestif qui est usé. A cause de cette usure, la personne peut aussi avoir des problèmes de transit intestinal (constipation et/ou diarrhée).

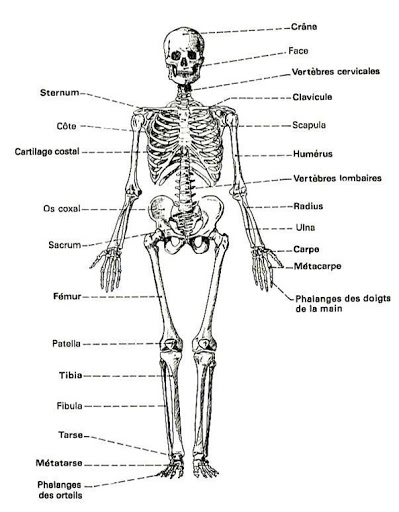
****

1. **Le squelette :** La sénescence du squelette entraine l’usure des articulations et du cartilage, mais aussi du capital osseux par rapport à sa solidité. La personne peut souffrir :

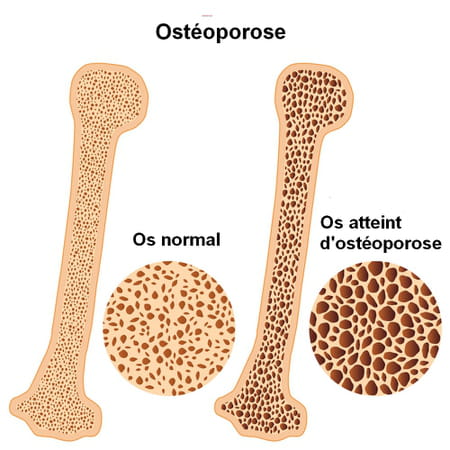
* **D’arthrose :** **c’est l’usure d’une articulation et de son cartilage**. Elle s’accompagne de douleurs, d’inflammation, de rigidification, et du gonflement de l’articulation touchée. Si plus d’une articulation est touchée par l’arthrose, alors on parle de polyarthrose. (souvent l’articulation du genou ou de la hanche). L’arthrose peut aussi déformer l’articulation (souvent les doigts de la main), on parle alors d’arthrose déformante.
* **D’arthrite : C’est une inflammation aiguë et/ou chronique des articulations**. Elle ne désigne pas la pathologie désignée sous le nom d’arthrose, mais un signe associé à de nombreuses maladies articulaires.

Son origine peut être Rhumatismale (arthrite rhumatoïde) ou infectieuse (bactérienne, virale ou mycosique). Elle s’accompagne de douleurs, d’inflammation et de gonflement de l’articulation. Si plus d’une articulation est touchée, on parle alors de polyarthrite.

* **De rhumatisme : Le rhumatisme est un terme générique** qui, communément, désigne l’ensemble des maladies responsables de douleurs et/ou d’inflammation affectant les articulations ou les structures situées à proximité, comme les ligaments ou les tendons. Cela peut être une atteinte du cartilage, de la membrane synoviale, mais aussi du tendon ou encore d’un disque intervertébral.
* **De lombalgie :** Douleur du dos au niveau des lombaires généralement causé par une compression du nerf sciatique ou crural.
* **De dorsalgie, de torticolis, de cervicalgie,…**



Le squelette peut être atteint par **l’ostéoporose**. La perte osseuse est normale au cours du vieillissement, cependant, certains facteurs peuvent accélérer cette perte osseuse et conduire à l’apparition rapide d’une ostéoporose. Chez la femme, on la voit apparaitre souvent après la ménopause, à la suite d’une carence en œstrogène. Mais l’ostéoporose peut aussi être la conséquence de certaines maladies ou de certains traitements (prise prolongée de cortisone, maladies inflammatoire chroniques, maladies inflammatoire digestives ou pulmonaires). Cette perte osseuse fragilise grandement le squelette, et la personne qui en souffre peut faire des fractures à répétition.

. 

**EN CONCLUSION :**

Bien que le vieillissement, inévitable et irréversible, fait son œuvre dès la naissance, l’être humain en prendra conscience avec la baisse de ses performances physique et psychique, lesquelles seront variables d’un individu à l’autre. De très nombreux facteurs influent sur ce processus, à savoir l’hérédité, la maladie, les conduites addictives (tabac, alcool, drogue), la pollution, le stress, etc.

Pour autant, le vieillissement n’est pas seul seulement un cortège de pertes et de frustration. Il a aussi des aspects positifs qui sont de véritables trésors tels que la maturité, l’expérience, la sagesse.

1. Les pathologies rencontrées fréquemment au domicile
2. La maladie de Parkinson

Maladie neurologique chronique due à la dégénérescence d’un certain type de neurones produisant de la dopamine qui est un neurotransmetteur responsable du contrôle des mouvements du corps.

Le début de la maladie se caractérise par une réduction de l’activité s’accompagnant d’un état de fatigue anormal, de douleurs mal localisées, de difficultés d’écriture dues à des tremblements d’une ou des mains, ainsi que de raideurs fluctuantes des articulations

Signes cliniques et symptômes :

* Lenteur des mouvements avec un démarrage à la marche difficile, à petits pas, le corps penché en avant et le cou raide.
* Troubles de l’équilibre pouvant entrainer des chutes notamment en arrière (la personne perd le réflexe de se rattraper)
* Amimie : les muscles du visage sont également touchés avec des traits figés, peu expressifs, un regard fixe. La parole est rare, mal articulée et monotone.
* Tremblements : ils sont fréquents, localisé au niveau des mains, des lèvres, du menton, apparaissant au repos et disparaissant lors de mouvements. Ils sont augmentés par les émotions ou l’effort de concentration.
* Troubles psychiques (dépression, anxiété, irritabilité ou sentiment de persécution).
* Risques de fausses routes.

Comportements professionnels adaptés :

* Ne pas laisser la personne seule lors du démarrage des mouvements : lever du lit, du fauteuil ou de la chaise. L’encourager afin de préserver le maximum d’autonomie.
* Sécuriser la personne lors de ses déplacements afin d’éviter les chutes en se positionnant plutôt derrière elle que devant (risque de chute en arrière).
* Sécuriser l’environnement afin de faciliter les mouvements.
* Encourager la personne à se mobiliser, surtout lors des périodes de blocages.
* Valoriser les efforts de la personne.
* Aider la personne dans les gestes du quotidien : toilette, habillage, repas, (ouvrir les opercules, les bouchons des bouteilles, couper la viande en petits morceau, etc.)
* Communiquer en tenant compte de l’absence de mimiques. Cette absence empêche de savoir ce que la personne ressent réellement. Recourir si besoin à des formes de communication non verbale.
* Avoir une attitude professionnelle rassurante los des épisodes de découragement ou d’anxiété.
* Faire preuve d’empathie notamment si la personne est irritable, voir en position défensive (sentiments de persécution)

1. La maladie d’Alzheimer

Maladie neurodégénérative, elle entraine une perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire. C’est la principale cause de démence chez les PA. Elle se définit par une désorientation dans le temps et dans l’espace. C’est aussi la maladie des 4 A : Amnésie, Aphasie, Apraxie, Agnosie.

Signes cliniques et symptômes

* Perte progressive de la mémoire (oubli d’un numéro de téléphone, d’un numéro de carte bleue ou d’un prénom). Ensuite, la personne ne se souvient plus d’événements récents, elle ne reconnait plus le visage de ses proches, mais conserve quelquefois des souvenirs d’événements très anciens
* Difficultés à réaliser des tâches ménagères (éplucher des légumes, etc.), à effectuer ses soins d’hygiène et/ou à s’habiller (difficultés pour boutonner les vestes), à écrire…
* Troubles du langage avec difficulté à trouver le mot juste, à finir ses phrases.
* Désorientation dans le temps et l’espace (oubli du jour de la semaine, de l’endroit où la personne devait se rendre, on reconnaissance d’un lieu connu, impossibilité de rentrer chez soi lors d’une promenade).
* Diminution, voire abolition de la capacité de jugement.
* Changement d’humeur ou de comportement de manière brutale et sans raison apparente.
* Manque d’enthousiasme et désintéressement envers des événements importants
* Troubles psychiques (anxiété, dépression, agitations, peurs, comportement démentiels).
* Troubles sphinctériens (incontinence, pertes d’urines ou de selles).

Comportements professionnels adaptés

* Recentrer régulièrement la personne dans le temps et l’espace en lui rappelant la date, l’année, le lieu, dans lequel elle se trouve.
* Adopter une position pour communiquer : de face, à hauteur de la personne.
* S’exprimer de façon simple, faire des questions fermées pour faciliter les réponses.
* Faire preuve de patience et d’empathie face aux changements de comportements.
* Aider la personne dans les actes essentiels du quotidien (toilette, habillage, préparation et prise des repas, ménage, courses, etc.).
* Stimuler et encourager la personne dans la réalisation des gestes quotidiens. Essayer de maintenir au maximum son autonomie.
* Prendre le temps de communiquer même si la conversation est difficile ou peu ancrée dans la réalité.
* Evoquer des souvenirs anciens pour initier le dialogue, puis revenir sur des souvenirs récents pour stimuler la mémoire.
* Sécuriser l’environnement de la personne, car elle risque de se blesser sans s’en rendre compte.
* Eviter toute forme d’infantilisation et respecter la dignité de la personne.
* Décrire tous les gestes qui vont être faits pour ne jamais surprendre la personne et provoquer alors une position défensive ou d’opposition aux soins.
* Ne pas hésiter à répéter les gestes et les actions à effectuer pour ne pas surprendre la personne. Il suffit parfois de 10 à 20 secondes pour que votre message soit oublié.

1. L’hémiplégie

C’est la paralysie totale ou partielle de la partie droite ou gauche du corps. Elle est due, le plus souvent, à un accident vasculaire cérébral chez une personne âgée hypertendue. Elle peut également être le résultat d’un traumatisme cérébral touchant la zone du cerveau qui coordonne les mouvements. Elle peut enfin être la conséquence d’une tumeur cérébrale qui comprime les mêmes zones.

Signes cliniques et symptômes

* Trouble de la sensibilité superficielle et/ou profonde (paresthésie).
* Les sensations véhiculées par la peau (toucher, douleur, chaleur) sont diminuées. La perte totale de sensibilité peut entrainer des problèmes de repérage dans l’espace et dans les mouvements.
* Troubles du langage de type aphasique : avec perte partielle ou totale de la capacité de s’exprimer et de comprendre le langage parlé et écrit. L’aphasie est souvent associée à une hémiplégie droite.
* Hypotonie musculaire qui empêche la personne de se servir de ses membres du côté paralysé ce qui augmente le risque de chute et rend la personne dépendante dans les actes ordinaires de la vie.
* Risque de fausses routes dues à la paralysie du carrefour aérodigestif : croisement des voies aériennes et des voies digestives.
* Troubles visuels.
* Troubles émotionnels (incapacité à gérer les situations stressantes, irritabilité, anxiété).
* Troubles cognitifs (perte de mémoire, amnésie).
* Altération de l’élimination intestinale et urinaire (constipation, incontinence ou rétention d’urines).

Comportement professionnels adaptés

* Aider la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Demander à la personne si elle est droitière ou gauchère. En effet, un droitier atteint sur le côté gauche sera moins gêné donc moins dépendant qu’un gaucher et inversement.
* Immobiliser le membre supérieur paralysé sur le thorax à l’aide d’une écharpe, pour offrir une meilleure stabilité en cas de mobilisation ou demander à la personne si elle peut tenir son bras invalide lors des transferts.
* Aider aux transferts et à la marche en prenant appui sur le membre valide.
* Lors du couchage, respecter l’alignement corporel pour éviter les mauvaises positions.
* Sécuriser l’environnement pour éviter les chutes.
* Encourager la personne à s’exprimer, à parler lentement en faisant des phrases courtes et la laisser finir ces phrases. En cas de troubles du langage (aphasie), essayer de communiquer en employant un langage simple.
* Se montrer empathique et professionnelle cas de troubles du comportement (irritabilité, etc.).
* Surveiller l’élimination urinaire et fécale. Signaler sur le cahier de liaison les épisodes de constipation, de rétention urinaire ou d’incontinence. Privilégier une alimentation semi-liquide ou mixée en cas de risque de fausse route. Prévoir une alimentation riche en fibres si la personne est constipée.
* Donner des repères temporo-spatiaux à la personne.
* Valoriser tous les progrès accomplis par la rééducation.

1. La sclérose en plaque

C’est une maladie inflammatoire chronique du système nerveux central qui touche les gaines de myéline et entraîne des lésions qui provoquent des perturbations motrices, sensitives et cognitives. A long terme, ces troubles peuvent aboutir à un handicap irréversible. La maladie se manifeste par des poussées inflammatoires très douloureuses. Elle touche le jeune adulte. L’ADVF peut intervenir aussi bien auprès d’un sujet jeune en début de maladie qu’auprès d’une personne âgée vivant depuis longtemps avec cette pathologie invalidante.

Signes cliniques et symptômes

* Troubles de la motricité liée à une faiblesse musculaire.
* Troubles de la sensibilité.
* Symptômes visuels : vision double ou baisse de l’acuité.
* Troubles de l’équilibre.
* Troubles urinaires et sexuels.

Comportements professionnels adaptés

* Les personnes atteintes sont souvent jeunes, il faut donc faire preuve de tact et de discrétion.
* Anticiper les moments de fatigue en adaptant son intervention.
* Sécuriser les déplacements
* En cas de poussée inflammatoire, privilégier avant tout le confort de la personne et reporter les soins si la personne préfère se reposer ou attendre que les médicaments agissent.
* Faire preuve d’empathie en cas de période de découragement.
* Respecter les temps de repos au cours de l’intervention
* Encourager les efforts et valoriser les progrès : les personnes en début de maladie peuvent continuer leurs activités.
* Evaluer la douleur lors des soins d’hygiène et lors des mobilisations.
* Contribuer à maintenir le plus possible l’autonomie de la personne accompagnée.

1. La polyarthrite rhumatoïde

C’est une maladie inflammatoire des articulations (mains, poignets et genoux) due à un dérèglement du système immunitaire. Les articulations gonflent, se déforment et sont douloureuse aboutissant dans 20% des cas à une incapacité fonctionnelle. La maladie évolue par poussées et affecte plus spécifiquement les femmes entre 40 et 60 ans.

Signes cliniques et symptômes

* Douleurs articulaires nocturnes
* Douleurs bilatérales et symétriques
* Raideurs des articulations
* Articulations douloureuses
* Gonflements des articulations
* Besoin d’un déverrouillage matinal de 30 minutes
* Doigts chauds et raides.

Comportements professionnels adaptés

* Proposer d’aménager le logement pour le confort de la personne en réduisant les gestes douloureux (charges à porter, étagère élevée, etc.).
* Préparer et ouvrir les opercules des laitages, bouteilles.
* Aider à tourner les robinets lors des soins d’hygiène.
* Sécuriser l’environnement du quotidien : poignées de porte, tiroirs, etc.
* Respecter le rythme de la personne
* Organiser son intervention selon les poussées douloureuses
* Respecter le temps d’action des traitements antalgiques avant les activités.

1. L’arthrose

Il s’agit d’une usure des cartilages des articulations qui ne touche que les sujets âgés. Elle touche principalement la colonne vertébrale, les mains, les genoux et les hanches.

Signes cliniques et symptômes

* La douleur est le symptôme principal
* Les mouvements sont douloureux
* La douleur cesse au repos, diminue la nuit et s’accroit au fil de la journée
* Manque de souplesse des mouvements
* Parfois sensation de « blocage »

Comportement professionnels adaptés

* Sécuriser l’environnement
* Evaluer les gestes douloureux pour mieux accompagner la personne
* Aider à la marche et aux gestes de la vie quotidienne.
* Respecter un équilibre alimentaire pour éviter la prise de poids qui fragilise les articulations
* Proposer des outils d’aide à la marche comme une canne, un déambulateur…
* Attendre le temps d’action des antalgiques pour faire les soins d’hygiène et les mobilisations
* Conseiller à la personne des gestes doux pour se mobiliser

1. La douleur

La douleur est une impression désagréable et pénible parvenant d’une partie du corps perçue et analysée comme telle par le cerveau. Elle peut être la conséquence d’un dommage tissulaire, musculaire, articulaire ou psychogène (sans lien avec le corps). La douleur peut être aiguë (elle disparait une fois traitée) ou chronique (persistante).

Toute douleur verbalisée doit être prise en compte.

Signes cliniques et symptômes :

* Mimiques douloureuses
* Recherche d’une position antalgique
* Plainte avec localisation des zones douloureuses, pleurs fréquents.
* Repli sur soi
* Refus de soins
* Changement de comportement (apathie, irritabilité, colère)
* Dépression

Comportements professionnels adaptés

* Repérer les mimiques ou les postures douloureuses
* Evaluer la douleur et transmettre les informations dans le cahier de liaison
* Signaler oralement la douleur à l’infirmier, à la famille et aux médecins afin de mettre en œuvre un traitement antalgique adapté.
* Mobiliser la personne atteinte de douleur avec précaution et douceur en privilégiant les positions confortables (coussins)
* Aider à la réalisation des actes ordinaires de la vie en adaptant les soins et leur durée à l’état de la personne
* Ne jamais minimiser une douleur et toujours faire preuve d’assurance et de professionnalisme dans la prise en compte de cette dernière.
* Devant tout changement anormal de comportement, faire s’exprimer la personne sur une éventuelle douleur.

1. La surcharge pondérale

C’est la conséquence d’un déséquilibre entre une consommation excessive de calories et la dépense énergétique du corps (la personne ne fait pas assez d’exercice). Le poids correct d’un individu se calcule en fonction de sa taille et de son poids. IMC (indice de masse corporelle).

IMC = poids en kg / taille x talle en cm

IMC < 18,5 maigreur

18,5 > IMC < 24,9 poids « idéal »

IMC > 24,9 surcharge pondérale

30 > IMC >34,9 obésité modérée

35 > IMC > 39,9 obésité sévère

IMC > 40 obésité morbide (considérée comme une maladie ou qui peut en provoquer)

Signes cliniques et symptômes :

* Troubles du métabolisme (diabète)
* Pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, trouble veineux (jambes lourdes)).
* Troubles respiratoires
* Pathologies du squelette et des muscles (difficulté pour se déplacer, arthrose…)
* Trouble digestifs (reflux, surcharge graisseuse du foie)
* Cancers (chez la femme : gynécologiques ; chez l’homme : du colon, de la prostate).
* Troubles psychiques (perte de l’estime de soi liée à la perturbation de l’image corporelle, repli sur soi, dépression, mal être)

Comportement professionnels adaptés

* Stimuler la personne afin qu’elle suive un régime ou qu’elle le respecte.
* Evaluer les problèmes physiques en lien avec la surcharge pondérale et les noter dans le cahier de liaison
* Donner des conseils diététiques de bon sens à la personne en surcharge pondérale
* Diminuer (voir arrêter) la consommation de corps gras
* Utiliser le sel modérément (il retient l’eau dans le corps)
* Augmenter la consommation d’eau (elle favorise l’élimination des déchets)
* Privilégier les viandes blanches grillées et les légumes verts
* Faire de la marche
* Surveillance de l’état de la peau (rougeurs, irritations)
* Valoriser les efforts faits par personne pour perdre du poids
* Apporter une écoute et un soutien moral, encourager la personne à verbaliser son mal être
* Situer et évaluer les différentes douleurs (au niveau du dos, des membres inférieurs)
* Assurer une installation confortable qui prenne en compte les handicaps du surpoids

1. L’état dépressif

La dépression est une maladie psychosomatique (liée à un problème psychologique) due à un dérèglement de l’humeur (disposition affective et émotionnelle qui conditionnent la manière dont nous ressentons et vivons les événements quotidiens)

Signes cliniques et symptômes

* Morosité, tristesse, pleurs
* Verbalisation d’ennui ou d’idées morbides
* Anxiété (modérée ou importante)
* Troubles cognitifs (difficulté à se concentrer, fatigabilité, raisonnement altéré ou pessimiste)
* Clinophilie (désir de rester au lit)
* Négligence, absence de soins
* Troubles du comportement (repli sur soi, hostilité, irritabilité, agressivité…)
* Perte de poids (anorexie) ou prise de poids (boulimie)
* Troubles du sommeil (insomnies ou hypersomnie)
* Troubles digestifs (diarrhées, constipation, douleurs gastriques (brûlures d’estomac)).
* Palpitations, sueurs, hypotension

Comportements professionnels adaptés

* Repérer les signes de l’état dépressif et les transmettre au médecin, à la famille et renseigner le cahier de liaison.
* Encourager la personne à exprimer ses problèmes
* Adopter une position d’écoute bienveillante et attentive
* Stimuler la personne afin qu’elle ne reste pas au lit et qu’elle fasse ses soins d’hygiène
* Encourager la personne à faire des activités récréatives, proposer des promenades par exemple
* Positiver les efforts réalisés par la personne et l’encourager à en faire d’autres
* Déterminer ses goûts alimentaires pour stimuler son appétit, encourager la personne à manger sans la forcer
* Montrer de la patience et de l’empathie lors des changements de comportement

1. Les troubles sensoriels de la vue et de l’audition

Troubles provenant d’une atteinte des organes des sens et notamment de la vue (cécité) et de l’audition (surdité)

La cécité est l’incapacité à voir et à reconnaître l’environnement et les personnes. Ce trouble est lié à une perte totale ou partielle de la vue.

Comportements professionnels adaptés

* Se présenter quand on arrive près de la personne et lui rappeler votre rôle auprès d’elle décrire l’environnement dans lequel la personne évolue, ainsi que tous les soins que l’on est amené à lui faire
* Maintenir son autonomie le plus possible en la faisant participer aux actes de la vie quotidienne
* Sécuriser l’environnement afin de prévenir le risque de chute
* Mettre les affaires toujours à la même place afin que la personne puisse les retrouver facilement
* Faire s’exprimer la personne sur les difficultés qu’elle rencontre à cause de son handicap et essayer d’y apporter des solutions.

La surdité est la perte partielle ou totale de l’ouïe.

Comportements professionnels adaptés

* Si la personne n’est sourde que d’une oreille, lui parler du côté de l’oreille qui entend.
* Lorsque la surdité est presque totale, parler fort et bien en face de la personne afin qu’elle puisse éventuellement lire sur les lèvres.
* Faire des phrases courtes et s’assurer de la compréhension sur ce qui vient d’être dit.
* Utiliser un support papier ou une ardoise magique, se servir d’images pour communiquer.
* Mimer les actions que vous allez entreprendre chaque fois que c’est possible.
* Faire s’exprimer la personne sur les problèmes qu’elle rencontre à cause de son handicap afin d’essayer d’y apporter des solutions.
* Si la personne est appareillée, s’assurer que le matériel est en état de marche et qu’il est nettoyé régulièrement.

1. La contention plâtrée

La contention plâtrée a pour objectifs d’immobiliser un membre fracturé en attendant que la fracture se consolide. Elle est le plus souvent faite en résine ou en plâtre. La contention plâtrée peut entraîner de nombreuses complications.

Complications possibles

Complications vasculaires (concernant les vaisseaux sanguins)

* Rétention anormale de liquide dans les tissus de l’organisme (œdème)
* Coloration bleue-violette des extrémités des doigts, des orteils, des mains… à cause d’une diminution de l’arrivée d’oxygène au niveau des tissus (cyanose)
* Diminution de l’apport sanguin au niveau d’un tissu ou d’un organe (ischémie). Elle peut provoquer des nécroses, des escarres…
* Paralysie irréversible des muscles
* Obturation des veines par un caillot de sang et inflammation de la paroi veineuse (thrombophlébite)
* Caillot qui vient boucher une ramification artérielle irriguant le poumon (embolie pulmonaire)

Complications cutanées (concernant la peau)

* Démangeaisons, plaies à cause du grattage
* Escarre (destruction du tissu)

Complications musculaires (concernant les muscles)

* Diminution de la masse musculaire (amyotrophie)
* Perte de tonus musculaire du membre plâtré (hypotonie)

Comportements professionnels adaptés

* Surveillance régulière de la contention plâtrée qui doit être propre et sèche.
* Surveillance de la température locale du membre (le membre ne doit être ni trop chaud, ni trop froid)
* Demander à la personne de bouger régulièrement ses extrémités (doigts ou orteils)
* Surélever le membre plâtré avec un oreiller ou un coussin afin de favoriser le retour veineux et pour éviter la formation d’un œdème ou d’une thrombophlébite.
* Contrôler la sensibilité au niveau de l’extrémité du membre plâtré et vérifier l’absence de fourmillements (compression)
* Aider lors des mobilisations et des transferts
* Sécuriser l’environnement pour éviter les chutes
* Aider dans la réalisation des soins d’hygiène, pour l’habillage et le déshabillage.

1. La mort

Un jour, il se peut que vous soyez confronté à la mort d’un usager chez qui vous aviez l’habitude d’intervenir. En effet, 25% des personnes meurent au domicile (l’immense majorité décède à l’hôpital ou en institution pour personnes âgées dépendantes).

La mort peut être prévisible en raison de la dégradation de l’état de santé de la personne, dans ce cas, il est possible de pouvoir s’y préparer.

Elle peut aussi être soudaine et il n’est pas rare que ce soit l’ADVF qui retrouve la personne décédée en entrant à son domicile, comme ce fut le cas lors de la canicule en 2003.

Peu de temps est réservé en formation à l’approche de la mort, les ADVF se trouvent bien souvent seuls face à cette situation.

Comportements professionnels adaptés

* L’ADVF devra prévenir l’association et la famille, à qui elle transmettra les derniers mots de la personne si elle en fut le témoin
* Elle s’assurera que le médecin est prévenu afin qu’il établisse le certificat de décès
* Elle attendra que d’autres personnes soient présentes avec elle pour éventuellement réaliser une toilette mortuaire
* Elle s’effacera ensuite en ayant assuré le relais.

Parfois certaines disparitions sont plus douloureuses que d’autres, il faudra sans attendre en parler à l’association et demander à bénéficier d’un soutien psychologique qui aura pour objectif de décharger les émotions pour garder une posture professionnelle par la suite.

En cas de travail en prise directe, sans association, l’ADVF réfléchira à son ressenti et pourra peut-être en parler avec l’équipe de soin qui intervenait auprès de la personne décédée. Elle pourra également consulter son médecin avec pour objectif premier d’exprimer son ressenti.

Il ne faut pas garder pour soi un trop plein d’émotions qui risque de vous mettre en difficulté ultérieurement.

Chaque personne en fin de vie est unique, chaque « façon de mourir » est différente. Il faut aider à mourir dignement sans acharnement thérapeutique, ni euthanasie. Depuis la connaissance du diagnostic-pronostic jusqu’à la mort, se succèdent différentes étapes plus ou moins longues ou intenses

(Voir document les 7 étapes du deuil)

L’ADVF devra cheminer aux côtés de la personne, écouter, soutenir sans minimiser ni exagérer. Elle devra tenir compte de l’opinion de la personne en fin de vie, la maintenir dans son environnement habituel, matériel et relationnel avec le confort physique et la sérénité comme objectifs.

Elle devra :

* Assurer les soins d’hygiène corporelle jusqu’au bout ; le confort minimum au final se limitant à la toilette génito-anale, un massage doux des zones douloureuses, une protection contre l’urine et les selles, un soin de bouche, une brumisation du visage.
* Alimenter et surtout hydrater aussi naturellement que possible, par la bouche autant que possible. Présenter des repas fractionnés tout au long de la journée en faisant plaisir à la personne en fin de vie. Les repas seront riches en protéines (contre les escarres) et non contraignants à la mastication-déglutition (laitages, compotes)
* Même lorsque l’alimentation devient difficile, l’hydratation reste essentielle (canard, pipette, cuillère, seringue, compresse humide, tant qu’il n’y a pas de fausse route et dans ce cas, préférer l’eau gélifiée)
* Essayer de mettre en place une atmosphère calme selon la fatigabilité du mourant
* Favoriser la présence des proches (soutien naturel) ou du culte suivant la demande
* Maintenir la communication au-delà des mots : regard, mimiques, gestes de la main, savoir toucher et, enfin, savoir écouter ou être présent tout simplement
* La désignation d’une personne de confiance ou l’appel d’associations pour les soins palliatifs peut faciliter l’approche de la mort et préparer la phase de deuil pour ceux qui restent.

Toutefois vous pouvez être amené à rencontrer d’autres pathologies tout au long de votre carrière. En voici quelques-unes, envisagées en particulier pour mieux accompagner la PA.

1. L’incontinence

**Urinaire**, elle donne lieu à des pertes incontrôlables et involontaires d’urine, qui se produisent le jour ou la nuit. Il ne s’agit pas d’une maladie, mais d’un symptôme le plus souvent lié à un trouble physique. L’incontinence urinaire est plus fréquente avec l’âge. Cependant, il n’y a pas que les personnes âgées qui en souffrent.

**Fécale**, c’est la perte de contrôle du sphincter anal qui se manifeste par l’incapacité à retenir les selles. Le plus souvent les personnes atteintes d’incontinence portent des protections anatomiques (jour et/ou nuit). L’incontinence est souvent difficile à accepter par la personne dépendante, il faudra agir avec tact, discrétion et bienveillance et ne jamais employer le mot « couche » qui s’apparente au monde du jeune enfant.

1. L’ostéoporose

C’est la déminéralisation et décalcification des tissu osseux qi se manifeste par un risque de fractures. Elle touche en particulier les femmes au moment de la ménopause. Elle se traite par des apports de calcium et des produits laitiers. L’accompagnement mettra l’accent sur le risque de chute et donc de fractures.

1. Le zona

Il se manifeste par des éruptions cutanées/boutons qui apparaissent généralement sur le thorax mais qu’il est possible de retrouver sur le visage et sur le corps. Le zona est directement lié à la réactivation du virus de la varicelle.

Avant l’éruption cutanée, les symptômes du zona sont les douleurs, les picotements, la sensation de brûlure, une légère fièvre et des manifestations gastro-intestinales. Apparaissent ensuite les éruptions cutanées localisées sur le trajet d’un nerf sensitif. Ce cycle peut durer entre 2 et 4 semaines. C’est douloureux et très fatigant. Des accompagnements peuvent être proposés en particulier en cas de multi-pathologies.

1. Le cancer et la chimiothérapie

Le terme « cancer » englobe un groupe de maladies se caractérisant par la multiplication et la propagation anarchique de cellules anormales. Si les cellules cancéreuses ne sont pas éliminées, l’évolution de la maladie va mener plus ou moins rapidement au décès de la personne touchée.

La chimiothérapie est le traitement principal des cancers qui consiste à tuer les cellules cancéreuses. Les effets secondaires sont importants et le plus souvent difficiles à supporter. On peut citer : la perte des cheveux, les nausées, vomissements, diarrhées, douleurs musculaires et articulaires, grande fatigue, lésions buccales. Le rôle de l’ADVF est de s’adapter à la personne en respectant les temps de repos, les moments de découragement, les douleurs.

1. Autres troubles de la vision

* La DMLA : c’est la dégénérescence maculaire liée à l’âge, maladie dégénérative de la rétine entrainant une perte de la vision centrale.
* La cataracte : le cristallin dans l’œil devient opaque et gêne la vision, elle se traite par une opération qui consiste à remplacer le cristallin abimé par une petite prothèse. Opération très rapide sous anesthésie locale avec coque et pansement sur l’œil à enlever le lendemain. On opère un œil à la fois.

1. L’insuffisance veineuse

Il s’agit de difficultés de la circulation du sang des membres inférieurs. Les varices sont un des signes les plus visibles. La complication la plus fréquente : la phlébite qui est une urgence vitale.

L’ADVF veillera à inciter la personne à marcher, à porter si prescrits des bas ou chaussettes de contention qui doivent être mis avant le lever sur une peau propre (geste de la compétence infirmière).

Parmi d’autres pathologies, on peut citer bronchites, phlébite, diabète, hypertension artérielle. Il est possible dans l’exercice de ses fonctions de se constituer un répertoire des pathologies rencontrées et d’interroger aussi bien les personnes que leur entourage ainsi que les professionnels de santé intervenant au domicile de l’aidé. C’est à cela que l’on peut reconnaitre un aidant professionnel de qualité. Certaines entreprises de proximité proposent de courtes formations à leur personnel pour améliorer la prise en charge de la personne.

1. Le Handicap
2. Le champ du handicap

En France, le champ du handicap est porté par la loi du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui donne pour la première fois une définition précise du handicap :

**« Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d’un polyhandicap ou d’un trouble de santé invalidant. »**

La loi Définit donc le handicap comme une limitation d’activités ou une restriction de participation à la vie en société. Ce qui signifie que le handicap n’est pas un problème de santé, mais la reconnaissance des conséquences de ce problème de santé sur le quotidien des personnes.

1. L’accompagnement des personnes en situation de handicap

L’ADVF préférera employer le terme de « personne en situation de handicap » qui vient souligner le fait qu’une personne n’est jamais handicapée dans l’absolu mais seulement face à certaines situations.

Les personnes en situation de handicap sont avant tout des personnes et elles aspirent à être traitées comme telles. Ainsi, elles souhaitent vivre comme tout un chacun dans la limite de leurs possibilités.

L’ADVF est amenée à accompagner les personnes en situation de handicap bénéficiant de **la Prestation Compensatrice de Handicap** (PCH) dont les modalités sont évaluées par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de son lieu d’habitation.

Ainsi, l’ADVF est amenée à travailler auprès d’un public très large en termes de besoins et d’attentes. Ce qui contribue à la richesse du métier.

L’ADVF adaptera sa posture, sa communication et ses pratiques en fonction des spécificités de la personne accompagnée, elle individualisera et personnalisera ainsi son accompagnement.

En incluant notamment les critères **de l’âge (enfant, adulte, personne âgé)** et **les capacités et les difficultés.**

1. La complexité des handicaps

De manière générale, il est impossible d’appréhender le handicap comme un ensemble de difficultés et de possibilités qui seront uniques pour chaque personne accompagnée.

La description proposé ci-après, permet une classification par catégories de handicap comme les définies la loi. Néanmoins, l’être humain dans sa réalité ne peut être « rangé dans une case ».

Exemples concrets :

Ainsi, une même pathologie peut provoquer des troubles concernant plusieurs types de handicap, (accident vasculaire cérébral qui peut provoquer à la fois une hémiplégie entrant dans le champ du handicap moteur et une aphasie faisant partie du handicap cognitif).

De la même façon, une personne peut souffrir de deux pathologies appartenant à deux types de handicap différents, (une personne peut à la fois être atteinte d’un glaucome (maladie de l’œil touchant la vision périphérique), faisant partie du handicap visuel et également de la maladie d’Alzheimer entrant dans le champ du handicap cognitif.

On parle alors dans ces situations de plurihandicap.

Les problèmes de santé peuvent être stables, évolutifs, durables, définitifs et d’intensités variables. Les niveaux sont classés en 4 catégories : léger, moyen, lourd, profond.

1. Les différentes catégories de handicap

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Impacts et conséquences | Pathologies associées au handicap |
| MOTEUR = physique  Organe à l’origine du handicap :  Cerveau, moelle épinière, os, articulations, muscles, neurones | La motricité = déplacement  La mobilité = mouvement, geste  La communication = l’élocution  Paralysie, amputation, déformation, malformation d’une ou plusieurs parties du corps, raideurs, faiblesses de l’appareil locomoteur, mouvements incontrôlés, tremblement, déficience sensorielle (le toucher), retentissement sur les organes internes | Infirmité motrice cérébrale (IMC)  Accident vasculaire cérébral (AVC, hémiplégie)  Traumatisme crânien (TC)  Tumeur cérébrale  Paraplégie, Tétraplégie  Arthrites, Amputation, Malformation, déformation, nanisme, Sclérose en plaque (SEP), Sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, Myopathies,… |
| Sensoriel  Visuel  Organe à l’origine du handicap : yeux, cerveau | La vision = la vue (voir)  Déficience de la vision centrale  Déficience de la vision périphérique  Déficience de l’acuité visuelle = vision floue  Céphalées = maux de tête | Dégénérescence maculaire liée à l’âge (DMLA), cataracte, glaucome, rétinopathie diabétique, myopie sévère, cécité complète |
| Auditif  Organe à l’origine du handicap : oreilles, cerveau | L’audition = l’ouïe (entendre)  La communication = parole  Déficience d’une ou deux oreilles, céphalées = maux de tête, acouphènes = bruits gênants perçus, vertiges | Maladie de Ménière  Otospongiose  Neurinome de l’acoustique  Presbyacousie… |
| Psychique  Organe à l’origine du handicap : cerveau | La gestion des émotions = angoisse  La personnalité, la socialisation  La « folie » = délire, hallucinations, paranoïa  Difficultés dans les interactions sociales = le vivre ensemble  Difficultés à prendre soin de soi : hygiène domestique, corporelle, alimentaire, addictions, refus de soins  Isolement, risques suicidaires, perte de contact avec la réalité | Diabète, cholestérol, cancer, VIH, hépatite, mucoviscidose, insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénales, asthme…  Maladies neurodégénératives : sclérose en plaque (SEP), sclérose latéral amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, Myopathies, maladie d’Alzheimer, troubles de l’humeur, dépressions, troubles bipolaires, troubles anxieux : phobies, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), troubles anxieux généralisés (TAG), personnalité borderline, schizophrénies, … |
| Cognitif  Organe à l’origine du handicap :  cerveau | Les savoirs = la mémoire  La reconnaissance, le geste, l’orientation dans le temps et dans l’espace  La communication = le langage  Le relationnel  Difficulté à initier des actions  Difficultés à prendre des décisions  Difficultés à se souvenir, à mémoriser  Difficultés dans les apprentissages, d’attention  Difficultés dans les interactions sociales = le vivre ensemble | Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées  Accident vasculaire cérébrale (AVC) : hémiplégie, traumatismes crânien (TC)  Sclérose en plaques (SEP)  Sclérose latérale amyotrophique (SLA)  Maladie de Parkinson  Myopathies,… |
| TED (troubles envahissant du développement)  Organe à l’origine du handicap :  cerveau | La communication = le langage  (oral et écrit)  La socialisation  Difficulté dans les interactions sociales = le vivre ensemble  Déficiences sensorielles (tous les sens)  Difficultés dans les apprentissages  Difficultés dans les changements | Troubles autistiques  Syndrome d’Asperger |
| Troubles DYS = du grec : difficulté | Les apprentissages  La communication = le langage (oral et écrit) | Dysphasie, Dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyscalculie, dyspraxie |

L’impact du handicap sur le quotidien des personnes dépend d’une multitude de facteurs et dépasse largement le trouble de sante et ses conséquences :

* La personnalité
* L’histoire de vie
* L’âge d’apparition du handicap
* L’acceptation ou non du handicap
* L’entourage
* Le projet professionnel ou de scolarité/formation
* L’environnement géographique matériel
* La prise en charge médicale ou de rééducation
* Les aides financières, humaines, matérielles

En plus des diverses conséquences liées aux troubles de santé, l’ADVF devra prendre en compte d’autres difficultés fréquemment rencontrées par les personnes accompagnées :

* Douleur
* Fatigabilité
* Angoisse
* Frustration
* Isolement
* Image de soi

**Attention : l’ADVF diplômée a la possibilité de compléter sa formation en suivant le certificat complémentaire de spécialisation du titre professionnel ADVF intitulé : « Accompagner la personne en situation de handicap à son domicile »**