

ASG

Assistant de soins en gériatrie

DF 1 À 5

Tout-en-un

Maîtriser les DF 1 à 5

- ✓ Tout sur la formation et le métier
- ✓ Tout le cours en 31 fiches
- ✓ Toutes les pratiques professionnelles de l'ASG
- ✓ 45 exercices et QCM corrigés
- ✓ 5 analyses de cas pratiques

4^e édition



Assistant de soins en g erontologie

(ASG)

Assistant de soins en gériatrie (ASG)

Préparation complète
pour réussir sa formation

Lydie Rivaldi

Directrice des soins au centre hospitalier universitaire
de Montpellier, titulaire d'un master d'évaluation
en santé, spécialité démarches qualité

4^e édition

ISBN : 978-2-311-21012-5

Conception couverture : Les PAOistes / Conception intérieure : BleuT / Michelle Bourgeois / Réalisation intérieure : Michelle Bourgeois / Crédit photos : IStock

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Le « photocopillage », c'est l'usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d'enseignement, le « photocopillage » menace l'avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d'une juste rémunération. En dehors de l'usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite. Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, F-75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

© Vuibert – février 2022 – 5, allée de la 2^e D.B., 75015 Paris – Site Internet : <http://www.vuibert.fr>



Sommaire

Une formation, un métier

7

PARTIE 1

DF 1 Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne

Fiches de cours

Fiche 1	La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	22
Fiche 2	Les droits de la personne	41
Fiche 3	Les devoirs du professionnel	50
Fiche 4	Le travail en équipe pluri-professionnelle	55
Fiche 5	Le projet individualisé, personnalisé	62
Fiche 6	Le partenariat avec la famille/l'aidant	69
Fiche 7	La connaissance des réseaux, des différentes structures et services d'accueil	77

Analyse d'un cas pratique 83

Entraînement 88

PARTIE 2

DF 2 Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie

Fiches de cours

Fiche 1	La relation d'aide	92
Fiche 2	Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer	97
Fiche 3	L'accompagnement lors des différents moments de la journée, supports à la relation	107
Fiche 4	L'alimentation et l'état nutritionnel	119
Fiche 5	L'accompagnement lors des activités complexes	129

Sommaire

■ Analyse d'un cas pratique	131
■ Entraînement	134

PARTIE 3

DF 3 Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues

■ Fiches de cours	
Fiche 1 La vie collective	140
Fiche 2 La famille	143
Fiche 3 L'importance d'une communication adaptée	151
Fiche 4 Définition et objectifs des principales activités	155
Fiche 5 L'organisation générale des activités	160
■ Analyse d'un cas pratique	167
■ Entraînement	169

PARTIE 4

DF 4 Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé

■ Fiches de cours	
Fiche 1 Notions essentielles en anatomie et physiologie	174
Fiche 2 Situations pathologiques et conséquences sur l'état clinique de la personne	192
Fiche 3 Notion de maladie	199
Fiche 4 La démarche d'observation d'une situation clinique	202
Fiche 5 L'évaluation	209
Fiche 6 Les signes psychologiques et comportementaux	212
Fiche 7 Les fonctions cognitivo-comportementales	225
■ Analyse d'un cas pratique	226
■ Entraînement	228

PARTIE 5**DF 5 Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées**

■ Fiches de cours	
Fiche 1 Les situations de soins	234
Fiche 2 Notions élémentaires sur les principales pathologies gériatriques associées	235
Fiche 3 Notions de pharmacologie	244
Fiche 4 La démarche de soins	248
Fiche 5 Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer	257
Fiche 6 Dimensions éthiques	259
Fiche 7 La fin de vie	262
■ Analyse d'un cas pratique	263
■ Entraînement	265
ASG formé : quel professionnalisme attendu ?	268
Conclusion	271
Annexes	272

Une formation, un métier

Cet ouvrage est consacré à la fonction d'assistant de soins en gériatrie dite ASG.

Cette fonction a été créée par le plan Alzheimer 2008-2012, reconnaissant la nécessité de développer chez les professionnels des compétences spécifiques pour prendre en charge les personnes âgées en situation de dépendance ou présentant des troubles cognitifs et de comportement. Elle a par la suite été renforcée avec la présentation en septembre 2018 de la Stratégie nationale de transformation du système de santé, « Ma Santé 2022 ». Celle-ci affirme la nécessité de poursuivre le développement de la formation d'ASG afin d'améliorer les conditions de formation et de reconnaissance des professionnels exerçant en secteur gériatrique.

La fonction d'ASG donne ainsi une reconnaissance professionnelle supplémentaire et spécifique des personnes âgées en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs et de comportement.

La formation doit donc permettre à ces derniers de mettre en place un accompagnement de qualité auprès de ce public particulier. D'un volume de 140 heures, elle accompagne le soignant dans l'acquisition de nouvelles compétences.

Le présent ouvrage s'articule en plusieurs parties décrivant le champ d'intervention de l'ASG.

Il constitue une aide précieuse aussi bien pour des professionnels en formation que pour leurs formateurs.

La première partie présente la fonction d'ASG (le cadre réglementaire, les compétences nécessaires, le dispositif de formation...).

Ensuite, suivent les parties relatives aux cinq domaines du référentiel de formation :

- DF 1 : « Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne » ;
- DF 2 : « Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie » ;
- DF 3 : « Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues » ;
- DF 4 : « Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé » ;
- DF 5 : « Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées ».

Une formation, un métier

Pour chacun de ces domaines, des contenus théoriques sous forme synthétique et des entraînements aux évaluations vous sont proposés.

La fin du livre, est quand à elle, dédiée au professionnalisme de la part de l'ASG formé.

L'auteur, directrice des soins, mesure, chaque jour, avec beaucoup d'humilité combien il est difficile pour les soignants de proposer une prise en charge adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs. La nécessité absolue d'être formé pour pouvoir acquérir des repères précis sur les pathologies, la connaissance de la personne, son quotidien, ses besoins, la maîtrise de techniques relationnelles adaptées... est pour elle une évidence. En effet, comment permettre aux soignants de proposer à leurs aînés des prises en charge de qualité empreintes d'une grande humanité si eux-mêmes se sentent seuls, isolés, dans un environnement mal compris ? La reconnaissance d'une formation spécifique d'ASG constitue une avancée importante pour notre société. Elle met en exergue la prise de conscience d'une nécessaire qualification professionnelle pour pouvoir prendre soin des personnes âgées en situation de dépendance. Cette dépendance engendre une complexité qui ne peut en aucun cas se suffire de pratiques improvisées mais qui doit bien au contraire reposer sur des pratiques professionnelles reconnues et de plus en plus spécialisées. C'est dans ce contexte couplé à un vieillissement important de la population que l'ASG va devenir un professionnel incontournable, formé et compétent.

1. Définition de la fonction d'ASG

L'ASG intervient auprès des personnes âgées en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement. Pour cela, il exerce dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social.

L'ASG assure avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement. Il participe à la mise en œuvre des projets individualisés associant soins quotidiens, restauration ou maintien des capacités, du lien social et lutte contre la solitude et l'ennui. Dans ce cadre, il contribue à l'évaluation des besoins, à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement et de leurs aidants.

En mobilisant les connaissances disponibles, il réalise les soins d'hygiène et de confort adaptés, accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie, participe à l'organisation de la vie quotidienne, à la réhabilitation et la stimulation des capacités et établit une relation d'empathie, attentive et sécurisante,

pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement.

Ainsi, les activités au quotidien de l'ASG relèvent de quatre domaines :

- l'accompagnement, le soutien et l'aide individualisée ;
- les soins quotidiens ;
- la réhabilitation et la stimulation des capacités ;
- la communication et la relation à l'environnement.

Pour conclure sur la définition de la fonction d'ASG, notons qu'il ne faut pas oublier qu'en dehors de toutes les caractéristiques que nous venons de décrire, la richesse de la fonction s'inscrit au niveau humain.

2. Le cadre réglementaire : l'arrêté du 23 juin 2010

Le cadre réglementaire de la fonction d'ASG est défini dans : « l'arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie ».

Les éléments majeurs de ce texte sont les suivants :

- La formation d'ASG est accessible aux aides-soignants (AS) et aux aides médico-psychologiques (AMP) en situation d'exercice effectif auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. Elle vise à apporter à ces professionnels des savoirs et savoir-faire leur permettant de mieux accompagner les personnes qu'ils prennent en charge.
- La formation est d'une durée de 140 heures organisée en périodes discontinues, sur une amplitude de douze mois maximum permettant ainsi l'alternance entre formation et exercice professionnel. Elle doit intégrer des connaissances et techniques de réhabilitation récentes et devra être actualisée régulièrement au regard des évolutions des connaissances, de la réglementation ou des pratiques.
- Il est également à noter que la formation d'ASG donne droit à une reconnaissance financière pour les agents de la fonction publique hospitalière sous la forme d'une prime payable mensuellement. Cette prime est versée aux AS et aux AMP détenteurs d'une attestation de suivi de l'intégralité de la formation d'ASG. Son montant est fixé à 90 euros (ces éléments sont précisés dans un autre texte : l'arrêté du 22 juin 2010 fixant le montant de la prime prévue par le décret n° 2010-681 du 22 juin 2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la fonction publique hospitalière).

3. Les lieux d'exercice

L'ASG peut travailler dans différentes structures.

Ses interventions se font soit :

Une formation, un métier

- au domicile, au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ;
- dans les services hospitaliers de soins de suite et réadaptation cognitivo-comportementaux et les unités de soins longue durée (USLD).

4. Les compétences de l'ASG

L'ASG doit développer les cinq compétences suivantes :

- compétence 1 : « Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne » ;
- compétence 2 : « Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie » ;
- compétence 3 : « Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues » ;
- compétence 4 : « Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé » ;
- compétence 5 : « Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées ».

Ces différentes compétences sont elles-mêmes déclinées en capacités.

Correspondances « Compétences et capacités »

Compétences	Capacités
Compétence 1 « Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne »	<ul style="list-style-type: none">– Repérer les besoins de la personne en mobilisant ses connaissances sur les troubles ou la maladie.– Écouter, conseiller, soutenir et guider l'aidant et l'accompagner dans le choix des attitudes les plus adéquates à tenir, l'adaptation de l'environnement et de la prise en charge.– Travailler en équipe pluri-professionnelle et en réseau.– Organiser son activité en fonction des autres intervenants et du contexte.– Utiliser les outils de suivi des indicateurs de santé et respecter les modalités de transmission des informations aux autres professionnels.
Compétence 2 « Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie »	<ul style="list-style-type: none">– Tenir compte des rythmes et envies de la personne.– Aider la personne à préserver l'image de soi.– Repérer au quotidien les besoins et capacités de la personne.– Repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien (notamment achats, entretien du linge, aménagement de l'espace, réalisation des repas, formalités administratives...).– Établir une relation d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.– Stimuler les capacités restantes dans les gestes et les activités de la vie quotidienne.

<p>Compétence 3 « Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues »</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Instaurer une relation et l’adapter même en cas de déficit cognitif important. – Stimuler les capacités restantes par les activités spécifiques en fonction notamment de l’évaluation faite par d’autres professionnels. – Aider au maintien de l’identité. – Concevoir et mener des activités de groupe en structure. – Maintenir un contact avec le monde extérieur.
<p>Compétence 4 « Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l’état de santé »</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Surveiller les prises alimentaires, l’état d’hydratation, le poids, l’aspect des téguments, l’élimination, le sommeil. – Aider à l’observation médicamenteuse. – Identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie. – Identifier les signes de détresse et de douleur. – Identifier les risques liés à la situation de la personne, discerner le caractère urgent d’une situation et alerter. – Surveiller et signaler l’apparition de modification du comportement en observant, analysant les circonstances de survenue, les facteurs favorisants.
<p>Compétence 5 « Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées »</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer une toilette en utilisant la technique la plus appropriée notamment en cas de refus de soins, de troubles du comportement ou de dépendance. – Assurer le confort du patient en utilisant les aides techniques nécessaires. – Mettre en place une approche spécifique lors de déambulation, agressivité, refus de soins, cris, visant à réduire ces troubles du comportement. – Aider la personne dans la prise des médicaments si c’est un acte de la vie quotidienne. – Réaliser les soins dans le respect de la personne, de son autonomie et de son intimité : soins liés à l’hygiène corporelle et au confort, à l’alimentation, à l’élimination, au sommeil et aide de l’infirmier à la réalisation de soins. – Adapter les modalités de réalisation du soin à l’état de la personne et à ses habitudes de vie. – Évaluer la qualité du soin réalisé et réajuster, le cas échéant.

5. Les valeurs et concepts indissociables de la fonction

Au quotidien, la fonction d’ASG nécessite l’intégration et la mobilisation de valeurs et de concepts témoignant de son professionnalisme au service d’une personne vulnérable. En effet, la maladie et l’âge fragilisent l’individu. Cette fragilisation s’observe avec des niveaux différents par le biais de la dépendance du sujet âgé qui touche aussi bien ses fonctions psychologiques que physiques et va être source de vulnérabilité. Pour faire face aux multiples situations où cette vulnérabilité sera présente, il est indispensable pour le professionnel de s’être approprié un certain nombre de valeurs et concepts. Ces derniers le guideront au quotidien dans ses choix et seront gages de son éthique et de sa déontologie.

Les valeurs et concepts en lien avec l’exercice de soignant sont multiples : honnêteté, bienveillance, patience, altruisme... Ne pouvant tous les développer,

nous avons choisi de vous présenter ceux qui, au regard des compétences à acquérir par l'ASG, nous semblent les plus fondamentaux. C'est ainsi que vont être abordés les valeurs et concepts suivants : respect, écoute, humanité et bientraitance.

■ **Le respect**

Le mot « respect » provient du latin *respectus* qui signifie : « égard, considération », lui-même dérivé du mot *respicere* désignant l'action de « regarder en arrière, derrière soi ».

On peut donc définir le respect comme étant un sentiment de considération, d'égard, que l'on peut avoir envers un individu. Il se manifeste par le souci de ne pas lui porter atteinte, ni le heurter inutilement. C'est une valeur morale. Si nous respectons l'autre c'est parce que nous le considérons comme un pair, un égal de nous-mêmes. Respecter autrui c'est donc lui reconnaître le statut de personne. Ce statut est lié à des exigences morales qui s'illustrent communément à travers le précepte suivant : « ne fais pas à autrui ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse ».

Pour l'ASG, le respect sera une des bases fondamentales de ses prises en charge. Il lui permettra d'apprendre des personnes accompagnées en les considérant, les reconnaissant dans toute leur humanité.

Respecter l'autre, c'est également ne pas porter de jugement sur ses idées, ses opinions et faire preuve d'ouverture d'esprit. Le respect suppose donc une compréhension des valeurs d'autrui. Lors de l'exercice de sa fonction, l'ASG devra donc veiller à être vigilant vis-à-vis du respect des choix de la personne prise en charge mais également à ceux de ses proches.

Le non-respect de la personne âgée entraîne des conséquences dramatiques dont l'expression se retrouve fréquemment par le biais d'actes de maltraitance plus ou moins conscientisés par les soignants.

■ **L'écoute**

L'écoute est la condition *sine qua non* pour pouvoir établir une relation aidante. De fait, il est donc indispensable pour l'ASG d'être à l'écoute des personnes qu'il prend en charge. Cette écoute ne vise pas à « écouter » mais à « entendre » ce que l'autre souhaite nous dire. Elle se situe bien au-delà des mots et englobe les éléments non verbaux (expressions, postures...), affects, émotions...

Ainsi, au-delà du terme « écoute », on parle professionnellement « d'écoute active ». Ce concept « d'écoute active » a été développé au ^{xx}e siècle par Carl Rogers, psychologue américain.

L'écoute active demande de la part de l'ASG un sens aigu de l'observation et une posture de réceptivité où l'on est prêt à entendre l'autre en se concentrant sur tout ce qu'il nous dit, que ce soit avec des mots ou avec des mimiques, des attitudes...

En effet, au-delà de la communication verbale, la communication non verbale occupe une place prépondérante. Ainsi, l'ASG devra mettre en œuvre une écoute active particulièrement attentive à leurs expressions comportementales car, comme nous le verrons, même à des stades avancés de la maladie la communication non verbale persiste.

Il est également à noter que l'écoute et le respect sont intimement liés car « respecter autrui, c'est l'entendre pour pouvoir mieux le comprendre et l'accompagner dans son parcours ».

■ **L'humanité**

L'humanité doit s'entendre ici dans le sens du « prendre soin » empreint d'humanisme dont doit faire preuve l'ASG dans son quotidien.

Cette humanité a pour raison première le fait que l'ASG prend en charge « une personne », qu'il travaille avec de « l'humain ». Cet humain a des besoins spécifiques : reconnaissance, douceur, tendresse... Aussi, il est important que les soins prodigués par l'ASG soient caractérisés par leur humanité afin de garantir le respect et la dignité de la personne.

Cette citation de Kant, philosophe allemand, illustre bien cette nécessaire place de l'humain : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais seulement comme un moyen. »

C'est ainsi que, soucieux de l'autre et animé d'un sentiment de bienveillance, l'ASG remplira ses missions.

■ **La bientraitance**

La bientraitance est définie par l'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) comme étant une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.

Là aussi nous sommes donc dans la continuité des valeurs et concepts abordés précédemment. En effet, la bientraitance se base sur le respect d'autrui.

À noter

Marie-Agnès Manciaux (gériatre à Nancy) a d'ailleurs synthétisé la démarche de bientraitance auprès des personnes âgées par le biais de « dix recommandations phares » :

- respecter autant que possible les choix des résidents ;
- maintenir un environnement olfactif agréable ;
- favoriser un environnement sonore signifiant ;
- faire sortir les résidents en extérieur au moins une demi-heure par semaine ;

- respecter autant que possible la liberté de circuler de chacun ;
- limiter à douze heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit déjeuner ;
- répondre rapidement aux sonnettes ou appels des résidents ;
- définir un temps minimal pour la toilette ;
- évaluer régulièrement le degré de satisfaction des familles et des résidents ;
- désigner un professionnel référent pour chaque résident.

6. Le dispositif de formation

Intéressons-nous à présent à la structuration du cursus de formation à la fonction d'ASG.

■ *Durée de la formation*

Elle se répartit sur 140 heures (pas de possibilité d'allègements y compris pour les professionnels disposant d'une partie des compétences visées).

■ *Organisation de la formation*

Cinq modules correspondant aux cinq compétences à acquérir. Ces cinq modules sont également appelés « domaines de formation » :

- **Domaine de formation 1** : « Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne », 35 heures soit 5 jours.
- **Domaine de formation 2** : « Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie », 21 heures soit 3 jours.
- **Domaine de formation 3** : « Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues », 28 heures soit 4 jours.
- **Domaine de formation 4** : « Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé », 28 heures soit 4 jours.
- **Domaine de formation 5** : « Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées », 28 heures soit 4 jours.

Les modules doivent être organisés sur des périodes discontinues et sur une amplitude maximale de douze mois. Il semble pertinent de prévoir une session de formation par domaine de formation afin de permettre aux stagiaires de bien repérer les champs de chaque compétence. Au total la formation représente donc un volume de 20 jours. Entre les différentes sessions de formation, des temps d'appropriation doivent être laissés aux formés. Ces temps peuvent être très variables en durée. Cependant les expériences en formation professionnelle démontrent qu'a

minima un temps de 3 semaines semble nécessaire et qu'au maximum il n'est pas conseillé d'espacer les sessions au-delà de 6 semaines.

■ **Objectif global visé par la formation**

Il s'agit de développer chez les personnes en formation les savoirs et savoir-faire relatifs à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées afin de leur permettre de mettre en œuvre un accompagnement adapté des personnes atteintes de cette maladie.

■ **Méthodes pédagogiques**

La pédagogie employée durant la formation doit être une pédagogie dite « participative ». Elle va se centrer sur une valorisation de l'expérience professionnelle déjà acquise des stagiaires afin :

- de permettre aux formés déjà professionnels de questionner leurs pratiques quotidiennes ;
- d'actualiser et de compléter leurs connaissances mais aussi d'en intégrer de nouvelles ;
- d'interroger leurs représentations vis-à-vis de la personne malade, de sa pathologie, de son entourage afin de porter un regard bienveillant et professionnel ;
- d'ancrer leur projet professionnel dans un socle maîtrisé de compétences professionnelles.

Concernant les méthodes pédagogiques, seront proposés :

- des exposés sous la forme de cours magistraux ;
- des ateliers pratiques de mise en situation ;
- un accompagnement pédagogique individualisé dans l'acquisition des compétences ;
- des échanges de pratiques professionnelles entre les formés.

Il est également à noter que la formation d'ASG ne comporte pas de stage pratique.

■ **Modalités d'évaluation**

L'organisme dispensant la formation doit avoir élaboré « une procédure d'évaluation de l'acquisition des compétences et de la progression des stagiaires en cours de formation ».

Concernant les évaluations, l'organisation la plus cohérente semble être celle d'une évaluation par domaine de formation et donc par compétence. Au total, cela représente donc un volume de 5 évaluations sur l'ensemble de la formation. Dans l'ouvrage, vous seront proposés des exemples types d'évaluation (un exemple d'évaluation par domaine de formation).

Une formation, un métier

Voici une proposition concrète d'organisation du dispositif d'évaluation durant la formation :

Proposition d'organisation du dispositif d'évaluation durant la formation d'ASG

Compétences visées	Domaine de formation	Modalités d'évaluation	Critères d'évaluation
« Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne »	1	Travail écrit de groupe visant l'élaboration d'un projet individualisé à partir de la présentation d'une situation clinique fictive Durée : 3 h	<ul style="list-style-type: none"> – Repérage pertinent des besoins de la personne – Mobilisation et exactitude des connaissances – Inscription du projet dans un cadre pluri-professionnel – Présentation des indicateurs de santé permettant le suivi du projet – Présentation des modalités de transmissions entre professionnels
« Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie »	2	Travail écrit individuel d'analyse d'une situation clinique fictive Durée : 1 h 30	<ul style="list-style-type: none"> – Repérage des besoins quotidiens de la personne – Mobilisation et exactitude des connaissances – Proposition d'actions pertinentes visant la stimulation des capacités de la personne
« Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues »	3	Exposé oral individuel Durée : 30 minutes (10 minutes de présentation de la part du formé et 20 minutes d'échanges avec l'évaluateur)	Proposition et explicitation pertinentes d'activités de stimulation sociale et cognitive
« Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé »	4	Travail écrit individuel d'évaluation de connaissances (QCM et QRC) Durée : 1 h 30	Mobilisation et exactitude des connaissances
« Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées »	5	Réalisation individuelle en situation simulée d'un soin quotidien Durée : 1 h	<ul style="list-style-type: none"> – Habileté et dextérité – Cohérence dans l'organisation – Respect du confort de la personne, de son autonomie et de son intimité – Utilisation de techniques de soins appropriées – Évaluation pertinente du soin réalisé et proposition si nécessaire de réajustements

Pour permettre un suivi de l'évolution du stagiaire durant sa formation, il apparaît également intéressant d'utiliser des outils, par exemple « un livret individuel de suivi de l'acquisition des compétences ». Durant la formation, ce livret est conservé par le formateur responsable du stagiaire. Il est remis à ce dernier une fois la formation terminée. En voici une proposition type.

Proposition d'un livret individuel de suivi de l'acquisition des compétences

Nom et prénom du stagiaire :

Formation d'ASG

suivie du :/...../..... au/...../.....

Livret individuel de suivi de

l'acquisition des compétences

Organisme de formation :

Évaluation de la compétence 1 :
« Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne »

Note obtenue lors de l'évaluation :/20.

Commentaires :
.....
.....

Validation de la compétence : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

Évaluation de la compétence 2 :
« Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie »

Note obtenue lors de l'évaluation :/20.

Commentaires :
.....
.....

Validation de la compétence : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

Évaluation de la compétence 3 :
« Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues »

Note obtenue lors de l'évaluation :/20.

Commentaires :
.....
.....

Validation de la compétence : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

Évaluation de la compétence 4 :
« Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé »

Note obtenue lors de l'évaluation :/20.

Commentaires :
.....
.....

Validation de la compétence : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

Évaluation de la compétence 5 :
« Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées »

Note obtenue lors de l'évaluation :/20.

Commentaires :
.....
.....

Validation de la compétence : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

Synthèse de la validation de la formation d'ASG :

À l'issue de la formation, le stagiaire désigné ci-après (nom, prénom) :
.....

Né(e) le, à

est reconnu comme ayant validé sa formation d'ASG : oui non

Date :

Signature du formateur et cachet de l'organisme de formation :

■ **Attestation de suivi de formation**

À l'issue de la formation, une attestation individuelle de suivi de la totalité de la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie sera délivrée à chaque stagiaire par l'organisme de formation. Cette attestation permettra au professionnel de faire reconnaître sa qualification et de jouir des droits s'y rapportant.

Partie 1

DF 1 Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne

Fiches de cours	22
Fiche 1 La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	22
Fiche 2 Les droits de la personne	41
Fiche 3 Les devoirs du professionnel	50
Fiche 4 Le travail en équipe pluri-professionnelle	55
Fiche 5 Le projet individualisé, personnalisé	62
Fiche 6 Le partenariat avec la famille/l'aidant	69
Fiche 7 La connaissance des réseaux, des différentes structures et services d'accueil	77
Analyse d'un cas pratique	83
Entraînement	88

La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

À noter

Je dois être capable :

- de définir simplement la maladie d'Alzheimer ;
- de citer des exemples de troubles cognitifs consécutifs à la maladie ;
- de citer des exemples de troubles du comportement consécutifs à la maladie ;
- de citer les quatre stades d'évolution de la maladie ;
- d'expliquer le concept d'autonomie ;
- d'expliquer le concept de dépendance.

1. Définition

La maladie d'Alzheimer est une démence sénile (démence du sujet âgé). Il s'agit d'une affection chronique et progressive caractérisée par un mécanisme neuro-dégénératif qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire. C'est la forme la plus fréquente de démence chez l'être humain. Elle fut initialement décrite par le médecin allemand Alois Alzheimer en 1906, d'où le nom donné à la pathologie.

Auguste Deter, patiente d'Alois Alzheimer, a été en 1902 le premier cas décrit avec les symptômes de ce qui fut par la suite appelé la maladie d'Alzheimer.

Les causes exactes de la maladie d'Alzheimer restent à ce jour inconnues. Cependant, de nombreux travaux semblent mettre en évidence l'impact de facteurs individuels, génétiques et environnementaux (âge, exposition à l'aluminium...).

Les lésions cérébrales observées sont :

- des plaques séniles (lésions extraneuronales) ;
- une dégénérescence neurofibrillaire (lésions intraneuronales).

Ce sont ces lésions qui entraînent un dysfonctionnement neuronal, allant jusqu'à la mort des neurones. Pour rappel : le neurone est la cellule du système nerveux central.

Comparatif entre un cerveau sain et un cerveau à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer



2. Données épidémiologiques

Aujourd'hui en France, près de 1,2 million de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et 225 000 sont diagnostiquées chaque année, soit un nouveau cas toutes les deux minutes trente...

La pathologie touche 16 % des personnes âgées de plus de 80 ans. Ce pourcentage monte à 41 % chez les personnes de plus de 90 ans. *A contrario*, elle est peu fréquente avant 65 ans : moins de 2 % des cas surviennent avant cet âge.

La survie après l'annonce du diagnostic est en moyenne de 8,5 ans.

D'ici 2050, on estime à 2,2 millions le nombre de malades.

À l'échelle mondiale, 55 millions de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ce nombre passera à 75 millions en 2030, avec un coût global sociétal estimé à 2 000 milliards de dollars.

Il existe également des différences épidémiologiques liées au sexe, les femmes présentant un risque plus élevé de développer la maladie : sur 25 malades, 15 sont des femmes et 10 des hommes. Cette différence semble liée aux écarts d'espérance de vie.

D'autres facteurs sont susceptibles d'influer sur le développement de la pathologie :

- la diminution du niveau d'activités intellectuelles et notamment le fait de ne pas poursuivre des efforts cognitifs ;
- certaines professions nécessitant peu d'activités mnésiques et intellectuelles ;
- la solitude (manque de relations sociales, de loisirs...) ;
- le manque de plaisirs et d'affection ;
- les états de tristesse, de dépression ;
- certaines pathologies : insuffisance cardiaque, diabète non traité, hypertension artérielle, traumatismes crâniens répétés, etc. ;
- l'exposition à l'aluminium (cuisson en papillotes par exemple) ;
- des facteurs génétiques.

La pathologie a également des répercussions sur les proches du malade. C'est ainsi que de nombreuses études ont établi une diminution de l'espérance de vie des aidants. En effet, lorsque le malade est maintenu à domicile, son proche lui consacre en moyenne plus de 60 heures par semaine.

3. Présentation des troubles cognitifs

La maladie d'Alzheimer engendre chez les malades de nombreux troubles cognitifs :

- les troubles **mnésiques** ;
- les troubles de l'**attention** ;
- la **désorientation temporo-spatiale** ;
- les troubles du **jugement** et du **raisonnement** ;
- les troubles de l'**organisation, planification, anticipation, apathie** ;
- les troubles du **langage** (aphasie) ;
- les troubles des **gestes** (apraxie) ;
- les troubles de la **reconnaissance** (agnosie) ;
- les troubles de la **non-reconnaissance de la maladie** (anosognosie).

Ces troubles sont variables dans leur expression selon le stade d'avancement dans la maladie. Nous allons à présent les expliciter afin de vous permettre d'acquérir des repères plus précis.

■ **Les troubles mnésiques**

Ces troubles concernent les troubles de la mémoire.

Au début de la maladie, les troubles concernent la mémoire immédiate (fermer un robinet, éteindre le gaz...).

Ensuite, ce sont les événements récents (visite à un ami, coup de fil...).

Puis, peu à peu l'amnésie devient globale (oubli de l'identité des proches et de sa propre identité).

La maladie entraîne donc une perte progressive mais irrémédiable de la mémoire. Cette perte progressive est angoissante et douloureuse pour le malade car ce dernier, de par la progressivité d'installation de la maladie, se rend compte de la dégradation de son état.

■ **Les troubles de l'attention**

Ces troubles se manifestent au début de la maladie par des difficultés à rester concentré sur une activité (par exemple : regarder une émission à la télévision).

Peu à peu, des troubles deviennent de plus en plus envahissants pour aboutir à une incapacité de concentration volontaire.

■ **La désorientation temporo-spatiale**

La maladie engendre peu à peu la perte de la notion du temps et des repères dans l'espace.

Au niveau temporel : les malades oublient les notions liées au temps (leur âge, la date du jour, la saison...).

La désorientation spatiale est, elle, caractérisée par l'oubli des parcours pour se rendre à des lieux habituels et connus. Au début, cette désorientation s'observe en dehors du domicile (par exemple : oubli du trajet pour aller chez le boulanger), puis elle s'étend à leur lieu de vie (oubli du lieu où se trouve la cuisine, les WC...).

■ **Les troubles du jugement et du raisonnement**

Les capacités à raisonner se détériorent avec une altération progressive des capacités de jugement (par exemple : perte des capacités à calculer, à porter un regard critique, à s'adapter aux situations...).

■ **Les troubles de l'organisation, planification, anticipation, apathie**

Peu à peu, le malade va perdre ses capacités à organiser, planifier, anticiper les événements, les situations qui rythment sa vie (oubli de manger, de s'habiller...).

Parallèlement à la dégradation des capacités précitées, s'installe un état d'apathie caractérisé par un manque d'intérêt à l'égard de situations et/ou de l'entourage. Les caractéristiques de l'apathie sont un manque de motivation, de passion, une absence de joie ou d'intérêt pour les autres individus et pour les activités sociales.

■ **Les troubles du langage (aphasie)**

Au début, le malade oublie des mots isolés puis peu à peu le vocabulaire s'appauvrit, le discours s'étiolé jusqu'à devenir incohérent. Au stade ultime, peut être observé un mutisme complet.

■ **Les troubles des gestes (apraxie)**

L'apraxie est la perte de la faculté à faire un geste avec une volonté associée (par exemple : se savonner le corps pour se laver).

Pour le malade, les gestes perdent peu à peu leurs significations et la réalisation de gestes complexes et coordonnés n'est plus possible.

■ **Les troubles de la reconnaissance (agnosie)**

L'agnosie est un trouble qui se traduit par un déficit de la reconnaissance. La personne ne reconnaît pas les objets ou bien son cerveau est incapable de les nommer. Touchant généralement un seul sens, l'agnosie peut être visuelle, auditive (la personne atteinte ne reconnaît pas les sons), ou tactile.

Ainsi, les malades n'identifient plus les objets et leurs usages (par exemple : oubli de l'utilité d'une assiette lors de la prise d'un repas).

■ **Les troubles de la non-reconnaissance de la maladie (anosognosie)**

Le terme d'anosognosie est issu du grec *nosos* signifiant : « maladie » et *gnosis* : « connaissance ». Le préfixe « a » privatif donne à l'ensemble la signification d'absence de conscience de la maladie.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'oubli de la maladie n'est pas constant et est intimement lié à l'état d'avancement de la maladie.

Toutefois, il semble que plus la maladie s'installe, plus l'anosognosie progresse, même s'il reste très difficile de saisir avec certitude ce que le patient ressent lui-même.

De plus, beaucoup de patients qui ne semblent pas reconnaître leurs troubles se montrent toutefois conscients d'un changement par rapport à ce qu'ils étaient avant, en termes de perte de valeur, et surtout conscients d'une modification du comportement de l'entourage à leur égard.

4. Présentation des troubles du comportement

La maladie d'Alzheimer engendre de nombreux troubles du comportement consécutifs aux désordres cognitifs.

Ces troubles entraînent des attitudes, des expressions dérangeantes, perturbatrices et dangereuses pour la personne malade ou pour autrui.

Aussi, ils sont à l'origine de recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de santé (HAS) en mai 2009.

Ces recommandations précisent que les symptômes sont différents dans leur nature mais possèdent des **caractéristiques** communes :

- ils sont fréquents au cours de la maladie ;
- ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient ;
- ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques ;
- ils sont interdépendants, souvent associés ;
- ils peuvent être précédés par des changements minimes de comportement.

Concernant les **conséquences**, les plus importantes sont relatives :

- à la dégradation de la qualité de vie des patients ;
- à la dégradation de la qualité de la prise en charge, exposant au risque de maltraitance ou de négligence ;
- à la dégradation du pronostic fonctionnel de la maladie ;
- à des recours à des prescriptions médicamenteuses inappropriées ;

ASG

Assistant de soins en gérontologie DF 1 À 5

Un livre complet pour réussir sa formation :

- Toutes les **informations utiles** sur la formation, les compétences attendues et le métier
- L'ensemble des **connaissances** et **pratiques professionnelles** en **31 fiches** pour maîtriser le programme
- 45 **exercices** et **QCM** d'entraînement corrigés
- 5 **analyses de cas pratiques**

Lydie Rivaldi, est directrice des soins au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. Titulaire d'un master d'évaluation en santé, elle s'est spécialisée dans les démarches qualité et, à ce titre, participe aux évaluations externes d'établissements médico-sociaux.

Tous les domaines de formation

DF 1 Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne

DF 2 Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie

DF 3 Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues

DF 4 Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé

DF 5 Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées

■ Et aussi :



Tout-en-un



Fiches



ISBN : 978-2-311-21012-5



www.Vuibert.fr

Vuibert N°1
DIPLOMÉS DU SOCIAL