

PROJET DE VIE - SERVICE IRIS

INTRODUCTION

Depuis 1995, le service Iris, situé au deuxième étage de la Résidence Porte de Hal, accueille des résidents atteints de troubles du comportement.

L'expérience de ces années de travail, les formations spécifiques et les informations nouvelles nous ont permis de bâtir peu à peu un service qui, nous l'espérons, est un lieu de vie, d'accueil chaleureux, adapté à la prise en charge des personnes désorientées.

Nous gardons toujours à l'esprit que nous sommes face à des personnes adultes qui ont une histoire personnelle et qui sont victimes d'une maladie qui les prive d'un certain nombre de leurs capacités intellectuelles et qui peut entraîner chez elles des comportements inadaptés.

Nous savons aujourd'hui que la démence est une maladie cérébrale dégénérative, c'est à dire qu'elle détruit les neurones de manière irréversible et incurable. Elle peut être de plusieurs types : Alzheimer, vasculaire, fronto-temporale, à corps de Léwy ... Les démences se manifestent par des symptômes physiques, psychiques et comportementaux.

Nous allons donc devoir faire face avec l'aide du médecin, de la famille et de tous les intervenants à l'ensemble des complications qui peuvent apparaître au cours d'une longue maladie.

Ces quelques pages sont destinées à expliquer notre approche spécifique des personnes désorientées et les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour les accompagner.

ACCUEIL DU RESIDANT ET DE SA FAMILLE

La personne accueillie au service Iris a déjà connu un long parcours au cours duquel elle-même et/ou son entourage ont ressenti les effets de la maladie et les ont acceptés plus ou moins facilement.

Elle peut venir directement de son domicile ou être passée par des séjours en hôpital ou dans une autre maison de repos.

Cette étape-ci marque sûrement la perte d'autonomie et l'impossibilité d'une prise en charge à domicile, quels que soient les moyens et la bonne volonté de l'entourage.

Celui-ci ne doit pas se sentir coupable mais comprendre qu'il opte pour la solution la plus adéquate pour le bien de tous. Le plus important est que la famille puisse "souffler" pour mieux continuer à soutenir son proche.

Le jour de l'arrivée dans le service, un membre du personnel de nursing (le référent) accueille le nouveau résident et la (les) personne(s) qui l'accompagne(nt) pour leur présenter l'environnement: visite du service, chambre, personnel présent.

Tout au long du séjour de la personne, nous désirons maintenir ce lien à 3 partenaires (résidant, famille, professionnels), persuadés de l'apport de l'entourage.

C'est en effet la famille qui connaît le résidant et son rôle dans le maillage familial et social, ses habitudes de vie, ses préférences alimentaires et vestimentaires, ses loisirs et hobbies... Elle assure ainsi la continuité avec "l'avant".

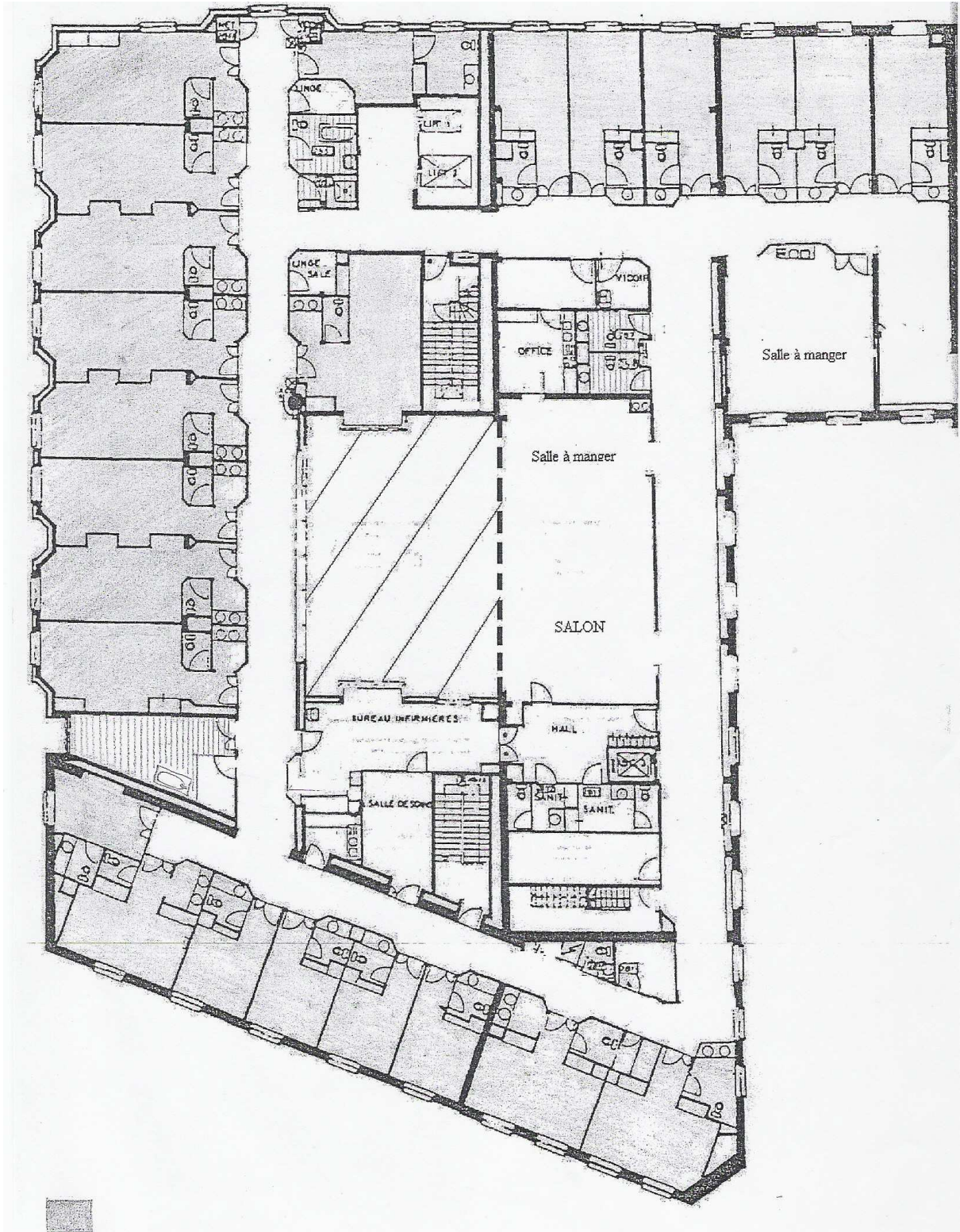
Même si cette personne désorientée n'identifie plus le visiteur par son nom ou le lien de proximité, il garde la notion d'un contexte affectif favorable et rassurant, d'un lien qui ne lui est pas étranger.

LE SERVICE IRIS

Iris accueille 36 personnes en chambres individuelles ou à 2 lits, réparties autour du living - salon et salle à manger - et d'une salle de réunion du personnel. Toute la vie du service est organisée autour de ces pièces communes. Il s'agit de l'âme du service, notre lieu de vie à tous.

L'étage est sécurisé: les portes donnant vers l'extérieur ou la salle de médicaments sont fermées à clé, ainsi que les locaux techniques. L'accès aux ascenseurs est conditionné par un code chiffré.

L'équipe de nursing est composée de l'infirmière chef de service, d'autres infirmières et d'aide-soignantes. L'équipe élargie comprend éducatrices, kinésithérapeute, logopède, ergothérapeute, aide-ménagère et techniciennes de surface.



NOS REFLEXIONS

Dans notre pratique journalière, nous nous sommes rendu compte que des problèmes essentiels survenaient, à un moment ou à un autre, dans l'évolution de presque tous les résidents, à savoir :

- 1) des réactions diverses à l'hébergement en maison de repos,
- 2) des complications psychiques,
- 3) des risques de chutes, d'accidents,
- 4) des troubles alimentaires.
- 5) l'accompagnement des derniers instants.

1. LES REACTIONS DIVERSES A L'HEBERGEMENT EN MAISON DE REPOS

Plusieurs auteurs ont rédigé des modèles de réaction concernant un séjour en institution. Il s'agit d'un ensemble d'effets secondaires non désirés occasionnés par un séjour prolongé.

La vie en institution favorise la dépersonnalisation du résident. Il éprouve déjà toutes les peines à préserver son identité et sa spécificité à cause du processus de sénilité, mais l'institutionnalisation peut renforcer ce processus.

Les réactions peuvent être multiples :

- conflit avec son environnement immédiat, croyance que tout le monde est contre soi,
- réaction dépressive (apathie, absence d'initiatives, perte d'intérêt...)
- repli sur soi, isolement, refus de contact, réactions agressives occasionnelles,
- manipulation de son environnement pour essayer de le dominer,
- régression, infantilisation, acceptation docile des exigences de l'institution,
- augmentation de la désorientation.

Ces formes de réaction indiquent que le résident ne se sent pas heureux. Une adaptation forcée s'est mise en route dès l'admission.

Les formes d'adaptation que vont présenter les personnes hébergées dépendront de leur personnalité et de leur expérience de vie.

2. LES COMPLICATIONS PSYCHIQUES :

Les principales complications qui peuvent survenir sont de l'agitation, des hallucinations, de l'agressivité, de la dépression, des pertes de mémoire, de la désorientation ou de la confusion.

Ces troubles proviennent en grande partie d'une angoisse, d'une insécurité liée à des privations, des deuils successifs (pertes physiques, sociales, des habitudes de vie et de l'image de soi).

Ces pertes de contrôle provoquent de la peur et un manque de confiance dans ses propres réactions et capacités.

La personne n'a plus de repères ; elle ne sait plus où elle est, ni ce qu'elle fait. Peu à peu, elle s'isole et vit dans un monde "à part". Le contact et le dialogue deviennent difficiles.

Dès lors, tout devient "impression" ; vague, sans structure. Les sentiments du présent se confondent avec le ressenti du passé

3. CHUTES ET ACCIDENTS DOMESTIQUES:

La déambulation fait partie des comportements caractéristiques des patients atteints de démence. Nos résidents peuvent se promener librement dans le service, sans crainte de s'égarer ou d'errer sans repères dans toute la maison puisque l'étage Iris est sécurisé.

Pour nous, cette déambulation est positive car elle participe au maintien de l'autonomie motrice. De plus, elle semble avoir un effet bénéfique sur le comportement et l'humeur de la personne en la dégageant du stress. Elle entraîne aussi des rencontres fortuites au détour des couloirs, des "pas de 2" entre voisins et des relations souvent agréables ainsi qu'une fatigue saine pour mieux dormir.

Par contre, il y a des inconvénients possibles, comme des chutes répétées ou des visites de chambre intempestives.

En ce qui concerne les risques de chute, notre attitude reste la plus respectueuse possible du désir du résident de déambuler, dans la mesure où sa sécurité est préservée. En effet, les fractures représentent un risque sérieux pour certains et une source de souffrance nouvelle. Nous préconisons un minimum de contention en concertation avec le médecin et la famille. Notre réflexion envisage chaque cas. Les adaptations, parfois créatives, se veulent garantes du bien-être de nos résidents. Nous proposons par exemple un fauteuil roulant avec ceinture et sans repose-pieds qui permet la circulation sans dangers.

4. COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES:

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut manifester une véritable boulimie ou de l'anorexie.

Cette anorexie peut être expliquée par une réaction d'opposition, par une perte de la sensation de faim ou en raison de troubles de déglutition qui rendent l'absorption d'aliments difficile. Il peut y avoir aussi une incompréhension totale de la situation.

Nous pensons que la fonction nourricière du personnel prend sa réelle dimension en tant que soin. Nourrir un résident atteint de démence à ce stade nécessite une prise en charge spécifique et une préparation alimentaire adaptée. Cela peut être des petites quantités présentées régulièrement, des repas semi liquides, des boissons épaissies, un environnement calme et serein, etc. Tout devra être fait pour que l'acte de manger soit "compris" par la personne désorientée.

5. L'ACCOMPAGNEMENT DES DERNIERS INSTANTS :

En fin de vie, l'équipe est présente pour écouter, soutenir et partager les émotions. Elles ont le souci d'assurer à chacun des moments dignes et sereins. Tout sera mis en œuvre pour veiller particulièrement au confort physique mais aussi moral du résident ainsi que de ses proches afin que le moment de la séparation soit rempli de chaleur humaine, celle-ci restant toujours le meilleur médicament.

Il est possible également de faire appel à une équipe de soins palliatifs extérieure. Cette équipe se préoccupe du bien-être émotionnel, social et spirituel des malades et de leur famille. Elle peut soutenir les soignants et les conseiller afin d'assurer un encadrement psychologique du malade et de sa famille. En collaboration avec le médecin traitant et les soignants, l'équipe veille au contrôle des symptômes comme de la douleur.

NOTRE PHILOSOPHIE

Avec l'évolution de la maladie, la plupart des résidants ne seront plus en mesure d'assurer certaines activités nécessaires à leur confort et à leur dignité.

Notre équipe est donc présente pour répondre aux besoins d'aide dans tous les domaines de la vie courante. Les temps de la toilette, de l'habillage et des repas sont l'objet d'attentions toutes particulières. Ces SOINS revêtent une importance essentielle car ils permettent d'apprécier l'état général du résidant, son humeur et ainsi de détecter toute anomalie. Nous adaptons nos comportements et l'environnement pour minimiser les facteurs négatifs (bruits intempestifs, consignes mal formulées...).

Nos actions visent à prévenir les risques environnementaux, médicaux et sociaux afin de proposer aux résidants de bonnes conditions de sécurité morale et matérielle.

Notre objectif est certes de soigner, mais aussi de faire plaisir, d'apporter du confort moral et matériel et, si possible, de rendre heureux le résidant dont nous avons la charge.

Les manifestations affectives chez ces personnes sont souvent bien présentes, même si elles revêtent parfois des formes surprenantes. Nous recherchons dans l'histoire du résidant et dans son comportement quotidien ce qui peut lui être agréable.

Même si ces moments privilégiés sont éphémères, ils retentissent sur son comportement général en terme d'apaisement et de diminution de l'anxiété.

Les objectifs du service sont de diminuer les souffrances et de ralentir l'apparition de la dépendance.

Au fil des années, nous avons constaté que la vie communautaire était une des réponses adéquates à l'angoisse: ne pas se sentir seul, trouver immédiatement une réponse à sa question, tenir la main de son voisin, entamer une conversation... Rester dans l' "ici et maintenant" est possible grâce à la vie de groupe.

La présence permanente d'une personne ressource (soignant, éducatrice, kinésithérapeute, ergothérapeute) y est donc primordiale.

Il arrive que suite à l'évolution de l'état de santé du résidant, le service ne peut plus lui prodiguer les soins de façon optimale. Une réunion pluridisciplinaire est organisée et un changement de service sera proposé au résidant et à sa famille.

1. NOTRE ORGANISATION: déroulement d'une journée

Afin de répondre au plus vite aux demandes de nos résidants et ainsi limiter stress et angoisse, notre service est divisé le matin en 3 secteurs géographiques où les toilettes et les soins sont assurés par 2 soignantes par secteur. Limiter ainsi l'espace permet aux soignantes d'être plus disponibles et de créer un climat de confiance.

Un plan de travail précise quels soins spécifiques apporter à chacun et tous les détails nécessaires à son confort.

Après leur toilette, la plupart des résidants vont à la salle à manger. Selon leur désir ou leur état de santé, ils y déjeunent ou s'y rendent après le déjeuner.

Vers 10 heures, suivant le rythme de chacun, les résidants s'installent au salon où on leur propose une activité, différente selon le jour et le professionnel présent.

A partir de 11h, les résidants sont invités à se rendre aux toilettes et vers 11h30, ils s'installent à table pour dîner.

Le service est alors de nouveau divisé en 3 secteurs:

- une salle à manger accueille les personnes les plus autonomes,
- une autre accueille les personnes plus angoissées et/ou qui ont des difficultés à s'alimenter seules,
- les repas servis en chambre pour ceux qui ne peuvent se rendre en salle, pour une raison ou l'autre.

Les petites entités créent un climat détendu et permettent aux résidants désorientés de mieux apprécier le moment du repas. Les familles sont les bienvenues pour partager le repas en chambre ou dans un endroit tranquille.

Vers 13h, ceux qui en ont besoin sont conduits dans leur chambre pour faire une sieste. Les autres se dirigent vers les fauteuils du salon et s'y reposent.

A 14h, après un passage aux wc, les résidants sont conviés à table pour prendre café et dessert.

Le début d'après-midi est souvent aussi le moment des visites. La présence d'un être cher apporte un bien-être affectif réel aux personnes atteintes de démence. Un entourage soignant, aussi rassurant soit-il, ne remplace pas l'affection d'un proche. L'équipe soignante conseille aux visiteurs de profiter de ces moments dans un cadre plus intime comme la chambre ou un endroit un peu à l'écart dans le service.

Conscients des difficultés ressenties par certains proches, les soignants restent toujours disponibles pour informer et soutenir.

Ensuite, les résidants peuvent participer à une animation proposée dans le service ou, certains après-midi, descendre à la salle polyvalente pour une animation ouverte à tous les résidants.

A partir de 16h, nouveau passage aux toilettes. Ensuite, les préparations du soir commencent: souper et coucher. Chez certains, la tombée du jour est un moment difficile et porteur d'angoisses.

A nouveau, le service est divisé en 3 secteurs: les deux salles à manger et le couloir.

Après le repas, chacun se dirige vers sa chambre où, selon ses besoins, il y sera aidé à se déshabiller et à se coucher.

Durant la nuit, une veilleuse passe régulièrement dans les chambres pour vérifier que tout se passe bien. Par son attitude apaisante et rassurante, elle contribue au bon déroulement de la nuit jusqu'à l'arrivée de l'équipe de jour à 7h30.

2. ATTITUDE EMPATHIQUE

Face à une personne angoissée, nous adaptons notre comportement pour favoriser la communication. Il s'agit de mettre cette personne le moins possible en échec, en insistant sur ce qu'elle peut faire plutôt que sur ce qu'elle n'est plus capable de faire.

Au cours d'une conversation, nous nous plaçons face à la personne, nous utilisons un langage simple, des phrases courtes ainsi que des gestes expressifs. Nous formulons une proposition à la fois ou un choix entre 2 termes simples. Nous laissons le temps de répondre en donnant un encouragement non verbal. Il ne s'agit pas d'infantilisation mais de prise en compte des lenteurs de réaction.

Nous avons à être structurants mais souples, rythmer les temps de vie mais sans rigidité. Chaque modification sera formulée et amenée en douceur pour permettre l'adaptation et la compréhension. Nous fixons des axes généraux sans nous arrêter aux détails, qui peuvent engendrer conflits et angoisses.

Notre maître mot est l'ADAPTATION AUX BESOINS de la personne pour la soutenir quand c'est nécessaire, non l'adaptation de la personne aux besoins du service – selon les limites institutionnelles. Chacun a un parcours de vie différent. Nous l'acceptons avec sa personnalité et ses difficultés.

Nous nous donnons pour tâche de veiller au maintien de toutes les fonctions essentielles. Nous intervenons chaque fois que cela est nécessaire, au moyen de techniques allant de la simple stimulation à la prise en charge totale.

3. ACTIVITES ADAPTEES

Des activités sont proposées chaque jour dans la maison, mais pour certains, quitter le service est source d'angoisse et de confusion.

Dès lors, nous organisons des animations au sein même d'Iris. Elles sont assurées par les éducatrices, l'ergothérapeute, la kinésithérapeute, la logopède ou un membre du personnel soignant.

Ces animations se déroulent en groupe au salon ou en petit comité. Elles peuvent durer de 30 minutes à 1h30.

La participation et la présence de chacun sont sollicitées mais restent libres. La seule contrainte est le respect des autres, le moteur étant le plaisir du moment.

Elles sont toutes dirigées vers l'épanouissement de la personne, vers la valorisation de ses possibilités, vers une vie sociale harmonieuse.

Pour certaines personnes, seul le contact individuel est réellement bienfaisant. C'est le résidant qui reste le centre de préoccupation pour chaque professionnel, quelle que soit sa formation.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin	Atelier Maquillage	Manucure	Groupe Gym Jeux de ballons	Activité cognitive	Activités variables	Activités variables	Activité Lecture
Après-Midi	Musique, chant Atelier cuisine	Stimulation sensorielle	Groupe jeu Relaxation	Massages Validation Sortie	Concert	Activités variables Atelier cinéma	Thé dansant

Exemple d'activités du service IRIS proposées par l'ergo et/ ou l'éducatrice et/ou la logo.

Nb : d'autres activités sont organisées, des animations extraordinaires et des excursions.

Chaque membre de l'équipe collabore suivant ses compétences spécifiques pour garantir la meilleure qualité de vie possible à chaque résident. Cette collaboration, ces échanges d'informations et ces éclairages complémentaires nous permettent d'élaborer des projets de vie individualisés.

Les soignants:

Une soignante est formée aux techniques de "validation" de Naomi FEIL et propose régulièrement une après-midi spéciale pour un petit groupe. D'autres prennent le temps pour un bain relaxant dans une ambiance "snoezelen", bien différente de la nécessaire toilette quotidienne.

Le rôle des kinésithérapeute, logopède, éducatrice et ergothérapeute se comprend au sein de l'équipe pluridisciplinaire, chacun selon son apport particulier dans l'accompagnement adapté à la personne désorientée.

Les éducatrices:

Les éducatrices accompagnent les résidents pour favoriser leur qualité de vie dans la sphère du quotidien.

Elles assurent un cadre sécurisant

- ~ en créant une ambiance chaleureuse,
- ~ en gérant le groupe et les relations qui s'y nouent.

Elles sont présentes au côté de la personne désorientée, lui proposent une relation d'aide

- ~ en l'observant et en l'écouter,
- ~ en canalisant son agressivité éventuelle, en verbalisant ses émotions, pour garder des relations sociales sereines,
- ~ en entretenant ses capacités acquises par des activités adaptées (ludiques, relaxantes, occupationnelles),
- ~ en assurant son bien être,
- ~ en l'accompagnant à l'extérieur.

Elles se centrent sur un objectif principal : le plaisir.

Elles établissent une bonne relation avec les familles en leur permettant de s'exprimer, tout en respectant le cadre de vie et les structures du service.

L'ergothérapeute:

L'ergothérapeute propose des animations adaptées aux capacités physiques et intellectuelles de la personne, à ses envies et à ses centres d'intérêt.

L'écoute et l'observation sont primordiales pour comprendre chacun dans sa globalité et pour lui présenter un cadre rassurant.

L'ergothérapie vise à soutenir la personne dans ses initiatives et à permettre l'expression de ses sentiments.

Elle favorise la vie relationnelle par des activités collectives et en se présentant comme facilitateur des contacts entre pairs.

Elle propose des stimulations sensorielles, motrices, de mémoire et d'imagination.

L'ergothérapeute vise toujours à mettre la personne en position d'acteur, plutôt que de spectateur.

La kinésithérapeute:

L'objectif de la kinésithérapeute en psycho-gériatrie est d'être à l'écoute des besoins et attentes des résidents et d'y répondre en visant le bien-être, le mieux-être si possible.

Son intervention est très différenciée.

Ce peut être:

- ~ l'entretien ou la rééducation locomotrice, la kinésithérapie respiratoire, le massage abdominal...
- ~ la recherche de la meilleure adaptation pour le confort des résidents : chaise roulante, contention.
- ~ la kinésithérapeute collabore avec d'autres soignants pour l'organisation d'activités : massage de détente, gymnastique de groupe.

La logopède:

La logopède réalise des évaluations des troubles de la communication et propose aux résidents concernés une prise en charge adaptée. Il peut s'agir de troubles du langage, de la parole ou de la voix. L'objectif est de favoriser l'intégration de la personne dans son environnement et de maintenir la communication, quelle que soit sa forme.

La logopède participe à l'entretien des fonctions cognitives (mémoire...) dans le cadre de stimulations de groupe.

Elle s'occupe également des résidents ayant des troubles de la déglutition, c'est-à-dire de ceux qui rencontrent des problèmes lors de l'ingestion des aliments et des boissons. Elle assure l'adaptation alimentaire (choix des textures, mesures de prévention...) et fait le lien entre le service, la cuisine et les familles.

EN GUISE DE CONCLUSION

Grâce à une équipe soudée et professionnelle, nous permettons à chaque résident d'être heureux et de se détendre en vivant à son rythme dans son monde à lui. Son sourire et son calme seront notre récompense et vous réjouiront lors de vos visites, bien nécessaires pour lui et pour notre collaboration. Nous ferons ce bout de chemin tous ensemble.

Projet finalisé en mai 2008

ADRESSES UTILES

- Alzheimer Belgique ASBL

Avenue Van Overbeke 55

1083 Ganshoren.

Tél: 02/428.28.19

<http://www.alzheimerbelgique.be>

- Vlaamse Alzheimer Liga

Stationstraat 60-62

2300 Turnhout

Tél: 014/43.50.60

- La Ligue Alzheimer

Clinique Le Péri

4B, Rue Montagne

Ste Walburge

4000 Liège

Tél: 04/229.58.10

N° gratuit: 0800/15.225 (à partir de tout poste fixe en Belgique)

<http://www.alzheimer.be>

Ces associations proposent :

→ Conférences/ colloques

→ Groupes d'entraide

→ Formations

→ Entretiens individuels/ téléphoniques...

- Christelijke Mutualiteit :

Dienst Gezondheidsvoorlichting en – opvoeding, Landsbond der christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579 postbus 40, 1031 Schaarbeek

Tél: 02/246.48.64

<http://www.CM.be> (e-mail: gvo@cm.be)

- Centre Info-Démence à Bruxelles

Espace Roseau

Place Carnoy, 12,

1200 Bruxelles

Tel : 02/764.20.79

- vzw Werkgroep Thuisverzorgers

Groeneweg 151

3001 Heverlee

Tél : 016/22.73.37

<http://users.skynet.be/werkgroepthuisverzorgers>

- De expertisecentra dementie Vlaanderen

Via het centrale telefoonnummer 070/224.777

- Café Alzheimer

Lieu de rencontre pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs familles.

17 clos Sirius

1200 Woluwé Saint Lambert

Tél : 02/761.28.78

GUIDES, LIVRES

• **"Alzheimer - Le guide des aidants"***

Guide pratique qui permet sur base de mots clés de trouver rapidement réponses aux questions-problèmes.

Destiné aux proches, familles et professionnels, des personnes atteintes de démence. Ecrit dans un langage relativement simple, ce livre propose des solutions pratiques à la majorité de vos problèmes.

• **"Vivre dans la Confusion"***

Ouvrage pratique destiné aux familles et soignants professionnels.

• **"Chère Mamie"***

Livre sur la maladie d'Alzheimer destiné aux enfants.

Renaud et sa soeur Zoé racontent à travers ce livre les histoires vécues avec leur Mamie, qui a la maladie d'Alzheimer. On remarque que les enfants maîtrisent souvent mieux que leurs parents ces situations parfois tristes et parfois drôles.

• **« L'ABC de la maladie d'Alzheimer »***

Le guide pratique pour les familles et les soignants.

L'ABC de la maladie d'Alzheimer offre des moyens simples et concrets pour faire face efficacement aux difficultés de la vie quotidienne.

• **« Validation »** et **« Validation, mode d'emploi »**

Naomi Feil
Ed PRADEL

• **« Prise en charge de la personne démente »**

Michel Ylieff
Les cahiers du 3^{ème} âge. Edition Kluwer

• **« La mémoire qui flanche »**

R. Arnaud-Castiglioni ; M.P Pancrazi-Boyer ; B Michel ; P Combert
Ed SOLAL (1995)

• **« La vie quotidienne du malade d' Alzheimer »**

M Khosravi
Ed DOIN

* Les livres suivis d'un astérisque peuvent être commandés auprès des associations précédemment citées.

- « **L'alzheimer : vivre avec l'espoir** »
R Major Lapierre
Coll Le Corps à Vivre - Ed TCHOU
- « **Vivre avec des personnes âgées** »
C Pichaud – I Thareau
Ed CHRONIQUE SOCIALE
- « **Un « tabou » nommé Alzheimer** »
H Drera – P Brocker
Coll Vivre et Comprendre – Ed ELLIPSES (1999)
- « **Alzheimer ; un autre nom pour la folie** »
M Roach
Ed LA MANUFACTURE (1991)

Sites utiles:

<http://www.lademence.be>
<http://www.gezondheid.be>
http://www.geriatrieweb.fr/particulier_maladie.htm
<http://www.dementie.be>
<http://www.alzheimer-europe.org>
<http://www.alzheimerliga.be>
<http://membres.lycos.fr/Papidoc> (site sur la gérontologie en institution)
<http://alois.a.free.fr> (liste de discussion francophone sur la maladie d'Alzheimer).
<http://www.mutsoc.be/Mutsoc/MeDocumenter/Brochures/Personnes-desorientees.htm> (brochure « mieux communiquer avec les personnes âgées désorientées »).

Vidéo:

"**Communiquer avec des Personnes Agées de type Alzheimer**", Naomi FEIL