

SALTC

SALTC

Salto

PRODUCTION INTELLECTUELLE 2

PI No. 2 : Livret de formation en animation sociale

Programme de formation

Coordination Unibo (Elena Luppi)

Groupe de travail: Etcharry Formation Développement (Régine Anicet, Maia Berasategui, Michel Etchegaray), Cefal ER (Maria Grazia D’Alessandro), Diopter Open University (Lana Krvopić, Tanja Štimac), LHII Hernani (Mikel Perez).

« Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation du contenu, qui reflète uniquement le point de vue des auteurs, et la Commission ne peut pas être tenue responsable de toute utilisation qui pourrait être faite des informations qu’elle contient »



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Juin 2019

Table de matières

1. Introduction	5
2. Cadre conceptuel	8
2.1 Références pédagogiques	8
2.1.1 Andragogie	8
2.1.2 Apprentissage expérientiel	10
2.2 Concepts clés – socles	14
2.2.1 Qualité de la vie.....	14
2.2.2 Empowerment	16
2.2.3 Gentle Care.....	18
2.2.4 Bientraitance.....	20
2.3 Références méthodologiques.....	23
2.3.1 Approche centrée sur la personne	23
2.3.2 ROT (Reality Orientation Therapy – Orientation dans la réalité).....	26
2.3.3 Approche capacitante	28
2.3.4 Communication augmentative alternative (CAA).....	30
2.3.5 Communication non violente (CNV)	32
2.3.6 Réminiscence	35
2.3.7 Méthode de Validation	37
2.3.8 La Méthode Montessori	40
2.3.9 Thérapie occupationnelle	43
2.3.10 Stimulation cognitive	45
2.3.11 Stimulation sensorielle	48
3. Structure des modules	52
3.1. MODULE 1 – LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS : CHANGER LES « PARADIGMES ».....	53
3.2. MODULE 2 – L’ANIMATION SOCIALE : UN LEVIER POUR LA QUALITÉ DE VIE	55
3.3. MODULE 3 – LA RELATION/COMMUNICATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS	57
3.4. MODULE 4 – LA COMMUNICATION DANS L’ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PROFESSIONNELS	59
3.5. MODULE 5 – L’IMPLICATION DES FAMILLES ET DES PROCHES	61
3.6. MODULE 6 – EMPOWERMENT DES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS	63
3.7. MODULE 7 – LA RELATION AVEC LE TERRITOIRE	65
3.8. MODULE 8 – DÉVELOPPER UN PROJET D’ANIMATION SOCIALE.....	67

SALTO

SALTO

1. Introduction

« Animation sociale » (FR), « animación social » (SP), « animazione sociale » (IT)... L'expression fait désormais partie du langage professionnel courant, comme en témoignent des articles dans des revues consacrées à l'animation et au travail social.

Ce document présente la première proposition pour la mise en place d'un contenu formatif sur l'animation sociale d'au moins 150 heures, modularisé afin d'être adapté en fonction des besoins de chaque filière.

Ce livret de formation offrira une approche transversale conduisant à une prise en compte de l'animation sociale comme un élément de thérapie institutionnelle et non plus comme une activité occupationnelle dans les pratiques d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et/ou déficientes.

Ce contenu formatif modularisé pourra être mis en œuvre dans des processus de formation initiale proposés par les Universités et établissements de formation, ainsi que dans les établissements de formation continue s'adressant aux professionnels en exercice.

Le programme de formation initiale a été modifié en tenant compte des retours recueillis par les membres du groupe des Pédagogues dans leurs comités techniques locaux. Il a été mis en commun pendant deux rencontres et deux réunions Skype du groupe des Pédagogues puis une rencontre et une réunion Skype des représentants du groupe travaillant sur la production intellectuelle n°3. La proposition qui suit est née de la mise en commun et de la co-construction dans les CTL et le groupe des Pédagogues.

Le processus qui a amené à la création de ce modèle initial a impliqué plusieurs phases participatives, avec plusieurs réunions en présentiel et via Skype.

Le schéma page suivante décrit le processus.

Le groupe des Pédagogues a ensuite élaboré un cadre commun de références pédagogiques et de références méthodologiques qui est à la base du programme de formation proposé.

SALTO

SALTO

SALTO

2. Cadre conceptuel

2.1 Références pédagogiques

2.1.1 Andragogie

Référence pédagogique
<p style="text-align: center;">Andragogie</p> <p>Par « andragogie », on entend « l'ensemble des connaissances concernant les apprenants adultes de manière parallèle et distincte par rapport au modèle pédagogique de l'apprentissage des enfants » (Knowles, 1996).</p> <p>Knowles distingue les concepts d'andragogie et de pédagogie car il pense qu'il est possible d'identifier une série de différences substantielles entre l'apprentissage des enfants et celui des adultes.</p> <p>Knowles expose ces différences entre pédagogie et andragogie à travers six principes clés:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Le besoin de savoir : les adultes ressentent le besoin de savoir pourquoi quelque chose doit être appris et à quoi cet apprentissage peut servir. Par conséquent, la tâche du formateur est d'aider les apprenants à prendre conscience du « besoin de savoir ». De plus, l'apprentissage peut être renforcé par des expériences réelles.2. L'image de soi : les enfants sont vus et/ou se voient comme dépendants des autres. Bien que les adultes se considèrent comme des personnes responsables de leur vie, il existe des situations dans la vie, le travail ou les études dans lesquelles ils sont dépendants. Dans ce cas, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes doit être retravaillée et l'éducateur d'adultes a pour tâche de faciliter le passage de la dépendance à la capacité d'autonomie dans l'apprentissage et dans la vie.3. Le rôle de l'expérience précédente : l'expérience de l'apprentissage des adultes devient plus volumineuse et qualitativement différente de celle des jeunes. Le nouvel apprentissage doit en quelque sorte s'intégrer à l'expérience précédente. Cela indique que les ressources d'apprentissage les plus riches résident dans les personnes formées elles-mêmes. Pour cette raison, l'utilisation de techniques expérientielles (techniques qui prennent en compte les expériences des apprenants, telles que les discussions de groupe, les exercices de simulation, etc.) en ce qui concerne les techniques de transmission est fondamentale dans l'éducation des adultes.4. La disposition à apprendre : l'adulte manifeste la volonté d'apprendre ce que l'on doit savoir ou savoir faire, face aux besoins de la vie et en particulier dans les phases d'évolution. Les adultes sont disposés à apprendre ce dont ils ont besoin et savent comment gérer efficacement leur vie.5. L'orientation vers l'apprentissage : l'orientation vers l'apprentissage des adultes est centrée sur la vie réelle. En fait, ils acquièrent de nouvelles connaissances, compétences et valeurs beaucoup plus rapidement et efficacement lorsqu'elles sont

présentées dans le contexte de leur application à des situations réelles. La perspective est celle d'une réalisation immédiate de ce que j'ai appris.

6. La motivation : les pressions les plus puissantes pour les adultes sont des pressions internes telles que l'augmentation de l'estime de soi, la satisfaction professionnelle, l'amélioration de la qualité de la vie.

Principes du modèle andragogique:

En 1984, Knowles a suggéré 4 principes à appliquer à l'enseignement aux adultes :

1. Les adultes doivent être impliqués dans la planification et l'évaluation de leur apprentissage.
2. L'expérience et les erreurs constituent la base des activités d'apprentissage.
3. Les adultes sont davantage intéressés par le fait d'apprendre des choses qui ont un impact immédiat dans leur vie personnelle ou professionnelle.
4. L'enseignement aux adultes est davantage orienté vers la résolution de problèmes que vers le contenu (Kearsley, 2010).

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Knowles, M. S. (1950) *Informal Adult Education*, New York: Association Press. Guide destiné aux éducateurs basé sur l'expérience de l'auteur en tant qu'organisateur de programme au sein de l'UCJG.

Knowles, M. (1975). *Self-Directed Learning*. Chicago: Follet.

Knowles, M. (1984). *The Adult Learner: A Neglected Species* (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing.

Knowles, M. (1984). *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.

2.1.2 Apprentissage expérientiel

Référence pédagogique

Apprentissage expérientiel

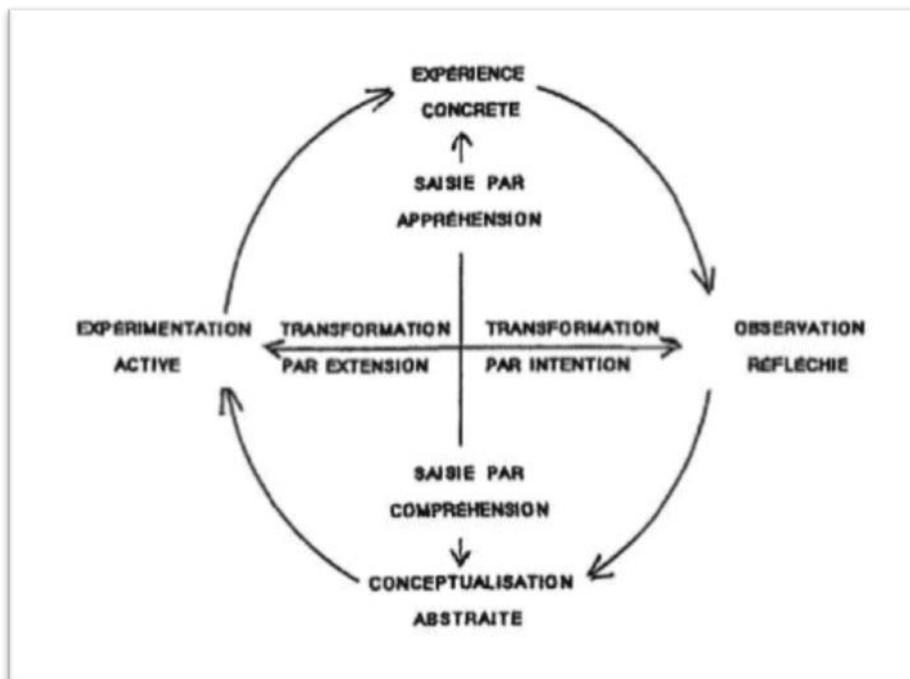
Influencé par les travaux de Dewey (1938), de Lewin (1961), de Piaget (1971) et de Kolb (1984), le concept actuel d'apprentissage expérientiel correspond à un processus durant lequel les participants façonnent leurs connaissances et leurs conceptions par le biais de transactions affectives et cognitives avec leurs milieux biophysique et social. Toujours dans cette perspective holistique, Kolb décrit cette forme d'apprentissage en recourant à quatre verbes d'action : penser, sentir, percevoir et se comporter. Bell (1995) résume cette démarche en décrivant l'apprentissage expérientiel comme une relation entre un individu et son environnement au cours de laquelle l'individu découvre une réalité concrète et signifiante. Durant la première étape, l'apprenant expérimente activement au lieu d'être placé en situation de récepteur de l'expérience des autres, telle qu'elle est interprétée par son enseignant (Herbert, 1995). À l'étape suivante, en groupe, de façon individuelle ou avec l'animateur, l'apprenant dispose d'un temps de réflexion pour construire ses propres significations et ses propres informations à partir des événements vécus. Il pourra, par exemple, penser à ce qu'il a appris, exprimer ses sentiments ou sa position par rapport à ce qui s'est passé, séparer les éléments de l'expérience et rattacher ces éléments à ses savoirs antérieurs. La dernière étape consiste finalement à faire connaître à des tierces personnes la valeur de l'expérience vécue ou à essayer sur le terrain ce qui a été compris. La pédagogie de l'apprentissage expérientiel s'apparente donc à la pédagogie active et affective: durant le processus, les apprenants ressentent des émotions telles que défi, compassion, plaisir, excitation, émerveillement, identification, désir de partager leurs impressions... Delay (1996) effectue un rapprochement entre ce type d'apprentissage et celui décrit par les théories constructivistes selon lesquelles les connaissances se construisent à partir du vécu.

Le modèle de Kolb synthétise, en particulier, les modèles d'apprentissage expérientiel de Lewin, Dewey et Piaget à partir des hypothèses suivantes communes aux approches des trois auteurs :

- l'apprentissage est un processus continu qui s'enracine dans l'expérience ;
- le processus d'apprentissage requiert la résolution de conflits entre des modalités d'adaptation à la réalité dialectiquement opposées;
- l'apprentissage est un processus holistique d'adaptation à la réalité ;
- l'apprentissage implique des échanges continus entre la personne et le contexte dans lequel elle se trouve ;
- l'apprentissage est le processus de création de connaissances.

Selon Kolb, le processus d'apprentissage expérientiel peut être décrit comme un cycle à quatre phases qui implique quatre modalités d'apprentissage adaptatif : l'expérience concrète, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. Dans ce modèle, expérience concrète/conceptualisation abstraite et expérimentation active/observation réflexive sont deux dimensions distinctes, chacune d'elles représentant

deux orientations adaptives opposées. Les bases structurelles pour le processus d'apprentissage résident dans les transitions entre ces quatre modèles adaptatifs, à travers des processus d'appréhension /compréhension et intention/extension.



Kolb (1984)

Kolb repère donc quatre stades dans l'apprentissage :

- stade de l'expérience concrète (EC), où l'apprentissage est principalement le résultat des perceptions et des réactions face aux expériences ;
- stade de l'observation réflexive (OR), où l'apprentissage dérive principalement de l'écoute et de l'observation ;
- stade de la conceptualisation abstraite (CA), au cours duquel l'apprentissage se concrétise à travers l'analyse et l'organisation systématique des informations et des flux relatifs ;
- stade de l'expérimentation active (SA), où l'action, l'expérimentation et la vérification des résultats représentent la base de l'apprentissage.

Au cours du stade des **expériences concrètes**, l'accent est mis sur l'implication directe et personnelle. Cette attitude engage la sphère émotive. L'interprétation des expériences tend à mettre en évidence l'unicité et la complexité de celles-ci plutôt que d'éventuels principes généraux. Le résultat est vécu comme un résultat de type personnel et est favorisé par une approche intuitive et par la capacité d'adaptation situationnelle. Durant la formation, les activités qui favorisent cette phase sont les activités d'atelier, les travaux sur le terrain, les exemples, les simulations, les jeux de rôle, le « training on the job » et en général toutes les activités qui rappellent le concret et l'application.

Pendant la phase d'**observation réflexive**, l'apprentissage se focalise sur la compréhension du sens à travers l'écoute, la confrontation et l'observation impartiale. La compréhension, la qualité de l'analyse et sa fiabilité ont une grande importance. Durant la formation, les outils facilitant le mieux cette phase sont la leçon, les lectures spécialisées, les références

théoriques, la discussion, les *case history*.

Au cours du stade de la **conceptualisation abstraite**, l'apprentissage est centré sur l'organisation logique des contenus et sur la possibilité d'identifier des règles et des dynamiques de processus, applicables de manière généralisée. Des théories et des démonstrations abstraites sont élaborées par le biais d'analyses, de repère de concepts-clés, des liens de cause à effet. La formation se réalise au travers d'outils comme les leçons, les articles, la représentation graphique et les diagrammes.

Dans l'**expérimentation active**, on se focalise sur la recherche d'options pour faire face à une situation concrète.

Un apprentissage efficace et complet implique les quatre phases du processus et le stade par lequel on débute n'a pas d'importance. En effet, il est possible de débiter l'apprentissage par n'importe quel stade du cycle. Chacun nécessite des habilités diverses pour qu'il se déroule de la meilleure manière possible.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Chartier. Les styles d'apprentissage entre flou conceptuel et intérêt pratique/savoir.

Dewey J. (1933) *How we think*. Heat, Boston.

Kolb D.A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall.

Pruneau, D. et Lapointe, C. (2002). L'apprentissage expérientiel et ses applications en éducation relative à l'environnement.

SALTO

2.2 Concepts clés – socles

2.2.1 Qualité de la vie

Fiche concept-clé
Qualité de la vie
<p>L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a donné en 1993 cette définition de la qualité de vie : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »</p> <p>Selon Monique Formarier, qui a été cadre de santé formatrice et rédactrice de la revue <i>Recherche en soins infirmiers</i>, les domaines qui influencent la qualité de vie d'une personne sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- l'état de santé et la gravité du handicap,- les aspects psychologiques et spirituels,- la famille et l'entourage,- le niveau socio-économique. <p>Le concept a pour point central la notion de perception, de « satisfaction globale du sujet vis à vis du sens général qu'il donne au bien-être ». Cette importance conférée au point de vue de la personne ajoute à la complexité du concept : la qualité de vie est un critère d'appréciation sensé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective.</p> <p>La qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne en fonction de ses propres normes et valeurs. Elle évolue dans le temps, aux différents âges de la vie.</p> <p>Selon Zribi et Poupée-Fontaine, la qualité de vie est en partie liée aux possibilités, pour les personnes, de prendre part aux décisions qui les concernent, tant sur le plan individuel que collectif. En effet, la qualité de vie a une dimension subjective, c'est-à-dire que chaque individu, en fonction de son système de valeurs, de sa culture, de ses attentes et de ses inquiétudes, a une perception singulière de ce qui lui paraît « bon » pour lui. Ainsi, pour les personnes handicapées, la qualité de vie est corrélée à la possibilité de s'exprimer concernant leur projet personnalisé. Cette notion affirme le droit : au libre choix, au consentement, à l'accès à toute information et à la participation de la personne à son projet personnalisé. Il s'agit de reconnaître les personnes comme des « sujets » à accompagner et non des « objets » à prendre en charge. La qualité de vie est également liée à la possibilité de s'exprimer au niveau collectif, de l'établissement et de la cité. Il s'agit de permettre aux personnes d'exercer leur rôle de citoyens et de ne pas être cantonnées à un rôle de bénéficiaires passifs.</p>
Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Formarier M., Les concepts en sciences infirmières. Édition association de recherche en soins infirmiers

Zribi et Poupée-Fontaine. Dictionnaire du handicap. Presses de l'EHESP

Article: des recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie EHPAD : pourquoi ce thème Empan vol 92.

<http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf>

2.2.2 Empowerment

Fiche concept-clé

Empowerment

L'idée du rôle de la personne comme actrice et citoyenne constitue le socle de l'accompagnement. En effet, l'*empowerment* est la reconnaissance et le renforcement des capacités de décision et d'action des personnes, sur le plan individuel et collectif.

Selon William Ninacs (2008 p.140), l'*empowerment* rassemble 4 composantes essentielles : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et dans leur interaction, elles permettent le passage d'une situation sans pouvoir d'agir à une autre où l'individu est capable d'agir en raison de ses propres choix.

L'*empowerment* en santé mentale est défini ainsi par l'OMS : « l'empowerment fait référence aux niveaux de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie ».

L'*empowerment* est un concept se référant à une série d'habiletés et de ressources qui permettent à la personne d'exercer un pouvoir positif, ou de disposer d'une marge de manœuvre sur sa propre vie.

Selon les définitions de Rappaport (1981) et Zimmerman (2000), l'*empowerment* est un processus qui permet aux individus d'accroître leurs capacités de contrôle actif sur leur propre vie et inclut trois dimensions, étroitement liées entre elles : un niveau individuel et psychologique, un niveau social et organisationnel et un niveau politique ou collectif.

On peut distinguer trois dimensions de l'*empowerment*:

- la dimension individuelle (concernant le bien-être et la mise en projet),
- la dimension socio-relationnelle (concernant la personne par rapport aux autres),
- la dimension institutionnelle (concernant la vie de la personne dans les organisations, dans le travail ou dans les organisations du temps libre).

L'*empowerment* ou le manque d'*empowerment* ont des implications sur ces trois différentes dimensions de la vie de la personne. Un projet se fixant pour but de développer l'*empowerment* de la personne, de la rendre autonome et capable d'exercer sa marge d'intervention et d'initiative sur son contexte de vie, doit agir sur plusieurs dimensions et domaines. On peut définir des compétences liées à l'*empowerment* par rapport aux trois dimensions citées plus haut.

En ce qui concerne la dimension individuelle de l'*empowerment*, un processus éducatif peut développer les compétences suivantes : estime de soi, confiance en soi, sens d'auto-efficacité (auto-évaluation, sensation d'être capable de faire face à la situation problématique), capacité d'auto-évaluation (déterminer ses points forts et points faibles, faire un bilan de ses compétences), capacité de lecture et de compréhension du vécu (raconter et analyser les épisodes les plus importants – positifs ou négatifs – de sa vie), locus de contrôle/lieu de maîtrise (ma part de libre arbitre sur les événements, le sens que je donne à ce qui m'arrive), stratégie d'adaptation (manière de faire face à un problème, de définir ses stratégies de

réussite).

En ce qui concerne la dimension socio-relationnelle, un projet centré sur la notion d'*empowerment*, à travers des méthodologies de travail de groupe et d'apprentissage coopératif, devrait permettre de progresser par rapport aux compétences suivantes : communiquer dans le groupe (communiquer ses opinions et ses points de vue), coopérer, jouer différents rôles dans le groupe (proposition, opposition, médiation, guide), gérer les conflits dans le groupe (reconnaître, comprendre/analyser, régler/résoudre le conflit), poursuivre des objectifs en groupe (définir des objectifs, un plan du travail, se donner des méthodes, diviser le travail pour atteindre le but), piloter et suivre le travail du groupe (évaluer pendant le parcours la réussite du travail, apporter des changements si nécessaire).

Sur le plan de l'institution, l'*empowerment* signifie mettre en place les conditions organisationnelles pour que la personne puisse : se sentir membre du groupe, prendre pleinement conscience de ses droits et de ses devoirs, faire entendre sa voix (participer à la vie de l'institution, prendre des responsabilités, organiser des activités) et prendre part aux décisions qui la concernent.

L'*empowerment* est donc un terme qui implique toutes les connaissances, les compétences et les modalités relationnelles grâce auxquelles un individu ou un groupe arrivent à se poser des objectifs et élaborer des stratégies pour les atteindre efficacement, en utilisant les ressources existantes.

Du point de vue de l'action, exercer l'*empowerment* signifie :

- être capable de poursuivre des buts,
- s'engager pour atteindre ces buts,
- percevoir que l'on a une marge de manoeuvre sur les événements,
- gérer les changements,
- instaurer des relations positives,
- coopérer.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Bacqué M-H et Biewener C., L'empowerment, une pratique émancipatrice ? Paris La découverte.

Jouffray C., Développement du pouvoir d'agir. Presses de l'EHESP

Ninacs W.A. (2008), Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité". Québec, Presses de l'université de Laval.

Rappaport, J. (1981). *In Praise of Paradox. A Social Policy of Empowerment over Prevention*. American Journal of Community Psychology, 1, 1-25.

Vallerie B., Interventions sociales et empowerment. Éditions l'Harmattan

Zimmerman M.A. (2000), Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis, in J. Rappaport, E. Seidman, "Handbook of Community Psychology", New York, Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

2.2.3 Gentle Care

Fiche concept-clé

Gentle Care

Le modèle Gentle Care, créé par Moyra Jones (1996), est une approche qui s'adresse aux personnes âgées et aux aidants dans le but de favoriser le bien-être des premiers et de réduire le risque d'épuisement professionnel des seconds. Cette approche est centrée sur les personnes âgées et la préservation de la continuité de l'existence. Elle exige, comme point de départ, une analyse de la personne : état clinique et pathologique, reconstruction de sa biographie, caractéristiques personnelles et contextuelles (Guaita, Jones, 2000). Cette analyse à large spectre est complétée par l'évaluation de l'impact que la maladie exerce sur la personne, tant physiquement que psychologiquement, dans l'expérience et les stratégies d'adaptation.

Cette évaluation est faite avec des outils quantitatifs, typiques de l'évaluation multidimensionnelle et qualitative, où le personnel soignant (professionnels et aidants familiaux) assume le rôle d'observateur des participants et la relation avec les personnes âgées. Les personnes âgées sont l'objet même de l'évaluation et de l'auto-évaluation. Cette évaluation inclut les capacités résiduelles des personnes âgées, les actions et les routines quotidiennes, les actions et les responsabilités des soignants et les risques de stress. Ce processus d'évaluation complexe et riche conduit à la réalisation d'un projet de soins, à partir d'objectifs réalistes, grâce à l'analyse des forces et des faiblesses du patient et de la situation donnée (Carbone, Tonali, 2007).

Dans la conception des soins, le modèle Gentle Care se penche sur l'environnement physique, à savoir le lieu et l'espace (ou les espaces) des soins (Guaita, Jones 2000) qui doivent être caractérisés par : sécurité, facilité d'accès et mobilité, fonctionnalité, flexibilité et changement.

Le soignant joue également un rôle important dans le projet de soins, en le partageant et en communiquant avec les opérateurs – qui doivent être conscients des dynamiques relationnelles au sein du noyau familial de la personne âgée et des ressources de la famille – des techniques d'organisation et de gestion du quotidien jusqu'aux stratégies pour faire face aux situations critiques (Vitali, 2004).

Les activités constituent, pour chaque patient, une routine quotidienne sur mesure. Elle est établie à partir des éléments biographiques et du contexte, connus et rassurants pour la personne, et de la mise en valeur de ses points forts. Le but est de créer une correspondance complète entre les besoins et les activités proposées.

Voici quelques exemples d'activités qui répondent au besoin de sécurité et d'intégrité biologique : contrôler la douleur, être capable de rester dans des positions confortables, bénéficier de temps de repos suffisants, conserver son énergie, profiter d'une routine familiale.

Les exemples de correspondance entre les besoins et les activités concernant le sentiment d'appartenance sont : la relation avec les animaux domestiques, la possession et l'accès à

des objets personnels importants, les plantes, la possibilité de recevoir une stimulation sensorielle, l'écoute, le toucher, l'organisation de l'espace.

En ce qui concerne l'estime de soi, les besoins correspondant aux activités sont identifiés comme suit : réminiscences et souvenirs, contrôle de l'argent, possibilité d'aider les autres, enseigner, apprendre, se souvenir et mener des activités créatives. (Vitali, 2004)

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Jones M. (1996) Gentle Care Changing the experience of Alzheimer's Disease in a positive way. Moyra Jones Resources, Burnaby BC, Canada.

Guaita A, Jones M., (2000), Il progetto GentleCare. Giornale di Gerontologia.

2.2.4 Bienveillance

Fiche concept-clé

Bienveillance

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « la bienveillance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'utilisateur. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. Selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)¹ sur la bienveillance, celle-ci « est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bienveillance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs ».

Les fondamentaux de la bienveillance:

- La bienveillance relève d'une culture partagée du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité.
- Pour le professionnel, il s'agit d'une manière d'être, de dire et d'agir, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. La bienveillance intègre le souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires, connues et sécurisantes pour tous et d'un refus sans concession de toute forme de violence.
- L'expression de l'utilisateur est valorisée. La bienveillance est concrètement une démarche répondant aux droits de l'utilisateur et à ses choix.
- La démarche de bienveillance est un aller-retour permanent entre penser et agir. Elle exige à la fois une réflexion collective sur les pratiques des professionnels, et nécessite une mise en acte rigoureuse des mesures que la réflexion collective préconise pour les améliorer. Dans cette optique, elle induit l'adoption d'une culture de questionnement permanent.
- La recherche de bienveillance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Par essence, elle est sans fin. Elle implique une réflexion et une collaboration incessantes entre tous les acteurs d'un accompagnement, à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié, à un moment donné.

¹ L'Anesm a rejoint la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis le 1^{er} avril 2018.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Bien-traitance et management dans les lieux d'accueil : de la maternité au grand âge / sous la direction de Danielle Rapoport. – Belin, 2016. – 1 vol. (271 p.).

Bientraitance et qualité de vie. Tome 2, Outils et retours d'expériences / coordonné par Michel Schmitt ; avec la collaboration de Luisa Aurojo-Attali, Marie Beaulieu, Marie-Ève Bédard... [et al.]. - Elsevier Masson, 2015. - 1 vol. (XX-293 p.).

L'éthique à l'épreuve des violences du soin / sous la direction de Dominique Davous, Catherine Le Grand-Sébille, Étienne Seigneur. - Érès, 2014. - 1 vol. (292 p.). - (Collection Espace éthique)

Prévenir les maltraitements pour des soins et une relation d'aide humanistes / sous la direction de Michel Schmitt ; avec la collaboration de Vincent Bilger, Loïc Blanchard, François Bricaire... [et al.] ; préface de Martine Chriqui-Reinecke. - Elsevier Masson, 2013. - 1 vol. (XXIX-317 p.).

SALTC

2.3 Références méthodologiques

2.3.1 Approche centrée sur la personne

Fiche référence méthodologique
<p style="text-align: center;">Approche centrée sur la personne</p> <p>Actuellement, l'attention accordée aux personnes âgées dans les services de soins et maisons de retraite est étroitement liée aux déficits et aux pathologies dont elles souffrent, ce qui fait qu'il est difficile de percevoir la personne comme un individu singulier, différent et précieux. En ce sens, les soins ont été conçus à partir d'une perspective de bien-être, où le professionnel et l'institution décident pour le bien de l'autre (améliorer sa santé, le garder en sécurité...) en ignorant ce que la personne ressent et pense. Il est important de continuer à jouir d'une vie qui a du sens, chose essentielle pour être heureux aussi dans la vieillesse.</p> <p>Les soins centrés sur la personne sont un moyen d'accompagner les aidés de façon personnalisée pour développer leur propre projet de vie, avec leur participation effective et en tenant compte, en plus de leurs besoins, de leurs préférences et de leurs désirs. L'approche centrée sur la personne (ACP) s'appuie sur la reconnaissance de la dignité de chaque personne et de son droit de continuer à être propriétaire de sa propre vie.</p> <p>Lorsqu'une personne a besoin de soutien, la santé et les soins personnels sont essentiels, mais il en va de même pour les choses qu'elle aime, ses habitudes et ses relations personnelles. Ce qui est fondamental dans ce modèle, c'est de savoir et de soutenir ce qui est vraiment important pour chaque personne à l'heure actuelle de sa vie.</p> <p>Le projet de vie de chaque personne correspond aux choix et stratégies que chaque individu met en oeuvre pour atteindre ses objectifs et satisfaire ses désirs par rapport au travail, à la famille, aux loisirs... Tous les gens, consciemment ou non, ont un projet de vie. Les personnes âgées ont également leur propre projet de vie. Dans le modèle de l'ACP, les professionnels et les organisations deviennent un soutien aux personnes âgées pour qu'elles poursuivent leurs projets de vie.</p> <p>À cet égard, la personne est un protagoniste actif et décide de ce qu'elle veut et de comment elle veut vivre sa vie. L'environnement et l'organisation deviennent support pour développer des projets de vie et assurer le bien-être des personnes.</p> <p>L'ACP est un modèle qui nécessite : le leadership des responsables des centres, l'implication des professionnels et la participation des usagers et de leurs familles. Dans certains cas, tout cela implique des changements dans les organisations.</p> <p>Pour approfondir le modèle, nous soulignons cinq aspects importants:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Professionnels : dans ce modèle, les professionnels n'agissent pas comme des prescripteurs experts qui indiquent à tout moment ce qu'il faut faire ou ne pas faire avec les usagers. En plus de donner des indications techniques relatives à la bonne prise en charge et à la protection des personnes, ils effectuent de nouvelles tâches liées à l'écoute et à l'observation, à l'accompagnement, à la motivation et à la

recherche d'opportunités et de soutiens. Les professionnels sont en mesure de responsabiliser les usagers.

2. Environnement physique agréable et significatif : l'environnement physique est une dimension très importante du bien-être des personnes. À partir des soins axés sur la personne, nous cherchons à créer un environnement chaleureux, loin du caractère institutionnel que l'on retrouve habituellement dans les établissements qui accueillent des personnes fragiles ou avec handicap. L'objectif est de s'assurer que ces structures ressemblent à une maison normale et, en bref, que l'environnement physique contribue à générer un climat convivial, heureux et stimulant tout en étant calme.
3. Activités thérapeutiques « ayant du sens » : une grande importance est accordée au fait que les activités thérapeutiques sont signifiantes pour les personnes. Les activités routinières, ennuyeuses ou enfantines, peu motivantes, sont laissées de côté. Les activités qui ont vraiment du sens sont recherchées et développées. Le modèle vise à offrir des propositions auxquelles les gens ne se sentent pas obligés d'adhérer parce que les professionnels les recommandent. Cela suppose un grand défi au sein du modèle, car sans abandonner les objectifs thérapeutiques, certaines interventions doivent être adaptées et personnalisées et générer de nouvelles alternatives.
4. Participation des personnes âgées et des membres de leur famille au plan de soins et projet de vie : dans l'ACP, la participation de la personne à sa prise en charge est une chose à laquelle on ne peut renoncer, même lorsque la personne souffre d'une détérioration cognitive grave. Dans ce cas, le soutien des membres de la famille, des amis proches et des professionnels est nécessaire. Pour y parvenir, les occasions de choisir sont identifiées et les gens peuvent prendre des décisions à tout moment de la journée.
5. Pour que toutes ces considérations soient efficaces, l'organisation doit faire preuve de souplesse, de sorte que certains changements doivent être apportés au niveau organisationnel. Pour cela, les changements possibles sont promus, planifiés et conduits de manière graduelle, sans perdre de vue que ce qui importe est la qualité de vie et le bien-être des personnes. Des efforts sont faits pour aller de l'avant à partir du consensus. Pour cela, l'implication des personnes âgées, des membres de leur famille et surtout des professionnels de soins est favorisée.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Hafskjold L, Sundler AJ, Holmström IK, Sundling V, Van Dulmen S & Eide H. (2015). A Cross-Sectional Study On Person-Centred Communication In The Care Of Older People: The Comhome Study Protocol. *Bmj Open*, 5 (4), E007864.

Lloyd B & Stirling C. (2015). A Tool To Support Meaningful Person-Centred Activity For Clients

With Dementia – A Delphi Study. *Bmc Nursing*, 14 (1), 10.

Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J & Muñiz J. (2015). Spanish Validation Of The Person-Centered Care Assessment Tool (P-Cat). *Aging & Mental Health*, (Ahead-Of-Print), 1-9

Roberts G, Morley C, Walters W, Malta S & Doyle C. (2015). Caring For People With Dementia In Residential Aged Care: Successes With A Composite Person-Centered Care Model Featuring Montessori-Based Activities. *Geriatric Nursing*, 36 (2), 106-110

Rokstad AMM, Vatne S, Engedal K & Selbæk G. (2015). The Role Of Leadership In The Implementation Of Person-Centred Care Using Dementia Care Mapping: A Study In Three Nursing Homes. *Journal Of Nursing Management*, 23 (1), 15-26.

Ross H, Tod AM & Clarke A. (2015). Understanding And Achieving Person-Centred Care: The Nurse Perspective. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (9-10), 1223-1233.

Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K & Edvardsson D. (2015). To What Extent Is The Work Environment Of Staff Related To Person-Centred Care? A Cross-Sectional Study Of Residential Aged Care. *Journal Of Clinical Nursing*, 24 (9-10), 1310-1319.

Vikström S, Sandman PO, Stenwall E, Boström AM, Saarnio L, Kindblom K & Borell L. (2015). A Model For Implementing Guidelines For Person-Centered Care In A Nursing Home Setting. *International Psychogeriatrics*, 27 (01), 49-59.

Villar F, Vila-Miravent J, Celdrán M & Fernández E. (2015). Assessing The Well-Being Of Patients With Dementia: Validity And Reliability Of The Spanish Version Of The Dementia Care Mapping (Dcm) Tool/La Evaluación Del Bienestar En Pacientes Con Demencia: Validez Y Fiabilidad De La Versión Española Del Dementia Care Mapping (Dcm). *Estudios De Psicología*, (Ahead-Of-Print), 1-24.

2.3.2 ROT (Reality Orientation Therapy – Orientation dans la réalité)

Fiche référence méthodologique
ROT Reality Orientation Therapy Orientation dans la Réalité
<p>Il s'agit de l'approche multistratégique la plus connue (Taulbee, 1984, Zanetti et al., 2005). Cette méthodologie a été conçue par Folsom (1968) et développée plus tard en tant que technique de réadaptation spécifique pour les patients atteints de troubles cognitifs ou présentant une détérioration cognitive (Baldelli 1990, Zanetti 1995, Baines et al 1987).</p> <p>Il s'agit d'une technique centrée sur la stimulation cognitive du sujet. On lui présente des informations sur son histoire personnelle et son environnement spatio-temporel pour améliorer son comportement, son orientation, son autonomie et sa qualité de vie. Elle vise à réorienter le patient par rapport à lui-même, sa propre histoire et son environnement.</p> <p>Deux modes thérapeutiques complémentaires existent :</p> <ol style="list-style-type: none">1. ROT informel2. ROT formel (« en contexte structuré avec professionnels ») <p>Le ROT donne de bons résultats avec des patients présentant une déficience cognitive légère ou modérée, sans déficits sensoriels et troubles du comportement pouvant affecter la participation aux séances. Cependant, les troubles suivants peuvent être considérés : apathie, dépression, troubles de l'appétit.</p> <p>Le ROT formel, après la formation, peut être proposée par un animateur, un éducateur, un psychologue ou un opérateur bien formé. Le ROT informel peut être proposé par un animateur, un éducateur, un psychologue, un opérateur, une infirmière, un membre de la famille.</p> <p>ROT est actuellement l'un des rares exemples de « formation cognitive » qui peut donner des résultats positifs chez les patients atteints de démence. L'enthousiasme avec lequel le ROT a été accepté par les professionnels de la santé s'explique, au moins en partie, par d'autres raisons : c'est une technique simple et économique, gérée par un personnel relativement peu qualifié. En outre, le ROT offre aux professionnels et aux membres de la famille le sentiment de « faire quelque chose » pour la personne qui se trouve dans un état pathologique. La principale critique de ROT est que, face à une amélioration des performances cognitives, il n'y a aucun impact sur le niveau fonctionnel et sur les compétences quotidiennes. Selon ses détracteurs, l'efficacité de ROT est essentiellement subordonnée à l'enthousiasme des opérateurs.</p>
<u>Pour en savoir plus</u>
<u>Références bibliographiques</u>
Baines S., Saxby P., Ehlert K., (1987), Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people, Br. J Psychiatry Aug;151:222-31. Folsom, J.C. (1968): Reality orientation for the elderly mental patient. J. Geriatr. Psy- chiat.: 294,

spring.

Folsom, J.C. and Folson, G.S.: (1974), The real world. *Mental Health*: 29-33.

Onder G. , Zanetti et al. *Br.J. Psychiatry* 2005; 187; 450-455 "Efficacy of a home-based reality orientation therapy programme combined with cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: a randomised controlled trial"

2.3.3 Approche capacitante

Fiche référence méthodologique

Approche capacitante

L'approche capacitante (AC) est une modalité de relation interpersonnelle basée sur la parole qui vise une cohabitation positive entre les personnes âgées fragiles et/ou atteintes de démence, les professionnels et les proches. La méthode utilisée est la reconnaissance des compétences de base et peut être utilisée dans tous les domaines, en plus elle s'applique également à la formation des opérateurs.

Née en 2000 dans le groupe Anchise à la suite de l'analyse de conversation de Giampaolo Lai, l'approche s'est enrichie de la contribution d'autres auteurs : Naomi Feil et la *Validation*, Tom Kitwood et l'approche psychosociale, Moyra Jones et la *Gentlecare*, Amarthia Sen et la *Capability approach*.

L'AC est un dépassement de l'approche traditionnelle de l'assistance qui part de l'analyse des besoins des usagers et, dans le cas des personnes atteintes de démence, essaye de les satisfaire sans leur implication.

Cinq *compétences élémentaires* sont prises en compte dans l'AC :

1. *Compétence à parler*, c'est-à-dire produire des mots indépendamment de leur signification. On valorise le mot, en particulier celui de la personne souffrant de démence, quel qu'il soit, même tronqué, répété ou dénué de sens, parce que la personne qui parle n'est pas isolée, elle se glisse immédiatement dans un contexte. On cherche, par des techniques verbales appropriées, à maintenir en vie l'utilisation de la parole, convaincus que les mots de la personne atteinte de démence ont un sens (de son point de vue), même si nous ne le comprenons pas.
2. *Compétence à communiquer* (différente de celle de parler) qui s'exprime par un langage verbal, paraverbal et non verbal.
3. *Compétence émotionnelle*, c'est-à-dire ressentir des émotions, reconnaître celles de l'interlocuteur et les partager.
4. *Compétence à négocier* concernant les choses de la vie quotidienne (une expression de cette compétence est observable dans le choix du sujet de la conversation lors des échanges verbaux).
5. *Compétence à décider*, même en présence de déficits cognitifs et dans des contextes de réduction de la liberté de décision. Les expressions extrêmes de cette compétence sont représentées par les comportements d'opposition, de fermeture relationnelle et d'isolement du monde.

Dans un environnement capacitant la personne âgée peut mener à bien les activités dont elle est capable, comme elle en est capable, sans se sentir en faute, dans le seul but d'être satisfaite (autant que possible) de faire ce qu'elle fait, comme elle le fait, dans le contexte dans lequel elle se trouve.

La deuxième caractéristique de l'approche capacitante est qu'elle peut être utilisée aussi

bien dans des contextes spécifiques (par exemple, entretien d'accueil, entretiens individuels, groupes de parole pour les personnes atteintes de démence, groupes d'auto-assistance pour les proches, cours de formation) que lors d'activités non spécifiques, dans des réunions occasionnelles de la vie quotidienne et pendant les activités professionnelles de chaque opérateur.

Pour en savoir plus

Référence bibliographique

Vigorelli P., (2019), The Enabling Approach projects for elderly with dementia, Youcanprint.

2.3.4 Communication augmentative alternative (CAA)

Fiche référence méthodologique

Communication Augmentative Alternative

Communication Augmentative Alternative (normalement abrégée C.A.A.) est le terme utilisé pour décrire tous les modes de communication qui peuvent aider à communiquer avec les gens qui ont des difficultés avec les canaux de communication les plus couramment utilisés, en particulier le langage et l'écriture.

Elle est définie comme « augmentative » car elle ne se contente pas de remplacer ou de proposer de nouveaux modes de communication mais, en analysant les compétences du sujet, indique des stratégies pour les amplifier (par exemple les vocalisations, le langage verbal, les gestes et les signes). Elle est appelée « alternative » car elle utilise des stratégies et des techniques autres que le langage parlé.

Cette « approche » vise à créer des opportunités de communication réelles et d'implication effective de la personne. Par conséquent, elle doit être flexible et faite sur mesure pour la personne elle-même.

Ce type de communication peut inclure l'utilisation de nouvelles technologies pour la stimulation cognitive.

Certaines études ont montré que l'utilisation des nouvelles technologies (tablettes, écrans tactiles, programmes C.A.A.) conduit à une amélioration des capacités d'attention, à une coordination manuelle des yeux et à une bonne capacité à gérer les sautes d'humeur, à l'acquisition de nouvelles compétences et à augmenter l'estime de soi.

La C.A.A. ne s'identifie pas à une « méthode » mais à un ensemble de techniques, stratégies et technologies accessibles à la personne qui ne parle pas, à ses interlocuteurs et à son milieu de vie. La priorité est de faciliter l'expression des personnes qui ne parlent pas ou ne parlent pas d'une manière compréhensible pour les aider à être actives et à communiquer.

Au sein de la C.A.A., il existe de nombreuses approches techniques différentes dérivées des expériences cliniques, scientifiques et culturelles. L'expert C.A.A. a la responsabilité technique de choisir et d'appliquer l'approche la plus efficace et la plus appropriée aux besoins et aux caractéristiques individuelles de la personne non-parlante (âge, pathologie de base, compétences de communication résiduelles, capacités visuelles, etc.)

En accord avec ces besoins sont adoptées ou suggérées des solutions que la personne adopte dans sa vie quotidienne.

Il n'y a pas de protocole unique, car l'action dépend de la pathologie de base de la personne, de son âge et de ses besoins de communication. Il n'y a généralement pas de fracture entre l'apprentissage et l'utilisation fonctionnelle, car les solutions doivent être apprises dans des situations de communication réelles directement à travers leur utilisation.

Cependant, la C.A.A. doit être potentiellement utilisée par toutes les personnes qui entrent en contact avec des personnes qui ont des difficultés avec la parole. Il est d'usage qu'une personne plus expérimentée ou plus compétente joue un rôle particulier de facilitateur.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1989), Competencies for speech-language pathologist providing services in augmentative communication, Asha, 31, pp.107-110.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (1991), Report: Augmentative and alternative communication, Asha, 33 (Suppl. 5), pp.9-12.

Beukelman DR, Mirenda P. (1998), Augmentative and Alternative communication: management of severe communication disorders in children and adults, Baltimore, Paul H Brookes, (2nd ed).

Cafiero J. (1998), Communication power for individuals with autism, "Focus on autism and other developmental disabilities", vol.13, n. 2, pp.113-121.

Johnson R (1994) The Picture Communication Symbols combination, Solana Beach, CA, Mayer-Johnsons Co.

Schlosser RW. (2003), The efficacy of augmentative and alternative communication: Towards evidence-based practice, New York, Academic Press.

Sites internet

<http://www.arasaac.org/aac.php>

<http://www.blissymbolics.org/index.php/about-blissymbolics>

<http://www.elmetodoarrietafilm.com/es/>

2.3.5 Communication non violente (CNV)

Fiche référence méthodologique

Communication non violente (CNV)

La Communication non violente (NonViolent Communication ou CNV en français) est une pratique (et un processus de communication) conçue et développée par Marshall Rosenberg, psychologue américain, élève de Carl Rogers.

M. Rosenberg a grandi à Detroit, à l'époque des conflits raciaux et de classe, ville dans laquelle il fut confronté presque tous les jours à des épisodes de violence.

Il a étudié la psychologie clinique et les religions comparées ; il a approfondi l'étude de la vie des « porteurs de paix » et s'est intéressé à toutes les disciplines qui, selon lui, l'ont aidé à comprendre les facteurs de la violence et ce qui contribue à la réduire.

Formé dans le cadre de la psychologie humaniste (A. Maslow, C. Rogers, E. Gendlin etc.) il a intégré ses compétences dans le processus qu'il a appelé « Communication non violente ».

M. Rosenberg a fondé en 1984 le « Center for NonViolent Communication » (Centre pour la communication non violente), une organisation internationale à but non lucratif qui compte plus de 100 formateurs qui diffusent la CNV dans 30 pays – en Amérique du Nord et du Sud, en Europe, en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique – et organisent des séminaires pour les enseignants, les psychologues, les parents, les médiateurs, les managers, les prisonniers et les gardiens de prison, la police, le personnel militaire, le clergé et le personnel de l'administration publique.

La CNV suggère une méthode facile à comprendre et efficace pour aller à la racine de la violence, de la souffrance et des conflits.

Fondamentalement, il s'agit de savoir quels sont les besoins frustrés à la base de ce que nous faisons ou disons, et ce qui est susceptible de nous aider à réduire l'hostilité, à soulager la douleur et à établir des relations plus satisfaisantes sur le plan personnel, émotionnel ou professionnel.

La méthode est basée sur le développement des capacités de conscience, d'empathie et des pratiques de communication. La nouveauté s'inscrit dans le caractère intégratif, la clarté et la simplicité du modèle qui nous invite à détourner l'attention des pensées (juste/erroné, vous devez/ne pouvez pas, mérite/culpabilité), afin de concentrer notre conscience vers quatre points ou informations fondamentales qui facilitent l'expression :

- faits
- sentiments
- besoins
- moyens possibles de satisfaire ces besoins (stratégies/demandes)

La méthode nous soutient et nous propose un chemin sûr concernant les deux composantes de la communication : comment nous nous exprimons et comment nous recevons les messages des autres.

Concernant la communication orale, la CNV nous invite à différencier les observations des évaluations, suggérant d'observer attentivement ce qui se passe, en écartant les

interprétations et en privilégiant l'observation des faits plutôt que les jugements moralisateurs. Elle nous invite à exprimer simplement et honnêtement nos besoins sans critiquer ni insulter les autres, en concluant par l'expression de ce que nous voudrions.

La pratique nous permet donc d'acquérir une grande lucidité sur ce que nous ressentons et sur l'origine de nos sensations, elle nous aide à reconnaître et exprimer nos besoins et nos valeurs, et à être capables d'exprimer des demandes précises et concrètes dans le présent.

Par le terme besoins, la CNV entend une grande variété d'exigences partagées par tous les êtres humains : des besoins de survie tels que la nourriture, l'air, le repos, aux besoins plus complexes tels que le respect, l'autonomie, l'estime etc.

En ce qui concerne l'écoute, la CNV nous permet de comprendre les besoins des autres au-delà de la critique, du jugement ou de l'agressivité ressentis.

Quelle que soit la façon dont les gens s'adressent à nous, la CNV nous permet d'être conscients que nous avons le pouvoir de choisir entre le conflit ou le déchiffrement – empathique – chez les autres des quatre informations (faits, sentiments, besoins, stratégies) même lorsqu'elles sont cachées sous une chape de pensées égocentriques et s'expriment de manière tragique, à travers des jugements moralisateurs, des revendications ou des obligations.

Ce langage est simple et exige en même temps un entraînement car la culture dominante dans laquelle nous avons été formés nous a probablement le plus souvent appris à communiquer d'une manière déconnectée de ce qui est naturellement vivant en nous et chez les autres.

La CNV part de l'hypothèse que tout conflit est basé sur la discordance des stratégies proposées, et que de nombreuses stratégies alternatives peuvent être imaginées pour satisfaire les mêmes besoins.

Les besoins sont partagés par tous tandis que les moyens de les satisfaire peuvent être très différents d'une personne à l'autre et selon les différentes cultures d'appartenance.

En d'autres termes : les besoins sont universels, donc partagés et compréhensibles par tous et, à partir de ceux-ci, nous pouvons tous nous comprendre, alors que les stratégies sont multiples et extrêmement subjectives. Si l'on reste concentré uniquement sur ces dernières, il est facile d'en arriver aux conflits et d'alimenter la violence.

En présence de deux points de vue contradictoires, l'émergence des besoins des uns et des autres permet une connexion entre les parties et l'identification des stratégies pertinentes pour satisfaire tous les besoins.

L'action du facilitateur dans la médiation vise donc à :

- soutenir l'identification des besoins de chaque partie (quelle que soit la manière dont ils sont exprimés),
- s'assurer que ces besoins ont été correctement perçus par l'autre partie,
- stimuler l'empathie dont chacun a besoin pour accueillir et comprendre les besoins de l'autre,
- vérifier que tout le monde comprend ses propres besoins et ceux de l'autre,

- aider les parties à traduire les solutions possibles en actions spécifiques.

En proposant la CNV, M. Rosenberg a donné naissance à des programmes de pacification dans des pays déchirés par des conflits tels que le Rwanda, le Burundi, le Nigéria, la Malaisie, l'Indonésie, le Sri Lanka, la Sierra Leone, le Moyen-Orient, la Colombie, la Serbie, la Croatie et l'Irlande du Nord.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Rosenberg, Marshall (2003). Nonviolent Communication: A Language of Life. Puddledancer Press.

Rosenberg, Marshall B. (2005). Speak Peace in a World of Conflict: What You Say Next Will Change Your World. Puddledancer Press. p. 240.

Rosenberg, Marshall (2006). The Nonviolent Communication Training Course. Boulder, Colorado: Sounds True, Inc. pp. Disc Eight, "How Nonviolent Communication Supports Social Change".

Rosenberg, Marshall (2005). The Heart of Social Change: How You Can Make a Difference in Your World. Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 10–12.

Rosenberg, Marshall (August 2002). Nonviolent Communication: A Language of Compassion (8th Printing ed.). Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 155–163.

Sites internet

<https://www.cnvc.org>

<https://www.nonviolentcommunication.com/index.htm>

2.3.6 Réminiscence

Fiche référence méthodologique

Réminiscence

La réminiscence est une intervention psychosociale qui vise à accroître le bien-être, la confiance en soi et l'intégrité du soi. Elle s'est révélée efficace pour réduire les troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence. Elle est basée sur la prédisposition des personnes âgées à ré-évoquer le passé, ainsi que sur la préservation de la mémoire à long terme chez la personne atteinte de démence. Des outils technologiques tels que l'ordinateur, via l'utilisation de photographies, de musique et de vidéos, peuvent être utilisés comme facilitateurs dans le processus de récupération des souvenirs. La réminiscence peut également fournir un outil de soutien pour l'anamnèse de l'histoire personnelle en la préservant lors des étapes suivantes de la maladie.

La réminiscence peut être utilisée dans différents buts : augmenter la satisfaction de vivre et le bien-être chez les personnes âgées, intervenir auprès des personnes âgées souffrant de dépression légère et majeure, stimuler les fonctions cognitives dans le cadre de la démence. L'une des capacités cognitives principalement affectées par la démence est la mémoire à court terme, tandis que la mémoire à long terme reste intacte jusqu'à des stades sévères de la maladie. La détérioration cognitive implique une perte de l'identité, soutenue par la mémoire autobiographique, et des relations sociales (Addis et Tippet, 2004). En effet, nos souvenirs sont fondamentaux pour partager nos expériences, pour nos relations et pour maintenir notre identité et notre sentiment de soi (Addis, 2004, Cohene et collaborateurs, 2006). La thérapie de la réminiscence est basée précisément sur l'importance de la mémoire pour soutenir l'identité et le bien-être de la personne. Elle prévoit une « discussion d'activités et d'expériences passées avec une autre personne ou en groupe, généralement avec l'utilisation d'aides telles que des photos et autres éléments du passé comme la musique » (Woods et collègues, 2008).

La réminiscence n'est pas seulement une intervention mais est utile pour « l'accomplissement de nombreux objectifs, y compris la communication, la socialisation et faire ressentir du plaisir et de l'implication » (Woods, 1999). Les principaux objectifs que la réminiscence réussit à atteindre sont la stimulation de la mémoire, l'amélioration de l'humeur et du bien-être, l'efficacité des soins par la personnalisation de l'intervention et l'allègement de la charge de l'aidant.

Des recherches montrent qu'il existe des facteurs prédictifs du succès de la thérapie de la réminiscence. Les études de Watt et Wong (1991) montrent un lien entre l'utilisation de la réminiscence intégrative et instrumentale et des améliorations importantes en termes d'adaptation positive et de bien-être psychologique, avec une réduction sensible des symptômes dépressifs (Karimi et collaborateurs, 2010 ; Bohlmeijer et al., 2003). On constate un meilleur résultat chez les personnes ayant une attitude positive envers la réminiscence que chez celles qui s'en désintéressent (Bohlmeijer et al., 2003).

Pour concevoir une intervention satisfaisante, il est nécessaire de définir des facteurs spécifiques : l'environnement, les objectifs de l'intervention, les caractéristiques du groupe de référence et la compétence du conducteur de l'intervention. Deux types de thérapie peuvent être identifiés :

- Réminiscence simple : narration non structurée et spontanée de la vie personnelle. L'objectif central est de rappeler des souvenirs positifs, faciliter la communication et les contacts sociaux pour améliorer le bien-être immédiat (Webster et collègues, 2010). Le rôle du conducteur est de faciliter le processus de réminiscence spontanée et de favoriser l'interaction sociale.
- Revue de vie : elle est plus structurée, axée sur l'intégration des événements positifs et négatifs. Elle vise avant tout les personnes qui ont besoin de soutien et de stratégies d'adaptation pour surmonter les adversités de la vie. Elle permet d'aider la personne à avoir une vue d'ensemble pour se rappeler comment ces événements sont apparus et sont devenus ce qu'ils sont. Cela permet de se concentrer sur les ressources d'adaptation utilisées dans le passé et sur les valeurs qui ont permis à la personne de s'adapter avec succès aux changements et de surmonter les difficultés de la vie. Elle a donc une fonction de résolution des problèmes et de formation identitaire. L'objectif principal est l'acceptation de soi : les gens sont encouragés à reformuler leurs expériences de manière plus appropriée, en intégrant des expériences positives et négatives. L'animateur doit avoir des capacités plus spécifiques, et doit essayer de restructurer le sens des événements passés.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Addis, D.R. Tippet, L. (2004) Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, pp 56.74.

Bohlmeijer, E. Smit, F. Cuijpers, P. (2003) Effects of reminiscence and life review on late life depression: a meta analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Volume 18, pp 1088.1094.

Webster, J.D. Bohlmeijer, E.T. Westerhof, G.J. (2010) Mapping the future of reminiscence: a conceptual guide for research and practice. *Research of ageing* 32(4) pp 527&564.

Woods, P. Ashley, J. (1995) Stimulated presence therapy: using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. *Geriatric Nursing*, volume 16, numero 1 pp 9&14.

Site internet

Alzheimer association <http://www.alz.org/>

2.3.7 Méthode de Validation

Fiche référence méthodologique

Méthode de Validation

Cette méthode a été développée entre 1963 et 1980 par Naomi Feil, diplômée de l'Université de Columbia et membre de l'Académie des assistants sociaux. Dans les années 1960, Feil a travaillé dans une maison de retraite de Cleveland aux États-Unis, où elle est entrée en contact avec le monde des personnes âgées désorientées et a commencé à élaborer la méthode de validation.

Cette technique consiste à promouvoir le développement mental des personnes âgées ayant des problèmes, à interpréter leur comportement et à les aider à retrouver leur dignité personnelle.

La théorie de Validation se base sur les principes de la psychologie comportementale analytique et humaniste. Chacune des phrases suivantes illustre une facette de la théorie :

- Acceptez votre patient sans le juger. (Carl Rogers)
- Le thérapeute ne peut pas vraiment comprendre ou modifier le comportement si le patient n'est pas disposé à changer ou n'a pas la capacité intellectuelle nécessaire à l'introspection. (Sigmund Freud)
- Considérez votre patient comme un individu sans équivalent. (Abraham Maslow)
- Les sentiments exprimés, puis reconnus et légitimés par un auditeur qui jouit de la confiance du patient deviendront moins intenses. Lorsqu'ils sont ignorés ou refusés, les sentiments prennent de la force « Le chat ignoré devient un tigre ». (Carl Jung).
- Chaque phase de la vie a une tâche centrale que nous devons affronter dans un délai inscrit dans le court espace de la vie humaine. Nous devons faire l'effort de bien mener cette tâche, puis passer à la tâche suivante. (Erik Erikson).
- Une tâche négligée nécessite d'être terminée lors du stade suivant. (Erik Erikson)
- Les êtres humains font l'effort de maintenir l'équilibre (homéostasie). (S. Zuckerman)
- Lorsque la mémoire récente (mémoire à court terme) s'affaiblit, les personnes très âgées rétablissent l'équilibre en rappelant des souvenirs anciens. Lorsque la capacité visuelle diminue, ils utilisent les yeux de l'esprit pour voir. Quand l'ouïe s'efface, ils écoutent les sons du passé. (Wilder Penfield)
- Les souvenirs lointains, bien conservés, persistent chez la personne très âgée. (F. G. Schettler et G.S. Boyd)
- Le cerveau n'est pas le seul régulateur du comportement chez la personne très âgée. Le comportement est une combinaison de changements physiques, sociaux et intrapsychiques qui se produisent pendant la courte période de la vie. (Adrian Verwoerdt)
- Des examens autoptiques ont montré que de nombreuses personnes très âgées survivent avec des lésions cérébrales graves, en restant relativement orientées. (Charles Wells)
- Il y a une cause derrière le comportement de personnes très âgées et désorientées.

(Naomi Feil)

- Chaque être humain est précieux indépendamment de son degré de comportement.

(Naomi Feil)

Comme on peut le constater, ces phrases, choisies par Naomi Feil, exposent une théorie qui met au centre le respect profond de la personne âgée, considérée comme importante, malgré les pertes dues à la déchéance psycho-physique.

La méthode de Validation trouve ses fondements dans la théorie des étapes de la vie d'Erik Erikson, qui met l'accent sur la stricte dépendance entre les aspects biologiques, mentaux et sociaux de l'être humain, et ses actions. En pratique, il affirme que nous réussissons à accomplir une tâche donnée, qui nous incombe à un certain stade de notre vie, seulement si nous avons mené à bien les tâches précédentes des premières années de l'existence.

Il y a une autre étape de la vie, atteinte par ceux qui vivent jusqu'à un âge avancé. Au cours de cette période, les émotions non résolues dans le passé doivent être débloquées : toute personne dans cette condition ressent le besoin d'être écoutée, sinon elle glissera irrémédiablement dans un état végétatif.

Ainsi se dessine une tâche fondamentale de l'opérateur de la méthode de Validation : écouter, même si l'on n'arrivera probablement pas, étant donné l'étape désormais avancée de la vie, à une véritable résolution.

Ci-dessous quelques points fondamentaux de la technique :

1. Recueillir des informations sur la personne âgée.

En particulier, il est essentiel de connaître : son stade de désorientation ; les tâches et émotions inachevées ; les relations humaines et affectives du passé ; la profession, les passe-temps ; le rapport avec la religion ; la façon dont la personne affronte les difficultés et les pertes ; l'histoire clinique. Ces informations peuvent être recueillies à travers des questions à la personne, posées à différents moments de la journée et pendant au moins deux semaines. Les questions ont été indiquées par Feil, car elles doivent être suffisamment précises pour guider l'opérateur.

2. Évaluer le stade de désorientation.

Les stades peuvent être :

- Premier stade : troubles de l'orientation.
- Deuxième stade : confusion temporelle.
- Troisième stade : mouvements répétitifs.
- Quatrième stade : vie végétative.

3. Rencontrer la personne régulièrement et utiliser les techniques de validation.

La durée de chaque entretien dépend du stade de désorientation dans lequel se trouve la personne : d'un minimum d'une à un maximum de quinze minutes (le temps le plus court est dédié à ceux qui présentent les problèmes majeurs). Dans tous les cas, ce n'est pas la quantité, mais la qualité du temps imparti qui compte. La fréquence idéale dépend également des situations individuelles : on passe de plusieurs fois par jour à quelques rencontres hebdomadaires, ou moins fréquemment encore. Il est important de savoir

percevoir à temps le ressenti de réduction de la gêne chez la personne âgée, qui indique la fin de l'entretien (dans ce cas également, Feil donne des indications très précises).

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Day C. R., Validation Therapy: A Review of the Literature, Journal of Gerontological Nursing. 1997; 23 (4): 29-34.

Feil N. (1993) Validation therapy with late-onset dementia populations. in Care-giving in dementia; research and applications, Eds. Jones & Miesen, New York: Tavis/Routledge, pp. 199-218.

Feil N. (2003) Validation: the Feil method. How to help disordered Old-Old Edward Feil Productions.

2.3.8 La Méthode Montessori

Fiche référence méthodologique

La Méthode Montessori

Maria Montessori a créé la méthode qui porte son nom en observant les enfants. Elle s'appuie sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles de l'enfant pour permettre le développement de ses potentiels. Pour elle, les conditions de réussite de cet épanouissement sont :

- Le respect du rythme des personnes,
- L'éveil du lien aux autres.

L'approche Montessori dans le domaine clinique est testée pour la première fois par le Dr. Cameron Camp, auteur du Montessori-Based Dementia Programming (MBDP) au Myers Research Institute à Beachwood, Ohio, dont il est directeur. Dans ce contexte clinique et de réhabilitation, le Dr. Camp a expérimenté les principes et le matériel propres à la pédagogie Montessori. Cette application, affirme le Dr. Camp, s'est avérée gagnante.

En étudiant le rôle des amygdales cérébrales, groupes de neurones préservés jusque très tardivement chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer, on constate que :

- Si le cerveau rationnel est altéré, le cerveau émotionnel fonctionne.
- Si la mémoire déclarative est altérée, la mémoire procédurale fonctionne.

L'environnement des personnes est repensé afin qu'il soutienne les comportements et l'autonomie. Ainsi, en contournant les déficits et en s'appuyant sur les habiletés préservées, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent réapprendre des gestes du quotidien. C'est alors notre regard qui change.

Nous empruntons la devise de Maria Montessori : « Aide-moi à faire seul ».

Pour rendre efficace le parcours du patient, il est prévu de le personnaliser et de le construire avec la collaboration active de celui-ci et de sa famille. Plus généralement, il faut veiller à l'adéquation entre la méthode Montessori et les matériels associés et les besoins de la personne. Quelques points importants à observer sont :

Partir de l'observation. Le spécialiste Montessori construit sa propre proposition éducative à partir de l'observation attentive du patient, en lui fournissant un matériel adapté au maintien et au renforcement de ses capacités résiduelles. Cela sert à regarder le sujet d'une nouvelle manière, en concentrant l'attention non pas sur la maladie, mais sur les capacités de la personne.

Nécessité d'ordre. Le rangement et l'utilisation du matériel dans un certain ordre favorisent le maintien d'un ordre intérieur. On organise le matériel pour faire en sorte que la personne perçoive une caractéristique de l'objet à la fois : travail sur le son ou la couleur, la rugosité ou la longueur, la taille ou le goût... Cela permet de concentrer l'attention sur un seul aspect du matériel. Une caractéristique du matériel Montessori est de se concentrer sur une caractéristique.

Compétence sensorielle. Les sens sont l'outil que tout le monde possède pour connaître et

reconnaître l'environnement de vie. L'opérateur spécialisé qui prépare le matériel adaptera celui-ci (en fonction du sujet et du moment) pour faire face à tous les handicaps sensoriels éventuels.

Utilisation d'un matériel adapté. Le matériel présenté doit être adapté au niveau de compétence du sujet : il ne doit pas être trop facile (risque de s'ennuyer) et pas trop complexe (peut conduire à la frustration).

Besoin de régularité et de routine. La désorientation est l'un des premiers symptômes de la maladie et c'est une grande difficulté à affronter avec le patient. Chaque activité recherche l'ordre en possédant sa propre place, un mode d'exécution précis et ritualisé. Le matériel est toujours propre et bien rangé.

Travail sur la mémoire, en particulier sur la mémoire procédurale. L'exploration du champ de la mémoire se fait à travers l'exploration des sens, du concret à l'abstrait à travers des parcours simples, linéaires, caractérisés par une procédure claire et définie. L'opérateur spécialisé propose chaque activité à travers une présentation précise, à partir d'une analyse minutieuse et la sélection des mouvements nécessaires.

Attention aux relations interpersonnelles. La relation individuelle entre le patient et l'opérateur spécialisé lors de la présentation de l'activité permet la création d'un rapport de confiance et de connaissance mutuelle utile à la construction d'un parcours de rééducation optimal. Les activités de groupe, d'autre part, permettent le maintien des relations sociales, la coopération et l'entraide.

Travail sur le langage. Maria Montessori a étudié un système efficace pour promouvoir la lecture et l'écriture, à partir d'actions concrètes, pour passer de la main à l'esprit et à l'abstraction.

Prendre soin de soi et de l'environnement. Les activités proposées découlent des besoins exprimés explicitement ou implicitement par le patient et sont cohérentes avec les activités quotidiennes, utiles pour maintenir l'autonomie le plus longtemps possible. En plus des soins personnels, les activités visent à prendre soin du milieu de vie : arrosage des plantes et des fleurs, nettoyage des feuilles, époussetage ...

Liberté d'action et choix. Le patient est libre de choisir l'activité à effectuer et la durée de son exécution. L'activité (ouverte) se termine lorsque le sujet est satisfait du travail effectué. Il n'y a pas de programme prédéfini par l'opérateur. Ce qui compte, c'est de stimuler son intérêt en présentant des matériels « attractifs » pour lui, c'est-à-dire utiles pour stimuler son bien-être et ses compétences. Cette approche permettra de travailler sur l'estime de soi que le patient doit souvent reconstruire, ainsi que sur son autonomie de pensée. L'autocorrection du matériel permet au sujet de ne pas être corrigé de l'extérieur en cas d'erreur, mais de trouver indépendamment la solution au problème.

Effets et conséquences :

- Réactivation de la capacité de lien social
- Désir d'appartenance à une communauté de personnes
- Participation aux activités de la vie quotidienne
- Revalorisation et apaisement des familles

- Réappropriation et réhumanisation de l'environnement
- Changement de regard sur la maladie et les personnes

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

AG&D – Méthode Montessori accompagnement des personnes âgées. Présentation de la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées :

Camp C.J. (2012). Origins of Montessori Programming for Dementia. Non-Pharmacological Therapies in Dementia, 1(2): 163-174.

Camp C.J., Skrajner M.J., Kelly M. (2005). Early Stage Dementia Client as Group Leader. Clinical Gerontologist, 28(4):81-85.

Camp C.J., Skrajner M.J. (2004). Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. The Gerontologist, 44(3):426-431.

2.3.9 Thérapie occupationnelle

Fiche référence méthodologique

Thérapie occupationnelle

La thérapie occupationnelle (TO) est une activité de réhabilitation qui promeut la santé et le bien-être par l'occupation.

C'est un processus de réhabilitation qui utilise comme moyen privilégié le « faire » et les nombreuses activités de la vie quotidienne. Par le biais d'une intervention individuelle ou de groupe, elle implique la totalité de la personne pour l'aider à s'adapter à un certain contexte ou condition de vie du point de vue physique, psychologique ou social, afin d'améliorer globalement la qualité de vie, même en situation de handicap. Elle est soutenue par la « science occupationnelle », née pour la recherche scientifique, basée sur l'importance de l'occupation dans la nature humaine.

Les occupations sont l'ensemble des activités signifiantes pour leur contexte culturel, adaptées à l'âge, aux choix, organisées et réalisées par chaque individu pour subvenir à ses besoins, éprouver la joie de vivre et contribuer à la vie économique et sociale de la communauté (Canadian Association of Occupational Therapy, 1997).

L'occupation est le but de la TO mais aussi le moyen par lequel on essaie de modifier les fonctions corporelles de la personne (capacités sensori-motrices, perceptives-cognitives, émotionnelles-relationnelles). En général, il existe trois domaines dans lesquels nous pouvons trouver des activités occupationnelles : les soins personnels, le travail (l'école) et les loisirs. La thérapie occupationnelle est pratiquée dans beaucoup d'endroits, y compris les hôpitaux, les centres de santé, le domicile, les lieux de travail, les écoles et les maisons de repos.

Les patients sont activement impliqués dans le processus thérapeutique et les résultats de la thérapie occupationnelle sont variés, guidés par le patient et mesurés en termes de participation ou de satisfaction dérivée de la participation (World Federation of Occupational Therapy).

Les thérapeutes occupationnels (TO) jouent un rôle important en aidant les personnes de tout âge. La thérapie occupationnelle est nécessaire pour surmonter les effets des dysfonctionnements causés par la maladie, le vieillissement, les accidents, les handicaps temporaires et permanents. Les thérapeutes occupationnels interviennent professionnellement pour que la personne puisse effectuer des activités quotidiennes ou professionnelles avec le plus haut degré d'autonomie possible.

Ce sont des professionnels qualifiés qui trouvent des solutions aux problèmes quotidiens.

Les thérapeutes occupationnels prennent en compte tous les besoins physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux en apportant un soutien qui fait la différence dans la vie du patient, en ouvrant de nouveaux horizons.

Les thérapeutes occupationnels se mettent au service des usagers en leur donnant la capacité de pouvoir de prendre des décisions : ils apportent leurs compétences médicales,

psychologiques, cognitives, sociales et techniques et aident la personne à choisir les objectifs et la forme de traitement qu'elle privilégie, en lui donnant la parole.

Les thérapeutes occupationnels ont une formation poussée qui leur donne les compétences et les connaissances nécessaires pour travailler avec des personnes ou des groupes de personnes présentant un déficit structurel ou fonctionnel en raison d'un problème de santé et qui rencontrent des obstacles à la participation.

Les thérapeutes occupationnels croient que la participation peut être soutenue ou limitée par l'environnement physique, social, attitudinal et législatif. Par conséquent, la pratique de la TO peut viser à changer les aspects de l'environnement pour accroître la participation.

Pour en savoir plus

Référence bibliographique

Jane Clifford O'Brien (2017), Introduction to Occupational Therapy, Elsevier.

Site internet

Canadian Association of Occupational Therapy <https://www.caot.ca/>

2.3.10 Stimulation cognitive

Fiche référence méthodologique

Stimulation cognitive

La stimulation cognitive est une intervention stratégiquement orientée vers le bien-être général de la personne afin d'augmenter son implication dans les tâches. Elle vise à réactiver les compétences résiduelles et à ralentir la perte fonctionnelle due à la pathologie.

La défiance initiale du monde scientifique envers les traitements non pharmacologiques de la démence laisse la place, ces dernières années, à un intérêt croissant dû à deux types de motivations. Tout d'abord, les limites de l'efficacité pharmacologique imposent une approche clinique diversifiée qui a pour clé de voûte non pas la guérison (impossible) du patient, mais le soin (entendu comme prendre soin) de la qualité de vie globale. Ensuite, l'évolution des neurosciences n'a fait qu'enrichir les données soutenant la nature plastique et adaptable du système nerveux face aux changements internes et externes, y compris ceux dus à des événements traumatiques ou pathologiques. En effet, la neuroplasticité implique la capacité du cerveau à modifier son organisation structurelle et son fonctionnement pour s'adapter à de nouvelles exigences.

Les fonctions complexes que le cerveau gère sont déterminées par le nombre de connexions entre les cellules nerveuses. Pour mieux clarifier, nous utiliserons la fameuse métaphore automobile. Le système nerveux pourrait être comparé à un système routier très riche sur lequel d'énormes quantités d'informations voyagent. Normalement, pour aller de Lyon à Paris, j'entre sur l'autoroute, le trajet est généralement assez rapide et facile. Si, cependant, en raison d'un accident, l'autoroute est bloquée, je serai toujours en mesure d'atteindre Paris grâce à un riche réseau de routes nationales. Cela me prendra plus de temps, le trafic pourrait être moins facile, je pourrais également me perdre, mais au final j'atteindrai mon but.

L'activité mentale exercée, les expériences environnementales, la qualité de la formation culturelle et du travail effectué au cours de la vie sont des facteurs puissants qui déterminent le nombre et la qualité des connexions neuronales actives. Plus un réseau est équipé en connexions, plus il est riche en itinéraires alternatifs qui peuvent remplacer et compenser les circuits endommagés par la maladie ou les petits traumatismes.

Dans le cerveau de l'adulte et des personnes âgées, les phénomènes de remodelage concernent principalement deux processus neurologiques : la formation de nouvelles synapses (connexions entre les neurones) en réponse aux dommages causés aux voies nerveuses consolidées, et la réactivation des parcours latents, peu utilisés. La stimulation cognitive agit donc en favorisant la réactivation fonctionnelle progressive des voies nerveuses secondaires, largement diffusées dans les systèmes nerveux adultes. En réponse à une lésion ou à une perte physiologique du matériel neuronal, il serait donc possible de récupérer certaines connexions inhibées, par des expériences de stimulation systématiques (Cesa-Bianchi M., 1999).

Notre cerveau semble doté d'une sorte de réserve cognitive constituée par le nombre élevé

de cellules nerveuses dont nous sommes dotés et la quantité de voies qui les relient. On pourrait imaginer une grande armée engagée dans les opérations de guerre : les soldats de certains corps d'élite (comme nos neurones), utilisés dans les opérations les plus délicates, peuvent être sujets à des pertes dramatiques mais aussi être remplacés, en entraînant de nouveaux soldats pour remplacer leurs compagnons disparus. C'est ainsi que notre cerveau, s'il est suffisamment stimulé, répare de façon autonome ses petits dégâts.

Ce n'est pas seulement le nombre de connexions qui est déterminant, mais aussi leur force, c'est-à-dire la fréquence avec laquelle elles sont utilisées. Chaque fois qu'un chemin est parcouru par de nouvelles informations, il se stabilise et se consolide, de sorte que plus nous « dépoussiérons » un souvenir ou une compétence, plus nous favorisons sa maintenance.

C'est une expérience très connue de ceux qui décident de reprendre un sport qui n'a pas été pratiqué depuis de nombreuses années : le fait de remarquer à quel point les premiers mouvements sont incertains, un peu maladroits, rigides peut-être mais, après un peu d'entraînement, le sentiment agréable de retrouver facilement des gestes hyper-appris (exercés de nombreuses fois par le passé) et de récupérer rapidement cette fluidité du geste que nous avons dans le passé.

Les objectifs de la stimulation cognitive:

- Promouvoir l'utilisation et le maintien dans le temps des fonctions résiduelles. La détérioration cognitive ne se produit pas chez tous les sujets ayant les mêmes caractéristiques et avec le même niveau de gravité. Les sujets diffèrent en degré et qualité de capacités encore présentes.
- Stimuler signifie avant tout connaître le niveau de fonctionnement global et spécifique et moduler la proposition d'activité afin de promouvoir l'utilisation des compétences encore suffisamment conservées. La stimulation cognitive est donc une activité hautement structurée, à ne pas confondre avec tout autre type de proposition récréative et ludique. La différence entre une intervention naïve et une stimulation correcte ne consiste pas principalement dans les activités individuelles proposées, mais dans le caractère ciblé, individualisé et spécifique des exercices.
- Promouvoir des expériences gratifiantes qui soutiennent l'estime de soi et l'image personnelle. Pour que tout type de proposition soit accepté et mis en œuvre par la personne âgée atteinte de démence, elle doit être adaptée aux intérêts de la personne et à ses aptitudes sociales. En particulier, il est important que les activités permettent une estime de soi saine et favorisent le maintien d'une bonne image personnelle. Pour cette raison, les activités menées à travers un matériel infantile peuvent, par exemple, être vécues comme humiliantes et par conséquent rejetées.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

D'Amico, F., Rehill, A., Knapp, M., Aguirre, E., Donovan, H., Hoare, Z., ... & Whitaker, C. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy: an economic evaluation within a

randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA): long-term care: management, applied research and clinical issues*.

Leach L (2004). Cognitive stimulation therapy improves cognition and quality of life in older people with dementia. *Evidence-Based Mental Health*, 7 (1):19.

Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., ... & Moniz-Cook, E. D. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(64), 1-108.

Spector A and Orrell M (2006). A review of the use of cognitive stimulation therapy in dementia management. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2 (8):381-385.

Spector A, Thorgrimsen L, Woods B and Orrell M (2006). Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia. Hawker Publications: UK.

Yates L, Orrell M, Leung P, Spector A, Woods B, Orgeta V (2014). Making a Difference 3: Individualised CST – A manual for carers. Hawker Publications, UK.

2.3.11 Stimulation sensorielle

Fiche référence méthodologique

Stimulation sensorielle

Le vieillissement s'accompagne normalement d'une détérioration progressive des cinq sens. Cependant, les connaissances sur l'évolution des sens due à la démence sont limitées (Strøm, Ytrehus, Grov, 2016; Wittmann-Price 2012). Ce que nous savons, c'est que la façon dont une personne atteinte de démence interprète ce qu'elle voit, entend, goûte et sent semble changer en raison de la maladie (National Institutes of Health, 2002) et selon le stade de la démence (Alves et al. 2014).

La stimulation sensorielle se base sur l'activation d'un ou plusieurs sens (goût, odorat, vue, ouïe, toucher) à travers divers outils et matériaux, ce qui aide à stimuler les sens. Les activités sensorielles fournissent un niveau de stimulation qui travaille sur la conscience et l'attention grâce à la simplicité de la tâche.

Diverses interventions psychosociales basées sur la stimulation des sens, parfois appelées « activités, méthode, thérapie ou stimulation », ont été développées (Fossey et al. 2006, Kolanowski et al. 2010).

Types de stimulation sensorielle et leurs bénéfices :

1. Stimulation auditive :

Très utile pour améliorer l'humeur, la cognition et la relaxation. Cela comprend une vaste gamme de sons : sons naturels, symphonies, chansons, etc. L'écoute des sons est un élément essentiel de la connexion avec nos sens. De nombreux patients atteints de démence ont des problèmes auditifs, il est donc essentiel de stimuler ce sens, en se rappelant que des ajustements peuvent être nécessaires.

2. Stimulation tactile :

Ce type de stimulation concerne la conscience de la texture et du toucher. Les voies cérébrales sont utilisées et stimulées chaque fois que nous utilisons nos mains pour tenir quelque chose.

3. Stimulation visuelle :

La vue est l'un des sens les plus importants qui nous aide à gérer une très grande quantité d'informations. Tragiquement, la maladie d'Alzheimer et différentes démences peuvent affecter le système de traitement visuel.

- La luminothérapie est une thérapie visuelle expérimentée avec succès chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de démence. Elle peut améliorer les cycles de sommeil, diminuer l'errance et la déambulation et améliorer la cognition et le fonctionnement comportemental.
- Les films et vidéos offrent une stimulation auditive et visuelle. Lors du choix d'un film, mieux vaut opter pour un film avec une histoire que l'individu peut facilement suivre ou pour le film préféré du bénéficiaire, pour stimuler la mémoire. Les films avec de belles images, par exemple ceux qui se déroulent dans la nature, ou avec de la musique douce, sont adaptés.

- La décoration de l'espace de vie a une très grande importance. Créer un environnement visuellement stimulant, même avec des photos, peut être profondément utile pour une personne atteinte de démence.

4. Stimulation olfactive

Certains de nos souvenirs les plus anciens et les plus forts sont activés par l'odorat. On utilise pour la stimulation olfactive des arômes de base bien connus comme la menthe, la lavande ou le romarin. Il s'agit aussi d'essences utilisées dans l'aromathérapie, qui est bien plus qu'une stimulation sensorielle. Les épices et les saveurs peuvent aussi stimuler la mémoire ou le sens du goût.

5. Snoezelen

On parle de stimulation sensorielle contrôlée. Elle est utilisée avec des personnes présentant une déficience intellectuelle grave. Ces dernières sont exposées à un environnement « calmant » et « stimulant » appelé Snoezelen Room (ou plus précisément salle de stimulation multisensorielle) qui utilise des effets de lumière, des sons, de la musique, des parfums, des surfaces, des formes tactiles et des stimuli gustatifs.

À ce jour, plusieurs études sont disponibles dans la littérature sur l'utilisation de la méthodologie Snoezelen comme outil thérapeutique. Les résultats montrent qu'à la suite de séances de stimulation multisensorielle, on constate une réduction des comportements non adaptatifs, avec un encouragement aux comportements positifs (Baker 2001, van Diepen 2002, Hope 1998, Long 1992). En bref, l'approche snoezelen permet de gérer les troubles du comportement, favorise la relaxation, le contact, les relations interpersonnelles, le bien-être ; la personne redevient active. L'opérateur s'adapte aux formes et méthodes de communication de la personne. C'est un partenaire pleinement impliqué dans l'action car c'est celui qui interagit et aide la personne à interagir avec les objets présents, c'est son guide consciencieux. Il est également ouvert aux signaux envoyés et encourage le libre choix de la personne.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques

Alves J, Petrosyan A & Magalhaes R (2014) Olfactory dysfunction in dementia. World Journal of Clinical Cases 2, 661–667.

Baker R., Bell S., Assey J. et al. (1998) "A randomised controlled trial of the snoezelen multi-sensory environment for patients with dementia" Bournemouth, Dorset HealthCare NHS Trust.

Hope K. (1996) "Caring for older people with dementia: is there a case for use of multisensory environments?" Reviews in Clinical Gerontology, 6:169-175

Long A. P., Haig L. (1992) "How do clients benefit from Snoezelen? An exploratory study" British of Occupational Therapy, 55:103-106.

Alder N, Jacoby R & Howard R. (2006) Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. British Medical Journal 332, 756–761.

Kolanowski A, Fick D, Frazer C & Penrod J. (2010) It's about time: use of nonpharmacological

interventions in the nursing home. *Journal of Nursing Scholarship* 42, 214–222.

National Institutes of Health (2002). Home Safety for People with Alzheimer’s Disease. National Institute on Aging Alzheimer’s Disease Education and Referral (ADEAR) Center. NIH Publication No. 02-5179, US.

Strøm B.S., Ytrehus S., Grov E. K. (2016) “Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature” *J Clin Nurs*. Jul; 25 (13-14):1805-34. doi: 10.1111/jocn.13169. Epub 2016 Mar 31. Review.

Wittmann-Price RA (2012) The olfactory sense: a developmental and lifespan perspective. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2545–2554.

SALTO

SALTO

3. Structure des modules

Chaque module est présenté selon la structure méthodologique suivante afin de mettre en évidence les principaux éléments du projet de formation.

Fiche module
Public (formation initiale ou continue)
Formateurs
Contexte (Centre de formation professionnelle – CFP, Université, site professionnel)
Finalités et objectifs
Contenus
Méthodes et description de l'activité Outils, nombre de personnes, espaces, temporalité, etc.
Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

3.1. MODULE 1 – LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS : CHANGER LES « PARADIGMES »

MODULE 1 – LES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS : CHANGER LES « PARADIGMES »
Public
Formation initiale et formation continue
Formateurs
Experts en gériatrie, neuropsychiatrie, psychologie
Contexte
Formation professionnelle, Université, site professionnel
Finalités et objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Connaitre les profils des bénéficiaires ; - Connaitre les droits des bénéficiaires ; - Changer les représentations, les paradigmes et les stéréotypes pour adopter une posture de veille et d'empathie.
Contenus
<ul style="list-style-type: none"> - Le vieillissement et/ou le handicap: pathologies, troubles cognitifs, point de vue physiologique, psychologique et social, etc. - Impact sur la qualité de vie ; - Législation sur les droits des personnes fragiles et dépendantes ; - Personnes âgées ou handicapées dans d'autres cultures (anthropologie) ; - Histoire du vieillissement et des personnes avec handicap (par territoire) ; - Évolutions des profils générationnels dans nos territoires.
Méthodes et description de l'activité
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.
<p>Méthodes</p> <p><i>Brain storming</i> sur le vieillissement/handicap (oral ou écrit).</p> <p>Séquence inductive ou déductive au choix : soit on peut partir de l'analyse des cas ou des problématiques pour arriver à la théorie, soit on peut présenter les éléments théoriques puis les cas et les problématiques.</p> <p>Apports avec supports multimédias.</p> <p>Études de cas en petit ou en grand groupe.</p> <p>Pédagogie active basée sur une problématique donnée en petit groupe.</p> <p>Outils : ordinateur, vidéo projecteur, diaporama, internet, étude de cas, tableau.</p> <p>Espace : salle avec des chaises mobiles.</p>

Nombre de participants conseillé : 25 max

Durée recommandée: 15 h

Indication méthodologique pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

Évaluation diagnostique :

Brain storming

Évaluation formative :

Observation des activités en groupe

Discussion

Évaluation finale (des apprentissages) :

Questionnaire/test sur les éléments théoriques

Étude de cas pour l'application de la théorie

3.2. MODULE 2 – L'ANIMATION SOCIALE : UN LEVIER POUR LA QUALITÉ DE VIE

MODULE 2 – L'ANIMATION SOCIALE : UN LEVIER POUR LA QUALITÉ DE VIE	
Public	
Formation initiale et formation continue	
Formateurs	
Experts en animation socio-culturelle, pédagogie, méthodologies innovantes (musicothérapie, théâtre, etc.)	
Contexte	
Formation professionnelle, Université, site professionnel	
Finalités et objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> - Connaître/acquérir les approches et les méthodes de l'animation sociale pour les appliquer dans un contexte donné ; - Organiser des espaces et ambiances/ressources pour le bien-être/facilitantes ; - Adopter un style de communication relationnelle empathique ; - Élaborer/développer des activités pour promouvoir le bien-être et le maintien des ressources personnelles ; - Concevoir, élaborer et évaluer des interventions basées sur l'animation sociale. 	
Contenus	
<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des espaces et ambiances ressources <ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthode Montessori - Communication <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication Non Violente ▪ Méthode de Validation ▪ Gentle care - Méthodes d'animation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthodes de stimulation sensorielle ▪ Méthodes de stimulation cognitive ▪ Approche centrée sur la personne ▪ Thérapie occupationnelle ▪ Approche capacitante ▪ Psychomotricité – Stimulation corporelle ▪ Thérapie de Réorientation dans la réalité (ROT) 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méthode de la réminiscence <p>- Utilisation des nouvelles technologies de communication</p> <p>- Mise en projet et évaluation centrée sur la personne</p>
<p>Méthodes et description de l'activité</p> <p>Outils, nombre de personnes, espaces, etc.</p>
<p>Outils</p> <p>Apports avec supports multimédias</p> <p>Vidéos</p> <p>Interventions externes</p> <p>Mise en pratique</p> <p>Activités participatives</p> <p>Études de cas</p> <p>Simulation de mise en place d'un projet d'animation</p> <p>Visites et/ou activités externes</p> <p>Espaces : selon l'activité prévue.</p> <p>Nombre de participants conseillé : 25 max</p> <p>Durée recommandée : 40 h</p>
<p>Indication méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)</p>
<p>Évaluation formative :</p> <p>Observation des activités</p> <p>Discussions</p> <p>Évaluation finale (des apprentissages) :</p> <p>Étude de cas et simulation d'un projet</p>

3.3. MODULE 3 – LA RELATION/COMMUNICATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS

MODULE 3 – LA RELATION/COMMUNICATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS	
Public	
Formation initiale et formation continue	
Formateurs	
Experts en communication et/ou psychologie et/ou pédagogie et/ou travail social	
Contexte	
Formation professionnelle, Université, site professionnel	
Finalités et objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la relation et la communication avec les usagers pour une meilleure qualité de vie ; - Acquérir des compétences pour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ écouter et savoir communiquer avec les bénéficiaires d’une façon empathique (communication non violente), ▪ prendre en compte la communication verbale et non verbale (Gentle Care), ▪ savoir gérer la phase de l’accueil et les moments critiques, ▪ prendre en compte et valoriser les diversités. 	
Contenus	
<ul style="list-style-type: none"> - Communication empathique – communication non violente (Rogers), - Communication verbale et non verbale (Gentle Care) - L’accueil, la vie quotidienne et les moments critiques - Gestion des diversités – intersectionnalité (genre, ethnie, âge, etc.) - Communication verbale et non verbale - Communication alternative (utilisation des nouvelles technologies de communication, etc.) 	
Méthodes et description de l’activité	
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.	
Méthodes	
Vidéos	
Simulations de situations de communication	
Simulations : se mettre à la place des personnes âgées/handicapées	
Ateliers	
Jeux de rôle	
Analyse vidéo	

<p>Études de cas</p> <p>Travaux en groupes</p> <p>Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, cas à analyser, paperboard, caméra, etc.</p> <p>Espace : salle avec des chaises mobiles, vidéo.</p> <p>Nombre de participants conseillé : 6-15 max par formateur.</p> <p>Durée recommandée : 20 h</p>
<p>Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)</p>
<p>Évaluation diagnostique :</p> <p>Brain storming sur la communication avec les usagers (oral ou écrit)</p> <p>Évaluation formative :</p> <p>Observation des activités</p> <p>Discussions</p> <p>Évaluation finale (des apprentissages) :</p> <p>Questionnaire sur les éléments théoriques</p> <p>Simulations (jeu de rôle, mise en situation, etc.)</p>
<p>Sources</p>
<p>Projet KILT http://www.kilt-project.eu</p> <p>Brené Brown Réflexion sur la notion d'empathie https://www.youtube.com/watch?v=1Evwgu369Jw</p>

3.4. MODULE 4 – LA COMMUNICATION DANS L'ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PROFESSIONNELS

MODULE 4 – LA COMMUNICATION DANS L'ÉQUIPE DE TRAVAIL POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PROFESSIONNELS	
Public	
Formation initiale et formation continue	
Formateurs	
Experts en communication et/ou psychologie et/ou pédagogie et/ou travail social	
Contexte	
Formation professionnelle, Université, site professionnel	
Finalités et objectifs	
<p>- Faciliter les dynamiques de communication dans l'équipe de travail pour améliorer la qualité de vie et prévenir le <i>burn out</i> ;</p> <p>- Acquérir des compétences pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ écouter et savoir communiquer avec les collègues (communication non violente) ; ▪ connaître et reconnaître les dynamiques des groupes ; ▪ reconnaître et gérer les contextes et les flux de la communication (informelle, formelle, etc.) ; ▪ prévenir et gérer les conflits. 	
Contenus	
<p>- Communication non violente (CNV)/Communication empathique</p> <p>- Dynamique des groupes : interactions, rôles, etc.</p> <p>- Gestion des flux d'informations, analyse critique des informations, prise de décision collective : les six chapeaux pour penser (Edward De Bono).</p> <p>- Utilisation des nouvelles technologies de communication, etc.</p>	
Méthodes et description de l'activité	
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.	
Méthodes	
Vidéos	
Simulations de situations de communication dans l'équipe	
Ateliers	
Jeux de rôle	
Analyse vidéo	

Études de cas

Travaux en groupes

Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, études de cas, tableau, caméra, etc

Espace : salle avec des chaises mobiles, vidéo, caméra.

Nombre de participants conseillé : 6-15 max par formateur.

Durée recommandée : 15 h

Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

Évaluation diagnostique :

Brain storming sur la communication dans l'équipe de travail (oral ou écrit)

Évaluation formative :

Observation des activités

Discussions

Évaluation finale (des apprentissages) :

Questionnaire sur les éléments théoriques

Simulations (jeu de rôle, mise en situation, etc.)

3.5. MODULE 5 – L'IMPLICATION DES FAMILLES ET DES PROCHES

MODULE 5 – L'IMPLICATION DES FAMILLES ET DES PROCHES
Public
Formation initiale et formation continue
Formateurs
Experts en communication et/ou psychologie et/ou pédagogie et/ou travail social, experts en méthodologies innovantes.
Contexte
Formation professionnelle, Université, site professionnel
Finalités et objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'<i>empowerment</i> des familles et la communication entre l'équipe et la famille ; - Acquérir des compétences pour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ écouter et savoir communiquer avec les familles d'une façon empathique (CNV) ; ▪ promouvoir la formation des familles et des bénévoles ; ▪ impliquer la famille dans la vie quotidienne de la structure (espaces de collaboration) ▪ inclure les familles dans les activités d'animation sociale ; ▪ intégrer la dimension du bénévolat dans la vie quotidienne de la structure.
Contenus
<ul style="list-style-type: none"> - Écoute active. - Communication non violente. - Organisation d'activités de formation pour les familles et/ou les bénévoles. - Implication active de la famille dans les temps clé du quotidien (bonnes pratiques : groupes de parole, café Alzheimer, counseling, participation de la famille aux activités de programmation, etc.). - Projets d'animation sociale avec les familles (bonnes pratiques). - Utilisation des nouvelles technologies de communication (Skype, etc.).
Méthodes et description de l'activité
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.
Méthodes Ateliers Simulations de situations de communication avec les familles Jeux de rôle Analyse vidéo Études de cas Témoignages

Analyse des bonnes pratiques

Travaux en groupes

Élaboration de projets de formation pour les familles et/ou les bénévoles

Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, cas à analyser, paperboard, caméra, etc.

Espace : salle avec des chaises mobiles, vidéo, caméra.

Nombre de participants conseillé : 6-15 max par formateur.

Durée recommandée : 20 h

Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

Évaluation diagnostique :

Brain storming sur la communication avec la famille/les proches (oral ou écrit)

Évaluation formative :

Observation des activités

Analyse des situations

Discussions

Évaluation finale (des apprentissages) :

Simulations de situations de communication (jeu de rôle, mise en situation, etc.)

Élaboration d'un projet

3.6. MODULE 6 – EMPOWERMENT DES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS

MODULE 6 – EMPOWERMENT DES BÉNÉFICIAIRES/USAGERS
Public
Formation initiale et formation continue
Formateurs
Experts en animation socio-culturelle, pédagogie, psychologie, travail social, méthodologies innovantes.
Contexte
Formation professionnelle, Université, site professionnel
Finalités et objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir l’empowerment des bénéficiaires/usagers ; - Acquérir des compétences pour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ reconnaître et mettre en valeur les besoins, les capacités et les centres d’intérêt des personnes ; ▪ sensibiliser aux relations (sociales, affectives, etc.) entre les bénéficiaires ; ▪ impliquer les bénéficiaires dans les activités quotidiennes ; ▪ impliquer les bénéficiaires dans la vie organisationnelle de l’institution ; ▪ mettre les bénéficiaires au centre de leur projet de vie.
Contenus
<ul style="list-style-type: none"> - L’empowerment (concept et application pratique) - La citoyenneté active (concept et application pratique) - L’analyse des besoins et des intérêts - L’approche centrée sur la personne - Projets d’<i>empowerment</i> (analyse de bonnes pratiques) - Méthodologies et stratégies pour l’empowerment - Utilisation des nouvelles technologies de communication
Méthodes et description de l’activité
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.
<p>Méthodes</p> <p>Leçon avec supports multimédias</p> <p>Études de cas en petit ou en grand groupe</p> <p>Pédagogie active basée sur une problématique donnée en petit groupe</p> <p>Ateliers</p> <p>Analyse de bonnes pratiques</p> <p>Visites externes</p>

Témoignages

Travaux en groupes

Élaboration de projets pour l'empowerment des usagers/bénéficiaires

Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, cas à analyser, tableau, caméra, etc.

Espaces : salle avec des chaises mobiles, vidéoprojecteur.

Nombre de participants conseillé : 25 max

Durée recommandée : 20 h

Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

Évaluation formative :

Analyse des projets

Discussions

Évaluation finale (des apprentissages) :

Questionnaires sur les concepts clés

Élaboration d'un projet

3.7. MODULE 7 – LA RELATION AVEC LE TERRITOIRE

MODULE 7 LA RELATION AVEC LE TERRITOIRE
Public
Formation initiale et formation continue
Formateurs
Experts en animation socio-culturelle, pédagogie, psychologie, travail social, méthodologies innovantes ; médiateurs socio-culturels.
Contexte
Formation professionnelle, Université, site professionnel.
Finalités et objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer la dimension territoriale pour promouvoir la citoyenneté active ; - Acquérir des compétences pour : <ul style="list-style-type: none"> ▪ connaître et prendre en compte le territoire et ses ressources/opportunités ; ▪ prendre en compte la dimension du domicile et du milieu de vie (favoriser les connexions entre le domicile et les institutions) ; ▪ développer des partenariats avec le territoire ; ▪ favoriser des expériences d'inclusion sociale (handicap, intergénérationnalité, interculturalité, etc.).
Contenus
<ul style="list-style-type: none"> - Cartographie des acteurs clé du territoire - Les diversités dans la communauté (inclusion sociale) - Analyse des relations entre usagers et territoire - Création de projets participatifs en impliquant d'autres organisations et/ou le territoire - Le travail en réseau (Projet COMPARES) - La prise en compte du domicile dans l'ancrage territorial - Utilisation des nouvelles technologies pour le réseau territorial
Méthodes et description de l'activité
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.
Méthodes Apports avec supports multimédias Atelier sur la cartographie Études de cas en petit ou en grand groupe Pédagogie active basée sur une problématique donnée en petit groupe Analyse des bonnes pratiques Visites externes

<p>Témoignages</p> <p>Travaux en groupes</p> <p>Stage projet</p> <p>Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, cas à analyser, tableau, etc.</p> <p>Espace : salle avec des chaises mobiles, vidéoprojecteur</p> <p>Nombre participants conseillé : 25 max</p> <p>Durée recommandée : 20 h</p>
<p align="center">Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)</p>
<p>Évaluation formative :</p> <p>Analyse des cartographies</p> <p>Analyse des projets</p> <p>Discussions</p> <p>Évaluation finale (des apprentissages) :</p> <p>Élaboration d'une cartographie</p> <p>Élaboration d'un projet</p>
<p align="center">Sources</p>
<p>Projet COMPARES http://etcharry-formation-developpement.fr/fr/projet/compares-competences-partenariat-reseaux</p> <p>Projet KILT http://www.kilt-project.eu</p>

3.8. MODULE 8 – DÉVELOPPER UN PROJET D'ANIMATION SOCIALE

MODULE 8 – DÉVELOPPER UN PROJET D'ANIMATION SOCIALE	
Public	
Formation initiale et formation continue	
Formateurs	
Experts en animation socio-culturelle, experts en pédagogie, psychologie, travail social	
Contexte	
Formation professionnelle, Université, site professionnel.	
Finalités et objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> - Apprendre les principes de la planification, réalisation et évaluation d'un projet d'animation - Acquérir des méthodologies et des outils pour analyser les besoins d'animation dans un contexte de soin ; - Élaborer un projet d'animation selon les besoins ; - Mettre en situation et évaluer les impacts d'un projet d'animation. 	
Contenus	
<ul style="list-style-type: none"> - Planification d'un projet d'animation - Analyse de la situation et des besoins - Définition des objectifs - Choix de la méthodologie d'animation - Description des activités (matériels, espaces, durée) - Définition des outils pour l'évaluation - Réalisation d'un projet d'animation - Évaluation d'un projet d'animation - Exemples de projets d'animation 	
Méthodes et description de l'activité	
Outils, nombre de personnes, espaces, etc.	
<p>Méthodes</p> <p>Simulations sur son propre contexte professionnel ou études de cas pratiques</p> <p>Stage</p> <p>Analyse de projets déjà réalisés</p> <p>Travail en groupe pour la planification de projets</p> <p>Simulations et analyse des risques (SWOT)</p> <p>Application du projet dans la pratique et évaluation de l'impact</p> <p>Outils : ordinateur, vidéo projecteur, slides, internet, cas à analyser, tableau, etc.</p>	

Espace : salle avec des chaises mobiles, vidéoprojecteur, espaces de rencontre dans les sites professionnels

Nombre participants conseillé : 25 max

Durée recommandée: 30 h

Indications méthodologiques pour l'évaluation (outils d'évaluation diagnostique, formative et finale)

Évaluation formative :

Analyse des projets selon certains indicateurs méthodologiques

Discussions

Évaluation finale (des apprentissages) :

Analyse des projets

Analyse des résultats des projets réalisés

Vérification des analyses des risques des projets