

LOGISTIQUE RELATIVE A L'ÉVALUATION DU MODULE SOINS INFIRMIERS AUX PERSONNES AGEES

Constitution des groupes

23 groupes de 3 et un groupe de 4

Dans chaque groupe, au moins une personne ayant une expérience significative de soins en gériatrie (stage et/ou expérience professionnelle).

Les groupes seront constitués le mardi 30 mai de 8h30 à 9h00 avec présence d'un formateur.

Organisation du 2 juin 2006

Les étudiants sont répartis sur P1, P2 et Calypso (8 groupes par salle)

Ils organisent chaque salle et commencent leur travail à partir du rappel écrit des consignes données.

A partir de vos connaissances en gériatrie, de vos expériences en secteur « personnes âgées » et de la méthodologie « projet d'animation » récemment expérimentée, rédigez un projet d'animation pertinent, adapté et précis, dans sa philosophie et sa stratégie de mise en œuvre.

Aucun document personnel ne devra être utilisé en cours d'évaluation.

Temps de travail : 4h

Note collective identique pour les 3/4 étudiants concernés.

Rattrapage individuel sur la base d'un projet d'animation avec population cible et thèmes pré-établis.

NB : le projet sera noté sur 15 points, 5 points étant attribués aux exposés de santé publique dans le cadre de l'évaluation des modules transversaux.

Présentation du document et méthodologie

CAPACITES	CRITERES D'EVALUATION
Rédige un document écrit	Le document est : <ul style="list-style-type: none">- Lisible (syntaxe orthographe, mise en page)- Clair (l'expression permet de comprendre les idées et concepts exprimés)- Cohérent (le cheminement est exprimé et les liens effectifs)
	Le vocabulaire est : <ul style="list-style-type: none">- professionnel- pertinent
Rédige un projet d'animation	<ul style="list-style-type: none">- les étapes sont toutes présentes- chaque étape est expliquée, explicitée- leur organisation est logique

Qualité et argumentation du projet d'animation

CAPACITES	CRITERES D'EVALUATION
Elabore Argumente un projet d'animation	<p>La finalité est :</p> <ul style="list-style-type: none">- claire- mise en liens avec le projet de vie <p>Le thème est</p> <ul style="list-style-type: none">- précis- pertinent <p>La population cible est identifiée en termes de</p> <ul style="list-style-type: none">- capacités et potentiels- incapacités et difficultés- les incapacités sont mises en liens avec le vieillissement physiologique des fonctions concernées <p>L'explication est</p> <ul style="list-style-type: none">- effective- exhaustive- pertinente <p>Les objectifs sont :</p> <ul style="list-style-type: none">- précis- réalistes et adaptés à la population-cible- rédigés en termes de capacités à atteindre- exhaustifs

L'intitulé est :

- précis
- explicite

Le lieu est :

- justifié
- adapté aux participants et à l'animation choisie

La gestion du temps est :

- précise
- justifiée
- adaptée aux participants et à l'animation choisie

L'identification des animateurs est :

- précise
- réaliste/suffisante
- adaptée aux participants et à l'animation choisie

Le matériel inventorié est :

- précis
- suffisant
- adapté aux participants et à l'animation choisie

Le déroulement est :

- précis
- adapté aux participants et à l'animation choisie
- en adéquation avec les objectifs poursuivis.

Le mode de transmission est

- précis
- adapté
- pertinent

Les critères d'évaluation sont :

- précis
- pertinents

et permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés.
Ils tiennent compte d'éléments objectifs et subjectifs.

**PROJET D'ANIMATION
LES ETAPES A RESPECTER**

A/ FINALITE GENERALE

B/ THEME

C/ POPULATION-CIBLE

D/ LIENS AVEC LES BESOINS FONDAMENTAUX

E/ OBJECTIFS SPECIFIQUES

F/ ELEMENTS DE MISE EN ŒUVRE ET ARGUMENTATION

▶ F1. Intitulé de l'atelier (titre simple et évocateur de l'activité menée)

▶ F2. Lieu (précis, fixe, ouvert ou fermé adapté et propice au déroulé et à l'atteinte des objectifs)

▶ F3. Heure, Durée (attention à la fatigabilité et la progressivité), fréquence

▶ F4. animateur(s) (nombre, compétences et rôle pendant l'animation...)

▶ F5. Moyens nécessaires (matériel, équipement audio-visuel, tapis de sol, peinture...)

▶ F6. Déroulement (recrutement des participants, accueil, échauffement, consignes à transmettre aux participants, étapes de réalisation, bilan)

▶ F7. Transmissions (à qui, sur quel support etc..)

G/ CRITERES D'EVALUATION

ANIMATION ET PERSONNES AGEES

FINALITE

Bien au delà de l'aspect occupationnel, l'animation est en elle-même un soin qui s'intègre dans un projet à la fois collectif et/ou individuel. En cela, il fait l'objet d'une démarche réfléchie et partagée et répond à certaines normes. Il s'agit ici de favoriser l'émergence de cette conception chez l'étudiant.

Par la valorisation de cette fonction soignant-animateur, d'en espérer l'investissement dans l'intérêt de la personne âgée bénéficiaire.

LIENS AVEC LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES

L'ensemble du dispositif présenté ici vise au développement des compétences suivantes :
Chaque étape constituant un élément contributif au niveau d'atteinte fixé.

	S'ADAPTER AUX PARTICULARITES	COLLABORER AVEC LES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE	IDENTIFIER LES PROBLEMES DE SANTE DE L'INDIVIDU OU DU GROUPE	REALISER DES SOINS ADAPTES DANS LEURS DIFFERENTES DIMENSIONS	PLANIFIER ET ORGANISER	CONTRIBUER A L'EVOLUTION DE LA PROFESSION
NIVEAU 1	Participer au recueil de données et identifier les particularités de la personne soignée ; ceci en considérant le contexte dans lequel vont se dérouler les soins.	Identifier les différents acteurs de santé et leur champs de compétences.	Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un individu en situation simple.	Assurer des soins efficaces en respectant la sécurité et le confort dans une situation à faible potentiel de risque.	Proposer une planification des soins : <ul style="list-style-type: none"> centrée sur 1 personne s'inscrivant dans le projet de soins de l'équipe prenant en compte les différents outils utilisés dans le service 	Développer son sens critique de manière constructive : <ul style="list-style-type: none"> en regard des différents thèmes d'intérêt professionnel en regard du soin dans les dimensions préventive, curative, éducative, de maintenance et de réhabilitation.
NIVEAU 2	Réaliser des actions de soins en tenant compte de l'unicité de l'être et de la singularité de la situation.	Négocier la participation des différents acteurs de santé dans la prise en charge d'un groupe de personnes.	Hiérarchiser l'ensemble des problèmes de santé d'une personne ou d'un groupe.	Participer à la réalisation des soins en situation à fort potentiel de risque.	Etablir en collaboration avec l'équipe la planification des différentes actions pour un groupe de personnes.	
NIVEAU 3	Proposer, en collaboration avec la personne soignée et son entourage, un projet de soin réaliste.					

OBJECTIFS

A l'issue de cette séquence, chaque étudiant sera capable de :

- Rédiger un projet d'animation de sa finalité à son évaluation
- Mettre en lien les objectifs poursuivis dans ce cadre avec :
 - .les éléments constitutifs d'un projet de vie
 - .les spécificités liées au vieillissement physiologique des différentes fonctions
- Argumenter la mise en œuvre proposée.

TIMING

JEUDI 18 MAI : apport méthodologique et illustrations, rédaction d'un projet d'animation en groupe

LUNDI 22 MAI- MERCREDI 24 MAI : exposés de groupes
VENDREDI 2 JUIN : évaluation normative en groupes de 3 d'un projet d'animation.
VOLET METHODOLOGIQUE

1.définition

Animer, c'est *étymologiquement*, donner la vie, donner du mouvement, rendre plus vif.
D'après *le petit Larousse*, l'animation est le fait pour quelqu'un, pour quelque chose, d'animer un groupe, un lieu, de créer ou d'entretenir des relations entre les personnes.
Cela désigne également, le mouvement, l'entrain collectif. Enfin, être animé, c'est être vivant.

2. liens avec la profession

Depuis plusieurs années, L'OMS préconise de ne pas seulement ajouter des années à la vie, mais également de la vie aux années.

Les projets d'animation auprès des personnes âgées y contribuent et sont concordants avec les différents textes de référence de la profession infirmière.

Définition de l'infirmière par l'Organisation Mondial de la Santé (OMS)

"La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent... Ceci exige que infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé..."

LIVRE III,AUXILIAIRES MÉDICAUX,TITRE I,PROFESSION D'INFIRMIER

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe.

l'OMS qui ne définit plus la santé comme l'absence de maladie "**mais comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social**".

Pour Schipper, améliorer la Qualité de Vie d'un patient consiste à réduire les répercussions fonctionnelles négatives (sur l'activité physique, l'état psychologique, les relations sociales...) de sa maladie et de ses traitements, telles qu'il les perçoit.

Animer, c'est donc aussi participer au maintien ou à l'amélioration de la qualité de la vie des résidents âgées.

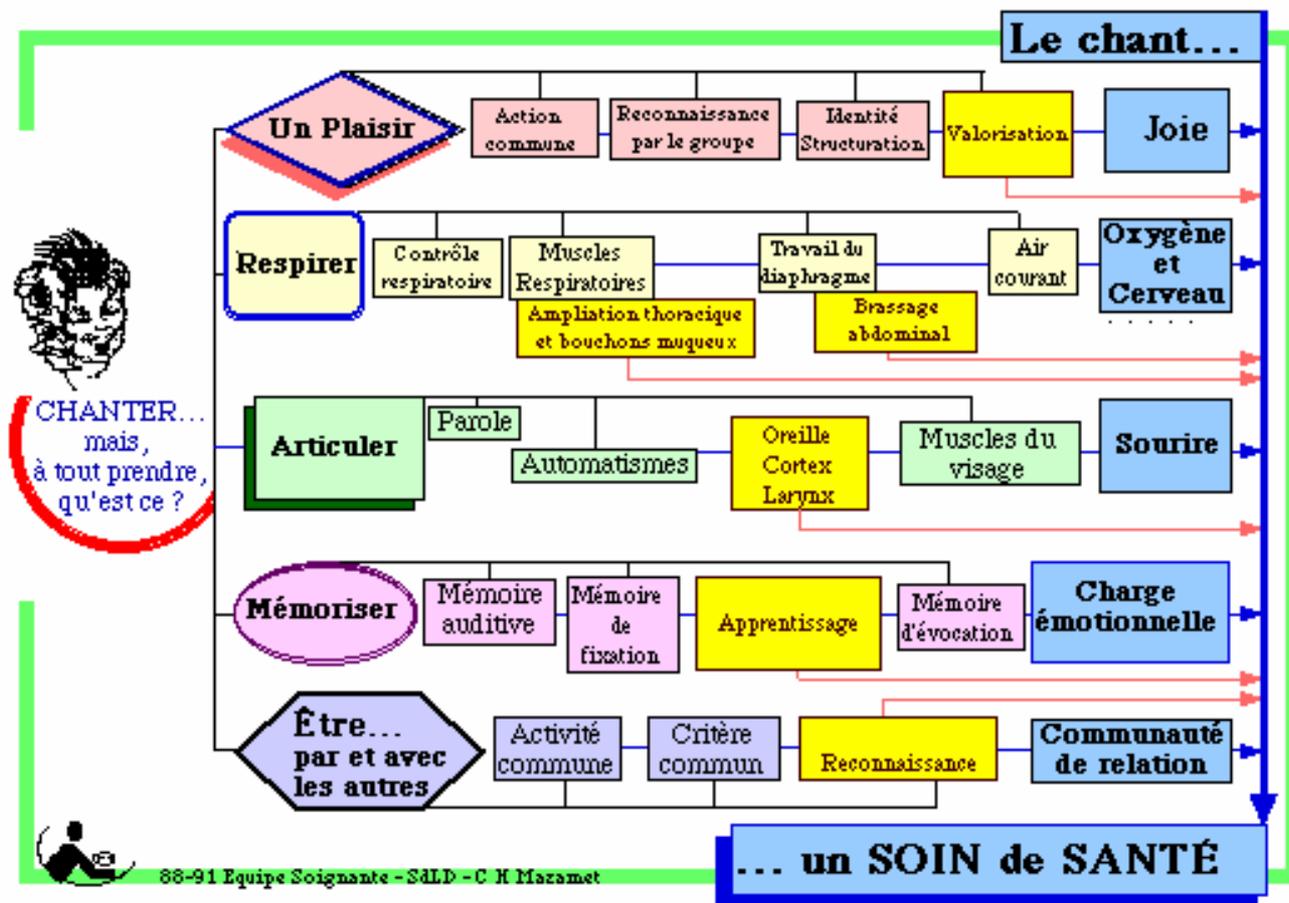
Ce lien entre qualité et animation se retrouve également dans certains outils d'évaluation de la qualité des soins dispensés en EPAD :

L'outil ANGELIQUE a été conçu pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La version 1 de l'outil d'auto-évaluation proposé par le ministère de l'emploi et de la solidarité et présenté ici a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires.

Parmi les items proposés, on retrouve :

<p>Animation Citoyenneté Vie sociale Stimulation</p>	<p>Des activités sont-elles proposées pour lutter contre la perte des relations sociales :</p> <p>1 - à l'intérieur de l'établissement tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation selon leurs souhaits à des activités de la vie quotidienne telles que ménage, courrier, jardinage, - ateliers de créativité, ateliers divers, - groupe de parole, - fêtes, anniversaires,... <p>suivi de l'actualité avec les journaux, éventuellement internes ?</p> <p>2 - à l'extérieur de l'établissement tel que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - promenades, - marché, courses, - cinéma, théâtre, culte, <p>avec un accompagnement : famille, bénévoles, membres du personnel ?</p> <p>3 – participation à la vie civile (élections, journaux locaux,...) ?</p>	<p>Programmation et contenu des activités Qualification des personnels affectés Formation du personnel</p>
<p>Animation Rythme</p>	<p>Les activités sont-elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - non imposées, et proposées de façon incitative, - proposées à date fixe, - proposées à la carte, - modulables ? 	<p>Programmation et contenu des activités</p>
<p>Rencontres inter et intra générations</p>	<p>Existe-t-il des échanges (visites, réunions, animations,...) inter générations ?</p>	<p>Programmation et contenu des activités</p>
<p>Activités Familles Amis</p>	<p>Les familles et amis des résidents participent-ils à la vie de l'institution à travers ses activités diverses (sorties, ateliers, vacances,...) ?</p>	<p>Projet institutionnel participations aux activités</p>

3. principes du projet d'animation



Ce schéma nous montre à quel point une activité qui peut sembler simple dans sa conception et sa mise en œuvre : «un atelier chant» se révèle complexe et profitable à plus d'un titre pour le bénéficiaire.

Ce projet exige donc compétence et réflexion.

« Sandra Zomerman raconte une histoire qui se déroule au Moyen-âge. Trois ouvriers travaillent sur un chantier. Un badaud passe et demande à chacun ce qu'il fait :

- Le premier dit : « Je pose des pierres les unes sur les autres ».
- Le second dit : « Je construis un mur ».
- Le troisième dit : « Je bâtis une cathédrale ».

Elle invite chaque apprenti en soin à choisir un de ces trois ouvriers comme Maître de stage : **le premier qui valorise le geste, le second l'objectif immédiat, le troisième la finalité**. De nos jours on préfère répondre aux besoins en fabriquant des "trucs" à la chaîne, vite montés, vite utilisés, vite cassés, soi-disant plus économiques, qu'on jette et qu'on rachète... L'époque n'est plus à la Quête, ni à l'édification de cathédrales. Pourtant, nous sommes quelques uns à penser qu'être infirmier, ça n'est pas seulement répondre aux besoins, que ça n'est pas seulement poser des pierres les unes sur les autres, que ça n'est pas uniquement construire des murs, mais édifier un espace de réflexion et de désir dans lequel soignés et soignants auraient chacun une place. Nous sommes quelques uns à penser qu'il faut jour après jour, par un imperceptible "goutte à goutte" ou un laborieux "pierre à pierre", tenter de bâtir de fragiles citadelles sans cesse guettée par le néant. » Marie Rajablat, Voyage au coeur du soin , La toilette, éd Hospitalières, 1997

- **Pratiquer des activités dans le but de stimuler ou préserver des capacités ou potentiels,** peut paraître superflu à ceux qui pensent qu'en Service de soins de longue durée "il n'y a plus rien à faire". Cette opinion reflète une vision unidimensionnelle, biologique, de l'être humain. Il nous faut donc argumenter pour convaincre que dans une vision pluridimensionnelle de l'art de soigner en Service de soins de longue durée "tout reste à faire"... avant d'exposer les exemples d'activités réalisées.
 - . Nous remarquons que durant les quinze premiers jours qui suivent l'entrée de la personne âgée, celle-ci explore les lieux et ne s'intéresse qu'à elle-même. Selon le projet de soins et la qualité relationnelle des soignants, elle va peu à peu s'intéresser à ce qui est extérieur à elle ; puis aux activités proposées en se demandant à quoi elles servent ; enfin, après avoir exercé ses talents, elle les réalise pour le plaisir d'être et de faire.
 - Nous sommes tous "des êtres d'émotion avant que de raison" et la mémorisation de l'information est d'abord tributaire du climat, de l'ambiance, dans lequel elle est donnée. Les Résidents de USLD ne dérogent pas à la règle. Vivre c'est aussi rire, chanter, pleurer, discuter, toucher, sortir, aimer, dormir... prendre soin de déguster sa vie. Sans projet de soins de santé on ne se préoccupe que soins des maladies, du repas et de l'hygiène.
- **Prendre soin et traiter** sont deux modalités qui aident à fonctionner au mieux dans l'environnement. Mais d'abord, prendre soin de tout ce qui entretient les forces et le désir de vivre
 - « Les traitements sans les soins ne peuvent que nuire : pas une plante, pas un animal ne le supporterait. Pour ce faire, il relève donc impérativement de l'initiative et de la décision infirmière de ne pas faire des traitements de simples tâches d'exécution, mais de les restituer comme complémentaires à tous les soins indispensables pour maintenir le goût et le désir de vivre. » M-F Collière
- **La relation de personne à personne est vitale et aide à vivre... ou à revivre.**
 - Il est inutile de chercher à vouloir démontrer à tous ceux qui ne raisonnent plus "normalement", qui vivent hors du temps et de l'espace, que nous avons raison et qu'ils ont tort. Cela ne sert que notre vaine satisfaction personnelle et masque une insuffisance de notre savoir-percevoir : la rencontre humaine n'est pas faite que de discours.
 - Ces malades sont sensibles à notre présence chaleureuse. Nos comportements qui montrent notre « **intelligence du coeur** », témoignent qu'ils existent toujours pour nous. Gratification qui tisse des liens affectifs et procure des moments de bien-être.
 - À tout âge, les paroles ne véhiculent que 7 % du message émis. Le ton de la voix véhicule 38 % du message. Les gestes et mouvements corporels véhiculent les 55% restants.
- **On ne retourne jamais en enfance...**
 - Les personnes âgées qui ont été autonomes et responsables pendant leur vie adulte savent intuitivement ou de façon raisonnée, tirer les leçons de ce que la vie leur présente, et même de leur actuelle dépendance. Le temps qui passe est un maître d'école.
Il arrive parfois qu'un accident de santé les fait régresser et qu'elles aient alors besoin d'aide et de stimulation pour remonter la pente ; chaque progrès vers l'autonomie doit alors être remarqué, souligné, encouragé par les soignants.

- L'examen des capacités restantes pour l'utilisation des fonctions doit dégager les possibilités que le sujet utilise lorsqu'il est confronté à une tâche précise à résoudre. Dans ce cas il utilise ses acquisitions, ses expériences antérieures, sédimentation culturelle de gestes.
 - Du moins faut-il d'abord, vivre debout...
Les organes sensoriels qui transmettent les informations au cerveau, ne fonctionnent de façon optimale que si le corps est en position debout. Les perceptions cérébrales sont tributaires de la verticalisation et du déplacement du corps dans l'espace. Aussi, pour un fonctionnement cérébral performant, en éveil, est-il nécessaire que la personne marche.
« La pensée sert à l'action, ou ne sert à rien » dit Prajnânpad, philosophe hindou, ce que le neurophysiologiste H. Laborit exprime aussi.
- **« Un système nerveux ça ne sert qu'à agir » H. Laborit.**
 - Nous passons quelques années de notre vie en apprentissage alors que le restant de notre vie va se dérouler dans la répétition de gestes qui ne comportent aucun élément d'apprentissage.
Aimer ou imaginer le changement, rechercher la formation permanente sont des éléments à cultiver pour éviter la désintégration intellectuelle insidieuse de l'adulte... En ne cultivant que des habitudes de gestes appris on perd peu à peu l'habileté de perception et conceptualisation.
Il semble cependant que beaucoup de personnes ne peuvent remettre en question leurs habitudes. Et si, pourtant, la remise en question de soi-même était la clef de la liberté ? La "connaissance de soi" nous amène à comprendre que le développement personnel, l'épanouissement, passe par une remise en cause de nos valeurs, et ce à chacun des tournants de l'existence.
En Service de soins de longue durée, pour éviter la désintégration intellectuelle des Résidents, il convient d'utiliser une pédagogie éducative d'intégration d'informations venant de l'extérieur afin de maintenir une vie intérieure de pensée : intelligence, faculté de lier les choses, sensibilité, action.
- **Tout est langage... mais « codé »**
 - Si un asiatique vous demande des renseignements dans sa langue direz-vous "Il est dément " ou "Il parle chinois" ? Le décodage du discours est, là aussi, difficile.
 - En institution, la souffrance du résident cause un déphasage entre le bien-portant et celui qui souffre ; tout envahissement d'angoisse de mort modifie la longueur d'onde, le niveau de la communication.
Les propos délirants sont-ils la soupape de sécurité d'une souffrance trop dure à porter ? Souffrance cachée, enfouie depuis fort longtemps qui dérègle la communication, voire la personnalité : « Quand il n'y a plus de motif de vivre le personnage que je suis ou que je crois être, je peux m'en fabriquer un que je vais "jouer" par mon comportement et par mon discours. » **Psychogénèse de certaines démences ?**
Une adaptation à l'environnement, nécessite de communiquer avec lui. Une communication optimale est l'harmonie recherchée par l'homme avec lui-même et avec son milieu ; donc avec les autres.
 - La difficulté vient du fait que les autres ne sont pas statiques mais changent sans arrêt, d'où la nécessité d'une adaptation dynamique.
 - Selon les moments de la vie, le milieu, la culture, chacun est appelé à entrer dans un modèle de sens de vie associant le réel vécu, les idées reçues, l'imaginaire. Ce sens donné à la vie englobe le biologique, le psychologique et le sociologique dans un cadre culturel donné.
 - Dans le cadre du Service de Soins de Longue Durée - lieu fixe et malades présentant, entre autres, des troubles du comportement - cette communication avec le monde environnant va utiliser certes le mode verbal mais, aussi et surtout, le monde non-

verbal. Le mode non-verbal s'intéresse aux "vibrations" non formulées : il associe l'affectivité, les comportements, les images, les sons, la proximité humaine, le toucher.

- Tous ces langages "ressentis" activent le système limbique stimulateur des perceptions cérébrales d'une part, mais surtout lieu de mémoire du narcissisme. Or, celui-ci permet de retrouver une bonne image de soi (perdue du fait du changement de domicile), condition préalable pour amorcer une vie sociale qui relance la dynamique neuronale du désir de vivre. Être désirant, à défaut d'être désirable, empêche de devenir "végétatif", "chômeur de projet".
- « **Si seule la maladie me permet de me faire reconnaître comme être vivant, il faut que je sois malade pour qu'on s'occupe de moi.** » Cas fréquent : **l'incontinence de "protestation "**
 - Ce processus ne se voit pas seulement chez les personnes âgées, mais prend chez elles, la forme d'un renoncement terminal : elles se laissent mourir.

4. LES ETAPES DU PROJET D'ANIMATION

A/ FINALITE GENERALE

Il s'agit ici de faire le lien avec les éléments du projet de vie de l'établissement.

Le projet de vie en institution est un ensemble d'actions coordonnées pour **donner du sens à la vie de la personne âgée. Ex :**

Préserver la qualité de vie jusqu'au bout de la vie, Participer au bien-être du résidant, Préserver l'élan vital, Restaurer un sentiment d'utilité et d'estime de soi, Favoriser les échanges et la vie sociale, Stimuler la capacité à faire des choix, Respecter la personne dans son individualité et ses désirs, Favoriser l'adaptation et la construction de nouveaux repères, Favoriser l'expression des émotions et s'appuyer sur le sentiment de plaisir., Augmenter l'utilisation active du temps ;etc

B/ THEME

Il pose l'orientation générale du projet, il est constitué de 1 ou 3 mots :

- sortie cinéma, marché du jeudi, mémoire, gymnastique douce, dessin, revue de presse, chant, promenade,etc

C/ POPULATION-CIBLE

Il s'agit de déterminer le public à qui peut s'adresser cette animation, ce profil, permettra ensuite de cibler les personnes à qui cette activité peut s'adresser.

- **Le premier élément à considérer ici est le potentiel, les capacités nécessaires à la participation.** Ex : personne pouvant se déplacer seule (marche ou fauteuil roulant), personne ayant la dextérité permettant de tenir un crayon ou un pinceau, personne pouvant lire les gros caractères, ayant la force de tenir des couverts ou ustensiles de cuisine, pouvant maintenir son attention pendant une heure etc....
- **Le second élément à considérer est celui de la participation aux activités en fonction des incapacités ou problèmes de santé rencontrés par les résidents ;** Ex, l'atelier peut être

ouvert selon sa nature à des personnes présentant des déficits visuels, ou moteurs (à préciser) ou encore cognitifs, mnésiques, phasiques etc.....

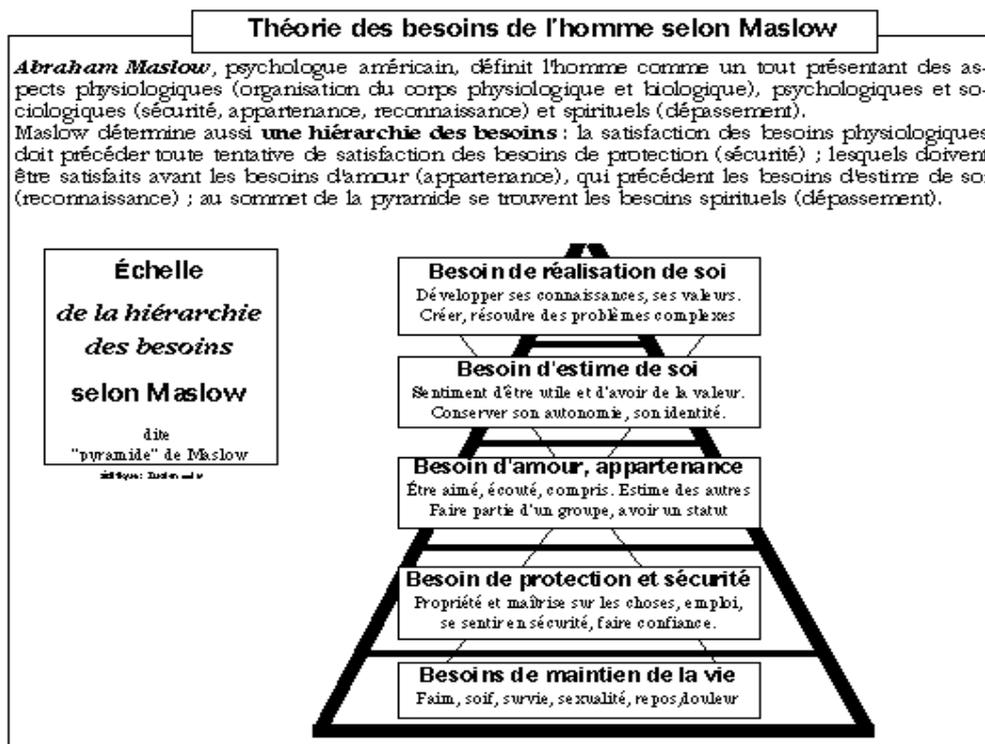
D/ LIENS AVEC LES BESOINS FONDAMENTAUX

Toute activité peut et doit se mettre en liens avec les besoins fondamentaux qu'elle met en jeu et vise à satisfaire.

Ex : une activité centrée sur la manipulation-création de pâte à modeler peut se mettre en liens avec les besoin de : communiquer (par l'expression model e et par l'échange entre participants), se récréer (se divertir, prendre du plaisir et du bon temps), apprendre (par la découverte de la matière et de ses possibilités et l'échange d'expérience entre participants), se mouvoir (par le biais de la mobilité manuelle et de l'utilisation de la dextérité nécessaire)...

Référence   V.Henderson : I. [Respirer](#) - II. [Boire et manger](#) - III. [ liminer](#) - IV. [Se Mouvoir et maintenir une bonne posture](#) - V. [Dormir et se reposer](#) - VI. [Se vêtir ou se d v tir](#) - VII. [Maintenir sa température](#) - VIII. [ tre propre soigné, protéger ses téguments](#) - IX. [ viter les dangers](#) - X. [Communiquer](#) - XI. [Agir selon ses croyances ou ses valeurs](#) - XII. [S'occuper en vue de se réaliser](#) - XIII. [Besoin de se récréer](#) - XIV. [Besoin d'apprendre](#)

Référence   A.Maslow :



E/ OBJECTIFS SPECIFIQUES

Ils précisent la finalité générale en fonction du type d'animation et de la médiation choisie.

Ainsi pour l'activité pâte à modeler on pourrait préciser les éléments suivants :

- découvrir une matière modelable, la manipuler et la travailler
- apprécier un volume et résoudre le problème simple de sa réalisation en pâte à modeler
- exposer son travail et le présenter au groupe

- mobiliser la mémoire procédurale (celle du savoir-faire)
- préserver et ou participer à la restauration de la motricité manuelle fine et donc la dextérité, etc

En général une animation centrée sur une activité précise se décline en 5 à 8 objectifs spécifiques

Si l'on reprend l'atelier chant du schéma présenté ci-avant, on peut fixer des objectifs spécifiques à partir des éléments suivants :

- **Chanter... mais, à tout prendre, qu'est-ce ?**
 - **Chanter**, c'est une action qui nous offre **le plaisir d'être avec les autres, de respirer, d'articuler et de mémoriser**. C'est le plaisir d'être **reconnu dans un groupe** et donc de retrouver son identité, ce qui est valorisant et entraîne la joie de vivre.
 - **Chanter** demande de bien respirer donc de contrôler le travail des muscles respiratoires, ce qui augmente l'ampliation thoracique et **facilite l'expectoration des bouchons muqueux**.
 - **Respirer**, c'est aussi **mobiliser son diaphragme** ce qui produit un brassage abdominal favorable pour **le transit intestinal**. De plus, la modification de la quantité "d'air courant" inspiré durant le chant améliore l'oxygénation du sang, donc du cerveau.
 - **Chanter**, c'est articuler, moduler sa voix, mettre en jeu des automatismes (**le cortex, les oreilles, le larynx**) et les muscles du visage qui en même temps créent le **sourire**, témoin du plaisir de chanter.
 - **Chanter** fait travailler la **mémoire auditive, celle de fixation** (apprentissage d'un chant nouveau), celle **d'évocation du temps vécu** (avec sa charge émotionnelle).
 - **Chanter**, c'est être par et avec les autres. C'est utiliser son instrument musical corporel pour montrer son existence et **s'intégrer dans une communauté de relations**.
 - **Le chant** met en relief les voyelles alors que la parole s'appuie sur les consonnes. C'est de la musique qui est en soi et qui ne demande qu'à en sortir. Chanter donne de l'assurance à la façon de parler.

F/ ELEMENTS DE MISE EN ŒUVRE ET ARGUMENTATION

- ▶ F1. Intitulé de l'atelier (titre simple et évocateur de l'activité menée)
- ▶ F2. Lieu (précis, fixe, ouvert ou fermé adapté et propice au déroulé et à l'atteinte des objectifs)
- ▶ F3. Heure, Durée (attention à la fatigabilité et la progressivité), fréquence
- ▶ F4. animateur(s) (nombre, compétences et rôle pendant l'animation...)
- ▶ F5. Moyens nécessaires (matériel, équipement audio-visuel, tapis de sol, peinture...)
- ▶ F6. Déroulement (recrutement des participants, accueil, échauffement, consignes à transmettre aux participants, étapes de réalisation, bilan)
- ▶ F7. Transmissions (à qui, sur quel support etc...)

G/ CRITERES D'EVALUATION

Ils permettent de déterminer le niveau d'atteinte des objectifs (cf cours démarche de soins)

ANNEXE 1

LES MEMOIRES

Activités mémorielles

Ces activités utilisent, tour à tour, l'arsenal des thérapies cognitives :

- Exercices pour entretenir le langage (rapidité verbale, compréhension, logique et abstraction, reconnaissance des choses ou interprétation des événements ou mémoire des faits, reconnaître les formes et les caractéristiques d'objets cachés à la vue ou non) ; exercices pour stimuler la conservation des praxies ; exercices pour stimuler la mémoire immédiate, etc ;
- - Journal personnel, autobiographie guidée, réminiscences, récit ;
- - Stimulation sensorielle, maintien de la mobilité, re-motivation, toucher intentionnel, massage, restructuration de l'identité, etc.
- - Cultiver le jugement et la prise de décisions ; orientation à la réalité individuelle ou en groupe ; la validation de Feil, etc.
- Elles stimulent les différents types de mémoires et par expérience nous ne pouvons que souscrire aux propos de P. Dewavrin, parus dans *Psychothérapie des démences*. Ils montrent que dans les démences, pendant longtemps, si le chemin d'une mémoire est perdu d'autres chemins fonctionnent. En voici un extrait :

« .../... Depuis une dizaine d'années, les neuropsychologues nous ont apporté de nouveaux modèles de la mémoire, très féconds pour la prise en charge des patients déments. Ces modèles ont été mis au point par des chercheurs, Tulving aux États-Unis, Baddeley en Grande-Bretagne, qui ont appliqué les concepts de l'intelligence artificielle à l'étude de la mémoire humaine. Ils ont mis en évidence que notre mémoire n'était pas un système unitaire et que nous disposions tous de nombreuses mémoires qui accomplissent chacune des tâches spécifiques. Ils ont décrit ainsi cinq sous-systèmes qui sont parfaitement autonomes.

La mémoire de travail

C'est une mémoire ultra courte qui enregistre temporairement, pas plus de deux minutes, les informations d'origine visuelle et verbale qui nous parviennent à chaque instant. Elle a pour fonction de faire le tri entre les nombreuses perceptions auxquelles nous ne prêtons pas attention et celles qu'il faut garder en mémoire ou qui nécessitent une action immédiate de notre part.

Prenons un exemple : si je marche dans la rue, je n'attacherai aucune importance à la couleur de la voiture qui me dépasse, ni au passant qui me croise, ni à des dizaines de petites scènes de rue, mais je réagirai en voyant mon fils arrêté devant une vitrine de magasin alors que je le croyais au lycée.

Cette mémoire, que l'on appelle également superviseur attentionnel, est localisée dans le cortex préfrontal. Elle est constamment altérée dans les premiers stades de la maladie d'Alzheimer.

Les patients ne peuvent plus traiter plusieurs informations en même temps pour les sélectionner. Les conséquences cliniques sont nombreuses et parfois inattendues.

Un patient atteint de maladie d'Alzheimer déjeune en face d'un autre patient qui se lève de table. Il risque fort de se lever lui aussi : n'étant pas capable de comparer cette information avec le fait que son assiette est encore vide et que le repas n'a pas commencé, il pensera que le repas est terminé. De même dans les groupes d'animation demandant la poursuite d'une tâche un peu spécialisée, comme des activités manuelles, les patients sont très sensibles aux stimulations parasites. Une simple porte qui s'ouvre peut complètement désorganiser un groupe. Un patient Alzheimer ne peut traiter qu'une seule information à la fois, là où nous en traitons des dizaines.

La mémoire épisodique

C'est la mémoire de notre histoire personnelle, celle de nos événements de vie, les plus importants comme les plus anodins. Notre mère qui nous refuse une deuxième crème glacée, nos premiers émois amoureux, etc. C'est aussi la petite madeleine de Marcel Proust. Chacun remplit sa mémoire épisodique avec son roman personnel. On distingue une mémoire épisodique à court terme (moins d'une heure) et une mémoire épisodique à long terme. Elle enregistre des informations situées dans un contexte visuo-spatial. Le mode visuel est prédominant.

Dans la maladie d'Alzheimer à son stade débutant, c'est la mémoire épisodique à court terme qui est atteinte en premier : le patient parle normalement, évoque sans difficultés les grands événements de son passé, donne sa date de naissance mais oublie ce qu'il a fait dans les heures qui précèdent.

Dans toute institution spécialisée qui accueille des personnes âgées psychiquement dépendantes, une partie des résidents présente une atteinte isolée de la mémoire épisodique sans atteinte des autres mémoires. C'est avec eux que l'on peut faire les programmes d'animation les plus ambitieux : ateliers "mémoire souvenirs" pour stimuler la mémoire épisodique à long terme, "revue de presse" pour les réorienter dans le présent, "atelier de stimulation cognitive" pour entretenir les facultés d'apprentissage et stimuler le lobe frontal. Grâce aux techniques modernes d'imagerie cérébrale (TEP : tomographie par émission de positons, technique nécessitant la présence d'un cyclotron) qui nous permettent de visualiser le cerveau en activité, on a pu localiser les structures cérébrales concernées par cette mémoire : il s'agit de l'hippocampe, du thalamus, du cortex préfrontal et du cortex occipital.

La mémoire sémantique

Sous ce terme, on désigne la mémoire des mots : une table, une fleur, etc. Les mots sont les outils du langage. Contrairement à la mémoire épisodique qui est strictement personnelle, la mémoire sémantique est commune à tous ceux qui parlent la même langue.

Lorsque des résidents participent à un atelier de "jeux de mots" ou aux "chiffres et les lettres", c'est leur mémoire sémantique que nous sollicitons.

Les connaissances générales font également partie de la mémoire sémantique ([es tables de multiplication, les capitales des pays, etc.).

Certains résidents ont une mémoire épisodique très altérée : ils ne savent pas où ils se trouvent, ne connaissent pas la date actuelle, ignorent le nom du Président de la République, oublient cinq minutes après ce qu'ils ont fait. Et pourtant, lorsqu'ils participent à l'atelier des "jeux de mots", ils construisent des mots de cinq lettres comme vous et moi lorsque nous jouons au Scrabble. Leurs performances sont proches de celles d'un sujet normal. Cela provient du fait que la mémoire épisodique et la mémoire sémantique n'ont pas la même localisation anatomique dans le cerveau. L'une des deux peut être lésée alors que l'autre est intacte.

La mémoire sémantique est localisée dans le néocortex.

Parler nécessite l'intégrité de la mémoire sémantique. Mais lorsque celle-ci est altérée et que nous avons perdu l'usage de la parole, nous disposons encore de deux autres types de mémoire qui continuent à fonctionner.

La mémoire procédurale

C'est la mémoire des "savoir faire" gestuels et intellectuels :

- marcher, se servir d'un couteau et d'une fourchette, s'habiller, faire un noeud de cravate, dessiner, chanter, jouer d'un instrument de musique ;
- jouer aux dames, aux échecs, relève également d'un savoir faire qui peut être appliqué de façon automatique sans paroles.

Certains patients qui ont de grosses difficultés à trouver leurs mots peuvent encore chanter très correctement. Nous en avons fait l'expérience dans notre chorale. Cela s'explique par le fait que leur mémoire procédurale est relativement bien préservée, alors que leur mémoire sémantique est lésée. De même, certains patients qui jargonent sont encore capables de jouer d'un instrument de musique.

On nous a cité le cas d'une patiente qui battait tout le monde aux dames alors qu'elle avait perdu tout langage et qu'elle était complètement désorientée. Même chez des patients très avancés dans la maladie nous avons pu mettre en évidence la conservation d'automatismes gestuels qui ne demandent qu'à s'exprimer si on les sollicite.

De nombreux patients sont capables de renvoyer correctement un ballon ou de répondre à votre sourire alors qu'ils ont perdu tout langage. Ils ne vous reconnaissent pas mais ils ont gardé les automatismes de la politesse.

Peut-être avez-vous fait cette expérience d'observer de loin deux patients en train de converser. Lorsque vous vous êtes approché, vous avez constaté que leur conversation était incohérente et qu'il n'y avait aucun échange verbal. Ces patients ont reproduit le rituel de la conversation avec ses gestes et ses mimiques. Et ils semblaient en tirer certaines satisfactions.

C'est en cela que la neuropsychologie peut nous aider à mieux communiquer avec les patients. Lorsque l'outil du langage verbal est perdu, il reste encore le langage du corps et l'utilisation de tous les gestes de convivialité. Lorsqu'un patient a un langage incohérent, il ne sert à rien de rechercher à tout prix du sens et de lui faire répéter ce que l'on arrive pas à comprendre. Mais on peut lui donner le sentiment qu'une relation entre lui et nous a eu lieu si nous utilisons de façon appropriée le langage infraverbal de la convivialité.

De même, il est utile d'essayer de réactiver tous les automatismes gestuels que les patients ont appris pendant leur vie, depuis les plus simples acquis dès la petite enfance (marcher, renvoyer un ballon, chanter), jusqu'aux plus complexes acquis plus tardivement (jouer d'un instrument, peindre, se relaxer, etc.). La mémoire procédurale se situe dans les noyaux gris centraux et dans le cervelet.

La mémoire implicite

C'est certainement le concept le plus étonnant mis en évidence par les neuropsychologues. La mémoire implicite est une mémoire automatique : on apprend mais on ne se souvient pas.

Le meilleur exemple en est la publicité subliminale au cinéma (qui est interdite). Toutes les 24 images, on intercale une image de publicité qui vous suggère d'acheter une marque de boisson. À la sortie du film, les spectateurs affirment n'avoir vu aucune publicité, et pourtant si on leur présente sur une table une dizaine de boissons différentes, ils choisiront en majorité celle qui correspond à l'image subliminale. Ils ne se souviennent de rien mais leur comportement montre qu'ils ont enregistré le message.

On s'est beaucoup interrogé pour savoir si la mémoire implicite était préservée chez les patients Alzheimer. La réponse est oui, sauf dans les tout derniers stades de la maladie.

Nous avons constaté des phénomènes d'apprentissage implicites chez les patients qui participent à notre groupe de chant. D'une séance à l'autre, ils ne se souviennent pas de ce qu'ils ont fait, mais à chaque séance ils chantent de plus en plus facilement le répertoire qui a été répété.

Les phénomènes de mémoire implicite peuvent concerner tous les types de mémoire : épisodique, sémantique, procédurale.

La mémoire implicite n'est pas localisée. Cela veut dire que les patients continuent à enregistrer toutes nos attitudes, nos gestes, nos mimiques, l'ambiance générale qui les entoure, le ton de notre voix et que cela module leur comportement. Ils ne peuvent pas nous restituer par la parole ce que nous avons fait ou dit mais ils en gardent une trace. C'est la raison pour laquelle nous devons veiller à ce que leur environnement humain soit le meilleur possible.

Souvenir et sentiment de familiarité

D'autres recherches ont mis en évidence qu'il fallait distinguer le souvenir et le sentiment de familiarité. Le souvenir se rattache à des événements que nous avons vécus et que nous pouvons dater : je me souviens ce matin être monté dans ma voiture à 9 heures pour prendre la route et vous rejoindre. C'est un souvenir. C'est ce que l'on perd en premier dans la maladie d'Alzheimer. Le souvenir dépend de la *mémoire épisodique*.

En arrivant à Strasbourg et en regardant la décoration de mon hôtel, j'éprouve un sentiment de familiarité. Je ne sais pas pourquoi mais cela doit sûrement me rappeler un hôtel similaire où

j'ai peut-être séjourné. Pourtant, je n'arrive pas à y associer un souvenir particulier, pas de lieu, pas de date, pas d'image, mais seulement un *sentiment de familiarité*.

Chez le patient atteint de maladie d'Alzheimer, le sentiment de familiarité est conservé beaucoup plus longtemps que le souvenir. Le sentiment de familiarité dépendrait à la fois de la mémoire sémantique et de la mémoire procédurale qui ne sont pas touchées aux premiers stades de la maladie :

Mme D. jargonne, cela fait déjà plus d'un an qu'elle ne reconnaît plus sa famille. Souvent elle chantonne, même si on ne comprend rien à ce qu'elle chante. Quand sa petite-fille vient lui rendre visite, elle chante nettement plus fort et uniquement en sa présence. C'est sa façon à elle d'exprimer qu'elle l'a reconnue. Cela passe par le sentiment de familiarité qu'elle a éprouvé en sa présence.

Tel patient qui mange difficilement en institution est emmené dans un restaurant. On constate alors qu'il reste à table sans difficultés et mange proprement. L'ambiance du restaurant a provoqué chez lui un sentiment de familiarité et réactivé des automatismes sociaux de convivialité et de politesse.

De même, lorsque l'on constitue des petits groupes de malades qui se réunissent à jour fixe et à heure fixe pour faire des animations, on observe que les patients y participent de plus en plus facilement au fil des séances. Ils ne se souviennent pas de ce qui a été fait lors des réunions précédentes, mais leur comportement montre qu'ils se sont familiarisés avec le groupe et qu'un apprentissage inconscient s'est produit.

ANNEXE 2

Les soignants et la réalisation d'animation

La qualité des relations soignant/soigné motivant l'affectif, ces activités sont intégrées dans le rôle de chaque membre de l'équipe soignante.

- **Il est inutile d'élaborer des activités compliquées à faire réaliser** par des personnes âgées ; c'est courir à l'échec. Nous devons nous adapter et utiliser des moyens appropriés qui rejoignent souvent ceux utilisés à l'école primaire. Leur mise en oeuvre demande une vertu première : **la patience**.
- Les "animations", épisodiques, venant de l'extérieur, sont des activités passives pour les Résidents et ne nécessitent pas de référence commune pour les membres de l'équipe soignante.
- **L'adhésion de tous n'est pleine et entière que si les soignants ont été partie prenante de la définition et de la fixation des objectifs à atteindre pour réaliser le projet .**
- L'objectif une fois fixé, chaque participant à la marche du service doit tenir compte des principes du projet de soins pour réaliser son action personnelle.
 - Cette solution personnelle doit être le fruit d'une **synergie activité cérébrale-conduite motrice**, car elle débouche sur la prise de conscience par chaque soignant de son rôle dans la "thérapeutique non médicamenteuse".
 - Si le problème le plus difficile est de réduire l'inhibition (oser oser) afin de mieux percevoir et mieux réussir, cela implique de mieux réussir pour diminuer l'inhibition et mieux percevoir. Il y a donc un système interactif personnel où la volonté est déterminante.
- **La résolution des problèmes par les soignants eux-mêmes**, les oblige à prendre leurs responsabilités en discutant sur un pied d'égalité avec les autres, ce qui favorise la disparition du non-dit, première source de conflits. De plus, mettre tout soignant en situation d'apprendre à "solutionner" lui permet de se construire au fur et à mesure qu'augmentent ses savoirs et ses compétences. À l'inverse, créer des automatismes le met dans l'impossibilité d'être efficace devant des problèmes différents. Exister permet à chacun de mieux travailler.
- **La mémorisation** permet d'accumuler des connaissances, d'enranger des matériaux. **L'intelligence**, c'est l'efficacité avec laquelle, grâce à ces matériaux, on va synthétiser, donc être efficace. La différence d'intelligence (d'efficacité) de la personne est fonction du nombre de rapports qu'elle a eu avec des problèmes concrets.
 - Plus on a de problèmes à résoudre, plus on apprend, plus on devient efficace ; moins on vieillit.

Pour les soignants, ce qui donne envie d'exister, de progresser, ce qui propulse vers l'avenir, se loge dans les projets à édifier, dans de nouvelles perceptions à intégrer.

- **Les divers professionnels de santé** de formation distincte doivent apporter leurs savoir-percevoir et savoir-faire différents, agir en complémentarité, pour mettre en action ce qui chez le patient âgé peut et doit fonctionner d'abord, ses capacités restantes.
- **Stimuler les capacités restantes, au lieu de ne faire que la liste des incapacités**
Privilégier le pragmatisme : se méfier des mots et décrire avant de définir, car en pathologie comportementale, la définition ne doit pas être a priori, mais a posteriori.

Utiliser les symptômes offerts en tant que boussole d'orientation, la catégorisation ne devant pas entraîner de systématisation guillotine.

- **Déduire les capacités à partir des incapacités ne conduit pas au même résultat qu'isoler les incapacités à partir des capacités !**
 - La mise en évidence des capacités restantes (souvent ignorées par la personne elle-même) va permettre d'utiliser les moyens de facilitation et les méthodes d'apprentissage. Elle ne suit pas la même procédure et ne répond pas aux mêmes intentions d'action thérapeutique que la liste des déficits, cahier de doléances réductionniste.
 - **Se centrer sur les potentialités restantes** permet de lutter contre l'idée que les personnes âgées présentant des troubles du comportement ont une insuffisance cérébrale globale et permet d'introduire la notion de déficits cognitifs fragmentaires aggravés par l'entrée en institution.
 - Voir, dans une bouteille remplie à moitié, une bouteille à moitié pleine est une démarche de pensée positive.
 - Se centrer sur les potentialités restantes permet de lutter contre l'idée que les personnes âgées présentant des troubles du comportement ont une insuffisance cérébrale globale et permet d'introduire la notion de déficits cognitifs fragmentaires aggravés par l'entrée en institution.
 - Rentrer en institution, provoque une modification de l'espace-temps qui touche à notre conception de l'existence : c'est l'utilisation de l'espace et du temps qui nous ont fait « devenir ce que nous sommes. »
 - Brutalement, il y a "rupture" du temps, coupure avec le fonctionnement habituel ; l'espace se rétrécit, en marge de la vie extérieure ; l'espace est imposé : la personne ne peut modifier son environnement que partiellement, dans sa chambre.
- **Il faut toujours du grain à moudre... sinon on broie du noir**
 - La réalisation des soins au quotidien nous apprend que **le savoir-être, le savoir-percevoir et le savoir-faire, conditionnent l'utilisation du savoir**. Et que c'est dans une situation de **responsabilité** que se fixent les connaissances vraies, celles qui profitent avant tout au patient.
 - Aussi doit-il y avoir une place pour la critique des connaissances, afin de déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée : **les concepts doivent être considérés comme provisoires et révocables**.
 - **Vivre debout**

Les organes sensoriels qui transmettent les informations au cerveau, ne fonctionnent de façon optimale que si le corps est en position debout.

Les perceptions cérébrales sont tributaires de la verticalisation et du déplacement du corps dans l'espace. Aussi, pour un fonctionnement cérébral performant, en éveil, est-il nécessaire que la personne marche. Quand une personne est reçue alitée les soignants doivent utiliser tous leurs talents pour favoriser la déambulation.
 - **Soigner l'environnement**

L'équipe de **Lawton**, à Philadelphie, qui a établi que plus la compétence cérébrale de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif ; un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable dans le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.
- **Les activités d'éveil ont pour but de favoriser l'utilisation par la personne âgée de ses circuits cérébraux de mémoire, perception et conceptualisation : l'utilisation de ses structures mentales**. Leur finalité diffère des activités de conservation des gestes de la vie quotidienne, entraînement à la poursuite de gestes mémorisés depuis l'enfance (se laver, s'habiller, etc.) qui entretiennent des

circuits neuronaux existants mais ne mettent pas en jeu de circuits nouveaux : nous les répétons quotidiennement Š à moins qu'un excès d'aide nous entraîne à les oublier !

- **La personne âgée, est à considérer comme un être vivant, riche d'un vécu antérieur, d'une émotivité, d'une affectivité, de désirs.**
- **Les activités d'éveil sont des moyens pour donner à la personne l'envie d'exister jour après jour jusqu'à la mort. Elles sollicitent le potentiel sensoriel de la personne âgée pour réactiver sa mémoire ancienne, ouvrir les " tiroirs " où sont rangés des connaissances, des émotions, des moments vécus.** Par la libération des souvenirs enfouis elles entraînent aussi une mobilisation psychique. Elles dépendent des désirs du résident mais aussi des aptitudes des soignants. Ce peut être le dessin, la terre, les jeux de société, la cuisine, la lecture, la gymnastique, le chant ou les promenades dans le jardin...
- **Les activités d'éveil ne nécessitent pas un matériel spécialisé ni coûteux (balles, sacs de graines, carrés de linoléum ou de moquette, tapis de sol, peinture) et l'animateur le plus souvent crée lui-même le matériel qu'il utilisera, ce qui est motivant pour lui.** Les sorties au marché, à la fête du quartier pour certains résidents et pour d'autres un pique-nique à l'orée d'un bois demandent une organisation plus élaborée (autorisations, véhicule et une plus importante mobilisation du personnel).
- **Ces activités sont un soin de santé,** un soin relationnel animé d'un profond désir d'éveiller et de répondre aux désirs de vie de l'adulte âgé.
- **Les objectifs des activités d'éveil**
 - Conserver et stimuler ses fonctions intellectuelles : mémoire verbale ; mémoire dite sémantique (concepts, connaissances) ; mémoire imagée (mémoire symbolique) ; mémoires sensorielles
 - Solliciter les sens
 - Trouver et retrouver du plaisir
 - Nourrir son imaginaire
 - Retrouver son identité : la personne âgée est souvent dépossédée des papiers d'identité, vêtue d'habits où le fonctionnel à la priorité au détriment du respect de ses goûts.
 - Réapprendre à communiquer
 - Ressentir des émotions : la chaleur humaine réchauffe Š le coeur
 - Trouver des appartenances nouvelles : mémoire collective
 - Réapprendre à désirer
 - Reconstituer son trajet de vie.

Exemple

Jeu de bulles

- **Objectifs** : Notion de contrôle - Coordination entre la durée du son et la durée du souffle - Changer les habitudes : on souffle pour éteindre une bougie et non pour faire des bulles - Perception de l'expiration et de l'inspiration - Apprendre à faire des bulles - Ampliation de la cage thoracique.
- **Rapport aux quatorze besoins** : Respirer - Boire et manger - Maintenir sa température - Éviter les dangers - Communiquer - Se recréer, se divertir - Apprendre.
- **Matériel** : Eau savonneuse. Verres ou pipettes. Pailles.
- **Déroulement** :
 - Proposer à chaque Résident un verre ou pipette rempli de deux doigts d'eau savonneuse et une paille.
 - Demander de souffler dans le verre à l'aide de la paille afin de produire des bulles.
 - Lorsque les bulles sont faites, demander alors d'y souffler dedans pour qu'une ou plusieurs puissent s'élever dans l'espace.

- Afin de faire correspondre le temps de fabrication de la bulle, associer un son, pour sa durée (exemple : nommer le O que l'animateur tient le plus longtemps possible).

- Demander de temps à autre la fabrication d'une petite ou grosse bulle.

Certains Résidents ont oublié comment souffler, leur proposer d'éteindre la flamme d'un briquet et ensuite leur demander de souffler dans le verre.

Référence web : <http://membres.lycos.fr/papidoc/18liensrechecho.html>