

Comment l'éducateur spécialisé peut-il accompagner la personne âgée en centre de jour à travers des animations quotidiennes ?

Une approche psychocorporelle de la question

par

Laura Akhéane de SANTANA CORREIA

CESA (Centre d'Enseignement Supérieur pour Adultes)
(Bruxelles)

2019

DEDICACE

À ma Nonna, qui m'a redonné le goût de vivre, l'envie de me lancer dans le travail social et la conscience d'une nécessité de développer des alternatives permettant aux personnes âgées de vieillir à domicile ;

À Vincent, l'homme de ma vie, à qui je dois mon bonheur et mon équilibre ces 15 dernières années ;

À David pour les cheveux coupés en quatre, les débats de forme et de fond et pour ton soutien, toujours ;

À mon père, dit « Petit Chat », pour la relecture attentive et les commentaires judicieux ;

À Claudia, sans la présence chaleureuse de qui j'aurais sûrement abandonné mes études ;

À Alexandra Olivanti, qui a accepté d'être ma promotrice sur le tard et qui a été disponible à toutes heures du jour et de la nuit pendant ces semaines de rédaction ;

À Nathalie, Cristina, Manu, Carine, Christian, Amandine et toute la classe des Bac A dans laquelle je suis arrivée en retard mais ai été si bien accueillie ;

À Ludo, Jamila, Sarah et Jean-Stéphane qui avez rendu ma première année au CESA plus agréable ;

À l'équipe et aux bénéficiaires d'Atoll, sans qui je n'aurais jamais tant appris et évolué en tant que professionnelle ;

À toutes celles et ceux qui ont croisé mon chemin, une minute ou des années, et ont fait de moi ce que suis aujourd'hui ;

Et à tous les jeunes et les « petits vieux » de ce monde qui ont envie de bonheur, de vie et de couleurs mais ne savent pas (encore) comment faire.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Contexte institutionnel.....	9
2.1. Un centre de jour dans un secteur dominé par les maisons de repos.....	9
2.1.1. Les centres de jour pour personnes âgées, un phénomène récent.....	9
2.1.2. Le centre de jour Atoll : philosophie.....	12
2.1.3. Historique et financement.....	13
2.1.4. Action politique.....	15
2.2. Atoll en pratique.....	16
2.2.1. Public accueilli.....	16
2.2.2. Projet pédagogique.....	19
2.3. Le quotidien à Atoll.....	21
2.3.1. Déroulement de la journée.....	21
2.3.2. Les activités.....	22
2.3.3. Transport.....	23
2.4. Travailler à Atoll.....	24
2.4.1. Équipe interne.....	24
2.4.2. Être la seule éducatrice à bord, oups, pardon, animatrice.....	27
2.4.3. Associations partenaires.....	29
2.4.4. Moyens de communication.....	30
2.4.5. Pas de dossiers personnels d'anamnèse : un choix.....	32
3. Concepts à définir.....	35
3.1. Personne âgée.....	35
3.2. Le vieillissement.....	37
3.2.1. Aspect physique.....	38
3.2.2. Aspect social.....	40
3.2.3. Aspect psychologique.....	44

3.2.4. La composante subjective - « je ne me sens pas vieux ».....	46
3.2.5. Disparité des problématiques.....	47
3.3. Rapport au corps.....	48
3.3.1. Image du corps.....	49
3.3.2. Schéma corporel.....	50
3.4. Animation.....	51
3.4.1. Animer pour des personnes âgées.....	52
3.4.2. Concevoir une animation.....	54
3.4.3. Animer pour un groupe.....	56
3.5. Besoin.....	58
3.5.1 Pyramide de Maslow.....	58
3.5.2. Paradigme des 12 besoins de Pourtois et Desmet.....	60
3.5.3. Les 14 besoins de Virginia Henderson.....	61
3.5.4. À la croisée des modèles.....	63
3.6. Accompagnement.....	64
4. Première situation, premier sens : le toucher.....	67
4.1. Situation.....	67
4.1.1. Acteurs de la situation.....	67
4.1.2. Description de la situation.....	68
4.2. Analyse.....	69
4.2.1 Un atelier qui fait le <i>flop</i>	69
4.2.2. Le toucher chez la personne âgée.....	70
4.2.3. Analyse des réactions des bénéficiaires.....	78
4.3. Pistes d'action.....	86
4.3.1. Relation de confiance et travail individuel.....	86
4.3.2. Utilisation du toucher.....	88
4.3.3. Mettre des mots sur ses maux.....	92
4.3.4. Image du corps.....	93
5. Deuxième situation, deuxième sens : l'ouïe.....	97
5.1. Situation.....	97

5.1.1. Acteurs de la situation.....	97
5.1.2. Notes sur Gerda.....	97
5.1.3. Description de la situation.....	98
5.2. Analyse.....	99
5.2.1. La maladie d'Alzheimer.....	99
5.2.2. Analyse de la réaction de Gerda.....	103
5.3. Pistes d'action.....	108
5.3.1. Musicothérapie.....	108
5.3.2. Expression corporelle et danse.....	113
5.3.3. La clé des sens.....	118
6. Troisième situation, troisième sens : la vue.....	119
6.1. Situation.....	119
6.1.1. Acteurs de la situation.....	119
6.1.2. Note sur Liliane.....	119
6.1.3. Description de la situation.....	120
6.2. Analyse.....	124
6.2.1. Questions, re-questions et remises en question : mon rôle dans la situation.....	124
6.2.2. Analyse de la réaction de Liliane.....	127
6.2.3. Compétences émotionnelles.....	133
6.3. Pistes d'action.....	135
6.3.1. Utilisation des arts plastiques.....	135
6.3.2. Développer les compétences émotionnelles.....	141
7. L'éducateur est son propre outil.....	143
7.1. Attitudes éducatives.....	144
7.2. Approche centrée sur la personne.....	150
7.3. Pédagogie différenciée.....	152
7.4. Humanité.....	153
8. Conclusion.....	155
9. Bibliographie.....	163

1. Introduction

La porte s'ouvre sur une vieille dame souriante qui, sans détours, me demande « t'es qui toi ? ». « C'est qui ? » répète en écho une voix qui vient de la salle de bain : Aïssatou¹, la dame de maison, arrive en remontant ses gants roses jusqu'aux coudes. Elle me salue du bout de la joue, transpirante et affairée. « La directrice arrive bientôt, me dit-elle, tu peux attendre dans le salon ». Ça sent le café et un peu la soupe froide. Le salon est accueillant, il est juste 9h du matin mais une dizaine de participants arrivés à l'avance sont déjà installés sur les fauteuils. Journaux, crochets, tricots, je ne sais pas trop où est ma place là-dedans... C'est mon premier jour de stage à Atoll, centre de jour pour personnes âgées.

Le téléphone arabe a déjà fait son office : ma maître de stage est malade et tout le monde se pose des questions pour moi : est-ce que je vais savoir quoi faire ? est-ce que j'ai déjà fait un stage ? de quelle école je viens, d'ailleurs ? et puis, c'est quoi ces cheveux ? comment tu fais pour les colorer comme ça ? ils en disent quoi à ton école ?

En quelques minutes la glace est brisée et je deviens la nouvelle attraction de cette bande de petits vieux disparates dont le dénominateur commun est d'être âgés de plus de 60 ans. On me questionne, on rigole, on veut toucher mes cheveux. J'essaie de retenir les prénoms de chacun et, déjà, de deviner les pathologies sous-jacentes, les raisons qui les amènent ici.

Lorsque la directrice arrive enfin, elle m'explique que Oriane, ma maître de stage et seule animatrice à bord, a déposé un certificat médical de trois semaines. Je devrai donc me débrouiller seule pour animer deux périodes d'1h30 chaque jour. Je peux m'inspirer du planning d'activités que

¹ Tous les prénoms de ce TFE ont été changés pour des raisons d'anonymat

Orianne a prévu.

Est-ce que je m'en sens capable ? me demande-t-elle.

C'est ainsi que commence une aventure qui durera près de deux ans : d'abord stagiaire quatre mois puis employée à 3/5^{ème} temps jusqu'à ce que je décide de ne pas renouveler mon contrat en juin 2019.

Sur mon contrat figurait la mention suivante : animatrice. Et ça a été mon défi pendant ces deux ans à Atoll : comment être à la fois éducatrice et animatrice ? Moi qui suis plus à l'aise dans l'accompagnement individuel que dans le rôle de leader charismatique que l'on attend - à tort ou à raison - d'un animateur.

Rien, dans mon expérience passée, ne me destinait à l'animation de groupes. J'ai toujours privilégié le soutien de personne à personne. Mon histoire « dans le social », si on exclut les petits boulots dans des bars qui m'ont faite psychologue de comptoir, commence en 2013 lorsqu'on diagnostique à ma grand-mère la maladie d'Alzheimer. Puisque je ne travaille pas beaucoup à ce moment-là, j'irai chez elle plusieurs fois par semaine pour l'aider à faire ses courses, à cuisiner, à ranger sa maison, à payer ses factures. D'ailleurs, ce que je fais gratuitement pour elle, je peux aussi le faire pour d'autres. Me voilà rédigeant des petites annonces auxquelles, à ma grande surprise, les réponses sont nombreuses. Sans le savoir et sans aucun diplôme, je deviens ce que l'on appellera plus tard « aide familiale ».

Avec le temps, la maladie de ma grand-mère s'aggrave. J'abandonne presque entièrement la rédaction d'articles et de travaux avec lesquels je gagnais ma vie auparavant et je m'installe chez elle à temps plein. La petite chambre qui lui servait de débarras nous accueillera désormais mon compagnon et moi. Quand je peux, je continue à jouer la « dame de compagnie » chez d'autres personnes âgées du quartier pour gagner ma vie. Je découvre le problème des « aidants proches » et le manque de reconnaissance. Je me familiarise avec toutes les ficelles de l'aide à domicile : il y a ceux qui viennent une heure, ceux qui peuvent rester une

semaine pour permettre à la famille de partir en vacances. Il y a ceux qui font des soins, ceux qui occupent et ceux qui ne foutent rien. Il y a ceux qui sont à l'heure, ceux qui arrivent en retard et ceux qui ne se pointent jamais. J'hésite à laisser ma grand-mère trop longtemps avec ces inconnus qui ne s'intéressent pas vraiment à ce qu'il faut faire pour qu'elle ait envie de manger, qui ne lui parlent pas alors que c'est si facile de la faire sourire, qui ne mettent pas son pyjama sur le radiateur pendant sa douche, qui oublient le beurre avant la confiture et qui lui font avaler ses pilules sans eau, « allez madame Rika, ne faites pas l'enfant ».

La famille se demande jusqu'à quand je vais tenir. Faut-il la mettre en maison de repos ? Je reporte cette échéance toujours avec la même affirmation : « quand elle ne me reconnaîtra plus, alors on lui cherchera un home ».

C'est avec ma grand-mère que m'est venue l'envie de me lancer dans l'aide à la personne, c'est avec elle que je décide de me professionnaliser. Juin 2015, je cherche les études possibles en promotion sociale et décroche le téléphone pour une école nommée CESA. Nous sommes le dernier jour des inscriptions, si je me dépêche j'aurai peut-être encore une place. Avec ma grand-mère - que je ne peux pas laisser seule - nous traversons la Belgique et la canicule, tous les papiers en poche, pour aller m'inscrire. Nonna est contente pour moi même si elle ne comprend pas vraiment. Après tout, c'est une ancienne assistante sociale. Bras dessus, bras dessous, nous prenons sous la chaleur écrasante le chemin que je parcourrai trois années durant, de la gare à l'école.

Je suis quatorzième sur la liste d'attente pour le CESA de Roux. On m'appellera trois mois plus tard pour me dire que la place est libre. Je serai éducatrice spécialisée.

Ma première année d'études sera aussi la dernière année de vie de ma grand-mère. Finalement, j'aurai toujours refusé qu'on la mette en maison de repos ; j'ai trop vu ce déclin rapide qui touche souvent ceux qui arrivent en home avec déjà des petits morceaux d'eux-mêmes en moins. Et puis, Nonna ne cessera jamais de me reconnaître, jusqu'aux

derniers cinq jours que je passe avec elle non-stop, dormant en chien de fusil dans son lit médicalisé, son petit corps décharné contre moi, lui chuchotant à l'oreille toutes les paroles rassurantes que je peux inventer quand elle se réveille en gémissant.

Depuis le dimanche de la St Valentin où j'organise une après-midi de fête dans le SRA (service résidentiel pour adultes) où je fais mon stage, ma grand-mère ne mange plus.

Pendant que je fête l'amour avec la bande des Pétunias, ma Nonna a décidé qu'elle en avait marre de vivre.

Le médecin lui installe une perfusion pour l'eau, j'appelle les soins palliatifs et je demande à échanger mes prochains jours de stage. Le 19 février 2016, le soleil d'hiver brille à travers la fenêtre de la chambre, le ciel est si bleu et si beau que ça me donne envie de pleurer. Doucement et en silence, ma grand-mère s'éteint dans mes bras après m'avoir rendu l'envie de vivre et de partager.

Je terminerai cette année-là mon stage aux Pétunias sur une offre d'emploi que je refuserai. Des amis me proposent de les aider à monter une école privée de soutien scolaire et de jury central. Un projet dans lequel j'ai envie de me perdre et de m'oublier. J'abandonne même temporairement les études au CESA : je déteste cette classe de 2^{ème} Bac B dont il ne reste de la première année que le petit groupe qui a ragoté et contesté mes 100% au porte-folio. Des gamineries que je n'ai d'abord pas comprises puis pas réglées, trop (pré)occupée par la fin de vie de ma grand-mère puis par ces arrangements désagréables qui suivent le décès.

C'est déjà difficile pour moi d'être régulière à l'école, alors si je ne supporte pas les trois quarts des collègues de classe... Je recommencerai le CESA l'année suivante.

À l'école de jury comme avant au SRA, je privilégie la prise en charge individuelle. Toutes ces petites choses qu'on peut mettre en place pour améliorer, faciliter, égayer le quotidien

des bénéficiaires. J'aime travailler dans les détails et adapter mon accompagnement à chacun. Déjà, sans le savoir, je pratique l'humanité et l'approche centrée sur la personne.

Mon défi à Atoll sera de travailler en priorité avec le groupe. Me glisser dans la peau d'une animatrice - chose que je n'avais jamais faite auparavant - tout en gardant mon identité professionnelle d'éducatrice en herbe.

Chaque jour les ambiances sont différentes : les dynamiques de groupe changent selon la présence de l'un ou de l'autre. Il faut tenir compte des pathologies et des difficultés de chacun, composer avec les humeurs, les moments de cafard, les débordements de joie. Il faut aussi pouvoir adapter les activités afin de les rendre accessibles à tous, aussi différents qu'ils soient.

Lorsque je débarque à Atoll, je suis enfin dans le secteur qui m'a donné envie de faire ce métier : l'aide aux personnes âgées et, plus précisément, les alternatives aux maisons de repos. Comme le stipule l'introduction du document de description de l'association : « *L'objectif [du centre de jour] vise à favoriser la qualité de vie à domicile d'une population âgée de plus en plus nombreuse dans notre société, dont, les risques d'isolement sont à considérer.* »².

En effet, rester à domicile ce n'est pas seulement disposer de soins infirmiers et médicaux ou s'assurer des moyens de sécurité en cas de malaise ou de chute... C'est aussi lutter contre l'isolement, contre l'ennui et la solitude. L'importance de l'aspect psycho-social de la prise en charge des personnes âgées est bien trop souvent sous-estimée voire totalement ignorée. Une fois que le kiné, le médecin et l'infirmière sont passés, il reste une journée entière à occuper, souvent entre la fenêtre et la télé car on a déconseillé de sortir seul...

C'est là qu'interviennent les centres de jour : en donnant aux seniors une occasion de sociabiliser, de découvrir de nouveaux ateliers ou de redécouvrir des activités qu'ils faisaient autrefois.

² DEPREZ, M., *Dossier de description du centre de jour Atoll*, 2017

Peu à peu, j'ai commencé à centrer mes animations sur l'expression corporelle et le bien-être : gymnastique douce, massages, relaxation mais aussi jeux mettant en scène le corps comme on le fait parfois en improvisation théâtrale ou en psychomotricité. Cela partait d'un constat que j'ai fait au quotidien, à la fois pendant et en dehors des activités : la plupart des bénéficiaires manifestent des difficultés liées au schéma corporel ou à l'image du corps :

- difficultés à accepter d'être touché par l'autre (lors de massages ou d'autres exercices corporels)
- difficultés à se toucher soi-même pour se faire du bien (massage, éveil musculaire,...)
- problèmes de coordination
- incapacité à identifier l'origine d'une douleur/d'un malaise
- incapacité à reconnaître la sensation de faim/satiété
- n'évoquent leur corps que pour parler de la maladie

Outre l'âge, qui peut être un facteur aggravant de certains de ces dysfonctionnements, d'autres éléments entrent en compte : la maladie, l'éducation, la solitude, ...

Ces troubles du rapport au corps sont vite devenus le fil rouge de mon travail d'éducatrice-animatrice.

Ashley Montagu introduit son livre sur le toucher par ces mots : « *La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps* »³. Mais qu'en est-il de l'identité lorsqu'un fossé s'est creusé entre le corps et l'esprit ?

Mon histoire personnelle est jalonnée de découvertes et d'apprentissages liés à l'exploration sensorielle : danse, massage shiatsu, massage sensitif, yoga, méditation,

³ MONTAGU, A., *La peau et le toucher un premier langage*, Seuil, Paris, 1979, p.11

photo... Tout ce qui fait lien entre l'univers intérieur et l'environnement extérieur.

Tant d'expériences m'ont enseigné l'intrication profonde qui existe entre les sens et le sentiment d'unité psychocorporelle. Notre vision du monde ne nous est-elle pas fournie par nos perceptions ? Voir, entendre, sentir, toucher, goûter,... et y trouver en soi un écho définissant qui on est, ce qu'on est, et la manière dont on s'inscrit dans le monde en tant qu'individu unique, vivant et communiquant.

Ce cheminement a fait naître en moi la conviction que je peux, grâce à une approche holistique comprenant à la fois le corps et l'esprit, aider les bénéficiaires d'Atoll à surmonter leurs troubles du rapport au corps. Si je peux faire remonter des émotions en suscitant des sensations, si j'arrive à provoquer le souvenir via les sens, si je peux créer des activités qui touchent la psyché en mobilisant l'enveloppe charnelle, alors j'aurai réussi à proposer un accompagnement répondant à leurs besoins.

S'oublier quand on danse parce que la musique est belle, se laisser aller à un massage qui rappelle le *handling* maternel, goûter une pâtisserie qui titille la mémoire... Le quotidien offre mille possibilités de renforcer notre identité à travers la réalité des sensations du corps. À moi de les inclure dans les activités mises en place à Atoll.

Comment, donc, l'éducateur spécialisé peut-il accompagner les personnes âgées en centre de jour à travers des animations quotidiennes ? Une approche psychocorporelle de la question semble s'imposer ici !

C'est ce que je vais défendre dans ce travail de fin d'études. Partant de trois situations éducatives - chacune centrée sur un sens - je tenterai de montrer comment le travail du corps et des sens peut amener les personnes âgées du centre de jour à atteindre un meilleur bien-être, à renforcer leur identité et à retrouver un sentiment d'unité psychocorporelle.

Je commencerai par expliquer le contexte institutionnel et définirai ensuite certains concepts essentiels. La suite sera

structurée en trois parties, chacune composée d'une situation, de son analyse et ses pistes d'action :

Tout d'abord, je développerai le toucher, premier sens impliqué dans mes observations des troubles du rapport au corps. En explorant le domaine du toucher thérapeutique, je démontrerai l'importance du toucher comme pilier du sentiment d'unité psychocorporelle.

Ma deuxième situation portera sur l'ouïe et, à travers elle, sur la musique. Explorant, toujours, le rapport entre les ressentis sensoriels et la psyché, je vais voir, cette fois, comment un stimulus externe peut provoquer le souvenir chez des personnes atteintes de troubles neurodégénératifs - avec l'exemple d'une bénéficiaire souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Avec la troisième situation, je m'attarderai sur la vue et ce qui arrive lorsqu'on occulte ce sens pourtant central dans notre mode de vie. Cette dernière partie explorera la relation étroite entre sens et émotions. J'y approfondirai également les propos des deux situations précédentes : la place du toucher chez la personne âgée - lorsque la vue est occultée - et les stimuli sensoriels comme moyen d'accès à la psyché.

Enfin, je rappellerai dans un dernier chapitre les pistes d'actions qui, parce qu'elles s'appliquent à mes trois situations, peuvent être étendues à l'intégralité de la pratique de l'éducateur-animateur en centre de jour pour personnes âgées. Des conditions essentielles à un accompagnement de qualité.

Si j'ai choisi la formule *situation/analyse/pistes d'action*, c'est à dessein. En effet, ce cheminement est central chez l'éducateur : l'observation d'une situation déclenche une réflexion - l'analyse - à partir de laquelle seront proposées des solutions pratiques - des pistes d'action - à mettre en place au quotidien. Pistes d'actions qui, au vu des spécificités du travail en centre de jour, seront principalement orientées vers la mise en place d'activités.

Je terminerai sur une conclusion synthétisant l'approche corporelle et sensorielle décrite dans ce TFE.

Bonne lecture !

2. Contexte institutionnel

Atoll asbl est un centre de jour non médicalisé pour personnes âgées, situé dans la commune d'Etterbeek à Bruxelles. Les participants sont des personnes âgées de plus de 60 ans qui doivent être autonomes sur le plan de l'hygiène, de la prise des repas et de la médication. Il s'agit en général de personnes très seules, avec peu d'activités, peu de contacts avec leur famille et présentant l'un ou l'autre problème de santé, physique ou mental.

Comme dit plus haut, j'y ai commencé mon parcours par un stage de quatre mois, au premier trimestre de l'année scolaire 2017-2018 au terme duquel je me suis fait engager. Mon contrat s'est terminé en juin 2019 et, pour des raisons que je ne développerai pas ici, j'ai choisi de ne pas signer un nouveau CDD.

2.1. Un centre de jour dans un secteur dominé par les maisons de repos

2.1.1. Les centres de jour pour personnes âgées, un phénomène récent

Le paysage moderne des établissements destinés à nos aînés ne s'organise qu'au milieu du XX^{ème} siècle avec, en 1949, la première intervention financière en faveur des hôpitaux et maisons de repos instaurée par le département de la santé publique.⁴

Quinze ans plus tard, en 1966, une législation nationale promulgue la première loi d'agrément des maisons de repos⁵ : la prise en charge des personnes âgées est alors

⁴ Idem

⁵ BERNARD, H., *De quand date la première maison de retraite ?*, site web du Groupe des Animateurs en Gériatrie, publié le

définitivement séparée de celle des invalides. Désormais, les services spécialisés dans le troisième âge ne vont aller qu'en se développant pour accueillir la population âgée grandissante.

Le souci du bien-être en maison de repos, lui, ne voit le jour qu'à la fin des années 1970. La loi du 30 juin 1975⁶, qui a prévu l'humanisation des hospices, est contemporaine d'un regard réprobateur posé sur les institutions où les personnes âgées sont *placées* comme dans des mouvoirs. On se pose alors la question de l'espace intime, jusque-là inexistant, et de l'occupation du temps passé en home.

Dix ans plus tard, un décret portant sur les institutions accueillant des personnes âgées prévoit que le conseil puisse faire des propositions quant aux activités de l'établissement et aux animations socioculturelles.

Mais ce n'est réellement que dans les années 1990 que les mentalités changent : Jean-Jacques Aymot, auteur du livre *Travailler auprès des personnes âgées*, caractérise cette période comme suit :

- Changement d'état d'esprit : il ne s'agit plus désormais d'*occuper les vieux* mais d'orienter son action vers un réel apport.
- Professionnalisation du rôle d'animateur.
- Prise de conscience de l'importance de l'animation : les institutions deviennent des « lieux de vie » et non plus seulement de lieux de soins.
- L'animation utile : l'animation devient thérapeutique et préventive, non plus uniquement occupationnelle.
- Clientélisme : l'animation devient un objet de consommation pour les personnes âgées en

20/02/2011, url : www.gag.affinitz.com, consulté le 10 septembre 2019

⁶ Il s'agit d'une loi française. Je n'ai pas trouvé son équivalent belge mais les deux pays sont si liés par la culture, les médias, les échanges de connaissances, et l'évolution dans le domaine traité ici est tellement similaire que j'ai pensé pouvoir illustrer mon propos par une loi française.

institution.⁷

Et c'est grâce à cette prise de conscience que commence à se développer, au début des années 2000, un nouveau type de structure pour l'accueil des personnes âgées : les centres de jour. Il s'agit de centres ouverts pendant la journée, généralement rattachés à une maison de repos, qui accueillent les seniors et leur proposent des activités, des repas, du lien social et – pour les centres de soins de jour – un encadrement médicalisé.

Le Portail Santé de l'AVIQ (Région Wallonne) définit un centre d'accueil de jour comme « *un bâtiment ou partie d'un bâtiment, quelle qu'en soit la dénomination, situé au sein ou en liaison avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins, où sont accueillies, pendant la journée, des résidents, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale* ». ⁸

Quid de Bruxelles ? « *Il y a quatre lieux d'accueil de ce type en Région bruxelloise, un à Saint-Gilles mais aussi un à Etterbeek, à Forest et à Woluwe-Saint-Lambert. Et il existe également six centres de jour pour les personnes âgées qui ont besoin d'encadrement médical.* »⁹

Ce type de structures est donc très récent et encore peu développé ; dix lieux d'accueil à Bruxelles, cela semble bien anecdotique par rapport à la taille de la population de la

⁷ AYMOT, J.-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.191

⁸ Auteur inconnu, *Centres d'accueil de jour*, site web du Portail Santé de l'AVIQ, url : <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/centre-accueil-de-jour>, consulté le 10 septembre 2019

⁹ BAELE, M., *Pour pallier la solitude des seniors, des centres de jour existent*, site web du journal Le Soir, url : https://www.rtb.be/info/regions/detail_pour-pallier-la-solitude-des-seniors-des-centres-de-jour-existent?id=7848041, consulté le 10 septembre 2019

capitale...

Se dégage de cette recherche historique une ligne directrice : on part d'une prise en charge uniquement médicale – depuis les hospices où on rassemblait vieillards et invalides – à une approche plus psychosociale avec les centres de jour qui visent, eux, à offrir aux seniors un bien-être complet.

A Bruxelles, on dénombre aujourd'hui quatre centres de jour qui ne sont liés à aucune MRPA (maison de repos pour personnes âgées) ou MRS (maison de repos et de soins) et ne comptent dans leur personnel aucun membre du corps médical. C'est un regard nouveau qui est posé sur les personnes âgées : les « vieux » ont aussi besoin de contacts humains, de développement personnel, d'occupation, bref, d'un accompagnement psychosocial et éducatif, et ce, même s'ils ne souffrent d'aucune maladie ou déficience !

2.1.2. Le centre de jour Atoll : philosophie

Le choix de travailler en centre de jour a été motivé par mon envie de soutenir les alternatives au placement en maison de repos. C'est d'ailleurs le premier paragraphe du document de présentation de l'institution :

« Les Services d'Accueil de Jour pour Personnes Agées s'inscrivent dans une alternative préventive à l'hébergement en maison de repos.

[...]

Les maisons de repos s'apparentent de plus en plus à des solutions de fin de vie. Leur offre est réduite et elles ne sont pas toujours accessibles à tous en raison des critères d'admission et/ou des tarifs appliqués. De plus, entrer en maison de repos reste souvent une solution redoutée ; quitter le domicile reste un moment très douloureux. »¹⁰

¹⁰ DEPREZ, M., *Dossier de description du centre de jour Atoll*, 2017,

Le maintien à domicile des personnes âgées reste souvent trop compliqué à gérer pour l'entourage ; le placement en maison de repos apparaît alors comme la solution évidente, pratique, facile. C'est sans compter les conséquences parfois désastreuses de ce déracinement.

Les services d'accueil de jour permettent à toute une catégorie de seniors fragilisés de rester à la maison tout en bénéficiant d'une prise en charge et d'un encadrement important. En combinant les centres de jour avec d'autres services à domicile (infirmières, aides-soignantes, aides familiales, kinés,...), on crée une alternative réaliste et applicable au placement en MRS ou MRPA.

Le critère financier intervient également : *« L'offre en maison de repos pour les personnes semi valides (lits MRPA dans le jargon gériatrique) n'est pas suffisante. La plupart des places d'hébergement pour les personnes valides et semi-valides (public que nous touchons) sont au sein d'établissements à finalité commerciale dont les prix sont souvent élevés. Elles ne sont pas accessibles aux personnes à revenus moyens et faibles. »*¹¹

Fréquenter Atoll un ou plusieurs jours par semaine offre à ces personnes semi valides, qui ne sont pas assez dépendantes pour les MRS mais dont on estime qu'elles ne sont plus capables d'être entièrement autonomes, un lieu de soutien et d'accompagnement. Elles y trouvent une équipe pluridisciplinaire qui peut les suivre dans leurs démarches médicales, administratives, juridiques,... mais également un lieu d'échanges, de stimulations et de partage.

En restant ainsi inscrit dans le tissu social de sa commune et en continuant à avoir des activités régulières, le bénéficiaire du centre de jour voit son état se dégrader moins vite et diminue les risques de développer une dépression ou d'autres troubles psychiques et physiques.¹²

p.3

¹¹ Idem, p.7

¹² Conseil national des aînés, *Rapport sur l'isolement des aînés*, site web du Gouvernement du Canada, url : <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>, dernière

2.1.3. Historique et financement

Le centre de jour Atoll repose avant tout sur une idée bercée et réalisée par sa fondatrice, Martine Deprez. Ancienne ergothérapeute en maison de repos, elle reconnaît l'importance d'alternatives au placement et le manque de moyens permettant d'encadrer le maintien à domicile.

Son initiative part d'un constat : les seniors semi valides sont les grands laissés pour compte du secteur. Encore trop bien pour qu'on les mette en MRS ou pour se trouver une place en centre de soin de jour, aucun service ne s'adresse à eux.

Autre constat : l'accompagnement psychosocial proposé hors de tout contexte médical est quasi inexistant pour nos aînés. La machine se met en route, le projet d'Atoll est en gestation.

- **1998** : Martine Deprez conçoit son projet de centre de jour et s'inscrit à la formation de gestion dans l'associatif.
- **2002** : Premiers subsides accordés avant même l'ouverture du centre de jour.
- **2003** : Ouverture du centre de jour Atoll à Etterbeek dans les locaux prêtés par la commune.
- **2010** : Atoll déménage dans ses propres locaux, un appartement deux chambres, deux salles de bain et jardin au rez-de-chaussée d'un immeuble, toujours à Etterbeek.
- **2016** : Le centre Atoll d'Etterbeek est surchargé, la liste d'attente s'allonge, Martine commence les démarches pour ouvrir un nouveau centre de jour, elle prospecte à Uccle et à Forest.
- **2017** : Ouverture du nouveau centre de jour à Forest, le démarrage est lent mais régulier.
- **2019** : Préparation de l'ouverture d'une troisième structure à Woluwe-Saint-Lambert.

Financement

modification 2017, consulté le 10 septembre 2019

Je ne développerai ici que le financement du centre de jour situé à Etterbeek, qui est à la fois la première des trois structures ouvertes par Martine Deprez et le lieu où je travaille.

Atoll est une association sans but lucratif (asbl) qui bénéficie du soutien du Service Public Francophone Bruxellois (anciennement COCOF) de la Région de Bruxelles Capitale depuis 2001 et a reçu un agrément en 2010¹³.

Le centre de jour a bénéficié un temps de locaux mis à disposition par les pouvoirs publics d'Etterbeek, bien que ce ne soit plus le cas actuellement.

La commune et le CPAS d'Etterbeek entretiennent également des liens de fonctionnement via les partenariats suivants :

- Le Conseil consultatif communal des aînés
- La mise à disposition gratuite d'un employé en contrat article 60
- Le covoiturage des Etterbeekoïses à mobilité réduite par les véhicules de la commune
- Les ateliers de psychomotricité GymSana animés dans les locaux d'Atoll dans le cadre du programme de prévention santé
- Les liens étroits avec le service « Contact + » pour les actions sociales

Le service d'accueil est reconnu depuis 2006 dans le cadre de la « cohésion sociale » et du « FIPI »¹⁴.

Par ailleurs, l'institution fait partie des associations soutenues par la Fondation B-Source.

Atoll est également reconnu et soutenu par différents organismes pour des projets ponctuels : Euroclear, Fondation Roi Baudouin, BNP Parisbas Fortis Foundation, Région de Bruxelles Capitale, ...

¹³ Arrêté du 2 avril 2009 de la Cocof portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées.

¹⁴ FIPI : Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés

2.1.4. Action politique

Enfin, il me paraît important de préciser qu'« *Atoll intervient dans différents lieux de réflexion relatifs à la qualité de vie des aînés à domicile. Le service Atoll représente, entre autres, les Services d'Accueil de Jour pour Personnes Agées au sein du Conseil Consultatif de la Cocof.* »¹⁵

Tout cela, toujours dans une volonté de promouvoir les moyens mis en place pour soutenir le maintien à domicile des personnes âgées ainsi que de faire connaître le type de services que nous proposons aux intervenants du monde politique.

Voilà qui remplit la fonction politique de l'éducateur dans ses expressions suivantes :

- « *S'informer des organes de représentation, participer à la concertation sur l'élaboration des politiques liées au secteur, s'associer avec d'autres éducateurs pour valoriser et faire reconnaître la profession et l'action.*
- *Situer son action par rapport au système politique, économique, social et culturel.*
- *Participer à la construction des représentations et des normes collectives constitutives de son identité professionnelle et sociale.*
- *Confronter son expérience à celle d'autres intervenants en rédigeant des écrits structurés et argumentés.* »¹⁶

Et, autant y croire : « *en tant qu'acteur de changement, ouvrir des pistes alternatives à un monde meilleur !* »¹⁷

¹⁵ DEPREZ, M., *Dossier de description du centre de jour Atoll*, 2017, p.8

¹⁶ DEVAGLE, M., GILLES, M., HUVELLE, F., ISTACE, L., VAN DEN EYNDE, M., VANHAVERBEKE, J., VAN HOYE, P., WACQUEZ, J. et WAUTIER, D., *Les carnets de l'éducateur, exploration de la profession*, Ed. Rhizome, Marchienne, 2013, p.298.

¹⁷ Idem, p.298

2.2. Atoll en pratique

2.2.1. Public accueilli

Le public accueilli rassemble tous les seniors de plus de 60 ans qui, pour une raison ou une autre, sont précarisés : précarité financière mais également précarité sociale ou sanitaire. Il s'agit en général de personnes très seules, avec peu d'activités, peu de contacts avec leur famille et présentant l'un ou l'autre problème de santé, physique ou mental.

Dans le document de présentation de l'institution, le public accueilli d'Atoll est décrit comme suit :

« Les personnes accueillies ont plus de 60 ans et sont fragilisées par :

- une espérance de vie de plus en plus longue et par un vieillissement naturel et non pathologique qui confronte la personne à des pertes fonctionnelles auxquelles elle doit s'adapter.*
- des événements de la vie conjugués à l'impact du vieillissement qui restreignent leur autonomie et leurs capacités à s'adapter à une situation rendue difficile par le décès d'un conjoint ou d'amis, l'éloignement des enfants, le changement d'activités, des conflits familiaux,...*
- des pathologies nouvelles ou entravant leur équilibre personnel et social parfois déjà précaire (diabète, décompensation cardiaque, début de démence sénile, perte des sens, début de la maladie de Parkinson...) »¹⁸*

Rajoutons encore que *« 65% du public actuel d'Atoll habite à Etterbeek, le reste vient des autres communes. »¹⁹* Il y a donc une réelle empreinte dans la vie du quartier dans laquelle nous nous inscrivons à travers des projets et partenariats avec les services communaux (transports,

¹⁸ DEPREZ, M., *Dossier de description du centre de jour Atoll*, 2017, p.5

¹⁹ Idem, p.6

activités intergénérationnelles, participation aux projets du centre culturel,...).

Fréquentation

La capacité d'accueil maximale est de 18 participants : c'est le nombre de places à table. Lorsque nous signons avec un nouvel arrivant la « convention de participation », celui-ci s'engage à venir de manière régulière, un ou plusieurs jours par semaine. Si une personne s'inscrit pour le mardi, elle viendra tous les mardis.

La composition des groupes varie donc chaque jour : il y a ceux qui sont là du lundi au vendredi et ceux qui ne viennent qu'une ou deux fois. Et cela donne des dynamiques très différentes... Le mercredi c'est toujours très mouvementé, il y a de fortes personnalités, parfois des conflits, à quoi viennent s'ajouter les enfants ou les ados des activités intergénérationnelles du mercredi après-midi. Le lundi, par contre, il y a un peu moins d'inscrits, ce sont plus des intellectuels introvertis, il y a parfois de longs moments de silence pendant le temps libre qui suit le repas de midi.

Ces variations entre les jours de la semaine rendent le travail à Atoll à la fois riche et complexe. Je peux ainsi adapter mes activités aux demandes des participants et proposer des choses très différentes d'un jour à l'autre, d'un groupe à l'autre.

Tout ce petit monde ne se rencontre que lors des fêtes que nous organisons à Noël ou à d'autres occasions ainsi que lors du voyage annuel à la Mer du Nord que nous proposons fin septembre.

Une relative autonomie requise

Pour s'inscrire, les personnes accueillies doivent être autonomes sur le plan de l'hygiène, de la prise des repas et de la médication. C'est l'unique condition pour être admis au centre de jour.

En effet, nous n'avons pas de personnel médical ou

paramédical. Nous ne sommes pas habilités à donner les médicaments ni à faire les toilettes.

Lorsque les bénéficiaires deviennent trop dépendants et que ce n'est plus possible logistiquement de les prendre en charge, l'équipe d'Atoll contacte les familles et un plan est mis en place pour trouver d'autres solutions et assurer la transition.

Et c'est toujours une décision difficile à prendre, ce moment où il faut se rendre à l'évidence : notre service n'est plus adapté à accompagner telle ou telle personne. Gerda, 85 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer, avait de plus en plus souvent des « accidents » : prise par une animation, elle oubliait simplement d'aller aux toilettes et finissait par uriner sur le fauteuil ou sur la chaise. Il n'y avait souvent que Aïssatou, l'aide familiale, et moi lorsque cela se produisait. Si Aïssatou était libre, elle pouvait aider Gerda à se changer et se nettoyer pendant que je continuais l'activité en cours. Mais la plupart du temps, Aïssatou était aux fourneaux ou sortie faire les courses et je devais interrompre l'animation pour m'occuper de la toilette de Gerda. La dégradation de sa maladie mettait à mal tout le groupe.

Nous avons donc contacté la famille et, avec leur accord, demandé une place dans un centre de soins de jour pour que Gerda bénéficie d'une structure plus adaptée.

Une diversité de problématiques

Le public accueilli n'a comme seules caractéristiques requises que d'être âgé de plus de 60 ans et d'être « semi valide ». Pour le reste, les participants sont issus de toutes classes sociales, ont des pathologies diverses et variées et, parfois, plus d'une génération les sépare.

C'est une des difficultés du travail à Atoll : composer avec ces disparités.

Je développerai le sujet plus longuement dans le chapitre des concepts à définir où je clarifie ce qu'est une personne âgée dans le cadre de ce TFE.

2.2.2. Projet pédagogique

Il n'y a à Atoll aucun document faisant réellement office de « projet pédagogique », le document auquel je me réfère ici est une description générale de l'institution à destination des pouvoirs subsidiants. J'y ai trouvé dans le chapitre « spécificités » quelques phrases qui pourraient s'apparenter à un projet pédagogique ou, en tout cas, à une note d'intention.

Le projet institutionnel, on l'a déjà dit, vise principalement à contribuer au maintien à domicile des personnes âgées. « *Elles viennent chercher à Atoll un élan pour leur quotidien tout en gardant les points de repères utiles et indispensables de leur domicile.* »²⁰ Cela, en leur permettant de rester insérées dans le tissu social de leur commune et en bénéficiant d'un suivi psycho-social et d'animations pour les ouvrir à d'autres horizons.

Atoll est un point de repère pour beaucoup de participants : non seulement la venue rythme leurs journées et leurs semaines mais c'est également un lieu où ils peuvent trouver une aide et une oreille attentive.

Dolores, 67 ans, par exemple, souffre de troubles bipolaires et a une situation familiale compliquée. Elle change régulièrement de médecin, de psychiatre, de psychologue selon les hauts et les bas que vit tout maniaco-dépressif. Le personnel du centre de jour constitue pour elle une stabilité dans son quotidien tumultueux.

Entraide et réciprocité

« *L'accueil de jour à Atoll a la particularité de stimuler une réciprocité entre l'équipe de travail et les personnes inscrites.* »²¹ Chacun peut apprendre de l'autre, quel que soit l'âge ou la fonction occupée. Travailler avec des seniors c'est aussi être au premier plan pour profiter de leur savoir, de leur expérience, de leur sagesse.

²⁰ Idem, p.15

²¹ Idem, p.15

Au quotidien, chaque participant est invité à partager ses compétences : c'est Dolores, 67 ans, qui cuisine le riz au lait pour le goûter et Armande qui est responsable des crêpes. Au printemps, lorsque j'organise à nouveau des ateliers jardinage, Armande, 86 ans, ancienne fleuriste, donne les conseils et les instructions.

C'est également l'occasion d'encourager la création de liens et les rapports entre les bénéficiaires. Si je devais rédiger un projet pédagogique, la cohésion et l'entraide serait une des lignes de conduite visées.

Vincent, 62 ans, est déficient mental. Lors de certains ateliers, Nicole, 68 ans, ancienne institutrice primaire le prend en charge spontanément pour l'aider à comprendre les consignes ou à réaliser l'activité.

Lorsque nous sommes partis à la Mer du Nord l'année passée, j'ai organisé des jeux en équipe sur fond d'un conte breton de piraterie raconté par épisodes sur toute la semaine : l'équipe gagnante remporterait le trésor des pirates. Cela semble un peu infantilisant comme animation mais tous sont rentrés dans le jeu. J'avais composé les équipes à l'avance, non pas par affinités mais sur base des complémentarités entre les compétences et les déficiences de chacun. Ce fut un succès d'entraide et de nouveaux liens créés.

Comme à la maison

« *Les personnes accueillies voient Atoll comme un deuxième chez soi, une famille d'accueil, un lieu de vie,...* »²² affirme encore la description de l'institution.

Et, en effet, tout est fait pour que le centre de jour ressemble plus à un lieu de vie qu'à un lieu de soin. Atoll Etterbeek se trouve dans un appartement au rez-de-chaussée, il y a un jardin, une cuisine que les participants utilisent lors de certains ateliers. Le grand salon est équipé et décoré comme un salon d'appartement, le petit salon ressemble à une bibliothèque, bref, tout est fait pour que

²² Idem, p.15

l'on se sente « comme à la maison ».

De plus, les bénéficiaires sont invités à participer aux tâches quotidiennes : on leur demande de mettre et débarrasser la table, même s'ils ont du mal à marcher. Puisqu'ils le font chez eux, ils peuvent le faire ici aussi et contribuent ainsi au bon fonctionnement du centre de jour.

Activités adaptées à chacun

Enfin, « *La spécificité d'Atoll est de proposer un cadre familial d'écoute où les activités sont en lien avec ce que chacun cherche à « construire » pour lui.* »²³

C'est là tout le sujet de mon travail de fin d'étude : comment, à travers les activités, aider le bénéficiaire à atteindre ce qu'il cherche à « construire » pour lui ? Et, comment, le cas échéant, accompagner la personne dans la réappropriation de son identité afin de lui permettre de (re)découvrir ce qu'il a envie de « construire ».

Parce que c'est là tout le problème : la passivité et le manque d'envies donnent parfois du fil à retordre à l'éducateur-animateur. Que faire lorsque l'élan vital semble éteint ou presque ?

Plus concrètement, il s'agit de ce que j'expliquais plus haut : les ateliers proposés varient selon le jour afin de correspondre aux attentes spécifiques de chaque groupe.

2.3. Le quotidien à Atoll

2.3.1. Déroulement de la journée

À Atoll, une journée type se déroule comme suit :

9-10h30	Arrivée des bénéficiaires. Accueil et café.
10h30-12h	Activités du matin*

²³ Idem, p.15

12h-14h	Repas et temps libre
14h-15h30	Activités de l'après-midi*
15h30-16h	Goûter
16h-17h	Départ des participants

*Il y a maximum quatre activités en même temps, une dans chaque pièce disponible : la cuisine, le grand salon, le petit salon et le garage (où se trouvent le matériel de bricolage ainsi que le projecteur et l'écran). C'est moi qui mène les ateliers. Je suis parfois secondée par les stagiaires, l'aide familiale (en ce qui concerne la cuisine) ou les intervenants extérieurs qui organisent alors une activité différente dans un autre local.

En règle générale il n'y a qu'une ou deux animations différentes proposées.

Le personnel travaille de 9h à 17h, sauf l'aide familiale qui arrive à 8h30 pour préparer le café et ranger avant l'arrivée des participants. Elle quitte l'institution à 14h30.

Les repas de midi sont livrés par Sodexo, sauf une fois par semaine où Aïssatou, l'aide familiale, prépare un repas avec l'aide de l'un ou l'autre participant. Les goûters, quant à eux, sont confectionnés par les bénéficiaires lors d'une activité culinaire proposée chaque matin.

2.3.2. Les activités

Atoll fournit donc un service exclusivement psychosocial qui s'appuie sur la vie en communauté et sur les animations. Les ateliers proposés sont divers et variés :

Le centre de jour propose divers types d'activités tous les jours :

- Activités sportives : psychomotricité, gymnastique douce, danse, marche
- Activités culturelles : lecture, débat, philosophie, histoire de l'art et de la musique, cinéma

- Activités créatives : art plastique, dessin, peinture, écriture, théâtre et jeux d'improvisation
- Activités musicales : quizz, chant, création d'instruments de musique
- Activités ludiques : jeux de société, jeux de mimes, jeux de mémoire, questions-réponses
- Activités beauté : maquillage et manucure
- Activités quotidiennes : cuisine, décoration de tables pour les fêtes
- Activités intergénérationnelles : rencontre avec les adolescents ou les enfants d'une association partenaire
- Activités de santé : visites de la maison médicale d'Etterbeek, activités avec des élèves d'une école d'infirmières
- Sorties : expositions, promenades, visites
- Séjour à la Mer du Nord organisé chaque année

Dernièrement, j'ai mis l'accent sur ces trois types d'ateliers :

- Activités bien-être et expression corporelle (toujours en musique)
- Groupes de parole
- Activités multimédia : initiation à l'informatique, photo, vidéo

De plus, des réunions communautaires sont organisées tous les trois mois afin d'impliquer les participants dans le choix et la planification des activités. Y sont présents : les bénéficiaires, Aïssatou - l'aide familiale - et moi.

Outre les animations à proprement parler, les bénéficiaires sont invités à participer activement à la vie quotidienne de l'institution : mettre et débarrasser la table, aider l'animatrices à ranger, collaborer à la confection des gâteaux pour les goûters,...

2.3.3. Transport

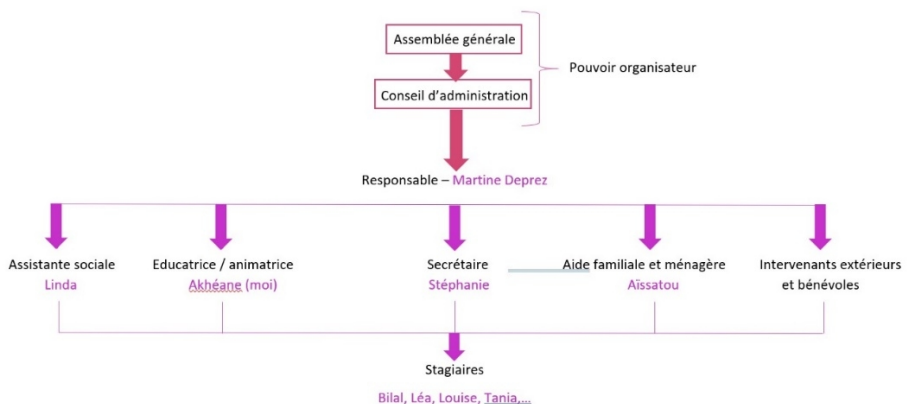
Des covoiturages sont organisés avec différentes associations de transport social qui viennent déposer les

bénéficiaires le matin et les rechercher en fin d'après-midi. Cela permet à ceux qui ne sont pas autonomes dans leurs déplacements de pouvoir se rendre à Atoll facilement et pour une somme adaptée à leur budget (environ 2 euros le trajet).

2.4. Travailler à Atoll

2.4.1. Équipe interne

Organigramme



Équipe et rôles

- **Martine : coordinatrice et fondatrice du centre Atoll - temps plein.** Elle est ergothérapeute de formation mais ne s'occupe que de la gestion

administrative du centre de jour. Elle ne côtoie que très rarement les participants.

- **Linda : assistante sociale - mi-temps.** Elle gère les transports, les paiements, les contacts avec les familles, les rendez-vous avec les nouveaux bénéficiaires potentiels,... Elle ne côtoie pas non plus les participants.
- **Aïssatou : aide familiale - 4/5^{ème} temps.** Elle se charge du ménage, du choix des menus entre les différentes options proposées par Sodexo et des activités se rapportant à la cuisine ou, exceptionnellement, de certaines activités ne requérant que peu de préparation (manucure, cuisine, questions-réponses, jeux de société,...)
- **Stéphanie (fille de la coordinatrice) : assistante de Martine - temps plein.** Engagée en janvier 2018, elle s'occupe de toutes les tâches de secrétariat et seconde sa mère dans la gestion administrative du centre. Cela permet à Martine de se concentrer sur les démarches d'ouverture d'une nouvelle structure dans une autre commune Bruxelloise.
- **Akhéane : éducatrice-animatrice (moi) - 3/5^{ème} temps.**²⁴

1. Les animations : Je suis là avant tout pour m'occuper des animations. Il faut donc préparer, organiser et assurer les ateliers. Cela se fait en fonction des demandes des bénéficiaires, de leurs besoins, de leurs talents, mais également dans le but de maintenir les acquis ou, au contraire, de leur faire découvrir de nouvelles choses. La conception des activités représente donc un travail de réflexion important et s'inscrit à la fois dans le projet institutionnel et dans le projet pédagogique de chaque participant - bien que ceux-ci ne soient ni formalisés, ni réellement discutés.

J'organise le planning des activités de la semaine mais aussi celui des sorties et des vacances. C'est moi qui gère les excursions et les vacances annuelles à la Mer du Nord.

²⁴ Je remplace Oriane, qui fut ma maîtresse de stage au début de mon parcours et qui a quitté Atoll en février 2018

2. Travail individuel : En outre, je profite des temps libres pour faire du travail individuel informel avec les bénéficiaires : discuter, répondre aux demandes particulières de chacun, régler les petits soucis personnels,... Tout en gardant à l'esprit la ligne directrice du projet individuel.

3. Gestion du groupe : J'ai également pour mission de créer la cohésion entre les bénéficiaires du groupe. C'est moi qui règle et apaise les conflits. Il y a dans le mandat de l'éducateur une idée de suivi sur le long terme lié à la situation personnelle de chacun.

4. Supervision des stagiaires, des bénévoles et de Aïssatou : Je prends en charge les stagiaires, supervise leurs animations, remplis leurs rapports de stage et assure les contacts avec leurs professeurs. Lorsque Aïssatou - l'aide familiale - anime un atelier, c'est moi qui suis chargée de la diriger.

5. Supervision des TIG : En plus des stagiaires, nous avons régulièrement des jeunes qui viennent prester des travaux d'intérêt généraux au centre de jour. Je m'occupe de les accompagner lors de leur passage à Atoll ainsi que de l'évaluation et du contact avec leurs éducateurs.

6. Mise en place de nouveaux projets : Je m'occupe également de la mise en place de nouveaux projets, vais aux réunions communales et gère les relations avec les partenaires (écoles de devoirs, centre culturels, école d'infirmières,...) Avant mon départ, j'avais, par exemple, mis en place un projet d'ateliers bimensuels entre les participants d'Atoll et des primo-arrivants âgés du cours d'alphabétisation d'Etterbeek. Des rencontres interculturelles très enrichissantes pour tout le monde !

7. Participation aux réunions et communication

avec l'équipe : Je dois bien sûr utiliser tous les moyens de communication (carnet, agenda,...) et participer aux réunions hebdomadaires du mercredi matin.

8. Gestion quotidienne : Au quotidien, je dois vérifier qu'il ne manque pas de matériel, que ce soit pour les activités ou pour la vie courante (sacs poubelles, magazines,...) Je décide quand redécorer les murs, quand changer les tableaux, où mettre tel meuble pour que ce soit plus pratique,... Autant que possible j'essaye de le faire avec les bénéficiaires qui sont autant « chez eux » que moi. C'est moi qui ferme les locaux, on me demande également de faire un tour pour inspecter la propreté et l'ordre et, le cas échéant, communiquer mes remarques à Aïssatou.

9. Rapports : Enfin, c'est moi également qui suis chargée de rédiger les rapports d'activité et j'aide Martine à boucler certains dossiers de demandes de fonds.

Excepté Martine et sa fille Stéphanie, toute l'équipe est engagée à temps partiel. Cela rend la communication au sein de l'équipe plus complexe.

Bénévoles et intervenants extérieurs

En plus de l'équipe, des bénévoles viennent régulièrement une demi-journée pour nous aider.

Par ailleurs, le centre de jour fait régulièrement appel à des intervenants extérieurs qui viennent de 14h à 15h30 pour donner un atelier.

- **Serge : historien de l'art.** Il vient tous les jeudis après-midi pour un atelier d'histoire de l'art ou d'histoire de la musique.
- **Claire : chanteuse à la Monnaie.** Tous les premiers vendredis du moi, Claire vient à Atoll pour mener une animation de chant avec les participants qui le désirent.
- **Frédéric : philosophe.** Une fois par mois, le

vendredi matin, il propose aux bénéficiaires une activité philosophique où il fait découvrir un philosophe avant de débattre de ses idées.

- **Julien : tai-chi.** Un jeudi matin par mois, Julien initie les bénéficiaires au tai-chi.

2.4.2. Être la seule éducatrice à bord, oups, pardon, animatrice.

Je suis engagée comme animatrice, pas comme éducatrice. Pas de projets individualisés, difficultés à discuter du suivi avec l'équipe, aucun temps d'accompagnement individualisé,... : il n'y avait pas vraiment de place pour un éducateur à Atoll avant que j'arrive.

Le cœur de mon travail réside dans la mise en place d'activités, 1h30 le matin, 1h30 l'après-midi. C'est là-dessus que je dois me concentrer et c'est aux animations que se rapportent la plupart de mes tâches.

C'est donc principalement à travers les activités que je peux faire mon travail d'accompagnement éducatif. C'est là le « compromis » possible pour être éducatrice tout en assurant ma fonction d'animatrice.

Hormis cela, il n'y a aucun travail d'équipe. Lors des réunions, nous discutons de l'organisation quotidienne et survolons les cas des « participants difficiles ». Mais rien n'est vraiment décidé et, lorsqu'une décision est prise, personne ne la respecte vraiment : chacun a « sa manière de faire » et s'y tient.

Mes collègues n'ont pas la même formation, pas les mêmes références théoriques, pas la même vision d'un accompagnement adéquat. Mais, plus que cela, c'est le manque de discussion qui me bloque. Lorsque je suis en difficulté quant à la conception d'une activité ou par rapport à l'un des bénéficiaires, il n'y a aucune possibilité de relais ou de soutien. Personne avec qui réfléchir aux solutions.

Le travail individuel n'avait pas sa place non plus à Atoll avant mon arrivée. Je dois donc mettre à profit les moments informels hors ateliers pour le suivi individuel.

Les 5 fonctions de l'éducateur

Adapter une pratique éducative à un poste d'animatrice n'est pas facile tous les jours. Le travail à Atoll est cependant d'une richesse et d'une diversité qui contentent ma soif d'apprendre et d'évoluer. Les 5 fonctions de l'éducateur²⁵ s'y retrouvent sans aucun doute :

La **fonction de reliance** qui consiste à inscrire la personne dans un réseau relationnel solide est essentielle. Le centre de jour représente bien souvent le dernier garde-fou contre l'isolement des personnes âgées qui le fréquentent. Par ailleurs nous encourageons la création de liens à la fois entre les participants mais également avec le tissu social et associatif de la commune ainsi qu'avec nos nombreux partenaires. C'est l'occasion de rencontres intergénérationnelles, interculturelles,...

Un centre de jour a ceci comme particularité que nous ne vivons pas avec les bénéficiaires. L'accompagnement proposé n'a donc qu'une action limitée sur leur quotidien. À Atoll, cela représente une difficulté dans de nombreux cas : des participants nous demandent une aide que nous ne pouvons pas fournir puisque notre travail se cantonne aux journées de 9h à 17h dans les locaux du centre de jour.

Voilà qui implique une **fonction d'interface** importante avec le personnel médical ou psychosocial qui gravite autour de chacun des bénéficiaires. Par ailleurs, l'éducatrice-animatrice que je suis est également « *un porte-parole, un révélateur, un traducteur de ce que vit le sujet* »²⁶ pour les collègues d'Atoll puisque ma fonction fait de moi la seule employée qui côtoie réellement les participants au quotidien.

La **fonction d'accompagnement et d'éducation**, elle, est sans conteste le pilier même de ma pratique. C'est un

²⁵ DEVAGLE, M., GILLES, M., HUVELLE, F., ISTACE, L., VAN DEN EYNDE, M., VANHAVERBEKE, J., VAN HOYE, P., WACQUEZ, J. et WAUTIER, D., *Les carnets de l'éducateur, exploration de la profession*, Ed. Rhizome, Marchienne, 2013, pp.30-31

²⁶ Idem, p.31

accompagnement façonné par les exigences de la vie en collectivité où les possibilités d'accompagnement individuel sont rares et souvent improvisées pendant les temps informels. Terme central de ma question, je développerai l'accompagnement dans le chapitre des concepts à définir.

La **fonction politique** de l'éducateur s'exprime dans la conception même du centre de jour pour personnes âgées en tant que moyen de lutter contre l'isolement. En outre, nous participons à de nombreuses réunions communales et conseils des aînés dans le but de communiquer sur un type d'institution encore trop méconnu : les centres de jour non médicalisés.

Quant à la **fonction d'acteur social**, à Atoll elle consiste à la fois à « *intervenir au travers de son activité de façon à promouvoir le respect, la tolérance et le droit à la différence en référence à la convention des droits de l'homme et à la convention des droits de l'enfant* »²⁷ au travers d'ateliers et à « *informer les personnes sur leurs droits, les aider à les faire respecter et les soutenir dans l'exercice de leurs devoirs* »²⁸ bien que ce soit plutôt Linda, l'assistante sociale qui s'en charge en général.

2.4.3. Associations partenaires

Le centre de jour Atoll se veut une institution inscrite dans son réseau associatif et de quartier. Nous avons donc des partenariats avec différentes associations de la commune d'Etterbeek ou de la ville de Bruxelles.

- **GymSana.** Tous les lundis matin, l'association GymSana organise un cours de gymnastique douce dans les locaux d'Atoll pour des personnes extérieures au centre de jour. L'accès y est possible pour les bénéficiaires du centre de jour, moyennant le paiement de 2,50€.
- **Animation et Loisirs pour Tous (ALT) absl** : Un mercredi après-midi par mois, l'association

²⁷ Idem, p.31

²⁸ Idem, p.31

- etterbeekoise ALT nous envoie un groupe d'adolescentes pour une activité intergénérationnelle.
- **École primaire La colombe de la paix** : Tous les mercredi après-midi, des enfants de primaires viennent faire des ateliers intergénérationnels.
 - **Maison Médicale d'Etterbeek** : Atoll et la maison médicale organisent occasionnellement des activités conjointes de prévention et d'éducation à la santé.
 - **Institut Parnasse-ISEI (école d'infirmiers)** : Une fois par an, un groupe d'étudiants infirmiers viennent à Atoll pour échanger avec les personnes âgées durant trois après-midis de suite.
 - **Services d'accompagnement de jeunes en travaux d'intérêt général** : trois associations travaillent avec nous, elles accompagnent des jeunes qui ont été condamnés à une peine de travaux d'intérêt général qu'ils viennent prestre chez nous.
 - **Service communal Contact +** : Ce service de la commune d'Etterbeek propose de temps à autre des rencontres et des activités communes avec les maisons de repos du CPAS et de la commune mais également avec d'autres seniors etterbeekois.
 - **Cours d'alphabétisation d'Etterbeek** : Le cours d'alphabétisation d'Etterbeek organise depuis peu des ateliers interculturels. Leur groupe de seniors primo-arrivants rencontre deux fois par semaine les bénéficiaires d'Atoll.
 - **Services de transports** : Différents services de covoiturage social prennent en charge le transport des participants, le matin et le soir.

2.4.4. Moyens de communication

Moyens de communication au sein de l'équipe

Les moyens de communication au sein de l'équipe sont les suivants :

- **Carnet de communication** : un carnet de communication permet aux membres de l'équipe de

transmettre les informations importantes. Il n'y a pas de règles en ce qui concerne le nombre d'écrits et le type d'informations. Lorsqu'il se passe quelque chose hors du commun (souvent des situations négatives), on le met dans le carnet de communication. Celui-ci est ouvert à la page du jour sur une petite table dans un coin du bureau.

- **Agenda** : l'agenda papier, ouvert à la page du jour à côté du carnet de communication, indique aux travailleurs les événements particuliers, les horaires des stagiaires, les absences éventuelles des collègues,... Nous y indiquons aussi les rendez-vous médicaux des bénéficiaires, lorsque ceux-ci devront quitter l'institution plus tôt pour y aller ou lorsque nous devons les contacter pour leur rappeler leurs rdv.
- **Documents partagés** : fichier contact, calendrier des stages, planning des activités, horaires de fréquentation des bénéficiaires, menus de la semaine, ... Les documents sont accessibles à tous les membres de l'équipe via le disque dur partagé.
- **Réunions d'équipe** : les réunions ont lieu chaque semaine, le mercredi matin. Toute l'équipe d'Atoll Etterbeek y est présente. Nous passons en revue le planning des activités, le menu de la semaine, les participants qui posent problème ainsi que les projets de partenariats, sorties, voyages et excursions. En une heure et demie par semaine, nous n'avons jamais le temps d'aborder des sujets de fond. Mon seul regret : de ne pas pouvoir approfondir le cas de chaque bénéficiaire... En effet, pas de projet pédagogique individualisé chez nous. Il y a certains bénéficiaires dont nous ne parlons jamais... parce qu'ils ne se font pas remarquer en « posant problème ».
- **Réunions transversales** : depuis peu, nous organisons une fois par mois des réunions transversales. Celles-ci rassemblent les travailleurs par fonction : les assistantes sociales, les animatrices ou les aides familiales des différents centres Atoll se réunissent pour évoquer plus en profondeur les

particularités de leur métier. Pour le moment ces réunions rassemblent les employés de deux centres de jour (Atoll Etterbeek et Atoll Forest) auxquels se rajoutera bientôt Atoll Woluwé, troisième centre en cours d'ouverture.

Communication aux bénéficiaires

Pour communiquer aux bénéficiaires les informations qui les concernent, j'ai installé un tableau à l'entrée de l'institution. On y lit les activités du jour, la météo, une petite citation et les informations importantes si nécessaire. A côté de ce tableau, nous affichons le menu hebdomadaire et le planning des activités de la semaine. Dans le salon, à côté des tables où nous mangeons, un autre tableau indique le menu du jour ainsi que le goûter prévu.

Outre cela, s'il faut communiquer aux participants, nous privilégions l'oralité, soutenue par la remise de courriers en main propre. C'est le cas, par exemple, pour annoncer une excursion. Même si nous savons qu'ils risquent d'oublier ce qui a été dit et de perdre les papiers distribués... Nous ne nous adressons aux familles plutôt qu'aux bénéficiaires eux-mêmes que lorsque c'est vraiment nécessaire pour des questions de paiement ou d'organisation.

Communication hors institution

Le moyen privilégié pour communiquer aux partenaires hors de l'institution est l'e-mail. Cela permet de répondre en différé, lorsque notre planning le permet.

Le téléphone est également un moyen souvent utilisé pour communiquer hors de l'institution.

Enfin, des réunions avec les partenaires sont organisées régulièrement, soit dans nos locaux, soit dans les locaux des partenaires ou encore à la commune pour les réunions de cohésion sociale.

2.4.5. Pas de dossiers personnels d'anamnèse :

un choix

Puisqu'il n'y a pas chez nous de personnel soignant, nous ne disposons d'aucun dossier médical, d'aucune information d'anamnèse, d'aucun relevé d'antécédents concernant les bénéficiaires. Tout ce que nous savons sur leurs éventuelles maladies ou problèmes de santé nous est communiqué directement par les participants ou par leurs proches.

Selon moi c'est un avantage : pas d'aprioris, pas de préjugés, les personnes viennent comme elles sont. À Atoll, les participants sont qui ils veulent, hors des stigmates de toute maladie. Nous ne les abordons pas avec les déformations inhérentes à l'accompagnement de certains troubles : infantilisation, prudence excessive, manque de naturel,...

De plus, cela pousse l'éducateur à être plus attentif. Puisqu'il n'y a pas de dossier personnel, c'est l'observation et l'adaptation de tous les instants qui va définir les contours de l'accompagnement. Il est dès lors nécessaire d'être constamment ouvert, à l'affût des signes, prêt à s'adapter.

Evidemment, cela peut s'avérer être un facteur limitant puisque le manque d'informations représente parfois un frein au travail éducatif. Dans la démarche de mise en place des activités, connaître les problèmes physiques des bénéficiaires est nécessaire : ne pas prévoir une animation qui se fait debout alors que plusieurs participants ont des problèmes de hanches ou de genoux, adapter le volume en fonction des troubles auditifs,...

Ces informations peuvent être acquises au quotidien, certes, mais quand on travaille à temps partiel et qu'on est là, par exemple, qu'un lundi sur deux, il faut du temps avant de bien connaître chacun des bénéficiaires qui fréquentent Atoll le lundi.

« Pas de paperasse chez nous »

Au-delà l'absence de dossier médical, nous n'avons pas non plus de projet individualisé ni de dossier personnel. C'est une décision - irrévocable - de la directrice : pas de

paperasse chez nous !

Cette décision s'inscrit dans son identité professionnelle forte : elle est ergothérapeute, pas infirmière ni assistante sociale. Elle travaille dans l'action, sur le terrain. Pas dans les dossiers.

Dans le cadre de mes fonctions d'éducatrice, cela représente une limite, à la fois pour le manque d'informations concernant le suivi des bénéficiaires mais également pour l'évaluation des mesures éducatives. Comment, dans ce cas, se rendre compte de l'évolution ou de la dégradation des participants ? Comment déterminer les bénéfices d'une activité ?

J'ai voulu mettre en place moi-même des dossiers, pour mon usage personnel - puisque je suis la seule éducatrice - éventuellement à partager avec l'assistante sociale. Mais, à 3/5^{ème} temps je suis déjà débordée, mes pauses de midi sont un lointain souvenir, impossible de prendre en main un tel projet.

Le manque total de ligne directrice dans l'équipe est une autre conséquence de l'absence de projet individualisé. Même si je suis la seule éducatrice, mes collègues (surtout l'assistante sociale, l'aide familiale, les bénévoles et un peu la secrétaire et les intervenants extérieurs) sont aussi en contact avec les bénéficiaires. Sans moyens de communication efficaces et sans projets clairement définis, il est impossible de se coordonner pour l'accompagnement. Chacun fait « comme il le sent », selon ses « instincts », sans formation, sans appuis théoriques, sans réflexion...

3. Concepts à définir

Plusieurs concepts interviennent dans mon questionnaire. Pour commencer, je vais tenter de définir ce qu'est une « personne âgée » dans le cadre de mon occupation professionnelle : qui sont ces « vieux » que j'accompagne au quotidien ? Qu'est-ce que le vieillissement ?

Je vais définir ensuite un peu plus précisément le rapport au corps puisque c'est un élément central de mes observations et des ateliers mis en place. Je reviendrai ensuite sur ce qu'est une animation pour finir avec les besoins et l'accompagnement.

3.1. Personne âgée

Afin de définir ce qui est communément entendu par « personne âgée », j'ai consulté les *carnets de l'éducateur* : on y parle de « personnes âgées de 60 ans au moins »²⁹.

Petit passage par les dictionnaires en ligne : *l'internaute.fr* propose la définition suivante : « *Personne ayant un âge avancé, qui a les caractéristiques physiques de la vieillesse* »³⁰

Wikipédia³¹ de son côté est plus complet : « *Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente.* »³²

²⁹ Idem, p.298.

³⁰ Auteur inconnu, *Personne âgée* , dictionnaire en ligne l'Internaute.fr, url : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee/>, consulté le 10 septembre 2019

³¹ Oui, je consulte wikipédia aussi pour mon domaine d'expertise professionnelle, après tout c'est une des encyclopédies les plus complètes au monde et chaque article y est écrit par un spécialiste du secteur.

³² Auteur inconnu, *Personne âgée* , encyclopédie en ligne

Tout n'est donc pas une question d'âge mais plutôt de processus de vieillissement et – surtout – de ses conséquences physiques, psychologiques et sociales. La définition de Wikipédia soulève un point important : l'importance du regard de l'autre. Combien de fois, en effet, n'ai-je pas entendu certains participants d'Atoll affirmer « moi, je ne me sens pas vieux. ».

Mais le plus important pour ce TFE sera de définir précisément le public avec lequel je travaille et que je vais observer dans les situations ainsi que lors de la mise en place des pistes d'action. J'ai donc été chercher dans le projet pédagogique de mon institution le paragraphe qui définit le public accueilli. La définition est la suivante :

« Les personnes accueillies ont plus de 60 ans et sont fragilisées par :

- *une espérance de vie de plus en plus longue et par un vieillissement naturel et non pathologique qui confronte la personne à des pertes fonctionnelles auxquelles elle doit s'adapter.*
- *des événements de la vie conjugués à l'impact du vieillissement qui restreignent leur autonomie et leurs capacités à s'adapter à une situation rendue difficile par le décès d'un conjoint ou d'amis, l'éloignement des enfants, le changement d'activités, des conflits familiaux,...*
- *des pathologies nouvelles ou entravant leur équilibre personnel et social parfois déjà précaire (diabète, décompensation cardiaque, début de démence sénile, perte des sens, début de la maladie de Parkinson...)* »³³

Définition propre à ce TFE

Ma propre définition serait de dire qu'**une personne âgée** -

Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_%C3%A2g%C3%A9e , consulté le 10 septembre 2019

³³ M. DEPRez, *Projet de vie : présentation du service Atoll*, document destiné à la création d'un deuxième service, 2015, p.5.

dans le contexte de ce travail de fin d'études - **est une personne de plus de 60 ans qui ressent un malaise physique, mental et/ou social qu'elle considère directement lié à son âge ou au processus de vieillissement.**

En effet, on peut avoir 65 ans, être en bonne forme physique et mentale, avoir un réseau social satisfaisant et ne pas du tout se considérer comme une personne âgée. Ou au contraire, être plus jeune et souffrir déjà des conséquences du vieillissement... C'est le cas de Gilles, 56 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer et récemment arrivé au centre de jour. Son trouble fait qu'il entre dans la case « personne âgée » telle qu'Atoll le conçoit et peut être admis à l'institution même s'il n'a pas l'âge requis.

Autre exemple : une des bénévoles engagées à Atoll vient de fêter ses 76 ans. Plus âgée que certains bénéficiaires à qui elle donne des cours d'anglais tous les jeudis matin, elle ne se considère pas comme « vieille ». Ses genoux la font pourtant beaucoup souffrir. Des douleurs qu'elle subit depuis une bonne trentaine d'années... et qui ne sont donc pas directement liées à son âge. Cette dame d'un âge respectable répond bien moins aux critères d'admission du centre de jour que Gilles.

3.2. Le vieillissement

La vieillesse est un état qui se constate. *« A la différence de l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte qui peuvent se déterminer par rapport à des points de référence physiologiques et biologiques (le début et la fin de la puberté), la vieillesse ne s'ancre pas sur des critères objectifs, reconnus unanimement par une convention. »*³⁴. Il ne s'agit donc pas d'un terme biologique mais bien d'une catégorie sociale.

Le vieillissement, quant à lui, est un processus continu qui, rappelons-le, concerne tout un chacun de la naissance à la

³⁴ AYMOT, J-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.9

mort et dont l'allure dépend, selon Jean-Jacques Aymot, de quatre facteurs : le temps, l'environnement, l'hérédité et le comportement.³⁵

Le vieillissement démographique et le renversement de la pyramide des âges ont fait de la vieillesse une réalité qui acquiert une importance sociale de plus en plus grande. Selon un sondage de l'INSEE, ces 50 dernières années, le nombre de personnes de plus de 60 ans a doublé, les plus de 80 ans ont triplé et les plus de 90 ans multipliés par 9.³⁶

Les conséquences du vieillissement touchent les trois aspects : physique, psychologique et social.

3.2.1. Aspect physique

L'âge est un des premiers facteurs de risque dans le cas de nombreuses maladies. La maladie, quant à elle, accélère le vieillissement et augmente la dépendance. La dégradation physique est la première conséquence du vieillissement.

« *Le corps sain est un corps silencieux* »³⁷ affirme Pierre Ancet dans son livre sur le corps vécu chez la personne âgée. Mais dès que la maladie, la douleur survient, il va se produire chez la personne un mécanisme de clivage imposé par la nécessité de survie psychique. Cette dissociation est certes utile ou nécessaire lorsqu'il faut subir des traitements douloureux ou humiliants mais, lorsqu'elle n'est pas que momentanée, elle peut amener à l'impossibilité d'appropriation subjective de son corps. Le corps devient alors un ennemi dont on se détache en tout ou en partie.

Josiane, 74 ans, a été opérée il y a quelques années d'une fracture de la hanche. Elle a une prothèse mais, malgré toute la rééducation et les séances de kiné, elle a toujours besoin d'une béquille et sa jambe la fait beaucoup souffrir. La manière dont elle parle de sa jambe illustre bien le point ci-dessus : « elle m'a encore fait des misères quand je m'y

³⁵ Idem, p.8

³⁶ Idem, p.3

³⁷ ANCET, P., *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Ed. Dunod, Paris, 2014, p.27

attendais le moins » dit-elle en montrant « cette foutue jambe » d'un air dédaigneux.

Un jour, lors d'un atelier massage en petit comité (les autres participants étaient partis en promenade avec l'aide familiale et deux stagiaires), j'ai demandé à Josiane si je pouvais masser sa jambe malade. Après un moment d'hésitation, elle a finalement accepté. Je l'ai massée 10 minutes, au terme desquelles elle m'a dit : « ça fait longtemps que je n'ai plus senti quelque chose d'agréable de ce côté-là ! ». Je lui ai alors montré quelques mouvements qu'elle pouvait faire elle-même pour détendre ses muscles et, depuis ce jour-là, nous l'avons vu faire quelque chose qu'elle ne faisait jamais avant : masser distraitement sa propre jambe malade quelques secondes par-ci par-là.

C'est en la voyant faire que je me suis rendue compte qu'auparavant, elle ne touchait jamais cette partie de son corps : une jambe qui ne devait avoir senti rien d'autre que les doigts des médecins depuis bien longtemps...

C'est un des points centraux de mon travail sur le rapport au corps : accompagner les personnes dans un processus d'unification entre soi et l'enveloppe charnelle, même malade, même vieille. Réapprivoiser le corps à travers des sensations agréables, redécouvrir le mouvement, renouer avec son apparence,...

Et de l'apparence...

Et puisque le vieillissement est un processus inévitable, pourquoi ne pas en parler, comme Pierre Ancet dans son livre *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*³⁸, en termes d'évolution, de changement plutôt que de dégradation ?

Les changements liés à la vieillesse ne sont pas tous synonymes de perte, de douleur, de maladie. Les modifications de l'apparence physique, sans conséquences sur la santé à proprement parler, peuvent pourtant s'avérer

³⁸ Idem

une source importante de mal-être. Rides, cheveux blancs, corps qui change : voilà ce qui nous stigmatise comme « vieux » aux yeux d'une société où seule la jeunesse est synonyme de beauté.

Combien de participantes d'Atoll n'ai-je pas entendu dire « oh, tu sais, à mon âge c'est plus la peine » lorsque nous parlions de « trucs de filles » (maquillage, shopping, manucure,...). Ça a été le point de départ d'un atelier intergénérationnel : en collaboration avec la commune d'Etterbeek, j'ai fait venir des adolescentes d'une maison de jeunes du quartier, étudiantes en coiffure et esthétique : une après-midi durant, ces jeunes filles allaient maquiller, coiffer, relooker les bénéficiaires qui participeraient ensuite à un shooting photo maison.

Lorsque j'ai montré les photos aux participantes, se voyant ainsi mises en valeur, elles se sont toutes exclamées, admiratives : « on dirait que ce n'est pas moi ! ».

Pour terminer sur l'aspect physique, j'ai choisi de ne pas lister ici toutes les maladies inhérentes à la vieillesse, tant elles sont nombreuses et variées. Je développerai plus loin, dans chacune de mes situations, les troubles dont souffrent chacun des bénéficiaires concernés.

3.2.2. Aspect social

Le rôle de la retraite comme accélérateur du vieillissement est mis en évidence par Jean-Jacques Aymot : « *L'analyse psychosociale du passage de l'activité professionnelle à la retraite, considérée le plus souvent comme la première étape de la vieillesse, met en évidence l'apprentissage de nouveaux rôles et l'intériorisation de nouveaux statuts, la nécessité pour l'individu de trouver de nouveaux mécanismes d'intégration, d'identification sociale et de définition.* »³⁹.

La retraite serait donc le moment où tout bascule, où l'on renonce non seulement à l'image de soi comme d'un

³⁹ AYMOT, J-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.2

individu utile à la société mais également à tout un entourage professionnel : une perte de repères à la fois environnementaux et psychosociaux. Si cette transition est mal préparée, le nouveau retraité se retrouve du jour au lendemain seul et désœuvré.

C'est le cas de Jules, ancien psychiatre de renom, récemment arrivé à Atoll. Après avoir prolongé sa carrière autant que possible bien après ses 65 ans, Jules a été forcé, suite à un accident cardiaque, d'abandonner son activité professionnelle. Aujourd'hui, son problème cardiaque est soigné mais Jules a très mal vécu l'arrêt soudain de sa carrière. Désœuvré, désormais inutile (selon ses propres mots), il traîne devant la télé du matin au soir, refusant les rares sorties que sa femme lui propose et finit par faire un séjour en hôpital psychiatrique pour dépression - aveu de défaite totale pour l'ancien psychiatre qu'il est ! (de nouveau, selon ses propres mots).

Lorsqu'il vient à Atoll, Jules, l'intellectuel silencieux, a du mal à s'identifier aux autres « petits vieux » qui n'ont ni la même origine sociale, ni le même niveau d'études et certainement pas les mêmes intérêts. J'essaye d'intégrer une part de culture et/ou de réflexion dans certaines de mes animations. Il s'ouvre un peu, je lui découvre un humour grinçant que j'adore même si cela reste sporadique. Atoll représente pour lui un nouveau lieu de socialisation mais il ne s'y retrouve pas. Malgré tout, il continue à venir tous les lundis.

Le cas de Jules n'est qu'un exemple, de nombreux autres participants ont très mal vécu cette rupture sociale que représente le départ à la retraite. C'est là que le regard de la société change sur l'individu et qu'apparaissent les risques de de solitude et d'isolement.

Stéréotypes et société

Outres les bouleversements engendrés par le départ à la retraite, d'autres choses interviennent dans l'aspect social du vieillissement. Lorsqu'on regarde les médias, les individus y sont en grande majorité jeunes, beaux et en bonne santé. La culture ambiante dans laquelle chacun

baigne depuis l'enfance dépeint donc un idéal qui n'est pas du tout représentatif de la diversité sociale. Et les personnes âgées sont les grandes perdantes de ce show aseptisé : on ne les trouve quasi exclusivement que dans des publicités destinées au troisième et quatrième âge (crèmes anti-rides, assurances retraite/décès, protection hygiéniques anti-fuites, beurre sans cholestérol,...).

Comment, dès lors, s'identifier à cette société qui change lorsqu'on n'y est pas représenté comme un membre à part entière mais plutôt comme une classe à part, avec des besoins spécifiques qui tournent exclusivement autour des conséquences du vieillissement ? A quand une pub pour le prochain Iphone mettant en scène un octogénaire féru de technologie ? A quand une Smart conduite par une mamy en tailleur et talons hauts ?

Conséquences ou origine de ce matraquage médiatique, les stéréotypes sur les « vieux » sont nombreux : ils ne servent plus à rien, ils coûtent cher, ne conduisent plus, ils sont riches, ils perdent tous la tête, ils radotent, ils sont dépendants, le sexe ne les intéresse plus, ils ne pensent qu'à manger, au jardinage et au bingo,... Et, même sans aller si loin, n'avons-nous pas tous des idées préconçues ? Y compris les travailleurs sociaux ? Combien d'entre nous n'avons pas fait l'erreur de nous adresser à une personne âgée de manière infantilissante ou en parlant fort, sans savoir si elle est démente ou sourde ?

Et il faut compter avec l'effet Pygmalion (ou effet Rosenthal & Jacobson) : « *une prophétie autoréalisatrice qui provoque une amélioration des performances d'un sujet, en fonction du degré de croyance en sa réussite venant d'une autorité ou de son environnement. Le simple fait de croire en la réussite de quelqu'un améliore ainsi ses probabilités de succès.* »⁴⁰. A force de rabâcher les stéréotypes et les croyances, les personnes concernées finissent par y croire et s'y identifier. Les « vieux » se considèrent alors eux-mêmes comme inutiles, incapables d'évoluer, d'apprendre, de

⁴⁰ Auteur inconnu, *Effet Pygmalion*, encyclopédie en ligne Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Pygmalion, consulté le 9 septembre 2019

créer... Tout cela s'exprime par une passivité parfois déconcertante pour la jeune éducatrice dynamique que j'étais... Passivité qui n'est qu'une façade derrière laquelle il ne tient qu'à moi de me glisser.

De l'utilité à l'inutilité

Dans une société où l'individu se définit avant tout par son activité professionnelle, qui est-on lorsqu'on ne « sert plus à rien » ? Cette notion d'utilité/inutilité est fort présente chez les participants d'Atoll. Le besoin de se rendre utile, de continuer à prendre part à la vie sociale reste vivace chez beaucoup d'entre eux. C'est plus facile pour ceux dont la famille est proche : il y a les petits enfants à garder, les cadeaux à faire à Noël ou aux anniversaires, des repas à organiser de temps en temps, des nouvelles à prendre...

La notion d'utilité est centrale dans nombre de mes ateliers. Une activité tricot ? Fabriquons des écharpes que nous donnerons aux sans-abris l'hiver prochain. Une après-midi créative ? Sortons la peinture pour réaliser ensemble une fresque qui décorera le salon. Envie de promenade et d'air frais ? Direction la pépinière pour acheter des graines à planter dans le jardin. La fête de Noël est un prétexte pour se mettre à la cuisine et au bricolage de décorations de table. Et, lorsque les enfants viennent les mercredis après-midi, c'est Nicole, ancienne institutrice, qui les aide pour les devoirs tandis qu'Ernest, comédien à la retraite et Gilles, passionné de poésie leur concoctent un conte fantastique en plusieurs épisodes.

Isolement et solitude

Selon une étude commandée par la Fondation Roi Baudoin, reprise dans un article du site intergénération.be, 9 % des personnes âgées se sentent seules (ce qui représente pas moins de 162.000 personnes) et 8 % d'entre elles ne voient personne au moins une journée par semaine⁴¹.

⁴¹ Fondation Roi Baudouin, *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, étude reprise sur le site web intergeneration.be, url :

Les causes les plus fréquentes de la solitude des seniors sont les suivantes :

- Éclatement familial
- Perte du conjoint
- Perte d'autonomie
- Précarisation financière
- Incompréhension entre les générations
- Fracture technologique
- Mauvaise image des personnes âgées

Au début de mon parcours à Atoll, j'ai concocté pour les bénéficiaires - dans le cadre d'un travail du cours d'Expression orale et écrite sur le sujet - une animation-débat autour du thème de la solitude des personnes âgées. Leurs témoignages sont venus confirmer les causes ci-dessus.

Liliane, 89 ans, déplore : « *Mes enfants, ils ont leur vie, on ne peut pas leur demander d'être toujours disponibles* ».

En parlant des couples âgés qui se tiennent la main dans la rue, Marie, 93 ans, dit : « *Ils ne savent pas le bonheur qu'ils ont* ». En réponse, Liliane explique qu'après la mort de son mari, elle n'avait plus la force de rentrer dans son appartement.

Josiane, quant à elle, partage son regret de ne plus pouvoir inviter la famille ou les amis à manger : « *à cause de mes mains, je ne peux plus préparer de grands repas* ». Sur les 15 personnes ayant participé à mon atelier, 11 disent avoir renoncé à une occupation ou à un loisir à cause de leurs problèmes de santé. Beaucoup parlent de dépression.

Bref, la solitude et l'isolement sont une des conséquences sociales du vieillissement. Le centre de jour Atoll a pour vocation de pallier à cet état de fait en proposant un lieu d'échanges et de socialisation.

3.2.3. Aspect psychologique

http://www.intergeneration.be/publication.php?id_publication=161&id_asso=112, consulté le 9 septembre 2019

Selon Gérard le Goues « *Nous avons tous besoin de deux sentiments pour exister : l'amour de soi et l'impression de compter pour les autres.* »⁴² Ces deux sentiments sont mis à mal par le processus de vieillissement. Le corps désormais défaillant, d'une part, et l'image renvoyée par la société, d'autre part, entachent l'estime de soi.

De plus, comme nous l'avons vu dans le cours de psychologie d'Anne-Françoise Gillain en première année : « *Six des treize changements les plus stressants apparaissent au cours des dernières années de la vie : la mort du conjoint, la mort d'un membre de la famille, la maladie et les accidents personnels, la retraite, les problèmes de santé chez un membre de la famille et les difficultés sexuelles.* »⁴³

La quantité d'événements stressants affectant les seniors, à un moment de leur vie où ils sont plus susceptibles de subir l'isolement et la solitude, font du grand âge un facteur de risque psychologique à part entière. L'isolement et le sentiment d'inutilité, s'ils font partie des composantes sociales de la vieillesse, ont également un impact psychologique certain.

Sans compter le rapport existant entre stress et maladie physique. « *Les personnes âgées sont particulièrement affectées par la relation étroite existant entre le stress et la maladie. Plus une personne subit de changements dans sa vie, au cours d'une brève période de temps, plus elle est susceptible d'être affectée par une maladie sérieuse, ceci indépendamment de l'âge.* »⁴⁴

En effet, lorsque le stress est bien géré, il est facilement évacué et la personne retourne à un état émotionnel stable. Mais si les facteurs de stress s'accumulent, sur une période de la vie où, en plus, le physique fonctionne moins bien, la personne peut s'avérer incapable d'y faire face. Avec des

⁴² AYMOT, J.-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.3

⁴³ GILLAIN, A-F., *Syllabus de psychologie*, 1ère BAC en Education spécialisée, Approche conceptuelle 1, UE 185, année scolaire 2015-2016, p.85

⁴⁴ Idem, p.86

conséquences psychologiques mais également physiques non négligeables : dépressions, troubles psychosomatiques, insomnies, angoisses, mauvaise gestion du stress,...

Le deuil

Liliane, 89 ans, est arrivée à Atoll après la mort de son mari. Elle a vécu un deuil silencieux, peu soutenue par ses proches parce que « à son âge c'est normal, il faut s'y faire ». A cause de son grand âge et de celui de feu son mari, décédé à 94 ans, son entourage a décrété que « c'est normal de mourir à cet âge-là » et que « l'important c'est qu'il ait eu une belle vie », minimisant ainsi la souffrance de Liliane qui perdait son compagnon de vie de toujours, celui qu'elle avait épousé pas moins de 65 ans auparavant et qu'elle aimait encore comme au premier jour !

Cette histoire illustre bien ce que traversent de nombreux seniors. À un âge où il est courant de perdre des proches, des amis, des frères et sœurs, voire un conjoint, vivre un processus de deuil serein et abouti est primordial.

La perte du conjoint est un facteur d'isolement et une amorce à la dépression. Beaucoup de couples âgés se sont repliés sur eux-mêmes et, au décès d'un des époux, le partenaire restant se retrouve du jour au lendemain plongé dans la solitude la plus totale. Une adaptation est dès lors nécessaire. Pas facile, lorsqu'on a 70, 80 ou 90 ans, de changer ses habitudes de vie du jour au lendemain...

Il est dès lors nécessaire d'accompagner le deuil et de proposer à la personne âgée un suivi psychologique, à la fois pour surmonter cette épreuve et pour trouver des aménagements de vie possible afin de prévenir la solitude, l'isolement ainsi que la dépression qui s'en suit trop souvent.

Dépressions non diagnostiquées

Repli sur soi, troubles du sommeil ou de l'appétit, anxiétés, réactions disproportionnées, troubles de la mémoire, changement de caractère, hygiène négligée : autant de

symptômes de la dépression qui, chez les seniors, sont souvent attribuées au vieillissement. La dépression serait donc non-diagnostiquée dans 70% des cas alors qu'elle touche de 15 à 40% des plus de 65 ans.⁴⁵

Depuis peu, Viviane, 74 ans, ne se lave plus, ne mets plus son dentier pour venir au centre de jour, oublie ses médicaments, tricote toute la nuit arguant qu'elle ne sait pas dormir et décroche de plus en plus rarement son téléphone. Sa belle-fille et le médecin de famille, décrétant qu'elle « perd la boule », l'inscrivent sur la liste d'attente d'une maison de repos toute proche.

En découle une réflexion en réunion d'équipe nous conduira à proposer une entrevue avec un psychiatre. La famille accepte et le verdict tombe quelques jours plus tard : Viviane souffre de dépression. Avec une médication adéquate et des séances régulières de psychothérapie, nous retrouvons en quelques mois la femme souriante que nous connaissions.

La dépression concerne plus de la moitié des participants. La plupart d'entre eux ont fait, avant de s'inscrire à Atoll, un séjour en hôpital psychiatrique.

3.2.4. La composante subjective - « je ne me sens pas vieux »

L'aspect subjectif est important. Il définit la manière dont les participants répondent aux stéréotypes sociaux et au regard de l'autre. Tout est affaire d'image de soi. Peut-on être atteint physiquement par le vieillissement sans se sentir vieux ? Peut-on se sentir bien dans son âge sans y associer le caractère péjoratif communément admis de l'image de la personne âgée ?

⁴⁵ BAUDRY, Ch., *La dépression des personnes âgées, une maladie insidieuse*, site web de Santé Magazine, mars 2019, url : <https://www.santemagazine.fr/sante/maladies/maladies-mentales/depression/la-depression-des-personnes-agees-une-maladie-insidieuse-177992>, consulté le 9 septembre 2019

Liliane, 89 ans, me dit souvent : « tu sais, moi, si je ne me regarde pas dans le miroir, j'ai l'impression d'avoir toujours 30 ans. » Je lui ai répondu en souriant qu'on avait le même âge du coup, à quoi elle a rétorqué : « C'est pas ce que pensent les gens qui nous croisent dans la rue ! », attestant une fois encore de la dichotomie qui existe entre le soi intérieur et l'image que nous renvoient les autres.

Liliane souffre pourtant d'une maladie dégénérative des yeux qui finira par la rendre aveugle, elle qui a été la première femme photographe de presse en Belgique... Malgré cela, elle fait partie des bénéficiaires qui affirment « rester jeunes à l'intérieur ».

Intérieur... Extérieur... On en revient toujours à ce fossé entre la vie intérieure de la personne et ce que la société voit et renvoie. Et, de société, il ne s'agit pas que des inconnus qui, un beau jour, se mettent à vous céder la place dans le métro. Ce sont également les proches, la famille, le personnel médical qui se mettent à vous traiter différemment, un mélange de déférence polie et d'infantilisation caractéristique qui vous font dire : ça y est, je suis vieux.

Et moi, là-dedans ? Mes pouvoirs d'éducatrice ne me permettent pas de changer l'apparence de mes bénéficiaires. La société continuera à les voir comme des vieux car, vieux, ils le sont. Mais je peux proposer un travail sur le regard qu'eux-mêmes portent sur leur propre corps, sur leur propre « extérieur » pour qu'ils y voient le reflet de leur vie intérieure plutôt que les stéréotypes négatifs que la société associe à la vieillesse et que, peu à peu, ils ont intégré.

Je vois dans cette dichotomie intérieur/extérieur une des origines des troubles du rapport au corps constatés chez les bénéficiaires d'Atoll. Comment continuer à aimer ce corps que la société dénigre ? Comment continuer à se sentir bien dans un corps qui, pour l'observateur extérieur, signifie « senior » ? Ajoutons à cela les douleurs, maladies et autres dégénérescences physiques et on obtient le cocktail idéal pour finir par couper tous les liens avec son propre corps.

3.2.5. Disparité des problématiques

Avant de clôturer ce chapitre sur le vieillissement, je voudrais mettre en lumière une des difficultés que j'ai rencontrées lors de mon travail à Atoll : la disparité des problématiques rencontrées par les bénéficiaires. En effet, si le seul dénominateur commun des participants est d'être une personne âgée telle que définie plus haut, les problématiques, elles, sont variées et disparates. Il faut composer avec des bénéficiaires qui ont parfois plus d'une génération de différence, issus de tous milieux sociaux et avec tous types d'attentes et de demandes.

« Être vieux » ne suffit pas à former un groupe ni à créer des liens.

C'est pour cette raison également que je n'ai pas été plus précise concernant les maladies et troubles dus au vieillissement. Je les développerai plus loin, lorsque cela sera nécessaire pour l'analyse des situations éducatives.

S'il devait y avoir une problématique commune à tous les participants du centre de jour, quel que soit leur âge ou leur maladie, ce serait le rapport au corps : troubles de l'image du corps et du schéma corporel.

3.3. Rapport au corps

Je l'ai dit plus haut, le rapport au corps est au cœur de la problématique des bénéficiaires du centre de jour. C'est également le moteur de nombreuses animations que j'ai mises en place avec les personnes âgées d'Atoll.

Tentons de définir plus précisément le rapport au corps.

Le premier apport théorique me vient d'un mémoire en éducation physique et sportive : *« Le rapport au corps renvoie à la relation que l'individu entretient avec son corps. Cette relation s'objective par des usages du corps qui sont les manières d'agir, de se mouvoir, de sentir et de ressentir. Le rapport au corps présente une dimension visible ou objective (se mouvoir, se tenir,...) mais aussi plus*

inconsciente et incorporée (culture somatique) et une dimension subjective (corps perçu, représenté, vécu « image corporelle »). »⁴⁶

Cette définition, écrite par Catherine Edard et Raphaël Leca, caractérise le rapport au corps comme la relation que l'individu entretient avec son corps. Les deux éducateurs évoquent également les dimensions objective et subjective du rapport au corps.

Le concept de rapport au corps m'emmène dans trois domaines distincts des sciences sociales : la sociologie (rapport au corps), la psychologie (image du corps) et la neuropsychologie (schéma corporel). Le caractère holistique du métier d'éducateur rend possible l'intégration de ces trois domaines. Ne faut-il pas, en effet, considérer le bénéficiaire dans son entièreté ?

Puisque nous avons pu voir l'aspect social plus haut, je ne vais définir ici que l'image du corps et le schéma corporel.

3.3.1. Image du corps

De nombreux auteurs ont étudié l'image du corps :

*« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. »*⁴⁷

Marc Jeannerod conclut son article *De l'image du corps à l'image de soi* par cette définition : *« L'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même : je sens mon corps comme le siège de sensations et d'expériences que je vis « en première personne », et qui*

⁴⁶ ERARD, C. et LECA, R., mémoire : *Éducation et Motricité, le rapport au corps en EPS*, UFR STAPS, Dijon, 2018, disponible sur internet à l'url : <http://www.culturestaps.com/15454027/CM+Le+corps+en+EPS.pdf>

⁴⁷ SCHILDER, P., *L'Image du corps*, Gallimard, Paris, 1968

m'appartiennent en propre. Parmi ces expériences, les actions tiennent une place prépondérante, puisqu'elles ont à la fois le soi comme lieu d'origine et le corps comme lieu de leur manifestation. Le fait de se sentir l'auteur de ses actions et de se les attribuer renforce le sens de la possession du corps. »⁴⁸

Deux éléments s'en dégagent : les sensations et expériences vécues comme constitutives de l'image du corps et la reconnaissance du soi comme auteur de ses actions.

Il ajoute encore : *« Les deux (appartenance et agentivité) sont normalement confondues mais restent dissociables, comme le montrent les conditions pathologiques : le schizophrène, tout en reconnaissant son corps comme le sien, met en doute son rôle d'auteur des actions qui s'y déroulent. »⁴⁹*

Sans rentrer dans le cas des schizophrènes, le caractère dissociable de l'appartenance et de l'agentivité s'exprime aussi chez les personnes âgées d'Atoll. Comme je le développe plus haut dans le chapitre sur les aspects physiques du vieillissement, un clivage apparaît lorsque le corps malade est vécu comme un ennemi : le phénomène de dissociation.

De plus, certaines maladies, propres ou non au vieillissement, entraînent une dyspraxie marquée et des troubles moteurs : apparaît alors un phénomène dissociatif entre ce que le soi conscient veut faire et les mouvements réellement effectués par le corps. Le siège de cette fracture ne se situe plus au niveau psychique – comme chez les schizophrènes – mais bien au niveau physiologique.

3.3.2. Schéma corporel

⁴⁸ JEANNEROD, M., *De l'image du corps à l'image de soi* in Revue de neuropsychologie, 2010/3, url : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-185.htm>, consulté le 9 septembre 2019

⁴⁹ Idem

« Le schéma corporel résulte de la conscience qu'a la personne de son corps et de sa place dans l'espace, de même que la connaissance de ses possibilités d'action (mouvements et habiletés psychomotrices) en relation avec les personnes et les objets environnants. On parle en ce sens de l'image tridimensionnelle. »⁵⁰

Outre cette définition, Francine Lauzon distingue trois éléments intervenants dans le schéma corporel :

- **L'image corporelle** : *« L'image corporelle désigne le portrait intériorisé que chacun se fait de son corps. Cette image à deux dimensions se dessine petit à petit dans l'esprit, en fonction de l'évolution de l'aspect cognitif. Elle entraîne la capacité de situer les segments de son corps les uns par rapport aux autres et de les situer dans l'espace. »*
- **La connaissance des parties du corps** : *« La maîtrise de cet aspect du schéma corporel s'exprime par la capacité de nommer et de montrer les différentes parties du corps. »*
- **L'ajustement postural** : *« Capacité de prendre volontairement une position en fonction de la tâche motrice à exécuter ou de l'attitude à adopter. Rendue possible grâce au sens kinesthésique qui renseigne sur la place et la position du corps et de ses parties dans l'espace. »⁵¹*

Ce qui m'intéresse dans cette définition c'est la distinction qui est faite entre l'image du corps – portrait intériorisé – et les aspects fonctionnels observables : la connaissance du corps (capacité à nommer et montrer les parties du corps) et l'ajustement postural (capacité à se mouvoir en fonction de la tâche à exécuter). Ce sont ces aspects observables qui me permettront de concevoir puis d'évaluer mes ateliers.

L'évocation du sens kinesthésique est également importante puisque celui-ci est mis à mal par certaines maladies présentées par les bénéficiaires d'Atoll (X fragile, Alzheimer,

⁵⁰ LAUZON, F., *L'éducation psychomotrice: Source d'autonomie et de dynamisme*, Presses Universitaires du Québec, 2000, p.29

⁵¹ Idem, pp.34-35

Parkinson,...). Ces troubles interfèrent dans la capacité à évaluer à tout moment la place et la position des différentes parties du corps : c'est bien le sens kinesthésique.

3.4. Animation⁵²

Animer vient du latin *animus, anima*, l'âme. Quatre définitions sont communément admises :

- Douer (quelque chose, un lieu) de vie ou de mouvement
- Être responsable d'une activité collective
- Donner de l'éclat, de la vivacité
- Inspirer, mener (quelqu'un)⁵³

Il y a dans l'animation une idée de vivacité, de vie, de mouvement. Donner une âme à un lieu, à un groupe, créer une dynamique de vie, entraîner l'autre dans le mouvement, révéler l'éclat, les couleurs... Je ne m'attendais pas à retrouver mon identité professionnelle et mon élan d'éducatrice-animatrice si bien décrit dans ces quatre lignes résumées par Google en guise de définition du mot 'animer'.

Animer. Oui, mais pourquoi ? Comment ?

3.4.1. Animer pour des personnes âgées

Nous l'avons vu plus haut, les centres de jour et le concept même d'animation pour les personnes âgées est apparu avec la multiplication des établissements pour seniors et la

⁵² Certains auteurs différencient animation, activité et atelier. Dans ce TFE, j'utiliserai ces trois mots comme les synonymes d'une seule et même chose que je vais tenter de définir ci-après.

⁵³ Google, recherche « animer définition », url : https://www.google.com/search?q=animer+d%C3%A9finition&rlz=1C1AVNE_enBE850BE850&oq=animer+d%C3%A9finition&aqs=chrome..69i57j0l5.2249j1j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8, consulté le 10 septembre 2019

prise de conscience de la nécessité d'un accompagnement qui soit autre que médical.

Il s'agit de répondre à tous les besoins qui ne soient pas d'ordre physique ou sanitaire : épanouissement, créativité, échanges, socialisation, reconnaissance, apprentissage,...

C'est pourquoi l'éducateur-animateur doit pouvoir reconnaître le besoin de l'autre et le traduire concrètement en un projet d'atelier.

La passivité des participants

Dans son livre, Jean-Jacques Aymot affirme « *Ne nous demandons pas ce que l'on pourrait proposer mais ce qu'ils souhaitent, ce qu'ils pourraient exprimer qui ait valeur de guide, de repère, de point de départ pour le projet d'animation ?* »⁵⁴.

J'ai organisé régulièrement des réunions communautaires visant à construire ensemble, participants et personnel, le quotidien du centre de jour. En pratique, je me suis retrouvée devant la passivité, l'absence de projet, la dépendance,... Pas étonnant lorsque le contexte du centre de jour lui-même ne laisse pas beaucoup de place au choix : repas à telle heure, animations à telle heure, goûter, départ, ... Et puis c'est moi l'animatrice, ce rôle convenu me donne l'obligation de proposer, à eux d'accepter.

Mais « *Il n'y a pas de vie humaine sans désirs, sans projets* »⁵⁵. Ce sera donc à moi de trouver à travers chaque interaction, chaque communication, chaque échange, les désirs sous-jacents qui seront le terreau de mes animations.

Car l'être humain ne peut fonctionner sans se projeter dans l'avenir. Philippe Crône, l'auteur du livre *Animer en humanité* a demandé à ses stagiaires ce que c'était, pour eux, que vivre. « *Toutes les réponses ont un point commun : la notion de projection de soi vers l'avenir. Vivre serait donc*

⁵⁴ AYMOT, J.-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.205

⁵⁵ Idem, p.206

s’imaginer plus tard, évoluer, faire des projets »⁵⁶. Pourquoi, alors, beaucoup de participants ne manifestent-ils pas d’envies, pas d’élans ? Quels sont ces besoins non comblés qui enrayent la machine ? Comment permettre aux bénéficiaires de se reconnecter suffisamment avec leur identité profonde pour qu’ils puissent affirmer « j’aime ceci, je n’aime pas cela, je voudrais faire ceci » ?

Car c’est également une question d’identité, j’en suis persuadée. Et c’est en comblant les besoins qui sont les fondements de cette identité que je pourrai aider les participants à retrouver cet élan de vie tourné vers l’avenir.

Particularité du public âgé

Outre la passivité, il faut tenir compte de la fatigue, des maladies, de la difficulté à sortir des habitudes,... Sans parler des adaptations pratiques : ne pas prévoir une activité où il faut rester trop longtemps debout, penser à des toilettes publiques disponibles toutes les heures lors des sorties, composer avec les problèmes de vue, d’ouïe, de compréhension.

Quant aux personnes souffrant de troubles cognitifs, il faudra adapter les consignes, simplifier les propositions, prévoir un plan B ou jouer sur l’entraide.

Bref, adapter une animation à un public âgé, c’est tenir compte des troubles conséquents au vieillissement et faire en sorte que chacun s’y retrouve, malgré la disparité.

3.4.2. Concevoir une animation

Il existe plusieurs méthodologies efficaces pour préparer, mener à bien et évaluer une activité⁵⁷. J’ai choisi de ne pas

⁵⁶ CRONE, Ph., *Animer en humanité, l’animation dans les établissements d’accueil des personnes fragilisées*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2017, p.11

⁵⁷ WIELS, V., *Méthodologie des activités ACSC*, 2^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche méthodologique 2, UE 190, année scolaire 2017-2018

les passer en revue : mon propos n'est pas ici d'expliciter les modalités pratiques d'animation pour les personnes âgées mais bien d'envisager l'atelier comme moyen d'offrir le meilleur accompagnement possible.

Du projet à la réalité

Projet. C'est le mot de notre temps et également le terme plus souvent utilisé en marketing, tellement utilisé qu'il paraît impossible de ne pas se plier à sa dictature omniprésente. Mettre en place un projet. Avoir un objectif. Un cahier des charges. Des grilles à compléter. À évaluer. Tout cela pour, finalement, pouvoir quantifier l'inquantifiable, pouvoir réduire, tailler, découper et compter toutes ces petites choses qui font les rapports humains.

Loin de moi l'idée de dire qu'il ne faut pas se préparer, gérer le temps, le matériel, prévoir à l'avance un canevas à suivre. Mais le projet ne doit être qu'un vague squelette sur lequel vient se greffer l'ici et maintenant. Et si le projet se fait emporter et réduire en charpie par l'énergie du moment, tant mieux !

Combien de fois n'ai-je pas remis au lendemain un ciné-débat ou un atelier massage parce que je sentais que le groupe avait juste besoin d'un peu de lâcher prise. On sortait alors les baffles pour passer l'après-midi à danser et chanter sur les musiques d'antan en totale improvisation. Ce sont parmi mes plus beaux souvenirs, ces moments hors du cadre, hors du projet.

Un projet n'est finalement qu'une interaction entre une situation de départ et un objectif orienté.⁵⁸ Pas besoin de grilles, de chartes, de listes... Le projet peut être instantané et simple : et si l'objectif, cette après-midi, était simplement de se détendre au soleil en discutant ? Me voilà sortant tables et chaises pour installer les participants dans le

⁵⁸ LEFEBVRE, G., *Du projet à la réalité : support des activités d'enseignement de méthodologie du projet et de réalisation et évaluation du projet*, 2^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche méthodologique 2, UE 190 et Approches complémentaires, UE 193, année scolaire 2017-2018, p.19

jardin. Debout sur une chaise, je tente d'ouvrir le parasol quand un coup de vent soulève ma jupe dans un éclat de rire général. « On dirait Marilyn ! » s'écrie Roland. Je sors la tablette et l'après-midi devient l'occasion de regarder des extraits de vieux films sur youtube en commentant les tenues et les coiffures des acteurs d'alors... qui dévient bien vite sur les tenues et les coiffures des petits-copains qui emmenaient alors les dames d'Atoll au cinéma. Pas si loin, finalement, de l'atelier mémoire que j'avais planifié ! L'objectif n'en était-il pas l'échange, la réminiscence et la parole partagée autour d'autre chose que la maladie et les douleurs pour une fois ?

Des animations éducatives

J'en viens à l'aspect éducatif nécessaire des animations. Travailler avec des personnes âgées c'est jongler constamment entre leur zone de confort et ce que l'on a envie de leur apporter de neuf.

Olivier Limet, enseignant au CESA, m'avait posé cette question, lorsque je l'avais vu pour discuter de mon TFE et que je lui disais vouloir travailler la méditation et le yoga avec les personnes âgées : « en quoi crois-tu qu'ils en ont besoin ? ».

En effet, qui n'a pas eu envie d'apporter à l'autre, de gré ou de force, les solutions qui ont fonctionné pour soi ? D'autant plus lorsque, éducateur, nous sommes en position de pouvoir par rapport à nos bénéficiaires. L'éducateur est celui qui sait, qui apporte, qui éduque.

Et puis j'ai réfléchi, j'ai observé, j'ai analysé les besoins et j'ai proposé mes solutions.

Proposé. Toute la différence est là. Lorsqu'on anime avec des personnes âgées, on s'adresse à des adultes qui sont libres de leurs choix, libres de suivre ou non l'atelier présenté. Je pars alors de ce qu'ils connaissent pour dévier doucement vers du neuf et introduire des propositions inédites.

3.4.3. Animer pour un groupe

« *Avoir sa place dans le groupe social c'est exister par, pour et avec les autres. Créer des groupes sociaux au sein des structures c'est permettre à chacun de retrouver son univers, celui, ou ceux qui lui conviennent le mieux. Rencontrer, échanger, partager.* »⁵⁹ Affirme Philippe Crône dans son livre *Animer en humanitude* avant de rajouter : « *Et le professionnel de la vie sociale, un des rares à être tourné vers la vie de groupe, c'est l'animateur.* »⁶⁰

Animer en centre de jour c'est composer avec le groupe. Peut-il y avoir un groupe sans éducateur-animateur ? Bien sûr. « *Un groupe, c'est plusieurs personnes fonctionnant en même temps, dans un même endroit, pour les mêmes raisons et avec des valeurs communes* »⁶¹ Mais lorsque ces valeurs communes – à l'origine de leur inscription à Atoll – sont la vieillesse, la maladie, la solitude, le rôle de l'éducateur-animateur est d'introduire une nouvelle dynamique, de transformer ces valeurs négatives en valeurs positives.

Lorsque, pendant le temps libre qui suit le repas du midi, les bénéficiaires se rassemblent pour égrener une énième fois leur chapelet de bobos, je leur propose malicieusement la chanson mimée « tête, épaules et genoux, pieds ». Eclat de rire général quand, tout adultes que nous sommes, nous nous mettons à suivre ce jeu enfantin. Après cela, grand verre d'eau pour tout le monde et le groupe se met spontanément à raconter ses souvenirs d'école primaire : un partage qui marque également un lieu commun aux membres du groupe mais sur une note positive, cette fois.

L'autre rôle de l'éducateur-animateur est d'être créateur de lien. On retrouve ici d'ailleurs la fonction de reliance de l'éducateur. Comme le dit Philippe Crône : « *Si l'animateur est effectivement un professionnel de la mise en relation, il n'a aucune légitimité pour modifier et interférer dans ces*

⁵⁹ CRONE, Ph., *Animer en humanitude, l'animation dans les établissements d'accueil des personnes fragilisées*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2017, p.15

⁶⁰ Idem, p.15

⁶¹ Idem, p.16

relations tant qu'elles restent dans des limites socialement acceptables. »⁶²

Chacun est libre de ses choix en matière de relation. Ce n'est pas parce qu'on est âgé et qu'on fréquente un centre de jour que tout d'un coup on va devenir sociable si on a été solitaire toute sa vie.

Georgette, 89 ans, vient à Atoll juste avant le repas de midi. Une journée entière, pour elle, c'est trop. Aux repas elle parle peu et va s'installer dans le fauteuil avec un magazine dès qu'elle a fini. Lors de l'animation de l'après-midi, elle nous accompagne si nous changeons de pièce mais reste à l'écart, sur une chaise qu'elle place invariablement un mètre ou deux en dehors du cercle. Je lui propose toujours de venir dans le cercle mais n'insiste pas lorsqu'elle refuse, c'est devenu un rituel grâce auquel je lui dis « je sais que vous êtes là, vous avez votre place ».

Pendant les animations, elle écoute, parfois elle réagit et participe, mais toujours de loin. Georgette est une dépressive chronique et une grande angoissée mais c'est également quelqu'un de très cultivé, très intelligent qui se sent complètement étrangère aux autres participants. Elle a travaillé longtemps dans le renseignement et en garde une attitude fermée, méfiante, elle ne s'ouvre pas aux autres. Pourtant, lorsque je conçois les activités, je cherche toujours à y inclure quelque chose qui la fera réagir, qui la fera rire ou qui lui rappellera un souvenir.

Comme elle a une très bonne mémoire, je lui demande souvent « est-ce qu'on a déjà fait ça la fois passée ? ». C'est devenu une habitude que les autres bénéficiaires imitent maintenant : Georgette est devenue l'aide-mémoire d'Atoll. Cela ne la rend pas plus sociable mais, d'une certaine manière, elle a sa place dans le groupe.

Finalement, les ateliers ne sont que des prétextes à la relation. Comme le dit Philippe Crône : « *L'activité permet à un groupe de personnes d'avoir un objectif commun et des actions parfois complémentaires qui tissent des liens entre chaque groupe. L'activité est un prétexte, la relation un*

⁶² Idem, p.17

objectif. »⁶³

En animant pour un groupe, donc, l'objectif est de créer, d'encourager et d'entretenir la relation entre les participants.

3.5. Besoin

« *N'oublions pas la personne. Gardons à l'esprit que le désir, le besoin et la demande sont les fondements, l'élan vital de toute animation.* »⁶⁴ rappelle Jean-Jacques Aymot.

Je l'ai dit plus haut, les besoins des bénéficiaires sont au cœur de la conception d'ateliers. Plusieurs modèles décortiquent les besoins de l'être humain et permettent à l'éducateur-animateur de n'en négliger aucun ou de choisir le(s)quel(s) privilégier dans l'accompagnement mis en place.

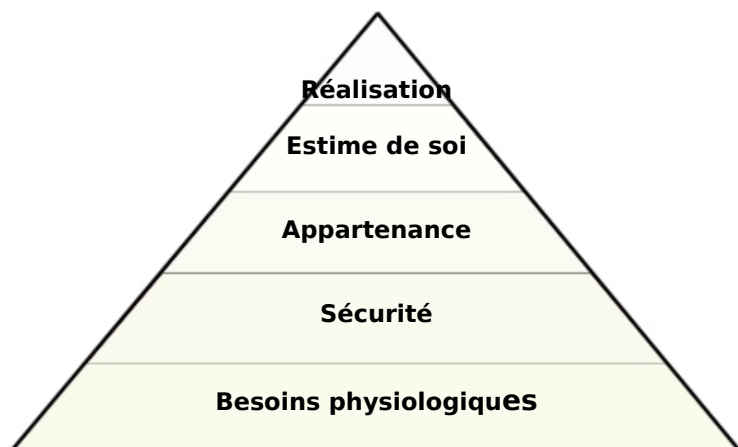
3.5.1 Pyramide de Maslow

Abraham Maslow publie en 1970 la deuxième édition de *Motivation and Personality*⁶⁵ exposant de manière complète sa théorie de la motivation. Il met en lumière cinq groupes de besoins fondamentaux universels à l'origine des motivations observées chez l'être humain. Ces cinq groupes de besoins sont organisés en hiérarchie : c'est la pyramide des besoins de Maslow.

⁶³ Idem, p.17

⁶⁴ AYMOT, J-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.192

⁶⁵ MASLOW, A., *Motivation and Personality*, Ed. Blackwell's, New York, 1970



Le secteur du soin aux personnes âgées a été conçu et continue à fonctionner principalement autour des deux besoins de base : physiologiques et de sécurité. C'est l'apanage du domaine médical et paramédical. Hygiène, sécurité, réduction des risques, soins, médication,... Voilà ce qui est mis en place en priorité pour répondre aux besoins des personnes âgées et, malheureusement, bien trop souvent considéré comme suffisant. C'est souvent le cas dans les maisons de repos : pour des raisons de budget « *il est fréquent de confier [les animations] à des personnels n'ayant ni le temps ni les compétences suffisantes [...] à condition que toutes les autres tâches aient été réalisées et que l'effectif soit au complet* »⁶⁶.

À Atoll nous n'avons pas ce problème, bien sûr, mais c'est avec l'entourage qu'il faut composer, luttant sans cesse contre les idées reçues : s'occuper de la santé psychosociale de leurs seniors comme nous le faisons serait un luxe loin d'être nécessaire. Lorsque le budget est serré, c'est la première chose qui tombe. Nous nous occupons pourtant de trois des cinq besoins de la pyramide ! Appartenance, estime de soi et réalisation.

Les besoins physiologiques et de sécurité sont également comblés, évidemment, mais le fil rouge de mon travail à

⁶⁶ AYMOT, J.-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.209

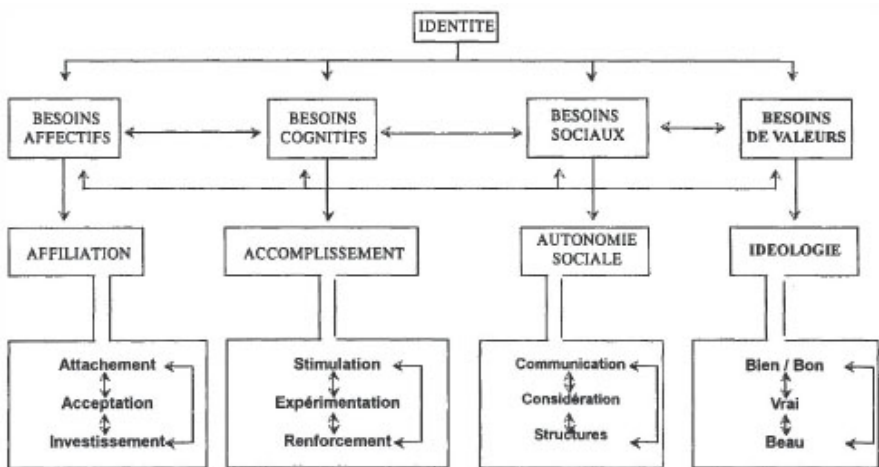
Atoll se trouve dans les trois étages supérieurs de la pyramide.

3.5.2. Paradigme des 12 besoins de Pourtois et Desmet

Le paradigme des 12 besoins de Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet⁶⁷ est une autre tentative d'explication des motivations qui sous-tendent le comportement humain. 12 besoins sont alors organisés en quatre axes, piliers de l'identité :

- Les besoins affectifs (affiliation) : attachement, acceptation, investissement
- Les besoins cognitifs (accomplissement) : stimulation, expérimentation, renforcement
- Les besoins sociaux (autonomie sociale) : communication, considération, structure
- Les besoins de valeurs (idéologie) : bien/bon, vrai, beau

Voici le schéma⁶⁸ :



⁶⁷ POURTOIS, J.-P., DESMET, H., *L'éducation postmoderne*, Ed. PUF, Paris, 1997

⁶⁸ Idem, p.210

Il s'agit ici non plus des besoins fondamentaux de l'être humain mais bien de ce qui façonne son identité. Cette taxonomie est complémentaire à la pyramide de Maslow car elle s'applique à un tout autre aspect de la personne.

Reconstruire, reconnecter avec son identité c'est, selon moi, un des prérequis essentiels au bien-être. C'est ce qui permettra à la personne âgée de se projeter à nouveau dans l'avenir, de ne plus se voir comme inutile ou « trop vieux ».

Et le corps ?

Affectifs, cognitifs, sociaux, de valeurs... La dimension physique est la grande absente de ce modèle. Le corps prend pourtant souvent une telle place, dans la vie des personnes âgées, que tout le reste en est affecté. L'image du corps est pourtant une composante essentielle de l'identité !

Je pourrais rajouter sur le schéma de Pourtois et Desmet un axe de besoins physiques qui porterait non seulement sur les besoins primaires et la sécurité mais impliquerait également de *se sentir bien dans son corps*, quoi que ça signifie pour chacun. L'unité psychocorporelle est bel et bien essentielle pour la construction et le bien-être de l'individu.⁶⁹

3.5.3. Les 14 besoins de Virginia Henderson

Infirmière américaine, Virginia Henderson propose en 1947 une liste de 14 besoins de l'être humain⁷⁰. Couramment utilisée dans le milieu médical, il s'agit d'une liste dont les professionnels de la santé se servent pour évaluer l'état des patients. Bien qu'elle soit issue et appliquée dans un contexte clairement médicalisé, cette liste porte sur les besoins primaires (physiques et biologiques) mais aussi secondaires (psychologiques et sociaux) et tertiaires

⁶⁹ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

⁷⁰ HENDERSON, V., *La nature des soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1994

(spirituels, développement personnel).

Les voici :

Besoins primaires	<ul style="list-style-type: none">- Respirer- Boire et manger- Éliminer- Se mouvoir et maintenir une bonne position- Dormir et se reposer- Se vêtir et se dévêtir- Maintenir la température du corps dans les limites de la normale- Être propre et protéger ses téguments⁷¹- Éviter les dangers
Besoins secondaires et tertiaires	<ul style="list-style-type: none">- Communiquer- Pratiquer sa religion et agir selon ses croyances- S'occuper et se réaliser- Se récréer- Apprendre⁷²

Bien que le centre de jour où je travaille ne s'apparente pas à une structure médicalisée, il y a certains besoins physiologiques, ou besoins primaires, sur lesquels je peux agir. Le besoin de dormir, par exemple, en offrant dans les locaux de l'institution un lieu pour faire la sieste sans être dérangé. Ou le besoin de maintenir une bonne position et de se mouvoir que je travaille lors des ateliers de gymnastique douce et yoga.

Cette typologie met en exergue l'importance des besoins physiologiques. Ceux-ci sont nombreux et, pour un sujet âgé et malade, ils peuvent s'avérer compliqués à combler.

Par ailleurs, les besoins d'ordre social et psychique (besoins secondaires et tertiaires), s'ils sont pensés par Virginia Henderson pour évaluer la qualité de vie en hôpital ou en

⁷¹ Tégument : tissu biologique situé à l'interface du milieu intérieur et du milieu extérieur d'un organisme, au niveau du revêtement externe du corps. Le système tégumentaire forme la couche externe de l'organisme.

⁷² HENDERSON, V., *La nature des soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1994

institution, peuvent également s'appliquer au cadre de vie en collectivité au sein d'une structure d'accueil de jour.

3.5.4. À la croisée des modèles...

Voilà donc trois modèles de décryptage des besoins de l'être humain qui se complètent bien. Pour commencer, la pyramide de Maslow positionne les besoins physiologiques en socle nécessaire à l'équilibre global. Virginia Henderson les développe ensuite avec un regard adapté au secteur du soin à la personne.

Quant aux besoins qui ne sont pas d'ordre biologique, la pyramide de Maslow met en exergue leur importance dans la recherche d'un bien-être complet : ce sont les besoins de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et de réalisation qui composent le gros de la pyramide. À nouveau, Virginia Henderson cite ceux qui semblent primordiaux lorsqu'il s'agit d'envisager une hospitalisation ou une institutionnalisation des personnes âgées - ce qui peut s'adapter, bien sûr, à la vie en communauté dans un centre de jour.

Pourtois et Desmet, enfin, ont un regard quelque peu différent : ils se focalisent sur les besoins impliqués dans la création et le maintien de l'identité. On peut facilement y rapporter les besoins tertiaires de Virginia Henderson et les mettre en lien avec ceux de Maslow : la nécessité de communiquer chez Henderson se retrouve dans besoins sociaux de Pourtois et Desmet, c'est l'appartenance pour Maslow. Pratiquer sa religion et agir selon ses croyances, chez Henderson, représente sans conteste un besoin de valeurs pour Pourtois et Desmet, qu'on pourrait placer au sommet de la pyramide de Maslow dans les besoins de réalisation. Enfin, les besoins de s'occuper et se réaliser, de se recréer et d'apprendre mis en avant par Virginia Henderson sont des besoins cognitifs dans le paradigme des 12 besoins, que l'on pourrait également placer dans la case 'réalisation' chez Maslow. Remarquons que Virginia Henderson n'évoque pas les besoins affectifs de la typologie de Pourtois et Desmet, ni le besoin d'estime de soi présent

chez Maslow.

Des modèles qui s'entrecroisent, se complètent sans jamais se contredire. Et je n'en ai traité que trois ici... Combien en faudrait-il pour arriver à une véritable compréhension des besoins de l'être humain ?

En se complétant ainsi, ces trois modèles offrent à l'éducateur-animateur à la fois une vision plus globale du bien-être et un outil susceptible de l'aider dans l'accompagnement des bénéficiaires à travers la mise en place d'activités appropriées. Peuvent s'ajouter à cela des listes de besoins utilisées en Communication Non Violente⁷³ ; je m'en sers parfois pour l'analyse des situations : parcourir ainsi une liste – étendue mais non exhaustive – des besoins de l'être humain me permet alors d'apporter de la nuance à mes observations.

Car c'est le but recherché en se référant à ces théories des besoins : si je n'y fais pas référence dans chaque partie d'analyse, je les garde cependant en tête comme une trame de fond. Il s'agit, pour l'éducateur-animateur, de se souvenir, à chaque instant de sa pratique, que les comportements humains sont sous-tendus par une série de besoins à divers niveaux, articulés entre eux et essentiels au bien-être de chaque bénéficiaire.

3.6. Accompagnement

Enfin, il me semblait important de consacrer un paragraphe à l'accompagnement, un concept présent à la fois dans la première des cinq fonctions de l'éducateur et dans la question de recherche au départ de ce travail de fin d'études.

Dans *Les carnets de l'éducateur*, l'accompagnement est défini comme suit :

« *Fonction d'accompagnement et d'éducation* :

⁷³ BARAN, D., *Liste des besoins*, sire web dianebaran.fr, url : <https://cerentransition.files.wordpress.com/2016/04/liste-besoins-cnv.pdf>, consulté le 10 septembre 2019

- *Rencontrer les personnes dans les différents contextes de vie*
- *Évaluer la situation individuelle, familiale et sociale des personnes par l'observation et l'écoute active des personnes qui tient compte des réalités sociales*
- *Créer, par des actes de la vie quotidienne fondés sur des méthodologies adaptées, une relation éducative personnalisée*
- *Garantir le respect des personnes, de leurs cultures, de leur histoire familiale et veiller à ce que leur avis soit pris en considération*
- *Participer à des réunions d'équipe qui l'aident à évaluer »⁷⁴*

Les deux mots qui ressortent de cette liste sont : relation (ou rencontre) et écoute (ou observation). C'est là le cœur du travail de l'éducateur : créer la relation de confiance et observer, écouter l'autre afin de pouvoir répondre à ses besoins à travers une série d'actions inscrites dans une démarche au quotidien.

Dans le cadre de mon travail à Atoll et des recherches inhérentes à ce TFE, une autre manière d'exercer la fonction d'accompagnement et d'éducation s'est peu à peu dessinée : concevoir et mettre en place des animations adaptées aux besoins spécifiques du public.

Une condition pour que les activités soient réellement un vecteur d'accompagnement est de pouvoir les envisager comme un processus inscrit dans la continuité, sur le moyen ou long terme. J'en parlerai plus loin, je me suis servie des ateliers d'écriture pour permettre aux bénéficiaires d'exprimer certaines de leurs difficultés liées à la maladie. Colette a, par exemple, rédigé un texte sur ses mains qui, depuis qu'elles sont atteintes d'une forme sévère d'arthrose, l'handicapent dans la plupart des gestes du quotidien. Texte qu'elle a pu lire à voix haute devant le groupe et dont nous avons discuté ensemble. Pour en arriver à un tel niveau de

⁷⁴ DEVAGLE, M., GILLES, M., HUVELLE, F., ISTACE, L., VAN DEN EYNDE, M., VANHAVERBEKE, J., VAN HOYE, P., WACQUEZ, J. et WAUTIER, D., *Les carnets de l'éducateur, exploration de la profession*, Ed. Rhizome, Marchienne, 2013

confiance, il a fallu de nombreux vendredis après-midi durant lesquels, atelier après atelier, nous avons créé ensemble un véritable climat de bienveillance, d'écoute et d'absence de jugement.

Pour en revenir à l'accompagnement, si je devais en donner ma propre définition, je dirais que : **L'accompagnement est la somme des attitudes et des actions éducatives que l'éducateur met en place, jour après jour, pour combler les besoins - exprimés ou non - des bénéficiaires.** Fonction qui peut, dans le travail de l'éducateur-animateur en centre de jour, s'exprimer à travers la conception et la mise en place d'animations quotidiennes - ou en tout cas récurrentes et inscrites dans un suivi sur le long terme.

4. Première situation, premier sens : le toucher

Ma première situation porte sur le sens du toucher. C'est à l'occasion d'un atelier massage que j'ai commencé mes observations du rapport au corps : impossible, pour de nombreux bénéficiaires d'Atoll, d'accepter d'être touché par l'autre ou de se toucher soi-même lors d'une proposition de massage ou d'auto-massage.

Cette constatation m'a amenée à explorer le domaine du toucher thérapeutique et m'a permis de mettre en exergue l'importance du toucher comme pilier du sentiment d'unité psychocorporelle.

Qu'arrive-t-il à ces personnes âgées que plus personne ne touche, hormis le personnel médical ? À quels besoins peut-on répondre à travers le toucher ? Comment l'éducateur-animateur peut-il mettre en place des ateliers massage tout en tenant compte des difficultés évoquées ci-dessus ?

Voici donc le premier sens exploré à travers une situation éducative, son analyse et ses pistes d'action...

4.1. Situation

4.1.1. Acteurs de la situation

- Moi (Akhéane) : éducatrice-animatrice
- Dix bénéficiaires atteints de troubles divers :
 - o Colette : 78 ans - souffre d'arthrose et a un poumon en moins suite à un cancer il y a 5 ans
 - o Josiane : 74 ans - prothèse de hanche, sciatique et antécédents de dépression
 - o Nicole : 68 ans - dépression sévère en cours de traitement et antécédents d'alcoolisme
 - o Gerda : 85 ans - maladie d'Alzheimer au stade 6
 - o Fabienne : 65 ans - agoraphobie, tocs et légère déficience mentale

- Liliane : 89 ans - dégénérescence maculaire entraînant la perte d'un œil et la dégradation du second
- Agnès : 62 ans - sclérose en plaques causant la perte de l'usage de la jambe droite, des troubles de la vision et une dyspraxie sévère
- Dolores : 67 ans - troubles bipolaires pour lesquels elle ne prend pas ou peu ses médicaments
- Renée : 89 ans - dégénérescence maculaire et antécédents de thromboses aux jambes entraînant des difficultés importantes à marcher
- Geneviève : 71 ans - syndrome du X fragile, dyspraxie marquée, en traitement radiothérapie pour une tumeur à l'œsophage

4.1.2. Description de la situation

Mardi matin, c'est le moment où je propose mon activité « bougeons le corps et l'esprit » : une séance d'exercices de gymnastique douce suivie de quelques jeux de mémoire qui impliquent le mouvement (par exemple : répéter et retenir une série de gestes, coordonner ses mouvements, se lancer la balle en s'appelant par un pseudonyme choisi pour l'occasion,....)

Aujourd'hui, j'ai décidé d'ajouter à cette activité quelques rudiments de massage : auto-massage du visage guidé puis massage des mains individuel et par groupe de deux.

L'atelier a lieu dans le « garage », utilisé pour les activités qui demandent de l'espace. J'ai disposé onze chaises en cercle ; tous les bénéficiaires peuvent me voir.

Le début de l'animation se déroule à merveille... 45 minutes passent, c'est le moment de proposer le massage des mains. Je me lève pour expliquer les différents gestes en les montrant sur moi-même.

En observant les participants, je remarque que seulement deux ou trois d'entre eux font tous les gestes en même temps que moi. Les autres se contentent de répéter une fois

le mouvement (par exemple passer le pouce droit dans la paume de la main gauche) puis s'arrêtent jusqu'au mouvement suivant, ne le font même pas sur l'autre main.

Colette et Josiane, elles, regardent sans rien faire.

Après cinq bonnes minutes d'auto-massage, j'ai montré chaque geste plusieurs fois. Je propose alors aux participants de se masser mutuellement les mains par groupes de deux.

Les bénéficiaires se regardent un peu gênés. Nicole tourne sa chaise vers sa voisine de droite, Gerda, qui lui présente ses paumes en hésitant. Colette se lève, prétextant aller aux toilettes tandis que Fabienne dit tout haut « Ah non, ça moi je ne fais pas ! ». Elle se lève à son tour et sort de la pièce.

Nicole m'appelle pour me poser une question sur un des gestes. Je me tourne vers elle et, du coin de l'œil, je vois Josiane et Liliane qui en profitent pour quitter la pièce.

Je me rassieds et demande l'attention des six participants restants. Je leur dis « Je vois que certains sont gênés à l'idée de se masser les mains en duo. Si vous n'avez pas envie d'essayer, vous pouvez déjà aller mettre la table, et pour celles qui ont envie, je vous propose de rester encore cinq minutes avant le repas. »

L'une après l'autre, les bénéficiaires quittent la pièce, il ne reste finalement que Nicole, Gerda et Agnès. Je rapproche alors ma chaise et entreprends de répondre à leurs questions et de leur montrer plus en détails comment masser les mains de quelqu'un d'autre.

Cinq minutes plus tard, j'interromps l'activité pour aller manger le repas du midi.

4.2. Analyse

Je vais maintenant passer en revue les raisons pour laquelle mon activité massage n'a pas rencontré l'enthousiasme escompté. Avant de passer à l'analyse proprement dite, je vais poser un cadre théorique propre au toucher chez la

personne âgée. Mes hypothèses de comportement et mes pistes d'actions s'appuieront sur ce cadre théorique.

4.2.1 Un atelier qui fait le *flop*

Toutes les participantes se sont enfuies ! Est-ce le signe que je suis une mauvaise animatrice ? Je n'ai pas réussi à garder leur attention, je ne les intéresse pas, mon atelier n'est pas à la hauteur,...

Stop ! Très vite, j'ai décidé de me concentrer sur celles qui avaient envie de rester ; j'analyserais le *flop* de mon atelier plus tard. J'ai ainsi mené mon activité à son terme, faisant profiter les trois bénéficiaires intéressées d'un cours presque particulier.

En me concentrant sur le massage des mains, je me suis rassurée : oui, je suis capable d'expliquer comment reproduire tel ou tel geste. Oui, je suis capable d'intéresser les participants à quelque chose de nouveau. Oui, l'idée d'ajouter quelques minutes de massage a été appréciée par certaines.

Il me fallait donc comprendre pourquoi 70% des bénéficiaires - pourtant toujours enthousiastes pour mes activités « bougeons le corps et l'esprit » - ont déserté ce jour-là...

Je me suis alors lancée dans l'observation attentive du rapport que les participants entretiennent avec leur propre corps. Jour après jour, détail après détail, j'ai répertorié les difficultés suivantes :

- difficultés à accepter d'être touché par l'autre (lors de massages ou d'autres exercices corporels)
- difficultés à se toucher soi-même pour se faire du bien (massage, éveil musculaire,...)
- problèmes de coordination
- incapacité à identifier l'origine d'une douleur/d'un malaise
- incapacité à reconnaître la sensation de faim/satiété

Le problème n'était donc pas propre à ce mardi matin et à mon idée, un peu folle, un peu hippie, de se mettre à se

masser les uns les autres dans un cercle de partage.

En réfléchissant, une foule d'indices et de petits détails sont venus heurter mon esprit en ébullition : l'intégralité des bénéficiaires d'Atoll ont un problème – plus ou moins marqué – quant au rapport qu'ils entretiennent avec leur propre corps.

Mes activités physiques ne seraient désormais plus seulement un moyen de maintenir les acquis et de partager le plaisir du sport, je les assaisonnais de mille petites intentions dans un objectif tout neuf : réconcilier les personnes âgées du centre de jour avec leur enveloppe charnelle.

4.2.2. Le toucher chez la personne âgée

Avant d'entrer dans l'analyse proprement dite des réactions des participantes, je me suis questionnée de manière plus générale sur le toucher chez la personne âgée. Je vais exposer ici quelques notions théoriques qui serviront de pilier à mon analyse.

4.2.2.1. La peau et le toucher

« *La peau provient du même tissu embryonnaire, l'ectoderme, que le système nerveux et les organes sensoriels* »⁷⁵ Le sens du toucher est le premier à se développer chez l'être humain pendant la grossesse.

La peau a quatre fonctions :

- Fonction sensorielle
- Fonction de protection
- Fonction métabolique et régulation thermique
- Fonction d'échange avec l'extérieur⁷⁶

⁷⁵ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.9

⁷⁶ MONTAGU, A., *La peau et le toucher un premier langage*, Seuil, Paris, 1979, p.11

De plus, rappelons-le, la peau n'a pas de système de fermeture comme les autres sens, si on peut fermer les yeux, boucher ses oreilles ou son nez, on ne peut pas empêcher la peau d'exercer ses fonctions sensorielles.

4.2.2.2. *Le Moi-peau*

Dans son ouvrage, Didier Anzieu introduit la notion de *Moi-peau*⁷⁷, unificatrice du corps et de la psyché via la fonction médiatrice du toucher. Les communications tactiles primaires seraient le socle du Moi, faisant du sens du toucher le pilier central de la construction de l'individualité.

Cette théorie part d'un constat : le sens du toucher est le premier des cinq sens qui se développe in utero mais également celui qui est le plus sollicité dans la relation mère-bébé. C'est à travers les communications tactiles que s'établissent différentes fonctions de l'individuation : cohésion psychique, capacité à gérer les stimuli externes sans se laisser dépasser, sentiment d'un Moi aux frontières définies, différenciations nette entre l'univers intérieur et le monde extérieur, capacité d'entrer en communication interpersonnelle tout en conservant la distinction entre moi et l'autre, différenciation et identifier de soi comme un individu unique,... Autant que fonctions qui participent au sentiment d'unité psychocorporelle nécessaire à un équilibre à la fois psychique et physique.

Le rôle essentiel de la peau – et donc du toucher – dans la construction du Moi... en quoi cela concerne-t-il les personnes âgées ? Tout d'abord parce que les fonctions du *Moi-peau*, dépendantes de la qualité de la communication tactile primaire vécue dans la petite-enfance, continuent à s'exercer toute la vie durant. Mais également parce que le maintien de ces fonctions nécessite une sollicitation continue du toucher. Comment, si plus personne ne nous touche, garder un sentiment de frontières corporelles nettes ? Comment gérer les stimuli tactiles d'un massage ou d'un auto-massage sans être dépassé alors qu'ils représentent une explosion soudaine et inattendue après un

⁷⁷ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

grand vide sensoriel ? Comment conserver une impression d'unité corporelle quand seul le membre malade est manipulé par les médecins alors que le reste du corps n'est jamais touché ?

Enfin, la théorie du Moi-peau est intéressante car elle permet la conception d'un massage adapté aux besoins du bénéficiaire concerné. On peut dès lors solliciter par le toucher chaque fonction psychique du Moi-peau - correspondant à une fonction biologique de la peau. À chaque fonction du Moi-peau correspond un type de toucher faisant écho à la communication primaire mère-bébé.

Si le sens du toucher est celui que je sollicite le plus lors de mes ateliers, c'est parce que, justement, à part le personnel médical, *plus personne ne touche les « vieux »*. Le massage occupera dès lors une place centrale dans mes pistes d'action pour travailler le rapport au corps. Côté pratique, j'ai suivi des cours de massage sensitif et de massage shiatsu. Il me manquait une théorie faisant le lien entre le bien-être et le toucher, entre la peau et la psyché. Une théorie de l'unité psychocorporelle. C'est, pour moi, l'apport essentiel de Didier Anzieu avec le concept de Moi-peau.

Les neuf fonctions du Moi-peau

Didier Anzieu distingue neuf fonctions au Moi-peau, chacune étant l'expression psychique des fonctions biologiques de la peau⁷⁸. Par souci d'exhaustivité et pour respecter l'intégralité du travail de Didier Anzieu, j'ai choisi de toutes les expliquer ici même si certaines d'entre elles ne s'appliquent pas directement à mes situations.

Les voici :

1. Maintenance du psychisme

- Fonction de la peau : soutènement du squelette et

⁷⁸ Auteur inconnu, *Les fonctions du Moi-peau par étayage sur la fonction biologique de la peau*, Wikipédia, page sur le Moi-Peau, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Moi-Peau#Les_fonctions_du_Moi-peau_par_%C3%A9tayage_sur_la_fonction_biologique_de_la_peau, consulté le 12 septembre 2019

des muscles.

- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : intériorisation du *holding*⁷⁹ maternel.
- Défaillance ou excès : vide intérieur, manque de cohésion psychique.

2. Fonction contenante

- Fonction de la peau : organe sensoriel
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : intériorisation de *handling*⁸⁰ maternel.
- Défaillance ou excès : angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable (*Moi peau noyau sans écorce*) ou angoisse d'avoir un intérieur vide, une enveloppe discontinue (*Moi-peau passoire*).

3. Pare-excitation

- Fonction de la peau : fonction de protection contre les agressions physiques.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le Moi en croissance du bébé trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction.
- Défaillance ou excès : aucune fonction du Moi-peau n'est acquise (*Moi-poulpe*), carapace rigide qui empêche toutes les autres fonctions de se mettre en

⁷⁹ Mis en évidence par Donald Winnicott, le *holding* désigne la manière qu'a la mère de porter de soutenir l'enfant, et, par là, sa capacité à contenir ses angoisses à la fois sur le plan physique (tenir/porter dans les bras, bercer,...) et psychique (capacité de la mère à penser les émotions de son enfant) - source : JOLY, V., *Le handling chez Winnicott, définition*, site web psy-enfant.fr, url : <http://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>, consulté le 13 septembre 2019

⁸⁰ Également selon Winnicott : ensemble de manipulations et de stimulations du corps du bébé par les soins prodigués par la mère (bain, habillage, change,...)

place (*Moi-crustacé*) ou, excès de pare-excitation : l'enfant peut ne pas avoir connu la possibilité ni la nécessité d'en venir à un auto-étayage.

4. Individuation de soi

- Fonction de la peau : la peau humaine présente des différences individuelles considérables.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : assure au Soi le sentiment d'être un être unique.
- Défaillance ou excès : angoisse liée à une menace visant l'individualité du Soi par affaiblissement du sentiment des frontières de celui-ci.

5. Inter-sensorialité

- Fonction de la peau : surface porteuse de poches, de cavités où sont logés les organes des sens autres que ceux du toucher.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures.
- Défaillance ou excès : angoisse de morcellement du corps, c'est-à-dire d'un fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens.

6. Soutien de l'excitation sexuelle

- Fonction de la peau : La nourriture et les soins s'accompagnent de contacts peau à peau, qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : le Moi-Peau capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale.
- Défaillance ou excès : si l'investissement de la peau est plus narcissique que libidinal, alors l'enveloppe rend son possesseur invulnérable, immortel et

héroïque. S'il y a absence de cette excitation sexuelle, alors une fois adulte, l'individu ne se sent pas en sécurité pour s'engager dans une relation sexuelle aboutissant à une satisfaction génitale mutuelle. Si les zones sexuelles sont le lieu d'expériences douloureuses plutôt qu'érogènes, alors un Moi-peau troué se trouve renforcé, l'angoisse perspective majorée, la prédisposition aux perversions sexuelles visant à transformer la douleur en plaisir.

7. Recharge libidinale

- Fonction de la peau : surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : recharge libidinale du fonctionnement psychique, maintien de la tension énergétique et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.
- Défaillance ou excès : angoisse de l'explosion de l'appareil psychique sous l'effet de la surcharge d'excitation (*angoisse de Nirvana*) ou angoisse de l'accomplissement du désir d'une réduction de la tension zéro.

8. Inscription des traces sensorielles tactiles

- Fonction de la peau : informations directes sur le monde extérieur via les organes de sens tactile.
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : rôle d'*object presenting*⁸¹ de la mère auprès du tout petit.
- Défaillance ou excès : angoisse d'être marqué par des inscriptions infamantes et indélébiles provenant du Surmoi (rougeurs, eczéma...), angoisse du danger

⁸¹ Selon Donal Winnicott, *l'object presenting* est le fait, pour la mère, de présenter l'objet répondant au besoin exprimé par l'enfant (biberon, jouet, couche,...) comme s'il l'avait lui-même créé. C'est le principe du trouvé-créé qui va à l'encontre d'une idée d'omnipotence de la mère.

d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge, angoisse de la perte de la capacité de fixer des traces, dans le sommeil par exemple.

9. Toxique

- Fonction de la peau : immunité
- Rapport entre la fonction biologique et la fonction psychique : reconnaissance Soi / Non-Soi et lutte contre les attaques du Non-Soi.
- Défaillance ou excès : incapacité à différencier les attaques extérieures (du Non-Soi) et les attaques inconscientes issues de la fusion du Soi avec des représentants de la pulsion d'auto-destruction inhérente au Ça, déportées à la périphérie du Soi, enkystées dans la couche superficielle qu'est le Moi-peau. Cela s'exprime par des phénomènes auto-immunes, qui rongent sur place la continuité et la cohésivité de cette couche superficielle (asthme, eczéma,...).

Les troubles du rapport au corps observés chez les participants d'Atoll sont caractérisés par la défaillance de plusieurs fonctions du Moi-peau. Je les développerai dans mes pistes d'action.

4.2.2.3. *Le toucher thérapeutique chez le sujet âgé*

Dans son livre *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, la psychomotricienne Emilie Charpentier distingue trois fonctions du toucher thérapeutique chez le sujet âgé⁸² :

1. **Fonction de réparation** : La psychomotricienne fait ici le parallèle avec le « maternage » qui a pour vocation de réparer les carences du toucher et d'offrir à la personne les moyens de renouer avec une enveloppe psychocorporelle unifiée.
2. **Fonction de communication émotionnelle** : Le

⁸² CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.44

toucher est vu comme un dialogue tonico-émotionnel à travers lequel s'exerce une communication qui « *confronte chacun à ses propres émotions en résonance avec celles d'autrui* »⁸³. Dans son livre, Emilie Charpentier précise encore qu'on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même : il s'agit bien d'une relation corporelle et psychique partagée.

3. **Fonction d'érogénèse contenante** : Il s'agit ici bien d'érogénèse et non d'érotisation. Cette fonction consiste à provoquer chez celui qui est touché une réaction émotionnelle, un écho dans la vie psychique. Quant au caractère inévitablement érogène et ambigu du toucher, c'est à celui qui pratique le toucher de mesurer, en conscience, ce qui est donné et reçu.

4.2.2.4. Toucher et douleurs

En tant qu'organe sensoriel, la peau perçoit trois formes de sensations :

- Sensations tactiles : pression, vibration et vitesse
- Sensations thermiques
- Sensations douloureuses⁸⁴

Pour certains participants d'Atoll, les sensations douloureuses ont pris une ampleur telle qu'elles submergent littéralement les autres. « *La douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer, l'activité de penser et menace la structure même du Moi-peau.* »⁸⁵. La douleur prend alors toute la place et met à mal une possible relation entre son propre corps et celui de l'autre.

⁸³ Idem, p.45

⁸⁴ MONTAGU, A., *La peau et le toucher un premier langage*, Seuil, Paris, 1979, p.9

⁸⁵ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985, p.227

4.2.3. Analyse des réactions des bénéficiaires

Je vais maintenant tenter d'analyser les réactions des différents bénéficiaires présents à mon animation afin de pouvoir dégager des pistes d'actions.

J'ai choisi de ne me concentrer exclusivement sur le cas de Colette, Liliane et Josiane. En effet, ces trois femmes partagent une problématique commune de troubles du rapport au corps, typique du sujet âgé. Partant de ce cas de figure, je pourrai construire des pistes d'action applicables et bénéfiques pour les participants d'Atoll présentant des troubles similaires.

4.2.3.1. Colette, Josiane et Liliane

- Colette : 78 ans - souffre d'arthrose et a un poumon en moins suite à un cancer il y a 5 ans
- Josiane : 74 ans - prothèse de hanche, sciatique et antécédents de dépression
- Liliane : 89 ans - dégénérescence maculaire entraînant la perte d'un œil et la dégradation du second

Problèmes physiques

Hospitalisations, revalidation, médecins, retour à l'hôpital, douleurs, kinés, infirmières, soins à domiciles, manipulations, cicatrices, douleurs, agraffes dans la peau, piqûres, ré hospitalisations, métal dans la chair, douleurs, renoncements, douleurs, douleur, douleur...

La douleur a pris le pas sur les autres fonctions sensorielles, elles s'y sont pliées, habituées et ont fini par capituler. La maladie a instillé en elles la croyance profonde que le corps n'est que le siège d'une souffrance diffuse et plus ou moins insistante selon les jours...

Lorsqu'on n'est plus touché que par les médecins dans le cadre de procédures souvent désagréables, un mécanisme de conditionnement apparaît et le toucher finit par être associé à la seule douleur.

Il s'agit là d'une piste importante pour comprendre la raison pour laquelle Colette, Josiane et Liliane n'arrivent plus à se connecter à ce sens du toucher qui est, pour elles, presque exclusivement source de douleurs.

Douleur et impossibilité d'entrer en relation avec l'autre

« Une personne algique peut élargir son espace personnel, sa « bulle », diminuant ainsi la possibilité de relation verbale et surtout corporelle avec autrui »⁸⁶ explique la psychomotricienne Emilie Charpentier, spécialisée dans le toucher thérapeutique chez le sujet âgé.

C'est un phénomène que nous connaissons tous : le repli sur soi, la nécessité d'avoir la paix pour panser ses plaies. Puisqu'une grande part de l'énergie de ces bénéficiaires est utilisée pour la gestion de la douleur, il reste peu de place à la communication. Impossible d'aller vers l'autre sereinement lorsqu'on ne se sent pas bien dans son corps.

Lorsque les douleurs sont là, elles prennent tout l'espace intime, submergent le Moi et rendent impossibles les contacts interpersonnels. Comment, alors, accepter de se laisser embarquer dans un massage des mains partagé ?

Dissociation - Un corps dans les mains des médecins

Le quotidien de Colette, Josiane et Liliane, ces dernières années, a été rythmé par la dictature sournoise de la maladie. Soudain, plus personne ne touche que pour des motifs de soins cette enveloppe charnelle devenue un « corps médical ».

Ce corps, dont elles se sont peu à peu dissociées, est véritablement laissé dans les mains des médecins. Le phénomène de clivage apparaît lorsqu'il faut se détacher d'un corps vécu comme impossible, inacceptable, ennemi.

Pierre Ancet l'explique dans son livre : « Il s'agit d'une

⁸⁶ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.54

stratégie qui permet d'accepter les traitements déplaisants, douloureux, humiliants, au moyen d'un détachement. »⁸⁷ Lorsque tout se passe bien, ce détachement est momentané mais, si les traitements se répètent ou que les douleurs deviennent trop intenses, la personne reste dans un état de dissociation permanent et devient incapable de se reconnecter à son propre corps.

On l'observe également dans la manière dont elles parlent de leurs corps : Josiane parle souvent de « cette foutue jambe » qui lui gâche la vie. « Si seulement mes mains pouvaient me laisser tranquille, juste un jour » s'énerve Colette en parlant de son arthrose. Quant à Liliane, lorsqu'elle explique sa maladie des yeux, elle montre du doigt son œil gauche puis son œil droit mais, jamais, jamais, ne touche son visage en le faisant.

Laissé exclusivement entre les mains des médecins, ce corps dépersonnalisé semble être devenu complètement étranger à Colette, Josiane et Liliane. Comme si elles ne pouvaient plus envisager d'être touchées dans un autre cadre que celui des examens et procédures médicales. Une autre raison, certainement, de leur refus à participer à cette activité massage.

La culture d'une époque

Nées dans les années 1930, Josiane, Colette et Liliane ont grandi et vécu à une époque où personne ne parlait de massages ou de toucher thérapeutique. L'idée même de thérapie était encore inconnue du grand public : les psychiatres et psychologues soignaient les « fous », internés dans les asiles.

Empreintes de la culture d'une époque où on n'avait de contact tactile qu'avec son mari et ses enfants, ces trois vieilles dames ont du mal à se laisser aller au toucher dans un contexte agréable. Quant à l'idée de répondre à certains besoins par le toucher ou le massage, elle leur est complètement étrangère. Ça fait partie de ce qu'elles

⁸⁷ ANCET, P., *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Ed. Dunod, Paris, 2014, p.29

appellent « mes trucs modernes », rajoutant souvent que « c'est pas de leur âge ».

Voilà certainement un frein de plus à leur participation à l'animation présentée dans la situation ci-dessus.

Plus personne pour les toucher

Ces trois femmes vivent seules, elles ont perdu leurs maris plus ou moins récemment. Dans une société où on n'est déjà pas portés sur le tactile et où les seniors sont porteurs d'une image stéréotypée négativement connotée, plus personne ne touche les « vieux ».

Veuves, Colette, Liliane et Josiane ont pour tout contact avec autrui une bise de temps en temps, un rapide effleurement de joue convenu pour se saluer. Rien d'autre. Rien d'autre.

*« Le sujet âgé étant peu touché, son enveloppe corporelle devient un contenant aux limites floues »*⁸⁸ mettant en péril l'intégrité psychocorporelle.

Le Moi-peau ne peut plus exercer ses fonctions de maintenance du psychisme et d'individuation de soi : l'identité toute entière est alors impactée.

Comment, dès lors que l'identité psychocorporelle est fragile ou incomplète, accepter de se lancer dans un auto-massage et, plus encore, dans un massage partagé ?

Éducation catholique traditionnelle, une histoire de générations ?

Éducation catholique traditionnelle comme on le faisait alors, opposition du corps et de l'esprit : l'un étant le siège de l'âme tandis que l'autre n'est qu'un lieu de pulsions et d'envies qu'il faut contrôler, réprimer et purifier.

Colette, Liliane et Josiane ont été éduquées à une époque où tout le monde allait au catéchisme, fréquentait l'église, disait le notre père sagement debout devant sa chaise avant

⁸⁸ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.10

de commencer la classe, se confessait tous les vendredis et, en cas de souci, demandait conseil au prêtre de la paroisse.

Sans critique aucune envers la religion catholique, je mets simplement en lumière le rapport conflictuel que les chrétiens entretiennent avec l'enveloppe charnelle.

La luxure est un péché et le toucher, le contact physique avec l'autre, reste un tabou. Souvent associé aux caresses sexuelles, le plaisir par le massage est vu comme ambigu voire tendancieux. On peut comprendre, alors, que ces trois vieilles dames très traditionnelles ne manifestent pas grand enthousiasme devant ma proposition.

Mauvaise image de soi

Photos de mariage, clichés de vacances aux couleurs sepia, robes seyantes des années 1970 : lorsque, pour un atelier mémoire, nous partageons les albums souvenirs, je ne peux que constater combien ces trois femmes ont été belles et coquettes dans leur jeunesse.

Aujourd'hui, le miroir ne leur renvoie que visages fatigués, corps affaissés, rides creusées et cheveux filasses malgré les séances répétées chez le coiffeur du quartier.

Liliane, Josiane et Colette ont toutes trois une image déplorable d'elles-mêmes. Ce corps qui est un ennemi, un frein est aussi une façade qui ne représente plus ce qu'elles sont à l'intérieur.

Cette mauvaise image de soi n'aide pas à se sentir bien dans son corps et à accepter de se toucher, de toucher et d'être touché. Quand on ne s'aime pas, on n'a pas envie de se faire du bien, on n'a pas envie que l'autre touche ce corps que l'on mésestime. Une autre raison, sûrement, de leur fuite lors de l'atelier massage.

Antécédents de dépression

Liliane, Colette et Josiane ont toutes trois fait un séjour

récent en hôpital psychiatrique pour dépression. Parmi les symptômes de la dépression figure l'impossibilité ou la difficulté à ressentir du plaisir et la dissociation évoquée ci-dessus.

Cela joue peut-être également sur leur refus de participer à mon atelier.

4.2.3.2. Les autres participantes

Troubles de l'image de soi, fracture de l'identité psychocorporelle, primauté de la douleur sur les autres perceptions, dissociation et abandon du corps au seul personnel soignant... Nombre d'observations qui précèdent peuvent également s'appliquer aux autres participantes.

Par exemple, si on décortique la liste des bénéficiaires présentes à mon atelier massage, toutes (sauf Nicole et Dolores) sont passées par de longues hospitalisations et subissent régulièrement des procédures médicales désagréables.

Quant à Nicole et Dolores, elles n'ont certes pas vécu le parcours hospitalier à l'origine de la dissociation psychocorporelle mais, de par leurs atteintes psychiatriques, elles souffrent d'une dégradation de l'image de soi et de l'image du corps, engendrant, ici aussi, un clivage esprit/corps.

Par souci de clarté, je voudrais faire ici la distinction entre deux choses : bien que de nombreuses observations et hypothèses établies ci-dessus puissent s'appliquer à tous les bénéficiaires dans un cadre plus général (troubles du rapport au corps, fracture psychocorporelle,...) ce ne sont pas spécialement les raisons qui les ont poussées à quitter l'atelier.

Des raisons bien différentes...

Certaines participantes ont quitté l'atelier massage pour des raisons toutes autres que Liliane, Colette et Josiane.

Fabienne, par exemple, est atteinte de tocs de propreté. C'est la raison la plus évidente pour expliquer sa désertion. Peu envahissants mais néanmoins bien présents, ses tocs s'expriment par des lavages de mains fréquents, par un besoin de nettoyer elle-même son assiette, verre et couverts avant de manger ainsi que par quelques autres comportements récurrents autour d'une préoccupation centrale : l'hygiène.

Pas étonnant, donc, qu'elle se soit exclamée « Ah non, ça moi je fais pas ! » lorsque j'ai proposé de se masser mutuellement les mains.

Geneviève, quant à elle, souffre du syndrome du X fragile, une maladie génétique rare liée à une anomalie du chromosome X qui s'exprime chez elle par un léger retard mental, des troubles du comportement qui rappellent parfois l'autisme ainsi qu'une coordination motrice perturbée. Une aversion pour les contacts physiques fait partie des troubles du comportement souvent observés chez les personnes porteuses de ce syndrome, Geneviève n'y fait pas exception.

Voilà, certainement, la raison pour laquelle elle n'a pas voulu continuer l'atelier massage. Sans compter sa mauvaise coordination motrice - dont elle est tout à fait consciente et souvent gênée... Comment apprécier l'idée de donner un massage lorsqu'on contrôle mal ses mains ?

Tocs de propreté, X fragile,... des problématiques qui ne sont pas directement liées à l'âge, au processus de vieillissement ou à une rupture de l'unité psychocorporelle. Mes observations à Atoll l'ont montré : Fabienne et Geneviève présentent, elles aussi, des troubles du rapport au corps. Mais ce n'est pas là la raison principale de leur refus de participer à l'animation massage. Même si je pourrais également proposer des méthodes faisant appel au toucher pour accompagner Fabienne ou Geneviève, leur situation n'entre pas vraiment dans le cadre de recherches de ce TFE.

C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de concentrer mon

analyse uniquement sur Colette, Josiane et Liliane.

4.2.3.3. Celles qui sont restées

Nicole, Agnès et Gerda sont restées. J'exposerai ici quelques-unes des raisons qui font que ces trois participantes ont continué l'activité avec moi.

- 🎬 Nicole : 68 ans - dépression sévère en cours de traitement et antécédents d'alcoolisme
- 🎬 Gerda : 85 ans - maladie d'Alzheimer au stade 6
- 🎬 Agnès : 62 ans - sclérose en plaques causant la perte de l'usage de la jambe droite, des troubles de la vision et une dyspraxie sévère

Nicole et Agnès : Une autre génération

Nicole et Agnès sont plus jeunes que leurs compagnes du centre de jour. Éduquées à une époque où on parlait déjà plus de thérapie, de développement personnel, de massage thérapeutique, le toucher - pratiqué dans le cadre d'un atelier - leur fait moins peur.

Ce que je propose n'est pas si éloigné de leur système de valeurs, elles peuvent ainsi plus facilement se prêter au jeu.

Légitimité de mon rôle d'animatrice

Nicole et Gerda ont toutes deux travaillé en milieu scolaire : la première était institutrice primaire, la seconde professeure de littérature allemande. Ces années de carrière ont profondément imprégné en elles un désir de « bien faire » et l'idée qu'il faut suivre les consignes, quelles qu'elles soient.

Parce qu'elles ont exercé une profession similaire, elles éprouvent plus facilement du respect pour mes initiatives : elles savent qu'il y a parfois dans l'intention quelque chose que l'élève/le participant ne peut pas forcément comprendre ou percevoir avant de se lancer dans l'exercice.

Quant à Agnès, elle a le syndrome de la bonne élève :

toujours soucieuse de savoir si elle réalise « comme il faut » les ateliers que je propose, elle est constamment à la recherche de mon approbation.

Cette « obéissance » scolaire leur laisse peu de place pour refuser ou contester mes propositions. Souvent, c'est à Agnès, Nicole et Gerda que je dois rappeler : « vous n'êtes pas obligées ».

Rajoutons encore que Nicole a fait de nombreux séjours en hôpital psychiatrique, pour soigner dépression et alcoolisme. Elle y suivait déjà régulièrement les activités organisées, elle est donc « rôdée » et rentre facilement dans les activités, même nouvelles et inédites.

Confiance et relation privilégiée

Agnès, Gerda et Nicole font partie des participantes avec lesquelles j'ai établi depuis mon arrivée à Atoll une relation privilégiée. Elles font souvent appel à moi pour des conseils ou de l'aide dans différents domaines de leur vie quotidienne et suivent avec plaisir toutes mes suggestions d'activités.

Gerda est atteinte de la maladie d'Alzheimer. En perte progressive de repères, elle s'est attachée à la figure stable que je représente pour s'ancrer au quotidien dans la vie du centre de jour. Lorsqu'elle est perdue, confuse ou troublée elle vient me voir et, même si elle ne sait pas toujours expliquer ce qui lui pose problème, ma seule présence semble la rassurer.

Agnès, quant à elle, de par sa vision quasi inexistante, a l'habitude de se faire guider. Depuis que je travaille à Atoll, elle se remet sans problèmes entre mes mains, parfois littéralement puisque c'est en lui tenant les poignets que je la guide d'une pièce à l'autre de l'institution. Elle a accepté mon rôle d'animatrice, me fait confiance et se laisse aller à suivre mes propositions. Toujours en alerte, luttant contre les douleurs et les risques de chute, ce n'est qu'à Atoll qu'elle peut se poser, se déposer, se reposer.

Agnès : importance du toucher quand on ne voit plus

Agnès perd progressivement la vue. Ses mains tâtonnent, un pied s'avance seul pour tâter le terrain, ses bras mesurent l'espace autour d'elle... le toucher est devenu sa nouvelle façon de « regarder ».

Agnès mobilise donc régulièrement la fonction sensorielle du toucher. Malgré les douleurs occasionnées par sa sclérose en plaques, les stimuli ressentis sont variés par nécessité : les sensations tactiles et thermiques – qui sont, à part la douleur, les deux autres types d'information perçues par la peau – prennent alors autant d'importance que les stimuli douloureux.

La multiplicité des messages nerveux envoyés par la peau empêche son esprit de se conditionner à associer toucher et douleur. La fréquence et la diversité des stimuli lui permettent également de garder une cohérence psychocorporelle nécessaire et bénéfique. C'est pourquoi elle n'a aucune difficulté à toucher et se laisser toucher.

4.3. Pistes d'action

Différentes pistes d'action pourraient s'appliquer ici : tout d'abord, prendre en compte la nécessité d'une relation de confiance privilégiée avec l'éducateur-animateur et, éventuellement, prévoir des temps de travail individuel. Ensuite, bien sûr, l'utilisation du toucher comme moyen d'accompagnement.

La parole pourrait également être utilisée comme piste d'action afin d'aider les bénéficiaires à prendre conscience de la place que prennent la douleur et la maladie dans leur vie en mettant des mots dessus. Enfin, je proposerai des ateliers de beauté suivis d'une séance photo afin d'aider les participants à améliorer leur image de soi.

4.3.1. Relation de confiance et travail individuel

La différence entre celles qui sont parties et celles qui sont restées se résume en deux mots : relation de confiance et légitimité de mon rôle. J'ai évoqué aussi la composante générationnelle et la gestion des stimuli sensoriels d'Agnès mais ce sont des aspects sur lesquels je ne peux que difficilement travailler.

Si je veux réconcilier les bénéficiaires d'Atoll avec leur enveloppe corporelle il me faudra donc passer par des moments de travail individuel. À cette condition seulement je pourrai créer une relation de confiance privilégiée avec chacun(e) d'entre elles/eux.

Il faudra que je « prouve » que ce que je propose peut faire du bien et, pour cela, il faut que ce soit moi qui commence à exercer le toucher thérapeutique avant de demander à la personne d'accepter un massage mutuel avec un autre participant.

Ma première piste d'action consiste donc à dégager des moments privilégiés avec l'un(e) ou l'autre bénéficiaire. Je leur ferai alors vivre l'expérience du toucher comme moyen d'éprouver du plaisir.

Il ne s'agira bien sûr pas d'imposer mais de proposer un massage de 15 minutes lors, par exemple, du temps libre qui suit le repas du midi.

Avec Josiane

Cette relation de confiance exprimée dans le travail individuel, je l'ai déjà expérimentée avec Josiane. Comme je l'expliquais plus haut, elle a été opérée il y a quelques années d'une fracture de la hanche. Elle a une prothèse mais, malgré toute la rééducation et les séances de kiné, elle a toujours besoin d'une béquille et sa jambe la fait beaucoup souffrir.

Un jour, lors d'un atelier massage en petit comité (les autres participants étaient partis en promenade avec l'aide familiale et deux stagiaires), j'ai demandé à Josiane si je

pouvais masser sa jambe malade. Après un moment d'hésitation, elle a finalement accepté. Je l'ai massée 10 minutes, au terme desquelles elle m'a dit : « ça fait longtemps que je n'ai plus senti quelque chose d'agréable de ce côté-là ! ». Je lui ai alors montré quelques mouvements qu'elle pouvait faire elle-même pour détendre ses muscles et, depuis ce jour-là, nous l'avons vu masser distraitement sa jambe malade quelques secondes par-ci par-là. Une partie de son propre corps qu'elle ne touchait jamais avant cela.

Le fait qu'il n'y ait eu ce jour-là que Nicole, Agnès et Josiane a certainement aidé la vieille dame à se laisser aller. Nous n'étions que trois, et, l'influence bénéfique de Nicole et Agnès jouant, Josiane a décidé de me faire confiance et de mettre son membre malade « entre mes mains ».

Depuis, elle vient parfois me demander si j'ai quelques minutes pour la soulager de ses douleurs avec un massage.

Cela n'aura pas réconcilié Josiane avec « sa foutue jambe » mais, au moins, elle a fait l'expérience du toucher apaisant et ainsi acquis une méthode de « soin » qu'elle peut appliquer elle-même.

4.3.2. Utilisation du toucher

« Le sujet âgé étant peu touché, son enveloppe corporelle devient un contenant aux limites floues »⁸⁹ mettant en péril l'intégrité psychocorporelle. De plus « La perte du contact avec le corps aboutit à la perte du contact avec la réalité. L'identité personnelle n'a de substance et de structure que pour autant qu'elle est fondée sur la réalité des sensations du corps »⁹⁰

Le toucher sera donc au cœur de mes pistes d'actions. Ne s'agit-il pas de soigner le mal par le mal ? Comment agir par le toucher sur une personne âgée qui a du mal à être touchée ? En s'appuyant sur la relation de confiance à

⁸⁹ Idem, p.10

⁹⁰ MONTAGU, A., *La peau et le toucher un premier langage*, Seuil, Paris, 1979, p.11

travers des temps individualisés ou en petit groupes, comme dit plus haut, mais également en adaptant le toucher aux besoins de chaque participant.

4.3.2.1. Le toucher-massage

Chez la personne âgée, « *le corps est perçu comme défaillant, et une baisse de l'estime de soi est ressentie. Le toucher apporte à la personne vieillissante la possibilité de renouer des liens avec son corps d'une manière différente. Ainsi le sujet peut réinvestir son corps comme lieu de plaisir et reprendre confiance en soi.* »⁹¹

Réinvestir son corps comme lieu de plaisir. Tout est dit.

Il s'agit ici d'utiliser le massage pour réveiller les fonctions sensorielles agréables de la peau. Pas question de se focaliser sur les parties douloureuses mais plutôt sur des zones neutres ou en bonne santé.

Le toucher-massage psychomoteur

Dans son livre, Emilie Charpentier évoque le toucher-massage psychomoteur qui « *prend en compte la globalité du corps de la personne âgée et permet la conscience corporelle et l'intégration des sensations* »⁹².

Le cadre de mon travail à Atoll ne me permet pas de proposer un massage qui couvre l'entièreté du corps d'une personne. Mais je peux adapter cela de deux façons :

- **L'auto-massage en groupe** : lorsque nous sommes en petit groupe, chaque participant peut s'auto-masser. Je donne alors un objet qui sert de médium (une balle de tennis par exemple) et encourage chacun à se masser le corps entier, partant des pieds jusqu'à la tête.
- **Le massage en séances individuelles** : nous

⁹¹ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.11

⁹² Idem, p.14

n'avons pas de table de massage et je n'ai ni le temps ni l'espace nécessaires pour offrir aux participants un massage intégral. Un tel massage requerrait en effet au minimum 45 minutes et le fonctionnement du centre de jour rend inconcevable l'idée même d'avoir trois quart d'heures à accorder à un seul bénéficiaire sans être interrompu ou sollicité ailleurs. Je peux, par contre, proposer des séances individuelles ou en petit groupe et consacrer un quart d'heure de massage privilégié à l'une ou l'autre participant.

Fonction de maintenance et de pare-excitation

Le toucher peut réveiller les fonctions du Moi-peau⁹³. La fonction de maintenance, à l'origine exercée par le *holding* maternel, est garante de l'unité corporelle et de la cohésion psychique. La fonction de pare-excitation consiste à exercer un contrôle sur les stimuli extérieurs afin qu'ils ne submergent pas la psyché.

Simone, 68 ans, est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle fréquente Atoll deux fois par semaine et attend toujours impatiemment l'atelier lecture du mercredi matin. C'est toujours le même petit comité de bibliophiles qui s'installe autour de moi dans le « petit salon » pendant qu'Anne-Marie, la bénévoles, mène un atelier questions-réponses avec le reste du groupe.

Quand Simone arrive au centre de jour, elle est souvent désorientée, confuse, elle m'interpelle toutes les 5 minutes pour me rappeler qu'elle doit bientôt partir donner cours, me demande si c'est bien ici l'école, fait des allers-retours entre le salon et la porte d'entrée.

J'ai pris l'habitude de commencer l'atelier lecture par un auto-massage du visage. Tout le monde enlève ses lunettes, ferme les yeux et suit mes instructions. Lorsqu'Anne-Marie est trop dispersée pour suivre les consignes, je lui propose de lui masser moi-même le visage. Cette transition rituelle marque souvent la transition, pour elle, entre l'agitation du matin et le calme qui lui permettra de faire, elle aussi, la lecture au

⁹³ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

groupe.

Cette ancienne professeure de littérature à l'université redevient alors une dame posée, sensée, capable de faire la lecture au groupe et de participer au débat. Le massage n'est pas le seul élément à l'origine de l'apaisement d'Simone. Le fait de se concentrer sur une tâche qu'elle affectionne, dans un groupe restreint et bienveillant, y participe également. La fonction de pare-excitation du Moi-peau est ici sollicitée et rétablie par le massage : en diminuant la quantité de sollicitations (fermer les yeux, s'asseoir en silence) et en amenant Simone à se concentrer sur le toucher, elle peut à nouveau sélectionner les informations à traiter et focaliser son attention au lieu d'être submergée par les stimuli extérieurs.

Ce massage rituel du visage illustre également la fonction de maintenance à travers laquelle, par le toucher, le Moi-peau redevient garant de cohésion psychique. Le toucher ramène l'esprit dans l'ici et maintenant et « *le corps [re]devient alors un repère solide et permanent* »⁹⁴

4.3.2.2. *Toucher pour réactiver les fonctions du Moi-peau*

Les fonctions du Moi-peau se construisent pendant les premiers mois de vie du bébé grâce au toucher principalement de la mère. Chacune d'entre elles correspond non seulement à une fonction biologique de la peau mais également à un type de toucher maternel.

Une fois que l'on a repéré la ou les fonction(s) du Moi-peau défaillante(s) chez la personne âgée, on peut alors concevoir des pistes d'actions à partir de tel ou tel type de toucher.

Exemple du holding

La fonction de maintenance du psychisme, par exemple, naît de l'intériorisation du *holding* maternel. Selon Winnicott, le *holding* (ou maintien) désigne à la fois l'ensemble des soins

⁹⁴ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.41

donnés à l'enfant mais également la manière de tenir, de maintenir le bébé. Le fait de tenir physiquement l'enfant représente l'aspect essentiel du *holding*.

Martine Samé, masseuse et kinésithérapeute, met en parallèle les fonctions du Moi-peau et sa pratique du massage : « le *holding* de la mère peut être comparé à un massage fait de pressions et de tenus, tandis que le *handling* peut être associé à l'idée de massage d'amour et de soin, tous deux favorisant l'intégration du Moi dans le temps et l'espace »⁹⁵.

Il est donc possible d'adapter le toucher ou le massage pour pallier aux carences de la personne âgée à qui on le destine.

Je l'ai dit plus haut, à Atoll il m'est difficile de consacrer plus d'une quinzaine de minutes au travail individuel. Cependant, sachant que plusieurs bénéficiaires du centre de jour montrent les mêmes déficits de fonctions du Moi-peau, des séances de massage de groupe restent envisageables.

En pratique, il s'agirait de proposer un massage ou auto-massage composé essentiellement de mouvements de pression, lents et profonds, destinés à provoquer chez la personne le sentiment d'être maintenu, contenu. En faisant ainsi écho au *holding* maternel vécu dans la petite enfance, on renforce la fonction de maintenance du psychisme du Moi-peau.

Outre l'exemple proposé ici, cette adaptation du toucher-massage est possible pour toutes les fonctions du Moi-peau : massage doux et fluide ou manipulations-étirements pour le *handling*, enveloppement pour les fonctions qui ont trait à la gestion des stimuli sensoriels (pare-excitation, recharge libidinale),...

4.3.3. Mettre des mots sur ses maux

La parole permet à la conscience d'accéder à l'inconscient. Nommer c'est reconnaître. Voilà pourquoi la parole

⁹⁵ SAME, M., *Le toucher suspendu : philosophie et massage en kinésithérapie*, Ed. Connaissances et Savoirs, 2006, p.18

intervient également dans mes pistes d'action : elle permet de se connecter à soi à travers la conscientisation des sensations physiques qui échappent d'habitude à notre moi pensant, que ce soit à cause du refoulement, de la dissociation ou de la simple inattention.

Je vais donc proposer aux participants de mettre des mots sur leurs maux...

4.3.3.1. Apprendre à décrire des sensations agréables

Lors des séances d'expression corporelle, je propose des exercices consistant à décrire les sensations issues des différentes parties du corps.

Travailler le schéma corporel apparaît donc comme essentiel au parcours de reconstitution de l'unité psychocorporelle. Et puisque le schéma corporel consiste, notamment, en la capacité à nommer et désigner les parties du corps, un atelier autour de la parole semble tout à fait approprié.⁹⁶

Afin de les aider à décrire leurs sensations, je propose – en les notant sur un tableau – toute une série de mots y ayant trait : chaleur, picotement, détente, apaisement, tiraillement, crampe, tension,...

Nommer c'est reconnaître l'existence. Je travaille ici sur la fonction d'inter-sensorialité du Moi-peau en stimulant, non plus par le toucher mais par l'attention dirigée, différentes parties du corps et en invitant les participants à expérimenter une diversité de sensations. « *Ces diverses stimulations affinent les perceptions corporelles qui vont d'abord être éprouvées, intégrées puis mémorisées par le patient afin de constituer et enrichir son registre sensoriel* »⁹⁷.

⁹⁶ JEANNEROD, M., *De l'image du corps à l'image de soi* in Revue de neuropsychologie, 2010/3, url : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-185.htm>

⁹⁷ CARRIE-MILH, S., *La pratique du Shiatsu en thérapie psychomotrice*, Ed. Grego, Paris, 2009, p.102

4.3.3.2. Donner la parole à la partie malade

Les vendredi après-midi j'organise souvent des ateliers d'écriture. Dans ce contexte, j'ai proposé aux participants de donner la parole à la partie de leur corps vécue comme défaillante.

On écrira ensemble en s'identifiant à la jambe, à l'œil, au bras malade. Que vit cette partie de votre corps ? Qu'a-t-elle à dire ?

Les mots de Colette

Colette a écrit, avec des mots à la fois simples et poignants tout ce que ses mains regrettaient de ne plus pouvoir faire à cause de l'arthrose.

Son texte décrivait par le menu tout ce à quoi elle avait dû renoncer... Je lui ai proposé une autre manière de le lire : comme un remerciement à tout ce qu'elle avait pu fabriquer, tricoter, cuisiner, dessiner, écrire, peindre, caresser, jardiner, grâce à ses mains.

Nous avons ensuite rédigé un deuxième texte, une réponse au premier. Colette a choisi de faire la liste de tout ce qu'elle pouvait encore faire d'agréable avec ses mains : mettre de la crème, aller chez la manucure, et... se faire faire un massage par l'animatrice. Une belle conclusion à cet atelier !

4.3.4. Image du corps

Mon travail pourrait également contribuer à restaurer l'intégrité psychocorporelle des bénéficiaires à travers le travail de l'image du corps. En effet, comment accepter d'être touché si on n'est pas à l'aise avec son apparence ?

4.3.4.1. Ateliers beauté

Pour se réconcilier avec l'image de soi, quoi de mieux que

les rencontres intergénérationnelles avec des adolescentes étudiantes en coiffure et esthétique ?

Comme je l'ai déjà expliqué plus haut, en collaboration avec la commune d'Etterbeek, nous avons fait venir des adolescentes d'une maison de jeunes du quartier : une après-midi durant, ces jeunes filles ont maquillé, coiffé et relooké les bénéficiaires.

Restaurer la fonction d'individuation de soi

La déficience de la fonction d'individuation de soi du Moi-peau, c'est-à-dire de la capacité à se reconnaître comme un être unique, s'exprime par un sentiment de corporalité aux frontières floues. À travers le toucher des adolescentes lors de la séance coiffure et maquillage, l'unité se recrée, les frontières se précisent.

Outre le travail purement esthétique sur l'image de soi, l'apparence et les stéréotypes de beauté véhiculés par la société, il y a dans cet atelier intergénérationnel une action bénéfique du toucher sur le Moi-peau à travers la fonction d'individuation de soi.

En effet, pour être maquillée, coiffée, pomponnée, il faut accepter de se faire toucher... par des inconnues ! Une manière détournée de solliciter le toucher qui peut contribuer à améliorer le rapport que les personnes âgées participant à cet atelier entretiennent avec ce sens.

4.3.4.2. Séances photo

Après l'atelier beauté, un shooting photo a été proposé aux participants. Pas facile de se laisser photographier lorsqu'on a une mauvaise image de soi. Les bénéficiaires ont pourtant joué le jeu.

« On dirait pas que c'est moi ! » a été la première réaction de nombre d'entre celles qui avaient accepté de se faire photographier. Se voir en photo et être surprises par la qualité des clichés, voilà une autre façon de se réconcilier avec son image.

Approfondir ces ateliers beauté/photo représente donc une piste d'action intéressante qui permettrait aux bénéficiaires de développer, peu à peu, une meilleure image d'eux-mêmes.

5. Deuxième situation, deuxième sens : l'ouïe

Cette deuxième situation parle de l'ouïe et, à travers elle, de la musique. Explorant, toujours, le rapport entre les ressentis sensoriels et la psyché, je vais voir, cette fois, comment un stimulus externe peut déclencher une émotion, provoquer le souvenir, agir sur la mémoire ou réveiller des processus cognitifs en sommeil.

Il ne s'agit, une fois encore, de partir d'un dysfonctionnement et de chercher à y pallier à travers une approche corporelle et sensorielle. Dans ce cas-ci la problématique évoquée est celle des troubles cognitifs et neurodégénératifs - avec l'exemple d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Peut-on, à travers une simulation des sens - ici de l'ouïe - faire appel à la mémoire du corps ?

5.1. Situation

5.1.1. Acteurs de la situation

- Gerda : 85 ans - maladie d'Alzheimer au stade 6
- Moi (Akhéane) : éducatrice-animatrice
- Huit autres bénéficiaires participant à l'animation d'expression corporelle

5.1.2. Notes sur Gerda

Gerda est une dame de 85 ans, d'origine luxembourgeoise. Ancienne professeure de littérature allemande, c'est une intellectuelle d'un naturel calme et posé. Elle fréquente le centre de jour depuis plus d'un an. Ces derniers mois, nous avons observé une dégradation de son état. Gerda ne parle presque plus, semble toujours absente, réagit très peu aux stimulations. Elle est encore capable de se nourrir seule

mais elle oublie souvent ce qu'elle est en train de faire. Si on ne lui rappelle pas de manger, elle reste à table, le regard dans le vide, sans porter la fourchette à sa bouche. En réunion d'équipe, nous avons décidé que l'accompagnement que nous pouvons fournir ne correspondait plus aux besoins de Gerda. Nous en avons parlé à la famille qui l'a inscrite sur liste d'attente dans un centre de jour médicalisé, plus adapté à l'évolution de sa maladie d'Alzheimer.

Gerda reste donc à Atoll en attendant qu'une place se libère dans un endroit plus adapté.

5.1.3. Description de la situation

Mardi matin, je commence mon atelier d'expression corporelle dans le « garage ». Aujourd'hui je vais proposer des exercices de rythme et un peu de danse.

Les bénéficiaires sont assis sur des chaises disposées en cercle. Je commence par une courte introduction et quelques étirements accompagnés d'exercices de respiration. Pendant tout ce temps, Gerda reste assise sur sa chaise et regarde fixement devant elle. J'arrive à attirer son attention en l'appelant par son prénom et en me mettant face à elle mais dès que je recommence à montrer les exercices au groupe, je perds son regard.

Une fois les échauffements finis, je distribue les instruments de musique. Il s'agit d'une série de tambours, tambourins, bâtons de pluie, triangles, clochettes, castagnettes et maracas. Lorsque je passe avec la caisse remplie d'instruments, Gerda fait non de la tête. Je sors le bâton de pluie, puis un tambourin, puis une clochette, un à la fois en lui montrant lentement comment les faire fonctionner. Mais elle refuse. Je n'insiste pas et continue à distribuer les instruments.

Je branche mon lecteur mp3 sur les baffles et lance un morceau de musique brésilienne, très rythmée. Les bénéficiaires accompagnent la chanson avec leurs instruments. Je les guide pour qu'ils puissent percevoir les rythmes.

Dès que la musique démarre, Gerda s’anime. Elle se met à danser, assise sur sa chaise, balançant la tête de droite à gauche. Elle fait de grands gestes élégants avec ses bras, ses pieds battent la mesure. Je me lève et lui souris, elle me sourit en retour.

Je lui tends un de mes deux maracas. Elle s’en saisit directement et se met à l’agiter en rythme, suivant la musique.

L’enthousiasme de Gerda déteint sur le groupe, tout le monde sourit, Dolores – une bénéficiaire d’origine portugaise – se met à chanter avec la musique.

Devant l’effervescence, je décide de laisser trois chansons au lieu d’une seule. Ensuite je change de registre musical et mets un morceau plus lent, plus calme, afin de faire redescendre un peu l’excitation.

Lorsque la musique s’arrête, je propose à tous de poser les mains sur leurs genoux et de fermer les yeux deux minutes, le temps de percevoir ce qui se passe en eux.

Tout le monde ferme les yeux. Après dix seconde, Gerda se met à parler :

- Vous savez, quand j’étais petite je jouais du piano. C’est ma grand-mère qui m’a appris.

Et elle se met à chanter une chanson en luxembourgeois.

5.2. Analyse

Avant de passer à l’analyse de la réaction de Gerda, il me semblait important de m’attarder sur deux concepts centraux intervenant dans cette situation : la maladie d’Alzheimer et la mémoire du corps.

5.2.1. La maladie d’Alzheimer

La Ligue Alzheimer Belgique en donne la définition : il s’agit d’« *une maladie neurodégénérative qui détruit les cellules cérébrales de façon lente et progressive. Elle porte le nom*

d'Aloïs Alzheimer, neuropathologiste, qui fut le premier à diagnostiquer, en 1906, cette maladie chez l'une de ses patientes. »⁹⁸

La maladie d'Alzheimer est occasionnée par une perte de neurones et de synapses dans le cortex cérébral et certaines régions subcorticales entraînant une atrophie des régions affectées, par la création de plaques amyloïdes perturbant la communication entre les cellules et par des dégénérescences neurofibrillaires.⁹⁹

Évolutive et irréversible, il n'existe aujourd'hui aucun traitement sinon symptomatique.

Bien qu'il y ait une évolution classique, les expressions de la maladie sont aussi variées que les patients qui en sont atteints.

Causes de la maladie

Aucune cause n'a à ce jour été découverte. Il existe cependant des facteurs de risque dont le premier est le vieillissement¹⁰⁰ :

- Vieillesse.
- Autres maladies : en particulier les maladies affectant le cerveau ou les maladies cardiovasculaires.
- Alimentation et hygiène de vie : consommation élevée de graisses saturées, excès de cholestérol, la carence en vitamine B, consommation excessive d'alcool, tabac, aluminium,...
- Traumatismes crâniens subis après l'âge de 65 ans.

Évolution : les 7 stades de la maladie d'Alzheimer

⁹⁸ Auteur inconnu, *La maladie d'Alzheimer*, site de la Ligue Alzheimer asbl, url : <https://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/>, consulté le 12 septembre 2019

⁹⁹ Auteur inconnu, *La maladie d'Alzheimer*, Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_d%27Alzheimer#M%C3%A9canismes_pathologiques, consulté le 12 septembre 2019

¹⁰⁰ Auteur inconnu, *La maladie d'Alzheimer*, site de la Ligue Alzheimer asbl, url : <https://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/>, consulté le 12 septembre 2019

Plusieurs taxonomies répertorient les phases évolutives de la maladie d'Alzheimer, celle du Dr Reisberg la divise en sept stades. La description ci-dessous est tirée de la présentation sur le site officiel de l'association internationale Alzheimer's association¹⁰¹.

Stade 1 : Aucune déficience : La personne ne présente aucun trouble de la mémoire. Aucun symptôme de démence n'est décelé lors d'un entretien avec un professionnel de la santé.

Stade 2 : Déficit cognitif très léger (pouvant être lié à l'âge ou aux premiers signes de la maladie d'Alzheimer) : La personne a parfois l'impression d'avoir des trous de mémoire, d'oublier des mots courants ou l'endroit où se trouvent certains objets de la vie quotidienne. Mais aucun symptôme de démence n'est détecté lors d'examens médicaux ou par les amis, la famille ou les collègues.

Stade 3 : Déficit cognitif léger (ces symptômes permettent de diagnostiquer chez certaines personnes, mais pas toutes, le stade précoce de la maladie d'Alzheimer) : Les amis, la famille et les collègues commencent à remarquer certains troubles. Lors d'un examen médical approfondi, les médecins sont capables de déceler des troubles de la mémoire ou de la concentration. Les difficultés courantes au stade 3 comprennent :

- Difficultés manifestes à trouver le bon mot ou nom.
- Difficultés à se souvenir du nom de personnes rencontrées récemment.
- Avoir manifestement plus de difficulté à effectuer des tâches dans un contexte social ou professionnel.
- Oublier quelque chose juste après l'avoir lu.
- Perdre ou ranger au mauvais endroit un objet de valeur.
- Difficultés accrues à planifier ou à organiser.

Stade 4 : Déficit cognitif modéré : À ce stade, un examen médical approfondi permet normalement de déceler

¹⁰¹ Auteur inconnu, *Les stades de la maladie d'Alzheimer*, site d'Alzheimer's association, url : <https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp#Moderately>, consulté le 12 septembre 2019

des symptômes évidents de la maladie dans plusieurs domaines :

- Oubli d'événements récents.
- Altération de la capacité à résoudre des calculs mentaux, notamment le décompte de 7 en 7 à partir de 100.
- Difficultés accrues à exécuter des tâches complexes, telles que la préparation d'un diner pour des invités, le règlement des factures ou la gestion des comptes.
- Oubli de son propre passé.
- Sautes d'humeur ou un effacement, notamment dans des situations socialement ou mentalement éprouvantes.

Stade 5 : Déficit cognitif modérément sévère : Des troubles de la mémoire et du raisonnement sont perceptibles et les personnes ont désormais besoin d'aide pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent les symptômes suivants :

- Incapacité à se souvenir de leur propre adresse ou numéro de téléphone ou encore du lycée ou du collègue qu'elles ont fréquenté.
- Désorientation sur le plan temporo-spatial.
- Difficultés à résoudre des problèmes mathématiques simples, comme effectuer un décompte de 4 en 4 à partir de 40 et de 2 en 2 à partir de 20.
- Incapacité à choisir des vêtements adaptés à la saison ou à une occasion particulière.
- Souvenirs d'événements importants de leur vie ou de celle de leur famille.
- Autonomie pour manger ou aller aux toilettes.

Stade 6 : Déficit cognitif sévère : Les troubles de la mémoire continuent de s'aggraver, des modifications de la personnalité peuvent apparaître et les personnes ont besoin d'une aide importante pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes peuvent :

- Ne plus se souvenir d'événements récents de leur vie ou de celle de leur entourage.
- Se souvenir de leur propre nom, mais avoir du mal à

- se souvenir de leur passé.
- Faire la différence entre des visages familiers et inconnus, mais avoir du mal à se souvenir du nom de leur conjoint ou du personnel soignant.
 - Avoir besoin d'aide pour s'habiller convenablement et, sans supervision, faire des erreurs (par exemple, mettre leur pyjama par-dessus leurs vêtements ou inverser leurs chaussures).
 - Avoir des troubles majeurs au niveau du rythme de sommeil (dormir le jour et être actif la nuit).
 - Avoir besoin d'aide pour certains gestes liés à la toilette (par exemple, tirer la chasse d'eau, s'essuyer ou jeter le papier usagé).
 - Souffrir de plus en plus souvent d'incontinences urinaires ou fécales.
 - Subir des modifications majeures de la personnalité ou du comportement, notamment ressentir de la défiance, avoir des hallucinations (croire, par exemple, que les membres du personnel soignant sont des imposteurs) ou présenter des troubles obsessionnels compulsifs comme se tordre les doigts ou déchirer du papier.
 - Avoir tendance à errer ou à se perdre.

Stade 7 : Déficit cognitif très sévère : Au cours de la phase terminale de la maladie, la personne n'est plus capable d'interagir avec son entourage, d'avoir une conversation, ni de contrôler ses gestes. Elle peut encore prononcer des mots ou des phrases.

À ce stade, la personne requiert une aide importante pour les activités quotidiennes telles que manger ou aller aux toilettes. Elle peut ne plus être capable de sourire, de se tenir assise et de lever la tête. Ses réflexes deviennent anormaux. Ses muscles se raidissent. Elle commence à avoir des troubles de la déglutition.

Les différents stades pouvant se chevaucher, il est difficile de déterminer à quel stade de la maladie se trouve une personne.

5.2.2. Analyse de la réaction de Gerda

Maintenant que j'ai posé un cadre théorique plus clair sur la maladie d'Alzheimer, je vais analyser la réaction de Gerda dans la situation présentée ci-dessus. Quels éléments ont amené cette dame, qui n'avait plus parlé ou communiqué depuis plusieurs semaines, à s'éveiller de manière aussi soudaine et spectaculaire ?

5.2.2.1. Maladie d'Alzheimer au stade 6

Le comportement de Gerda est conditionné par la maladie. Bien qu'il soit toujours malaisé de définir précisément à quel stade se situe une personne, on estime que Gerda souffre de troubles cognitifs modérément sévères à sévères, ce qui correspond à un stade 5 à 6.

Des repères dans l'institution

On voit, lors de la situation présentée plus haut, que Gerda a encore des repères dans l'institution ; elle sait où elle est, elle sait qui je suis même si elle ne se souvient plus de mon prénom. Par contre, elle présente des difficultés importantes à communiquer, cherche ses mots, n'est pas toujours capable de réagir adéquatement à une situation donnée.

Le fait qu'elle me considère toujours comme une figure familière l'a certainement aidée à se laisser aller. La confiance est toujours présente même là où les souvenirs précis ont disparu.

Rituels d'ouverture et de fermeture : un autre repère

Lorsque je propose aux participants une animation qui, par un quelconque aspect, se rapporte au mouvement (danse, rythme, expression corporelle,...), je commence toujours par le même rituel : respirations et étirements. Je clôture par un autre : fermer les yeux quelques minutes pour se recentrer sur soi-même.

Pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui perd ses repères spatio-temporels, de tels rituels peuvent aider à se rattacher à un espace-temps connu. Si Gerda ne se souvient plus de tous les détails, elle sait qu'elle participe à quelque chose qu'elle a déjà fait de nombreuses fois auparavant : elle est en terrain connu, intimement rassurant.

Si j'insiste autant sur l'importance des repères c'est parce que la désorientation inhérente à la maladie d'Alzheimer provoque souvent chez les personnes qui en souffrent une angoisse latente qui s'exprime par une agitation défavorable au bon déroulement des activités. C'est donc en grande partie le cadre rassurant fourni par des repères stables qui a permis à Gerda de se détendre et de profiter de l'activité.

Une place à part entière dans le groupe

Comme je l'ai dit précédemment, l'évolution de sa maladie et les symptômes présentés ont fini par rendre laborieux l'accompagnement en centre de jour non médicalisé, c'est pourquoi nous avons prévu, en accord avec sa famille, le transfert dans une structure d'accueil de soin de jour.

Gerda reste à Atoll le temps qu'une place s'y libère. Cependant, bien qu'elle soit « en partance », je la considère toujours comme une bénéficiaire ayant sa place à part entière dans le groupe. Cela a certainement contribué à son épanouissement lors de l'animation. S'y sentant bien, Gerda a pu se laisser aller à vivre l'instant présent, à écouter la musique qui a fait ressurgir ses souvenirs.

5.2.2.2. La mémoire du corps

La mémoire du corps représente une autre piste d'analyse intéressante. Dans la situation qui nous occupe, elle a été sollicitée par la musique et le mouvement – lorsque Gerda s'est mise à danser.

« Pour Freud, les traces mnémoniques ou traces sensori-motrices résultent de l'inscription dans l'appareil psychique

des perceptions, elles sont indestructibles et peuvent être réactivées, elles possèdent des capacités de rayonnement. Ces traces mnémoniques sont à la limite du biologique et du psychique. »¹⁰²

La mémoire du corps existe bel et bien ! Ces perceptions intégrées à la limite du soi conscient reviennent à la surface lorsque, par la stimulation sensorielle, on provoque une sensation semblable. C'est la fameuse madeleine de Proust qui, par son goût, sa texture, sa consistance en bouche, se fait l'écho de souvenirs d'enfance jusque-là enfouis dans la mémoire.

Mon histoire avec ma grand-mère, atteinte elle aussi de la maladie d'Alzheimer, m'a appris que la mémoire peut être stimulée par les 5 sens, ou devrais-je dire les 6 sens si l'on compte le sens kinesthésique (mouvement et perception du déplacement des différentes parties du corps). C'était toujours lorsque nous allions promener qu'elle se mettait à me raconter ses souvenirs d'enfance, sollicités par la marche, les odeurs autour de nous, les bruits du parc, de la ville ou de la forêt.

Ce moment magnifique où Gerda s'est éveillée sous nos yeux est un de ceux qui me portent encore aujourd'hui et me confortent dans l'idée que, oui, à travers des animations on peut aider, accompagner et répondre aux besoins des bénéficiaires.

L'accès à la mémoire du corps à travers les stimuli sensoriels est donc également à l'origine de la réaction de Gerda.

La fonction d'inscription des traces

J'ai expliqué au chapitre précédent les différentes fonctions du Moi-peau, cette intégration psychocorporelle des fonctions biologiques de la peau. La fonction d'inscription des traces se rapporte à ce que l'on appelle la mémoire du

¹⁰² DECHAUD-FERBUS, M., *Cet autre divan, psychanalyse de la mémoire du corps*, Ed. PUF, Paris, 2015, p,48

corps. C'est une autre lecture.

Le mouvement « *appelle le sujet âgé à faire appel à sa mémoire corporelle tout en favorisant l'intégration de nouvelles sensations* »¹⁰³. Par un retour à des sensations éprouvées et connues on aide la personne à se replonger dans ses souvenirs et à les connecter avec son moi présent.

C'est ce qui s'est passé lors de mon animation musicale.

5.2.2.3. Attitudes éducatives appliquées

Enfin, plusieurs de mes attitudes éducatives ont contribué à permettre à Gerda de « s'éveiller » au cours de cet atelier :

- **Susciter l'attention** : J'arrive à attirer son attention en l'appelant par son prénom et en me mettant face à elle mais dès que je recommence à montrer les exercices au groupe, je perds son regard. Attirer et conserver l'attention en mêlant parole, gestes et regard est d'autant plus important avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui ont tendance à oublier et se déconcentrer rapidement.
- **Montrer les objets un par un en les nommant** : Lorsque je passe avec la caisse remplie d'instruments, je les sors un par un en les nommant et en lui montrant lentement comment les faire fonctionner. Il faut que la personne puisse apprivoiser à son rythme les éléments avec lesquels on lui propose d'interagir. Au plus on mobilise de sens différents, au mieux c'est : montrer, dire le nom, faire le bruit, proposer au toucher,...
- **Ne pas imposer** : Gerda refuse les instruments, je n'insiste pas. Cet aspect est important avec tous les bénéficiaires mais d'autant plus délicat avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ; on ne sait jamais ce qu'elles ont compris, ce qu'elles ressentent ou les réactions que l'on risque de susciter.
- **Synchronisation** : Quand Gerda sourit, je lui souris

¹⁰³ CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014, p.43

en retour. Aspect essentiel de la communication, la synchronisation est utile pour créer et maintenir un lien avec le bénéficiaire à qui on s'adresse, quel que soit sa problématique. Lorsque la personne concernée n'a peu ou plus l'usage de la parole, tous les signaux non-verbaux que l'on peut envoyer et observer prennent d'autant plus d'importance.

- **Respecter le rythme de la personne** : Je ne me laisse pas décourager par le refus de Gerda, je reste prête à lui proposer de participer si j'observe un changement dans son attitude - ce qui se produit finalement. Parfois, c'est juste une question de rythme. À l'animateur d'identifier, à travers l'observation, l'état émotionnel du bénéficiaire et le moment approprié pour l'inviter à participer.
- **S'appuyer sur l'enthousiasme d'un participant** : L'enthousiasme de Gerda déteint sur le groupe, je décide alors de surfer sur cette joie et d'encourager sa contagion. Le tout est de percevoir et de soutenir l'engouement pour qu'il puisse se transmettre au groupe.
- **Adapter ses plans** : Devant l'effervescence des participants, je vais finalement laisser trois chansons au lieu d'une comme je l'avais initialement prévu. Selon les dynamiques de groupe, le plan de l'activité peut être adapté pour rallonger ou raccourcir un moment choisi en fonction des émotions et des réactions provoquées chez les participants.

5.2.2.4. Les bienfaits de la relaxation

Enfin, susciter la détente chez les personnes qui, comme Gerda, souffrent de la maladie d'Alzheimer est souvent cité dans la littérature sur le sujet comme un moyen de fixer un événement et de faire ressurgir des souvenirs.

En effet, c'est après le rituel de fin - deux minutes de relaxation - que Gerda se met à chanter après avoir évoqué un souvenir d'enfance, elle qui ne parlait plus depuis plusieurs jours.

Relaxation par l'imitation

Une étude sur l'importance de la relaxation et de l'approche sociothérapeutique dans les soins apportés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer évoque la relaxation par l'imitation : c'est en imitant l'attitude du soignant – ici de l'éducateur-animateur – que la personne démente atteint un état de détente propice à la résurgence du souvenir. « *Après des séances de relaxation en contexte cadré et en contexte d'urgence, et l'évaluation de ces séances et de l'état d'anxiété grâce à l'élaboration de grilles, nous avons pu montrer l'existence chez le patient dément d'une réelle capacité à se relaxer en imitant le comportement d'autrui.* »¹⁰⁴

Le concept d'imitation est intéressant ici car il fait appel au processus d'imitation archaïque et à la mémoire procédurale : deux aspects qui ne sont pas touchés par la maladie.

Dans la situation présentée ci-dessus, j'utilise l'imitation en montrant les mouvements à faire lors des rituels d'entrée et de sortie (étirements et relaxation) mais aussi lorsque Gerda accepte finalement un des deux maracas que j'avais en main ; c'est de concert que nous les agitions.

5.3. Pistes d'action

Mes pistes d'action relatives à cette situation porteront sur les moyens de susciter l'émotion ou le souvenir à travers la musique et le mouvement : musicothérapie, danse et expression corporelle. J'évoquerai ensuite *La clé des sens*¹⁰⁵, une méthode mise au point par Martine Perron pour susciter le souvenir chez la personne âgée.

¹⁰⁴ ROUSSEAU, T., METIVIER, K., *L'imitation utilisée pour canaliser l'agitation dans la démence de type Alzheimer : étude de cas* in NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, volume 7, issue 41, Ed. Elsevier, 2007, pp.31-40

¹⁰⁵ PERRON, M., *Communiquer avec des adultes âgés, la « clé des sens »*, Ed. Chronique Sociale, 1996

5.3.1. Musicothérapie

Si mes attitudes éducatives y ont sans conteste contribué, c'est bien grâce à la musique que Gerda s'est soudain éveillée. Mémoire sensorielle et mémoire du corps ont été déclenchées par l'écoute d'une chanson.

La musique est omniprésente dans notre culture mais n'est utilisée pour ses vertus thérapeutiques que depuis qu'on parle d'art-thérapie. « *Dans certaines cultures, la musique est d'emblée considérée comme fondamentalement thérapeutique. C'est pourquoi on ne joue ou n'écoute pas n'importe quelle musique à n'importe quel moment* »¹⁰⁶ explique Edith Lecourt dans son livre sur la musicothérapie.

Tout un chacun a déjà fait l'expérience des effets de la musique sur l'humeur, sur les émotions. Depuis les pratiques ancestrales où elle provoque la transe mystique jusqu'aux commerciaux qui s'en servent aujourd'hui pour amener le consommateur à acheter plus car, c'est prouvé, un fond musical rythmé pousse le client à dépenser.

Pourquoi, dès lors, ne pas faire appel aux vertus de la musique dans l'accompagnement des personnes âgées ?

Surtout que « *Chez les personnes démentes, les capacités de réception et de transmission des informations sensorielles sont intactes.* »¹⁰⁷ expliquent les auteurs du livre *La personne âgée en art-thérapie*. Il y aurait donc un potentiel que la musique peut réactiver. « *Parce qu'elle ne fait pas appel directement aux fonctions mentales, la musique crée une réaction sur le mode du sensible et non du réfléchi* »¹⁰⁸ qui permet d'atteindre la personne à un niveau sensoriel et émotionnel, déclenchant la remontée de souvenirs.

La musique est donc une forme de communication possible

¹⁰⁶ LECOURT, E., *La musicothérapie, une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*, Ed. Eyrolles, 2014, p.17

¹⁰⁷ SUDRES, J-L., ROUX, G., LAHARIE, M., DE LA FOURNIERE, F., *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Ed. L'Harmattan, 2004, p.151

¹⁰⁸ Idem, p.151

avec des bénéficiaires qui ont perdu, en tout ou en partie, l'usage de la parole.

5.3.1.1. Approche musicothérapeutique

Je ne suis pas musicienne, je chante faux, ne connais aucun instrument, ne retiens pas les mélodies, bref, à part appuyer sur la touche 'play' du lecteur cd ou agiter des maracas en rythme, mes options musicothérapeutiques sont assez limitées.

Malgré cela, la musique fait partie de ma vie : j'ai tout le temps mon lecteur mp3 vissé sur mes oreilles et, dès que j'ai un coup de mou, un moment de cafard ou de découragement, c'est un morceau de musique dynamique qui amorce le changement émotionnel. À Atoll aussi, la musique fait partie du quotidien et je sollicite souvent ses effets sur l'humeur. Mon seul regret : ne pas mieux maîtriser ce domaine.

J'ai néanmoins trouvé dans le livre d'Edith Lecourt deux utilisations de la musique comme outil d'art-thérapie qui semblent à ma portée : la stimulation et l'exercice de rythme.

Vu le succès rencontré avec Gerda j'ai eu envie de me pencher un peu plus sur la musicothérapie comme piste d'action dans le cadre des troubles de la mémoire.

La technique de stimulation sensorielle, sensorimotrice et affective

Cette technique « vise à utiliser la dynamique que la musique peut apporter, par l'écoute mais aussi par la production, sur les plans auditif, moteur, gestuel, émotionnel, affectif et relationnel »¹⁰⁹. Le but est donc la dynamisation et la stimulation : idéal dans le cadre des démences.

¹⁰⁹ LECOURT, E., *La musicothérapie, une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*, Ed. Eyrolles, 2014, p.120

La musicothérapeute propose une « *audition musicale suivie d'une verbalisation* »¹¹⁰, ce qui peut être intéressant puisque je suis plus à l'aise avec les mots qu'avec les notes.

À Atoll, les interludes musicaux sont souvent l'occasion de débat ou de partage de souvenirs. Je mets une chanson et tous se mettent à raconter, à chanter... Je pourrais cadrer un peu plus ces échanges informels pour en faire un atelier musicothérapeutique construit.

5.3.1.2. Rythmes et percussions

Le travail de percussions : voilà qui rentre déjà plus dans mes cordes. La danse m'a appris à comprendre, à suivre et à me conformer à un rythme. Je possède ici une compétence que je peux transmettre aux participants.

Voici différentes façons d'utiliser le rythme en atelier avec des personnes âgées :

Les exercices de percussions

Les exercices de rythme sont l'occasion de créer et d'encourager la cohésion du groupe. La musique est un langage universel et les instruments de percussion sont accessibles à tous. Aucun prérequis nécessaire pour prendre en main un tambour, un maracas, une clochette,...

Pour aller plus loin que simplement suivre le rythme d'un morceau écouté ensemble, Edith Lecourt propose différents exercices rythmiques collectifs¹¹¹ :

- Imitation rythmique
- Questions-réponses rythmiques
- Improvisation individuelle dans le groupe
- Canon rythmique
- Percussions et mots-sons,
- Association des percussions corporelles et des instruments

¹¹⁰ Idem, p.120

¹¹¹ Idem, p.121

Le corps comme un instrument

L'utilisation du corps comme instrument de musique fait le lien entre ce chapitre et le précédent, le lien entre l'ouïe et le toucher.

Taper dans les mains, frapper sur ses cuisses, battre du pied : mobiliser différentes parties de son corps.

Quel son je fais quand je frotte mes mains l'une contre l'autre ? Quand je tape du doigt sur ma joue ? Sans rentrer dans des jeux trop enfantins, faire de la musique avec son corps contribuerait au renforcement du Moi-peau comme garant des frontières d'un corps inscrit dans le présent.

Jouer avec le rythme pour créer une cohésion dans le groupe et se servir du corps pour renforcer l'unité psychocorporelle. Sans compter les vertus de réminiscences inhérentes à la musique. Voilà de quoi concevoir des activités intéressantes !

5.3.1.3. La musique pour créer du lien

La musique est universelle. Lors de la situation décrite ci-dessus, l'enthousiasme de Gerda a été partagé par le groupe mais d'abord par Dolores. Dolores est une dame de 67 ans qui fréquente Atoll depuis sa sortie d'hôpital psychiatrique où elle était suivie pour des troubles bipolaires. Séparées par une vingtaine d'années, Gerda et Dolores n'ont rien en commun : l'une est intellectuelle et éduquée, ancienne professeure de littérature allemande, l'autre vient d'un milieu modeste et ne sait pas lire. L'une est posée et calme, l'autre exubérante et parfois vulgaire, l'une est allemande, l'autre portugaise,... Les deux femmes n'ont pas d'affinités.

Elles ont pourtant vécu un moment de complicité intense lors de la situation présentée ici. L'une dansant, l'autre chantant, toutes les deux portées par la musique. Un médium qui a permis à deux personnes aussi différentes que Gerda et Dolores de partager un moment de lâcher-prise.

Dans le livre sur *La personne âgée en art-thérapie*, les

auteurs décrivent les vertus créatrices de lien de la musique : « *D'un contexte formé de façon tout à fait artificielle pour des raisons thérapeutiques est née une convivialité naturelle* »¹¹². C'est donc un phénomène courant et bien connu : la musique comme un langage à part entière qui rassemble au-delà de toutes autres considérations.

La musicothérapie, pratiquée sous toutes ses formes, est donc une piste d'action essentielle. On l'a vu plus haut, les stimuli auditifs offrent une occasion d'accéder aux souvenirs, de titiller la mémoire. Continuer à écouter de la musique, à danser, à chanter, à jouer avec les rythmes : autant de façons de travailler l'ouïe et la cohésion qui existe entre apport sensoriel et psyché à travers la mémoire du corps.

5.3.2. Expression corporelle et danse

Mobiliser son corps, réapprendre à se déplacer dans l'espace, danser... C'est en dansant sur une chanson que Gerda a commencé à « s'éveiller » : la musique, la danse, deux choses intimement liées. C'est pourquoi ma piste d'action suivante consiste à proposer aux bénéficiaires d'Atoll des ateliers d'expression corporelle et de danse.

Danseuse de formation, j'ai eu envie de partager cette expérience avec les personnes âgées d'Atoll. Danser c'est lier les émotions au corps, c'est réconcilier l'extérieur et l'intérieur, c'est utiliser son corps comme moyen d'expression de son identité. Quant à ce que j'appelle « expression corporelle », il s'agit d'un ensemble d'exercices simples empruntés aux psychomotriciens ou utilisés comme échauffements par les comédiens de théâtre et d'improvisation.

La différence entre une simple soirée dansante et un atelier d'expression corporelle réside dans la capacité de l'éducateur-animateur à exercer les attitudes éducatives

¹¹² SUDRES, J-L., ROUX, G., LAHARIE, M., DE LA FOURNIERE, F., *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Ed. L'Harmattan, 2004, p.146

nécessaires. J'utilise essentiellement l'approche centrée sur la personne qui se décline en trois attitudes essentielles : empathie, estime et congruence. Je m'étendrai plus longuement dans la troisième situation sur cette approche.

Il s'agira pour l'éducateur-animateur de ne jamais cesser d'être à l'écoute des besoins – exprimés ou non – et des émotions générées par l'activité.

Fonctions de contenance et d'individuation de soi du Moi-peau

La fonction de contenance et la fonction d'individuation de soi du Moi-peau participent toutes deux au sentiment d'un soi défini aux limites fixes (contenance) et clairement unique et différencié de l'autre (individuation).

Lorsqu'on danse on expérimente par le mouvement les limites de son propre corps. Les exercices d'expression corporelle mis en place visent également à travailler l'unité psycho-corporelle et le sentiment d'un corps défini, habité.

5.3.2.1. Quelques exercices d'expression corporelle

Voici quelques exercices d'expression corporelle que je propose souvent aux participants d'Atoll :

- **Exercice des statues** : les participants déambulent dans la pièce, marchant sur une musique rythmée. Lorsque je coupe la musique, je dis un mot (« feu », « eau », « joie »,...) et les bénéficiaires doivent alors prendre une position que ce mot leur évoque. Ils restent ainsi en « statue » pendant que je passe à travers eux. Ils se regardent les uns les autres, je commente les « statues », puis je remets la musique et on recommence quelques fois.
- **Mémoire des gestes** : sur le principe du jeu « je vais au marché et j'achète... » mais avec des gestes. On commence par le participant à ma gauche, il fait un geste. Le suivant répète le geste et en ajoute un

autre. Le suivant doit se rappeler des deux gestes précédents puis en rajouter un. Cela continue jusqu'à ce qu'on ait fait un tour du cercle.

- **Débat dans l'espace** : je divise la pièce en plusieurs espaces : le « oui », le « non », le « peut-être » et je pose une question de débat. Les participants se déplacent en fonction de leur réponse puis ceux qui veulent s'exprimer débattent de la réponse.

Une autre version de ce jeu consiste à donner une variable mesurable (l'âge, l'humeur, la distance vers le domicile,...) et les participants doivent se placer en ligne en commençant de « plus » vers le « moins ». Cela stimule à la fois l'esprit et le corps.

- **Tic-tac boum** : un compte à rebours est mis sur mon gsm pendant que les participants s'échangent une balle. À la fin du décompte, celui qui a la balle en main reçoit un gage qui lui est attribué par un des autres participants.

5.3.2.2. Danse libre et biodanza

Voici quelques exercices de danse libre que je propose. Certains sont inspirés de la *biodanza*, une discipline récente à la croisée des chemins entre la thérapie corporelle de groupe et la danse expressive. Il s'agit d'« *un système d'intégration humaine, de rénovation organique, de rééducation affective et de réapprentissage des fonctions originaires de la vie. Sa méthodologie consiste à induire des vivencias intégrantes au moyen de la musique, du chant, du mouvement et de situations de rencontre en groupe* »¹¹³.

- **Ancrage et équilibre** : les deux pieds bien au sol, écartés de la largeur du bassin, on invite les participants à porter le poids du corps d'un pied sur

¹¹³ Auteur inconnu, *Définition de la biodanza*, article sur le site officiel de la Biodanza, url : <https://www.biodanza.org/fr/biodanza/definicion-de-biodanza>, consulté le 12 septembre 2019

l'autre au rythme de la musique. Proposer de fermer les yeux. Les participants se balancent suivant la musique, on leur propose de faire des mouvements avec les bras ou la tête s'ils ont envie.

- MUSIQUE : douce mais rythmée afin de pouvoir suivre le rythme facilement

- **Danse en binôme** : les participants se mettent par deux, l'un devant, l'autre derrière. Celui de devant écarte les bras, celui de derrière pose ses mains sur les mains ou sur les avant-bras de celui qui est devant. Celui qui est devant est invité à improviser des mouvements en suivant la musique tandis que celui qui est derrière doit le suivre en gardant ses mains sur les mains ou les avant-bras de l'autre. Inviter les participants à fermer les yeux. Leur répéter qu'il n'y a pas de « bien faire » ou de « mal faire ». On échange ensuite les rôles : celui qui était devant se met à l'arrière.

- ROLE DE L'ANIMATEUR : si les participants n'arrivent pas à rentrer dans l'exercice et à improviser, l'animateur peut faire lui-même quelques mouvements (sans donner de consigne pour autant), les participants imiteront et s'en inspireront. Par contre, si les participants arrivent à improviser, l'animateur ne fera pas l'exercice pour ne pas provoquer, justement, cet effet d'imitation.
- MUSIQUE : douce et prenante

- **Danse des foulards** : cet exercice peut se faire assis ou debout selon les besoins des personnes. Idéalement il se fera debout et les gens pourront se mouvoir dans la pièce mais s'ils ont besoin d'une pause ils peuvent se rasseoir. Les foulards ont été distribués préalablement et chacun peut trouver deux foulards sous sa chaise ou sur le dossier de sa chaise. Cela évite de trop « sortir » de l'activité le temps que l'animatrice les distribue. Les participants prennent un foulard dans chaque main et la seule consigne est d'improviser des mouvements de danse avec les

foulards, on peut circuler dans la pièce.

- MUSIQUE : douce mais rythmée
- **Danse des foulards guidée** : les participants se mettent en cercle, assis ou debout selon l'état de fatigue du groupe, et prennent un foulard dans chaque main. La consigne est la suivante : tour à tour, chacun invente un mouvement avec les foulards et tout le groupe doit faire le même mouvement pendant quelques secondes, on passe ensuite au suivant. C'est une alternative plus facile s'ils ne rentrent pas dans l'animation. Les premières fois que l'on fait l'animation, c'est plutôt cette version-ci qui peut être privilégiée.
 - MUSIQUE : douce mais rythmée
- **Rondes et lignes** : c'est la partie qui bouge le plus. Sur une musique rythmée de leur époque, faire des rondes ou des danses en ligne. Par exemple : on se tient tous par la main et on va vers la droite, puis vers la gauche, puis vers la droite,... Ou bien on sépare les hommes et les femmes en deux lignes et ils doivent aller l'un vers l'autre puis reculer, avancer à nouveau et ainsi de suite... Selon le groupe, l'animateur peut inventer des pas plus compliqués et/ou des mouvements à faire avec les bras et les mains. Inviter les participants à chanter avec la musique.
 - MUSIQUE : chanson rythmée à texte que les participants connaissent. Il faut que ça bouge.

À travers tous ces exercices, je cherche atteindre la psyché en mobilisant le corps et en stimulant les sens : le sens kinesthésique est sollicité par le mouvement, l'ouïe par la musique, on atteint le toucher grâce à des accessoires (foulards,...), en prenant les mains des autres participants ou en sentant ses pieds ancrés au sol, quant à la vue, elle permet d'admirer l'élégance des mouvements... Une autre piste bien complète pour l'approche psychocorporelle et sensorielle.

5.3.2.3. L'importance de la verticalité

Pilier central de la philosophie de l'humanité, l'importance de la verticalité intervient dans le cadre de mes ateliers de danse et d'expression corporelle.

Ce qui m'intéresse ici c'est l'idée novatrice que la verticalité est un droit et une nécessité pour les personnes âgées. À l'opposé de l'habitude consistant à les laisser assis ou couchés toute la journée pour ménager leurs jambes... se tenir debout aurait des vertus bénéfiques pour l'ensemble du corps humain : respiration, circulation, système musculosquelettique, cœur, articulations.

La plupart de mes animations se font assises, la gymnastique douce est adaptée sur chaise et, lorsque pour des séances de danse ou d'expressions corporelle je prévois des exercices debout, j'essaye qu'ils durent le moins de temps possible.

Voilà une belle remise en question possible ! Tout en tenant compte, bien sûr, des limites physiques des participants.

Influence de la verticalité sur la perception du schéma corporel

La verticalité aurait également une importance dans la qualité du schéma corporel : « *Pour percevoir ce schéma dynamique de nous-mêmes, c'est-à-dire de le voir dans l'espace, bougeant et se déplaçant, nous avons besoin de la verticalité qui favorise la motricité et permet également notre orientation dans l'espace et le temps.* »¹¹⁴

Les mécanismes qui sous-tendent cette affirmation tournent autour de la nécessité de fournir au cerveau un apport continu de perceptions sensori-motrices afin de préserver une image cohérente du corps, ce qui n'est pas le cas pour une personne qui est tout le temps assise ou couchée.

Intégrer plus d'exercices debout dans ma pratique d'ateliers de mouvement et d'expression corporelle serait donc une

¹¹⁴ PHANEUF, M., *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*, Infiressources, 2007, p.9

piste d'action intéressante pour améliorer le rapport au corps des personnes âgées d'Atoll à travers la qualité du schéma corporel.

De quoi faire d'une pierre deux coups : travailler à la fois la stimulation de la mémoire du corps à travers la sollicitation sensorielle et le schéma corporel.

5.3.3. La clé des sens

Au cours de mes recherches en bibliothèque, je suis tombée sur un livre qui mérite d'être cité ici : *La clé des sens* de Martine Perron. La clé des sens, qu'est-ce que c'est ? Il s'agit d'« *une méthode de mobilisation psychique qui sollicite le potentiel sensoriel des personnes âgées afin que celles-ci puissent réactiver leur mémoire ancienne* »¹¹⁵

Martine Perron part du postulat essentiel qu'il ne faut jamais cesser de stimuler nos anciens. « *Confiez votre bébé à votre meilleur ennemi : immédiatement, instinctivement, culturellement celui-ci va faire des gouzi-gouzi à votre progéniture [...] pour faire plaisir au bébé et surtout pour communiquer avec lui. Parce que l'éveil de l'enfant est inscrit dans notre culture tandis que le maintien de l'éveil ou le réveil de l'adulte âgé ne nous ont jamais été enseignés, transmis* »¹¹⁶

Tout est dit : sollicitons les personnes âgées ! Avec les malades d'Alzheimer c'est d'autant plus important ; même si la personne ne semble plus pouvoir communiquer, le besoin d'échange reste inscrit en elle. C'est pourquoi l'éducateur-animateur ne doit jamais cesser de stimuler les bénéficiaires déments.

La clé des sens est une méthode qui vise à réapprendre à communiquer et à se reconnecter à ses émotions via la réminiscence. À travers une musique, un objet, une odeur, on va tenter de déclencher l'émergence de souvenirs. Ce procédé qui a profité à Gerda lors de la situation examinée

¹¹⁵ PERRON, M., *Communiquer avec des adultes âgés, la « clé des sens »*, Ed. Chronique Sociale, 1996, p,61

¹¹⁶ Idem, p,76

plus haut représente également une piste d'action intéressante dans la mise en œuvre de l'approche corporelle et sensorielle.

6. Troisième situation, troisième sens : la vue

Ma troisième situation porte sur la vue. C'est le sens que nous utilisons en priorité, celui qui nous sert à décoder, appréhender et interagir avec notre environnement. N'êtes-vous pas en train de *lire* ce TFE ? Ne dit-on pas « je vois » lorsqu'on veut montrer que l'on comprend ?

Qu'arrive-t-il lorsqu'on occulte la vue ? Les autres sens prennent-ils alors plus d'ampleur ?

Parmi les bénéficiaires qui fréquentent le centre de jour, plusieurs souffrent de maladies oculaires avec, à terme, le risque de devenir totalement aveugle. Ce questionnement les concerne donc directement.

Ce chapitre explorera la relation étroite entre sens et émotions. J'y approfondirai également les propos des deux situations précédentes : la place du toucher chez la personne âgée - lorsque la vue est occultée - et les stimuli sensoriels comme moyen d'accès à la psyché.

6.1. Situation

6.1.1. Acteurs de la situation

- Moi (Akhéane) : éducatrice-animatrice
- Léa : 19 ans, stagiaire (6^{ème} secondaire en agent d'éducation)
- Liliane : 89 ans - dégénérescence maculaire entraînant la perte d'un œil et la dégradation du second

- Dix autres bénéficiaires participant à l'atelier d'arts créatifs

6.1.2. Note sur Liliane

Liliane est une dame de 89 ans. Veuve depuis peu, elle a fait un séjour en hôpital psychiatrique où elle était soignée pour une dépression sévère suite au décès de son mari. Elle présente une dégénérescence maculaire qui lui a déjà presque enlevé la vue du côté droit. L'œil gauche, lui, est moins sévèrement touché mais la maladie est évolutive et les piqûres mensuelles qu'elle subit ne parviennent pas à enrayer sa progression.

Liliane a une histoire particulière : Première femme photographe de presse en Belgique, élevée par sa mère et sa « marraine » (qui était en fait la petite amie de sa mère), elle s'est battue toute sa vie contre les préjugés. Pionnière féminine dans un milieu d'hommes, elle n'a cessé de devoir prouver sa valeur. Tout cela lui a forgé une carapace épaisse, sans place pour la douceur, pour les émotions, bref, pour ce qu'elle appelle la « faiblesse ». Une femme perfectionniste et parfois intolérante, tant avec l'autre qu'avec elle-même.

6.1.2.1. La dégénérescence maculaire

Je trouvais important de décrire succinctement la maladie dont souffre Liliane :

La dégénérescence maculaire résulte de la détérioration de la macula, une petite zone de la rétine située au fond de l'œil, près du nerf optique. C'est de cette partie de la rétine que provient la meilleure acuité visuelle. La dégénérescence maculaire entraîne une perte progressive et parfois importante de la vision centrale, qui devient de plus en plus floue.

Cette maladie qui peut apparaître à partir de l'âge de 50 ans, et plus fréquemment à partir de 65 ans et représente la première cause de malvoyance chez la personne âgée. Elle

est donc associée au vieillissement.

Aucun remède traitant la maladie n'a à ce jour été trouvé. Les traitements existants permettent seulement de ralentir son évolution.¹¹⁷

6.1.3. Description de la situation

Lundi après-midi, à la demande expresse de certains bénéficiaires, je propose de faire de la peinture. J'ai envie de travailler la créativité. En effet, souvent, les participants sont préoccupés de « bien faire », de « suivre les consignes » et n'osent pas parce qu'ils « ne savent pas dessiner ».

Les bénéficiaires s'installent aux deux tables de la pièce principale, cinq personnes à la table qui fait face à la porte et six autres autour de la table sous la verrière. Après avoir mis les nappes en plastique, je demande à Léa et à deux participantes de m'aider à distribuer les peintures, les feuilles, les soucoupes, les tabliers et les verres d'eau.

Je leur propose ensuite le premier exercice : peindre les yeux fermés, avec les doigts. Nous allons essayer de sentir la texture de la peinture, celle de la feuille. Laisser aller ses mains, voir ce que ça fait quand on va vite, lentement,... Tout cela sur un fond musical et en silence.

En expliquant cela, je passe parmi eux en distribuant des foulards qui serviront à se bander les yeux.

Devant certaines réactions et froncements de sourcils, je m'assieds sur le bord d'une des deux tables, les pieds sur une chaise vide, et leur dit :

- Oui, je sais, vous allez encore me dire que c'est comme à la maternelle. Mais en fait je vous propose quelque chose qui va vous permettre de développer

¹¹⁷ Auteur inconnu, *La dégénérescence maculaire*, article de l'encyclopédie en ligne Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9g%C3%A9nescence_maculaire_li%C3%A9e_%C3%A0_l%27%C3%A2ge#Forme_atrophique_%C2%AB_s%C3%A8che_%C2%BB, consulté le 13 septembre 2019

votre sensibilité, votre sens du toucher. C'est aussi un moment que vous passerez avec vous-même. Ça paraît un peu culcul dit comme ça mais, essayez, vous n'aurez qu'à me dire ce que vous en avez pensé.

Je me mets debout d'un bond et me dirige vers les baffles :

- Et, comme toujours, personne n'est obligé. Moi je propose, vous faites ce dont vous avez envie !

Je mets la musique en route. Nicole, Simone et Ernest ont mis leurs bandeaux et commencent à peindre.

À l'autre table, Viviane, Armande et Dolores rigolent. En pouffant comme des adolescentes, elles s'aident mutuellement à attacher leurs bandeaux, riant des drôles de coiffures que cela leur fait.

Je m'approche en souriant et leur fait signe de se taire. Elles se lancent dans l'exercice, un peu excitées en trichant à moitié, le bandeau pas tout à fait opaque sur les yeux.

À l'autre table, je vois Liliane qui essaie d'attirer mon attention en faisant de grands gestes. Je demande à Léa de s'occuper de cette table et je vais voir Liliane. Je m'abaisse à sa hauteur, de manière à pouvoir la regarder dans les yeux et je lui demande en chuchotant ce qu'il y a.

- Je ne peux pas faire ça. Je suis désolée mais je ne peux pas.
- D'accord Liliane. Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi ?
- Enfin, je veux bien essayer. Mais, je ne sais pas, je n'aime pas l'idée du bandeau. Et puis je ne sais pas dessiner. Je n'ai jamais été bonne pour ça.
- C'est comme vous voulez.

Elle hésite quelques secondes puis me tend son foulard.

- Bon, aide-moi à l'attacher, je vais essayer.

J'attache le bandeau sans trop serrer derrière sa tête. Je lui

demande si ça va, elle acquiesce. Je lui dis ensuite :

- Je peux prendre votre main et la guider vers la soucoupe de peinture ?

Elle acquiesce. Je prends délicatement sa main, je la sens qui tremble. Je la guide doucement vers la soucoupe pleine de gouache puis lâche sa main. Liliane y met les doigts et commence à tracer des formes abstraites sur sa feuille.

Je reste debout à côté d'elle, sans rien dire. Lentement, elle apprivoise le support, replonge son index dans la peinture. Au début elle n'utilise qu'une petite surface de la feuille A3 disposée devant elle. Puis, peu à peu, elle se met à prendre plus de place, dépassant même sur la nappe. Ses gestes deviennent plus assurés.

Je quitte Liliane pour aller voir comment s'en sortent les autres.

Après cinq minutes, Léa, ma stagiaire, m'interpelle. Je me dirige vers elle et lui demande, en chuchotant, ce qu'il y a. Elle commence à me poser des questions sur l'activité. C'est pour le journal de stage qu'elle doit compléter tous les jours.

Je l'emmène dans un coin de la pièce, de manière à ne pas déranger les bénéficiaires par nos conversations tout en restant présentes.

Soudain Dominique (une dame de 64 ans, souffrant de diabète et d'une légère déficience mentale) crie :

- Y'a Liliane qui pleure !

Je me tourne vers la table et vois, en effet, Liliane, les mains posées sur la feuille de dessin et dont les larmes coulent sous le bandeau. À côté d'elle Dominique a ôté son foulard. Entendant son cri, les autres bénéficiaires ont arrêté de peindre. Ils enlèvent leurs bandeaux pour voir ce qui se passe.

Je me dirige vers Liliane et, me mettant à sa hauteur, lui pose une main sur les genoux. De l'autre, je lui relève son bandeau.

- Ça va Liliane ?

La vieille dame lève ses deux mains vers son visage et enlève le foulard d'un geste brusque. Elle essuie les larmes sur ses joues. Ses mains tremblent, elle s'est mise de la peinture sur le visage et dans les cheveux.

D'un air étonné elle regarde ce qu'elle a dessiné devant elle.

- Désolée, me dit-elle, je ne voulais pas ruiner ton atelier. Je suis désolée.
- C'est pas grave, Liliane.

Je me lève et m'adresse à tous :

- Vous pouvez regarder maintenant. Et à partir de ce que vous avez fait les yeux bandés, je vous propose de prendre un pinceau et d'y ajouter d'autres couleurs, d'autres motifs. Vous pouvez rester sur quelque chose d'abstrait ou, au contraire, vous servir de cette base pour dessiner quelque chose de figuratif.

Puis je m'abaisse à nouveau et propose à Liliane d'aller se mettre un peu dans l'autre pièce. La vieille dame me suit.

Je sors avec elle en disant encore aux autres participants :

- Ne vous inquiétez pas, tout va bien.

« **C'était trop** »

Dans le petit salon, chacune assise sur un fauteuil un verre d'eau à la main, Liliane n'a pas su m'expliquer pourquoi elle avait pleuré. Elle a simplement dit avoir ressenti des choses bizarres. « C'était trop », répétait-elle. J'ai voulu savoir si cela avait un rapport avec sa maladie (dégénérescence maculaire) et au fait de ne rien voir (la conséquence de la maladie dont elle souffre peut-être, à terme, la perte totale de la vision). Elle ne savait pas.

- Je ne sais pas comment dire, a-t-elle conclu, j'aimais bien, c'était une expérience, oui, j'aimais bien au

début mais c'était trop. C'est trop pour moi toutes ces nouvelles choses.

Après une demi-heure de papote dans le petit salon, Liliane a voulu terminer sa peinture, les yeux ouverts cette fois.

6.2. Analyse

Une situation riche en émotions où, comme pour Gerda, la stimulation sensorielle déclenche une réaction émotionnelle. En voici l'analyse :

6.2.1. Questions, re-questions et remises en question : mon rôle dans la situation

Ça y est. J'ai fait pleurer une des participantes au cours d'un de mes ateliers... Bourreau ? Mauvaise éducatrice ? Ou objectif accompli ?

Je m'étais bien dit, pourtant, en planifiant mon activité, que le fait de « s'aveugler » serait une expérience compliquée pour une dame qui souffre d'une maladie dont l'effet à long terme peut être la cécité.

Mais j'ai été tellement emportée par mon envie de partager avec elle cette nouvelle expérience que je n'ai pas été plus prudente...

6.2.1.1. De la prudence et du risque...

Étais-ce à moi d'être prudente ? Quel droit avais-je, une fois que Liliane a accepté de se lancer dans l'expérience, de lui dire « non, c'est peut-être un peu trop pour vous » ?

Lorsqu'on travaille avec des personnes âgées, la question de la prudence et du risque finit toujours par se poser. La vulnérabilité du sujet est alors un prétexte au contrôle et à la surprotection : la prudence devient contrainte et empiète sur la liberté. « C'est pour votre bien » dit-on sincèrement.

Comme cette fois où ma directrice a refusé que Josiane et Agnès participent à une sortie au musée. Pas d'ascenseur dans ce musée, seul un escalier permettant de monter à l'étage. Les risques de chute étaient trop grands pour ces dames qui marchent mal, l'une à cause de sa jambe, l'autre parce qu'elle est presque aveugle et atteinte de sclérose en plaques. Elles avaient pourtant envie de venir. « Si je ne me sens pas de monter, je resterai seulement au rez-de-chaussée » arguait Josiane... Mais la responsable *savait ce qui était mieux* et la sécurité l'emportât sur la liberté.

Vivre, n'est-ce pas pourtant prendre des risques ? Ne nous encourage-t-on pas à sortir de notre zone de confort ? « *Qu'est-ce qui transforme, avec l'arrivée de la vieillesse, le rapport à la notion positive de risque comme le fait de s'inscrire hors de la routine et de l'habitude, de chercher ses limites, de vouloir vaincre, de parier sur l'avenir, de provoquer le hasard, de jouer à trois avec la vie et la mort ?* »¹¹⁸ s'interroge Jean-Jacques Aymot dans son livre sur le travail avec la personne âgée.

À une époque où la sacro-sainte sécurité est devenue une valeur capitale, le vieux ne représente-t-il pas le risque ultime : la mort, cette finitude que notre société cherche à occulter à tout prix. C'est là, lorsque « *le risque se mue en danger par le regard d'autrui* »¹¹⁹ que le travailleur social est susceptible de réduire la liberté du sujet âgé par souci de prudence.

C'est ce que j'ai toujours voulu éviter dans mon travail, encourageant les seniors d'Atoll à participer, quelles que soient leurs limites.

À mes yeux, en effet, rien ne devrait empêcher quelqu'un de faire quelque chose qu'il a envie. Tout peut être adapté, arrangé, revu et repensé afin que chaque bénéficiaire y trouve son compte malgré les limitations physiques, mentales, financières,...

Parler de risque c'est parler de liberté. De sortir des cadres,

¹¹⁸ AYMOT, J.-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008, p.280

¹¹⁹ Idem, p.281

y compris les cadres étouffants des croyances personnelles limitantes. Créer c'est prendre un risque, jouer c'est prendre un risque.

Je trouvais important d'inclure dans mon travail de fin d'études cette réflexion sur la notion de risque et de liberté des personnes âgées. Je travaille dans un secteur où la surprotection est monnaie courante. Elle survient lorsque « *ce sont des tiers qui sont « prudents » pour les personnes âgées et non des individus qui, pour eux, rendent leurs comportements prudents* »¹²⁰. Famille, entourage, personnel soignant et même employés d'Atoll : tout le monde se targue de définir les contours d'une « attitude prudente » que l'on impose aux personnes âgées. Comme si la sécurité, à des fins d'occulter l'issue fatale qui représente le risque ultime, importait plus que la vie elle-même...

Pour en revenir à la situation, Liliane n'a-t-elle pas simplement voulu dépasser ses limites, tenter une expérience nouvelle, sortir de l'habitude ? Qui suis-je pour contester son choix même si je le prévoyais difficile ? Qui suis-je pour l'empêcher de prendre ce risque ?

6.2.1.2. Peut-on réellement provoquer une émotion ?

Lorsque j'analyse aujourd'hui la réaction qui a été la mienne dans cette situation, je remarque que j'ai fait preuve d'un manque de congruence.

En effet, si l'éducateur-animateur peut créer un contexte propice à telle ou telle émotion, il n'a certainement pas le pouvoir de la déclencher.

Sur le moment, je me suis laissée dépasser par les doutes et par la culpabilité. Me considérer ainsi comme la cause directe de la réaction de Liliane m'a mise dans un état émotionnel peu propice à l'analyse et à la réflexion. Mon attention est passée des bénéficiaires à ma petite personne...

À cause de cela, j'ai manqué un point important : pour

¹²⁰ Idem, p.301

Liliane, s'autoriser - peut-être malgré elle - à vivre et à exprimer un ressenti, même négatif (mais l'était-il vraiment ?), représente une victoire, un objectif atteint !

6.2.2. Analyse de la réaction de Liliane

Je vais maintenant analyser les comportements et les réactions qui ont provoqué la situation décrite ci-dessus.

6.2.2.1. La pression sociale - besoin de considération

La reconnaissance sociale est importante pour Liliane. Les besoins d'appartenance (selon Maslow) et de considération (dans la taxonomie de Pourtois et Desmet) sont bien présents chez elle.

Il est naturel, pour elle, de se conformer au groupe. J'ai rarement vu Liliane refuser une activité à laquelle tout le monde participe.

Peut-être n'avait-elle pas envie, au fond, de mettre ce bandeau sur ses yeux ? L'a-t-elle fait par désir de conformisme, par besoin d'appartenance ?

Un mécanisme qui peut s'avérer insidieux : pour certaines personnes particulièrement sensibles, le seul fait de voir le groupe se conformer à une consigne fait office de pression sociale. Pas besoins d'obliger, de menacer, d'exclure... C'est le sujet lui-même qui se considère comme non légitime dans le groupe s'il ne se conforme pas au comportement de la majorité.

De la question du choix

Aurais-je pu y être plus attentive ?

Comme je l'ai expliqué plus haut, la question de la liberté est une préoccupation centrale de mon travail d'éducatrice-animatrice. Les bénéficiaires sont des adultes, leur statut de « petit vieux » n'efface pas leur histoire, leur vécu, leur passé. Personne ne peut prétendre savoir *ce qui est mieux*

pour eux, certainement pas moi qui les côtoie uniquement dans un cadre bien précis et qui ne connais de leur vie que ce qu'ils veulent bien me raconter.

J'ai introduit mon activité en rappelant que « comme toujours, personne n'est obligé ». Lorsque je me suis approchée de Liliane pour lui parler, je lui ai encore répété que c'est « comme vous voulez ». Je n'ai pas cherché à la convaincre ni à l'encourager, j'ai simplement essayé de comprendre pourquoi, une question pas tout à fait innocente destinée en partie à l'amener à réfléchir sur elle-même.

Le choix de jouer le jeu est finalement venu d'elle.

Peut-être n'en aurait-il pas été ainsi si j'avais dit d'emblée « pas de problème, vous n'êtes pas obligée » au lieu de l'emmener sur le chemin de l'introspection ? Peut-être ai-je exercé malgré moi une forme de pression sociale ?

6.2.2.2. Souci de « bien faire » - besoin de réalisation

Son passé professionnel, où elle a tenu bon dans un milieu qui lui a longtemps été hostile jusqu'à ce qu'elle y fasse ses preuves a fait de Liliane quelqu'un de perfectionniste et d'exigeant.

La préoccupation de « bien faire » est très présente chez elle. Je dois sans cesse lui rappeler que nous ne sommes pas à l'école, que les exercices ne sont pas côtés et que l'objectif n'est pas le produit fini mais l'expérience de sa réalisation.

Lorsqu'Viviane, Armande et Dolores « trichent » en ne mettant pas vraiment le bandeau sur leurs yeux, je n'insiste pas. Les voir rigoler en trempant leurs doigts dans la peinture et en commentant leurs chefs-d'œuvre suffit à me dire que bien des objectifs de l'atelier sont atteints : le plaisir, le jeu, l'expérimentation et la créativité.

Je n'ai pas l'impression que ce soit moi qui impose la nécessité de « bien faire ». Il s'agit bien d'un trait de caractère marqué de Liliane, conséquence de son histoire professionnelle, et certainement d'une raison pour laquelle

elle a mis ce bandeau sur ses yeux alors qu'elle y était réfractaire.

Lecture des besoins

Quels besoins sous-tendent ce souci de « bien faire » qui empêche parfois Liliane de profiter pleinement de l'expérience et d'accéder au lâcher-prise ?

Si on en fait une lecture selon la pyramide de Maslow, le besoin de réalisation est très présent et fort lié au besoin d'estime de soi et d'appartenance : si elle « fait bien » elle sera contente d'elle et le groupe l'acceptera comme membre à part entière.

Dans le cadre du paradigme des 12 besoins de Pourtois et Desmet, on observe ici un besoin d'accomplissement lié au besoin de beau (préoccupation esthétique de réaliser de jolies choses) que sous-tendent toujours la nécessité d'être accepté (besoins affectifs, d'affiliation) et d'être considéré (besoins sociaux).

6.2.2.3. Changement de l'image de soi

Perfectionniste et exigeante, Liliane a toujours été une femme qui réussissait tout. Elle le dit elle-même : « il fallait toujours être deux fois plus compétente, deux fois plus travailleuse, deux fois plus motivée que les hommes ». Et elle l'était !

Aujourd'hui encore, Liliane est une référence dans le monde de la photographie de presse. Ses clichés sont régulièrement exposés, on l'invite à des conférences, on la contacte pour des conseils ou des recommandations...

Cette femme importante est désormais incapable de faire ne serait-ce qu'une photo : ses yeux l'en empêchent. Ce changement d'image de soi la rend à la fois peu sûre d'elle « je ne sais pas faire ça » et désireuse de faire malgré tout, de prouver sa valeur.

Si elle a accepté de mettre le bandeau sur ses yeux et de

participer à l'activité comme tout le monde, c'est certainement aussi par besoin d'estime de soi. Une façon de se prouver à elle-même qu'elle est encore capable.

6.2.2.4. Déficience du Moi-peau : un sens du toucher jamais sollicité

On s'attendrait à ce qu'une personne qui perd la vue se serve du sens du toucher comme moyen compensatoire. C'est ce que fait Agnès, une autre participante malvoyante qui, nous l'avons vu dans la première situation, s'est reconnectée avec son Moi-peau en utilisant, entre autres, le sens du toucher comme moyen d'entrer en relation avec son environnement.

Liliane, elle, fait partie de ces personnes chez qui les actes médicaux répétés ont provoqué un phénomène de dissociation. La cohésion psychocorporelle est donc rompue et le sens du toucher est peu sollicité.

Elle tremble lorsque je lui prends la main pour la guider, une forme de résistance, de refus inconscient du toucher de l'autre.

Dans la première situation, j'ai longuement développé les raisons pour lesquelles Liliane, comme d'autres personnes âgées dans la vie desquels la maladie occupe une place considérable, a des difficultés à toucher et être touchée.

Et, mobiliser le sens du toucher en « ôtant la vue », c'est justement ce que j'ai cherché à faire à travers cet atelier. Pas étonnant, donc, que cela ait été difficile pour Liliane.

Fonction contenante et fonction de recharge libidinale du Moi-peau

Le Moi-peau exerce sur la psyché une fonction contenante¹²¹ : il s'agit de gérer les stimuli sensoriels venus de l'extérieur. La défaillance de cette fonction crée une « *angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse,*

¹²¹ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

permanente, épars, non localisable, non identifiable, non apaisable »¹²².

La fonction de recharge libidinale, elle, est liée à la fonction biologique de la peau comme « *surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes* »¹²³. Lorsqu'on expose à des stimuli externes une personne dont cette fonction est déficiente, apparaît alors l'angoisse dite du Nirvana : impossibilité de la psyché à gérer la surcharge d'excitation.

Il est possible que Liliane ait ressenti ces angoisses face à la multitude de stimuli qui, une fois les yeux bandés, paraissaient d'autant plus difficilement identifiables, localisables et gérables. Avec un Moi-peau déficient, la psyché ne gère plus les sensations externes : Liliane s'est alors sentie submergée. « C'est trop » dit-elle en effet.

Quand les frontières du soi sont floues...

D'autres fonctions du Moi-peau, rendues défaillantes par le phénomène de dissociation psychocorporelle présent chez Liliane, permettent chez l'individu « sain » de tracer des frontières nettes entre le soi intérieur et le monde extérieur. Ces fonctions déficientes, la personne n'est alors plus capable de ressentir l'unité entre le corps et l'esprit et le schéma corporel devient flou et indéfini.

Enlever la vue à quelqu'un dont l'intériorisation de l'enveloppe corporelle est discontinue ou floue et lui demander se concentrer sur un sens qu'elle n'a pas l'habitude de mobiliser a pu également provoquer l'angoisse manifestée par Liliane lors de mon activité.

¹²² Auteur anonyme, *Les fonctions du Moi-peau par étayage sur la fonction biologique de la peau*, Wikipédia, page sur le Moi-Peau, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Moi-Peau#Les_fonctions_du_Moi-peau_par_%C3%A9tayage_sur_la_fonction_biolgique_de_la_peau, consulté le 12 septembre 2019

¹²³ Idem

6.2.2.5. *Déni de la maladie*

Liliane refuse de se comporter comme une mal-voyante – selon ses propres mots. La canne blanche que ses fils lui ont offerte prend la poussière dans un placard ; elle n'a jamais voulu apprendre à l'utiliser.

À Atoll, la vieille dame se plaint souvent de ne plus pouvoir lire, elle qui aimait tant bouquiner. Pourtant, des solutions lui ont été proposées : elle pourrait apprendre le braille... Récemment, j'ai tenté de la convertir aux livres audios. Un vieux lecteur mp3, quelques fichiers téléchargés, des autocollants bien visibles sur les boutons, et voilà une solution parfaite pour que Liliane puisse à nouveau « lire » avant d'aller se coucher ! Une solution qu'elle a appréciée lorsque je lui ai fait écouter à Atoll mais, une fois l'objet ramené chez elle, il a fini sans le fond d'un tiroir. Il a fallu que son fils le lui amène lors d'un séjour en revalidation pour qu'elle se décide à l'utiliser. Liliane ne veut pas de solutions destinées aux « handicapés » comme elle dit. Elle ne se considère pas comme tel.

Bref, Liliane est dans le déni par rapport à sa maladie et à son issue probable : la cécité totale.

Serait-ce une des raisons qui ont provoqué ses larmes lors de l'atelier créatif ? Le fait de se retrouver « aveuglée » comme elle le sera peut-être d'ici quelques années ? Mon activité l'a obligée à *regarder en face* l'issue probable de sa dégénérescence maculaire. Malgré moi, j'ai levé le voile de son déni un peu brusquement...

6.2.2.6. *Quand les émotions refoulées remontent à la surface*

*« Toute répression finit par créer une aliénation à l'intérieur de la personne, une sensation ou un sentiment d'étrangeté à soi-même. [...] Plus le temps où nous passons sous silence notre mal-être est long, plus il fait du bruit le jour où on n'arrive plus à contenir ce que l'on a réprimé. »*¹²⁴

¹²⁴ CORNEAU, G., *Victime des autres, bourreau de soi-même*, Ed. Robert Laffont, 2003, p.23

C'est ce qui est arrivé à Liliane lors de mon animation. En effet, pour cette dame qui ne lâche jamais prise sur le contrôle de ses émotions, utiliser le ressenti corporel représentait un moyen détourné d'atteindre le niveau émotionnel.

Impossibilité à ressentir les émotions

Liliane n'est pas une personne qui se permet de ressentir des choses. Première femme photographe de presse en Belgique, élevée par sa mère et sa « marraine » (qui était en fait la petite amie de sa mère), elle s'est battue toute sa vie contre les préjugés. Pionnière féminine dans un milieu d'hommes, elle n'a cessé de devoir prouver sa valeur. Tout cela lui a forgé une carapace épaisse, sans place pour la douceur, pour les émotions, bref, pour ce qu'elle appelle la « faiblesse ».

Perfectionniste, Liliane est aussi dure avec elle-même qu'avec les autres. Exigeante, sans cesse sur le qui-vive, elle ne sait pas parler de son ressenti. Elle garde en elle toutes ses peurs et ses tristesses, qui ressortent souvent sous forme d'angoisses irraisonnées portant sur de petits détails de la vie.

Elle explose parce que son chauffeur est en retard alors qu'elle a juste peur pour le rendez-vous médical auquel celui-ci doit la conduire. Elle crie sur son gsm quand en fait elle se sent seule parce que ses fils sont trop occupés pour lui répondre. Bref, Liliane se permet très rarement d'éprouver des sentiments « faibles ».

Grâce à la fonction de communication émotionnelle du toucher, Liliane s'est peut-être retrouvée tout à coup confrontée à des émotions fortes. En effet, le toucher « *permettrait de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le système émotionnel et non accessibles au système discursif* »¹²⁵. « C'est trop », dit cette dame qui s'empêche en général de ressentir quoi que ce soit.

¹²⁵ GUIOSE, M., *Relaxations thérapeutique*, Ed. Heures de France, Paris, 2007, p.104

Contrôle et lâcher prise

Pour s'empêcher de se laisser aller à des émotions qui sont pour elle des marques de faiblesse, Liliane exerce un contrôle permanent sur elle-même. Une carapace solide qui lui a permis de surmonter la perte de son mari et de supporter la solitude du survivant.

L'atelier de ce jour-là invitait les participants au lâcher-prise, à l'expérimentation dans l'instant. Les repères soudain chamboulés, la carapace de Liliane n'est plus aussi efficace... C'est avec plaisir que je l'ai vue se laisser aller, prendre de plus en plus de place sur sa feuille, absorbée par l'expérience de la peinture. Un tableau qu'elle regardera ensuite avec étonnement, comme si ce n'était pas elle qui l'avait fait.

Oui, Liliane a pu vivre, pendant quelques instants, l'expérience du lâcher-prise. Peut-être cela a-t-il été trop soudain, trop bouleversant pour elle ?

6.2.3. Compétences émotionnelles

Dans la situation décrite ci-dessus, Liliane a démontré une incapacité à identifier et décrire ses émotions. « C'était trop » dit-elle sans plus d'explications. Une bénéficiaire qui présente donc des carences en termes de compétences émotionnelles...

6.2.3.1. Compétences émotionnelles : définition

Les compétences émotionnelles consistent en cinq capacités¹²⁶ :

¹²⁶ VANCORENLAND, S., AVALOSSE, H., VERNIEST, R., CALLENS, M., MIKOLAJCZAK, M., VANBROECK, N., RUMMENS, G. et KAPALA, F., *Les compétences émotionnelles, un facteur à prendre en compte*, étude conjointe des MC, de l'UCL et de la KUL, site web de mc.be, url : https://www.mc.be/media/dossier%20de%20presse_competences_emotionnelles_tcm49-33107.pdf,

- **Identification des émotions** : capacité à distinguer les émotions. Lorsqu'on se « sent mal », est-ce du stress, de la colère, de la frustration, de la tristesse... ?
- **Compréhension des émotions** : capacité à différencier l'émotion de son déclencheur.
- **Utilisation des émotions** : capacité à comprendre le besoin qui sous-tend une émotion.
- **Expression des émotions** : capacité à expliquer calmement l'émotion ressentie.
- **Régulation des émotions** : capacité à gérer ses émotions sans se laisser dépasser ou submerger.

Leurs effets sur la santé ont été étudiés, des compétences émotionnelles élevées entraînent donc :

- Au niveau psychologique : plus grand bien-être et moins de troubles psychiques.
- Au niveau social : plus grande satisfaction dans le cadre des relations sociales et conjugales
- Au niveau du travail : plus grande efficacité¹²⁷

6.2.3.2. Les émotions et le corps

Le vécu émotionnel est intimement lié au corps. En effet, ce sont les sensations corporelles qui nous permettent de prendre conscience que l'on ressent une émotion : muscles crispés, « boule au ventre », tension qui augmente, sueur, gorge serrée,...

En cas de fracture psychocorporelle, impossible de réaliser qu'on ressent telle ou telle émotion. Pour une personne qui, comme Liliane, est peu – voire pas – connectée à son vécu corporel, identifier et décrire ses émotions peut s'avérer difficile.

Voilà qui explique en grande partie son incapacité à expliquer la raison de ses larmes.

consulté le 13 septembre 2019

¹²⁷ Idem

6.3. Pistes d'action

Pour cette troisième situation, je proposerais deux pistes d'action : tout d'abord l'utilisation des arts plastiques dans le cadre des ateliers pour personnes âgées et ensuite des activités autour du travail des émotions.

6.3.1. Utilisation des arts plastiques

Si ma première situation parle du toucher et du rapport au corps, la deuxième de l'ouïe et du corps comme siège de la mémoire, il est ici question de la vue, de lâcher-prise et d'émotions.

Le processus créatif, utilisé par l'éducateur-animateur lors d'ateliers d'art plastique, est un moyen de provoquer le lâcher-prise et d'amener la personne âgée à se reconnecter avec ses émotions.

En outre, les arts plastiques sont intimement liés à la vue : c'est l'intériorisation de l'observation du monde extérieur que l'artiste va tenter de mettre en formes à travers la peinture, la sculpture, le dessin,...

Cours de peinture ou art-thérapie ?

Je ne suis pas peintre, j'ai deux mains gauches... Impossible de promettre aux participants d'Atoll un cours de peinture ! J'arrive simplement avec mon sens esthétique certain, ma fascination pour les couleurs et l'envie de partager des expériences. Le processus plutôt que le résultat. La démarche et non le produit.

« Là où une « méthode » proposerait et anticiperait « ce sur quoi on va travailler », l'art-thérapie rejoint la psychanalyse en travaillant sur l'insu, c'est-à-dire l'inconscient, en mettant en mouvement un processus créatif. »¹²⁸.

Sans me prétendre art-thérapeute, je cherche moi aussi à

¹²⁸ EVERS, A., *Le grand livre de l'art-thérapie*, Ed. Eyrolles, Paris, 2015, p.14

donner aux bénéficiaires d'Atoll un espace de créativité où l'expression de soi est possible. Il s'agit d'être dans une démarche de découverte, de lâcher-prise dans l'instant, d'exploration.

Tous un peu artistes

« *La pulsion créative est universelle et présente en chacun de nous, mais les facteurs environnementaux jouent un rôle important, dans son développement comme dans son inhibition* »¹²⁹. La notion de pulsion universelle est primordiale : cela signifie que tout le monde peut être accompagné via l'art-thérapie.

Il y a bien sûr des affinités plus ou moins marquées avec tel ou tel médium. Je privilégie moi-même l'écriture et la danse en tant que moyens d'expression. Cependant, tout un chacun peut rentrer dans le jeu de la création. À l'éducateur-animateur de trouver comment lever les inhibitions.

Et, chez les personnes âgées, ces inhibitions construites et emmagasinées tout au long de la vie sont d'autant plus marquées. C'est pourquoi je cherche des moyens détournés de provoquer le processus créatif.

6.3.1.1. Encadrer une séance d'art créatif

Une feuille, des pinceaux, des couleurs, ... et un éducateur !

C'est la présence bienveillante de l'éducateur-animateur qui permettra d'inscrire l'atelier d'art créatif dans le cadre d'un accompagnement éducatif pensé sur le long terme. Il s'agira de « *mobiliser le processus psychique qui va permettre de transformer la passivité en activité, la tension en attention, la routine en surprise, la résistance en lâcher-prise* »¹³⁰ tout en utilisant les attitudes éducatives de l'approche centrée sur la personne.

¹²⁹ Idem, p.21

¹³⁰ Idem, p.14

Susciter la créativité

« Moi je ne sais pas faire ça », « regarde, ça ne ressemble à rien ! », « oh, c'est bon pour la poubelle » : le souci du résultat passe souvent avant le plaisir de la création.

*« Ce qui inhibe la créativité, c'est la peur : peur de mal faire, de ne pas faire aussi bien que, d'être incapable de. Le perfectionnisme impose lui aussi maîtrise et contrôle ; il empêche de jouer, de se sentir libre du regard des autres et du sien propre. »*¹³¹

Devant l'angoisse de la page blanche, le cadre est souvent salvateur. Des consignes claires à travers lesquelles chaque participant va explorer sa propre créativité. *« Le cadre dans lequel l'art-thérapie se déroule doit être rassurant et « contenant », par la présence de l'art-thérapeute et, dès le départ, par des règles structurantes et lisibles. »*¹³²

Pour pouvoir jouer il faut des règles du jeu ! Et particulièrement avec un public de personnes âgées chez qui les concepts du « bien faire » sont profondément ancrés.

Lâcher prise

La mode du lâcher prise s'exprime dans toute la très moderne quête du bien-être et de l'épanouissement de soi. C'est également un conseil bien souvent donné, trop souvent entendu et, finalement, très peu appliqué.

Lâcher prise c'est *« savoir abandonner ce qui n'a plus lieu d'être pour aller vers ce qui vient »*¹³³. Il y a dans le lâcher prise une notion d'avancer vers l'avenir qui me plaît beaucoup, comme on laisserait derrière soi son ancienne peau après une mue.

Viser le lâcher prise comme objectif d'un atelier d'art-plastique passe par l'introduction de consignes loufoques, inhabituelles. En renversant ainsi les codes, en proposant quelque chose de neuf, je diminue les possibilités de « faire

¹³¹ Idem, p.34

¹³² Idem, p.36

¹³³ POLETTI, R., DOBBS, B., *Lâcher prise, dire oui à la vie*, Ed. Jouvence, Genève, 1998

comme il faut ».

Peindre avec les doigts, les yeux bandés, utiliser sa main gauche si l'on est droitier, mélanger collage et peinture, s'essayer au cadavre exquis pictural,... Le but étant de proposer une expérience inédite afin que les personnes âgées ne puissent pas se relier à un savoir.

Sortir de la passivité

Parce que l'on demande à la personne de se mettre en jeu, il s'agit ici de sortir de la passivité, du rôle de victime - de la maladie, du vieillissement, de l'isolement - pour devenir acteur.

Pour des personnes âgées qui sont souvent « prises en charges » dans de nombreux domaines de leur vie, il s'agit ici de leur donner un espace de liberté, de créativité. Dans le processus de création, en effet, le choix leur appartient. On est dans l'ici et maintenant, dans l'action concrète et sensible. Voilà qui est important pour un public qui *subit* à de nombreux aspects.

Il existe trop souvent chez nos aînés un besoin de réalisation de soi, d'accomplissement, dont on mésestime l'importance puisqu'ils « ont toute leur vie derrière eux ». Sortir de la passivité pour devenir acteur de création contribue à combler ce besoin.

L'importance de verbaliser

Prévoir un moment d'échange à la fin de l'atelier est important. On ne demande pas seulement aux participants d'expliquer ce qu'ils ont fait, ce que représente leur dessin mais également de partager sur leur ressenti, leurs émotions liées à ce moment de créativité.

D'une part « *l'acte créateur est un acte solitaire, celui de peindre est un voyage au fond de soi, un rêve qui resurgit, un sentiment qui s'exprime* »¹³⁴, mais la peinture est

¹³⁴ SUDRES, J-L., ROUX, G., LAHARIE, M., DE LA FOURNIERE, F., *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Ed.

également un moyen de communication : « *l'artiste entre en communication avec son monde intérieur, transmet à la toile ses impressions et communique ainsi avec celui qui regarde l'œuvre réalisée* »¹³⁵.

Le rôle de l'éducateur-animateur est de mettre en évidence ce processus de communication, d'aider la personne à traduire en mots une production qui s'appuie sur ses sentiments, ses émotions, son monde intérieur.

Le lien se renforce alors entre les participants et l'on répond aux besoins d'appartenance, de reconnaissance, de communication.

6.3.1.2. Arts plastiques et rapport au corps

Il y a plusieurs façons d'exploiter les arts plastiques dans l'accompagnement des troubles du rapport au corps.

Peindre avec son corps

Comme je l'ai fait dans l'atelier de ma troisième situation, une proposition consiste à peindre avec son corps. On redécouvre alors, via le toucher, des impressions, des sensations génératrices d'émotions.

J'ai développé dans les chapitres précédents le rôle du toucher et du mouvement dans l'accompagnement des personnes âgées, je ne m'étendrai pas là-dessus ici.

Quelques exercices possibles :

- Peindre avec les doigts
- Dessiner les yeux fermés
- Peindre en suivant le rythme de la musique
- Lancer de la peinture sur une toile collée à l'horizontale sur un mur (de préférence à l'extérieur)
- Se déplacer dans l'espace pour dessiner sur une plusieurs feuilles accrochées à différents endroits de la pièce

L'Harmattan, 2004, p.56

¹³⁵ Idem, p.57

- Se servir du corps comme d'un support : se dessiner sur la main, sur le bras (certaines traditions ne le font-elles pas avec le henné ?)

Peindre son corps

Dans le cadre d'un travail sur l'image de soi, on peut proposer aux participants de représenter leur propre corps.

Au cours de méthodologie des activités ACSC¹³⁶, en deuxième année du bachelier, nous avons fait un exercice consistant à se coucher sur une feuille, faire tracer par un camarade les contours de son corps puis peindre de la manière choisie la silhouette vide ainsi dessinée.

La diversité des productions fut éloquente : certains vides, d'autres pleins, certains colorés, d'autres plus ternes, des mots, des formes, du figuratif, de l'abstrait...

Outre le dessin, la sculpture, les collages, la photographie sont autant de moyens d'utiliser l'art plastique pour extérioriser et communiquer l'image du corps.

La fonction d'inscription des traces sensorielles du Moi-peau¹³⁷ consiste à inscrire à la fois dans les souvenirs mais également dans le corps lui-même les traces des différents événements qui jalonnent la vie d'une personne. Cette mémoire psychocorporelle garante de l'identité est, a fortiori, présente et importante chez les personnes âgées. Se reconnecter à leur enveloppe physique permet aussi de se reconnecter à ces souvenirs imprimés dans le Moi-peau.

Ces traces sensorielles, *« ce sont des traces que l'on retrouve, transcrites de façons diverses ; abstraites ou figurées, dans les dessins de certains patients, qu'ils aient subi des traumatismes graves ou non »*¹³⁸

Chez les personnes âgées, ces traces sont d'autant plus

¹³⁶ WIELS, V., *Méthodologie des activités ACSC*, 2^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche méthodologique 2, UE 190, année scolaire 2017-2018

¹³⁷ ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

¹³⁸ EVERS, A., *Le grand livre de l'art-thérapie*, Ed. Eyrolles, Paris, 2015, p.22

nombreuses et importantes qu'elles sont garantes de l'histoire personnelle. Une fois encore, tenter de restaurer l'unité psychocorporelle contribue à renforcer l'identité de la personne.

6.3.2. Développer les compétences émotionnelles

Dans la situation présentée ci-dessus, Liliane a démontré son incapacité à identifier et exprimer ses émotions. Une piste d'action consisterait donc à l'aider à développer ses compétences émotionnelles.

6.3.2.1. Exercices d'expression des émotions

Voici quelques idées d'exercices permettant d'apprivoiser ses émotions :

- **Météo des émotions** : Faire un tour de parole des participants où chacun exprime comment il se sent, en essayant, si possible, de lier le ressenti émotionnel à des sensations physiques.
- **Photolangage** : Des images sont disposées sur une table : des photos abstraites ou concrètes qui peuvent être des cartes postales publicitaires, des images glanées sur Internet,... Chacun choisit une image qui évoque quelque chose pour lui. Se déroule ensuite un tour de parole où chacun exprime l'émotion associée à l'image choisie.
- **Situations de la vie quotidienne** : L'animateur présente des situations de la vie quotidienne - en image, en photo, en vidéo ou simplement en les racontant - à partir desquelles les bénéficiaires expliquent comment ils réagiraient dans tel ou tel cas. Colère pour l'un, dégoût pour l'autre, indifférence ou peur pour le troisième... C'est l'occasion de partages et de débats !
- **Groupes de parole** : Il s'agit de discuter autour des émotions. L'animateur passe les différentes émotions en revue : « qu'est-ce qui vous met en colère ? »,

« quelle est la dernière fois où vous avez ressenti de la joie ? », « qu'est-ce vous faites quand vous êtes triste ? »,... Les bénéficiaires sont alors amenés à s'interroger et à s'exprimer sur leurs émotions.

- **Improvisation : jouer des émotions** : deux chaises sont disposées au centre de la pièce, sur chaque chaise, un petit papier face cachée sur lequel figure une émotion. Deux participants se portent volontaires pour jouer la première impro, l'animateur leur donne le thème (par exemple : « coincé dans les embouteillages », « j'attends le bus », « déclaration d'amour », « premier jour d'école »,...), les participants ont une minute pour se concerter puis vont s'asseoir sur les chaises. Chacun retourne alors le papier posé sur sa chaise : cela leur indique l'émotion avec laquelle ils devront jouer leur personnage. Voilà qui donne des scénettes complètement loufoques : une déclaration d'amour colérique, un conducteur joyeux d'être coincé dans les embouteillages, une maîtresse d'école qui accueille ses élèves en pleurant le premier jour d'école,...
- **Mimer une émotion** : jeu de mime où il faut faire deviner une émotion. Outre les émotions de base (colère, tristesse, joie, dégoût et peur), on peut augmenter la difficulté en ajoutant des émotions plus subtiles. La liste des émotions utilisée en Communication Non Violente¹³⁹ peut, par exemple, servir de base à ce jeu de mime.

Tous ces exercices ont pour but d'amener les participants à nommer, mimer ou identifier des émotions, les leurs ou celles des autres, afin de se familiariser peu à peu avec la gestion émotionnelle.

¹³⁹ BARAN, D., *Liste des sentiments*, sire web dianebaran.fr, url : <https://ceretentransition.files.wordpress.com/2016/04/liste-sentiments-cnv.pdf>, consulté le 10 septembre 2019

7. L'éducateur est son propre outil

Pour commencer ce chapitre, un petit retour sur ma question : comment l'éducateur spécialisé peut-il accompagner la personne âgée en centre de jour à travers des animations quotidiennes ?

On l'a vu dans les chapitres précédents, il s'agira tout d'abord de concevoir des activités à partir des besoins - exprimés ou non - des bénéficiaires. Issu de mes observations, un besoin central a porté la construction de ce travail de fin d'études : la nécessité, pour les bénéficiaires d'Atoll, de retrouver une unité psychocorporelle. Au fil de mes situations, on en retrouve différentes expressions : mauvaise image de soi, difficultés à entrer en communication interpersonnelle tactile, déconnexion avec la mémoire du corps, incapacité à percevoir ses émotions,...

Cependant, penser les activités en fonction de l'analyse des problématiques n'est qu'une partie de la réponse à ma question de recherche. Il s'agira ensuite d'offrir aux participants - lors des ateliers - le cadre nécessaire pour amorcer, en s'appuyant sur leurs propres ressources, le processus de réponse à leurs besoins.

Un cadre rassurant, encourageant, bienveillant,... Telle est donc la condition essentielle à l'atteinte des objectifs de chaque animation. Comment assurer un tel cadre ? Grâce à l'ensemble des attitudes qui composent la démarche de l'éducateur-animateur.

Approche centrée sur la personne, pédagogie différenciée, humanité, attitudes éducatives : autant de moyens dont l'éducateur-animateur dispose pour définir et orienter sa conduite. Le professionnel ne peut, certes, pas provoquer un comportement ou une émotion chez le bénéficiaire mais il peut créer une ambiance, façonner un environnement ou produire un contexte favorable au bien-être, à l'évolution, au développement de soi.

À tout travail correspond un outil adapté. Et, puisque l'éducateur est son propre outil, il me semble essentiel de veiller à ce que cet outil soit en adéquation avec les objectifs recherchés.

Ce septième chapitre vise donc à compléter les pistes d'action proposées plus haut par la mise en lumière des attitudes nécessaires à un travail éducatif de qualité. À cette condition seulement, l'éducateur spécialisé pourra offrir un accompagnement de qualité à la personne âgée en centre de jour à travers des animations quotidiennes.

7.1. Attitudes éducatives

L'analyse des trois situations ainsi que la réflexion sur l'ensemble de ma pratique m'ont permis de mettre en lumière une série d'attitudes éducatives essentielles au travail d'animation avec des personnes âgées.

La plupart de ces attitudes ont été appliquées dans la situation avec Gerda, lui offrant un cadre propice à se poser et se laisser aller suffisamment pour pouvoir se reconnecter à ses souvenirs grâce à la mémoire du corps.

La liste n'est, certes, pas exhaustive mais, à travers ces 10 aspects, se dessinent les contours d'une approche respectueuse et à l'écoute de la personne.

7.1.1. Ne rien imposer

Lors de l'atelier musical, le fait de n'avoir rien imposé à Gerda lui a permis de vivre sa spontanéité dans un cadre sécurisant. La présence du groupe bienveillant associée à la musique lui ont permis de se laisser aller.

En effet, avec des adultes, pas question d'obliger à faire quoi que ce soit. Les bénéficiaires ont le choix de participer ou non aux activités et, s'ils décident d'y participer, le font à leur rythme.

Il faut pouvoir proposer sans imposer. Les activités, bien que conçues selon un canevas précis, doivent pouvoir s'adapter

sur le moment à l'humeur du jour, à l'ambiance du groupe, aux besoins présents des bénéficiaires.

C'est une attitude éducative que j'emprunte souvent avec Fabienne. Cette dame de 65 ans est très négative et répond toujours « non » aux propositions que je lui fais. Au lieu d'insister et de tenter de la convaincre, j'accepte son refus et la laisse observer l'activité menée avec les autres participants. Elle reste dans la pièce, regarde de loin puis, très vite, elle tire bruyamment une chaise et demande en ronchonnant à ce qu'on lui fasse une place. Une habitude devenue rituelle par laquelle je lui signifie que je respecterai toujours son choix, quel qu'il soit. Parfois aussi, Fabienne dit « non » et ne participe pas. Cela fait partie de sa liberté.

7.1.2. Respect du rythme et souplesse

Malgré les impératifs de la vie en communauté qui implique le respect d'horaires réguliers, il est possible de respecter le rythme des bénéficiaires. Mes activités sont des propositions d'ouverture à partir desquelles chacun prend ce qu'il veut. C'est à moi de m'adapter à chacun, à leurs besoins, à leurs particularités.

L'activité doit donc être conçue comme pouvant prendre des formes diverses, adéquates aux problématiques de chacun.

Le public a déjà ses particularités propres auxquelles il faut penser dans le plan des ateliers. Mais, à Atoll, les bénéficiaires n'ont en commun que leur statut de personne âgée. Il y a ceux qui oublient, il y a ceux qui ont encore toute leur tête mais ont des problèmes de mobilité, il y a ceux qui ont des troubles psychiatriques. Cela demande un travail constant d'adaptation et une attention constante.

J'utilise des rituels d'entrée et de sortie quasi lors de chacune de mes animations, ce sont les deux seuls moments où je tiens à me conformer au programme, au plan, au projet.

Liliane a d'abord refusé de se bander les yeux. Je n'ai rien imposé, j'ai respecté son rythme : le temps de réflexion dont elle a ainsi disposé lui a permis de choisir, finalement, de

jouer le jeu. Elle ne l'aurait peut-être pas fait si j'avais insisté, si je l'avais pressée... passant alors à côté de l'occasion de se reconnecter avec ses émotions.

Dans la situation précédente, Gerda met du temps pour rentrer dans l'activité. Au début elle est ailleurs, distraite, mais elle finit par s'éveiller. Si j'avais essayé de la faire participer à tout prix, elle se serait peut-être fermée, ne se serait pas sentie si à l'aise et détendue.

7.1.3. Attention constante

Adapter ses animations demande aussi de faire attention, constamment, à chacun des participants. Le langage non-verbal, surtout, est important.

Dans les activités de gymnastique douce, par exemple, il faut tout le temps rappeler aux participants qu'ils ne doivent pas forcer. Leur souci de « bien faire » ou de « faire comme les autres » les pousse parfois à dépasser leurs limites. Je dois donc être attentive : lorsque je les vois grimacer, peiner,... je leur rappelle qu'il n'est pas nécessaire de faire tous les exercices.

Même chose pour l'activité musicale : c'est parce que j'ai observé Gerda que j'ai pu lui tendre un instrument de musique au moment opportun. J'étais presque certaine, alors, qu'elle l'accepterait.

7.1.4. Percevoir l'ambiance du groupe

Percevoir l'ambiance collective est nécessaire. L'attention constante de l'éducateur-animateur est dirigée vers chacun des participants, pris individuellement, mais également vers l'ensemble du groupe.

Lors de l'activité musicale de ma deuxième situation, c'est bien en prenant la température du groupe que j'ai choisi de laisser trois morceaux de musique au lieu d'un seul.

Dans la situation avec Liliane, c'est également la perception d'un changement d'atmosphère qui m'a amenée à modifier

les consignes (lorsque je leur ai dit d'enlever leurs bandeaux et de compléter leur dessin les yeux ouverts).

Quant à la première situation, mon atelier massage, j'ai manqué, justement, d'attention au groupe. Sans quoi j'aurais peut-être raccourci le massage et proposé, pour le temps restant, un exercice qui soit plus en adéquation avec les besoins et les envies des bénéficiaires. Au lieu de cela, je me suis concentrée sur trois des dix bénéficiaires ayant participé à l'activité, privilégiant l'individuel au collectif...

Percevoir l'ambiance du groupe consiste donc à observer tous les signaux verbaux et non-verbaux des participants afin de pouvoir réagir et adapter son animation en conséquence.

7.1.5. Susciter l'attention

Le rôle de l'éducateur-animateur implique de susciter constamment l'attention des personnes. Bouger, se servir d'objet, mettre de la musique, rester dynamique, montrer les exercices en mobilisant son propre corps, lors des ateliers d'arts plastique, toujours apporter un exemple de ce qu'on propose afin que les bénéficiaires puissent s'imaginer le résultat, se mettre soi-même en scène,... Autant de façons de susciter l'attention des bénéficiaires lorsqu'on met en place une activité.

Quant aux personnes démentes, différentes astuces sont possibles : répéter le prénom, se mettre à la hauteur, toucher la personne lorsqu'on s'adresse à elle, montrer les objets dont on parle,...

L'importance du regard

Le regard est essentiel. Ne dit-on pas que l'on ne vit que par le regard de l'autre ? Le regard est un signe visible par lequel on affirme à l'autre « je te vois », « tu existes ».

« Comme pour la parole, le regard peut être validant lorsqu'il est horizontal, axial, long, proche, de pupille à

pupille. »¹⁴⁰ explique Philippe Crône dans son livre sur l'animation en humanitude.

Il s'agit de confirmer à l'interlocuteur que c'est bien à lui que l'on s'adresse. Si on parle en regardant ailleurs, on risque de rompre la communication.

7.1.6. Adapter les consignes

Il est essentiel de pouvoir adapter les consignes afin que chacun des bénéficiaires puisse y adhérer. Et si ce n'est pas possible, il faut pouvoir les expliquer à ceux qui ne comprennent pas. Dans la première partie de la situation, je montre les exercices de gymnastique douce mais, si Gerda ne me regarde pas, elle oublie où elle est et ne participe pas.

Aujourd'hui, Gerda ne fréquente plus Atoll mais il y a encore Simone, elle aussi atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui présente les mêmes difficultés à suivre les séances d'étirements ou de gymnastique douce. Avec elle, j'ai développé une technique : une fois que j'ai expliqué l'exercice au groupe (par exemple toucher les pieds avec les mains puis dérouler lentement le dos), je demande aux participants de le répéter trois fois. Pendant ce temps, je me mets devant Simone, en m'assurant qu'elle me regarde, et je fais l'exercice avec elle en mobilisant ses mains, ses bras, son dos, tout en verbalisant mes gestes.

Cela permet à Simone de profiter comme les autres d'une bonne séance de sport sur chaise !

7.1.7. Soutenir l'autonomie

Une autre attitude éducative consiste à soutenir l'autonomie des participants. Dès que les seniors sont un peu trop lents, un peu trop décalés, on a tendance à vouloir les aider, faire à leur place. Un piège à éviter.

¹⁴⁰ CRONE, Ph., *Animer en humanitude, l'animation dans les établissements d'accueil des personnes fragilisées*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2017, p.49

Je veille à ne pas aider les participants tant qu'ils ne le demandent pas. Je peux proposer un coup de main si je vois que l'un ou l'autre bénéficiaire a des difficultés mais je les encourage d'abord à essayer par eux-mêmes.

L'autonomie à tout prix n'est pas la solution non plus. Les personnes âgées qui fréquentent Atoll ont dû accepter que leur corps ou leur tête ne fonctionne plus aussi bien qu'avant, accepter qu'il y a certaines choses qu'ils ne feront plus jamais. Le maintien des acquis ou l'acquisition de nouvelles compétences peuvent, certes, constituer des objectifs intéressants pour une animation, mais pas au détriment du bien-être des bénéficiaires... Pas la peine d'insister pour que Colette achève elle-même son texte ou son dessin si ses mains - atteintes d'arthrose - la font trop souffrir. Ce sont les besoins de la personne, avant tout, qui doivent être pris en compte. Besoin d'autonomie ? Soutenons-là. Besoin de confort, de repos ? Un petit coup de main est alors le bienvenu.

Encourager à se dépasser, oui, mais seulement dans un cadre où cela a du sens pour le bénéficiaire.

7.1.8. Oublier ses exigences

Quand on travaille avec un public dont les atteintes physiques ou mentales sont aussi variées qu'elles le sont à Atoll, il faut oublier ses exigences. Mettre de côté les objectifs à atteindre, les savoirs(-faire) à acquérir,...

L'animation ne se déroulera jamais comme prévu. Avec des niveaux aussi disparates, impossible que l'ensemble des participants atteigne les mêmes objectifs, démontre les mêmes acquis... Oublions la nécessité d'un résultat, d'une production.

Quand on parle d'activités, l'important n'est pas la destination mais le chemin accompli, la manière dont l'atelier se vit : c'est ainsi que l'on répond le mieux aux besoins des bénéficiaires.

Exigences ou objectifs ?

Oublier les exigences ne veut pas dire abandonner ses objectifs. S'amuser est un objectif, créer du lien en est un autre, partager, échanger,... Ce sont les raisons pour lesquelles les bénéficiaires viennent au centre de jour.

Je peux bien sûr décider de leur transmettre tel ou tel savoir, de leur faire profiter de telle ou telle technique que j'ai apprise ailleurs mais sans jamais perdre de vue les besoins qui les amènent à Atoll : appartenance, réalisation de soi, lien social, épanouissement,...

7.1.9. Ne pas infantiliser

Ensuite, je trouve important de rappeler que les personnes âgées sont des adultes.

C'est pourquoi je ne propose que des activités que je prendrais plaisir à faire moi-même. Lorsque je glane des idées pour mes ateliers, les limitations physiques et mentales du public d'Atoll m'imposent parfois de m'inspirer d'activités pour enfants. Mais je prends la peine de toujours les adapter à un public adulte.

Jeux... d'enfants ?

C'est parce que je traite les bénéficiaires en adultes que je peux intégrer des jeux enfantins dans, par exemple, mes animations d'expression corporelle : tic-tac boum, jeu des gages, gestes à retenir,... Je choisis ces jeux parce qu'ils sont amusants, créateurs de liens, légers,... Pourquoi les adultes n'auraient-ils pas aussi le droit de jouer ?

« Certaines personnes, entravées dans leur développement au cours de l'enfance ou de leur vie d'adulte, ont perdu la faculté de jouer, de s'amuser. L'art-thérapie leur permet de renouer avec cette capacité parce que le faire est intimement lié à la transformation psychique nécessaire au fait de se « remettre en jeu » »¹⁴¹

¹⁴¹ EVERS, A., *Le grand livre de l'art-thérapie*, Ed. Eyrolles, Paris, 2015, p.34

La première fois que j'ai joué à tic-tac boum avec les participants, je me demandais s'ils apprécieraient ou non. Il y avait dans le groupe Alphonse, éternel râleur, et Renée dont c'était seulement le troisième jour à Atoll. Et ce jeu simple et enfantin fut finalement la première fois où Nicole a adressé la parole à Alphonse. Où Alphonse, lui, a exprimé autre chose que des plaintes. La première fois où Renée s'est laissée aller à rire et où Viviane, qui cherche toujours une excuse pour faire le clown, a pu trouver dans un jeu l'occasion de faire le pitre de manière cadrée en proposant des gages loufoques et tirés par les cheveux.

7.1.10. Bienveillance, empathie,...

Comment clôturer un chapitre sur les attitudes éducatives sans citer la bienveillance, l'empathie, l'estime, ... Je développerai ces concepts plus loin, dans le cadre de l'approche centrée sur la personne

7.2. Approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne constitue également une ligne de conduite importante pour l'éducateur-animateur. Trois composantes en sont les piliers :

1. **Empathie** : « *capacité à être attentif à l'autre en s'efforçant de saisir son ressenti et ses sentiments de manière juste et sensible, en se mettant à sa place, à l'intérieur de son cadre de référence interne et externe, comme si on était l'autre mais sans jamais perdre de vue qu'on est soi-même, et non l'autre* »¹⁴²
2. **Estime ou acceptation positive inconditionnelle** : « *permet d'accepter une personne telle qu'elle est au moment présent, avec toutes ses difficultés et ses potentialités, sans la juger* »¹⁴³
3. **Congruence** : « *avoir conscience de son propre*

¹⁴² PORTNER, M., *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne*, Ed Chronique Sociale, Paris, 2017, p.28

¹⁴³ Idem, p.28

ressenti et savoir le dissocier de ce qui est amené par l'autre »¹⁴⁴

C'est une approche qui est pour moi essentielle dans le travail éducatif et qui s'insère comme trame de fond dans mon quotidien avec les personnes âgées.

7.2.1. Attitudes centrées sur la personne

L'approche centrée sur la personne recommande au soignant une série d'attitudes à acquérir avec les personnes âgées. En voici les plus importantes :

- Tenir compte du vécu subjectif
- Offrir des choix maniabiles
- Reconnaître et encourager les petits pas
- Offrir des appuis pour un agir autonome
- Prendre la personne au sérieux
- Stimuler et maintenir en éveil
- Ne pas réduire la personne à son état actuel (maladie, déficiences, démences, ...)
- Faire preuve de clarté dans la communication
- Se centrer sur les ressources et non sur les limites
- Respecter la dignité de la personne dans la vie quotidienne

7.2.2. L'éducateur dans l'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne définit également l'attitude de l'éducateur dans sa pratique. Cela implique d'être congruent, de reprendre sa propre attitude, d'être ouvert à l'autre, prendre soin de soi-même et reconnaître ses limites.¹⁴⁵

Dans la situation avec Liliane, par exemple, ma première réaction a été de m'interroger sur la qualité et la légitimité de ma pratique professionnelle. Après tout, ce n'est pas souvent que l'on « fait pleurer » un bénéficiaire !

¹⁴⁴ Idem, p.28

¹⁴⁵ Idem, p.67

Au lieu d'analyser calmement ce qui venait de se passer, j'ai tenté de refouler les émotions qui me submergeaient avec une seule préoccupation : calmer Liliane et que l'activité puisse continuer sereinement. À cause de cela, il ne m'est pas venu à l'esprit que, finalement, pour une dame qui a une carapace si solide, se laisser aller à vivre ses émotions ne représente pas un échec mais bien un accomplissement.





Si j'avais fait preuve de plus de congruence, j'aurais pu me distancier de mon ressenti afin que ma réaction ne soit pas directement liée à mes émotions. C'est ce que préconise l'attitude centrée sur la personne grâce à laquelle j'aurais pu accompagner Liliane dans la découverte et la rencontre de ce vécu émotionnel que l'activité a provoqué chez elle.

Puisque l'éducateur est son propre outil, il doit pouvoir se gérer lui-même. La congruence occupe donc une place centrale dans le travail éducatif.

7.3. Pédagogie différenciée

Ensuite, dans un milieu de vie où les individus ont des caractéristiques, des histoires de vie et des demandes aussi disparates qu'à Atoll, la pédagogie différenciée apparaît comme parfaitement indiquée.

Le portail de la Fédération Wallonie-Bruxelles met à la disposition des enseignants un document qui la définit comme suit :

- « *La pédagogie différenciée est une pédagogie qui :*
-  *Privilégie [la personne], ses besoins et ses possibilités.*
 -  *Se différencie selon les besoins des [personnes].*
 -  *Lui propose des situations d'apprentissage et des outils variés.*
 -  *Ouvre à un maximum [de personnes] les portes du savoir, du savoir-faire, du savoir-être. »¹⁴⁶*

¹⁴⁶ Auteur inconnu, *La pédagogie différenciée*, document à destination des enseignants, sur Enseignement.be, url : http://www.enseignement.be/download.php?do_id=2456&do_check=, téléchargé le 12 septembre 2019

La pédagogie différenciée repose sur trois piliers :

1. Le constat, dans la pratique quotidienne, de l'hétérogénéité d'âge, de niveau de développement (moteur, cognitif, affectif), d'origine socio-culturelle.
2. Respecter l'évolution de la pensée de chacun, tenir compte des différents types d'intelligence et donner à chaque individu la possibilité d'évoluer par des voies qui lui sont propres.
3. Tenir compte de la personne sans renoncer au bien-être de la collectivité.

Et en pratique ?

En pratique, « *la pédagogie différenciée nécessite de la part de l'éducateur une grande capacité d'adaptation pour apporter comme un médiateur un soutien méthodologique spécifique à leur besoin de stimulation.* »¹⁴⁷

Il s'agit d'être constamment en balance entre l'attention accordée à chaque participant et le souci du groupe. Il s'agit d'être conscient de l'hétérogénéité du groupe et d'en tenir compte au jour le jour.

Mais pour bien pratiquer la pédagogie différenciée, il faut connaître les bénéficiaires. Ce n'est qu'alors que l'éducateur-animateur peut adapter adéquatement sa pratique quotidienne aux besoins de chacun. Et, puisque nous n'avons pas de dossiers personnels ou d'anamnèse, ma seule possibilité de connaître les participants réside dans l'observation. En observant, donc, je pourrai identifier les particularités propres ainsi que les besoins spécifiques à chaque bénéficiaire afin de pouvoir utiliser la pédagogie différenciée au cours de mes animations.

7.4. Humanitude

Comment clore ce chapitre sur les attitudes de l'éducateur-animateur sans évoquer l'humanitude ?

¹⁴⁷ GOMAND, I., *Syllabus psychopédagogie*, 3^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche conceptuelle 3, UE 189C, année scolaire 2018-2019

L'humanité est « *l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* »¹⁴⁸ Parmi ces particularités figurent entre autres : la verticalité, le regard échangé, l'intelligence, la capacité de toucher l'autre, le sourire et le rire, le regroupement familial, le repas, la socialisation.

En humanité, la communication est fondée sur trois piliers : le regard, la parole et le toucher.¹⁴⁹ J'ai déjà développé plus haut l'importance du regard – associé à la parole – dans la communication interpersonnelle. Quant au toucher, il fait partie intégrante de ce travail de fin d'études.

Sans le savoir, j'ai mis en place une pratique professionnelle conforme aux principes de communication en humanité. Une ligne de conduite essentielle pour la suite !

¹⁴⁸ PHANEUF, M., *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*, Infiressources, 2007

¹⁴⁹ Auteur inconnu, *Le concept d'humanité*, site web de Cap Retraite, url : <https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/la-bientraitance/humanite/>, consulté le 13 septembre 2019

8. Conclusion

La porte se referme doucement. Autour de moi la bibliothèque est silencieuse. J'y laisse une pile de bouquins et un sentiment d'inachevé. Sur le chemin du retour, enveloppée dans l'obscurité des nuits de fin d'été, je laisse mes pensées courir, enfin, librement...

Ce parcours d'hospitalisations et de douleurs qui caractérise tant de ceux que j'appelais avec affection « mes petits vieux », je l'ai vécu moi aussi. Malformation cardiaque congénitale. Autant dire des milliers d'heures passées entre lits d'hôpitaux et cabinets de consultation. Ce cheminement à travers lequel j'ai cherché à emporter les participants durant mes deux années à Atoll ne serait-il pas finalement le reflet de ma propre histoire ?

Quelque chose d'indéfini et de diffus, une quête qui se poursuit à travers les sens et l'expérimentation... La recherche d'une intégrité retrouvée avec un corps qui a été malmené, transformé, découpé, manipulé, cousu et recousu.

Une quête qui, pour moi, s'est vécue non seulement à travers l'apprentissage de différentes disciplines - massage, danse, yoga, méditation - mais également dans ma vie personnelle faite de voyages et d'expériences.

Lorsque je mets la dernière touche à ce TFE, je ne suis plus employée chez Atoll depuis deux mois. J'ai choisi de ne pas reconduire le contrat pour des raisons qui n'ont rien à voir avec ma pratique professionnelle et que je ne développerai pas ici.

Des milliers d'images me reviennent en tête. Des couleurs, des odeurs, l'écho des voix chuchotant dans le salon lorsque j'arrivais le matin, celui des rires qui résonnaient d'une pièce à l'autre de l'institution. Et un regret : celui de ne pas avoir pu aller plus loin dans ma pratique. Depuis que ma volonté de travailler le rapport au corps s'est dessinée à partir des mots des bénéficiaires et de mes observations quotidiennes, je cherche à me raccrocher à une théorie, un guide. Ce que

ce TFE m'a appris en si peu de temps a débloqué une année de doutes et d'interrogations. Je me dirige vers la suite de mon parcours d'éducatrice en emportant avec moi une vision, maintenant explorée et définie : l'importance de l'approche corporelle et sensorielle dans l'accompagnement de la personne âgée.

Je repars avec l'intime conviction que restaurer l'unité psychocorporelle doit être une priorité si l'on vise le bien-être des bénéficiaires. Pour tous ceux qui ont souffert dans leur chair, pour tous les esprits désincarnés, il reste l'espoir de revivre avec - et non plus malgré - son corps.

Une approche pour de nombreux objectifs

Certes, c'est l'observation des troubles du rapport au corps qui m'a permis de me lancer dans ces recherches mais, in fine, force est de constater que l'approche corporelle et sensorielle peut s'étendre à bien des objectifs : gestion des émotions, mémoire, communication interpersonnelle, création de liens,...

Une approche que je pourrais résumer en quelques points :

- Prendre conscience de la nécessité d'une unité psychocorporelle
- Solliciter les sens à travers des animations
- Ne jamais forcer, respecter le rythme et les refus
- Tenir compte des caractéristiques et des limites de chacun à la fois dans la conception des activités et pendant leur déroulement
- Observer, tenir compte et s'appuyer sur les dynamiques de groupe
- Prévoir des temps d'accompagnement individuel ou en petit groupe (pas plus de 3 ou 4 personnes) pour travailler sur des aspects spécifiques - problématiques ou non.
- S'impliquer dans l'atelier lorsque cela s'avère pertinent (par exemple : donner soi-même un massage)
- Inscrire son approche dans le long terme, ne pas se décourager et persévérer

L'approche psychocorporelle centrée sur les sens a donc démontré, je le crois, ses qualités bénéfiques lorsqu'il est question d'accompagnement des personnes âgées.

Les animations au cœur de la pratique éducative

À travers la synergie entre les compétences d'éducateur et d'animateur, un autre point important se dégage de ce TFE : la conception et la mise en œuvre des activités elles-mêmes. Ce n'est pas là ce qui constitue, en général, le gros du travail de l'éducateur, pour qui les animations sont vues comme un *plus* distractif. Lorsqu'on lit la définition de la 'fonction d'accompagnement et d'éducation' dans les *Carnets de l'éducateur*¹⁵⁰, on n'y trouve aucune référence à la conduite d'ateliers.

Mais, quand on travaille en centre de jour, on n'a d'autre choix que d'envisager les activités comme solution principale d'accompagnement.

Comment, dès lors, proposer une animation qui soit réellement éducative ?

La première condition pour un atelier de qualité est de le concevoir avec un objectif éducatif. Objectif qui peut être, simplement, de passer une après-midi au soleil en discutant... ce qui est parfois plus créateur de lien qu'un groupe de parole encadré. A condition de ne pas perdre de vue les besoins des bénéficiaires !

Car c'est là le plus important : partir des besoins de ceux à qui on destine l'animation que l'on va mettre en place. Il s'agit de connaître les bénéficiaires. Et pas seulement à travers l'anamnèse ou le dossier médical qui leur collent les étiquettes avec lesquels ils sont arrivés et avec lesquelles ils repartiront... Non, connaître les bénéficiaires cela signifie ne jamais cesser d'observer, d'écouter, de réfléchir et de (se) questionner.

¹⁵⁰ DEVAGLE, M., GILLES, M., HUVELLE, F., ISTACE, L., VAN DEN EYNDE, M., VANHAVERBEKE, J., VAN HOYE, P., WACQUEZ, J. et WAUTIER, D., *Les carnets de l'éducateur, exploration de la profession*, Ed. Rhizome, Marchienne, 2013

Grâce à cela, seulement, l'éducateur-animateur pourra décoder leurs besoins et tenter d'y répondre à travers son travail d'animation.

J'ajouterais donc le point suivant à la définition de la 'fonction d'accompagnement et d'éducation' : « *concevoir des activités éducatives qui ont pour objectif de répondre aux besoins (exprimés ou non) des bénéficiaires* ».

Attitudes éducatives

En outre, adopter certaines attitudes éducatives est essentiel si on veut conduire un accompagnement de qualité sur le long terme.

Humanitude, approche centrée sur la personne, pédagogie différenciée : autant de courants novateurs qui mettent le bénéficiaire au centre de la pratique de l'éducateur. M'inscrivant, sans le savoir, dans la lignée de ces théories, j'ai répertorié, au fil de mes années à Atoll, des attitudes éducatives essentielles à mon travail d'animation. Les voici :

- Ne rien imposer
- Respecter le rythme de chacun et celui du groupe
- Porter une attention constante aux participants via les signaux verbaux et non-verbaux
- Synchronisation au groupe, comprendre, gérer et soutenir les dynamiques de groupe
- Susciter l'attention de chacun via le regard, la voix,...
- Partir de ce que les personnes connaissent pour amener du neuf
- Adapter les consignes aux spécificités et aux limites de chaque bénéficiaire
- Favoriser la relation de confiance entre les participants et avec l'animateur
- Établir un cadre propice à l'épanouissement dont l'éducateur-animateur est une figure centrale
- S'impliquer dans l'atelier, ne pas hésiter à montrer l'exemple, à jouer le jeu
- Oublier ses exigences
- Soutenir l'autonomie
- Bienveillance

- Empathie
- Ne pas infantiliser
- Congruence

Cette liste n'est pas exhaustive. Elle reprend cependant les piliers essentiels du travail d'éducateur-animateur.

Ouvrons plus de centres de jour pour personnes âgées !

Des animations à vocation éducative ; c'est ce qui différencie l'éducateur de l'animateur, c'est ce qui distingue un centre de jour d'un club pour seniors, c'est ce qui fait la qualité et l'importance des structures de ce type dans la prise en charge des personnes âgées.

Combien de fois n'ai-je pas dû convaincre et reconvaincre les familles des bénéficiaires que fréquenter Atoll pouvait s'avérer aussi important qu'un bon suivi médical ? J'ai évoqué les dépressions non diagnostiquées chez les personnes âgées, provoquant des symptômes qui sont, à tort, assimilés aux travers du vieillissement. Sans un bon suivi psychosocial, impossible d'assurer aux personnes âgées une santé aussi bien mentale et sociale que physique.

Car tout est lié. On a vu les conséquences qu'une rupture de l'unité psychocorporelle peut avoir sur les individus qui en souffrent. Soigner le corps ne suffit pas à aller bien.

L'accompagnement en centre de jour a ses spécificités propres, le secteur des personnes âgées aussi... La combinaison des deux en fait un secteur à part entière. Secteur encore peu connu, peu développé, peu valorisé.

Lorsqu'on travaille dans une telle institution, il faut inventer sa pratique au quotidien. Les bouquins, les théories et les méthodes pour l'éducateur en gérontologie s'appliquent surtout aux maisons de repos. Il n'existe que peu, voire pas du tout, de littérature sur laquelle s'appuyer.

Il y a, bien sûr, des modes d'emplois pour l'animation avec

les personnes âgées mais on ne parle nulle part de l'accompagnement de jour dans sa globalité. Quid du suivi à domicile lorsque la personne quitte le centre et rentre chez elle ? Quid de la reliance, de la mise en place de solutions avec l'entourage ? Du relais entre les heures passées au centre et le reste de la vie des bénéficiaires ? Comment leur apporter l'aide qu'ils demandent alors qu'on ne les voit que cinq jours sur sept, de 9h à 17h ?

À la frontière entre l'aide à domicile et l'institutionnalisation, les centres de jour représentent un phénomène nouveau, encore trop peu connu et pas assez répandu. Tout est encore à faire et j'espère bien, un jour, pouvoir apporter ma pierre à l'édifice.

Retour sur le rôle de l'éducateur-animateur

J'ai envie de terminer cette conclusion par une remise en question. Lorsqu'on interagit avec des humains, rien n'est garanti, il n'y a aucune méthode ni recette. L'éducateur-animateur n'est pas la cause des émotions ou des réactions des participants. On ne peut que mettre en place un cadre d'activités et de vie dans lequel des émotions, sentiments, pensées et échanges sont suscités.

Se positionner en agent de la réaction de l'autre peut s'avérer réconfortant lorsque les choses se passent bien. Mais, en cas de « couac » – comme c'est le cas dans ma troisième situation, avec Liliane – c'est la fête aux doutes, à la culpabilité, aux sentiments d'échec,... On perd alors la distance nécessaire à un bon travail éducatif.

J'ai commis moi-même cette erreur à de nombreuses reprises. Et, très certainement, le fait d'être la seule éducatrice-animatrice dans une petite structure ne m'a pas permis de voir que je me fourvoyais. Cela vient également d'un manque de confiance en moi : après tout, j'ai appris toute seule un rôle pour lequel je ne me sentais pas taillée au départ. Mon besoin de reconnaissance, à travers les solutions mises en place, m'a empêché de trouver la juste distance.

C'est quelque chose que je garderai à l'esprit à l'avenir : la

distinction qui existe entre le contexte posé par l'éducatrice-animatrice à travers les activités organisées et les réactions des participants (plaisir, joie, tristesse, pleurs, cris,...).

Pour répondre à la question...

Et donc, finalement, comment l'éducateur spécialisé peut-il accompagner la personne âgée en centre de jour à travers des animations quotidiennes ?

D'une part en concevant des activités répondant aux besoins des bénéficiaires - le triptyque observation/analyse/pistes d'action cher à l'éducateur s'impose ici comme une méthodologie pertinente pour mettre en lumière les besoins qui sous-tendent les comportements observés. Ces activités sont envisagées selon une approche psychocorporelle qui s'appuie principalement sur la sollicitation des sens.

Et, d'autre part, en adoptant des attitudes éducatives adéquates qui permettront de conduire ces ateliers dans une ambiance propice au bien-être et à l'épanouissement.

Alors, éduc' ou animateur ? La synergie existe bel et bien : c'est grâce aux compétences et aux savoirs de l'éducateur que la pratique d'animation devient un accompagnement à part entière.

Tu nous manques !

« Tu nous manques ! » me disent encore aujourd'hui les bénéficiaires d'Atoll quand je les croise par hasard dans la rue ou qu'ils me téléphonent pour prendre des nouvelles. Mes deux années au centre de jour m'ont appris énormément. Je me suis formée, un peu sur le tard, parfois en improvisation totale, à animer des ateliers. J'ai appris à créer des cadres pour amener les participants à vivre des moments d'émotion, de rire, de pleurs, de colère. J'ai géré des disputes, accompagné des crises, recueilli des confidences. Je me suis frottée à l'impuissance et aux limites

de ma fonction - on ne peut pas toujours trouver des solutions à toutes les situations. Mais, surtout, surtout, j'ai fait la magnifique rencontre de chacun de « mes petits vieux » et de leurs histoires uniques.

9. Bibliographie

Voici les ouvrages, les articles, les sites web et autres documents qui m'ont aidée dans mes recherches et m'ont permis de rédiger de travail de fin d'études :

Livres

ANCET, P., *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Ed. Dunod, Paris, 2014

ANZIEU, D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1985

AYMOT, J-J., *Travailler auprès des personnes âgées*, Ed. Dunod, Paris, 2008

CHARPENTIER, E., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Ed. Deboeck, Paris, 2014

CARRIE-MILH, S., *La pratique du Shiatsu en thérapie psychomotrice*, Ed. Grego, Paris, 2009,

CORNEAU, G., *Victime des autres, bourreau de soi-même*, Ed. Robert Laffont, 2003

CRONE, Ph., *Animer en humanité, l'animation dans les établissements d'accueil des personnes fragilisées*, Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2017

DECHAUD-FERBUS, M., *Cet autre divan, psychanalyse de la mémoire du corps*, Ed. PUF, Paris, 2015

DEVAGLE, M., GILLES, M., HUVELLE, F., ISTACE, L., VAN DEN EYNDE, M., VANHAVERBEKE, J., VAN HOYE, P., WACQUEZ, J. et WAUTIER, D., *Les carnets de l'éducateur, exploration de la profession*, Ed. Rhizome, Marchienne, 2013

EVERS, A., *Le grand livre de l'art-thérapie*, Ed. Eyrolles, Paris, 2015

GUIOSE, M., *Relaxations thérapeutique*, Ed. Heures de France, Paris, 2007

HENDERSON, V., *La nature des soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1994

LAUZON, F., *L'éducation psychomotrice: Source d'autonomie et de dynamisme*, Presses Universitaires du Québec, 2000

ECOURT, E., *La musicothérapie, une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*, Ed. Eyrolles, 2014

MASLOW, A., *Motivation and Personality*, Ed. Blackwell's, New York, 1970

MONTAGU, A., *La peau et le toucher un premier langage*, Seuil, Paris, 1979

PERRON, M., *Communiquer avec des adultes âgés, la « clé des sens »*, Ed. Chronique Sociale, 1996

PHANEUF, M., *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*, Infiressources, 2007

POLETTI, R., DOBBS, B., *Lâcher prise, dire oui à la vie*, Ed. Jouvence, Genève, 1998

PORTNER, M., *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne*, Ed Chronique Sociale, Paris, 2017

POURTOIS, J-P., DESMET, H., *L'éducation postmoderne*, Ed. PUF, Paris, 1997

SAME, M., *Le toucher suspendu : philosophie et massage en kinésithérapie*, Ed. Connaissances et Savoirs, 2006

SCHILDER, P., *L'Image du corps*, Gallimard, Paris, 1968

SUDRES, J-L., ROUX, G., LAHARIE, M., DE LA FOURNIERE, F., *La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social*, Ed. L'Harmattan, 2004

Articles

BAELE, M., *Pour pallier la solitude des seniors, des centres de jour existent*, site web du journal Le Soir, url : https://www.rtbf.be/info/regions/detail_pour-pallier-la-solitude-des-seniors-des-centres-de-jour-existent?id=7848041

BAUDRY, Ch., *La dépression des personnes âgées, une*

maladie insidieuse, site web de Santé Magazine, mars 2019, url : <https://www.santemagazine.fr/sante/maladies/maladies-mentales/depression/la-depression-des-personnes-agees-une-maladie-insidieuse-177992>

JEANNEROD, M., *De l'image du corps à l'image de soi* in Revue de neuropsychologie, 2010/3, url : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-185.htm>

Mémoire

ERARD, C. et LECA, R., *mémoire : Éducation et Motricité, le rapport au corps en EPS*, UFR STAPS, Dijon, 2018, disponible sur internet à l'url : <http://www.culturestaps.com/15454027/CM+Le+corps+en+EPS.pdf>

Cours

GILLAIN, A-F., *Syllabus de psychologie*, 1ère BAC en Education spécialisée, Approche conceptuelle 1, UE 185, année scolaire 2015-2016

GOMAND, I., *Syllabus psychopédagogie*, 3^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche conceptuelle 3, UE 189C, année scolaire 2018-2019

LEFEBVRE, G., *Du projet à la réalité : support des activités d'enseignement de méthodologie du projet et de réalisation et évaluation du projet*, 2^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche méthodologique 2, UE 190 et Approches complémentaires, UE 193, année scolaire 2017-2018

WIELS, V., *Méthodologie des activités ACSC*, 2^{ème} BAC en Education spécialisée, Approche méthodologique 2, UE 190, année scolaire 2017-2018

Enquêtes et rapports

Conseil national des aînés, *Rapport sur l'isolement des aînés*, site web du Gouvernement du Canada, url :

<https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>, dernière modification 2017

Fondation Roi Baudouin, *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, étude reprise sur le site web [intergeneration.be](http://www.intergeneration.be), url : http://www.intergeneration.be/publication.php?id_publication=161&id_asso=112

ROUSSEAU, T., METIVIER, K., *L'imitation utilisée pour canaliser l'agitation dans la démence de type Alzheimer : étude de cas* in NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, volume 7, issue 41, Ed. Elsevier, 2007, pp.31-40

VANCORENLAND, S., AVALOSSE, H., VERNIEST, R., CALLENS, M., MIKOLAJCZAK, M., VANBROECK, N., RUMMENS, G. et KAPALA, F., *Les compétences émotionnelles, un facteur à prendre en compte*, étude conjointe des MC, de l'UCL et de la KUL, site web de [mc.be](https://www.mc.be), url : https://www.mc.be/media/dossier%20de%20presse_competences_emotionnelles_tcm49-33107.pdf

Autres documents

DEPREZ, M., *Dossier de description du centre de jour Atoll*, 2017

Auteur inconnu, *La pédagogie différenciée*, document à destination des enseignants, sur [Enseignement.be](http://www.enseignement.be), url : http://www.enseignement.be/download.php?do_id=2456&do_check=

Sites web

BERNARD, H., *De quand date la première maison de retraite ?*, site web du Groupe des Animateurs en Gériatrie, publié le 20/02/2011, url : www.gag.affinitz.com

BARAN, D., *Liste des sentiments*, site web dianebaran.fr, url : <https://ceretentransition.files.wordpress.com/2016/04/liste-sentiments-cnv.pdf>

BARAN, D., *Liste des besoins*, site web dianebaran.fr, url : <https://cerenttransition.files.wordpress.com/2016/04/liste-besoins-cnv.pdf>

JOLY, V., *Le handling chez Winnicott, définition*, site web psy-enfant.fr, url : <http://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>

Auteur inconnu, *Centres d'accueil de jour*, site web du Portail Santé de l'AVIQ, url : <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/centre-accueil-de-jour>

Auteur inconnu, *Effet Pygmalion*, encyclopédie en ligne Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Pygmalion

Auteur inconnu, *La dégénérescence maculaire*, article de l'encyclopédie en ligne Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9g%C3%A9nescence_maculaire_li%C3%A9e_%C3%A0_l_%27%C3%A2ge#Forme_atrophique_%C2%AB_s%C3%A8che_%C2%BB

Auteur inconnu, *La maladie d'Alzheimer*, Wikipédia, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_d%27Alzheimer#M%C3%A9canismes_pathologiques

Auteur inconnu, *La maladie d'Alzheimer*, site de la Ligue Alzheimer asbl, url : <https://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/>

Auteur inconnu, *Le concept d'humanité*, site web de Cap Retraite, url : <https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/la-bientraitance/humanitude/>

Auteur inconnu, *Les fonctions du Moi-peau par étayage sur la fonction biologique de la peau*, Wikipédia, page sur le Moi-Peau, url : https://fr.wikipedia.org/wiki/Moi-Peau#Les_fonctions_du_Moi-peau_par_%C3%A9tayage_sur_la_fonction_biologique_de_la_peau

Auteur inconnu, *Les stades de la maladie d'Alzheimer*, site d'Alzheimer's association, url : <https://www.alz.org/fr/stades-de-la-maladie-d-alzheimer.asp#Moderately>

Auteur inconnu, *Personne âgée*, dictionnaire en ligne l'Internaute.fr, url : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee/>

Auteur inconnu, *Personne âgée*, encyclopédie en ligne
Wikipédia, url : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_
%C3%A2g%C3%A9e](https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_%C3%A2g%C3%A9e)

Google, recherche « animer définition », url :
[https://www.google.com/search?q=animer+d
%C3%A9finition&rlz=1C1AVNE_enBE850BE850&oq=animer
+d
%C3%A9finition&aqs=chrome..69i57j0l5.2249j1j9&sourceid
=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=animer+d%C3%A9finition&rlz=1C1AVNE_enBE850BE850&oq=animer+d%C3%A9finition&aqs=chrome..69i57j0l5.2249j1j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

« On adore venir à Atoll mais on est contents aussi quand on rentre chez nous, après toute cette agitation, le calme ça fait du bien ! »

Josiane, 74 ans



