

## Comment et pourquoi ça marche

*L'approche **Colporteur' Couleurs** prévoit une forme **d'animation de groupes** centrée sur l'accueil bienveillant de chaque résident. Elle utilise comme médiateur les textiles, coussins et autres objets qui ont en commun de la **couleur** et des **formes** susceptibles d'étonner, de relier à d'anciens gestes, à un métier, à un loisir... **Le toucher** et **le regard** face à l'objet permettent une forme d'éveil ainsi qu'une mise en relation avec les autres participants qui sont à leur tour sollicités. Chacun se laisse interpeller par ses propres fantaisies au travers de ses découvertes ainsi que par les interactions des autres acteurs impliqués (résidents et animateurs)*

Olivier Schneck, directeur EMS

Le Colporteur' Couleurs fait partie des approches dites non médicamenteuses ou relationnelles.

Toutes ces approches sont fondées sur des bases communes :

- ✓ Un accompagnement qui relève / met en évidence les capacités restantes de la personne souffrant de troubles cognitifs
- ✓ La prise en compte de la personne dans sa globalité, bio-psycho-sociale et spirituelle
- ✓ Un mode de médiation permettant d'entrer en relation
- ✓ Une attitude d'ouverture, de non-jugement et de bienveillance
- ✓ Une capacité du professionnel à se centrer pour être pleinement présent
- ✓ Une approche ni curative, ni rééducative, mais valorisante et stimulante

Impacts observés :

- Diminution de la fréquence et de l'intensité des troubles du comportement
- Diminution de la fréquence et de l'intensité de l'anxiété
- Ralentissement du déclin cognitif
- Amélioration de la qualité de vie
- Maintien du lien social
- Maintien de l'autodétermination
- Amélioration de l'autonomie

1. Comment mettre en évidence les capacités restantes chez la personne présentant des troubles cognitifs ?

Les tests utilisés dans le domaine médical visant à évaluer les compétences cognitives des sujets sont axés sur les pertes, créant souvent de la frustration, de la colère et pouvant donner un sentiment qu'il n'y a plus rien à faire. La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont dégénératives, les professionnels de la santé, ne pouvant offrir de traitement curatif, ont tendance à se percevoir dans une posture d'impuissance, qui peut se traduire par un discours résigné.

Dans une société où les capacités intellectuelles sont nettement plus valorisées que les compétences relationnelles ou émotionnelles (souvenez-vous de vos années d'école) la baisse visible des capacités cognitives véhicule l'image d'une personne n'ayant plus de capacités.

Or, chez la personne souffrant de troubles cognitifs, **ses capacités sont souvent latentes**. Comment expliquer que les professionnels aient de la peine à voir ses capacités sous-jacentes ? Peut-être, car elles ne trouvent plus spontanément le chemin pour s'exprimer. Peut-être parce qu'elles s'expriment de manière inattendue dans un contexte que nous qualifions d'inadéquat. Peut-être par manque de stimulation appropriée, ces capacités s'étiolent peu à peu, et l'on oublie qu'elles sont là, prêtes encore à éclore. Peut-être parce que le professionnel focalise son attention et ses actions en réaction aux troubles présents. Toute son attention est axée sur les troubles et peu sur les capacités de la personne.

Dans la démarche du Colporteur' Couleurs, nous allons à la rencontre de ces potentialités. Nous **éveillons la mémoire sensorielle** accessible tout au long de la maladie. Elle est la porte d'entrée pour la rencontre avec celui/celle que nous accompagnons. Elle invite la personne à être en contact avec elle-même, à se sentir, se ressentir, être vivante d'abord dans son intériorité puis avec l'extérieur (le CC, les autres participants, ...)

Toutes nos mémoires se sont construites par les stimuli de nos cinq sens : la mémoire émotionnelle re/devient la porte d'accès aux autres mémoires. Alors la personne se raconte (mémoire épisodique), plie les tissus (procédurale), fait des liens entre ce qu'elle vit et l'appris (sémantique)

**Cette approche vécue en groupe réveille l'être social en nous.**

*« C'est l'être en moi qui fait que j'existe et si l'être en moi ne peut plus exister alors il s'enferme en lui-même »* E. Levinas dans *Le temps et l'autre*

**Le vécu intérieur met toute personne en lien avec ses émotions.** La personne souffrant de troubles cognitifs a la capacité d'exprimer son vécu : Elle rit, crie, tient un discours déclaratif, tend la main, sourit, ferme les yeux. Tout son corps s'exprime, cherche le contact, le lien social, un sentiment de sentir existée, d'être vue dans le regard de l'autre. À nous de développer la capacité d'accueillir son langage, ses émotions, même si nous ne pouvons plus toujours y donner un sens logique. Dans les méandres de son labyrinthe, elle suit un fil rouge qui nous est invisible. Et si nous apprenions à lui faire confiance, si nous arrêtons de penser, de dire qu'elle est désorientée ? Si plutôt nous reconnaissons que le chemin emprunté nous est inconnu ? Si nous apprenions à voir sa capacité à continuer de communiquer ainsi que notre difficulté à suivre son discours ?

Les codes d'orientation ne sont plus ceux qui régissent son monde. Si nous savons établir un lien de confiance avec elle et nous laisser guider dans son intériorité, alors nous ne verrons plus uniquement ses pertes, mais découvrirons avec émotion toutes ses capacités comme des trésors endormis.

2. Qu'est-ce qu'une prise en compte globale de la personne accompagnée ?

C'est tenir compte de tous les aspects de l'être humain : **bio-psycho-social et spirituel**. C'est-à-dire, ses besoins et comportements corporels, physiques ; émotionnels et estime de soi, ses manières d'entrer et d'être en relation avec elle-même, avec nous et avec son environnement, ses valeurs de vie, sa capacité à donner du sens à ses journées et à sa vie. Dans l'approche CC nous nous basons sur les **théories des besoins** (telles, Maslow, Virginia Henderson, Callista Roy), le travail **biographique** et le développement de l'**identité** pour observer, comprendre, analyser et répondre de manière appropriée aux besoins de la personne accompagnée. Lors de troubles cognitifs, les besoins de sécurité et d'appartenance sont souvent au-devant de la scène. Par une approche que nous développerons plus loin, le CC tend à permettre à la personne accompagnée de **se sentir et en sécurité et en lien**. Puis il l'accompagne, est à ses côtés pour accueillir et tenir compte des autres besoins qui constituent l'expression même de notre humanité : se sentir accueilli tel que nous sommes, avoir un rôle dans le groupe, se sentir en lien avec notre interlocuteur, donner du sens à ce que nous faisons.

La phase dite de vieillesse, est une phase de **bilan de sa vie et de transmission**. Ceci s'exprime aussi lorsque la personne souffre de troubles cognitifs : elle parle de son passé, de ses regrets, de ses deuils non faits, de ses moments qui lui ont permis de se construire et de se réaliser, elle transmet ses expériences de vie, ses apprentissages, ses valeurs.

### 3. Quel est le mode de médiation ?

**Dans l'approche CC notre médium est l'objet de couleurs.** De part ses formes, textures, grandeurs et couleurs différentes, il va interpeler le participant via les sens de la vue et du toucher essentiellement. L'objet devient le prolongement de la relation de confiance. La mémoire affective étant sécurisée, l'évocation de souvenirs émerge, le **processus créatif** peut commencer.

L'objet est à la fois un support :

- Pour éveiller la mémoire émotionnelle, qui, comme nous l'avons vu, va se mettre en relation avec les autres mémoires
- Pour vivre une expérience sensorielle
- Pour être un lien entre le participant et l'accompagnant
- Pour éveiller la créativité et l'imaginaire sans tabou
- Pour interpeller et éveiller les associations d'idées (mémoire sémantique)
- Pour encourager le geste, son savoir-faire (mémoire procédurale)



### 4. Quelle est la posture du professionnel Colporteur' Couleurs ?

**Le CC voit d'abord la personne et non la maladie.**

Il est **centré**, dans une posture psychocorporelle développée pendant la formation. Il adopte une **attitude d'ouverture et de bienveillance**, libérés des stéréotypes en lien avec la vieillesse et la maladie.

Il a **confiance** en ses propres capacités, celles de son binôme (avec qui il s'est mis en relation dans la phase dite de préparation) et celles des participants.

Il crée un climat de confiance et de création.

Il est en lien avec son **intériorité**, son partenaire CC, le groupe, chaque participant du groupe et l'environnement.

Il accueille chacun dans cet espace des possibles.

Il présente les objets de manière à éveiller les sens et les compétences des participants.

Il est le prolongement de leurs gestes.

Il connaît et sait utiliser l'impact des **neurones miroirs** dans sa communication non-verbale.

Il **encourage** l'expression de soi, par le geste, la mimique, la créativité sans attente.

Il adapte son **rythme** de parole, de mouvement à la personne accompagnée.

Il utilise des techniques de communication de type : communication non violente, Validation, Humanitude, écoute active, etc.

Il **accueille** les incertitudes, les associations d'idées.

Il est dans **l'ici et le maintenant**, pleinement présent à ce qui se passe.

Il ose rencontrer la personne accompagnée dans son univers, sans la brusquer en adaptant son accompagnement aux capacités visibles et latentes de la personne.

Il est ouvert à ce qui se passe, **sans jugement**.

Il est conscient des transferts et contre-transferts (concepts de S. Freud)

Il est en contact avec son propre **vécu émotionnel et sensoriel**.

Il est ouvert à un regard différent, à sa propre **créativité**, son propre **imaginaire** et aspects **ludiques** de la relation. Il est, dans ce que nous appelons, en **état de jeu**.

Il est à la fois l'animateur, celui qui donne de la vie, permet qu'une dynamique de groupe s'installe et évolue et l'accompagnant de chaque participant.

Il nourrit un sentiment de **familiarité** permettant à la personne accompagnée de se sentir en sécurité et de s'exprimer « comme à la maison »

Il accompagne la déconstruction avec **bienveillance**, prépare la transition vers une autre activité.

Il soutient chaque participant dans l'**intégration** que l'activité CC prend fin.

#### Encore un mot sur le regard et son importance :

Le CC **regarde** la personne en conscience. L'échange de regard a un objectif, il est un lien social, il raconte une histoire, ouvre au dialogue, à la rencontre, au partage.

L'échange de regard permet à la personne de **se sentir vue** et regardée. Ceci va induire en elle un sentiment d'exister, qui lui permet de se connecter avec son propre corps, ses perceptions sensorielles et émotionnelles pour finalement l'ouvrir à communiquer vers l'extérieur : avec son interlocuteur.

Si l'adage prétend que les yeux sont le miroir de l'âme, le face à face est *une réciprocité en mouvement, un enchâssement d'émotions et de pensées dans un jeu de miroir*. D. Le Breton

*L'art donne du sens et mobilise les sens. Il exprime le sensible, propose une expérience esthétique, libère les émotions*

*Aristote*

#### 5. Quels sont les effets du personnage ?

**Le CC est habillé en jardinier.** Le fait de porter un habit lui permet d'être dans son personnage adoptant la posture décrite ci-dessus. Il lui permet le temps de l'activité de se couper de sa fonction principale pour se consacrer pleinement à l'animation.

Son habit interpelle, il est reconnaissable des autres personnes évoluant en EMS (les soignants, le personnel, les visiteurs, les autres résidents...) De part ce décalage, de part sa couleur, son chapeau, il permet au CC - ce personnage haut en couleurs - de créer la surprise, d'éveiller l'intérêt.

**L'habit est un médiateur pour entrer en relation** : la personne malade peut faire des commentaires, des compliments, toucher les habits attirant son regard, désirer mettre le chapeau, raconter un épisode de sa vie en lien avec un habit particulier, etc.

**La pratique du CC, comme toutes les approches non-médicamenteuses, montre par l'exemple, qu'un changement d'attitude du personnel accompagnant induit un autre comportement chez la personne souffrant d'Alzheimer.**

6. Quels sont les aspects institutionnels ?

**La démarche CC est une approche qui s'inscrit dans l'organisation et les valeurs de l'institution.** C'est pourquoi nous recommandons une présentation du concept avant ou pendant que les CC sont en formation. Cette approche peut questionner l'institution sur ses représentations dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles cognitifs avancés. Il est important que les fondamentaux et les valeurs de la démarche soient comprises par les cadres afin de permettre la pérennité du CC dans l'institution.

Le CC est, parmi les autres animations généralement proposées, **une offre spécifique de groupe** pour les résidents souffrant de démence, un moyen pour diminuer leur anxiété et leur offrir un espace de créativité, de vitalité et de bien-être. Pour une institution c'est également important de pouvoir montrer aux familles et aux proches des personnes malades qu'elle peut leur offrir des animations adaptées.

*« Heureusement que vous êtes là pour mettre de la vie et de la couleur »*

*« Ici grâce à vous, il fait beau »*

Témoignages de proches

La pratique du CC remobilise les capacités sociales, **favorise une vie relationnelle** de groupe le temps de la visite. Les effets vont d'ailleurs se prolonger dans les heures qui suivent l'activité, à condition que la transition entre l'activité et la suite de la journée se fasse en douceur.

Elle rend visible la possibilité d'**accueillir l'émotionnel** de la personne désorientée. Cet émotionnel est, en institution, souvent nié, dévalorisé, objet de crainte et/ou associé à l'agressivité, à la désinhibition, donc évité. Le CC est formé pour accompagner les émotions liées aux réminiscences.

Elle permet de faire évoluer le regard sur la maladie. Les personnes souffrant de troubles cognitifs ne sont plus uniquement vues comme des malades incurables accumulant des pertes. L'approche CC permet de faire ressurgir des compétences qui semblaient perdues. Elle montre que la personne avec des troubles continue d'apprendre, qu'elle est capable de s'adapter à son environnement si elle se sent en confiance.

## **Les professionnels sont invités à questionner leurs représentations de la maladie.**

Selon L. Ngatcha-Ribert, dans l'imaginaire collectif, la maladie d'Alzheimer véhicule plusieurs images négatives et effrayantes. Elle est une maladie de la honte parce qu'elle touche l'esprit, évoquant les maladies mentales. La personne privée de ses facultés dites nobles perd peu à peu son identité. N'étant plus vue comme une personne à part entière -seule la maladie et ses symptômes semblent être considérés – elle perd peu à peu de son humanité. Cette représentation amène à une dévalorisation, une désocialisation, voire une exclusion des personnes désorientées (Cf. les travaux de Gineste et Marescotti sur le concept d'Humanitude) Cependant, notre société et notre système médical valorisent la prise en charge des malades. La personne âgée souffrant de troubles cognitifs, si elle désire retrouver un rôle social, également en institution, ne le peut que si elle endosse le rôle de malade, si elle accepte d'être vue, non pas pour qui elle est, mais uniquement comme malade dont on doit prendre soin.

### **La non reconnaissance de l'identité de la personne désorienté peut mener à une perte de rôle et de reconnaissance sociale et peut induire un évitement de la personne.**

L'approche du CC permet d'aller à la rencontre de la personne telle qu'elle est aujourd'hui, sans attente, ou plutôt sans pression de performance de sa part. Elle lui permet d'être vue et accueillie sans jugement, lui redonnant un rôle social dans le groupe, ce qui a pour effet, que la personne désorientée réinvestit son identité, au grand étonnement des professionnels qui découvre, non pas une autre facette du malade, mais bien un individu à part entière.

Cette approche questionne aussi **le rythme** de travail attendu en institution. Elle montre que pour entrer en relation avec une personne souffrant de troubles cognitifs notre rythme (parole, gestes, démarche...) doit s'accorder à celui de la personne accompagnée, donc ralentir. La notion du temps vécue par les professionnels et les résidents semblent souvent s'affronter. Si le professionnel est conscient que la relation est un soin, il exprime que ce temps ne lui est pas donné. Seuls les actes exécutés semblent être pris en considération, cela est d'autant plus vrai que l'entreprise prône une gestion quantitative. La personne âgée semble, elle, avoir tout le temps. Les journées passent et se ressemblent, les routines se répètent, elle attend et pourtant ses questions restent sans réponse. L'inactivité ne demande pas forcément à être comblée par un activisme, car le temps de la vieillesse est aussi un temps d'intériorité et d'introspection.

Dans la pratique du CC, **le temps est prévu et défini**, aussi vis-à-vis de ses collègues. Il est inscrit dans l'agenda, est planifié de manière régulière (mensuelle ou bimensuelle), le temps d'avant et de l'après CC fait partie intégrante de l'activité. C'est un temps pendant lequel le CC ne peut pas être dérangé pour toutes ces petites et grandes choses à faire qui jalonnent le quotidien du professionnel.

## **Créer une relation de confiance prend du temps !**

Le CC s'adapte, il entre dans l'espace-temps du bénéficiaire

**Car la qualité de notre présence doit s'intensifier pour qu'il y ait rencontre.** Ceci nécessite que l'institution reconnaisse et valorise l'accompagnement basé sur des relations humaines, et non uniquement des actes de soins et du service hôtelier. Qu'elle donne les ressources nécessaires à son personnel pour mettre en application ce dont pourquoi ils sont formés : accompagner et prendre soin de l'autre dans le respect de leur autonomie et autodétermination.

Dans l'approche CC le temps est pris pour réinvestir la relation et **la rencontre** se produit. L'échange et le partage permettent au professionnel de (re)donner du sens à son accompagnement. Il se sent garant et porteur des valeurs humanistes de la mission institutionnelle.



**Le CC intégré dans une démarche institutionnelle apporte du lien et de la chaleur humaine à tous les partenaires en plus de la personne au centre de notre accompagnement : le résident.**

### 7. En savoir plus

[www.arc-en-jeu.ch](http://www.arc-en-jeu.ch)

<http://www.humanitude.fr/>

<https://humanitude.ch/>

<https://www.pourlascience.fr/sd/neurosciences/empathie-la-fin-des-neurones-miroirs-10227.php>

Dr V. Lefebvre des Noëttes, *Que faire face à Alzheimer*, Ed du Rocher, 2019

### 8. Bibliographie

E. Levinas, *Le temps et l'autre*, Puf, 1979

L. Alemagna et N. Cortaza, *L'art pour un regard différent sur Alzheimer, Créativité, vie sociale, vie psychique*, Chronique sociale, 2019

N. Feil, *La Validation méthode Feil, comment aider les grands vieillards désorientés*, Lamarre, 2005 réédité

L. Ngatcha-Ribert, *Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales*. Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol.2, 2004

E. Vincent, *La mémoire ses mécanismes et ses troubles*, Les Essentiels, Milan, 2005