

**Étude d'opportunité
sur la création
d'un accueil de jour
pour des personnes âgées
atteintes de troubles
neurocognitifs majeurs**

TOME 2

L'accueil de jour au quotidien :
Conceptions et mises en œuvre
des journées d'accueil

JULIE MICHEAU - MORGAN POULIZAC

RESOLIS

septembre 2022

Avec le soutien de la
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie



SOMMAIRE

Introduction — 5

1 Demandez le programme ! — 7

- 1.1 — La programmation « spontanée » — 8
- 1.2 — La programmation pour « tous les goûts » — 8
- 1.3 — La programmation ritualisée — 9
- 1.4 — La programmation sur-mesure — 10

2 Les activités collectives : des façons de faire bien différentes — 12

- 2.1 — Les activités cognitives — 12
 - 2.1.1 — Le rituel de l'éphéméride — 12
 - 2.1.2 — La revue de presse — 13
 - 2.1.3 — Les ateliers cognitifs — 14
- 2.2 — L'activité physique — 17
- 2.3 — Les activités fondées sur la chanson — 22
- 2.4 — La Cuisine — 25
- 2.5 — Les activités de création manuelle — 28
- 2.6 — D'autres activités collectives — 29
- 2.7 — Conclusion : ce qui guide les propositions d'activité — 30

3 À table — 32

- 3.1 — Le déjeuner : un moment d'attention soutenue de la part des équipes — 32
- 3.2 — Les autres temps de collation — 37
 - 3.2.1 — Le café, un rituel commun « d'entrée dans la journée » — 37
 - 3.2.2 — Le goûter ou comment finir la journée — 38

4 Accompagner de l'accueil au départ : un travail continu — 40

- 4.1 — L'accueil du matin : connaître et reconnaître la personne accueillie — 40
- 4.2 — Des temps calmes — 42
- 4.3 — L'accompagnement aux toilettes : une action très discrète — 44
- 4.4 — Le départ – un moment clé pour les équipes comme pour le groupe — 46
- 4.5 — Accompagner individuellement chaque personne au sein du collectif tout au long de la journée — 47

5 Conclusion : un cadre qui permet aux individus d'exister et qui peut servir d'inspiration à d'autres formes d'accompagnement médico-social — 49

6 Annexes — 52

- 6.1 — Dispositif d'enquête — 53
- 6.2 — État des connaissances sur les Accueils de jour — 59
 - 6.2.1 — Éléments d'état des lieux des AJ à destination des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer — 59
 - 6.2.2 — Les accueils de jour dans la littérature : trois finalités — 62
 - 6.2.3 — L'AJ étudié comme un dispositif boîte noire — 64
 - 6.2.4 — AJ et avancée de la maladie : peu de données — 65
 - 6.2.5 — Conclusion — 66
- 6.3 — Bibliographie — 68
- 6.4 — Tableau synoptique des circulaires 2002, 2005 et 2011 — 72

Introduction

Que se passet-il au sein des accueils de jour lors des journées d'accueil ? Voici ce qu'entend expliciter ce second tome de résultats de notre enquête par observation et entretiens menée dans 11 structures¹.

Dans le tome 1, c'est le dispositif institué de l'accueil de jour qui était questionné. Ce volet s'adressait tout particulièrement aux financeurs, aux porteurs de projets et aux acteurs et autorités en charge de l'évolution de l'offre. Partant de la généalogie du dispositif, intégrant les constats tirés du terrain sur le fonctionnement et les effets des accueils de jour, ont été formulées des questions structurantes pour réinterroger le modèle de l'accueil de jour et envisager à la fois une clarification des types d'accueil et des pistes d'expérimentation pour des formes « enrichies » au service d'un soutien plus intensif de la vie au domicile.

Dans ce second tome, c'est le fonctionnement quotidien des accueils de jour qui est restitué. L'objectif est de bien saisir ce qui fait l'« épaisseur » du métier d'accompagnement, mais aussi de mettre au jour les très nettes variations de sa mise en œuvre selon les lieux, les moyens, les projets des accueils. Ce second tome s'adresse plus particulièrement à un lecteur intéressé par les pratiques d'accompagnement.

On pourrait, pour le dire simplement, affirmer que « tous les AJ se ressemblent ». C'est exact si on ne les voit pas fonctionner et si l'on s'en tient au descriptif qu'ils donnent de leur propre activité (site internet, brochures). Notre observation de leur mode de fonctionnement témoigne néanmoins de leur grande diversité et d'« identités » propres à chacune des structures.

Certes, les accueils de jour proposent tous des activités en journée, pour des publics en perte d'autonomie, essentiellement avec des troubles neurocognitifs. Certes, ces activités semblent être les mêmes : activités cognitives, physiques, créatives, musicales, sorties parfois. Mais derrière cette apparente similitude des structures et des activités proposées se trouvent en réalité des projets bien différents.

Dans le tome 1, nous avons décrit nombre des caractéristiques apparentes des accueils de jour : taille, statut, moyens humains, localisation, architecture, publics accueillis et rythmes d'accueil, compétences requises. Notre objectif était d'explicitier le lien entre offre de service (de l'accueil simple au service d'appui pour le maintien à domicile) et moyens requis pour la déployer. Mais comme nous allons le voir, la diversité des structures tient également à des paramètres plus difficiles à cerner et qui ne se révèlent qu'à travers l'observation détaillée des journées d'accueil. C'est le détail de ce travail d'accompagnement que nous souhaitons restituer dans ce second tome.

¹ Cf annexe pour une présentation détaillée de la méthodologie et de l'échantillon

La programmation de la journée obéit selon les lieux à des logiques différentes, articulant projet d'accompagnement et contraintes organisationnelles (partie 1). Dans le « déroulement » concret de ce programme, c'est l'observation des différents moments de la journée - les activités collectives (partie 2), les repas (partie 3) mais aussi l'ensemble des temps de transition ou de pause (partie 4) - qui permet à la fois de cerner ce qui constitue le cœur de compétence de l'accompagnement tel que nous l'avons énoncé dans le premier tome de cette étude et de distinguer les projets d'accompagnement qui font la diversité des accueils (conclusion).

1.1 Demandez le programme !

La programmation des journées d'accueil, c'est-à-dire le jalonnement horaire des différents temps et activités, poursuit des objectifs bien distincts :

- elle sert d'appui à la communication, et vise à présenter la structure aux futurs utilisateurs et vis-à-vis de l'externe. Elle explicite que l'AJ ne saurait être un lieu de garderie mais bien un lieu où « il se fait des choses » ;
- en interne, elle est outil d'organisation du travail. Elle permet à l'équipe de se projeter et de savoir ce qui est attendu des uns et des autres. Elle guide la préparation des activités et structure la discussion sur ce que l'on va faire dans les prochains jours, les prochaines semaines, voire les prochains mois ;
- vis-à-vis des personnes accueillies, elle constitue l'emploi du temps de la journée.

Une grande majorité des AJ élabore précisément son programme, il est parfois affiché dans la salle d'accueil, dans le bureau de la responsable ou des équipes, il figure dans les classeurs de transmission, il est collé dans le cahier d'information à destination des familles...

Tous les AJ recourent au même répertoire d'activités et une vue distanciée laisserait penser que ceux-ci proposent un « menu » somme toute semblable d'un accueil à l'autre, ayant peu ou prou la forme suivante :

- 9 h 30 : accueil
- 10h : activités en groupe
- 12h : repas
- 13h30 : activité à la carte dont repos
- 14h30 : activités en groupe
- 15h45 : gouter
- 16h – 16h30 : départ

La programmation des journées a généralement une structure fixe proche de celle-ci, moyennant quelques modulations horaires selon les lieux. Mais les plages d'accueil et de départ, les heures de repas ou de collation sont généralement fixées. Ce qui va différencier les programmes réels tient essentiellement aux façons de définir les contenus d'activité et de définir un rythme de journée articulant temps de stimulation et temps de calme et d'apaisement.

Les capacités joueront évidemment un rôle important dans « ce qu'il est possible de faire » : le type et le nombre de professionnels intervenants, le nombre de places de l'AJ, les moyens même de la structure. Il n'en demeure pas moins que les conditions matérielles et humaines ne sont pas seules à expliquer les différents modes de programmation.

Si la plupart des AJ semblent peu ou prou suivre le même séquençement, nous avons tenu à distinguer trois formes spécifiques de programmation qui témoignent de la

diversité que nous cherchons à démontrer : la programmation spontanée, ou ritualisée ou sur-mesure.

1.2 La programmation « spontanée »

Le public des AJ sont « des habitués » et les équipes ont une connaissance fine de ce que sont leurs capacités, leurs préférences. Certains AJ optent dès lors pour une programmation souple, au fil de l'instant et de la réaction suscitée par les activités sur leur groupe du jour.

Ces équipes témoignent d'une intention initiale et jouent dans le cadre du jalonnement prévu et fixé.

Une professionnelle qui intervient seule au sein de l'AJ nous présente sa programmation :

« J'aime bien commencer la journée par un jeu. Ils apprécient généralement et cela permet de commencer doucement. Aujourd'hui, j'ai prévu un loto. Je verrai bien si ça fonctionne. Ensuite, j'ai prévu une activité autour de la mémoire, je vais voir si je peux faire écrire un ou deux, cela me donnera des idées pour la suite. Bon, si ça ne marche pas, j'ai ces armoires (elle désigne deux grandes armoires) où j'ai accumulé plein de choses que je peux toujours utiliser. Après le repas, je laisse toujours un temps assez long pour qu'ils se reposent – on regarde généralement un peu la télé et ceux qui veulent peuvent dormir. J'essaie de faire toujours un peu de sport, l'après-midi c'est bien qu'ils se défoulent. On utilisera peut-être la musique, je sais que madame J. aime vraiment bien chanter, et même danser d'ailleurs. Et puis après, il faudra se préparer au départ ».

Dans cette présentation du programme s'exprime très nettement une intention en termes d'activités, de rythmes et d'intensités. Les plages ne sont pas laissées au hasard. Il y a néanmoins beaucoup de place pour des ajustements « à l'instant », au fil de la journée et selon la manière dont réagissent les personnes accueillies. Cette liberté dans l'élaboration du programme se fait à l'appui de ressources (le placard) mobilisables pour combler les temps morts ou se substituer aux activités qui ne « marcheraient pas ».

Cette approche improvisée - mais réfléchie - n'est possible que dans des accueils de petite taille ou il n'y a pas ou peu d'enjeux de coordination entre sous-groupes, entre activités parallèles et différents professionnels.

1.3 La programmation pour « tous les goûts »

Pour les accueils les plus grands, la programmation est ce qui permet d'organiser le travail d'équipe, voire d'anticiper et de préparer la semaine : faut-il prévoir une préparation spécifique, des achats particuliers ? un intervenant extérieur vient-il cette semaine ? une actualité particulière retient-elle notre attention ?

Le principe qui semble régir la programmation repose sur trois déterminants :

- Offrir des programmes « équilibrés » : il s'agit de proposer aux personnes accueillies une diversité d'activités qui permettent, notamment, de faire travailler « la tête et les jambes ». Il en résulte que ces programmes associent au sein d'une même journée au moins une activité liée à la motricité et une relative au cognitif.
- Proposer de la « diversité » : le renouvellement des activités est une préoccupation observée dans de nombreux AJ. Les professionnels « cherchent » de nouvelles choses à tester dans un souci, disent-ils, « de surprendre nos personnes accueillies mais aussi de ne pas nous reposer sur ce qu'on sait déjà faire ».
- Faire « ce qu'on aime faire » : dans l'élaboration du programme, les responsables et les équipes des structures ne cherchent pas seulement à faire « ce qu'il conviendrait » de faire, il s'agit également de leur permettre d'animer des séquences dans lesquelles elles se sentent « plus à l'aise », « plus dans mon truc », ceci traduisant un souci de « bien faire les choses ». Les programmes s'en ressentent : des AJ sont « plus sportifs » que d'autres ou plus « créatifs » que d'autres et cela tient autant aux capacités des personnes accueillies qu'aux aspirations ou compétences propres des professionnels.

Il nous semble que ces programmes traduisent un effort de structuration mais aussi de justification de la part des AJ, y compris vis-à-vis d'autres acteurs du médico-social. Il s'agit de faire la démonstration que le travail qui est ici accompli n'est ni de l'animation, encore moins de la garderie. Il est aussi emblématique d'une recherche continue de la part des AJ pour adapter leur offre aux publics et pour trouver de nouvelles choses à proposer, notamment pour les publics à des stades plus avancés.

Ces deux modes de programmation semblent couvrir une vaste majorité de structures. Il semble néanmoins intéressant de mentionner deux autres formes de programmation qui traduisent deux approches sensiblement différentes de ce que doit être le rythme de la journée.

1.4 La programmation ritualisée

Quelques structures ont adopté un programme immuable, quel que soit le groupe du jour. Dans l'un, le programme est le suivant, il est affiché sur le tableau noir de l'AJ et ne change jamais :

- 9 h : bienvenue
- 10h : atelier pâtisserie
- 10h45 : en-cas
- 11 h : gymnastique
- 11h45 : remue-méninges
- 12h15 : actualités
- 13h : repas
- 15h : chant

- 15h45 : goûter
- 16h : départ

La responsable indique que cette programmation a peu évolué depuis l'ouverture de la structure. Il constitue le rituel, le cadre auquel chacun se réfère à commencer par les professionnels. Cette programmation est justifiée avec détails par la responsable, y compris dans ses singularités. L'atelier pâtisserie occupe la première séquence et permet d'entrer dans la journée, à des rythmes nécessairement différents. Il n'est d'ailleurs par rare que seule une partie du groupe y participe réellement, les autres vacant à d'autres activités ou restant au calme dans le salon de l'accueil. Le premier temps véritablement collectif est l'en-cas de 10h45, qui peut parfois durer 30 minutes certains jours. Vient ensuite une séquence plus mobilisatrice pour le groupe car elle vise plus précisément le cognitif. C'est en fin de matinée « que les plus vifs sont au mieux, les plus angoissés un peu plus apaisés, et les plus apathiques prêts à être stimulés ».

Le repas est quant à lui servi très tard par rapport à toutes les autres structures enquêtées. Cette heure tardive est elle aussi justifiée par la responsable :

« Autant nous pouvons travailler avec les personnes le matin, autant nous savons très bien qu'après le repas certains seront plus fatigués, d'autres déjà dans l'angoisse du départ. On a préféré retarder l'heure du repas de sorte qu'ils puissent profiter au mieux de leur journée et qu'on puisse de notre côté passer l'après-midi à essayer de préparer au mieux le départ ».

Sur le caractère immuable du programme, la responsable rappelle que la mémoire fait tout de même très largement défaut au public accueilli et qu'il est « peu probable qu'une plus grande variété d'activités soit nécessairement un gage d'une plus forte mobilisation des publics ». Enfin, pointe-elle, ce programme ne dit pas le travail qui est fait au sein des activités à proprement parler ni de ce qui est fait « en parallèle » des activités collectives, notamment quand des personnes sont incapables de suivre une activité et qu'elles sont prises en charge à part par un membre de l'équipe.

On comprend que cet AJ pense avant tout le programme « à la journée », conçue comme une trajectoire, un chemin, certes familier mais dont le principal intérêt est moins dans sa nouveauté que dans la manière de l'emprunter.

1.5 La programmation sur-mesure

Un accueil se distingue dans l'échantillon par son choix de proposer une programmation qui, plutôt que de partir du groupe, construit des journées pour partie pour chaque individu. Cela signifie que le programme se détermine au regard des personnes qui fréquentent effectivement l'AJ le jour dit. L'adéquation se fait activité par activité et il est possible de se faire retracer l'intention prévue individuellement pour chaque personne présente tout au long de la journée.

Le programme est ainsi défini sur une base quotidienne selon les personnes effectivement présentes. L'approche est quasi-clinique, des sous-groupes (jusqu'à trois) sont prévus pour faire varier au mieux les activités proposées.

Cet accueil ouvre plus tardivement que les autres AJ observés et les activités ne démarrent pas avant 10h30. Chaque demi-journée compte deux plages d'activités, qui sont effectuées en sous-groupes. Il y a ainsi généralement entre 7 et 8 activités à programmer tous les jours. On raisonne moins à partir de l'activité (est-ce que telle activité va convenir au groupe ?) qu'à partir du profil individuel des personnes accueillies, notamment pour les situations les plus complexes (pour monsieur untel, on va lui proposer une activité cognitive, un peu de relaxation et de la musique...). La programmation est ainsi beaucoup plus sophistiquée car elle tient compte de l'effectif présent, de besoins spécifiques de certaines personnes, de la disponibilité de l'équipe. Chaque journée fait l'objet d'une programmation propre.

On voit ainsi que le « programme » est tout à la fois un objet de travail plus ou moins figé et le révélateur d'une conception de l'accompagnement sous la contrainte des moyens humains.

2 LES ACTIVITES COLLECTIVES : DES FAÇONS DE FAIRE BIEN DIFFERENTES

La description des activités mises en œuvre par les accueils pourrait conduire, comme la description du programme et de la structuration de la journée, à une impression de très grande uniformité. Stimulation cognitive, activités physiques, activités créatives, activités musicales, activités de bien être sensoriel, cuisine ou sorties : rares sont les AJ qui n'offrent pas cette palette.

Mais à y regarder de plus près, ces intitulés s'appliquent à des pratiques très différentes : différentes dans les manières de les concevoir, de les mettre en œuvre et d'en définir les objectifs. Dans cette partie nous cherchons à comparer comment sont mises en œuvre les activités collectives et ce que revêtent les termes génériques d'activités cognitives, physiques, musicales... d'un accueil à l'autre, voire au sein d'un même accueil.

2.1 Les activités cognitives

L'analyse des rapports d'activité des AJ² indique que la mission la plus mise en avant par les accueils est de faire faire des activités cognitives aux personnes accueillies (98,4% des AJ). Malgré le caractère très vague du terme, on comprend qu'il y a là un élément de culture professionnelle très partagée. Néanmoins, si nos observations confirment que la stimulation cognitive est toujours présente au sein des accueils de jour, cela passe par des activités sensiblement différentes.

Nous décrirons quelques séquences de temps dédiés, en commençant par le rituel de l'éphéméride, puis en examinant une série d'ateliers.

Certains accueils de jours indiquent qu'il y a une demande sociale des participants, notamment les plus jeunes dans la maladie, de pouvoir « faire travailler » leur cerveau, et surtout leur mémoire. Signe que la maladie d'Alzheimer est d'abord vue comme une pathologie de la mémoire, l'enjeu perçu est donc d'entretenir autant que possible cette mémoire qui défaille. Dans les faits, comme nous allons le voir, il n'est pas certain que toutes les activités cognitives aient une vocation de réhabilitation fonctionnelle.

2.1.1 Le rituel de l'éphéméride

Sans constituer une activité à proprement parler, l'éphéméride est un temps introductif de la journée. Il se pratique dans nombre d'accueils de jours, mais pas partout. Le groupe est successivement questionné sur : le jour de la semaine, la date du jour, le mois, la saison. Le tout est écrit progressivement sur un tableau ou visualisé sur un calendrier perpétuel.

C'est une activité qui s'inscrit dans une tradition ancienne de l'accompagnement des personnes désorientées, elle était initialement conçue pour orienter les personnes dans le temps. Cet objectif continue d'être affirmé comme une nécessité dans certains accueils (ou PASA), mais il est aussi contesté par d'autres, notamment quand

² Ref Creai (déjà cité)

les troubles mnésiques sont très avancés. Il n'est d'ailleurs pas rare que ce soit l'intervenante qui énonce in fine, le jour, la date, le mois, voire la saison.

Cette séquence a manifestement d'autres objectifs que ceux de la réhabilitation fonctionnelle de la mémoire. D'une part, elle constitue un rituel, elle installe les personnes accueillies dans un premier temps collectif d'échange. Assez souvent, à l'aide d'une tablette ou d'un almanach, l'échange se poursuit sur les événements liés à la date du jour : l'anniversaire de naissance ou de décès de célébrités, des faits marquants. Tout est alors support à une discussion de groupe, informelle. Pour l'intervenant.e c'est un moment d'observation de l'humeur de chacun.

A l'image de ce qui s'observe pour d'autres activités, la séquence de l'éphéméride permet de distinguer les AJ qui sont encore très emprunts d'une culture de la stimulation cognitive de ceux qui n'en font pas une priorité, mais aussi de distinguer des façons de mener la séquence. Certaines intervenantes vont mener un questionnement protocolisé, avec une attente forte de la « bonne réponse », là où d'autres vont amener assez vite la réponse sans trop attendre du groupe, l'objectif étant de détendre l'atmosphère et de déclencher d'autres formes d'échanges spontanés entre personnes accueillies. L'objectif d'orientation demeure dans certains AJ, même si le public ne peut être réorienté, alors qu'il est tout à fait secondaire, voire non présent ailleurs.

2.1.2 La revue de presse

La revue de presse est un lieu commun du monde des Ehpad, ici importé dans les AJ. On y commente les faits du jour, prétexte à des discussions avec les participants sur l'actualité, les personnalités du jour. Elle prend des formes et des formats variables. Habituellement, une intervenante de l'AJ se saisit du journal du jour (souvent la presse régionale ou un quotidien gratuit, ou une publication spécialisée à destination de l'animation en Ehpad comme le journal « Vite lu ») et parcourt les principaux titres à haute voix. Les participants, assis en cercle, commentent à tour de rôle, formulent des opinions, opinent ou contestent.

La revue de presse semble poursuivre plusieurs objectifs, selon les AJ qui la pratiquent. Il s'agit tout d'abord d'évoquer l'habitude de la lecture du journal pour ces publics. Le parcours des informations du jour est alors le rappel de quelque chose de familier. Elle est aussi, toujours selon les AJ concernés, un support pour des discussions à « bâton rompus » entre les personnes présentes. Elle est enfin un instrument qui permet de solliciter la mémoire la plus récente, comme celle des événements passés, de remettre de l'ordre et une perspective temporelle autour de faits dont les personnes accueillies ont pu entendre parler à la radio ou à la télévision.

Une revue de presse bien locale

Dans cet accueil de jour, la revue de presse prend appui sur le quotidien régional, un journal dont on nous dit qu'il a été lu, ou parcouru, par le passé, de manière très régulière par tous les membres du groupe.

Il est 13h et l'activité mémoire vient de s'achever. On passera à table dans quelques minutes et la revue de presse va permettre la jonction avec le temps de restauration. La responsable de la structure s'installe habituellement au milieu du salon et se saisit du journal du jour. Elle passe en revue les principaux titres mais très vite elle passe aux nouvelles locales. Quelques personnes réagissent à l'évocation des communes de la région. On parle d'anciennes usines, d'activités passées, assez peu de l'actualité du jour au final. Une partie de groupe écoute d'une oreille distraite, d'autres somnolent. La revue de presse semble être une continuation de l'activité mémoire, notamment pour les quelques personnes les plus « présentes ». La responsable se lève et vient montrer quelques photos, ici une inondation, là un marché temporaire.

Le déjeuner est prêt, la revue de presse n'aura duré que quelques minutes mais elle aura permis le début d'une conversation pour une partie du groupe et le rappel d'une identité régionale forte ici.

Une revue de presse unilatérale

Au sein de cet autre accueil de jour, la revue de presse n'est pas nécessairement positionnée dans la journée comme une séquence identifiée, une activité, mais les intervenants s'en servent pour combler des temps entre deux activités. Ce jour-là, le groupe est à un stade relativement avancé. L'intervenant se saisit d'un journal et commence à énoncer les principaux titres. L'assemblée est assez passive, voire absente. Elle ne semble en tout cas pas bien comprendre ce dont il s'agit. Elle réagit certes à des thèmes (le thème central à l'époque de l'enquête étant lié au covid), à des phénomènes simples de la vie quotidienne (la météo et le froid), elle apparaît peu sensible aux sujets politiques, internationaux, culturels. On peut même avancer qu'elle ne comprend pas de quoi il est question dès lors que l'information dépasse le simple constat de quelque chose de vécu pour accéder à des niveaux plus complexes où se mêlent présent et passé, des pays étrangers, des informations trop ponctuelles et marginales pour ramener un souvenir. Dans ce cas, la revue de presse meuble plus qu'elle ne stimule.

Un journal pour trouver matière à rire

Ici, l'usage du quotidien régional est identique à celui que nous venons d'évoquer. Nous sommes au temps de l'accueil, tout le monde n'est pas encore présent. Les personnes qui arrivent sont invitées à venir s'installer dans le coin salon autour de l'intervenante. Celle-ci, très en forme, annonce qu'on ne va pas s'arrêter sur les aspects les plus barbants de l'actualité et repère plutôt dans le journal des informations cocasses - une femme a utilisé de la colle à la place de son gel capillaire -. S'en suit un échange très vivant avec le groupe. On rit, on sourit. Il y a des réactions, des bons mots. Un autre intervenant, occupé à la cuisine, intervient de loin. L'enjeu d'échange sur l'actualité est tout à fait second.

2.1.3 Les ateliers cognitifs

Ce sont des temps en petit groupe où il est procédé à un ensemble de quizz, autour des mots ou d'images. Selon les exercices il s'agit de reconnaître, donc de faire

appel à la mémoire sémantique, de trouver des mots répondant à une contrainte donnée, de forme (des mots commençant par une lettre, une syllabe) ou de sens (des mots sur un thème), de stimuler alors la fluence verbale, de reconstituer des mots (anagrammes, mots à trous...). La palette des exercices est infinie et il existe d'ailleurs des applications pour en proposer.

Une séquence de stimulation cognitive difficile

Le groupe est constitué de 3 messieurs. Il y a un paper board et l'intervenante se tient à côté, prête à écrire les réponses du groupe. Elle propose successivement de trouver 10 mots sur le thème du jardin, puis ce sera sur le thème du cheval, puis sur les fruits et légumes, les transports. Deux participants sont engagés dans le jeu/activité et cherchent. L'animatrice les soutient, leur fournit des indices « avec quoi on arrose le jardin ? », les félicite à chaque réponse trouvée. L'un des participants acquiesce à chaque fois que l'intervenante inscrit une réponse sur son tableau, comme pour dire « je le savais ». L'ambiance est concentrée mais l'exercice est largement perturbé par un des trois participants qui a des troubles frontaux et manifestement peu de problèmes de mémoire et de perte du mot. Il dénigre l'exercice, lance des réponses sur le ton de l'évidence, comme agacé par la démarche « Et bien tu n'as qu'à mettre étriers » « Mets donc Taxi et puis voilà ! ».

Un deuxième exercice consiste à remettre dans l'ordre des proverbes. Il est peu probant : tous les trois participants peinent, les proverbes leurs sont parfois inconnus. L'intervenante ne s'attarde pas. Un verre d'eau est servi, puis l'on passe à un exercice sur les capitales européennes. Le même déséquilibre se rejoue au sein du groupe : l'homme « frontal » apporte rapidement nombre de réponses, ne laissant que peu de place à ses deux compagnons. L'un d'eux trouvera la capitale de la Finlande. Le troisième continue d'acquiescer.

Une séquence autour d'images de bâtiments célèbres

Autre accueil. L'ensemble des 9 personnes accueillies sont installées en cercle dans le coin salon et se font face les unes les autres. Les 2 intervenantes prennent place dans le cercle et l'une d'elle tient un ensemble de grandes photos plastifiées de monuments célèbres. Elle commence par le château de Versailles. Elle présente la photo, vient la montrer à chacun en faisant le tour du groupe, lentement. Suivra la Statue de la liberté, le Manneken pis, Big ben, etc.

Trois participants sont hors-jeu : une dame n'entend rien manifestement, deux autres dorment ou somnolent. Le reste du groupe est très engagé. Il est frappant de voir leur difficulté à nommer ce qu'ils reconnaissent et savent connaître. Les intervenantes donnent beaucoup d'indices. Parfois la réponse vient d'un participant très rapidement. Certains s'étonnent eux-mêmes de ce que leur mémoire subitement « fonctionne ». Mais l'objectif n'est pas seulement de nommer le monument. Tout est prétexte à solliciter les souvenirs des uns et des autres. Les animatrices savent qui a vécu ou visité tel ou tel endroit. L'accueil est situé dans un environnement aisé, les personnes accueillies ont souvent beaucoup voyagé.

Elles convoquent cette mémoire « Monsieur X, vous connaissez bien les États-Unis, vous y avez vécu » « Mme Y, vous avez visité Pise ». Les photos paraissent comme un prétexte. Les échanges fusent : réactions esthétiques, souvenirs, bons mots de la part des participants et des intervenantes. L'ambiance est très joyeuse. Il y a un plaisir manifeste à trouver, individuellement mais surtout collectivement. L'évocation de ces lieux connus pour certains sont associés à des souvenirs agréables.

Conclusion

Le leitmotiv des intervenants est de « ne pas mettre en échec ». C'est ce qui justifie d'indicer fortement pour favoriser la réponse, voire de donner la réponse, souvent très rapidement, si le groupe ne la trouve pas. On note cependant une assez nette différence entre des séances que l'on peut qualifier de « sérieuses », empruntées d'un format assez scolaire, qui sont centrées sur l'accomplissement de l'exercice et des séances où il est beaucoup plus net que l'objectif de stimulation ne porte pas que sur la mémoire, et la stimulation de telle ou telle fonction cognitive, mais sur l'engagement dans l'échange « à bâtons rompus », l'éveil, le rire, et s'appuie sur une connaissance fine du passé des personnes accueillies.

Les Accueils ont également à s'adapter à la culture des personnes accueillies : niveau d'éducation, adaptation au référentiel « scolaire » et références culturelles. A tel endroit, l'évocation de voyages passés, l'emprunt à une culture étrangère (la pratique des langues) seront adaptés à un accueil de jour d'un quartier urbain aisé, l'évocation du monde rural d'antan, de ses métiers avec des photos d'objets du quotidien désormais inusités de même qu'une culture locale, seront mobilisés dans un accueil rural.

Les intervenantes insistent sur l'intérêt de l'exercice en collectif, situation qui ne confronte pas la personne à sa propre performance (ou contre-performance). Il s'agit de stimuler des fonctions effectivement altérées mais dans un environnement de confiance, dénué de jugement. Si ces séances sont l'occasion d'évaluation « clinique » de la part des intervenantes qui vont constater l'évolution de la mémoire, l'altération de la parole, les difficultés d'écriture ou de lecture qui émergent, elles ne prennent pas la forme stressante des évaluations individuelles sous forme de test. Ces évaluations « à la volée » sont autant d'éléments pour nourrir les propositions d'activités.

Il existe des exceptions à ce cadre et dans quelques AJ les exercices collectifs sont couplés à des travaux individuels. Deux situations se sont présentées, bien distinctes. Une première où un monsieur, décrit comme « avec du tempérament », est pris à part par une intervenante pour lui « faire travailler » spécifiquement des exercices de mémoire. La tactique est décrite autant comme une réponse à une demande implicite du monsieur qui se sent « infantilisé » en collectif que comme un moyen de canaliser un agacement fréquent. La seconde situation, rencontrée à une seule reprise lors de l'enquête, est observée dans un AJ dont les équipes se sont récemment formées à une méthode spécifique de prise en charge (Montessori) et qui consiste notamment à proposer des exercices cognitifs individuels. Ces séquences se déroulent à l'aide d'une pochette qui résume le « niveau » de la personne, prescrit les « compétences à

travailler ». Ce diagnostic induit des exercices qui sont très ajustés aux compétences perçues de la personne. Il peut s'agir d'exercices autour de synonymes, voire de rédaction pour les personnes les plus préservées, de la simple lecture du journal ou d'exercice psycho-cognitifs autour de l'association entre des formes, le surlignage d'un dessin pré-conçu ou, pour les plus avancés, une activité de coloriage.

Ainsi, dans ces cas de figure, la prise en compte de l'individuel semble prendre le pas sur le groupe, notamment vis-à-vis des publics situés aux deux extrêmes : des exercices plus sophistiqués pour celles et ceux dont les capacités d'écriture et de lecture sont encore présentes, des exercices de concentration où la reproduction est privilégiée à l'idéation ou à la remémoration.

2.2 L'activité physique

L'activité physique fait partie du « cahier des charges » des accueils de jour (Cf. circulaire 2011). Les propositions d'activité correspondantes sont là encore très diversifiées. Tout d'abord, on peut observer une nette différence entre des accueils de jours où les sorties sont fréquentes et ceux où elles sont rares, voire tout à fait exceptionnelles. L'activité physique de base que constitue la marche va se trouver naturellement proposée à travers ces sorties, notamment lorsqu'il s'agit à proprement parler de promenades, là où dans d'autres accueils, les journées sont relativement statiques et se déroulent dans un espace somme toute limité avec de longs temps sédentaires.

Pour bien décrire l'ensemble des activités physiques proposées, il faudrait décrire à la fois les séances où l'on danse, les séances où l'on « joue » avec de grandes raquettes et des ballons de baudruche, ou encore, les séances où l'on boxe – dans un accueil de jour qui souhaite renouveler le genre -, les séances où se pratique le Tai-Chi, ou le Yoga....

Globalement, on peut distinguer des formes ordinaires d'activité physique (la promenade), des formes ludiques où des activités peu protocolisées qui vont conduire à mobiliser les corps (danse, jeux d'adresse) et qui sont accompagnés par des AS ou AMP, et des activités plus encadrées, généralement mises en œuvre par des professionnels extérieurs ou des thérapeutes, mais aussi par des AS/AMP/ASG.

Il y a donc d'abord une façon de penser la place de l'activité physique dans l'AJ : une place plutôt ordinaire où c'est l'activité en soi qui est recherchée à travers des activités stimulantes « normales », une place plus thérapeutique où les activités sont plutôt confiées à des professionnels (intervenants Staps ou thérapeutes, notamment psychomotriciens, ou spécialistes de telle activité – yoga, Tai Chi...). Cette orientation découle des moyens de l'AJ (moyens pour faire venir des intervenants extérieurs, présence de thérapeutes) mais pas seulement, car il peut aussi s'agir d'une façon de penser ce qu'est le bon accompagnement en réfutant un modèle par trop expert et thérapeutique.

En tout état de cause, en matière d'activité physique, les intentions et les manières de faire ne sont pas partout les mêmes. Et pour rendre compte des « manières de faire » des accueils de jour, pour une même activité, nous restituons 4 séances observées

de « gym douce ». Il s'agit d'une activité physique adaptée aux personnes âgées, qui tient compte des limitations physiques ou motrices de chaque personne. Elle est très fréquemment proposée dans les accueils de jours, comme dans les Ehpad.

Une séance ritualisée menée par une aide-soignante.

Dans cette séance, le groupe de 6 personnes est assis en cercle, sur des chaises droites sans accoudoirs. L'Aide-soignante est assise dans le cercle, visible de tous. Elle va de façon très rigoureuse faire une série d'exercices mobilisant successivement toutes les parties du corps partant de la tête, jusqu'aux pieds. Ce sont de petits mouvements, simples en apparence. Elle fait le mouvement, et l'explique « on commence par tourner la tête, doucement, pour détendre le cou, on tourne doucement, dans un sens, doucement, voilà quatre fois, cinq fois puis on change de sens ». Et plus tard : « on soulève le talon et on le repose, voilà, on soulève, on pose. » La séance démarre par des exercices d'échauffement, puis se poursuit avec ces exercices de mobilisation, et se termine par des étirements.

Le groupe la suit de façon plus ou moins précise, par mimétisme. Deux personnes reproduisent assez finement les mouvements et in fine, auront accompli les mêmes mouvements que l'intervenante pendant presque toute la séance. Une s'arrête très régulièrement et fait des mouvements très approximatifs. Une autre parle beaucoup, fait des mouvements désordonnés, parle et parle, cesse régulièrement de faire les mouvements. Une autre s'inquiète de ne pas comprendre. L'intervenante valide les accomplissements de certaines mais ne corrige en aucune façon celles qui « ne suivent pas ». La séquence dure 30 minutes environ. Un verre d'eau est servi à mi-temps.

L'intervenante a appris ce protocole de l'ergothérapeute de l'AJ. Elle l'a vue faire puis elle a appris à mener la séquence de façon autonome. L'objectif est selon elle que « les gens bougent ». Le respect de la consigne et la qualité d'exécution du mouvement sont seconds. Il n'y a pas à proprement parler d'individualisation de la séquence d'exercice, sinon pour dire à certains moments à tel ou tel de ne pas chercher à faire l'exercice (trop difficile, pas adapté aux problèmes de la personne, contrindiqué en raison d'une épaule ou d'un genou malade par exemple). En revanche, l'aide-soignante a un regard très attentif sur chacun et mesure l'évolution des capacités, et surtout si la séquence a lieu le matin, elle repère ce qu'il faut prendre en compte pour la suite de la journée : l'état de fatigue, l'humeur, un éventuel problème somatique.

L'intervention bénévole d'étudiants en STAPS

Autre situation de séance de gym douce collective : le repas vient de se terminer, les personnes accueillies (une quinzaine) sont installées dans de grands fauteuils autour de la télé. Beaucoup somnolent. Arrivent deux jeunes personnes, étudiants en STAPS à l'université. Ils s'installent à l'emplacement de la télé, désormais éteinte. Ils sont en tenue de sport.

Ils vont mener une séquence très similaire, du point de vue des exercices réalisés, à celle que nous venons de décrire : des échauffements, une série de petits exercices

de mobilisation des différents muscles et articulations, puis des étirements. Mais l'ambiance est très différente, joyeuse. Des membres de l'équipe de l'AJ participent et les blagues fusent.

Les étudiants sont assez appliqués dans la façon de réaliser eux-mêmes les exercices. Les personnes assises ne les voient pas toutes faire car elles sont « au deuxième rang ». La position d'assise dans les fauteuils n'est pas non plus adaptée. Ils sont profonds et faits pour se détendre, voire s'avachir.

La séquence dure une vingtaine de minutes. Là encore, rien n'est dit à celles et ceux qui ne suivent pas par manque de compréhension, difficulté d'audition, fatigue. Les étudiants ne connaissant pas la situation de chaque personne accueillie. Ils animent une séance de groupe.

Seuls les plus vaillants cognitivement et physiquement réalisent une partie des exercices. Mais l'objectif ne semble pas être l'exercice physique en tant que tel. Il s'agit d'un bon moment, collectif, avec l'ensemble des personnes accueillies. Rire et se détendre semble plus important. De fait, le cadre n'est pas du tout adapté à une « vraie séance », les fauteuils trop profonds, avec accoudoirs, l'impossibilité de voir bien les intervenants quand on est au second rang, et surtout la taille du groupe, trop importante pour envisager une interaction avec chacun. On a là paradoxalement la ressource de personnels experts qui est requise pour une forme d'animation. Elle se déroule d'ailleurs sur le temps de l'après repas et non sur le temps des activités à proprement parler.

La séance de psychomotricité

La séance se déroule dans une salle à part, en petit groupe. Les personnes sont valides physiquement, et seule l'une d'entre elle, atteinte de Parkinson, a des problèmes moteurs (dyskinésies). La séquence est animée par une psychomotricienne qui intervient à temps partiel dans la structure. Des tapis sont placés au sol, chacun est invité à se déchausser. La séance se déroule pour l'essentiel debout.

La psychomotricienne a un discours très élaboré sur chaque exercice. Les finalités sont énoncées, avec un vocabulaire en partie savant. L'ambiance est très sérieuse. Les membres du groupe – ils sont 5 - ont tous des troubles cognitifs assez prononcés. L'un est aphasique et ne semble pas comprendre, sinon par bribes, les consignes. Bien qu'en bonne forme physique il ne fait pas les mouvements tels qu'ils sont consignés, son regard divague. Deux malades jeunes sont alertes mais auront du mal pendant la séance à saisir certaines des consignes, complexes. Une autre est plus faible physiquement mais comprend dans l'ensemble, de même que le monsieur atteint de Parkinson.

La première partie de la séance est consacrée à un temps d'échauffement puis suit une série d'exercices d'équilibre. Dans la deuxième partie de la séance, après une pause assise où il est servi à boire un verre d'eau à chacun, l'intervenante se lance dans un exercice de groupe complexe. Une personne se met au centre et s'abandonne aux portées et poussées du groupe. Là encore, l'intervenante explique les enjeux psychomoteurs de l'exercice : maîtrise de l'équilibre et du déséquilibre,

mais aussi confiance dans le groupe, coordination... Cependant sa mise en œuvre se révèle très difficile. Il faut beaucoup d'explications et finalement d'intervention de la psychomotricienne pour placer chacun et redire ce qu'il faudrait faire. Pour sortir de ce temps qui vu de l'extérieur « ne fonctionne pas bien », l'intervenante met un peu de musique et les participants sont invités à faire une ronde. L'ambiance se détend, les personnes se mettent en mouvement.

La tonalité de cette séquence contraste avec l'ambiance générale de l'accueil de jour où elle se déroule. L'intervenante, experte, est très appliquée et s'inscrit dans un référentiel d'action technique : elle explicite son expertise et décrit aux participants les processus physiques et cognitifs sur lesquels elle souhaite agir, elle parle de « schéma corporel ». Or les participants ont des déficits attentionnels et cognitifs qui rendent ce registre de discours peu accessible. Le dynamisme observé lors des premiers exercices tend à disparaître. Les regards sont parfois inquiets. L'intervenante redouble d'explications pour tenter de parvenir à ses fins.

On voit ici que la séquence est clairement conçue et mise en œuvre comme thérapeutique sans pour autant que l'on perçoive bien l'adaptation de ce qui est proposé aux participants.

Séquence défoulement

Le temps est doux et l'accueil a accès à un grand jardin, partagé avec l'Ehpad. L'AMP décide d'effectuer l'activité gym à l'extérieur. Le groupe est composé de 10 personnes aujourd'hui, à des stades plutôt modérés et avec quelques personnes jeunes.

On s'installe en cercle avec des chaises sur la pelouse, un peu en pente. L'équilibre n'est pas évident et certains sont installés de façon un peu de travers. L'intervenante commence par proposer aux uns et autres de se passer la balle, puis de l'envoyer à une personne de son choix. L'exercice fonctionne plutôt bien et les personnes saisissent dans l'ensemble la consigne. On passe ensuite à un autre exercice où il s'agit de « marquer » des buts, c'est-à-dire de shooter avec le pied ou la main dans une balle de plage légère. Il y a deux balles. Le jeu démarre, des personnes manquent de tomber, certaines balles finissent sur la tête.

Les personnes doivent réagir vivement, parfois se « jeter » en avant pour attraper la balle. L'activité est vigoureuse sans être intense. Cela va assez vite. Il s'agit moins d'une gym que d'un jeu physique. Les gens s'impliquent, ils s'invectivent chaleureusement, ils rient beaucoup, ils se défoulent. Pour certaines personnes plus ralenties, le jeu demande une forte attention mais on perçoit un plaisir assez vif. Pour d'autres, plus essoufflées, on sent que l'activité met à l'épreuve leurs capacités physiques mais nul ne s'en plaint. On rigole, on se défoule.

Conclusion

On comprend la difficulté qu'il y a à mettre en œuvre une activité physique convenant à un groupe, même limité, de personnes ayant des capacités cognitives et motrices hétérogènes. L'approche thérapeutique, telle que présentée dans les manuels sur les interventions non médicamenteuses, nous semble assez loin de ce

qui peut se pratiquer dans les accueils de jours, notamment lorsque les personnes accueillies sont à des stades avancés de la maladie. On notera d'ailleurs que la fréquence prescrite des programmes d'APA (activité physique adaptée) est difficilement atteignable si les personnes ne viennent qu'une journée ou deux en accueil de jour. Aussi, l'ambition thérapeutique s'entend plutôt au sens large : il s'agit de produire une détente, des sensations agréables, une mise en mouvement et non de rechercher une performance fonctionnelle à proprement parler.

La gymnastique, conçue comme une série d'exercices ayant chacun son objectif spécifique, entre donc « en concurrence » dans le choix des activités physiques avec une conception plus holistique, voire ludique de l'activité physique, qui conduit à privilégier la marche, la danse, voire la boxe (assise) dans un accueil qui recherche l'originalité, plus généralement des activités qui sont peu dépendantes de la consigne donnée, et accessibles spontanément. Ces choix sont également des choix guidés par les moyens de l'AJ, plus ou moins dotés de thérapeutes qui sont enclins à défendre une approche experte de l'activité physique adaptée, issue de leur savoir professionnel.

2.3 Les activités fondées sur la chanson

La musique et tout particulièrement le chant, tient une place importante dans les accueils de jour. Elle est une médiation particulièrement adaptée au handicap cognitif. Là encore, les activités avec médiation musicale prennent des formes très diversifiées allant de la séquence de musicothérapie confiée à un intervenant extérieur spécialisé, à des séances de chansons en groupe plus informelles. La plupart s'appuient sur un patrimoine de chansons assez nourri des années 50 aux années 80 et largement partagé.

La séance hebdomadaire de musicothérapie

Dans cet AJ, depuis plusieurs années, l'atelier musicothérapie est confié par un professionnel extérieur, habitué à intervenir à domicile ou dans des établissements spécialisés. Usuellement, il prend un groupe de 8-10 personnes, mais il fait aujourd'hui exception en prenant l'ensemble du groupe, soit un peu plus de 15 personnes. Il intervient toujours la même journée et donc avec le même groupe. De ce fait il connaît par leur nom de famille les personnes présentes, ou du moins la plupart d'entre elles.

La séance dure 45 minutes et est très rythmée. Un rapide éphéméride démarre la séance et tant pis si les participants l'ont déjà fait il y a moins d'une heure avec les AMP de la structure. Il est installé face à deux rangs de personnes. Un très rapide échauffement permet à chacun de se rassembler autour de l'activité qui démarre. Ensuite, l'intervenant enchaîne sans discontinuer des chansons à reprendre. La séquence se répète. L'intervenant commence par donner un indice sur l'année de sortie de la chanson. Il entonne ensuite le refrain de la chanson jusqu'à ce que celle-ci soit reconnue par l'audience. Une fois reconnue, il met les paroles sur le refrain, accompagné de gestes d'explicitation (« il monte sur la montagne » avec une montagne représentée par les mains) qui permettent aux usagers d'avoir un levier auditif (l'air) et visuel (le geste). Le groupe reprend alors l'air, s'essaie à la « chorégraphie » qui l'accompagne. L'intervenant enchaîne alors aussitôt sur une nouvelle chanson, avec le même séquençement : indice, date, interprète, air, refrain, geste et reprise par l'ensemble du groupe.

Le rythme est soutenu et tous les participants ne parviennent pas à suivre. Il se dégage néanmoins un effet d'entraînement collectif. Pour les plus vifs, le plaisir du chant se double d'un effet quizz très stimulant tandis que pour celles et ceux moins à l'aise avec la mémoire des dates, elles attraperont peut-être le refrain, et au moins la petite chorégraphie qui l'accompagne.

La séance s'achève, les personnes n'ont pas forcément eu l'impression de chanter ou de faire de la musique – aucune chanson n'a été chantée en intégralité, simplement une succession soutenue de refrains - mais sans aucun doute de participation à une activité stimulante, autant par le caractère répétitif de l'enchaînement des chansons que par le dynamisme de l'intervenant, autant musicothérapeute qu'animateur au sens vivant du terme.

Une activité autour de la chanson par des intervenants externes

La séance s'inscrit dans un cycle de 15 séances animées par un binôme extérieur à l'AJ constitué d'un guitariste et d'une intervenante. Le groupe est ce jour-là constitué de 4 personnes accueillies. La psychomotricienne de l'Accueil assiste (et participe) à la séance.

Des objets évoquant la musique et la chanson sont au centre de la table : 45 tours de tubes des années 50 à 70, petites figurines (couple qui danse, petit piano, gramophone miniature...). Un vidéo projecteur permet de présenter au mur les textes des chansons et des photos des artistes concernés.

Les intervenants connaissent le groupe qui est fixe ou presque tout au long du cycle. Nous sommes à la fin du cycle. La séquence est un long enchaînement de chansons : l'intervenante présente une photo de chanteur/chanteuse, ou bien lance quelques mots évocateurs d'une chanson connue. Un membre du groupe lance assez rapidement les premiers couplets, les autres sont entraînés. L'accompagnement se fait donc à la guitare. Il arrive qu'une chanson en appelle une autre, évoquée ou « avancée » en chantant par un participant, le guitariste joue les premiers accords, la chanson est reprise par une ou deux autres personnes et cela démarre.

Deux dames participantes connaissent toutes les chansons et chantent avec énormément d'entrain. Un monsieur est plus suiveur mais a également de grandes connaissances. Enfin, un monsieur très silencieux, voire mutique la plupart du temps, sourit et entonne quelques refrains. Cela constitue comme une victoire pour les intervenants et la psychomotricienne.

Le dynamisme de la séance observée semble tenir à la connaissance qu'ont les intervenants des personnes présentes – nous sommes en fin de cycle – mais aussi à l'immense répertoire de deux des participantes.

Une séquence chansons avec les moyens du bord

Dans cet AJ, le binôme des intervenantes – une psychomotricienne et une AS – déclarent ne pas savoir chanter. Qu'importe, leurs compétences musicales sont tout à fait secondes et par ailleurs elles aiment la chanson française et en connaissent un grand nombre. C'est donc avec les moyens du bord que se tient cette séquence chanson : tout le monde (8 participants et les 2 intervenantes) est installé dans les fauteuils du coin salon, une intervenante a un jeu de fiches en main, l'autre une tablette reliée à une enceinte bluetooth.

Les fiches sont des fiches de quizz sur les chansons. L'intervenante lance la première question, la réponse correspond à un artiste ou un titre de chanson. La réponse est trouvée collectivement plus ou moins rapidement, les intervenantes indiquent si nécessaire. Un participant entonne les premiers couplets, d'autres le suivent puis la chanson est trouvée sur internet en quelques secondes et lancée dans sa version originale, le groupe chante à l'unisson (ou presque) avec l'artiste.

On observe que certains ne participent qu'avec le corps en battant du pied, ou avec les mains, d'autres presque aphasique le reste de la journée se mettent à chanter. L'ambiance est extrêmement joyeuse. L'humour est très présent à la fois chez les participants et les intervenantes. Elles deux « se charrient » aimablement, pour

amuser plus encore l'auditoire. Cela est fait avec une grande connivence et beaucoup de naturel. Rien n'est surjoué.

A bien observer, la séquence se distingue nettement d'une animation telle qu'elle se pratique en maison de retraite sur le même principe (quizz + chanson avec un professionnel à la guitare ou à l'accordéon ou karaoke). Les intervenantes sollicitent tel ou tel, mobilisent ce qu'elles savent des goûts ou du passé de chacun pour s'adresser à eux individuellement, suscitent les souvenirs associés à une chanson, pour rechercher l'engagement dans la séance de celles et ceux qui ne chantent pas ou qui semblent en retrait. Elles veillent à l'inverse à canaliser certains, en l'occurrence un monsieur qui bat le rythme de façon très véhémement.

Comme un air déjà entendu

Dans cet accueil de jour, une intervenante spécialisée vient chaque semaine pour animer un atelier chant. Cela fait 10 ans qu'elle intervient comme musicothérapeute, elle est titulaire d'un titre de master et a accompli un DU en musicothérapie. Après plusieurs expériences auprès de jeunes enfants et en Ehpad, elle se consacre désormais exclusivement à des interventions en accueils de jour (et à domicile).

Les participants sont installés en cercle autour de l'intervenante. Ici encore, la séance démarre par un échauffement musculaire suivie par des vocalises, effectuées par le groupe. Le contenu de la séance est très différent de ce qui est observé par ailleurs. Le groupe, toujours le même, travaille le même répertoire d'une dizaine de chansons chaque semaine. Il apprend les chansons par cœur. Les paroles sont éventuellement disponibles pour celles et ceux qui sont le plus en difficulté mais pour le reste, le groupe reproduit « de mémoire » la chanson.

S'il y a évidemment ici place pour le plaisir du chant, nous nous situons au-delà également et l'atelier a clairement une fonction thérapeutique de maintien des fonctions de mémoire. L'intervenante nous précise qu'elle ne travaille jamais avec des groupes de plus de 8-9 personnes qu'elle connaît bien et que l'activité est conçue pour durer au minimum 6 mois. Ici, cela fait 4 mois qu'elle a chaque semaine le même groupe. L'activité est décrite comme un projet thérapeutique collectif qui « se préoccupe » de l'individu. Le groupe « s'entraîne » et « travaille ».

Le chant comme nostalgie

Dans cet accueil de jour, la pratique du chant est quotidienne, quel que soit le groupe. C'est une des AMP qui se charge de cette activité. Nous nous situons à la fin de la journée et toutes les personnes s'installent en cercle dans le « salon » de l'accueil. L'ensemble de l'équipe rejoint le groupe et s'installe de préférence auprès des personnes les plus en retrait. Certaines sont sur des chaises mais la plupart sont dans des fauteuils confort ou des canapés. L'AMP procède à la distribution d'un classeur contenant les paroles d'une cinquantaine de chansons. Le répertoire est composé de chansons françaises, pour certaines anciennes et pour d'autres issues des années 1960-1970 mais également de chansons folkloriques locales, c'est-à-dire dans le patois de la région. Pas d'échauffement ou de vocalises, l'AMP

commence par indiquer le numéro de page de la chanson et entonne l'air principal, accompagnée d'une simple maraca.

Les personnes suivent l'air, pour certains chantent de mémoire ou s'appliquent à suivre les paroles du livret. La finalité est ici de chanter ensemble. Les plus apathiques sont sollicités par un collègue de l'AMP, ils se contentent parfois de hocher un peu de la tête, certains semblent se détendre, les plus actifs suivent avec facilité la session. Ce jour-là une personne très déambulante et agitée est installée tout à côté de l'AMP et, pour la première fois de la journée, semble prendre du plaisir à une activité. Elle ne chante pas mais semble suivre l'air, retrouver quelque chose de familier. Les chansons s'enchaînent dans une ambiance bonne enfant, il se dégage quelque chose d'assez apaisé.

Conclusion

La musique est-elle une panacée ? Il est indéniable que la musique a un effet de stimulation fort et riche, elle apporte du plaisir, elle permet de lutter contre l'apathie, elle active une certaine mémoire encore très fonctionnelle même quand la mémoire épisodique est fortement altérée, elle facilite la fluence verbale même chez des personnes ayant une perte du mot importante, elle provoque des émotions (graves ou joyeuses). C'est bien « la personne », le « self » comme dirait les anglosaxons qui est stimulé.

Il ne nous appartient pas de hiérarchiser ou de valider telle ou telle manière de faire. Il est clair que les objectifs des différentes séances observées ne sont pas les mêmes, et que certaines démontrent nécessitent le recours à des intervenants extérieurs. Néanmoins, on peut observer que toutes les séances, des plus expertes aux plus profanes en apparence, ont une grande efficacité apparente en termes de stimulation.

2.4 La Cuisine

L'activité de cuisine se retrouve avec une plus ou moins grande présence dans tous les AJ. Le coin cuisine est une partie essentielle de la pièce principale d'accueil, elle a été conçue pour une utilisation par les personnes accueillies et fait partie de ces aménagements supposés donner un caractère « domestique » à l'accueil de jour. L'activité collective de cuisine est généralement promue avec l'objectif de « maintenir les capacités » des personnes accueillies et de préserver leur autonomie. On retrouve cet argument jusqu'en PASA, alors qu'il n'y a plus de sphère domestique. La cuisine est une opération complexe qui nécessite de savoir lire parfois, compter, mesurer, anticiper, réagir, qui suppose une motricité fine également, une bonne vue. Nombre de personnes accueillies en AJ ne font plus la cuisine chez elles.

La place de l'activité de cuisine est très variable d'un AJ à l'autre : à certaines endroits, elle est quotidienne, et il sera préparé chaque jour une entrée ou un dessert qui sera consommé à l'heure du goûter par exemple, ailleurs il sera préparé un repas entier pour tout l'accueil une fois par semaine, ailleurs encore il s'agira de préparer très exceptionnellement un repas à thème, enfin, ce peut être une activité

comme une autre qui trouvera sa place un matin ou un après-midi pour préparer un dessert (généralement), au gré de la programmation.

Derrière la notion de cuisine même, il y aura l'ensemble de la préparation allant du choix de la recettes, aux courses et à la cuisine, ou bien simplement, l'exécution d'une recette pour laquelle tout aura été prévu, voire préparé.

Un repas préparé avec des dames qui cuisinent encore un peu

Dans cet accueil de jour, un repas dans la semaine est régulièrement « fait maison », là où les autres jours les repas sont livrés. Si une partie des courses sont faites à l'avance, le principe est de faire collectivement une préparation de bout en bout.

Une toute petite équipe de 2 personnes accueillies est constituée : en capacité physique d'aller au marché et en capacité cognitive de participer activement à la préparation. Deux membres de l'équipe et ces deux personnes partent au marché acheter les légumes pour un couscous. Le van de l'AJ permet facilement ces déplacements en proximité.

De retour, s'engage l'épluchage : tâche qui permet à chacun d'avoir une activité autonome. Pendant ce temps, les deux membres de l'équipe engagent la préparation à proprement parler : le bouillon, la cuisson des viandes. On discute beaucoup.

A la différence d'autres activités, il y a dans l'activité de cuisine un enjeu de réussite : d'abord parce que ce qui est préparé est généralement « au menu » et qu'il manquerait quelque chose au repas ou à la collation si l'activité ne parvenait pas à sa bonne fin. Plus encore ici où il s'agit de préparer le repas de tout l'accueil de jour.

On observe donc que les personnes accueillies font office d'aide-cuisinier. Dans le cas observé ici, elles sont autonomes dans les tâches qui leur sont déléguées – d'épluchage et découpe – et ont un passé de cuisinière pour leur famille. Il y a véritablement une ambiance très informelle d'un groupe de 4 personnes qui coopère, intervenantes et personnes accueillies, et réalisent un grand repas pour plus de 20 convives. Mais ce sont véritablement les intervenantes qui cuisinent.

Au repas, il est nettement insisté sur cette préparation maison et le mérite qui en revient aux deux personnes accueillies qui y ont œuvré. En outre, le repas semble bien meilleur que le standard des repas habituellement livrés.

Un atelier pâtisserie avec trois personnes ayant des troubles cognitifs sévères

Dans cet Accueil, il est relativement fréquent de prévoir une activité cuisine. Les deux AS qui encadrent l'AJ ont prévu de faire une recette, et ont commandé les ingrédients. La situation observée est celle de la préparation de biscuits pour le goûter.

Le groupe présent ce jour-là est limité à 3 personnes, un homme et deux femmes, tous à un stade très avancé de handicap cognitif. Une des deux femmes a travaillé en restauration. Toutes ces personnes sont dépendantes pour les actes de la vie

quotidienne et ne préparent plus leurs propres repas, ou bien ne l'ont jamais fait (le monsieur).

Tout a été installé sur une table de l'accueil : les ingrédients, les récipients. L'activité commence avec l'invitation d'une AS « ça vous dit de préparer des biscuits ». Il n'y a pas vraiment de réponse. Chacun est dirigé très doucement et installé autour de la table. Par souci des règles sanitaires, chaque participant doit mettre des gants et une blouse. Seule une participante peut mettre seule ses gants.

L'une des deux femmes, aphasique et apathique, finalement ne fera rien, sauf dans les moments où l'AS lui prend la main pour lui faire mélanger une préparation. Cette femme ne répond pas aux sollicitations, voire refusera par des signes de tête négatifs ce qui lui est proposé de faire « Janine, vous voulez mettre la farine ? ».

L'autre dame a manifestement une mémoire procédurale très ancrée de nombreux gestes, dont celui de casser des œufs. Le monsieur doit, lui, être largement guidé, les gestes sont initiés par l'AS qui lui prend la main, puis il continue, notamment à battre la préparation.

L'AS sollicite les connaissances des produits, elle les nomme, elle montre un paquet de Maïzena et demande alentour ce que c'est, il n'y a pas de réponse, et c'est finalement elle qui dira « c'est de la Ma... ?, de la Ma-l... ?, ...de la Maïzena », dans l'indifférence de son auditoire. De même, le beurre se présentant en mini morceaux de 10g, elle tentera de faire calculer le nombre requis de morceaux pour parvenir à 200g, sans obtenir de réponse, qu'elle formulera d'elle-même finalement.

Au moment de remplir les moules à biscuits, l'AS guide, inquiète, les mouvements du Monsieur. L'autre dame les remplit seule avec beaucoup de précision.

Au total, la nécessité de parvenir précisément à réaliser la recette conduit l'animatrice à être dans un hyper contrôle, voire assez régulièrement à prendre la main sur tout ce qui n'est pas faisable par les participants (mesurer des choses, calculer, mettre les plats au four, minuter la cuisson...).

L'accomplissement est néanmoins là, très présent dans le discours au moment de goûter aux biscuits et d'indiquer qu'ils seront également servis au groupe accueilli le lendemain.

Conclusion

La cuisine conçue comme une activité permettant de soutenir l'autonomie des personnes accueillies est assez souvent une fiction. Une grande part des personnes accueillies ne cuisinent pas ou plus. Les nombreux enjeux psychomoteurs de l'activité sont tout à fait pertinents pour certaines personnes accueillies et pas du tout pour d'autres. A bien observer, on comprend que les personnes accueillies participent comme aide de cuisine, et que la nécessité de parvenir à une préparation mangeable et bonne, oblige à ce que les intervenantes prennent largement la main. La préparation en petit collectif peut, à certaines conditions, être un moment de grande complicité, c'était le cas dans la première observation restituée ici. Reste le

discours qui accompagne la démarche de préparation collective qui permet en toutes circonstances de valoriser les participants.

2.5 Les activités de création manuelle

Nombre des locaux d'accueil de jour sont décorés avec les créations des personnes accueillies. Il nous semble que l'on peut distinguer deux catégories de créations du point de vue de l'accompagnement : il y a d'une part des activités créatives « libres » avec notamment le médium du dessin ou de la peinture, et les activités créatives finalisées où il s'agit de décliner un modèle d'objet (principalement) : un poisson en capsules nespresso, des guirlandes pour une fête, des tableaux à base de clous et de fils tendus...

Le premier type d'activité prend des formes tout à fait diverses et avec des niveaux de supervision très différents. Il ne nous a pas été donné d'assister à des ateliers supervisés par des art-thérapeutes – ils semblent d'ailleurs aujourd'hui encore peu développés dans le champ des troubles neuro-dégénératifs. Nous avons en revanche régulièrement vu l'usage du coloriage dans de nombreux accueils. Le terme même de coloriage est souvent évité, on parle alors de « mise en couleur » ou de mandalas.

De fait, cette activité prend souvent pour support ces formes complexes et d'inspiration asiatique. Les mandalas sont notamment utilisés pour les cas plus sévères car tout en étant relativement simples, ils sont décrits comme relaxant, ce que nous avons pu effectivement constater auprès de certaines personnes accueillies. Mais le coloriage est rarement mobilisé en tant qu'activité à part entière, c'est-à-dire sous forme d'atelier accompagné, mais plutôt pendant certains temps creux de la journée, notamment après le repas.

En tant qu'activité à part entière, nous avons pu assister dans deux accueils différents à deux séances de « travaux manuels » - étant entendu que ce vocabulaire n'est pas celui des accueils –.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un atelier organisé un matin dans un grand AJ, atelier consacré à la préparation de suspensions pour décorer le jardin lors d'une future fête. L'objectif était de tendre des fils colorés sur une structure en cerceau qui avait été gansée de laine colorée lors d'un précédent atelier. L'exercice se révèle délicat, il y a un sens pour faire les nœuds de fixation sur le cerceau, l'ensemble de l'ouvrage est difficile à maintenir, et il est difficile de se faire une représentation de ce qui est en train de se réaliser. Les participants, pourtant assez habiles et avec pour certains des troubles cognitifs légers, peinent à suivre les consignes et le modèle. L'intervenante reprend régulièrement l'ouvrage pour « rattraper le coup » mais aussi pour avancer, elle semble elle-même assez concentrée sur la difficulté de la réalisation matérielle en train de se jouer, et quitte sa posture de guide et d'observatrice. Les participants semblent par moment perdus, voire inquiets de ne pas bien faire.

Cette même situation s'est trouvée dans un autre accueil de jour où un modèle d'animal en papier collé sur une structure en fil s'est révélé très peu réalisable par le

groupe. Et on peut même parier que la réalisation du modèle aurait été tout aussi complexe pour des personnes sans troubles particuliers.

Nous n'avons pas observé des séances où les étapes de préparation ou de création étaient simples et peut être répétitives alors même que les réalisations qui figuraient aux murs des accueils témoignaient de ce type d'activités : collage de capsules de différentes couleurs sur une planche en forme d'animal, collage de gommettes, de tissus.

Conclusion

Il nous semble que les enjeux des activités manuelles créatives sont assez similaires à ceux de la cuisine, bien qu'ils ne s'inscrivent pas dans le référentiel de la vie quotidienne domestique. Il s'agit de créer des objets, des éléments de décors souvent. Il y est fait appel à un ensemble large de fonctions cognitives. L'équilibre recherché entre l'autonomie des personnes et le souhait de parvenir à un résultat probant, c'est-à-dire à peu près conforme au modèle, est un équilibre délicat. Trouver le modèle qui est « accessible » à chaque participant compte tenu de ses capacités cognitives, de sa motricité fine, est une gageure. Le risque est pour l'intervenant, comme dans la cuisine de « prendre la main » par souci de parvenir à ses fins.

Les activités manuelles soulèvent une autre question : leur pratique peut évoquer des mondes enfantins. D'après nos interlocuteurs, cet aspect ne pose pas de problème particulier, ni auprès des participants, ni auprès des familles.

2.6 D'autres activités collectives

La palette des activités proposées par les AJ enquêtés excède de loin les quelques exemples canoniques (stimulation cognitive, activité physique, chant, activités manuelles) que nous venons de décrire.

Il y a bien sûr l'ensemble des sorties : elles sont fréquentes dans les AJ situées dans les environnements qui permettent des promenades ou des sorties telles que le marché, ou dans les AJ qui ont leurs propres véhicules utilisables par les intervenants. Il peut aussi s'agir de sorties organisées au musée, dans un lieu de tourisme, de sorties culturelles.

Les propositions d'intervenants extérieurs spécialisés dans l'accompagnement des personnes âgées sont également mobilisées par les AJ les plus dotés en moyens : se pratique ainsi dans les établissements rencontrés le Tai-Chi, le Yoga, le Yoga du rire, l'équi-thérapie... Un Accueil qui se fait fort de trouver des propositions originales a ainsi organisé une série de séances de boxe.

En même temps, si les AJ sont tous en recherche permanente de « nouvelles activités » (pour s'ajuster aux capacités des personnes et aussi pour renouveler l'intérêt de leur propre métier), on trouve aussi des activités plus ordinaires. Dans tel AJ la journée commence inmanquablement par un loto, alors même que pour une partie du public cette activité (qui mobilise vision, écoute, repérage, célérité) peut

s'avérer difficile ; on peut aussi trouver des activités « au jardin » qui n'ont pas nécessairement une vocation thérapeutique mais qui peuvent servir de support pour « canaliser » une personne en particulier.

Le choix de recourir à des intervenants extérieurs est contraint par les moyens de l'établissement mais aussi guidé par les conceptions que chaque structure se fait de ce qui importe. Les propositions de professionnels spécialisés intervenant auprès des publics âgés permettent d'étendre la palette des propositions, mais nos observations montrent que la façon de travailler avec le groupe est de ce fait moins personnalisée que lorsque les intervenants de l'AJ interviennent. Et s'il y a quelques transmissions à l'issue de la séance du professionnel externe vers l'équipe, elles n'ont pas la finesse de celles réalisées en propre par l'équipe. A ce sujet, nous avons également pu observer qu'un membre de l'équipe pouvait aussi participer à l'activité et ainsi réaliser cette observation.

2.7 Conclusion : ce qui guide les propositions d'activité

Si d'apparence les AJ proposent une gamme similaire d'activités collectives, il y a en réalité des façons très différentes de concevoir et de mettre en œuvre cette offre. La mise en œuvre d'une activité tient compte de plusieurs paramètres : le public accueilli, les ressources professionnelles d'accompagnement et ce que nous choisissons d'appeler le modèle d'inspiration de l'AJ.

Nous l'avons vu, dans la mesure du possible, l'accueil de jour, conformément à la circulaire, mais surtout par nécessité, cherche à composer des groupes avec qui il va être possible de réaliser une même activité. La circulaire parle de groupe homogène, il faudrait sans doute parler de groupes compatibles car en réalité, demeure une grande hétérogénéité des profils, tant du point de vue des handicaps que des caractères, des façons de se comporter, voire des goûts. Un certain nombre des observations d'activités restituées témoignent des différentes façons de « suivre » ou de participer à l'activité selon les types de handicaps.

La composition des groupes intervient à deux niveaux : en fonction de jours d'accueil, puis au sein de la journée, en fonction des activités proposées pour les plus grands AJ qui peuvent mener de front plusieurs activités sur un temps donné.

En tout état de cause, la proposition d'activité est modulée en fonction de qui est accueilli. Une même activité générique, comme l'atelier cognitif par exemple, prend des formes adaptées à la composition du groupe au sein d'un même AJ : selon que le groupe a encore accès à la lecture ou à l'écriture, ou bien est à un stade où il faut privilégier des supports imagés, par exemple.

Il n'est pas rare de voir des activités décidées au bénéfice d'une personne en particulier : en raison de troubles spécifiques, ou parce qu'une seule activité semble lui convenir et lui permettre de s'impliquer, l'activité est décidée à son intention, et un petit groupe ou tout le collectif y est associé.

Dans tous les cas, pour tenir compte de l'hétérogénéité du groupe, qui demeure quels que soient les efforts de composition des groupes, l'idéal semble être de

pouvoir mobiliser deux intervenants. L'un ou l'une « anime » c'est-à-dire guide ou dirige l'activité, l'autre vient en soutien particulier aux membres du groupe les plus en difficulté ou en retrait.

Dans la plupart des AJ, à l'exception de ceux qui font le choix d'une programmation très standard des journées et de leur contenu, un effort important est fait pour renouveler les propositions d'activités. Il peut s'agir d'enrichir ou de renouveler à la marge un contenu, par exemple avec quelques nouveaux mouvements dans une activité de gym, en recherchant de nouveaux exercices cognitifs. La plupart des professionnels rencontrés effectuent une veille informelle via les réseaux sociaux, des groupes de professionnels, des sites spécialisés. Certains AJ sont abonnés à des journaux professionnels dédiés à l'animation.

Les compétences, goûts et envies des intervenants entrent souvent en ligne de compte. Il s'agit de se sentir à l'aise avec l'activité. Ainsi, on trouvera des AJ avec très peu d'activités manuelles faute d'intervenantes se sentant qualifiées, ailleurs, la danse va prendre une place importante car un membre de l'équipe affectionne particulièrement cette activité.

A une autre échelle, collégiale, se discute l'introduction de nouvelles activités. S'agissant de la conception de l'offre, on comprend que la majorité des AJ font avec leurs ressources propres (tant humaines que matérielles), là ou d'autres, plus « riches » vont chercher à enrichir la palette des activités avec des interventions extérieures, jugées plus expertes ou apportant un plus en termes de diversification (boxe, yoga du rire...), parfois avec l'intention de se distinguer d'un standard jugé répétitif. De même, la localisation et la possibilité de transport autonome ouvrent une palette d'activités « hors les murs » qui sont rares, voire inexistantes dans les accueils situés dans un environnement à l'écart de lieux de promenade, de marché ou de lieux culturels et non dotés de moyens de transports.

Mais la conception de l'offre d'activités est également guidée par la représentation de ce qu'est le bon accompagnement, avec une opposition sur entre une conception orientée par un objectif de réhabilitation, versus une conception orientée par un objectif de bien être, sans recherche de la performance fonctionnelle. La présence de thérapeutes au sein de l'équipe peut être le signe de la première orientation, mais ce n'est pas systématique.

L'observation in situ des ateliers ou séquences d'activité permet de saisir pleinement ce qu'est le métier de l'accompagnement en accueil de jour. Il ne s'agit sans doute pas tant d'accomplir quelque chose, que d'accompagner les personnes accueillies dans un temps d'activité dont l'objectif théorique n'a pas toujours nécessité d'être atteint. La mise en œuvre des activités repose sur un ensemble de compétences très spécifiques, évoquées dans le tome 1.

Enfin, on ne saurait réduire la journée en accueil de jour aux seuls temps cibles d'activité ou d'ateliers. Comme nous allons le voir, la journée toute entière peut être décrite en tant que telle comme UNE activité, au sens d'une intervention qui va chercher à « activer » quelque chose chez la personne accueillie.

3 À TABLE

Les repas et plus généralement la commensalité (manger ensemble) revêtent une importance notable dans les accueils de jour. Ils s'imposent déjà par leur caractère structurant : café à l'accueil, pause méridienne et déjeuner ensuite, collation ou goûter avant le départ.

Ces temps ne valent pas seulement pour leur utilité alimentaire, ils sont des temps « remplis de choses » sans qu'ils doivent nécessairement être considérés comme thérapeutiques.

Le repas est un enjeu mais également une nouvelle occasion de mettre à l'épreuve le plaisir pour des personnes vivant avec des troubles cognitifs. Les AJ doivent concilier la recherche du plaisir de la table et de la sociabilité qui est permise par les repas en même temps qu'une surveillance pour des stades plus avancés pour lesquels une mauvaise nutrition est un risque. Les AJ doivent faire les deux à la fois, en s'adaptant à chaque fois aux besoins individuels.

3.1 Le déjeuner : un moment d'attention soutenue de la part des équipes

La maladie d'Alzheimer est souvent associée à des troubles dans les comportements alimentaires. Ceux-ci peuvent ne pas être perceptibles à des stades précoces de la maladie où la prise de repas reste une activité que les personnes accomplissent sans trop de difficultés. Mais la maladie évoluant il est fréquent que surviennent des problèmes liés à une mauvaise alimentation, à une sous-alimentation, au risque de « fausse route », à un désintérêt pour la nourriture, à une difficulté à se concentrer sur le repas, et dans certaines démences peuvent survenir des problèmes de glotonnerie.

Dans les accueils de jour, le premier des enjeux est de s'assurer que les personnes accueillies mangent. On observe à la fois des tablées très « normales » où les échanges spontanés entre les convives ne sont pas forcément très soutenus mais la « prise alimentaire » se fait sans difficulté, avec des manières de table ordinaires, des commentaires sur la nourriture servie... D'autres tablées sont plus complexes : des personnes qui une fois devant leur assiette semblent ne pas vouloir s'y intéresser, d'autres qui ne parviennent pas à « se poser » et qui vont se lever pendant tout le temps du repas de leur siège, d'autres enfin qui vont être perturbées par des voisins bruyants ou désinhibés comme dans cet accueil de jour où une personne passe tout le repas à réclamer du whisky. Certaines personnes accueillies, à des stades plus avancés, sont désintéressées par la nourriture et refusent de manger. Ainsi dans cet accueil de jour où une dame dit ne pas avoir faim, poliment mais avec insistance. Elle mangera au final très peu.

Dans tous les cas, le repas est un temps pensé. Il n'est pas rare qu'il faille adapter les repas, c'est une information recueillie lors de l'admission et qui rentre dans les attendus de l'AJ. Cela vaut pour tous les usagers même si ces adaptations sont très variables.

Dans un accueil, où ce jour-là le groupe est plutôt jeune et à un stade peu avancé, le repas se déroule tranquillement, les personnes sont autonomes, elles peuvent d'ailleurs choisir entre plusieurs plats. Cependant, l'équipe s'assure que chacun finisse son assiette, boive un peu, ou ne sale pas de manière excessive.

Dans un autre accueil, le public est à un stade très avancé. Il faut alors s'assurer de la compatibilité des plats avec les régimes alimentaires, proposer à certains une préparation spécifique des textures, en prédécoupant, voire en mixant les aliments. On équipe les personnes d'aides techniques pour qu'elles puissent manger de manière autonome (tapis d'assiette antidérapant, rebord d'assiette pour éviter que toute la nourriture ne parte sur la nappe, couverts et verres adaptés pour sécuriser la préhension) mais on peut aller jusqu'à apporter une aide sur certains plats. Tous les cas de figure existent.

Le repas est organisé. Même si l'enquête s'est déroulée dans un contexte sanitaire très contraignant, les multiples configurations adoptées soulignent le caractère précis et préparé de ce temps de la journée. Il ne se limite pas simplement à un repas partagé où les personnes accueillies pourraient contribuer à sa préparation, il est un élément de la prise en charge par les professionnels.

Faire le plan de table : un exercice subtil

Peu d'accueils de jour ne prévoient pas de plan de table pour le repas. C'est particulièrement vrai au moment de l'enquête où le covid est encore bien présent. La première préoccupation consiste à s'assurer que ce temps puisse être consacré à s'alimenter. Dans un accueil de jour, on isolera un monsieur, dos aux autres membres du groupe, car il se montre agacé d'être perturbé par les bruits et le spectacle des autres. On place également dans le coin d'une pièce un monsieur qui a tendance à se lever et à aller déranger les autres.

Le plan de table est également affaire de compatibilité. Deux dames qui discutent volontiers ensemble seront placées l'une à côté de l'autre. Inversement, on évitera ici de mettre à proximité deux personnes dont l'inimitié s'exprime parfois de manière véhémente, notamment par des cris d'une des dames ou encore un monsieur qui ne supporte pas le regard d'une femme presque aveugle dont il a l'impression qu'elle le fixe.

Le plan de table est enfin un dispositif de surveillance. On placera deux dames non loin d'un poste d'observation d'un membre de l'équipe car on sait que l'une d'elle a tendance à ne manger que du pain tandis que l'autre a déjà fait par le passé une fausse route.

Le plan de table vise à un équilibre, il est le support pour permettre l'attention des personnes sur le repas et la supervision discrète des professionnels.

Manger, une activité comme une autre ?

Le menu des repas ne se distingue pas fondamentalement de ceux qu'on trouve dans les Ehpad. Il est d'ailleurs fréquent que ce soient les cuisines de l'établissement situé à proximité qui fournissent les plats qui seront pris dans l'accueil de jour.

Si les conditions de l'enquête interdisaient toute manipulation de nourriture autre que pour soi-même, la préparation du service du repas ne semble pas toujours entrer dans le répertoire usuel des accueils de jour. Il y a bien un accueil de jour qui chaque semaine prévoit que les entrées seront préparées par les personnes accueillies, cette activité donnant lieu à une sortie au supermarché et à une activité de préparation, ou un autre où l'activité cuisine du matin a permis de préparer un dessert qui sera dégusté pour le goûter. Mais dans l'ensemble, on reste le plus souvent dans un lieu où d'autres préparent pour vous ce qui sera mangé.

Ce n'est en revanche pas le cas du dressage de la table ou de son débarrassage qui associent parfois les personnes accueillies ou du moins certaines d'entre elles. Cette participation est d'ailleurs explicitement justifiée par les équipes comme étant un « entraînement » pour maintenir l'autonomie au domicile.

On y mange un repas complet, souvent composé d'une entrée, d'un ou deux plats au choix, d'un fromage et d'un dessert. Pour certains, le menu est unique, pour d'autres un choix est autorisé. Le caractère adapté de l'alimentation n'est pas systématique – tel accueil de jour a reçu pour le repas des crevettes qu'il faut décortiquer, tel autre une cuisse de poulet malaisée à manipuler. La décentralisation de la préparation des repas se justifie par des besoins d'économies, il prive néanmoins les AJ d'aller au plus loin dans l'adaptation de l'alimentation aux besoins des personnes.

Et pendant ce temps-là : le travail du repas

Les équipes qui accompagnent les personnes à la journée gèrent le repas. Il arrive qu'une aide hôtelière, une auxiliaire de vie viennent en renfort pour faire le service et débarrasser mais dans la plupart d'entre eux, une seule et même équipe présente toute la journée supervise le repas.

Trois configurations peuvent être observées dans les accueils de jour sur le rôle des équipes pendant le repas.

Une première configuration place l'équipe dans un simple rôle de service et de supervision du repas, elle ne déjeune pas avec les personnes accueillies. Il y a là davantage de surveillance sur le risque de fausse route, une aide ponctuelle pour certains aliments. Le repas est un temps consacré à l'alimentation. Dans cet accueil par exemple, l'intervenante passera l'essentiel du repas à faire le service. Elle surveillera que chacun ait un verre d'eau, incitera à manger un peu plus. Elle naviguera autour de la table pendant tout le temps que dure le repas.

Dans une autre configuration l'équipe ne déjeune pas avec les personnes accueillies mais ne se contentent pas de faire le service, celui-ci est parfois accompli par un renfort. Le rôle de l'équipe est ici d'être en relation constante avec les personnes accueillies. Il peut s'agir de surveiller certains comportements : l'agitation d'une personne, l'apathie d'une autre qui ne se nourrit pas, de percevoir le plaisir que les uns et les autres éprouvent au repas. Il est aussi beaucoup question d'engager des conversations avec les uns et les autres, de sonder l'humeur, de commenter le menu. L'équipe est en interaction avec les personnes accueillies. Dans un accueil de jour,

une des intervenantes reste essentiellement auprès d'une table où deux personnes ne s'adressent pas la parole mais où, on l'apprend par la suite, un monsieur peut se montrer désagréable. Le rôle de l'intervenante est alors de prévenir tout dérapage, parfois par une simple présence physique à proximité de la table.

Une dernière configuration, consiste à ce qu'un ou plusieurs membres de l'équipe déjeune avec les personnes. A la surveillance s'ajoute alors une dimension d'animation du repas. Le professionnel interpelle les uns et les autres, tempère ou relance une conversation. Certains accueils de jour vont jusqu'à parler de repas thérapeutique au sens où la relation serait très explicitement travaillée à l'occasion de ce moment particulier de la journée. Il s'agit d'un temps de travail passant par de l'observation, de la correction, ceci permettant d'enrichir le diagnostic sur la personne. Il est alors consigné et discuté au sein de l'équipe. Dans un accueil, les membres de l'équipe se relaient ainsi pendant toute la semaine pour déjeuner avec les personnes. C'est alors clairement un temps de travail, pleinement investi par les professionnels comme étant l'occasion de superviser le repas, notamment pour les cas les plus sévères. « Monsieur X. a semblé un peu éteint pendant le repas », « Je pense qu'il faudrait envisager d'adapter davantage la nourriture pour madame X. Je vais en parler à la famille ».

Le repas reste un moment privilégié d'observation pour un grand nombre d'AJ. Il l'est plus encore lorsque l'AJ se donne pour objet d'être un lieu de quasi-diagnostic de l'évolution de la maladie. Ces observations peuvent dans certains cas déboucher sur des recommandations à la famille, voire une orientation vers un médecin.

Plaisir de la commensalité ?

La place occupée par le repas dans les journées des accueils de jour, son installation voire sa mise en scène, le rôle explicite d'animation joué par les personnels, laissent à penser que ce qui est recherché dépasse simplement le fait de se nourrir mais vise à créer une ambiance agréable. Le moment du repas, comme tant d'autres moments dans la journée, doit procurer du plaisir, ou au moins de l'apaisement pour les personnes les plus touchées.

Le repas se prend collectivement, même si la crise sanitaire a contraint les accueils de jour à scinder les tables pour privilégier des repas à deux, voire quatre par table. En cela, ils reproduisent ce que travaux de la sociologue Laura Guérin désigne comme une « norme sociale » à deux niveaux³. Le premier serait celui d'un plaisir à « partager son repas », le second étant lié à la sociabilité qui serait associée à ce temps collectif.

Contrairement à ce que ces travaux de sociologie semblent indiquer sur le fondement d'observations menées en Ehpad, il n'y a pas dans les accueils de jour la même contrainte du collectif et du repas. Certes les personnes sont installées à des places souvent choisies par l'équipe mais dans l'ensemble et sans doute du fait de leur état psycho-cognitif, elles se plient sans difficultés à cette consigne.

De plus, une fois le repas commencé, rares sont les situations de conflits entre l'équipe et les personnes accueillies. Parfois, quand le plat n'est pas bon, cela se dit et est accepté avec amusement par l'équipe. « Et oui, nous avons encore droit à des légumes et du poulet » (une maîtresse de maison dans un AJ)

Lorsque les personnes refusent de manger, l'insistance des équipes est quasi-absente, tout juste prend-elle la forme d'une interrogation. « Vous n'avez vraiment pas faim ? Je compte au moins sur vous pour le dessert »

Jamais on n'observe d'infantilisation vis-à-vis des personnes. Si elles n'ont pas faim, nul ne viendra les contraindre à poursuivre le repas. Il peut s'exprimer ici ou là des sensibilités différentes selon les intervenants et on a pu observer des professionnels surjouant la qualité du repas ou insistant plus lourdement pour que les plats soient finis. Nous n'avons pas vu ou entendu ce qui est très finement décrit par Laura Guérin dans ses travaux sur les Ehpad.

Par contraste avec ce qui peut s'observer dans des Ehpad, les usagers des accueils de jour sont « de passage » au sein des structures, l'enjeu étant de tirer au clair si ce qui se manifeste pendant les repas a des conséquences au domicile et s'il y a motif de s'inquiéter sur un éventuel risque de sous-nutrition. Une autonomie est à préserver qui passe par moment par l'expression d'un choix, si modeste soit-il (« fromage ou

³ Guérin Laura, « Faire manger et jouer le jeu de la convivialité en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas », SociologieS, 2016, Dossier Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité

dessert », « poisson ou viande », « sucre ou confiture sur la gaufre ») mais aussi par l'expression d'un refus, admis par l'équipe.

En revanche, la sociabilité attendue par la commensalité est quant à elle tenue, voire proprement absente d'un certain nombre de situations observées.

La nature des groupes est évidemment un facteur important. Certains groupes, plus actifs, amorceront spontanément des discussions, souvent limitées d'ailleurs à deux personnes, les autres étant la plupart du temps silencieux. Pour les groupes plus avancés, il n'est pas rare que le silence soit la règle, les personnes mangent, le regard souvent perdu. C'est alors que les équipes « entrent » parfois en scène pour faire la conversation avec l'une ou l'autre. Les registres varient peu et sont souvent les mêmes que pendant les autres activités. Certaines intervenantes « sur-jouent » la convivialité, alpaguant et forçant l'enthousiasme, d'autres sont plus en retrait mais vont profiter de ce moment pour « aller chercher » une personne, engager une conversation, régler une difficulté, apaiser le début d'une angoisse.

Dans l'ensemble cependant, la socialisation reste faible, la convivialité largement mimée ou alors peu présente. Le repas reproduit ce que certains auteurs ont pu décrire comme un « simulacre de normalité »⁴.

3.2 Les autres temps de collation

Les accueils de jour rythment les journées par des temps de collation. Ces temps ne sont pour autant anodins qu'en apparence, comme au déjeuner, ils permettent de renforcer le cadre et une fois de plus de rendre possible une interaction plus individuelle avec chacun. Souvent, quand il y a une responsable de la structure, elle est présente sur ces temps de la journée, et active dans les interactions avec les personnes accueillies.

3.2.1 Le café, un rituel commun « d'entrée dans la journée »

Le café d'accueil est commun à nombre d'accueils de jour sans qu'il soit systématiquement observé. Après l'arrivée des personnes, en ordre dispersé ou avec un bus unique, celles-ci s'installent dans la salle principale et le café permet une « entrée dans la journée ». Ici une personne lit ou feuillette un journal, là on permet à tous les membres du groupe de prendre place et « de se poser ». Plus que l'accueil à proprement parler et avant même l'éphéméride lorsque celui-ci est prévu, le café joue un rôle d'inclusion. Les professionnels connaissent les habitudes de chacun et profitent d'un premier échange pour marquer leur reconnaissance des personnes du jour. Ces marques peuvent aller d'un commentaire sur une tenue, d'une prise d'information sur la visite d'un parent, sur la forme relative (« Alors, vous vous sentez prêt pour une nouvelle journée »). Elles tentent d'établir ou de rétablir une familiarité avec le lieu et l'équipe.

⁴ Molinier Pascale, « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et société*, 2010/2 (vol. 33 / n° 133), p. 133-144.

« Alors vous monsieur, c'est donc un café avec du sucre, n'est-ce pas ? » (une AS)

« Pour cette dame, on ajoute un peu d'eau froide, sinon elle se brûle. » (une AMP)

« Margarine ou confiture, monsieur ? Ah oui, vous c'est toujours de la confiture ! » (une AMP)

Un accueil propose une collation au milieu de la matinée ce qui lui permet de planifier le repas plus tardivement. Là encore, le café ne se limite pas à être une respiration dans l'agenda de la journée, il donne une nouvelle occasion aux professionnels de s'enquérir de l'état des membres du groupe, d'aller chercher l'expression d'un souhait de la personne.

3.2.2 Le goûter ou comment finir la journée

La fin de la journée se marque habituellement par un goûter, parfois agrémenté du gâteau confectionné pendant l'atelier cuisine le matin. Tandis que le café d'accueil sert de temps d'inclusion au groupe, le goûter constitue le dernier moment de rassemblement. Il permet de préparer le départ. Après l'activité de l'après-midi, il est utilisé par les équipes pour anticiper les départs qui peuvent être soit groupés, soit individualisés.

Les personnes sont invitées à se regrouper une dernière fois, prendre un verre d'eau ou une boisson. Pour celles et ceux qui parviennent à verbaliser, le temps est privilégié par les équipes pour sonder les personnes sur leur journée, leur permettre de s'exprimer individuellement.

« Alors, vous vous êtes bien plu aujourd'hui ? C'était bien l'activité de cette après-midi ! » (une responsable)

Le questionnement vaut autant pour les personnes concernées que pour l'équipe, qui profite de ce sondage pour confirmer que le travail a été bien effectué.

« Vous l'avez vu à la fin de la journée, elle avait l'air contente d'être venue ici . » (une AMP)

Le goûter, s'il est un temps qui prépare la transition vers le départ, moment sur lequel on revient plus loin, est aussi une aide pour permettre de contenir et de donner un cadre et un signal aux personnes les plus anxieuses.

Telle personne, qui, depuis le début de l'après-midi, refuse de quitter son manteau et qui regarde nerveusement par la fenêtre dans l'attente de la venue de son mari : « il va venir me chercher, il ne m'a pas oublié ». L'équipe utilise le goûter comme cible à atteindre, objet vers lequel elle pense pouvoir projeter la personne.

« - Madame, on finit juste cette activité, après on prend le goûter et ensuite votre mari vient vous chercher. - Ah bon, entendu ».

Les temps de collation servent évidemment de temps de repos, d'hydratation, voire de plaisir gustatif. Ils permettent de réunir les personnes entre les activités, d'accomplir les transitions, de poser les gens avant de les conduire à l'activité suivante. Ce sont enfin des temps d'interaction plus proche avec les personnes qui permettent d'organiser une inclusion dans la journée, son suivi et sa terminaison.

4 ACCOMPAGNER DE L'ACCUEIL AU DEPART : UN TRAVAIL CONTINU

La journée en accueil de jour ne se réduit pas à une succession d'activités, interrompues par un déjeuner, il s'agit d'un temps continu pour les équipes où l'enjeu est de maintenir une attention soutenue de la part de personnes parfois absentes à elles-mêmes et de personnes que l'on peut « perdre » pendant la journée. La journée est pleine : il faut que le groupe tienne tout au long de celle-ci et que le moins de personne reparte sur le constat, pour l'équipe, que ce n'était pas une bonne journée. Dans ce cadre, chaque temps, même interstitiel, fait l'objet d'un travail de la part des équipes

De ces temps interstitiels, quatre paraissent revêtir une importance au sein des accueils de jour : l'accueil, les temps morts, les toilettes et le départ.

4.1 L'accueil du matin : connaître et reconnaître la personne accueillie

Le temps de l'accueil est largement fonction des conditions de transport pour se rendre à la structure. Trois modalités semblent ressortir de l'échantillon qui déterminent assez fondamentalement l'accueil.

L'accueil dès le domicile

Certains accueils de jour organisent eux-mêmes les transports, c'est-à-dire qu'ils « font la tournée », accompagnés par un chauffeur ou conduisant eux-mêmes le véhicule. L'accueil commence en quelque sorte dès l'arrivée au domicile. Si la personne vit avec un proche, c'est l'occasion d'un échange de quelques informations sur la nuit ou les jours précédents, rapidement, puis le proche « transmet » la personne au membre de l'équipe qui prend la littéralement « en charge » pour la faire monter dans le véhicule. Si la personne vit seule, le passage au domicile permet parfois un coup d'œil sur son habillement voire, occasionnellement un rapide regard sur l'intérieur du domicile, même si usuellement la personne attend au-devant de chez elle et que l'intervenante n'a pas mandat pour entrer au domicile des personnes.

Ces tournées, chronophages pour les équipes et parfois fatigantes car entraînant des temps de transport longs, sont néanmoins appréciées par les personnels car elles leur permettent de se « rapprocher » du domicile, c'est-à-dire d'accéder à un autre aspect, plus intime, de la personne accueillie, d'obtenir des informations, un ressenti qui leur est utile dans l'ajustement de la journée.

« Moi la tournée, c'est un morceau important de mon travail. Pendant le trajet je discute avec les personnes, ça me donne une première impression de leur état ».

« Souvent, quand on finit la tournée, je fais les derniers mètres avec Madame à pied. Elle me confie souvent des choses plus intimes sur elles, sur sa vie, sur ce qu'elle a vécu.... »

L'accueil groupé

Lorsque le transport est effectué sans personnel à bord ou que le transport est majoritairement effectué par les personnes, seules ou accompagnées, l'accueil se fait en groupe. Ici, chaque accueil de jour procède selon ses propres règles mais de façon souvent cadrée. Il s'agit souvent d'un moment important car il marque le début de la journée.

Ainsi, dans un accueil de jour enquêté, les participants de la journée stationnent devant l'accueil de jour en attendant que celui-ci ouvre. A l'heure dite, une bonne partie de l'équipe est à la porte et accueille individuellement chaque personne selon un protocole fixe. L'équipe prend un à un les personnes, les accompagne au vestiaire où les attend leur cintre. Selon leur niveau d'autonomie, il leur est suggéré de se rendre seul dans la salle principale où un autre membre de l'équipe prend le relais pour les installer. Il arrive aussi que les difficultés de mobilité obligent l'équipe à accompagner individuellement chaque personne à une place.

L'accueil groupé se démarque par le rituel qui l'entoure. Les équipes donnent le ton et ce ton se veut volontiers enthousiaste, gai et positif. On « entre » dans l'accueil de jour comme on entre dans un restaurant bien tenu. Les personnels vous souhaitent la bienvenue et d'emblée prennent soin de vous.

L'accueil au compte-goutte

Dans certains accueils de jour, l'arrivée se fait au fil des transporteurs ou de l'heure d'arrivée des personnes. Il n'y a pas une heure fixe mais une heure à partir de laquelle l'accueil est possible. Il ne s'agit pas toujours d'une situation subie, elle peut être pleinement intégrée à l'organisation de l'accueil. Dans une structure, l'étalement des heures d'arrivées est même assumé comme étant un facteur de souplesse et d'adaptation vis-à-vis des personnes accueillies.

« En étalant comme ça les heures d'arrivées, on laisse aux personnes la possibilité d'arriver plus tard. Je ne sais pas, s'il a fait une mauvaise nuit, s'il ne se sent pas bien au réveil. On a aussi les personnes qui ne sont pas du matin. L'idée, c'est de faire en sorte que l'accueil de jour ne soit jamais perçu comme une source de stress. Ils viennent quand ils le peuvent (jusqu'à 1 h) et nous on s'adapte ».

Dans ces accueils, la personnalisation de l'arrivée est encore poussée plus loin. Chaque personne est accueillie par un membre de l'équipe à la porte, y compris la responsable parfois. Un à un ils sont accompagnés et installés à une place de la pièce principale. Chaque installation peut prendre parfois plusieurs minutes mais l'équipe tient à ce que ce moment d'accueil soit le plus individualisé possible, de sorte à créer d'emblée un cadre de réassurance propice au confort des participants.

Ainsi, malgré le caractère apparemment simple et fonctionnel de l'accueil, chacune des structures cherche à marquer un temps d'entrée dans le lieu de l'accueil, un seuil qui une fois franchi vous intègre dans un cadre rassurant. De plus, dans toutes les configurations ici envisagées, on note un souci de personnalisation très poussée. L'accueil est individuel même lorsqu'il prend une forme collective. Dans la plupart

des AJ, il se trouve un placard ou un porte-manteaux où chaque personne à son cintre, souvent accompagné de sa photo. On lui remet parfois un badge avec son nom sans que cela n'apparaisse comme une règle.

4.2 Des temps calmes

Si l'attention et la mobilisation sont des stimulations recherchées par les accueils de jour, l'apaisement et la relaxation apparaissent comme des objectifs également présents. Le « temps calme », issu du vocabulaire de la petite enfance mais utilisé parfois par les professionnels en AJ, désignent les temps de relâchement, voire de relaxation.

Sa justification porte souvent sur plusieurs aspects bien distincts. La première concerne la fatigabilité observée chez la plupart des usagers, notamment après le déjeuner. Le temps calme est alors proposé pour celles et ceux qui éprouvent le besoin de se reposer, voire de faire la sieste. Il est également programmé car « des personnes ont l'habitude de faire la sieste chez eux », il s'agit alors de perpétuer le rythme domestique dans l'institution.

La seconde justification porte sur le besoin, au sein de l'accueil de jour, de travailler spécifiquement la capacité des individus à s'apaiser, à ne rien faire. Certaines orientations vers l'accueil de jour découlent de ce que les personnes « n'arrêtent pas » à la maison, qu'elles ne parviennent pas s'installer tranquillement, qu'elles tournent en rond, qu'elles suivent sans relâche leur proche, qu'elles ne dorment pas la nuit. L'objectif de l'accueil de jour est alors de tenter de rétablir une alternance entre temps pleins et temps creux et de permettre à chacun de trouver un apaisement en ne faisant rien. Ces temps calmes prennent alors moins la forme de sommeil que de temps individuels occupés à des activités silencieuses : dessiner seul, colorier, tricoter, lire, regarder la télévision (parfois en groupe). Ils peuvent également être des temps en un pour un où les équipes vont rechercher très précisément l'apaisement de la personne, par des soins (comme un massage du visage ou des mains), par une conversation, ou par le simple fait d'installer une personne dans un fauteuil et de diffuser une musique en arrière-fond. Ces calmes peuvent s'apparenter à des temps d'ennui et ils peuvent sans doute l'être mais ils ne le sont pas pour des équipes qui visent explicitement cet état.

« Oh non, je ne sais pas s'ils s'ennuient. Au début, il ne tenait pas en place et c'était pareil à la maison, toujours à toucher à tout. Depuis quelques semaines, on arrive à le contenir. Je pense que ça lui fait du bien aussi » (une responsable)

La dernière justification est plus prosaïque et donne des temps de pause pour les équipes pour déjeuner, pour se faire des transmissions ou plus simplement pour souffler entre deux demi-journées. Dans les accueils de plus petites tailles, ces temps, de vingt minutes à plus d'une heure, sont souvent les seuls moments où la ou les intervenantes peuvent récupérer un peu, même si à y bien regarder elles restent souvent en activité, et mangent tout en gardant un œil sur le groupe.

Ces temps calmes ne se réduisent ainsi pas à des temps de sieste. Ce sont des temps qui participent au travail des professionnels exerçant dans les accueils de jour. Trois situations peuvent résumer ce qui se joue dans ces interstices.

Situation 1 : Ceux qui le veulent peuvent faire une sieste

Dans cet accueil, les activités s'enchaînent rapidement et les temps morts sont rares. Après le repas, l'équipe propose ou plutôt enjoint les personnes à s'installer dans des fauteuils confort. On parle d'invitation plus que d'obligation car si en principe chacun est censé rejoindre un fauteuil, l'équipe accepte volontiers que certains ou certaines restent aux tables pour lire, dessiner ou tricoter. Une fois installés, certains ferment sans peine les yeux. D'autres pourtant semblent se demander ce qu'ils font ainsi installés, leur regard traverse sans cesse la pièce, ils parlent et peinent à trouver le repos. Une animatrice rappelle gentiment la consigne : ce temps est consacré au repos ou à une activité « calme ».

« Monsieur X, détendez-vous un peu, il faut vous reposer un peu, nous avons beaucoup d'activités ensuite ».

Le temps de repos apparaît comme un temps de transition. On met de la musique, on occulte un peu les fenêtres mais la situation paraît à certains incongrue et d'ailleurs une dame se lève assez vite et décide d'aller dans une autre pièce où elle sera accueillie avec bonhomie par l'équipe qui prend alors son déjeuner.

Situation 2 : un temps vide ?

Dans cet accueil de jour de taille modeste, une seule intervenante s'occupe du groupe de 8 personnes aujourd'hui. L'heure du repas est finie. On rejoint là aussi les fauteuils confort avec toujours encore la même latitude pour celles et ceux qui expriment une forme de refus.

Ici, le rituel passe par la télévision. On met une chaîne locale où on diffuse les informations régionales puis vient le programme musical de la chaîne. Chaque jour, un musicien de bal anime une scène où des joueurs d'accordéon, de guimbardes s'enchaînent en playback sur un plateau. Le programme dure une heure. Il suscite un certain intérêt de la part des personnes accueillies. Personne ne semble se plaindre. En revanche les échanges sont inexistant, les personnes se contentent de fixer l'écran. Une dame se lève et interroge l'animatrice pour savoir quand son mari vient la chercher, une autre s'agace de son voisin, fait du bruit mais le reste du groupe est plongé dans une torpeur télévisuelle durable. Pendant ce temps, l'intervenante gère la fin du repas, la vaisselle, garde un œil sur le groupe, accompagne plusieurs personnes pour aller aux toilettes, revient et fait quelques commentaires au reste du groupe. Ce temps, vide pour les personnes accueillies, est un temps de gestion pour l'animatrice et aussi un temps de répit partiel.

Situation 3 : un temps pour contenir et calmer

Le repas s'est prolongé il est deux heures passées. Certaines personnes sont déjà sorties de table, d'autres traînent. Le temps qui suit n'est pas un temps de sieste là non plus, mais il est explicitement un temps calme. Les personnes retrouvent peu ou

prou la place qu'ils occupaient le matin avec le même ordonnancement habile : le monsieur qui agace certaines résidentes est installé dans un coin tranquille, ce monsieur, jeune, qui semble souffrir d'une démente post-avc est installé au milieu de la pièce, telle dame commence à marcher, elle est calmement guidée vers un espace où elle pourra sans crainte déambuler...chacun trouve une place et chacun est mis en condition pour passer un moment où, de manière explicitée par l'équipe, il faut que chacun trouve à s'apaiser. S'il y a un peu de musique en fond, pas de télévision, juste un moment où l'observateur peut percevoir de l'ennui mais qui pour l'équipe est un temps de relaxation, de bien-être ou du moins un temps où l'équipe peut gérer la montée d'angoisse qui peut éventuellement apparaître après le repas. Le temps est volontairement ralenti, l'équipe est d'ailleurs silencieuse, prenant éventuellement ce temps pour aller prodiguer un soin à une dame que l'on perçoit comme angoissée ou pour distraire ce monsieur, parfois agité, de sorte qu'il ne vienne pas perturber ce temps de repos.

On perçoit que les temps calmes, s'ils ne sont pas des activités à proprement parler, rentrent dans le répertoire. Ce sont rarement des temps morts où les personnes sont oubliées et où le silence traduit l'ennui et l'apathie collective. Il s'agit d'un temps prévu dans l'agenda de la journée, support à la recherche d'un apaisement, ou nécessité de l'organisation de l'accueil de jour.

Situation 4 : un temps à la carte

Dans quelques AJ, le temps post-méridien se fait « à la carte ». Celles et ceux qui souhaitent aller faire une sieste peuvent aller la faire dans un espace séparé où sont installés quelques fauteurs confort. Pour les autres, les intervenantes vont « improviser » une petite activité. Il s'agit d'occuper le temps de manière agréable. Ici on organise un quizz rapide au tableau, là viennent quelques fois des intervenants bénévoles pour proposer une activité de gym, ici c'est une animatrice qui se saisit d'un recueil de bons mots pour distraire les participants.

Il ne s'agit pas d'activité à proprement parler, mais d'un temps qui permet d'occuper les personnes. Certains le justifient par un souci de « remplir » la journée, d'autres par un rejet du modèle des Ehpad où les temps après le repas se caractérisent souvent par une léthargie emprunte d'ennui pour les résidents les plus actifs.

4.3 L'accompagnement aux toilettes : une action très discrète

Les soins du corps sont un objet clivant au sein des accueils de jour. Ils séparent les personnes accueillies entre les autonomes et celles qui ne le sont plus, avec parfois pour conséquence de ne plus pouvoir être accueilli dans tel accueil de jour ; elles séparent également les professionnels entre les thérapeutes et les aides-soignantes, entre celles qui font et celles qui ne font pas d'accompagnement aux toilettes. Elles divisent enfin les personnes accueillies entre les oublieuses et celles et ceux pour lesquels le réflexe des toilettes est sans problème.

Les toilettes sont suivies, accompagnées et pour les intervenantes les plus expérimentées, gérées avec tact.

Surveiller l'élimination

L'incontinence n'est pas systématique parmi les malades d'Alzheimer, moins encore aux stades précoces de la maladie. Les toilettes font néanmoins l'objet d'un suivi de la part des équipes, avec là encore des écarts importants.

Dans cet accueil de jour, on ne fera pas plus attention que cela aux toilettes, on rappellera juste l'endroit où elles se situent et, au début de la journée, après chaque activité et avant chaque repas, la même indication.

« Celles et ceux qui souhaitent aller aux toilettes, je vous en prie ». S'en suit un défilé de personnes allant aux toilettes, les unes après les autres.

Dans cet autre accueil de jour, les équipes ont noté quelques informations dans leur cahier sur les éventuels problèmes des personnes accueillies. Ici cependant, plus qu'un rappel, on invite les personnes individuellement à aller aux toilettes.

« Madame, je vous conduis aux toilettes ? Oui, venez ! ». Les équipes font alors de l'accompagnement aux toilettes, supervisent voire interviennent physiquement pour aider, voire pour faire un change.

Dans un dernier cas de figure, où d'ailleurs les personnes sont plus dépendantes que dans les deux précédents, on n'entend jamais parler de toilettes, pas d'appel. Il faut observer précisément le ballet discret des équipes qui toute la journée accompagnent les personnes les unes après les autres aux toilettes, se penchent vers telle personne pour lui glisser à l'oreille de l'accompagner aux toilettes. Peu d'écrit, au contraire d'autres structures qui suivent chaque passage, mais une vigilance permanente et une prise en charge complète de toilettes parfois lourdes, dans une grande fluidité.

La gestion des toilettes au sein des accueils de jour revêt deux aspects bien distincts.

Le premier est relatif à l'acceptabilité de personnes nécessitant une aide pour aller aux toilettes. On pourrait se figurer un accueil de jour comme lieu dédié aux activités, radicalement distinct de l'univers institutionnel des Ehpad et où on attend en retour un degré d'autonomie suffisant pour que les toilettes soient un sujet individuel et non un sujet pour l'équipe d'accueil. La plupart des accueils de jour s'inscrivent contre une telle conception et considèrent les nécessités liées aux toilettes comme faisant parties des services de l'accueil de jour, comme une des compétences des équipes et comme un élément contribuant au bien être des personnes accueillies.

Le second touche au type de rapport qui s'instaure entre les professionnels et les personnes accueillies. Il n'est pas anodin que les intervenantes soient, dans l'immense majorité des cas, également les personnes en charge des toilettes. Il peut arriver que dans des grands accueils de jour une spécialisation des tâches se fasse avec quelques aides-soignantes dédiées en partie aux toilettes et des thérapeutes dont la fonction serait exclusivement dédiée aux activités. Trois éléments de réponse peuvent être avancés. D'une part, les professionnels AS et AMP eux-mêmes considèrent que l'utilisation des toilettes est une dimension de la « prise en soin »,

qu'il y a un savoir-faire spécifique dans le geste d'aide à la toilette qui leur appartient, qui fait partie de leurs compétences et de leur métier.

D'autre part, les accueils de jour considèrent dans leur ensemble que les soins de toilette, de change, sont une dimension du maintien à domicile, qu'elle peut être une difficulté pour le proche, un élément de la problématique domestique. Ainsi, un accueil de jour décrit précisément comment un monsieur en opposition systématique pour aller aux toilettes, jusqu'à se mettre en danger, posait difficulté à sa femme et comment l'accueil de jour, par un système mécanique, une « combine », est parvenu à suffisamment lui donner d'autonomie et à le distraire pour rendre le change moins conflictuel. Ailleurs, les difficultés liées à l'élimination constatées à l'accueil de jour permettent d'orienter le proche aidant vers les services d'une entreprise spécialisée de conseil et de vente de matériel ou produits adaptés.

Enfin, par l'observation, il n'est pas possible de constater d'effets de cette différence de posture (activité vs soin) sur la relation entre les personnes accueillies et les professionnels. Il semble même que la proximité physique associée aux soins du corps, quand ils sont accomplis avec le savoir-faire dont témoignent les professionnels, est un point d'entrée pour « accéder » à la personne, entrer différemment en contact avec elle.

4.4 Le départ – un moment clé pour les équipes comme pour le groupe

La journée s'achève comme elle débute : les tournées, les accompagnants (société de transport ou proches) arrivent consécutivement ou simultanément.

Pour certaines personnes, le départ s'amorce dès la fin du repas, ce qui peut être une source de préoccupation pour l'équipe. Ils patientent et s'inquiètent que leur proche ne les oublie. Il revient alors à l'équipe de rassurer et de tâcher de distraire l'attention de la personne pour lui permettre de « rester » dans le groupe, parfois avec difficulté.

L'enjeu du départ, outre de s'assurer que chacun a bien ses affaires, consiste pour l'équipe à recueillir une dernière fois l'avis des personnes accueillies :

« Cela vous a plu aujourd'hui ? » « C'était comment alors cette journée ? »
« Vous revenez nous voir bientôt ? ».

Il s'agit d'aller chercher l'expression d'un sentiment et d'un avis, l'assentiment de la part des personnes que le travail a été bien fait. Les formulations laissent paraître que les équipes cherchent plus la confirmation qu'un réel questionnement sur ce qui a été fait. Elles cherchent un sourire, un contentement qui signifient pour elles une réussite. Difficile de faire le partage entre les réactions des personnes suscitées par un vrai plaisir d'une « bonne journée » et ce qui pourrait relever d'une politesse vis-à-vis des intervenantes. Nous y revenons en conclusion.

Parfois, le départ se traduit par une déception, voire une angoisse de la part de certaines personnes.

« Ah c'est déjà fini ? » « Je reviens demain ? ». C'est le cas en particulier des personnes vivant seules et pour lesquelles l'accueil de jour représente un temps partagé, la possibilité de « voir du monde », « une sortie ».

4.5 Accompagner individuellement chaque personne au sein du collectif tout au long de la journée

Comme tout établissement médicosocial autorisé, l'accueil de jour se doit de définir un projet d'accueil individualisé (PAI) pour chaque personne accueillie. Ce document écrit prend des formes plus ou moins nourries selon les accueils, et notamment selon ses ressources humaines. La présence de personnel de direction ou de thérapeutes formés au diagnostic et à la conception de projets d'intervention est déterminante pour formaliser des PAI nourris et régulièrement mis à jour.

Tous les documents de PAI contiennent des rubriques similaires : des renseignements sur la personne (âge, lieu de vie et métier antérieur), son système d'accompagnement au domicile (aidants familiaux, aides et soins à domicile, kiné, orthophonie..., suivi médical – médecin traitant et centre mémoire), le mode de transport pour venir à l'AJ (autonome, accompagné par les proches, service de transport, accompagné par l'AJ), ses centres d'intérêt en distinguant parfois les intérêts passés et présents, les éventuels traitements ou besoins de soins, les habitudes alimentaires ou les contraintes, les activités à privilégier. Certaines fiches de PAI sont très peu rédigées et ressemblent à des fiches de renseignement, alors que d'autres AJ privilégient la rédaction explicite, nourrie par l'observation et par des détails sur la vie passée collectés à l'admission et enrichis des informations recueillies au fil de l'accompagnement.

Ce document tient selon les accueils un rôle plus ou moins important dans la mise en œuvre de l'accompagnement, mais il ne dit rien ou peu, de l'effort de personnalisation effectivement produit tout au long des journées d'accueil, car comme l'a dit une intervenante : « C'est la personne avec son caractère qui guide notre accompagnement ».

La plupart des accueils enquêtés ont le souci continu, de l'arrivée dans la structure au départ, d'avoir une démarche propre pour chaque personne accueillie. Là encore, au risque de nous répéter, les moyens de la structure vont permettre un temps auprès de chacun et une hyper-personnalisation de la journée très variable. Mais même dans de petits AJ qui fonctionnent « a minima », la journée est aussi faite de temps d'attentions individuels.

Dans les temps de collation ou de repas, ce sont les habitudes alimentaires qui sont connues et qui mettent la personne dans une atmosphère de familiarité « alors vous, Madame X, c'est un sucre ». Ce sont des propos des accompagnants sur tel ou tel membre de la famille, des choses apprises sur ce qui s'est passé d'agréable au domicile, des références au métier ou au passé de tel ou tel. Autant de façons d'instaurer une relation de confiance et de rechercher l'engagement des personnes dans une discussion, ou d'établir la relation. Autant de façon de convoquer le « self » de la personne accueillie, de s'adresser à elle individuellement et non en tant

que membre indistinct d'un collectif. Cette convocation répétée de la mémoire biographique de la personne se retrouve au cours des ateliers.

Très discrètement, nous l'avons vu, une vigilance est portée à l'élimination : qu'il s'agisse de suggérer à quelqu'un d'y aller par prévention ou de repérer une gêne, ou un trouble du comportement que l'on sait associé à un besoin d'élimination. S'il y a accompagnement parce que la personne est dépendante, cela est fait avec tact.

Selon le taux d'encadrement de l'accueil, l'équipe a la possibilité ou non de mener des activités individuelles. Là où nous avons observé cette pratique, elle avait pour but soit de canaliser une personne dont le comportement trouble le collectif, soit de prendre soin d'une personne qui participe difficilement aux activités collectives en raison de l'avancement de ses troubles.

Cette pratique de l'attention individualisée est fréquente durant ce que nous avons appelé les interstices du programme de la journée et il n'est pas rare de voir un membre de l'équipe venir s'asseoir auprès d'une personne ou la conduire dans une salle à part avec ces mêmes objectifs. Ainsi nous avons pu voir une AMP faire un massage des mains à un monsieur en fauteuil, aphasique, une autre AMP sortir le jeu de dominos le temps du goûter proposer cette activité à une personne « qui ne réagit plus qu'à cela », une AS conduire après le repas une dame aphasique vers le jardin et arroser les plantes avec elle, etc.

Lorsqu'il s'agit des temps d'activité à proprement parler, les activités individuelles sont des activités tournées vers la recherche d'apaisement, accessibles à des personnes ayant des troubles importants.

Lors d'un de ces temps qui se déroule l'après-midi, une psychomotricienne installe non pas une mais deux personnes dans une salle en leur proposant une activité de coloriage. Les deux personnes sont fortement perturbatrices pour le collectif : parlant beaucoup, assez fort, de manière désobligeante ou inadaptée au contexte, avec des propos très répétitifs pour l'une d'elle. Deux fonds de coloriages sont proposés à chacun en fonction de leurs goûts et en tenant compte des capacités (complexité des formes, maîtrise de la motricité fine). Une fois les deux personnes « engagées » dans leur dessin, l'intervenante branche le programme Musi-care qui est une application numérique du marché développée pour l'apaisement et l'antalgie par la musique. L'application propose des cycles musicaux de 20 minutes conçus pour provoquer cette détente. L'intervenante s'attelle elle-même à une activité de dessin, donnant ainsi l'impression d'un atelier de dessin. L'effet est surprenant. Les deux participants sont concentrés. La dame continue un peu de parler mais finit par se dédier à son dessin.

Dans plusieurs AJ, un membre de l'équipe dédiait le temps des activités à de la socio-esthétique avec une personne (soin des mains, massage du visage).

Enfin, nous avons observé tout le travail de régulation des troubles qui sont interprétés comme un symptôme : agitation, anxiété, agressivité. Repérer une déambulation anormale, et accompagner un temps la personne dans son cheminement pour identifier la cause (besoin d'aller aux toilettes, souhait de rentrer

chez soi). Répondre aux questionnements répétés de celles et de ceux qui s'inquiètent de ce que leur proche ne sait peut-être pas qu'ils se trouvent là, qu'ils pourraient ne pas venir les chercher... Apaiser des moments d'angoisse. Eviter une sortie d'une personne qui veut rentrer chez elle...Parfois l'accompagner dehors sur la route du retour pour progressivement la convaincre de revenir à l'accueil.

C'est certainement en observant ce « PAI en actes » que l'on mesure le mieux les capacités réelles de l'accueil à proposer un accueil adapté à chacun et notamment à chaque personne chez qui la perte d'autonomie est importante. L'individualisation de la prise en charge s'appuie sur la connaissance fine de la personne, connaissance transmise (par les aidants) ou acquise (au fil de l'accompagnement). L'objectif est clairement de soutenir l'identité de la personne, davantage que de maintenir des capacités comme le suggèrent les textes.

Cette attention fine s'observe à biens des endroits enquêtés, mais il faut aussi reconnaître qu'il y a des accueils qui faute de moyens humains suffisants, ne peuvent pleinement individualiser l'accompagnement.

4.6 Conclusion : un cadre qui permet aux individus d'exister et qui peut servir d'inspiration à d'autres formes d'accompagnement médico-social

L'observateur profane qui assiste à des journées d'accueil dans différents accueils de jour se trouve observer des « scènes » aux ambiances très nettement différentes. Si l'attention bienveillante aux personnes accueillies est omniprésente, elle n'est pas soutenue par les mêmes compétences individuelles et collectives partout, elle ne se déploie pas au travers des mêmes activités et les façons d'accompagner, les principes d'action qui inspirent cet accompagnement, le ton employé dans les échanges, sont autant d'éléments différenciants. Si le programme semble identique, il est en réalité souvent singulier car les contenus d'activité comme les façons d'accompagner sont notablement différentes.

Ces singularités n'épuisent cependant pas un projet commun, un même effort perçu dans chaque accueil : celui de créer un lieu qui soit en mesure de s'adapter à chacun et construire un cadre qui permette la détente de personnes, voire le rire. En cela, il ne s'agit jamais de simples lieux d'occupation mais bien de lieux où s'exerce un savoir-faire certes variable et souvent non explicite mais néanmoins bien présent.

Le cœur du métier des professionnels intervenant dans les accueils de jours consiste à s'adapter aux besoins des personnes accueillies. Nous avons eu l'occasion de souligner les compétences requises d'un tel exercice (tome 1). Elles passent par des savoir-faires et des savoir-être acquis au fil des années. Nous souhaiterions conclure ici en insistant sur le fait que ces compétences ne sont pas à proprement parler techniques mais qu'elles sont avant tout relationnelles. Elles demandent une attention aiguë de la personnalité même résiduelle des utilisateurs des accueils, des ajustements continus et permanents.

Les personnes arrivent « telles qu'elles sont » et c'est la structure qui va parvenir ou du moins tenter de s'adapter à elles. Les professionnels vont évidemment s'appuyer sur

des activités, dont on a vu qu'elles ne ressemblaient guère, pour « remplir » la journée. Nous avons cependant été frappé de constater que les activités valaient moins pour ce qu'elles permettaient d'accomplir que pour les relations qu'elles permettaient de nouer entre les intervenants et les participants. L'accueil de jour entend moins produire que faire, y compris de manière approximative. C'est d'ailleurs une des raisons sans doute pour laquelle règne dans la plupart des accueils de jour une « bonne ambiance ». On cherche la rigolade, la blague et on ne se prend pas trop au sérieux.

Ceci participe de ce que nous appelons le cadre détendu. L'accueil de jour est un cadre, il procure des repères qui vont permettre de contenir et canaliser les troubles. L'une des compétences déjà mentionnées passe d'ailleurs dans la capacité des professionnels à anticiper des débordements ou des comportements qui pourraient nuire à ce cadre. Ce dernier n'est cependant pas figé, il va s'adapter, selon les groupes, selon les individus. L'objectif est que chacun se « trouve », c'est-à-dire que chacun puisse exprimer ce qu'il est à ce moment de sa vie.

Partant de ce socle commun, les accueils de jour vont se distinguer selon leur expérience, leurs compétences spécifiques, leurs ressources, la qualité de l'architecture des lieux mais également selon des choix qu'ils vont opérer dans la manière de faire. Trois axes de distinction des manières de faire ressortent finalement : un premier autour du degré d'élaboration du projet, un second autour de l'objectif thérapeutique retenu, un dernier autour de la proximité choisie avec les personnes accueillies.

Le premier axe oppose les projets élaborés aux projets de simple accueil. Les projets élaborés concernent les accueils qui disposent de temps et de moyens pour élaborer collégialement leur accompagnement. Le collectif n'est pas simplement dans le faire mais cherche à définir l'accompagnement collectif, ainsi que la somme des accompagnements individuels au sein de cet accompagnement collectif, par une réflexion en retrait de la pratique. Cela suppose du temps et des moyens (notamment des ressources pluridisciplinaires pour l'expertise et d'encadrement pour porter le projet). Les modes d'agir, l'organisation et les propositions d'activité ne sont pas uniquement guidés par les moyens mais par un projet, une intension définie. Par opposition, certains accueils n'ont pas de projet détaillé autre que celui d'accueillir les personnes.

Le second axe de différenciation oppose des accueils qui définissent leur objectif en termes thérapeutiques, notamment de réhabilitation fonctionnelle, à des accueils qui cherchent plutôt à créer un lieu de vie, et qui se définissent comme un « club spécialisé » avec pour principal objectif de passer un bon moment. Cela n'exclut pas que ce bon moment ait des effets thérapeutiques, mais ce n'est pas en ces termes que l'objectif poursuivi est défini. L'objectif affiché n'est pas le même selon cet objectif général. Le vocabulaire utilisé est différent, le recours à l'expertise thérapeutique en interne (membres de l'équipe psychomotriciennes, psychologues ou ergothérapeutes) ou en externe (intervenants spécialisés) est plus ou moins marquée selon ce qui est valorisé dans l'accompagnement. La justification donnée aux choix d'activité diffère également.

Le troisième axe de différenciation pourrait tenir à la distance posée entre les membres de l'équipe d'accueil et les personnes accompagnées. Certains accueils structurent et affichent la position professionnelle en respectant la norme selon laquelle l'on s'adresse aux personnes accueillies en leur donnant du Monsieur Martin ou Madame Vallois, en portant une blouse, ou un badge qui fait mention de la qualification, en ayant une communication qui indique la dissymétrie des positions : une position de soin et d'attention à l'autre et non une position d'égal à égal. Sans être rigide, ou froide, la relation entre personne accompagnée et professionnel accompagnant est une relation instituée et codifiée. Par opposition, certains accueils recherchent une forme de détente généralisée. Cette détente ne signifie ni laisser-aller, ni familiarité déplacée, mais ce qui est recherché est l'instauration d'une relation familière.

Pour conclure, il nous semble que l'analyse des accueils de jour et notamment des structures qui prennent en charge les personnes à des stades avancés, aide à mieux comprendre ce que pourraient être des modèles de prise en charge de personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs sévères en journée. Leur défi relève toujours de parvenir à créer un semblant de normalité avec des personnes pour lesquelles la normalité devient autre.

Leur mode de fonctionnement, sans logement, est évidemment spécifique mais nous y percevons de très clairs enseignements et sources d'inspiration pour toutes les structures d'hébergement qui sont confrontés à des publics présentant des troubles similaires : résidence autonomie et bien sûr ehpad, et notamment PASA ou unités fermées. L'expérience des accueils de jour en France pourrait servir de base à une réflexion partagée entre les opérateurs sur ce que peut être une politique d'animation dans un établissement.

5 ANNEXES :

5.1 Dispositif d'enquête

5.2 Revue de littérature

5.3 Bibliographie

5.4 Tableau synoptique des circulaires 2002, 2005 et 2011

5.1 Dispositif d'enquête

L'accès au terrain d'enquête a été largement entravé par la crise sanitaire puisque les observations auraient dû démarrer en février 2021. A cette date, un certain nombre d'accueils de jours n'avaient pas réouverts, d'autres étaient obligés de refermer par intermittence en raison de cas contacts, tous ont dû modifier leur jauge d'accueil et réorganiser les journées pour éviter limiter les contacts. Nous avons fait le choix de maintenir notre projet d'observation, considérant que cette situation était potentiellement durable. Nous avons bien sur essuyé un certain nombre de refus lié à la surcharge des responsables, à l'incertitude qui était la leur quant à la possibilité de maintenir ouvert leur accueil, au risque sanitaire que nous pouvions représenter également.

Nous avons in fine pu constituer un échantillon raisonné de structures en nous intéressant en particulier à quelques lieux réputés localement pour la qualité de leur accueil, mais en n'omettant pas d'inclure également des structures courantes comme de petits accueils rattachés à des ehpad. Au total nous avons pu observer 11 structures de statut, de taille et de localisation différentes. Elles sont situées dans 10 départements différents et 5 régions. L'objectif étant celui de la représentation de la diversité des configurations et des pratiques et non la représentativité statistique.

Dans chaque structure, nous avons généralement passé deux jours d'observation complets. Notre rôle d'observateur était expliqué aux personnes accueillies et nous avons cherché à nous fondre dans la journée, participant aux différents temps collectifs et échangeant à la volée avec les personnes accueillies et les membres de l'équipe.

Ce dispositif d'observation était complété en amont et en aval par des entretiens avec les responsables et des membres des équipes d'accompagnement. Nous avons également demandé à être mis en contacts avec des familles utilisatrices et ex utilisatrices de l'accueil de jour. Ces entretiens ont eu lieu pour l'essentiel par téléphone.

On trouvera dans les pages suivantes le profil de l'échantillon de structures enquêtées ainsi que le profil des professionnels et familles avec lesquels nous nous sommes entretenus.

Par ailleurs, nous avons souhaité enrichir notre compréhension des enjeux de l'accompagnement des personnes à des stades très avancés de la maladie en complétant l'observation par des journées dans des structures de soin ou d'hébergement spécialisées, voire observer des pratiques dans le champ du handicap. Nous avons dû renoncer partiellement à cet objectif et nous n'avons pu faire qu'un petit nombre de journées d'observation dans des structures spécialisées : Halte relais (1), Ehpad spécialisé Alzheimer (1), PASA (2), UHR (1) et UCC (1). Ce matériau n'est à ce jour pas assez conséquent pour véritablement fonder une analyse fine de ces structures et en tirer des enseignements pour l'accueil de jour. Nous n'avons donc restitué dans ce rapport que les enseignements tirés des observations et entretiens en accueils de jour.

Caractéristiques de l'AJ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Année de création	2016	2006	2000	2003	1995	2015	2012	1994	2016	2009	2016
Non de places autorisées	25	18	15	12	25	6	6	15	10	15	8
Nb de places observé pendant l'enquête	15 à 18	8 à 10	10	9	10	3 et 5	0	15	8	8 à 10	2 à 8
Rattachement à un Ehpad	Autonome	Autonme	Autonome	Autonome	Autonome	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	Ehpad	ehpad
Portage	Association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)	Association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)	Association dédiée à l'AJ	Association opérateur hospitalier	Association de malades et aidants	GCSMS public	Association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)	association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)	association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)	entreprise	association gestionnaire (ehpad, AJ, SSIAD)
Statut	PNL	PNL	PNL	PNL	PNL	Public	PNL	PNL	PNL	lucratif	PNL
Personnes accueillies	Situations complexes et stades avancés.	"personnes dynamiques" - jours dédiés malade jeunes	Tous profils. Groupes homogènes par journées.	Tous profils. Groupes homogènes par journée	Tous profils. Pas de groupes homogènes.	Tous profils. Pas de groupes homogènes.	Pas ou peu de personnes accueillies (0 au moment del'enquête).	tous profils. Groupes relativement homogènes	tous profils, groupes homogènes (hors itiénérant)	tous profils, groupes homogènes	tous profils, groupes faiblement homogènes
Localisation	Cœur de ville mais dans un quartier peu intéressant, sans parc à proximité.	Quartier historique permettant d'accéder à pied à des lieux de promenade ou visite culturelle.	Quartier périphérique sans activité à proximité à pied.	Quartier hors cœur de ville. Pas de commerces, pas de nature, pas de lieux culturels accessibles à pied.	En ville dans un quartier à l'écart de l'hyper centre.	Quartier isolé et sans activité à proximité (commerce, nature, culture).	En sortie d'un village rural sans commerce	commune limitrophe métropole, accessibilité transport public)	milieu rural isolé	quartier périphérique métropole	bourg rural

Caractéristiques de l'AJ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Espaces intérieurs	Local sur un niveau en étage d'un immeuble moderne. Aménagement ad hoc pour AJ avec espace de circulation et terrasse. 2 bureaux. Salles d'activité.	Local sur 2 niveaux (RDC et sous-sol) avec ascenseur intérieur. Salle principale avec coin cuisine donnant sur la cour. Salles d'activités en sous-sol. Faible luminosité et extérieurs limités.	Conçu ad hoc. Vaste, lumineux, fonctionnel. Vaste salle commune avec coin cuisine. Salles d'activités et bureaux.	En RDC : salle unique avec coin cuisine. Pas de salle d'activité. Une salle de repos non utilisée). Espaces relativement sombres.	Conçu et aménagé pour l'AJ. Vaste 300m2 en RDC d'un bâtiment moderne. Espaces communs en partie modulables : salle avec coin cuisine, salon, salles d'activités. Bureaux.	Salle unique, très lumineuse, de plain pied avec une terrasse donnant sur le jardin de l'ehpad. Une petite salle sert de bureau et de stockage du matériel.	Pas de local dédié à l'AJ : l'AJ est fondu dans l'espace commun de l'UVP (14 chambres). Une grande salle avec cuisine, un salon.	vaste bâtiment indépendant comprenant 2 espaces de vie dont une grande pièce de 300m2 : cuisine, bureau, pas de salle d'activités mais possibilité de diviser le groupe avec cuisine séparé.	itinérant : sur les jours à l'ehpad, grande salle lumineuse (300m2) + espace cuisine séparé	vaste bâtiment attaché à ehpad, grande pièce à vivre avec salon, bureau responsable	salle d'activité partagée avec entrée ehpad + salle 70m2 dédiée à l'AJ + office dans l'entrée de l'ehpad, pas de bureau (mais espace dans les couloirs de ehpad)
Espaces extérieurs	Terrasse urbaine.	Accès de plain pied à une petite artie de cour aménagée.	Vaste terrasse et jardin de plain pied.	Petit extérieur dédié mais parc de l'hospital accessible.	Jardin-terrasse de plain pied.	Terrasse de plain pied donnant sur le jardin de l'ehpad.	Terrasse de plain pied donnant sur le jardin de l'ehpad.	accès au jardin partagé avec Ehpad	accès à un espace extérieur aménagé pour activités sportives (50 m2)	terrasse / accès au parc partagé avec ehpad	pas d'accès extérieur
Transport	Externe : service spécialisé MND, ou VSL ou service municipal	Externe : service spécialisé ou vsl ou service municipal	Interne : Véhicules de l'AJ conduit par les équipes.	Externe : service spécialisé ou vsl ou service municipal	Interne : Véhicules de l'AJ conduit par chauffeur et accompagné par un membre de l'équipe.	Externe : service spécialisé ou vsl.	Externe : service spécialisé ou vsl.	internalisé avec 2 salariées dédiées	Externe : société de transport mais accompagne ment par une salariée	interne : mini bus conduit par salarié	externe: service spécialisé
Responsable de service ou direction dédiée	Oui, temps plein	Oui, temps plein mais dépendant d'un Directeur d'établissement	Oui, temps plein	Oui, temps partagé avec plateforme de répit	Oui, temps partagé avec plateforme de répit	oui, temps partagé entre plusieurs AJ et dépendant d'un Responsable.	Non	oui, temps plein	oui, temps plein	oui, temps plein	Non, gestion administrative par équipe ehpad
55 Profil des équipes (hors responsable) Intervenants extérieurs	AS (ASG), psychomotricienne, IDE (80%), agent hotelier, agent administratif	AS, AMP (ASG), psychologue (50%), maitresse de maison. Med Co (0,2 ETP)	AMP principalement (ASG), psychomotricienne (temps partiel), IDE (50%), Med co (5% ETP)	AS, AMP (ASG), psychologue (50%), maitresse de maison, med co (5% ETP)	AS, AMP (ASG), ergothérapeute, agent d'entretien, IDE temps plein, Med Co (4% ETP)	2 AS (ASG)	AVS et AS (ASG)	déscription théorique car non observées : 2 AS/AMP, 1 maîtresse de maison, 0,5 IDE, 2 chauffeur	2 AS/AMP, psycho (20%), temps administratif (hors AJ), 10%	déscription théorique : 3 AS/AMP + 50% ergo (transformé en temps psycho)	1 AMP pour 2 en théorie

Entretiens avec les familles

Aidant	Personne accueillie		Fréquentation	
Epouse	65 ans	Maladie Corps de Léwy	1	
Epouse	68 ans	Alzheimer	2	
Sœur	87 ans	Alzheimer	2	
Fils	88 ans	Paralyse supranucléaire progressive	0	ne sort plus
Fille	88 ans	Alzheimer	2	
Epouse	90 ans	Démence vasculaire	2	
Fille	92 ans	Alzheimer	1	(demande d'arrêt de la structure)
Fille	98 ans	Alzheimer	1	
Epouse	70 ans ?	Parkinson	1	(et 1 J dans un autre AJ)
Epouse	76 ans	Tumeur cortex	1	
Epouse	62 ans	Démence mixte	2	
Epoux	72 ans ?	Démence fronto temporale	2	
Fille	88 ans	Alzheimer	4	
Epoux	83 ans	Alzheimer	0	Hospitalisation longue
Epoux/Fille	85 ans	Alzheimer	0	Est exclue de l'AJ
Epouse	74 ans	Parkinson	3	
Epoux	78 ans	Alzheimer	3	En attente d'entrée en ehpad
Epoux	80 ans	Alzheimer	4	

Fille	75 ans	Alzheimer	3
Epoux	82 ans	Alzheimer	2
Epouse	85 ans	Démence vasculaire	4/5
Fille	87 ans	Alzheimer	2

Entretiens avec les professionnels

Direction/responsable de structure	10	
Equipes d'accompagnement hors direction		
AS-AMP (ASG)	13	
Ergothérapeute	1	
Psychomotricienne	1	
Infirmière	1	
Médecin coordonnateur	1	
Musicothérapeute externe		1
TOTAL	28	

5.2 État des connaissances sur les Accueils de jour

Cette note de cadrage a été produite en début de mission et présentée au Comité de pilotage du projet. Elle avait pour vocation d'identifier les axes de questionnement de la phase d'observation en partant de l'état des connaissances fournies par le cadre réglementaire, les données partielles d'enquête sur les AJ en France, et une analyse de la littérature internationale.

5.2.1 Éléments d'état des lieux des AJ à destination des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer

Les accueils de jour sont une des composantes de l'offre d'accueil temporaire institué par la loi 2002-2. C'est un décret de 2004 complété par les circulaires et décrets de 2011 qui en spécifient les objectifs et les principes de fonctionnement pour les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer.

« L'accueil de jour s'adresse aujourd'hui principalement aux personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et vivant à domicile. Il répond à trois besoins principaux :

- Resocialiser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile ;
- Aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée dépendante ;
- Offrir un accompagnement entre le « chez-soi » et l'établissement permettant un temps d'adaptation à la collectivité. » (Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire)

L'enquête d'état des lieux des dispositifs Alzheimer réalisée par la Fondation Médéric Alzheimer (FMA) en 2017 fournit des données statistiques assez détaillées sur les grandes caractéristiques des AJ :

- Il existe trois formes d'AJ : la forme la plus répandue est un accueil rattaché à un Ehpad (85%) et 15% sont des structures autonomes.
- 46% appartiennent au secteur public, 40% au privé non lucratif et 14% au privé lucratif, mais plus des trois quarts des structures autonomes sont associatives.
- En moyenne la capacité d'accueil est de 8 places mais elle est plus importante dans les structures autonomes (13 places) que dans les accueils rattachés à un Ehpad (7 places). Réglementairement les autonomes doivent offrir au moins 10 places et les non autonomes 6 places. Ces normes semblent respectées dans 90% des structures autonomes et 83% des rattachées.
- 9% des AJ portent une plateforme de répit.
- 5% ont une activité itinérante.

- La majorité des accueils ouvre en semaine, 8% une partie du week-end au moins et 3% tous les jours. 85% ont des fermetures pour jours de vacances ou fériés.
- 90% organisent le transport des personnes accueillies.
- Les équipes sont pluriprofessionnelles et dans la majorité des AJ (57%) le personnel a reçu une formation spécifique à l'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Ces données sont fondées sur un échantillon de 1749 accueils ayant répondu à l'enquête de la FMA, pour un total estimé de 14517 places alors que le dernier bilan de l'offre publié par la CNSA faisait état d'un peu plus de 15300 places d'AJ installées au 31 décembre 2017. L'enquête fournit donc une représentation assez précise de l'offre.

Le développement de l'offre a été notable durant le plan solidarité grand âge (PSGA) de 2007 à 2012 et très ralenti aux cours des Plans Alzheimer 2008-2012 et Maladies Neuro-Dégénératives, priorité ayant été donné sur ces deux plans aux structures spécialisées en établissement (PASA et UHR), aux ESA⁵ à domicile et aux plateformes de répit. Sur un peu plus de 15300 places installées à fin 2017, près de 7300 l'ont été au titre du PSGA (Cnsa (2018)).

Cette offre d'accueil de jour semble n'avoir pas aisément trouvé son public. Plusieurs raisons ont été identifiées : ambiguïté de la fonction entre renforcement du soutien à domicile ou étape vers l'établissement ; faible recours des aidants aux dispositifs de répit constaté de façon générale ; freins pratiques (transports) et /ou financiers (reste à charge) à la participation des familles.

Sur ces deux derniers aspects, deux réponses ont été apportées successivement. La prise en charge du transport par les AJ a été décrétée à compter de 2007 : les accueils doivent l'organiser ou le rembourser. Par ailleurs, un travail du SGMAP réalisé en 2015 pour favoriser le recours au répit a travaillé de manière participative à l'amélioration du recours et a conduit à la proposition du forfait répit des plans d'aide APA introduit par la loi ASV.

Le PMND via sa mesure 29 visait principalement à une amélioration qualitative de l'offre d'accueil de jour : diversification, consolidation des projets de service, ciblage des activités par public. Une évaluation devait être réalisée. Elle ne semble pas avoir faite.

Au terme de ces années d'évolution réglementaire, de transformation qualitative, de développement d'une offre structurée en établissement et d'intensification des dispositifs de répit via les plateformes, l'offre d'accueil de jours à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer demeure relativement mal connue : quid du fonctionnement, de la diversité des modèles, des publics accueillis, des activités proposées, d'éventuelles mesures de satisfaction, de pression de la

⁵ Respectivement Pôle d'activité et de soins adaptés, Unité d'hébergement renforcé et équipe spécialisées Alzheimer

demande (remplissage, liste d'attente), de l'effet de l'association d'une plateforme de répit...

- Axe d'investigation : description qualitative des publics et des fonctionnements des AJ actuels ; impact du rattachement à un Ehpad

L'orientation thérapeutique des accueils de jour conditionne leur organisation et leurs publics cibles. Comme l'indique la circulaire DGCS déjà citée, l'accueil de jour s'adresse « prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, au stade léger à modéré de la maladie. »

Ce positionnement s'explique par le caractère collectif et en partie thérapeutique de l'accompagnement organisé.

Les activités déployées au sein des AJ sont diverses. La consultation des sites web d'un petit échantillon d'AJ (cf. en annexe la liste des sites consultés) semble indiquer qu'ils proposent dans l'ensemble une association d'activités de loisirs à vocation sociale – activités ludiques, de convivialité et sorties - et d'activités à visée thérapeutique : Gymnastique douce, Art-thérapie, Musicothérapie, Zoothérapie, Atelier mémoire, Activités Montessori....

Ces interventions psycho-sociales (ou thérapies non médicamenteuses) sont encadrées par des professionnels du soin ou de l'art thérapie (psychologues, psychomotricien, ergothérapeute, musico-thérapeute...). Une place importante est donnée à la stimulation intellectuelle, mémorielle et physique. Les objectifs sont des objectifs d'amélioration du fonctionnement cognitif et physique des personnes accompagnées. Pour cette raison même, il est un stade d'évolution de la maladie où l'accompagnement peut perdre de sa pertinence.

Par ailleurs, les accueils de jour sont des lieux collectifs conçus comme des lieux de socialisation/resocialisation et s'adressent donc à des personnes capables de participer en groupe à des activités. Les personnes peuvent se tenir parfois dans les marges de l'activité, mais il ne faut pas que leur comportement produise une gêne excessive pour les autres bénéficiaires ou pour les personnes qui les accompagnent. Or certains symptômes comportementaux, psychologiques ou thymiques de la maladie d'Alzheimer peuvent être très perturbateurs : opposition, agressivité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, cris, idées délirantes, hallucinations, troubles de l'élimination... D'autres symptômes dits déficitaires - dépression, apathie, apraxie... - seront moins gênants du point de vue de la norme et de la convention mais ne permettront pas à la personne de tirer bénéfice des activités proposées.

Aussi, il est important de mettre au jour ce que sont les indications et par là les contraindications des accueils de jour thérapeutiques afin d'identifier précisément les personnes qui se trouvent sans solution et d'envisager un accompagnement alternatif pour elles.

- Axe d'investigation : lien entre publics accueillis et contenus d'activité

L'enquête de la Fondation Médéric Alzheimer de 2017 sur les dispositifs Alzheimer confirme le caractère sélectif des accueils de jour. Ainsi 88% des structures fixent des

limites à l'accueil et 73% n'acceptent pas les personnes ayant des troubles du comportement perturbateurs (violence (60%), agitation (9%), désinhibition (4%), stade sévère de la maladie (48%), dépendance physique (44%)).

- Axe d'investigation : publics non accueillis ; publics pour lesquels il est mis fin à l'accompagnement

5.2.2 Les accueils de jour dans la littérature : trois finalités

On comprend en rassemblant les quelques indications historiques figurant dans quelques introductions d'articles ou ouvrages (Villars 2008, Simmons Brown 2019, Moore 2006) qu'il existe deux filières de développement des AJ pour les personnes âgées : l'une à visée thérapeutique, issue de l'hôpital de jour, psychiatrique puis gériatrique ; l'autre à vocation sociale. Si en France les accueils de jour se sont quantitativement développés dans le cadre des plans Solidarité Grand âge avec une nette orientation pour des publics touchés par Alzheimer, il semble que dans certains pays (US, UK, Suisse, Belgique, Allemagne...) l'offre demeure davantage diversifiée et comprend à la fois une offre d'accueil de jour pour personnes atteintes de troubles mémoriels, démentiels et une offre à vocation sociale ou de prévention et destinée à tous les publics âgés.

On trouve trace de dispositifs d'accueils ouverts à destination des personnes souffrant de démence liée à la maladie d'Alzheimer dès la fin des années 1970, mais ceux-ci s'établissent durablement à la fin des années 1980, notamment aux États-Unis, sans qu'on puisse trouver à proprement parler de déclencheur à ce mouvement. Il semble bien plus que les accueils de jour émergent spontanément de la part d'établissements à la fois comme une réponse à des demandes de maintien à domicile d'une population vieillissante mais également comme la conséquence logique du mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie (Gurland 1981). Au cours des quarante dernières années, les AJ prennent progressivement place dans le continuum de prise en charge des personnes âgées démentes, avec néanmoins des finalités qui varient.

Une récente revue de littérature (Symonds 2019) souligne trois finalités consécutives des AJ.

Un premier moment établit les AJ comme des lieux de soins, au sens où ils doivent dispenser des accompagnements et des activités censés prendre en charge la démence, freiner son évolution, « traiter » la maladie. On s'attache alors davantage à la nature des services délivrés par les AJ, la préoccupation se portant sur les conditions d'accès à ces services (matérielles et financières) et beaucoup moins sur le cadre et l'environnement des « patients » reçus au sein des AJ.

Un second moment, constatant l'incertitude relative aux effets de ces activités sur l'évolution de la maladie, voire renonçant à la capacité thérapeutique de ces activités, amène à concevoir des AJ comme des lieux « de répit » pour les aidants. L'attention se porte alors sur les effets des AJ sur les aidants et conclut assez largement à un impact positif de ces structures sur l'état de santé psychique et moral des proches (Maffioletti 2019), tout en reconnaissant le faible impact des AJ sur la

probabilité et le délai d'entrée dans les établissements. Les études portent alors essentiellement sur l'effet des AJ comme « lieu », dispositif en tant que tel et moins sur ce que produisent ces lieux.

Un troisième temps s'intéresse justement aux AJ comme maillon d'un continuum entre le domicile et les établissements, l'objectif étant alors, pour des raisons liées aux coûts financiers et sociaux de l'entrée en établissement, de reporter au maximum cette entrée, tout en garantissant les conditions d'un maintien à domicile soutenable. L'AJ cesse alors d'être conçu simplement comme un « offreur de services » ou un « lieu » mais devient partie d'une infrastructure de soins (chronic care infrastructure (Langstrup 2013)), c'est-à-dire qu'il devient la « soudure » entre le domicile et l'extérieur, un outil pour renforcer la structure familiale autour du patient.

Symonds souligne l'écueil d'une grande part de la littérature consacrée à la mesure d'impact des AJ et qui le plus souvent n'étudie qu'une de ses dimensions et oblitère le caractère multidimensionnel de ces « outils » en faveur des personnes âgées démentes. Ainsi on trouve une littérature assez riche qui décrit les effets de telle ou telle activité sur les patients (Oyebode 2019). De même de très nombreuses évaluations se sont portées sur les effets de ces structures pour les aidants (Zarit 2017). Ces découpages laissent dans l'ombre le caractère systémique des AJ associant évidemment une population, des aidants, des activités mais également des personnels et des lieux, le tout dans des dynamiques associant nécessairement la vie au domicile des patients.

- Axe d'investigation : comment l'AJ s'intègre dans le système de soutien à domicile dans son ensemble, notamment avec l'avancée des troubles

5.2.3 L'AJ étudié comme un dispositif boîte noire

La littérature évaluative sur l'impact des dispositifs de répit connaît les mêmes difficultés méthodologiques que toute la recherche évaluative des interventions psycho-sociales. Le standard de l'essai randomisé contrôlé produit une recherche somme toute assez pauvre et surtout peu explicative. Certains auteurs prônent des approches plus réflexives et mieux adaptées au modèle d'action recherché (Symonds 2019, Zarit 2017).

Nous ne nous attardons pas sur les limites classiques liées aux enjeux de la preuve statistique, mais soulignons les dimensions d'analyse dont la prise en compte ou non détermine une grande partie de la qualité des études :

- Hétérogénéité/ non comparabilité des publics accompagnés : catégorisation des troubles, CSP, culture...
- Hétérogénéités/non comparabilité des situations d'aidants : relations aux personnes accompagnées, nature de la relation d'aide, CSP, culture...
- Aspect « boîte noire » de l'accompagnement : en quoi consistent les activités au sein de l'accueil ?
- Intensité et durée de l'accueil
- Qualification des personnels
- Nature de l'institution porteuse
- Coût de l'intervention pour les usagers
- Absence de modèles théoriques de l'accompagnement qu'il s'agisse des aidants ou des aidés

Toutes ces dimensions doivent être saisies pour comprendre et plus encore comparer ou mesurer des effets des AJ. Et d'autres encore sont soulignées, plus qualitatives, comme la qualité de l'environnement (architecture et aménagement).

Sur la question du contenu des activités proposées en accueil de jour, un article intéressant analyse par un dispositif d'enquête quantitative important en quoi les programmes d'activité des accueils de jour proposent des activités adaptées aux profils des personnes accueillies (Savard 2009)

Enfin, émergent des recherches centrées sur la mesure de satisfaction et l'expérience des personnes accompagnées elles-mêmes qui tendent d'abord à démontrer la faisabilité et la pertinence de cette auto-évaluation là où la plupart des travaux en font l'économie, compte tenu des troubles que connaissent les usagers (Brataas, Bjugan, Wille, & Hellzen, 2010; de Bruin et al., 2015; Strandenaes, Lund, & Rokstad, 2017).

En tout état de cause, notre étude n'aura pas vocation à mesurer mais à mieux comprendre. Et ce sont bien des modèles d'action des accueils pris individuellement

qu'il faudra mettre au jour en tenant compte de toutes les dimensions qui viennent d'être évoquées.

- Axes d'investigation : Comment l'accueil répond par son organisation et ses méthodes aux différents objectifs qui sont les siens ? Quel est le bien fondé de telle ou telle activité proposée ? En quoi ce modèle d'action dessine-t-il une limite à la prise en charge de tel ou tel public ?

5.2.4 AJ et avancée de la maladie : peu de données

En France, les AJ actuels sont pensés comme un dispositif d'accompagnement au début de la maladie. La « réponse » aux stades avancés de la maladie reviendrait à l'institution. La recherche sur cet accompagnement se déroule donc au principalement au sein des institutions (Abraha 2017).

Pour répondre néanmoins à l'objectif d'alternatives à l'entrée en institution de ces patients, le projet de cette étude est de s'interroger sur la capacité des AJ d'offrir une solution de transition la plus durable possible. Cette approche implique de comprendre les conditions de maintien en AJ de patients à un stade avancé et la forme que celui-ci prendrait. Pour cela, plusieurs préalables demanderaient à être investigués :

- Axe d'investigation : Quelles sont les conditions d'accès et d'exclusion des patients à un stade avancé de la maladie, au sens de troubles emportant une désorganisation de l'AJ ?

Sur cet aspect des règles d'admission et d'exclusion des patients, il n'existe pour ainsi dire pas de littérature. Certains travaux descriptifs explorent si les AJ disposent de critères d'entrée ou non, sans plus de détail sur les critères d'évaluation utilisés (Jarrot 1998).

De manière plus récente, une partie de la recherche s'est intéressée aux freins au recours aux dispositifs de soins pour des patients à un stade avancé mais en se concentrant sur les conditions du recours / non-recours plus que le caractère adapté des structures concernées (Stephen 2018).

Sur les activités proposées, seuls quelques travaux tentent de discerner les besoins des patients, y compris à un stade avancé de la maladie (Savard 2009), laissant entier la question de ce que seraient le cadre et les activités à proposer pour accueillir ces patients.

Sur l'exclusion ou plus généralement la sortie des patients des AJ, la littérature reste là-aussi silencieuse tant elle présume que la sortie des AJ est liée nécessairement à l'entrée en institution – comme s'il se dégageait un consensus spontané entre les équipes d'accueils et les aidants.

- Axe d'investigation : Les conséquences de la fin de prise en charge pour la personne malade et son entourage

Quelques travaux récents s'intéressent à des dispositifs innovants et aux effets de « dropout » sur les malades, notamment les fermes thérapeutiques en Norvège mais ils sont destinés à des patients à un stade relativement peu avancé de la maladie (Ibsen 2020). La compréhension des stades critiques ou limites où l'accès aux AJ devient « problématique » pour les personnels, les autres patients reste peu investiguée au final.

Alors à ce stade d'état des lieux, que pouvons-nous poser comme hypothèses sur les opportunités pour « prolonger » l'accueil de jour ? De quoi serait fait un accueil de jour pour des patients à un stade avancé de la maladie ?

Reprenant les travaux qui positionnent les AJ comme un élément d'une « infrastructure de soins », il faut tenter de définir ces dispositifs comme des lieux qui font et qui existent en tant que cadre de délivrance de « soins », tout en résonnant avec l'environnement habituel du patient à son domicile.

De ces trois composantes, on a vu que la recherche s'était intéressée à l'effet produit de l'AJ sur les aidants mais sans toutefois pousser plus loin la compréhension des effets de l'AJ sur les conditions de maintien à domicile à proprement parler.

De même, si un important corpus s'est développé sur les formes d'intervention auprès des patients souffrant de démence sévère (Surr 2018), il reste très centré sur le travail en institution et dans une moindre mesure sur les « autres lieux de vie ».

Enfin, la réflexion sur les espaces des AJ reste aujourd'hui encore peu engagée, les travaux portant sur l'architecture des bâtiments et les lieux de vie, beaucoup moins sur des espaces plus restreints tels que les AJ (Moore 2004).

5.2.5 Conclusion

Il nous semble, au fil de l'analyse partielle de la littérature, que le rôle possible de structures ambulatoires pour des patients souffrant de démence sévère, a été finalement encore peu abordé, d'une part parce qu'il apparaît que les AJ restent fondamentalement conçus comme des lieux d'accueil aux premiers stades de la maladie, même s'il se peut que la demande pour des publics confrontés à un stade plus avancé soit aussi bien réelle. En outre, contre un découpage par éléments (services, pratiques, aidants), il semble qu'un regard plus systématique manque aujourd'hui encore à la compréhension du potentiel d'action d'accueil de jour vis-à-vis de ces publics.

Ce regard s'attacherait avec plus de précisions à certaines des dimensions de l'AJ :

Axes d'investigations :

- Les critères d'entrée et de sortie de l'AJ et les conditions ces transitions sont gérées, préparées, accompagnées par les structures
- Les pratiques « limites » qui permettent d'accueillir des patients plus sévèrement déments, c'est-à-dire les activités, les rythmes, les environnements propices à leur sécurisation

- La description des « infrastructures de soins », c'est-à-dire du système qui au travers d'un accueil de jour travaille la question du maintien à domicile, du renforcement des ressources autour du patient et anticipe les suites de la maladie

5.3 Bibliographie

Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. the SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3).

ANESM, L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aidé, de l'aidant, du lien aidant-aidé dans les structures de répit et d'accompagnement, Etude réalisée dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012

ARS Pays de la Loire DT42 / Département de la Loire, Guide de bonnes pratiques- Accueil de jour- Mise à jour : 16 juin 2016

Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T., & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2839–2848.

CNSA, Accueil et accompagnement des personnes âgées, Bilan des réalisations au 31 décembre 2017 et programmation de places nouvelles entre 2018 et 2022, décembre 2018

CNSA, Rapport d'activité 2011 : accueils de jour, hébergements temporaires, Octobre 2012

Cohen-Mansfield J., Do Reports on Personal Preferences of Persons with Dementia Predict Their Responses to Group Activities? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;46(1-2):100-108.

De Bruin, S. R., Stoop, A., Molema, C., Vaandrager, L., Hop, P., & Baan, C. A. (2015). Green care farms: An innovative type of adult day service to stimulate social participation of people with dementia. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 1

Delcelier et al, L'accueil de jour pour personnes âgées, un dispositif au ralenti, rapport du Module Interprofessionnel de Santé Public groupe n°29, EHESP 2015

Ennuyer B, Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisations, Dunod, 2006

GERONTO-CLE, Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : attentes, freins, et facteurs de réussite, Mars 2010.

Gottlieb, B. H., & Johnson, J. (2000). Respite programs for caregivers of persons with dementia: A review with practice implications. *Aging & Mental Health*, 4, 119–129.

Fields, N.L., Anderson, K.A., & Dabelko-Schoeny, H. (2014). The effectiveness of adult day services for older adults: A review of the literature from 2000 to 2011. *Journal of Applied Gerontology*, 33, 130_163.

Fondation Médéric Alzheimer (collectif) – Analyse et revue de la littérature française et internationale sur l’offre de répit aux aidants de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées Etude réalisée pour la DGAS dans le cadre de la mesure 1b du plan Alzheimer, 6 novembre 2008

Førsund, L. H., Grov, E. K., Helvik, A. S., Juvet, L. K., Skovdahl, K., & Eriksen, S. (2018). The experience of lived space in persons with dementia: A systematic meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–27.

Gurland, B., Bennet, R., & Wilder, D. (1981). Reevaluating the Place of Evaluation in Planning for Alternatives to Institutional Care for the Elderly. *Journal of Social Issues*, 37(3), 51–70.

Ibsen, T. L., Kirkevold, Patil, G. G., & Eriksen, S. (2020). Dropout from farm-based day care for people with dementia in Norway: a follow-up study. *BMC Geriatrics*, 20(1).

Jarrott, S. E., Zarit, S. H., Berg, S., & Johansson, L. (1998). Adult day care for dementia: A comparison of programs in Sweden and the United States. In *Journal of Cross-Cultural Gerontology* (Vol. 13).

Kenigsberg P.-A., Ngatcha-Ribert L., Villez M., Gzil F., Bérard A. et al., 2013, « Le répit : des réponses pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de maladies apparentées, et leurs aidants ? Évolutions de 2000 à 2011 », *Recherches familiales*, n° 10, p. 57-69

Langstrup, H. (2013). Chronic care infrastructures and the home. *Sociology of Health and Illness*, 35(7), 1008–1022.

Le Bihan B., Mallon I., Sopadzhiyan A., 2014, « Entre relais et soutien : expériences différenciées du répit des aidants face aux démences », *Retraite et société*, n° 69, p. 78-98.

Maayan, N., Soares-Weiser, K., & Lee, H. (2014). Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1_47

Maffioletti, V. L. R., Baptista, M. A. T., Santos, R. L., Rodrigues, V. M., & Dourado, M. C. N. (2019). Effectiveness of day care in supporting family caregivers of people with dementia: A systematic review. *Dementia e Neuropsychologia*, 13(3), 268–283.

Meyer, C., & O’Keefe, F. (2020). Non-pharmacological interventions for people with dementia: A review of reviews. *Dementia*, 19(6), 1927–1954.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, CNSA, Analyse statistique des données issues des rapports d’activité des établissements et services médicosociaux, Septembre 2013.

Moore, K. D. (2004). Interpreting the “hidden program” of a place: An example from dementia day care. *Journal of Aging Studies*, 18(3), 297–320.

Moore K D, Lyn Dally Geboy, and Gerald D. Weisman, *Designing a Better Day, Guidelines for Adult and Dementia Day Services Centers*, John Hopkins University press, 2006

Oyebode, J. R., & Parveen, S. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments. *Dementia*, 18(1), 8–35.

Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006;18(4):577-95

Rapaport, P., Livingston, G., Murray, J., Mulla, A., & Cooper, C. (2017). Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *BMJ Open*, 7(2).

Ratte E., Imbaud D., Ministère des solidarités et de la Cohésion Sociale, groupe 3 sur la prise en charge de la dépendance, Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, Juin 2011.

SECRETARIAT GENERAL DE MODERNISATION DE L'ACTION PUBLIQUE, Comment améliorer l'usage des services d'accueil temporaire pour les personnes âgées en perte d'autonomie ?, Recherche-Action, Septembre 2014-Janvier 2015.

Savard, J., Lebel, P., Leduc, N., Béland, F., & Bergman, H. (2009). Les activités de groupe des centres de jour pour personnes âgées correspondent-elles aux besoins des différents profils de participants? *Canadian Journal on Aging*, 28(1), 27–49.

Stephan, A., Bieber, A., Hopper, L., Joyce, R., Irving, K., Zanetti, O., Portolani, E., Kerpershoek, L., Verhey, F., De Vugt, M., Wolfs, C., Eriksen, S., Røsvik, J., Marques, M. J., Gonçalves-Pereira, M., Sjölund, B. M., Jelley, H., Woods, B., Meyer, G., ... Machado, A. (2018). Barriers and facilitators to the access to and use of formal dementia care: Findings of a focus group study with people with dementia, informal carers and health and social care professionals in eight European countries. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–16.

Surr, C. A., Griffiths, A. W., & Kelley, R. (2018). Implementing Dementia Care Mapping as a practice development tool in dementia care services: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 165–177.

Symonds-Brown H, CH Ceci, W. Duggleby, Rethinking the nature of day programs for people with dementia : Implications for research, *Dementia (London)*. 2019 Nov 7

Strandenæs, M. G., Lund, A., & Rokstad, A. M. M. (2017). Experiences of attending day care services designed for people with dementia – A qualitative study with individual interviews. *Aging & Mental Health*, 22, 764–772.

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. M. (2017). The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers – A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 17, 1–11. 0403-2.

Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52, 929–965.

Villars H, Gardette V, Sourdet S, Andrieu S, Vellas B. Évaluation des structures de répit pour le patient atteint de maladie d'Alzheimer (et syndromes apparentés) et son aidant principal : revue de la littérature 2008.
<http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/etude_Gerontopole_Structures_de_repit_janvier_09.pdf>

Zarit, S. H., Bangerter, L. R., Liu, Y., & Rovine, M. J. (2017). Exploring the benefits of respite services to family caregivers: methodological issues and current findings. *Aging and Mental Health*, 21(3), 224–231.

Cadrage public et réglementaire

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, JORF n°66 du 18 mars 2004.

Décret n°2007-661 du 30 avril 2007 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'accueil de jour, JORF n°103 du 3 mai 2007.

Décret n°2007-827 du 11 mai 2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et complétant le code de l'action sociale et des familles, JORF n°110 du 12 mai 2007.

Circulaire n°DGCS/A3/2010/78 du 25 février 2010 relative à la mise en oeuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1), BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2010/4 du 15 mai 2010.

Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/261 du 30 juin 2011 relative à la mise en oeuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 2), BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2011/8 du 15 septembre 2011.

Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, BO Santé – Protection sociale – Solidarité, n° 2012/1 du 15 février 2012.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019, 2014.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES, Plan Alzheimer 2008-2012, 2007.

5.4 Tableau synoptique des circulaires 2002, 2005 et 2011

	<p>Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – annexe III CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 - ANNEXE V CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire</p>
P U B L I C	<p>personnes présentant une détérioration intellectuelle, et vivant à domicile</p>	<p>des personnes vivant à domicile et présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentées</p>	<p>L'accueil de jour s'adresse : – prioritairement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, au stade léger à modéré de la maladie ; – aux personnes âgées en perte d'autonomie physique, qui sont désireuses et en capacité de bénéficier d'un projet de soutien à domicile (capacité d'attention, capacité à participer aux activités proposées...).</p>
O B J E C T I F S	<p>Il a comme objectifs principaux de préserver, maintenir voire restaurer l'autonomie des personnes atteintes de troubles démentiels, et de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants.</p>	<p>Resocialisation : La maladie d'Alzheimer entraîne souvent pour les patients et leur famille une forte diminution des liens avec l'environnement social. Garder des relations, des contacts avec d'autres personnes est important pour poursuivre une vie à domicile. L'accueil de jour doit donc proposer des rencontres, échanges et activités adaptées permettant à chacun de rompre avec l'isolement et de restaurer le lien social.</p>	<p>Le projet de service de l'accueil de jour Il est indispensable que l'équipe de l'accueil de jour puisse constituer des groupes homogènes de malades et proposer un projet de service développé autour de quatre types d'actions : – des activités visant la stimulation cognitive ; – des activités et des actions favorisant une meilleure nutrition des personnes âgées</p>

	<p>Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – annexe III CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 - ANNEXE V CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire</p>
		<p>Adaptation à la vie quotidienne : La maladie entraîne progressivement une perte de certaines capacités. L'objectif est donc de privilégier le plaisir de faire à partir des capacités restantes sous la forme d'ateliers de réadaptation à la vie quotidienne, de création et de sorties notamment culturelles. La réalisation de projets individualisés permet de satisfaire à ces objectifs. Répit et écoute des aidants :</p>	<p>dépendantes (confection des repas, surveillance du poids...) ; – des actions contribuant au bien-être et à l'estime de soi déclinées par : – des activités réalisées à l'extérieur de l'accueil de jour qui concourent au maintien d'une vie ordinaire à domicile ; – des techniques de relaxation et de détente organisées à l'intérieur de l'accueil de jour ; – des activités physiques.</p>
<p>E Q U I P E</p>	<p>Pour fonctionner, l'accueil de jour doit disposer : 1. De personnels intervenant de façon constante, à temps plein ou à temps partiel : infirmier ; psychologue ; aide médico-psychologique ; 2. De personnels intervenant selon le projet et les besoins des personnes accueillies : psychomotricien ; orthophoniste ; masseur kinésithérapeute ; ergothérapeute ;</p>	<p>Il doit disposer de personnel capable, dans l'accompagnement et les soins à prodiguer aux personnes atteintes de démence, de s'adapter aux différentes situations individuelles, tant celles liées à l'évolution de l'état d'une personne, qu'aux modifications fréquentes de la constitution du groupe accueilli. Pour fonctionner, l'accueil de jour peut disposer de différentes compétences, à temps plein ou à temps partiel : psychologue ou orthophoniste,</p>	<p>Pour ce faire, différents professionnels peuvent intervenir dans le cadre de la mise en place de ces activités, notamment les professionnels suivants (1) : – infirmier ; – aide soignant/aide médico-psychologique ; – auxiliaire de vie sociale ; – psychomotricien/ergothérapeute ; – animateur géranto-sportif, professionnel formé dans la filière STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) ;</p>

	<p>Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – annexe III CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 - ANNEXE V CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire</p>
	<p>aide soignant. Ces professionnels interviennent le plus souvent à temps partiel. 3. Autres personnels : personnel administratif (secrétariat, comptabilité ; ces fonctions peuvent être assurées par un prestataire de service) ; personnel d'aide et d'accompagnement (auxiliaire de vie sociale, ...), assurant également l'entretien des locaux, sauf s'il est choisi d'avoir recours à un prestataire de service. Il convient de préciser que ces professionnels peuvent intervenir à temps partiel.</p>	<p>personnel soignant (infirmier, aide médico-psychologique ou aide-soignante), personnel d'aide et d'accompagnement, personnel administratif (secrétariat, comptabilité) ; ces fonctions administratives, comme celles concernant l'entretien des locaux sont déléguables à un prestataire de service.</p>	<p>– psychologue. L'infirmier, le psychomotricien, l'ergothérapeute ou le psychologue assurent la coordination avec les professionnels de la filière de soins et d'aide mentionnés au d. L'accueil de jour peut également avoir recours à des prestataires extérieurs (arthérapeute...) et des associations de bénévoles.</p>

	Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – annexe III CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR	Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 - ANNEXE V CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR	Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire
R Ô L E M I S S I O N P R O J E T	Dans un accueil de jour, le rôle et les missions des professionnels consistent à : élaborer un projet individuel d'aides et de soins adaptés, en tenant compte de l'environnement social de chaque personne accueillie et du stade d'évolution de sa maladie ; • stimuler les fonctions cognitives au travers des activités de la vie quotidienne ; • savoir communiquer avec les personnes désorientées, y compris au travers de techniques de communication non verbales ; • repérer les modifications comportementales susceptibles d'être liées à une pathologie intercurrente ; • maintenir, voire restaurer la capacité d'effectuer seule les actes essentiels de la vie, grâce à des soins et aides appropriés ; • détecter des troubles de l'alimentation et de la nutrition, et les signaler au médecin traitant ; savoir prévenir ces troubles ; • stimuler ou (maintenir voire restaurer), au travers de diverses activités, les capacités de la personne démente, afin d'éviter une aggravation de sa perte d'autonomie ; • préserver ou rétablir des contacts sociaux de la personne ;	Dans un accueil de jour, le rôle et les missions des professionnels consistent à : - élaborer un projet individuel capable d'évaluer les capacités de chacun et de proposer des activités adaptées à chacun ; - stimuler les fonctions cognitives au travers des activités de la vie quotidienne ; - savoir communiquer avec les personnes désorientées, y compris au travers de techniques de communication non verbales ; - maintenir, voire restaurer la capacité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie ; - privilégier les activités réalisables à partir des capacités restantes ; - préserver ou rétablir des contacts sociaux de la personne. Les professionnels pourront également fournir des conseils aux familles tant sur des aides techniques utiles au domicile que sur des prestations auxquelles elles auraient droit ou les orienter vers le service ad hoc.	Il est indispensable que l'équipe de l'accueil de jour puisse constituer des groupes homogènes de malades et proposer un projet de service développé autour de quatre types d'actions : - des activités visant la stimulation cognitive ; - des activités et des actions favorisant une meilleure nutrition des personnes âgées dépendantes (confection des repas, surveillance du poids...) ; - des actions contribuant au bien-être et à l'estime de soi déclinées par : - des activités réalisées à l'extérieur de l'accueil de jour qui concourent au maintien d'une vie ordinaire à domicile ; - des techniques de relaxation et de détente organisées à l'intérieur de l'accueil de jour ; - des activités physiques. Pour ce faire, différents professionnels peuvent intervenir dans le cadre de la mise en place de ces activités.

	<p>Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n° 2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées – annexe III CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C no 2005-172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 - ANNEXE V CAHIER DES CHARGES POUR LES ACCUEILS DE JOUR</p>	<p>Circulaire DGCS/SD3A no 2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire</p>
	<ul style="list-style-type: none"> •faire participer les personnes accueillies à des activités répondant aux objectifs précédents. <p>Les professionnels pourront également fournir des conseils aux familles, tant sur des aides techniques utiles au domicile, que sur des prestations auxquelles elles auraient droit (conseil et orientation vers les services ad hoc). La mission du psychologue est tournée, tant vers les personnes accueillies et l'ensemble de l'équipe, que vers les familles, notamment sous forme de groupes de paroles.</p> <p>Les activités de stimulation cognitives, à orientation amnésique, au sein d'un accueil de jour, ne doivent être réalisées qu'en étroite collaboration avec la consultation mémoire du réseau auquel il est rattaché.</p>		

