

Les partenaires du projet GINKGO :

- Etcharry Formation Développement, Ustaritz, France
- Centre communal d'action sociale, Urruña, France
- Pôle Culture & Santé en Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux, France
- Universidad Pública de Navarra, Pampelune, Espagne
- Bortzirietako Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea, Etxalar, Espagne
- Università di Bologna, Bologne, Italie
- Cefal Emilia Romagna, Bologne, Italie
- Anziani e non solo, Carpi, Italie



Cofinancé par
l'Union européenne



www.ginkgo-project.eu

Programme de formation



Sommaire

Introduction 5

Concepts Clés 6

Concepts clés : un cadre théorique essentiel 8

Isolement, solitude et exclusion sociale 9

Âgisme 12

Approche centrée sur la personne 15

Perspective du parcours de vie 18

Vieillessement actif et gérontologie éducative critique 21

Intersectionnalité 25

Qualité de vie 28

Empowerment 31

Approche territoriale 34

Coresponsabilité 37

Violence à l'encontre des personnes âgées 40

Bientraitance 43

Communication non violente 46

Perspective biopsychosociale 49

Modules de formation 52

Le parcours de formation : modules et connexions 54

Structure des modules de formation 56

Module 1 : Vieillessement, âgisme, stéréotypes et préjugés 63

Module 2 : Facteurs de protection et de risque
de l'isolement social 68

Module 3 : Communication avec les groupes cibles,
perspective centrée sur la personne 74

Module 4 : Stratégies socio-éducatives 79

Sous-module 4.1 : Participer à un projet
de coopération en culture et santé 84

Sous-module 4.2 : Activité physique et sport 89

Module 5 : L'intergénérationnalité 94

Module 6 : Perspective biopsychosociale 99

Module 7 : Promotion de la qualité de vie et du bien-être des soignants et des professionnels (prévention de l'épuisement professionnel) 105

Module 8 : Travail en réseau et interventions territoriales 111

ATELIER A : Atelier sur la communication narrative : l'art de raconter des histoires à travers la vidéo 116

ATELIER B: Atelier sur la communication narrative : l'art de raconter des histoires à travers la photographie 121

Introduction

Ce programme de formation a été conçu pour renforcer les connaissances et compétences nécessaires à la prévention de l'isolement social des personnes âgées, en particulier celles exposées au risque de rupture avec la vie sociale. Il vise à promouvoir leur participation et à multiplier les opportunités d'inclusion.

Le programme de formation est le résultat d'un processus structuré et collaboratif, développé en plusieurs étapes avec l'implication active des partenaires du projet et de leurs Comités Techniques Locaux (CTL), composé d'acteurs du territoire concernés par la thématique.

L'objectif est de bâtir un parcours basé sur des données concrètes, capable de répondre aux besoins spécifiques des territoires concernés, grâce à la définition partagée de concepts clés, d'axes de formation et de bonnes pratiques.

La première phase a consisté à identifier, à travers des groupes de discussion et des questionnaires, les valeurs fondamentales, les concepts et les mots-clés. Ces contributions ont permis de dégager une compréhension fine des perceptions et besoins locaux, fournissant ainsi une base solide à la conception du programme. L'analyse des données recueillies a ensuite permis de cibler les priorités de formation et de mettre en lumière les pratiques existantes les plus pertinentes, tout en veillant à l'alignement avec les autres modules de travail du projet (WP3 et WP4) pour garantir cohérence et complémentarité.

Les réunions avec les CTL ont constitué un moment clé du processus : elles ont permis de partager et discuter les résultats, d'obtenir des retours précis, d'affiner les concepts et de confirmer les priorités de formation. À partir de ces éléments, des modules ont été conçus et développés pour répondre de manière opérationnelle aux besoins identifiés. Une phase de révision a suivi, intégrant de nouveaux échanges avec les CTL afin d'ajuster et d'améliorer la structure du programme.

La version finale du programme ainsi produite témoigne d'une démarche inclusive et participative. Elle garantit non seulement l'adéquation avec les réalités locales, mais met également en avant la coopération, le partage de connaissances et le renforcement des expertises territoriales.



Concepts Clés



Concepts clés : un cadre théorique essentiel

Avant d'aborder les modules de formation, il est important de présenter les concepts fondamentaux qui structurent l'ensemble du programme.

Ces notions clés offrent un cadre théorique indispensable pour appréhender les enjeux liés au vieillissement, à l'inclusion sociale et au bien-être.

Chacun de ces concepts est exposé de façon claire et rigoureuse, avec une explication théorique organisée, des références issues de la littérature académique, ainsi qu'une sélection de ressources en ligne – incluant des sites web lorsque disponibles – pour aller plus loin.

Cette démarche vise à concilier exigence intellectuelle et accessibilité, afin de permettre à chaque lecteur d'explorer ces thématiques selon ses besoins et son niveau d'intérêt.



Isolement, solitude et exclusion sociale

L'isolement social a été généralement défini comme le fait d'être « seul », c'est-à-dire comme une condition objective caractérisée par des contacts et des interactions sociaux limités ou peu fréquents avec les autres (Cornwell & Waite, 2009 ; Dickens et al., 2011).

Les personnes âgées sont souvent plus exposées à ce risque en raison de facteurs comme la retraite, la perte de proches et la mobilité réduite (OMS, 2021). En outre, les dynamiques familiales changeantes et la dispersion géographique peuvent exacerber la déconnexion sociale chez les seniors (Smith & Victor, 2019). Nicholson (2009) propose une conception multidimensionnelle de l'isolement social, en soulignant l'importance de considérer non seulement le nombre de contacts, mais aussi le sentiment d'appartenance, la qualité des relations et l'engagement social.

La solitude, quant à elle, fait référence au sentiment d'« être seul ».

Les approches psychologiques, surtout les modèles cognitifs, ont été prédominantes pour expliquer cette interprétation. La solitude est définie comme une expérience subjective et émotionnelle découlant d'un écart entre les relations sociales souhaitées et réelles (Peplau & Perlman, 1982). Weiss (1983) et De Jong Gierveld & Van Tilburg (2010) distinguent deux types de solitude : la solitude émotionnelle, liée à l'absence de relations significatives, et la solitude sociale, liée à l'absence de connexions dans l'entourage immédiat. Les relations perçues comme idéales ne sont pas universelles, mais varient selon les contextes culturels et sociaux. En outre, la solitude est généralement perçue

comme une expérience négative ayant un impact significatif sur le bien-être de ceux qui la subissent. Mais elle peut aussi être choisie, même si, dans ce cas, elle s'accompagne souvent de stéréotypes négatifs (Sagan & Miller, 2018) comme un manque de compétences sociales ou une incapacité à maintenir des relations satisfaisantes.

Plusieurs études se sont concentrées sur les caractéristiques individuelles, traits de personnalité, facteurs sociaux et contextuels qui peuvent prédisposer à la solitude. On a constaté que, bien

que la solitude augmente avec l'âge, elle touche tous les groupes d'âge (Dykstra et al., 2005 ; Czaja et al., 2021). Des preuves montrent qu'elle est particulièrement présente chez les personnes en mauvaise santé, ayant vécu une rupture (comme le veuvage) ou en situation économique précaire (D'Hombres et al., 2018 ; Niedzwiedz et al., 2016). Elle est aussi un phénomène subjectif, variant selon les individus, tant dans les possibilités d'en souffrir que dans la manière de la vivre. Bien que l'isolement social et la solitude soient distincts, ils sont liés mais ne surviennent pas toujours ensemble (Deluigi & Ricci, 2023). L'exemple de la pandémie de COVID en est illustratif, avec l'aggravation de la solitude due à la distanciation sociale, aux restrictions de déplacement et aux confinements.

Selon des recherches, 25% des citoyens de l'Union européenne ont souffert de solitude persistante plus de la moitié du temps durant cette période (Baarck et al., 2021 ; Berlingieri et al., 2023).

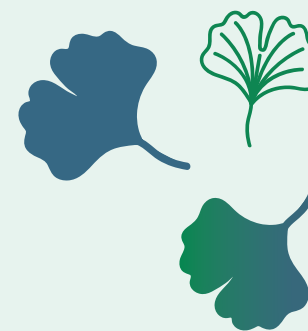
Avec la prise de conscience que la solitude est en grande partie un produit des dynamiques sociales et de facteurs structurels, ce phénomène a commencé à recevoir une plus grande attention en sociologie, notamment parmi ceux qui étudient les processus d'exclusion sociale. L'exclusion sociale est un concept polysémique, avec des significations variées selon les contextes territoriaux et historiques. Elle désigne en général la dégradation des liens sociaux et la difficulté d'accéder à des niveaux de bien-être minimaux (Walker & Walker, 1997 ; Seifert et al., 2021).

L'affaiblissement de ces liens est lié à la solitude et à l'isolement, car les personnes exclues disposent de moins de facteurs de protection.

Les changements rapides de notre environnement, comme les transformations familiales, l'affaiblissement des relations sociales et professionnelles, l'augmentation de la mobilité et la baisse de la qualité des services sociaux, affectent fortement la capacité des individus à construire et à maintenir des réseaux de soutien.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Berlingieri, F., Colagrossi, M. and Mauri, C., *Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey*, European Commission, 2023, JRC133351. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC133351>
- Cornwell, E.Y. & Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J. Health Soc Behav.* 50(1), 31-48. doi: 10.1177/002214650905000103
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11(647), 2-22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Nicholson Jr., N.R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65. 1342-1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>

SITES WEB

L'enquête de l'Union européenne sur la solitude : https://joint-research-centre.ec.europa.eu/projects-and-activities/survey-methods-and-analysis-centre/loneliness/eu-loneliness-survey_en?prefLang=fr

Initiative mondiale sur la solitude et le lien social : <https://www.gilc.global/>

Âgisme

L'âgisme, introduit par Robert Butler dans les années 1960, se réfère aux stéréotypes et préjugés liés à l'âge.

Butler (1975), ainsi que des chercheurs ultérieurs comme Whitley et Kite (2006) et Nelson (2005), ont examiné comment les stéréotypes liés à l'âge influencent les perceptions sur les traits et les capacités des individus. L'âgisme est perpétué par la façon dont la société pense, ressent et agit envers les personnes en fonction de leur âge, ce qui entraîne des comportements discriminatoires. Des décennies de recherches soulignent l'impact de l'âgisme, notamment sur les personnes âgées et les adolescents, souvent associés à des stéréotypes négatifs qui, une fois intériorisés, influencent les dimensions cognitives, émotionnelles et sociales. Cela peut générer des biais implicites et des actions explicites, renforçant la perception du vieillissement comme un problème plutôt que comme une évolution de la société.

L'âgisme se manifeste par des discriminations directes, indirectes, associatives, erronées et intersectionnelles, souvent influencées par des facteurs additionnels comme le genre. Ayalon et Tesch-Römer (2017) identifient les effets de l'âgisme à trois niveaux : le macro (les stéréotypes culturels influençant les politiques publiques), le méso (les effets sur les organisations et services), et le micro (l'impact sur l'image de soi et les relations sociales des personnes âgées). Ce cadre catégorise l'âgisme en âgisme institutionnel, interpersonnel et auto-infligé.

L'âgisme institutionnel implique des lois et pratiques qui limitent les opportunités en fonction de l'âge, tandis que l'âgisme interpersonnel se manifeste à travers des interactions marginalisées. L'âgisme auto-infligé survient lorsque les individus intériorisent des stéréotypes négatifs, limitant ainsi leur potentiel et restreignant leur développement personnel et leur participation sociale.

Les croyances âgistes répandues sous-entendent que les personnes âgées manquent de capacités ou de valeur sociale, ce qui conduit à leur marginalisation dans la prise de décision et à une minimisation de leurs contributions à la société. Ces biais restreignent la compréhension du vieillissement, ignorant la grande diversité au sein de la population âgée et les différents degrés d'autonomie, d'engagement actif et de dépendance qui caractérisent leurs expériences. L'âge n'est pas le seul déterminant dans le vieillissement ; des facteurs comme la génétique, le comportement, le statut socio-économique, la culture, l'environnement et le mode de vie sont également influents, comme l'ont souligné Rowe et Kahn (2015).

Reconnaissant les impacts de l'âgisme, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) l'a inclus dans sa Stratégie mondiale pour le vieillissement et la santé et la Décennie pour un vieillissement en bonne santé (2021-2030).

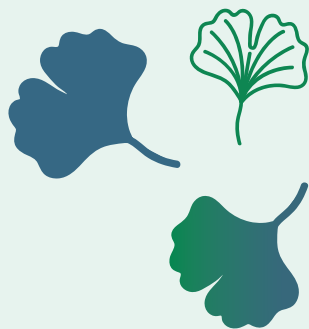
La stratégie de l'OMS met en avant les effets potentiels de l'âgisme : espérance de vie réduite, une santé plus fragile, risque accru de pauvreté, plus grande vulnérabilité aux abus, et isolement social accru (OMS, 2021). Les femmes, en particulier, peuvent souffrir davantage de l'âgisme en matière de santé en raison de la médicalisation biaisée et de la vision réductrice de leur santé.

En somme, l'âgisme reste profondément enraciné dans la société. Combattre ces préjugés nécessite de reconnaître et de transformer les vues stéréotypées sur les personnes âgées dans tous les domaines – personnel, familial, social et professionnel. Valoriser les personnes âgées en présentant une image réaliste et variée du vieillissement peut favoriser des sociétés inclusives et diversifiées, respectant et soutenant les individus de tous âges.





Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). Psychiatric and the elderly: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893–90
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61: 207–221.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2 0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- World Health Organization. (2021). *The Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization. Available: <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>

Approche centrée sur la personne

Ces dernières décennies, il y a eu un changement majeur de paradigme par rapport au modèle traditionnel de soins. L'approche centrée sur la personne trouve ses origines dans la psychologie humaniste, plus précisément dans la thérapie centrée sur le client de Carl Rogers (1951), également connue sous le nom de thérapie non-directive.

Cette forme de psychothérapie repose sur la tendance constructive et positive au développement de l'être humain, le considérant comme un acteur actif du changement, et s'éloigne de l'approche comportementaliste. Plus tard, Tom Kitwood (1997) applique cette référence aux soins des personnes atteintes de démence. Selon cet auteur, la démence n'est pas seulement une condition neurologique, mais aussi une condition psychologique et sociale, dans laquelle interviennent divers facteurs –dont l'interaction est déterminante pour comprendre le comportement et le bien-être de chaque personne –tels que la personnalité, la biographie, la santé et l'environnement social. Il s'agit donc d'une perspective psychosociale, où la maladie ou la pathologie n'est pas l'aspect unique ou prédominant. Cette idée est présentée dans le cadre VIPS (Valuing – valoriser ; Individuals – individus ; Perspective – point de vue ; Social environment – environnement social) de Dawn Brooker (2007), qui consiste à « valoriser » les personnes atteintes de démence et leurs environnements de soins, à les traiter comme des « individus uniques », à prendre en compte leur « perspective » et à fournir un « environnement social » qui soutient les besoins psychologiques.

L'approche centrée sur la personne de Kitwood a été transférée à différents contextes de soins, tels que l'éducation, la santé, les services gérontologiques ou liés au handicap.

Contrairement aux approches traditionnelles, basées sur les problèmes de l'individu et le fonctionnement institutionnel, les actions professionnelles fondées sur le modèle de soins centrés sur la personne (en anglais « Person-Centred Planning – PCP ») visent à fournir des soins individualisés et à favoriser l'autonomie et la participation des personnes dans leurs processus de soins. Le modèle PCP est une étape clé dans les bonnes pratiques, soutenue par des organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2024). Selon Collins (2014), les principes qui sous-tendent le PCP sont (1) des soins fondés sur la dignité et le respect, (2) la coordination du soutien et des soins dans le temps, notamment lors des transitions entre services, (3) la personnalisation des soins, évitant les approches généralisées centrées sur la maladie ou le diagnostic, et (4) le développement d'un environnement facilitant qui favorise les capacités de la personne et permet de maintenir son autonomie.

Dans le cadre du modèle PCP, l'approche dialogique peut être incluse comme une méthodologie de soins professionnels visant un dialogue participatif avec la personne soignée et son environnement proche (personnel et professionnel). Rogers lui-même cherchait à être congruent et authentique dans son approche, traitant sa thérapie centrée sur le client comme une relation de rencontre et assumant implicitement la compréhension dialogique dans son modèle. Les relations interpersonnelles sont essentielles pour les êtres humains, nous naissons et vivons dans des relations, et nos cerveaux sont construits de manière dialogique (Alderson-Day et al., 2016). C'est pourquoi nous avons besoin des autres pour développer notre identité et nous avons besoin des réponses des autres pour comprendre que nous existons pour eux. Tout cela se réalise à travers le dialogue, qui ne doit pas être compris comme un processus centré sur la parole, mais dont la principale prémisses, et celle de ce modèle, est l'écoute et l'entraînement de cette capacité. L'approche dialogique cherche à trouver de nouvelles solutions et possibilités d'action à travers un dialogue lent et l'autonomisation de la personne assistée. Le cœur central de l'approche est l'écoute, et donc les professionnels doivent écouter correctement les personnes avec lesquelles ils travaillent afin qu'elles se sentent reconnues dans la prise de décisions concernant leurs propres processus de vie (Arnkil, 2019).

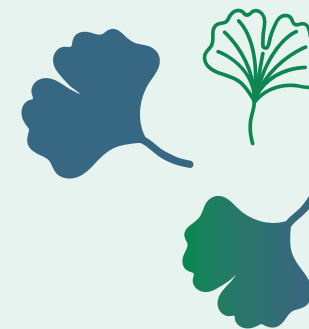
Ce dialogue vise à atteindre de nouveaux états et processus basés sur le potentiel propre de l'individu. En outre, il encourage les professionnels à établir des relations horizontales avec les personnes dont ils s'occupent, de sorte qu'ils ne leur disent pas ce qu'elles doivent faire, mais les aident à s'exprimer et à atteindre les objectifs fixés.

Il existe plusieurs tâches communes dans la génération et la préservation des espaces dialogiques, telles que (Arnkil, 2019) :

- **Organiser le lieu physique de manière appropriée pour le dialogue.**
- **S'assurer qu'il y a suffisamment de temps et que celui-ci est alloué de manière propice au dialogue.**
- **Inclure toutes les personnes importantes dans le réseau du patient et les encourager à se joindre en personne pour le dialogue.**
- **Encourager un espace mental ouvert à la curiosité respectueuse et à l'empathie.**
- **Préserver le discours dialogique avec les autres lors des réunions et éviter le discours autoritaire de la part des professionnels.**



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Arnkil, T. (2019). Co-generando espacios dialógicos. Desafíos para los diálogos abiertos y anticipatorios y las prácticas dialógicas en general. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64.
- Brooker D. (2007). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Collins, A. (2014). *Measuring what really matters Towards a coherent measurement system to support person-centred care*. The health Foundation.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>
- Kitwood T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Milton Keynes.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory*, éd. Houghton Mifflin.
- World Health Organization (WHO). (2024). *Long-term care for older people: package for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.

SITES WEB

<https://www.fundacionpilares.org>
(Fundación Pilares para la autonomía personal, Espagne)

<https://www.acpfrance.fr/>
(institut de formation, France)

Perspective du parcours de vie

La perspective du parcours de vie est une approche théorique qui concerne l'exploration des changements biologiques, cognitifs et psychosociaux ainsi que des constantes qui se produisent tout au long du parcours de vie.

Cette approche propose des principes théoriques et méthodologiques fondamentaux concernant la nature du développement humain. Les différentes perspectives sur lesquelles cette vision est fondée forment une sorte de « famille de perspectives » qui contribuent ensemble à la compréhension du phénomène (Baltes, 1987). Paul Baltes, psychologue allemand et un des experts de premier plan dans l'étude du développement et du vieillissement, propose une approche fondée sur une série de principes fondamentaux qui définissent le cours du développement humain de manière intégrée et continue.

La perspective du parcours de vie repose sur un certain nombre de principes :

(1) Le développement dure toute la vie : le développement n'est pas limité à une phase spécifique, mais continue tout au long de la vie, de l'enfance à la vieillesse (Baltes, 1987). Cela implique que les processus de changement et de croissance sont présents à tous les âges. (2) Le développement est multidimensionnel : selon ce principe, le développement implique plusieurs dimensions, y compris des facteurs physiques, cognitifs et émotionnels, qui interagissent entre eux de manière dynamique (Baltes & Lindenberger, 1997). Par exemple, à mesure qu'une personne vieillit, des changements cognitifs peuvent influencer son bien-être émotionnel et vice versa.

(3) Le développement est multidirectionnel : il ne suit pas un parcours linéaire, mais se caractérise par des gains et des pertes à tous les âges (Baltes, 1987). Par exemple, un jeune adulte pourrait améliorer ses compétences professionnelles mais perdre certaines compétences sociales en raison des pressions professionnelles.

(4) Le développement est plastique : selon ce principe, les caractéristiques humaines sont malléables et peuvent changer au fil du temps en réponse à des facteurs externes et internes (Baltes, 1987).

Un exemple de cette plasticité peut être observé dans la capacité des personnes âgées à s'adapter aux nouvelles technologies et modes de vie, démontrant que le développement et l'apprentissage ne s'arrêtent pas avec l'âge. (5) Le développement est influencé par des facteurs contextuels et socio-culturels : le contexte dans lequel on vit joue un rôle crucial dans la formation du processus de développement. Par exemple, le développement d'une personne grandissant dans un contexte socio-économique défavorisé sera différent de celui d'une personne élevée dans un environnement privilégié (Bronfenbrenner, 1979).

(6) Le développement est multidisciplinaire : l'étude du développement nécessite l'intégration de différentes disciplines, telles que la psychologie, la biologie, la sociologie et l'anthropologie (Sternberg, 1999). Cette approche multidisciplinaire offre une vision complète des multiples forces qui influencent le développement humain.

De nombreux textes de politiques publiques au niveau international et européen ont intégré la perspective du parcours de vie, en particulier pour répondre aux défis posés par une population vieillissante et le besoin de promouvoir le bien-être tout au long de la vie. En particulier, il convient de noter que, dans sa stratégie mondiale et Plan d'action sur le vieillissement et la santé (2016), l'OMS a adopté une approche de la perspective du parcours de vie pour promouvoir la santé à tous les stades de la vie. Un exemple pratique de cette approche est le programme de prévention des maladies chroniques à l'âge adulte. Par le biais de campagnes d'éducation à la santé, telles que la promotion de modes de vie actifs et d'une alimentation équilibrée dès l'enfance, il est question de réduire le risque de maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires dans les étapes de vie à venir. Dans le document Socle européen des droits sociaux (2017), la Commission européenne a reconnu l'importance de promouvoir l'apprentissage tout au long de la vie et le vieillissement actif. Par exemple, de nombreuses initiatives européennes se concentrent sur l'offre de formations aux travailleurs adultes et âgés, leur permettant de rester compétitifs sur le marché du travail. Un projet significatif est le programme *Erasmus+ pour les adultes*, qui encourage l'éducation et la formation tout au long de la vie, permettant aux individus d'acquérir de nouvelles compétences quel que soit leur âge. L'initiative mondiale des Nations Unies, la Décennie des Nations Unies pour un vieillissement en bonne santé (2021-2030),

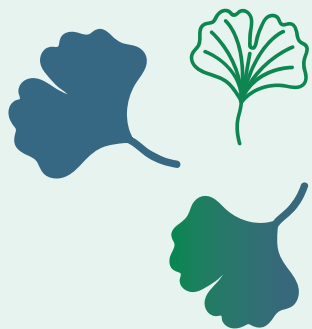
est fondée sur la perspective du parcours de vie (OMS, 2023). Un exemple de mise en œuvre pratique de cette politique est le soutien à des projets impliquant les personnes âgées dans des activités sociales et physiques, améliorant leur qualité de vie. Par exemple, des programmes de bénévolat intergénérationnel, dans lesquels les personnes âgées offrent leur temps et leur expérience au bénéfice des plus jeunes, ont été promus dans le cadre de cette initiative, favorisant la connexion entre les générations et la transmission des savoirs.

En conclusion, la perspective du parcours de vie fournit un cadre théorique fondamental pour comprendre le développement humain à tous les stades, de la naissance à la vieillesse.

L'accent mis sur la multidimensionnalité et la plasticité du développement met en évidence comment les individus, même âgés, ont la capacité de changer, d'apprendre et de se développer. De plus, les politiques internationales et européennes adoptent de plus en plus cette perspective, reconnaissant la nécessité de promouvoir le bien-être et le développement tout au long de la vie. Enfin, la recherche scientifique continue de montrer que le vieillissement n'est pas seulement une période de déclin, mais aussi une période de croissance et d'adaptation, avec de fortes implications pratiques pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
- Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12(1), 12–21. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Sternberg, R. J. (1999). *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.

SITES WEB

- WHO (2016). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1
- European Commission (2017). European Pillar of Social Rights <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>
- WHO (2023). Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374192/9789240079694-eng.pdf?sequence=1>

Vieillessement actif et gérontologie éducative critique

Le vieillissement est un processus complexe et multifacette qui varie considérablement d'une personne à l'autre. Les recherches ont démontré que, bien que le vieillissement soit souvent associé à un déclin cognitif, tous les individus âgés ne vivent pas cette expérience de manière uniforme.

De nombreuses personnes âgées peuvent maintenir des niveaux élevés de fonctionnement physique et cognitif, ce qui conduit à ce que l'on appelle souvent le Vieillessement Réussi. Il s'agit ici de fournir une brève description des concepts clés liés au vieillissement, en mettant l'accent sur le Vieillessement Actif, le Vieillessement Réussi et les perspectives critiques de la Gérontologie Éducative.

Le vieillissement actif est défini par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2002 comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité pour améliorer la qualité de vie des personnes à mesure qu'elles vieillissent ». Ce concept met en avant l'importance de rester engagé dans des activités sociales, économiques, culturelles et civiques. Il déplace l'objectif de la simple survie vers une vie pleine de sens, indépendamment des limitations physiques et cognitives.

Les facteurs clés contribuant au vieillissement actif incluent :

- **Activité physique** : une activité physique régulière aide à maintenir la mobilité et réduit le risque de maladies chroniques.
- **Engagement cognitif** : participer à des activités stimulantes mentalement aide à retarder le déclin cognitif et à maintenir ou augmenter la capacité de réserve cognitive.

- **Participation sociale** : inclusion et implication des personnes âgées dans la vie sociale, ce qui favorise leur bien-être et leur qualité de vie.
- **Accès aux soins de santé** : les soins de santé préventifs et les interventions médicales sont essentiels pour gérer les maladies chroniques et maintenir la qualité de vie.

Le vieillissement réussi est un modèle largement étudié qui décrit comment les personnes âgées peuvent vieillir de manière saine et active. Selon le cadre théorique proposé par Baltes & Baltes (1991), **le vieillissement réussi implique trois composantes principales** :

- **Faible probabilité de maladie et d'incapacité** : les personnes âgées maintiennent leur santé physique et minimisent l'impact des maladies chroniques.
- **Haut niveau de fonctionnement cognitif et physique** : les capacités cognitives, telles que la mémoire, le raisonnement et la résolution de problèmes, sont préservées, et la santé physique est maintenue.
- **Engagement actif dans la vie** : un sentiment de but et d'implication dans des activités significatives, à la fois sociales et productives, contribue au bien-être global.

Cependant, des critiques de ce modèle suggèrent qu'il met trop l'accent sur la santé et la capacité physique, excluant ainsi les individus qui ne répondent pas à ces critères. Ce concept peut involontairement marginaliser les personnes en situation de handicap, ne tenant pas compte des trajectoires de vie diverses.

La Gérontologie Critique remet en question les vues traditionnelles sur le vieillissement et souligne l'importance du contexte social, de la diversité et de l'autonomisation. Elle prône une compréhension plus large du vieillissement qui va au-delà des modèles médicaux, en mettant plutôt l'accent sur la manière dont les structures sociétales, les normes culturelles et les biographies personnelles façonnent l'expérience du vieillissement.

Selon Holstein & Minkler (2007), la Gérontologie Critique met en lumière les aspects suivants :

- **Idéaux et normes culturelles :** les expériences du vieillissement sont influencées par les idéaux culturels implicites et explicites sur ce que signifie vieillir avec succès.
- **Réalités politiques et sociales :** le vieillissement est façonné par des politiques et des structures sociétales qui peuvent soit autonomiser, soit marginaliser les personnes âgées.

• **Intersectionnalité :** des facteurs comme le genre, le groupe ethnique, le statut socio-économique et les conditions de santé s'entrecroisent, créant des expériences de vieillissement uniques pour chaque individu.

• **Autonomisation par l'éducation :** l'éducation est perçue comme un processus continu pouvant renforcer l'autonomie et l'engagement, promouvant une compréhension plus inclusive du vieillissement.

La gérontologie critique met l'accent sur les implications éducatives du vieillissement, car il est essentiel de promouvoir des opportunités d'apprentissage tout au long de la vie pour les personnes âgées.

Cela inclut :

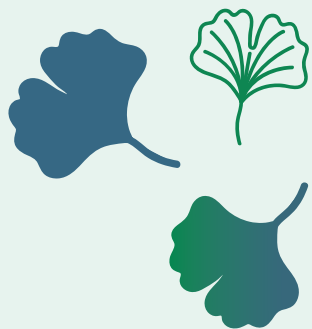
- **Stratégies compensatoires :** les programmes éducatifs devraient aider les personnes âgées à développer des mécanismes compensatoires pour faire face aux défis liés à l'âge.
- **Renforcement et amélioration :** l'apprentissage doit être perçu comme un outil pour améliorer les fonctions cognitives et renforcer les capacités existantes, plutôt que de simplement atténuer les pertes.
- **Inclusion et diversité :** les efforts éducatifs doivent intégrer les diverses expériences de vieillissement, en reconnaissant que tous les individus ne suivent pas le même parcours de vieillissement.

En conclusion, les modèles de vieillissement actif et de vieillissement réussi offrent des perspectives précieuses sur la manière dont les individus peuvent naviguer dans le processus de vieillissement.

Cependant, il est tout aussi important d'intégrer des perspectives critiques qui soulignent le rôle des facteurs sociaux et éducatifs dans la formation des expériences de vieillissement. En mettant l'accent sur l'intersectionnalité et l'autonomisation, la Gérontologie Éducative Critique propose une approche plus inclusive et humaniste pour comprendre les complexités du vieillissement.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Bernard, M., & Scharf, T. (2007). **Critical perspectives on ageing societies**. Policy Press.
- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. In M. Bernard & T. Scharf (Eds.), **Critical perspectives on ageing societies** (pp. 13-26). Policy Press.
- Schaie, K. W., & Carstensen, L. L. (2006). **Social structures, aging, and self-regulation in the elderly**. Springer Publishing Company.
- WHO. *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.

SITES WEB

TED TALK Jane Fonda Life's third act
https://www.ted.com/talks/jane_fonda_life_s_third_act?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare

Intersectionnalité

Le concept d'intersectionnalité est apparu à la fin des années 1960 et au début des années 1970 au sein des mouvements du féminisme noirs, d'abord aux États-Unis puis en Europe.

Ces mouvements ont contribué aux études post-coloniales et queer, remettant en question une vision essentialiste des femmes et décentralisant la différence sexe/genre, qui jusque-là, dominait l'agenda du féminisme blanc. À la suite de ces études critiques sur le genre et la race, le terme «intersectionnalité» a été formulé pour la première fois par la juriste Kimberlé Crenshaw en 1989. Crenshaw (1989) définit l'intersectionnalité comme une analyse critique explorant comment différentes identités sociales – telles que le genre, la race, la classe, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, les capacités physiques, entre autres – s'entrecroisent pour créer des expériences uniques d'oppression et de privilège. Par exemple, une femme en situation de handicap peut subir à la fois du sexisme et des discriminations liées au handicap ; ces deux facteurs combinés rendent sa vie plus complexe que celle de quelqu'un qui ne subit qu'une seule de ces formes de discrimination. Cette perspective est cruciale pour comprendre que les catégories identitaires n'existent pas isolément, mais opèrent simultanément et de manière synergique, générant des inégalités qui ne peuvent être réduites à des catégories uniques.

En plus de cette définition, Collins et Bilge (2016) décrivent l'intersectionnalité comme un cadre analytique permettant de comprendre comment des structures de pouvoir multiples et interconnectées – telles que le patriarcat, le racisme, le capitalisme et le colonialisme – agissent ensemble pour produire des inégalités

sociales. Une autre définition importante est celle de Hancock (2007), qui se concentre sur la nature dynamique des catégories identitaires et souligne que l'intersectionnalité n'est pas limitée à l'analyse des identités opprimées, mais implique également la reconnaissance des intersections entre privilège et inégalité. Bien que les différentes définitions de l'intersectionnalité convergent autour du concept d'« interaction » entre catégories identitaires, elles varient dans leurs méthodes et domaines d'application. À cet égard, Crenshaw (1989) souligne l'importance du concept dans le domaine juridique, suggérant que les lois qui traitent des formes uniques de discrimination ne répondent pas de manière adéquate aux cas de discrimination multiple. Cette vision a été élargie par Hancock (2007), qui propose que l'intersectionnalité puisse être appliquée pour analyser toutes les identités sociales dans la mesure où elles sont intégrées dans des relations de pouvoir, et pas seulement celles des groupes marginalisés.

L'intersectionnalité a progressivement trouvé un consensus et a commencé à influencer les politiques internationales et les législations en matière de droits humains. Dans ce contexte, au sein des Nations Unies, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CERD) et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) ont reconnu formellement l'importance de traiter les discriminations

intersectionnelles dans leurs rapports. En particulier, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale a approfondi sa compréhension de l'intersectionnalité, en abordant des sujets comme la façon dont la discrimination raciale interagit avec la santé et le statut social (Nations Unies, 2023).

Au niveau européen, l'intersectionnalité est intégrée dans les politiques de l'union européenne (UE). À cet égard, la Stratégie pour l'égalité des genres 2020-2025 de l'UE fait explicitement référence à une approche intersectionnelle dans la lutte contre les inégalités de genre, reconnaissant que les femmes peuvent faire face à des formes de discrimination multiples et cumulatives (Commission européenne, 2020). Cependant, dans de nombreux cas, les lois ne prennent pas en compte ces expériences intersectionnelles, traitant chaque type de discrimination comme s'il était isolé (Kantola & Lombardo, 2017).

L'application du concept d'intersectionnalité aux études sur le vieillissement représente un domaine en plein essor. En effet, le vieillissement est un processus influencé non seulement par des variables biologiques, mais aussi par des facteurs sociaux et identitaires, tels que le genre, l'ethnicité, la classe sociale et l'orientation sexuelle (Calasanti & Giles, 2018 ; Katz, 2005). En particulier, les expériences des personnes âgées ne sont pas homogènes. Par exemple, les femmes âgées peuvent subir des discriminations liées à la fois au sexisme et à l'âgisme. Si elle est également une personne de couleur ou de statut économique modeste, les difficultés peuvent s'accroître.

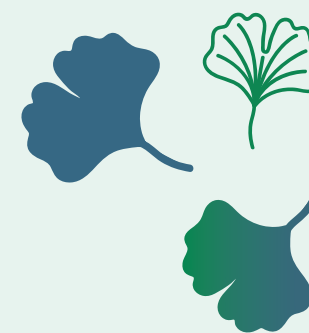
En outre, il a été observé que les personnes âgées LGBTQ+ font face à des défis uniques liés à une vie de discriminations, amplifiées par l'âge.

En conclusion, l'intersectionnalité est un puissant outil théorique pour comprendre les interconnexions entre différentes formes d'inégalités.

Cependant, l'intégration du concept d'intersectionnalité dans les politiques européennes et internationales reste un processus en évolution, nécessitant des approches plus holistiques et une plus grande attention aux multiples identités des individus.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Calasanti, T., & Giles, S. (2018). The challenge of intersectionality. *Generations*, 41(4), 69–74.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), Article 8.
- Hancock, A.-M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63–79. <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>
- Kantola, J., & Lombardo, E. (2017). *Gender and political analysis*. Bloomsbury Publishing.
- Katz, S. (2005). *Cultural aging: Life course, lifestyle, and senior worlds*. University of Toronto Press. <http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctvg254gf>

SITES WEB

Commission européenne. (2020). Une Union de l'égalité : stratégie en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes 2020-2025. <https://ec.europa.eu>

Organisation des Nations Unies. (2023). «Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale tient sa septième réunion avec les États parties». <https://www.ohchr.org/en/news/2023/12/committee-elimination-racial-discrimination-holds-seventh-meeting-states-parties>

Qualité de vie

Le concept de Qualité de Vie a été appliqué au fil des ans dans divers domaines et avec différentes perspectives théoriques.

En 1993, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fourni la définition suivante : « C'est la perception qu'a un individu de sa position dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. Il s'agit d'un concept large, influencé de manière complexe par l'état de santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales et sa relation avec les aspects essentiels de son environnement. » (OMSQOL, 1993, p.153).

Selon cette définition, la qualité de vie est influencée par divers facteurs, qui varient en fonction du lieu, du stade de la vie et des composantes spécifiques qui la déterminent (famille, social, socio-économique, etc.). Monique Formarier, ancienne formatrice de cadres de santé et rédactrice en chef de la revue scientifique *Recherche en soins infirmiers*, identifie les domaines suivants comme influençant la qualité de vie d'une personne :

- **l'état de santé et le niveau de handicap,**
- **les aspects psychologiques et spirituels,**
- **le milieu familial et le contexte environnemental,**
- **le statut socio-économique.**

Le concept met en avant la notion de perception, ou de « satisfaction globale du sujet quant au sens qu'il attribue au bien-être. » Cette focalisation sur le point de vue de l'individu ajoute de la complexité au concept : la qualité de vie est un critère évaluatif qui, idéalement, devrait être objectif, mais qui est soumis à une interprétation subjective.

De même, pour le Groupe Qualité de Vie de l'Organisation mondiale de la Santé (OMSQOL, 1993), « la qualité de vie est définie comme la perception qu'a un individu de sa position dans la vie, dans le contexte culturel et des systèmes de valeurs dans lesquels il évolue, en fonction de ses objectifs, attentes, priorités et intérêts. Il s'agit d'un concept large, influencé globalement par la santé physique de la personne, son état psychologique, son degré de dépendance, ses relations sociales et son lien avec les caractéristiques essentielles de l'environnement. »

Cet accent sur la perspective individuelle complexifie le concept : bien que la qualité de vie soit censée être un critère objectif par nature, elle est ouverte à une interprétation subjective, variant selon l'appréciation propre à chaque individu de ses normes et valeurs et évoluant au fil du temps et selon les différents stades de la vie.

Selon Zribi et Poupée-Fontaine, la qualité de vie est en partie liée aux opportunités des individus de participer aux décisions qui les concernent, tant individuellement que collectivement, ainsi qu'à leur

capacité à s'exprimer, notamment en ce qui concerne leur cadre de vie, leur éventuel programme de soins et leurs activités personnelles. La qualité de vie affirme ainsi le droit de libre choix, de consentement éclairé, d'accès à toutes les informations personnelles et de participation à leur projet personnalisé.

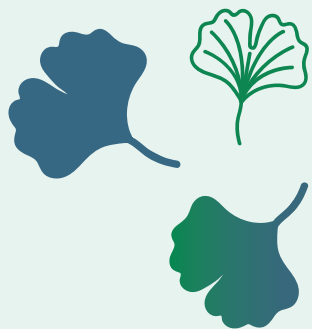
Cela implique de reconnaître les individus comme des « sujets » à accompagner plutôt que comme des « objets » à prendre en charge. La qualité de vie est également liée à la capacité de s'exprimer à un niveau collectif, institutionnel et sociétal : la personne est un sujet de droits, ayant le droit de s'exprimer sur les questions qui la concernent, les groupes auxquels elle appartient, l'institution et la société. L'objectif est de permettre aux individus d'exercer leur rôle de citoyens et de ne pas être confinés au rôle de bénéficiaires passifs.

Comme le résume Emanuela Lopez dans le rapport *Qualità della vita in età evolutiva*, « en bref, la qualité de vie est un concept large impliquant de multiples dimensions de la vie, représentant une perception subjective de la façon dont les individus se sentent par rapport à leur état de santé. En d'autres termes, elle comprend les sentiments d'un individu à propos de sa vie, de ses valeurs liées à la santé, de son fonctionnement émotionnel et social, et de ses relations avec sa

famille et ses amis. L'accent mis sur la subjectivité et la multidimensionnalité implique que la description de la qualité de vie d'un individu ne devrait pas refléter les opinions des professionnels de la santé ou des membres de la famille, ni se fonder sur une mesure objective de l'état ou des possessions d'une personne, mais plutôt inclure une large gamme de critères. » (Lopez, 2013, p. 9).



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- Hervy*, M. P. (2013). Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad: pourquoi ce thème?. *Empan*, (4), 126-132.
- Lopez, D. S. E. (2013). Qualità della vita in età evolutiva:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_2_file.pdf
- Poupee-Fontaine, D., & ZRIBI, G. (2002). Dictionnaire du handicap. EHESP
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

SITES WEB

<https://www.anffas.net/it/cosa-facciamo/supporto-alle-persone-con-disabilita/qualita-della-vita/>

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-it/qualita-della-vita>

Empowerment

L'empowerment représente un concept crucial, à la fois en tant qu'orientation de valeur pour l'intervention sociale et comme modèle théorique permettant de comprendre les processus et les résultats associés à l'exercice de contrôle et d'influence sur les décisions affectant la vie personnelle, l'efficacité organisationnelle et la qualité de vie en collectivité (Perkins & Zimmerman, 1995; Rappaport, 1981; Zimmerman & Warschausky, 1998).

En dépit des avancées conceptuelles, l'empowerment demeure une notion ambiguë, encore mal articulée dans le contexte de la promotion de la santé. Plusieurs auteurs ont observé que la pertinence et la signification durable de l'empowerment dans cette discipline pourraient être menacées par l'usage variable de ce terme (Rissel, 1994; Wallerstein, 1992; Zimmerman, 2000). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'empowerment en santé mentale comme la capacité des usagers à exercer un choix, une décision, une influence et un contrôle sur les événements de leur vie (2010). Conformément à cette vision, Rappaport (1984) décrit l'empowerment comme un processus permettant aux individus et organisations de maîtriser leur vie. Cependant, cette définition manque de précisions quant aux processus spécifiques à différents niveaux d'analyse. Ces définitions suggèrent que l'empowerment est lié à l'exercice du contrôle, à la participation dans la réalisation d'objectifs partagés, à l'accès aux ressources et à une compréhension critique du contexte sociopolitique.

Un projet visant à développer l'empowerment individuel et à promouvoir l'autonomie doit aborder plusieurs dimensions : individuelle, socio-relationnelle et institutionnelle. Au niveau

individuel, l'empowerment se manifeste dans le développement de compétences telles que l'estime de soi, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité personnelle et la capacité d'auto-évaluation (Perkins & Zimmerman, 1995). Dans la dimension socio-relationnelle, des projets fondés sur l'apprentissage coopératif devraient promouvoir des compétences comme la communication, la coopération et la gestion des conflits (Ninacs, 2008). Au niveau institutionnel, l'empowerment implique la création de conditions favorisant la participation active, la prise de conscience des droits et des devoirs, ainsi que l'inclusion dans les processus décisionnels.

L'empowerment suppose un ensemble de connaissances, de compétences et de stratégies relationnelles permettant aux individus et aux groupes de fixer des objectifs et de développer des stratégies efficaces pour les atteindre, en utilisant les ressources disponibles. D'un point de vue pratique, exercer l'empowerment signifie poursuivre des objectifs, s'efforcer de les atteindre, percevoir des marges d'influence sur les événements, gérer le changement et construire des relations positives et collaboratives (Zimmerman & Warschausky, 1998).

Bien que les recherches se concentrent majoritairement sur le niveau individuel, un besoin croissant se fait sentir d'explorer davantage l'empowerment aux niveaux organisationnel et territorial afin de mieux en comprendre les implications et dynamiques dans différents contextes.

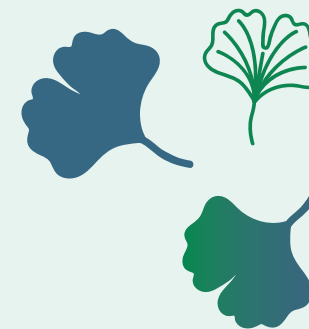
Au niveau organisationnel, l'empowerment se manifeste à travers des processus et des structures qui incitent à la participation des membres et améliorent l'efficacité dans l'atteinte des objectifs. Au niveau territorial, il concerne les actions collectives visant à améliorer la qualité de vie et à renforcer les liens entre les organisations et les acteurs locaux (Zimmerman & Warschausky, 1998). Il est important de noter que l'empowerment organisationnel et territorial ne se limite pas à la somme d'individus « empowerés » ; il s'agit d'un processus collectif plus large et complexe.

Un aspect clé de la conceptualisation de l'empowerment territorial, particulièrement discuté dans la littérature sur la promotion de la santé, concerne la distinction entre l'empowerment en tant que processus et en tant que résultat. Rissel (1994) souligne qu'il existe un large consensus selon lequel l'empowerment territorial est à la fois un processus et un résultat. Cependant, mesurer l'empowerment dans l'une ou l'autre de ces dimensions reste complexe, car il n'existe pas de consensus sur celle qui est plus facilement quantifiable ni sur les outils méthodologiques les plus appropriés (Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992).

Certains auteurs proposent de conceptualiser l'empowerment collectif comme une construction à plusieurs niveaux, qui se développe en trois étapes : l'empowerment individuel et psychologique, l'empowerment collectif et, enfin, l'empowerment social et/ou politique (Rissel, 1994; Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992).



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(2–3), 1–7. https://doi.org/10.1300/J293v03n02_02
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197–205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.1.3>

SITES WEB

WHO (2010) *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107275/WHO-EURO-2010-8556-48328-71752-eng.pdf?sequence=3>

Approche territoriale

Au cours des dernières années, l'approche territoriale a gagné en importance dans les politiques publiques, les réglementations et les recommandations concernant les soins aux personnes âgées.

Contrairement au modèle d'assistance traditionnel, cette approche se concentre sur la réalité des territoires. Les institutions européennes soutiennent ce changement, prônant un modèle de soins de longue durée centré sur la personne et basé sur la proximité, plutôt que sur l'institution traditionnelle. Le principe 18 du socle européen des droits sociaux (Commission européenne, 2017) souligne le droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier les soins à domicile et en environnement de proximité. Ce modèle part de l'idée que les soins basés sur le territoire améliorent la qualité de vie des personnes ayant besoin d'un soutien à long terme en favorisant leur inclusion sociale, leur autonomie et le respect de leurs choix de vie.

L'environnement de proximité représente l'espace social et territorial où les familles interagissent, où se tissent des réseaux de soutien social et où se déroule principalement la vie publique. En termes généraux, l'approche territoriale peut être comprise comme une méthode d'intervention qui utilise le tissu local et ses éléments comme agents actifs pour promouvoir la qualité de vie, les soins et la protection des personnes, fortement influencés par les liens sociaux et leur relation avec les éléments essentiels de leur environnement.

Le bien-être collectif au sein de l'environnement de proximité est l'objectif de cette approche, atteint grâce à la responsabilité partagée des parties prenantes, qui agissent de manière cohésive tout en embrassant la diversité locale (Sennett, 1999). Les approches territoriales reposent sur la collaboration et la participation des différents acteurs présents dans les environnements de proximité. Pour être efficaces, ces interventions doivent être durables, envisagées sur le moyen ou le long terme, et non limitées à des projets ponctuels et éphémères. De plus, une participation active et égale de toutes les parties, en particulier des groupes les plus vulnérables, est essentielle (Chaskin et al., 2001 ; Bridger & Luloff, 1999).

Un élément clé de l'approche territoriale est le soutien mutuel généré dans les relations de voisinage. La solidarité de quartier, fondée sur le soutien mutuel plutôt que sur la charité, est indispensable pour une intervention efficace. Spade (2020) identifie trois éléments essentiels au soutien mutuel : 1) répondre aux besoins de survie tout en comprenant les causes profondes des inégalités ; 2) encourager la solidarité entre personnes de milieux différents ; et 3) promouvoir une participation importante pour des processus autonomes et collectifs.

Le réseautage est une autre stratégie centrale de l'approche territoriale, facilitant la coresponsabilité.

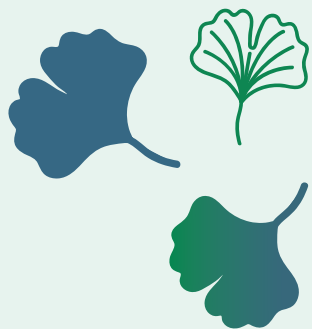
Cela nécessite de créer des espaces de coordination et de dialogue entre les institutions et les groupes qui travaillent dans la sphère de proximité, tels que : 1) l'organisation de forums de rencontre, de réflexion et de cohésion entre les acteurs territoriaux ; 2) la mise en œuvre de méthodes inclusives qui respectent et intègrent la diversité des réalités locales ; et 3) l'interconnexion des actions des groupes locaux, des collectifs et des entités publiques pour répondre aux besoins existants et émergents des différents acteurs impliqués.

Cette approche cherche à aligner les perspectives institutionnelles avec les valeurs du milieu de vie, en considérant le territoire comme l'initiateur de son propre développement. L'action locale est essentielle, permettant d'adapter les ressources aux besoins locaux et d'assurer leur autonomie dans la gestion des ressources de protection.

Brenner et Haaken (2000) affirment que le manque de reconnaissance du rôle essentiel du territoire constitue un obstacle pour les politiques publiques. Ils suggèrent que les politiques de soins efficaces doivent soutenir la reconstruction et le renforcement des structures locales et démocratiques.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- Bridger, J.C. & Luloff, A.E. (1999). Toward an interactional approach to sustainable community development. *Journal of Rural Studies*, 15(4), 377-387. [https://doi.org/10.1016/S0743-0167\(98\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0743-0167(98)00076-X)
- Chaskin, R. J., P. Brown, S. A. Venkatesh, & A. Vidal. (2001). *Building community capacity*. New York: Aldine.
- European Commission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.
- Sennett, R. (1999): *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, Nueva York, W.W. Norton.

Coreponsabilité

L'utilisation du terme « coreponsabilité » dans le domaine des soins aux personnes âgées renvoie à la nécessité de comprendre les ressources de soins comme un système intégré, dans lequel les politiques publiques, les familles, le secteur privé et la société civile doivent s'impliquer conjointement dans le travail de soins.

Ce concept est né dans le cadre des études de genre pour attirer l'attention sur les limites des politiques de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, qui visaient principalement à encourager les femmes à réduire leurs heures de travail et leur présence au travail afin de continuer à exercer leur rôle de principales dispensatrices de soins au sein de la famille (Leira, 2002). Contrairement à cette vision, la perspective de la coreponsabilité va plus loin et considère les soins comme un besoin qui ne peut être résolu exclusivement dans le cadre familial, mais qui doit être abordé collectivement.

Cette perspective trouve ses origines dans les travaux des théoriciennes féministes des années 1970, qui comprenaient que le soin est un problème fondamental pour la vie sociale, économique et politique, qui transcende la sphère privée. Traditionnellement, le soin était lié à la dimension familiale et était perçu comme une activité quotidienne réalisée par les femmes, sans aucune reconnaissance sociale pour ce travail. Daly et Lewis (2003) ont inventé le terme «soins sociaux» pour répondre à cette vision essentialiste, mettant en évidence la dimension sociale des activités de soins et la multiplicité des acteurs qui doivent être impliqués dans cette responsabilité.

Ainsi, l'État, les familles, la sphère privée et les acteurs locaux doivent participer au travail de soins. Le déséquilibre entre ces quatre acteurs – connus sous le nom des quatre piliers du « diamant des soins » (Razavi, 2007) – génère des tensions, des inégalités et un risque de négligence pour les personnes âgées.

La somme des efforts de ces acteurs est incontournable dans le contexte actuel de « crise des soins » (Hochschild, 1995), où le besoin croissant de soins dû au vieillissement de la population coïncide avec un moment où les ressources traditionnelles pour assurer ce travail de soins – les femmes dans l'environnement familial – ne sont plus disponibles ni garanties. Face à cette situation, il est nécessaire de mettre en place des stratégies qui, en parallèle, fournissent des ressources supplémentaires pour garantir les soins aux personnes âgées. Dans le cadre familial, l'intégration des hommes est indispensable. Bien qu'il y ait eu des progrès dans leur implication dans les soins aux mineurs, leur participation aux soins des personnes âgées reste limitée, la figure du soignant masculin étant plus fréquente lorsque la personne en besoin de soins est leur partenaire, alors que dans le cas des parents, la majorité de la responsabilité est déléguée à d'autres femmes.

La conséquence la plus immédiate est la surcharge de la personne soignante, qui impacte négativement sa santé physique, psychologique, émotionnelle, sociale et économique, avec un impact inégal entre les femmes et les hommes (Mosquera et al., 2016).

Dans le domaine des politiques publiques, il est nécessaire de progresser vers des modèles garantissant le soin comme un droit individuel, en le considérant au même niveau que d'autres domaines du bien-être, comme la santé, l'éducation ou la retraite. Les institutions doivent garantir la promotion d'une politique coordonnée qui implique tous les secteurs et niveaux d'administration pour répondre aux défis posés par les soins. De même, les institutions doivent recentrer leur attention sur les besoins des individus et des familles et travailler à partir de leur rôle actif. Plus précisément, améliorer la coordination entre les familles, les services sociaux de soins et le système de santé est un point-clé pour avancer vers la garantie des soins.

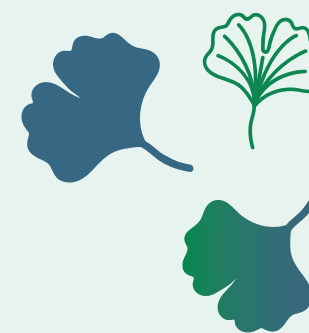
Le secteur privé est de plus en plus impliqué dans le secteur du soin, soit par des recrutements directs par les familles, soit par la participation à des appels d'offres importants gérés par les administrations publiques (centres de soins résidentiels ou services de soins à domicile, par exemple). Dans les deux cas, il existe un modèle commun du profil des travailleurs de ce secteur : une femme exerçant son travail dans des conditions précaires. Il est donc nécessaire de progresser vers une régulation de ce secteur au même niveau que les autres secteurs d'activité et d'améliorer l'inspection du travail dans ce domaine.

Enfin, le principe de coresponsabilité appelle à la mobilisation de la société civile dans le développement des activités de soins pour garantir que les personnes âgées puissent recevoir des soins dans leur environnement de proximité, un principe inclus dans le Plan d'action du socle européen des droits sociaux (Commission européenne, 2017). Les politiques d'action territoriale qui activent le travail conjoint des acteurs sur le territoire et l'approche de proximité des services sociaux jouent un rôle important dans l'organisation collective des soins (Finch, 1983). Faciliter le développement d'initiatives locales qui promeuvent les soins est un rôle nécessaire pour les institutions. À cet égard, des initiatives telles que les réseaux d'entraide ou l'organisation d'activités de répit pour les aidants sont des stratégies intéressantes qui peuvent être promues au niveau local.

En somme, parler de coresponsabilité dans les soins aux personnes âgées implique de comprendre que le soin est un droit et que, pour le garantir, il est nécessaire d'articuler de nouvelles ressources qui participent à réduire les écarts de genre et de classe sociale qui ont traditionnellement marqué l'organisation des soins.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Daly, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- European Commission (2017). *The European Pillar of Social Rights*. Publications Office of the European Union.
- Finch, J. (1983). Community care: developing non-sexist alternatives. *Critical Social Policy*, 3(9), 6-18. <https://doi.org/10.1177/026101838300300902>
- Hochschild, A. R. (1995). The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics* 2(3): 331-45.
- Leira, A. (2002). *Working Parents and the Welfare State: Family Change and Policy Reform in Scandinavia*. Ed: Cambridge University Press. Mosquera, I; Vergara, I; Larrañaga, I; Machón, M; del Río, M; Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Qual Life Res*, 25(5): 1059-92. doi: 10.1007/s11136-015-1159-4
- Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options. *Gender and Development*, 3, Ginebra, UNRISD.

Violence à l'encontre des personnes âgées

La violence envers les personnes âgées constitue un problème social et structurel majeur.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la définit comme « un acte unique ou répété, ou une absence d'action appropriée, survenant dans toute relation où il existe une attente de confiance, et qui cause du tort ou de la détresse à une personne âgée ». Cette violence peut être physique, émotionnelle, sexuelle, financière, ou résulter de la négligence et de l'abandon, entre autres formes. Bien que son ampleur réelle soit inconnue, une revue de la littérature réalisée en 2017 a révélé qu'une personne sur six âgée de plus de 60 ans avait subi une forme d'abus (Yon et al., 2017). La sous-déclaration de ces cas peut s'expliquer par le fait que ces situations surviennent souvent dans des contextes intra-familiaux, dans des relations de confiance et de dépendance, ou encore en raison des difficultés pour les victimes de dénoncer les faits. Il est important de noter que ce type de violence n'est pas limité à la sphère domestique, mais peut également survenir dans des contextes institutionnels, tels que des centres résidentiels ou d'autres établissements de soins sociaux et de santé. Les auteurs peuvent être des membres de la famille, des amis, des professionnels de santé et des soins sociaux, ou encore des inconnus. De plus, certains auteurs comme Chang et al. (2021), mettent en évidence les abus structurels comme une autre forme de violence à l'encontre des personnes âgées, se manifestant notamment par des discriminations dans les politiques publiques.

Les recherches s'accordent à dire que, bien que toute personne âgée puisse être victime de violence, certains facteurs individuels augmentent la probabilité d'être touché. En particulier, les personnes en situation de plus grande vulnérabilité, comme celles avec des limitations fonctionnelles, une dépendance, un handicap, une fragilité ou des troubles cognitifs, qui nécessitent l'assistance d'autrui pour les activités quotidiennes, sont les plus à risque. De même, il existe un pourcentage plus élevé de victimes féminines par rapport aux victimes masculines, et l'un des facteurs de risque les plus élevés qui augmente la probabilité de subir des violences est l'isolement social ou le manque de contacts sociaux. Bien que davantage de recherches soient nécessaires sur son impact, l'âgisme, c'est-à-dire toutes les attitudes et stéréotypes négatifs à l'égard des personnes âgées en raison de leur âge, est un facteur social pouvant également favoriser le développement de comportements violents. D'autre part, il existe des facteurs propres aux individus qui augmentent le risque de maltraitance, comme les aidants ayant des antécédents de toxicomanie, de problèmes de santé mentale, de dépendance économique, ou encore de stress et de surcharge liés aux soins d'une personne âgée, ainsi qu'un manque de connaissances sur le vieillissement et les processus de soins, à des compétences de soins insuffisantes et à la rareté ou l'inadéquation des ressources de soutien.

La maltraitance envers les personnes âgées, sous ses différentes formes, constitue une violation des droits humains, portant atteinte à l'égalité, à l'intégrité physique et au droit à une vie sans violence. Bien qu'il existe des références aux droits des personnes âgées dans des traités et accords internationaux, comme la Charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée, qui repose sur la nécessité de reconnaître et d'affirmer les droits des personnes âgées les plus vulnérables, il n'existe toujours pas de loi internationale spécifique et contraignante consacrée exclusivement à la protection de ce groupe, en dehors de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui reconnaît, dans son article 25, le droit des personnes âgées à une vie digne et indépendante. Des organisations comme HelpAge International militent pour la création d'une Convention spécifique de l'ONU sur les droits des personnes âgées, qui agirait comme un instrument de protection et favoriserait un changement à l'échelle mondiale pour prévenir et éliminer la violence.

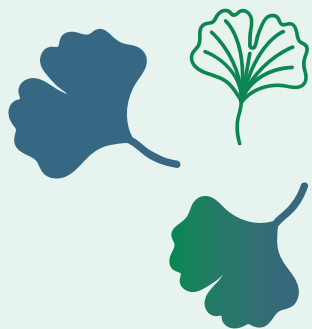
Parallèlement, les institutions de l'UE avancent également vers une approche des droits humains du vieillissement. Cette approche promeut le développement et la mise en œuvre d'un modèle qui place « les principes et les normes des droits humains au centre de tous les aspects de la planification des services, des politiques et des pratiques » (ENNHRI, 2017, p.6).

Cela garantit que la vie à un âge avancé soit marquée par le choix, le contrôle et l'autonomie, comme pour les autres étapes de la vie (FRA, 2018).

En définitive, la violence contre les personnes âgées reste une priorité faible au niveau mondial. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la Santé (2022), dans le cadre de la Décennie des Nations Unies pour un vieillissement en bonne santé (2021-2030), a défini cinq priorités pour prévenir et répondre à ce type de violence : combattre l'âgisme, améliorer la qualité et la quantité des données sur sa prévalence ainsi que sur les facteurs de risque et de protection, développer des solutions rentables, justifier les investissements nécessaires, et lever des fonds pour relever ce défi.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Chang, E-S., Monin, J. K., Zeltermann, D., & Levy, B. R. (2021). Impact of structural ageism on greater violence against older adults: A transnational study of 56 countries. *BMJ Open*, 11(5), -7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042580>
- European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI). (2017). *Respect my rights: An ENNHRI Toolkit on Applying a Human Rights-Based Approach to Long-term Care for Older Persons*. ENNHRI. https://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/ennhri_17_005_toolkit_for_care_providers-03a-page.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2018). *Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/fundamental-rights-report-2018>
- World Health Organization (2022). Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), 147–156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2

SITES WEB

<https://www.who.int/> (Organisation mondiale de la Santé)

<https://www.helppage.org/> (HelpAge Internacional)

<https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse> (National Institute on Aging)

Bientraitance

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, la « bientraitance » est définie comme : « Une approche globale du soin du patient ou de l'utilisateur et de l'accueil de son entourage, visant à promouvoir le respect de ses droits et libertés, l'écoute attentive et la prise en compte de ses besoins, tout en prévenant les maltraitances » (HAS).

La HAS considère la bientraitance comme :

- **Un concept holistique qui reconnaît les autres dans leur humanité, leurs droits et leurs besoins.**
- **Une manière d'être, d'agir et de s'exprimer qui est attentive aux autres, réactive à leurs besoins et respectueuse de leurs choix et refus.**
- **Une approche active qui va au-delà de la simple prévention de la maltraitance.**

Cette définition met en avant plusieurs aspects essentiels :

- Le respect des droits et libertés de l'individu.
- L'écoute attentive et la prise en compte des besoins individuels.
- La prévention de toutes formes de maltraitance.
- Une approche globale, centrée sur le patient ou la personne concernée, incluant leur entourage.

L'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Services Sociaux et Médico-Sociaux) définit la bientraitance comme « une culture qui inspire les actions individuelles et les relations collectives au sein d'une institution ou d'un service, visant à promouvoir le bien-être de l'utilisateur ».

Les principales recommandations de l'ANESM incluent :

- Une culture de respect pour l'individu, son histoire, sa dignité et son unicité.
- Une manière d'être, de parler et d'agir des professionnels qui est attentive aux autres et à leurs besoins.
- La reconnaissance de la personne accompagnée comme coauteur de son parcours de soin.
- Un effort continu d'adaptation aux situations rencontrées.

La bientraitance est une approche collective pour identifier le meilleur soutien possible pour la personne accompagnée, respecter ses choix et s'adapter le plus précisément possible à ses besoins. Cette recommandation sert de cadre de référence pour toutes les lignes directrices de l'ANESM et sous-tend les meilleures pratiques professionnelles. L'approche de la bientraitance implique une boucle continue entre réflexion et action. Elle nécessite à la fois une réflexion collective sur les pratiques professionnelles et une mise en œuvre rigoureuse des mesures recommandées par cette réflexion pour favoriser l'amélioration continue. Dans cette perspective, elle consiste à adopter une culture du questionnement continu (HAS). La HAS souligne que promouvoir la bientraitance est une priorité majeure pour le système de santé, en renforçant

l'engagement des usagers dans leurs soins, en améliorant la qualité de vie des professionnels au travail et en favorisant des améliorations continues des pratiques.

Dans le travail social, la bientraitance se caractérise par :

- Une attitude professionnelle respectueuse et empathique impliquant une écoute active, attentive et bienveillante, une communication transparente, et l'autonomisation de l'expression personnelle de l'individu.
- La prise en compte des besoins et des choix de la personne accompagnée, avec des interventions sur mesure.
- Le respect de la dignité et des droits de l'individu, en privilégiant le « soin » plutôt que la simple « prestation de soins ».
- Une approche qui promeut l'autonomie et le bien-être tout en luttant activement contre toutes les formes de maltraitance (physique, psychologique, financière et médicale).

La bientraitance nécessite une adaptation constante des pratiques pour répondre aux besoins spécifiques de chaque individu. Cela se traduit par :

- L'élaboration de programmes de soins individualisés.
- L'ajustement continu des interventions en fonction de l'évolution des besoins.
- La formation et le soutien des professionnels.
- Le soutien des équipes dans leurs efforts de bientraitance.

- L'encouragement de la pratique réflexive pour améliorer en permanence l'accompagnement.

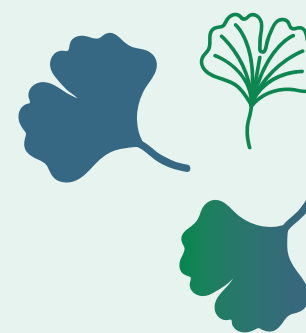
La bientraitance est un processus dynamique qui nécessite :

- Une évaluation régulière des pratiques.
- La mise en œuvre d'actions d'amélioration continue.
- Une ouverture aux contributions internes et externes pour enrichir l'accompagnement.

En conclusion, la bientraitance dans la pratique implique une approche holistique et proactive axée sur le respect et l'amélioration du bien-être de la personne accompagnée, tout en soutenant les professionnels dans leur mission et en adaptant en permanence les pratiques institutionnelles.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Guillou, M.-C. et Verlucio, M.-J. (2022). Manuel de la bientraitance. Éditions Médiaspaul France.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Casagrande, A. (2016). La bientraitance : définitions et applications. Dunod.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? Gérontologie et société, 33(133), 10-21.
- Rapoport, D. (2006). La bien-traitance envers l'enfant : Des racines et des ailes. Belin.
- Schmitt, M. (2013). La bientraitance, une éthique du soin. Soins, 58(780), 31-33.
- Graz, B., Plancherel, F., Gervasoni, J. P., & Hofner, M. C. (2009). La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse). Santé publique, 21(1), 89-99.
- Delamarre, C. (2014). Démence et projet de vie : Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Dunod.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? Gérontologie et société, 33(133), 23-31.

SITES WEB

<https://www.has-sante.fr/>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

Communication non violente

La Communication Non Violente (CNV), développée par Marshall Rosenberg (2003), est une méthode de communication ancrée dans la psychologie humaniste.

Élevé à Détroit pendant une période de troubles raciaux et sociaux, Rosenberg a étudié la psychologie clinique et les religions comparées, s'immergeant dans la vie des « faiseurs de paix » pour comprendre les dynamiques de la violence et les moyens de la réduire.

En 1984, il a fondé le Centre pour la Communication Non Violente, une organisation internationale à but non lucratif promouvant la CNV dans 30 pays, touchant des publics variés — enseignants, psychologues, parents, médiateurs, gestionnaires, détenus, forces de l'ordre, militaires, membres du clergé, et administrateurs publics—à travers des séminaires visant à favoriser des interactions constructives.

La CNV met l'accent sur la compréhension des besoins non satisfaits sous-jacents aux mots et aux actions pour réduire l'hostilité, soulager la souffrance, et construire des relations satisfaisantes. Elle développe trois compétences de communication fondamentales :

- L'auto-empathie (une conscience bienveillante de son expérience intérieure),
- L'empathie (la compréhension de la perspective d'autrui par une écoute attentive),
- L'expression de soi authentique (communiquer de manière claire et sincère).

La méthode dirige l'attention des pensées de bien/mal, de devoir ou de culpabilité vers quatre éléments essentiels :

1. Les faits,
2. Les sentiments,
3. Les besoins,
4. Les moyens possibles de répondre à ces besoins (stratégies/demandes).

La CNV encourage une observation attentive et privilégie une compréhension basée sur les faits plutôt que sur des jugements moraux. Cette approche implique d'exprimer les besoins de manière directe sans critique, menant à des déclarations claires des résultats souhaités. Grâce à la CNV, les individus acquièrent une meilleure compréhension des racines de leurs sentiments, reconnaissent des besoins humains partagés (de la survie au respect et à l'autonomie), et formulent des demandes spécifiques et orientées vers le présent.

Le volet Écoute de la CNV vise à comprendre les besoins des autres au-delà des critiques, jugements ou agressions. Elle invite les individus à choisir l'empathie plutôt que le conflit en reconnaissant les éléments de base—faits, sentiments, besoins, stratégies—même lorsqu'ils sont masqués par des jugements ou des exigences.

La CNV suggère que les conflits proviennent de besoins non satisfaits et que des stratégies alternatives existent pour répondre à ces besoins communs. Bien que les besoins soient universels et puissent favoriser une compréhension mutuelle, les stratégies sont souvent subjectives, variant selon les individus et les cultures. En se concentrant sur les besoins partagés, la CNV contribue à combler les fossés et soutient la résolution collaborative des problèmes.

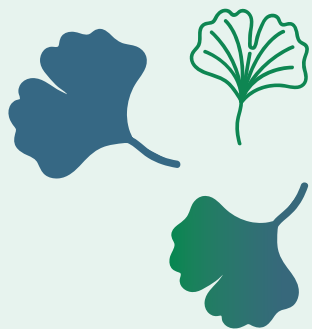
En médiation, le rôle du facilitateur est de :

- Aider chaque partie à identifier ses besoins (indépendamment des expressions initiales),
- S'assurer que chaque partie comprend les besoins de l'autre,
- Encourager l'empathie pour saisir les perspectives de chacun,
- Favoriser une reconnaissance claire des besoins personnels et mutuels,
- Aider à traduire les solutions en étapes concrètes.

À travers la CNV, Rosenberg a introduit des programmes de consolidation de la paix dans des régions touchées par les conflits telles que le Rwanda, le Burundi, le Nigéria, la Malaisie, l'Indonésie, le Sri Lanka, la Sierra Leone, le Moyen-Orient, la Colombie, la Serbie, la Croatie et l'Irlande du Nord.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Rosenberg, Marshall (2003). Nonviolent Communication: A Language of Life. Puddledancer Press.
- Rosenberg, Marshall B. (2005). Speak Peace in a World of Conflict: What You Say Next Will Change Your World. Puddledancer Press. p. 240.
- Rosenberg, Marshall (2006). The Nonviolent Communication Training Course. Boulder, Colorado: Sounds True, Inc. pp. Disc Eight, "How Nonviolent Communication Supports Social Change".
- Rosenberg, Marshall (2005). The Heart of Social Change: How You Can Make a Difference in Your World. Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 10-12.
- Rosenberg, Marshall (August 2002). Nonviolent Communication: A Language of Compassion (8th Printing ed.). Encinitas, California: PuddleDancer Press. pp. 155-163.

SITES WEB

<https://www.cnvc.org>

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

Perspective biopsychosociale

Le modèle Biopsychosociale (BPS) offre un cadre complet pour comprendre le vieillissement, intégrant les aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Lorsqu'il est combiné avec les principes du Vieillissement Actif et du Vieillissement Réussi, ce modèle propose une approche holistique des soins aux personnes âgées, abordant le bien-être physique, mental et social, ainsi que les conditions de vie.

Dimensions biologiques, psychologiques et sociales en action

Les éléments biologiques, psychologiques et sociaux du vieillissement interagissent continuellement, façonnant les expériences des personnes âgées.

Voici des exemples de l'intégration de ces dimensions :

- Maladies chroniques et santé mentale : des conditions physiques comme les maladies cardiaques ou l'arthrite peuvent affecter la santé mentale d'une personne âgée. La douleur chronique, par exemple, peut entraîner de l'anxiété ou de la dépression. Inversement, des problèmes de santé mentale comme la dépression peuvent aggraver la santé physique en réduisant l'autosoin ou l'observance des traitements, illustrant ainsi l'interaction entre les facteurs biologiques et psychologiques.
- Déclin cognitif et engagement social : les troubles cognitifs entraînent souvent un retrait social, les individus craignant l'embarras. Cependant, des réseaux sociaux solides et une stimulation mentale grâce à l'engagement social peuvent aider à préserver les fonctions cognitives, montrant comment les connexions sociales atténuent les effets du déclin cognitif et favorisent la résilience.

- Activité physique et résilience émotionnelle : l'exercice bénéficie à la fois à la santé physique et mentale en améliorant l'humeur et en réduisant le stress. La pratique d'activités physiques de groupe renforce les liens sociaux, contribuant au bien-être émotionnel. Cet exemple montre comment des pratiques biologiques comme l'exercice peuvent avoir un impact positif sur la santé psychologique et la connectivité sociale.

Interventions holistiques basées sur le modèle BPS

Dans le cadre du modèle BPS, les interventions doivent répondre simultanément aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux.

Voici des exemples de soins intégrés :

- Évaluations de santé complètes : les bilans de santé devraient inclure des évaluations de la santé mentale et des environnements sociaux. Le dépistage de la dépression et les questions sur le soutien social peuvent aider à identifier comment la santé mentale ou l'isolement social peuvent aggraver les conditions physiques.

- Planification des soins collaborative : une équipe de professionnels de santé — médecins, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes — devrait travailler ensemble pour créer des programmes de soins personnalisés. En tenant compte des facteurs biologiques, mentaux et sociaux, ces plans fournissent des solutions intégrées, combinant traitements médicaux, conseils et engagement territorial.
- Prescription sociale : au lieu de médicaments, certains individus âgés peuvent bénéficier d'activités sociales qui favorisent l'engagement. La « prescription sociale » consiste à connecter les individus à des ressources comme les centres pour seniors ou les clubs sociaux, améliorant ainsi leur santé physique et mentale.

Autonomiser les personnes âgées à travers une approche intégrée

Le modèle BPS permet aux adultes plus âgés de vivre des vies autonomes et épanouies, même face aux défis liés à l'âge :

- Renforcer la résilience : la résilience émotionnelle aide les individus à faire face aux difficultés du vieillissement. Les groupes de soutien, la thérapie ou les pratiques de pleine conscience peuvent aider à développer des mécanismes d'adaptation et à maintenir une attitude positive.
- Renforcer les réseaux sociaux : des connexions sociales solides avec la famille, les amis et l'engagement dans la vie locale favorisent la santé émotionnelle.

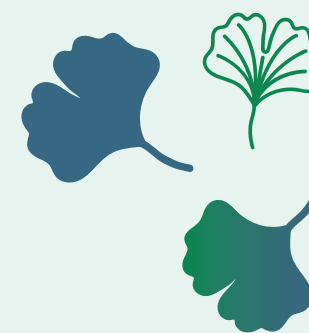
L'engagement social offre un système de soutien qui contrebalance les effets négatifs du vieillissement.

- Soutenir les aidants : les aidants jouent un rôle essentiel dans le bien-être des personnes âgées. Leur fournir une formation et des ressources pour répondre non seulement aux besoins physiques, mais aussi aux besoins émotionnels et sociaux permet d'offrir des soins plus équilibrés.

Le modèle BPS propose une approche holistique pour soutenir les personnes âgées, en tenant compte de l'interconnexion des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. En promouvant la santé physique, mentale et émotionnelle, les aidants peuvent aider les individus âgés à maintenir leur autonomie et leur qualité de vie tout au long du vieillissement.



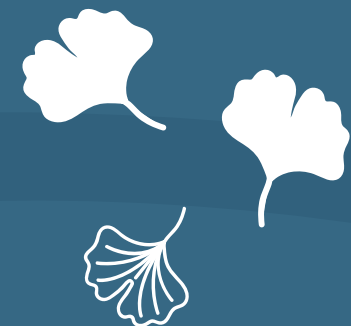
Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Guillou, M-C. et Verluccho, M-J. (2022). Manuel de la bientraitance. Éditions Médiaspaul France.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press.
- Borrell-Carrió, F.; Suchman, AL. & Epstein, RM. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-82. doi: 10.1370/afm.245.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 24, 2355 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). Handbook of aging and the social sciences. Academic Press.

Modules de formation



Le parcours de formation : modules et connexions

Sommaire

Cette représentation visuelle offre une vue d'ensemble structurée du programme de formation, en mettant en lumière les modules principaux ainsi que leurs interconnexions.

Les modules sont conçus pour être entièrement flexibles et adaptables.

Tous les éléments, y compris les groupes cibles, les objectifs d'apprentissage, le contenu des unités, la durée, les environnements d'apprentissage, le matériel, les références et la terminologie, peuvent être adaptés en fonction des connaissances préalables, des compétences et des besoins d'apprentissage des participants.

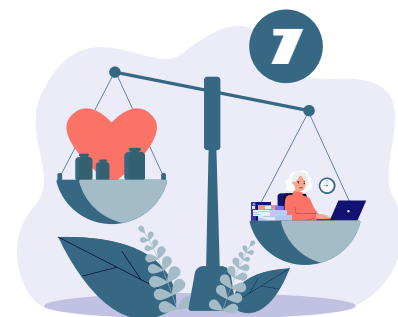
De plus, les ateliers, présentés comme des éléments transversaux, proposent des expériences pratiques et interactives, permettant de renforcer les acquis et de développer des compétences sur des thématiques variées.



Atelier sur la communication narrative - raconter des histoires à travers la vidéo



Atelier sur la communication narrative - raconter des histoires à travers la photographie



Promouvoir la qualité de vie et le bien-être des soignants et des professionnels (prévention de l'épuisement professionnel)



Construction du réseau et engagement territorial



Perspective biopsychosociale



L'intergénérationnalité



GINKGO
La fabrique du lien social



Vieillesse, âgisme, stéréotypes et préjugés



Facteurs de protection et de risque de l'isolement social



Communication avec les groupes cibles, perspective centrée sur la personne



Stratégies socio-éducatives



Activité physique et sport



Participer à un projet de coopération en culture et santé

Structure des modules de formation

Chaque module de formation suit un format structuré conçu pour garantir clarté, cohérence et applicabilité pratique. Le contenu est organisé en sections clés qui définissent le public cible, décrivent le rôle des formateurs et établissent les objectifs d'apprentissage.

Chaque module présente les thèmes principaux, décrit les activités de formation proposées et offre des suggestions méthodologiques pour l'évaluation. Aussi, des références à la littérature pertinente et des exemples de bonnes pratiques sont inclus lorsque cela est pertinent.

Toutes les sections sont conçues pour être adaptables au contexte spécifique, aux participants et aux objectifs pédagogiques. Les formateurs sont encouragés à modifier le contenu, la durée et les méthodes en fonction des besoins et des compétences initiales des apprenants.

Pour plus de clarté, la section suivante donne un aperçu des différents éléments inclus dans chaque module, en expliquant leur objectif et leur contribution au processus d'apprentissage global.

Section 1 : Public cible

Cette section décrit le public cible initialement prévu pour le module. L'équipe de formation doit évaluer si ce groupe correspond aux caractéristiques de ses participants et, le cas échéant, adapter le contenu, les objectifs et les méthodes du module.



PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels du secteur de la santé et des services sociaux
- Bénévoles impliqués dans l'accompagnement ou le soutien aux personnes vulnérables
- Aidants informels non formés
- Aidants familiaux
- Personnes âgées

Section 2 : Équipe pédagogique

Cette section décrit le profil attendu de l'équipe pédagogique chargée de dispenser le module, en soulignant les connaissances, l'expérience et les compétences nécessaires pour garantir un apprentissage de qualité et favoriser l'engagement des participants. Elle peut être adaptée afin de préciser le rôle de l'équipe pédagogique en fonction du profil des apprenants et du contexte de la formation.



FORMATEURS (RÔLE)

Des experts du groupe des personnes âgées, adoptant une approche sociale et sanitaire (anthropologie sociale, travail social, éducation sociale, soins infirmiers, etc.).

Section 3 : Description de l'activité de formation

Cette section propose une vue d'ensemble organisée de l'activité de formation, en précisant les méthodes employées, les outils mobilisés ainsi que les dimensions logistiques qui structurent le parcours d'apprentissage. Elle met en lumière les approches interactives conçues pour stimuler l'engagement des participants, les ressources favorisant la progression des connaissances, ainsi que les espaces propices à un climat collaboratif et dynamique.

Des recommandations concernant la taille des groupes et la durée des séances sont également fournies afin de garantir un apprentissage équilibré et efficace. Tous les éléments (activités, outils, horaires et espaces) doivent être adaptés aux besoins spécifiques des apprenants et au contexte de la formation, qu'elle soit en présentiel, en ligne ou hybride.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- Développement du contenu de la formation basé sur des fiches conceptuelles et des lectures.
- Travail de groupe pour l'analyse de cette approche dans des études de cas.
- Discussion en classe des aspects théoriques et des lectures.
- Analyse vidéo et exemples de bonnes et mauvaises pratiques.

Section 4 : Objectifs et finalités

Cette section précise les résultats d'apprentissage visés, en soulignant les connaissances, les savoir-faire et les compétences que les participants sont censés développer. Elle fournit un cadre permettant de comprendre les objectifs pédagogiques du module et d'orienter efficacement la formation. Les objectifs doivent être formulés en tenant compte des compétences et de l'expérience préalables des apprenants.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Comprendre le concept d'âgisme.
- Approfondir les conséquences du concept d'âgisme en termes de stéréotypes, d'image sociale et d'identification correcte des besoins des personnes âgées.
- Proposer des activités qui évitent les biais de l'approche âgiste et tiennent compte de ces personnes dans toute leur diversité, en intégrant les perspectives de genre, d'interculturalité et d'inégalités sociales.

Section 5 : Contenus

Cette section détaille la structure pédagogique de chaque module, articulée autour de thématiques centrales, de concepts clés et de champs de connaissances à approfondir. Le contenu est réparti en unités d'apprentissage distinctes, assurant une progression logique et une compréhension claire tout au long du parcours.

Chaque module débute par une unité introductive conçue pour accueillir les participants, stimuler l'engagement, encourager les échanges et identifier leurs attentes ainsi que leurs besoins en matière d'apprentissage. Il se clôt par une unité finale centrée sur la consolidation des acquis, la réflexion individuelle et collective, ainsi que l'évaluation des connaissances, tout en orientant les participants vers les prochaines étapes de leur cheminement.

L'application systématique de ces unités d'ouverture et de clôture garantit la cohérence pédagogique de l'ensemble du programme. L'équipe pédagogique doit sélectionner et adapter les modules en fonction des connaissances et compétences préalables des étudiants.



CONTENUS

Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Instaurer un climat de formation bienveillant et propice à l'apprentissage. Présenter le programme de formation et en expliciter les objectifs.

Unité d'apprentissage 2 : Âgisme

Définition de l'âgisme : présentation des fondements de ce concept en tant que préjugé lié à l'âge, qui impacte l'ensemble du parcours de vie. Mettre en lumière ses effets plus marqués chez les jeunes et les personnes âgées, en insistant sur sa persistance au sein de la population âgée (voir le concept clé de l'âgisme).

Âgisme dans différents domaines de la société : analyse de la manière dont l'âgisme s'exerce dans divers contextes, tels que le marché du travail, le secteur de la santé, les médias, la publicité et la conception numérique, entre autres.

Section 6 : Recommandations méthodologiques pour l'évaluation

Cette section décrit l'approche méthodologique adoptée pour évaluer les progrès, l'engagement et les acquis des participants tout au long de la formation. Elle précise les indicateurs clés utilisés pour mesurer l'acquisition des connaissances, l'application des compétences et le niveau de satisfaction générale. L'évaluation est intégrée de manière progressive aux différentes étapes du parcours – initiale, intermédiaire et finale – à travers divers outils tels que l'observation, les échanges collectifs, l'analyse d'études de cas et des évaluations structurées. Cette démarche assure une appréciation complète et nuancée des résultats d'apprentissage.

Les méthodes d'évaluation doivent être choisies et adaptées par les formateurs en fonction des profils d'apprentissage et des objectifs des participants.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs

- Les participants développent de nouvelles connaissances après la formation.
- Les participants sont en mesure de mobiliser les acquis dans des exercices pratiques réalisés en classe. Les apprenants participent activement à la formation.
- Les participants sont satisfaits du contenu et du déroulement de la formation reçue.

Section 7 : Références

Cette section rassemble les principales références bibliographiques ayant contribué à l'élaboration du contenu du module. Elle constitue un point de départ pour approfondir les thématiques abordées, en offrant des sources fiables qui enrichissent la compréhension et stimulent une réflexion plus poussée sur les sujets traités. Les formateurs sont chargés de sélectionner des références et une terminologie appropriées et actualisées, en fonction du groupe cible, des besoins spécifiques en matière d'apprentissage et du contexte national ou territorial.



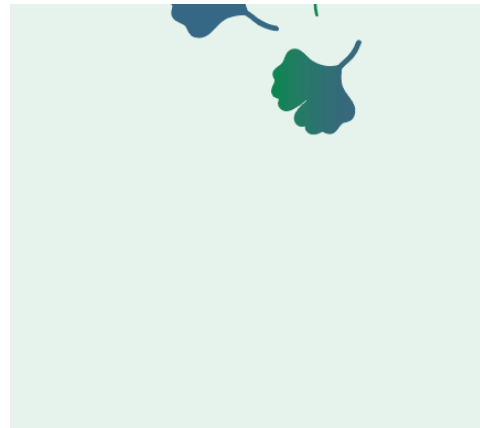
Pour en savoir plus...

RÉFÉRENCES

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- European Commission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.

Section 8: Bonnes pratiques

Cette section valorise des exemples de bonnes pratiques en lien avec les thématiques du module, en présentant des approches éprouvées, des stratégies pertinentes et des illustrations concrètes. Ces exemples servent de repères inspirants, permettant aux participants de mieux transposer les connaissances acquises dans des contextes réels et opérationnels.



BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide Pratique la partie 5 : Habitat

Contexte	66
Vers une approche intergénérationnelle	66
Accueil Familial	67
Habitat individuel au sein d'un collectif	69
Habitat intergénérationnel	71
Un projet soutenu par des personnes impliquées dans l'amélioration de la qualité de vie d'autres personnes	72
Maison ouverte pour seniors	74
Soins à domicile	77

Prérequis

Cette section précise les connaissances et compétences de base nécessaires pour tirer pleinement parti de l'atelier. Elle recommande des modules complémentaires permettant de renforcer la préparation des participants, afin de garantir une bonne compréhension des concepts clés et une participation active aux différentes activités proposées.

PRÉREQUIS

Pour suivre cette activité avec succès, il est essentiel d'avoir complété les modules suivants :

- **Module 1** : Vieillesse (enjeux liés au vieillissement : diversités, violence, etc.)
- **Module 2** : Facteurs protecteurs et de risque de l'isolement social (fragilité, déclin).
- **Module 3** : Communication avec les groupes cibles de l'intervention – Perspective centrée sur la personne.
- **Module 5** : Intergénérationnalité.

Ateliers A et B

Les ateliers, présentés comme des éléments transversaux, offrent des occasions pratiques et interactives d'approfondir la compréhension et d'améliorer les compétences dans plusieurs domaines.

Ils sont conçus pour compléter un ou plusieurs modules plutôt que de fonctionner comme des unités autonomes. Leur structure suit les mêmes sections que les modules, avec l'ajout d'une section sur les prérequis, qui suggère les modules pertinents avec lesquels ils peuvent être associés afin de maximiser les résultats d'apprentissage.

Comme pour les modules, tous les éléments des ateliers sont conçus pour être flexibles et adaptables aux besoins spécifiques, aux connaissances préalables et aux compétences des participants, ce qui permet aux formateurs d'adapter l'expérience en conséquence.

Atelier A

Atelier sur la
communication narrative :
l'art de raconter une
histoire à travers la vidéo

Atelier B

Atelier sur la
communication narrative :
l'art de raconter une
histoire à travers la photo

Module 1

Vieillessement, âgisme, stéréotypes et préjugés



**PUBLIC CIBLE**

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels du secteur de la santé et des services sociaux
- Bénévoles impliqués dans l'accompagnement ou le soutien aux personnes vulnérables
- Aidants informels non formés
- Aidants familiaux
- Personnes âgées

**DURÉE**

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.

**ESPACES**

- Salle de formation avec chaises mobiles.

**OUTILS NÉCESSAIRES**

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet

**APPROCHE PÉDAGOGIQUE**

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride

**FORMATEURS (RÔLE)**

Des experts du groupe des personnes âgées, adoptant une approche sociale et sanitaire (anthropologie sociale, travail social, éducation sociale, soins infirmiers, etc.).

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION****MÉTHODES**

- Développement du contenu de la formation basé sur des fiches conceptuelles et des lectures.
- Travail de groupe pour l'analyse de cette approche dans des études de cas.
- Discussion en groupe des aspects théoriques et des lectures.
- Analyse vidéo et exemples de bonnes et mauvaises pratiques.

**OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE**

- Comprendre le concept d'âgisme.
- Approfondir les conséquences du concept d'âgisme en termes de stéréotypes, d'image sociale et d'identification correcte des besoins des personnes âgées.
- Proposer des activités qui évitent les biais de l'approche âgiste et tiennent compte de ces personnes dans toute leur diversité, en intégrant les perspectives de genre, d'interculturalité et d'inégalités sociales.

**CONTENUS****Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants**

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Instaurer un climat de formation bienveillant et propice à l'apprentissage. Présenter le programme de formation et en expliciter les objectifs.

Unité d'apprentissage 2 : Âgisme

Définition de l'âgisme : présentation des fondements de ce concept en tant que préjugé lié à l'âge, qui impacte l'ensemble du parcours de vie. Mettre en lumière ses effets plus marqués chez les jeunes et les personnes âgées, en insistant sur sa persistance au sein de la population âgée (voir le concept clé de l'âgisme).

Âgisme dans différents domaines de la société : analyse de la manière dont l'âgisme s'exerce dans divers contextes, tels que le marché du travail, le secteur de la santé, les médias, la publicité et la conception numérique, entre autres.

Facteurs augmentant le risque d'âgisme : identification des éléments qui augmentent la probabilité d'être victime de discrimination fondée sur l'âge.

Impact de l'âgisme : analyse des répercussions négatives sur la santé physique et mentale, le bien-être général ainsi que sur le respect des droits fondamentaux des personnes concernées.

Unité d'apprentissage 3 : Stéréotypes et préjugés liés au vieillissement**Stéréotypes courants liés à la vieillesse :**

explorer les différentes formes d'âgisme et l'image souvent réductrice des personnes âgées qui en découle. Déconstruire les représentations associant systématiquement vieillesse à fragilité, dépendance ou déclin des capacités.

Effets négatifs des préjugés : analyse de la manière dont les stéréotypes affectent l'inclusion sociale, l'estime de soi et l'accès des personnes âgées aux services appropriés.

Déconstruction des préjugés : promouvoir une vision plus positive et diversifiée de la vieillesse, en mettant en avant les capacités et le potentiel des personnes âgées, et en encourageant un vieillissement actif et sain.

Identification des pratiques âgistes : reconnaître les attitudes et comportements empreints d'âgisme, tels que le fait d'ignorer l'avis des personnes âgées, de les infantiliser ou de focaliser uniquement sur leurs limitations physiques ou cognitives.

Unité d'apprentissage 4 : Bonnes pratiques d'intervention auprès des personnes âgées

Répondre à l'âgisme : promouvoir le respect, l'inclusion et la valorisation des personnes âgées, remettre en question les stéréotypes et défendre l'égalité des droits et des opportunités. Prendre en compte une approche inclusive qui considère leur diversité, y compris le genre, l'interculturalité et l'égalité sociale.

Stratégies pour réduire l'âgisme : propositions pour combattre l'âgisme à travers (1) des politiques publiques et des cadres juridiques visant à prévenir la discrimination et les inégalités liées à l'âge, (2) des interventions éducatives visant à réduire les préjugés et la discrimination notamment dans les espaces scolaires et les lieux de travail, (3) des activités de contact intergénérationnel encourageant l'interaction entre les générations, (4) des campagnes de communication et d'information ; Réseaux et médias sur l'âgisme

afin de promouvoir des attitudes positives envers le vieillissement et (5) des politiques de recrutement qui encouragent l'embauche et la valorisation des travailleurs âgés.

Identification et promotion des bonnes pratiques d'intervention :

détecter les bonnes pratiques liées à l'inclusion des personnes âgées dans la planification et l'exécution des services, la promotion de leur autonomie et leur participation active à la communauté, entre autres.

Avantages des bonnes pratiques : amélioration de la qualité de vie, renforcement de l'estime de soi et garantie des droits fondamentaux des personnes âgées pour une vie digne et indépendante.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Les participants développent de nouvelles connaissances après la formation.
- Les participants sont en mesure de mobiliser les acquis dans des exercices pratiques réalisés pendant la formation. Les apprenants participent activement à la formation.
- Les participants sont satisfaits du contenu et du déroulement de la formation reçue.
- Application des théories pour identifier les besoins des personnes âgées.
- Analyse des études de cas selon une approche centrée sur l'âgisme.
- Formulation de propositions d'interventions évitant les biais âgistes.

Évaluation initiale

- Observation pendant la formation des connaissances préalables.

Évaluation intermédiaire

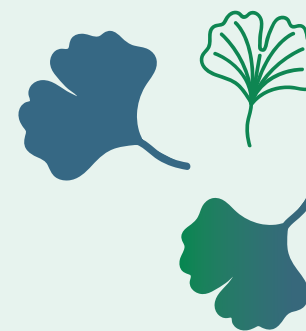
- Observation des activités pendant la formation.
- Analyse d'exemples réels de bonnes ou mauvaises pratiques.
- Discussion des supports et des exemples.

Évaluation finale

- Questionnaire sur les aspects théoriques.
- Proposition de résolution d'études de cas.
- Participation et niveau d'implication dans les activités de formation.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). Psychiatric and the elderly: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893-90
- World Health Organization. (2021). *The Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/71ad96a0-d29a-4457-9d54-52029c24c76c/content>

Module 2

Facteurs de protection et de risque de l'isolement social

**PUBLIC CIBLE**

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche
- Personnes âgées, participantes aux actions

**DURÉE**

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.

**ESPACES**

- Salle de formation avec chaises mobiles.

**OUTILS NÉCESSAIRES**

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet

**APPROCHE PÉDAGOGIQUE**

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride

**FORMATEURS (RÔLE)**

Des experts en pédagogie, psychologie, travail social ou gériatrie.

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION****MÉTHODES**

- Apports théoriques interactifs avec discussions de groupe.
- Études de cas et bonnes pratiques.
- Réflexion et analyse d'expériences réelles.
- Échange et analyse de bonnes pratiques.

**OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE**

- Promouvoir une compréhension globale des facteurs influençant l'isolement social chez les personnes âgées.
- Développer des compétences pour l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées.
- Approfondir les connaissances sur les causes et les mécanismes contribuant à l'isolement social.
- Renforcer la capacité à identifier les facteurs de risque associés à cet isolement.
- Améliorer la capacité à reconnaître et comprendre les facteurs de protection qui atténuent l'isolement social des personnes âgées.



CONTENUS

Unité d'apprentissage ① : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et comprendre leurs attentes.
Instaurer un climat de formation bienveillant et propice à l'apprentissage.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage ② : Qualité de vie des personnes âgées

Vieillesse sous une perspective démographique : augmentation de la population âgée, augmentation de l'espérance de vie, baisse des taux de natalité.

Concepts liés au vieillissement : définitions variées de la vieillesse (troisième/quatrième/cinquième âge, jeunes/vieux âgés) et "nouvelles" catégories de personnes âgées (baby-boomers, migrants âgés, LGBTQI+).

Transformations multiples liées au vieillissement :

- Changements psychophysiques : intelligence, mémoire, attention, émotions, capacités sensorielles.
- Changements de rôle et transitions sociales : retraite, devenir grand-parent, deuil et décès, impact du Covid-19.

Unité d'apprentissage ③ : Solitude et isolement social

Examiner comment les **changements économiques et sociaux** modifient les environnements de vie des personnes âgées, y compris les évolutions dans la taille et la composition des familles.

Mettre en lumière comment les **transitions et les événements perturbateurs** de la vie tardive peuvent conduire à l'isolement social et à la solitude, affectant les liens et réseaux relationnels.

Comprendre la distinction entre isolement social (manque de contact social) et solitude (sentiment subjectif de connexions inadéquates).

Comprendre la solitude : explorer les aspects émotionnels et cognitifs de la solitude et ses effets sur la santé physique et mentale.

Impact des interactions sociales : souligner l'importance de la qualité et de la diversité des connexions sociales plutôt que de leur quantité.

Paradoxe des connexions : comprendre comment la solitude peut se manifester malgré la présence d'un réseau social, et inversement, comment elle peut être absente même en cas d'interactions sociales limitées.

Impact de la pandémie : explorer l'impact de la pandémie sur l'isolement et la solitude. Réfléchir aux effets des confinements et des mesures restrictives. Examiner le rôle ambivalent de la technologie numérique dans la connexion et la création de barrières pour les personnes âgées. Analyser comment les stéréotypes âgistes ont contribué à l'exclusion sociale et à l'accès limité aux soins de santé et au soutien (Ayalon et al., 2021).

Unité d'apprentissage ④ : Vieillesse et fragilité

Concept de fragilité chez les personnes âgées : déclin cognitif et fonctionnel, perte d'autonomie.

Déclin cognitif léger : Définition et lien potentiel avec la démence.

Principaux types de démences :

- Maladie d'Alzheimer
- Démence frontotemporale
- Démence à corps de Lewy
- Démence vasculaire

Unité d'apprentissage ⑤ : Les besoins des personnes âgées

Pluralité des parcours du vieillissement

Évaluation centrée sur la personne :

- Pyramide des besoins de Maslow.
- Perspective de Kitwood (1997).
- Évaluation multidimensionnelle des besoins (Poon et al., 2003).

Unité d'apprentissage ⑥ : Évaluation gériatrique multidimensionnelle

Facteurs de risque et de protection : concepts clés pour identifier les conditions favorisant le bien-être ou augmentant la vulnérabilité.

Introduction à l'approche intégrée : un aperçu de l'approche intégrée, explorant le cadre d'évaluation multidimensionnelle pour expliquer les facteurs protecteurs et les facteurs de risque influençant le bien-être des personnes âgées.

Dimension physique

- Facteurs protecteurs : stimulation cognitive, soutien psychologique, activités sociales et loisirs.
- Facteurs de risque : fragilité, déclin cognitif, troubles de l'humeur.

Dimension psychologique

- Facteurs protecteurs : stimulation cognitive, soutien psychologique, activités sociales et loisirs.
- Facteurs de risque : fragilité, déclin cognitif, troubles de l'humeur.

Dimension sociale

- Facteurs protecteurs : réseau de soutien social, participation à des activités sociales, accès aux services et ressources.
- Facteurs de risque : isolement social, accès limité aux services, pauvreté et difficultés financières.

Dimension fonctionnelle

- Facteurs protecteurs : adaptations environnementales, soutien pour les activités quotidiennes.
- Facteurs de risque : perte d'autonomie, limitations de mobilité

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant la formation.
- Participation pendant la formation.
- Facteurs de risque et facteurs protecteurs correctement identifiés lors des discussions de groupe ou des exercices pratiques.
- Réflexion sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs identifiés lors des discussions de groupe ou des exercices pratiques.

Évaluation initiale

- Réflexion sur les connaissances actuelles des participants.

Évaluation intermédiaire

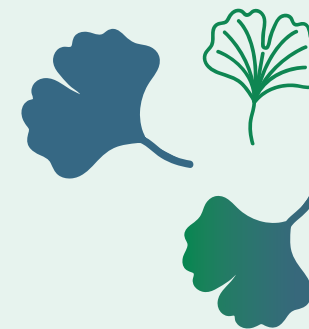
- Observation des activités de groupe.
- Discussion et réflexion sur les apprentissages réalisés.
- Discussion et réflexion sur l'étude de cas.

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur les éléments théoriques.
- Discussion et réflexion sur les apprentissages réalisés.
- Étude de cas : analyse et proposition de solutions pour l'étude de cas.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e49–e52.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266.
<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Poon, L. W., Gueldner, S. H., & Sprouse, B. M. (2003). *Successful aging and adaptation with chronic diseases*. Springer Publishing Company.

Module 3

Communication avec les groupes cibles, perspective centrée sur la personne



PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche



DURÉE

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.



ESPACES

- Salle de formation avec chaises mobiles.



OUTILS NÉCESSAIRES

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Experts en communication et/ou psychologie et/ou pédagogie et/ou travail social.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- apports théoriques interactifs avec discussions de groupe
- Études de cas et bonnes pratiques
- Jeux de rôle
- Brainstorming
- Exercices de sensibilisation à la communication non verbale
- Partage d'histoires significatives et réflexion sur leur utilisation dans les interactions
- Discussions guidées sur des expériences personnelles



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Développer des compétences dans l'interprétation et l'analyse de la communication, en mettant l'accent sur la relation entre communication et besoins.
- Améliorer la compréhension des dynamiques de communication.
- Renforcer la capacité à identifier les éléments clés pour des interactions efficaces.
- Améliorer la capacité à appliquer des stratégies de communication efficaces favorisant la compréhension et la connexion avec les personnes âgées.
- Accroître la compétence dans l'application de techniques de communication pour favoriser le dialogue et la compréhension dans les interactions.



CONTENUS

Unité d'apprentissage ① : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et comprendre leurs attentes.
Instaurer un climat de formation bienveillant et propice à l'apprentissage.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage ② : Communication

Qu'est-ce que la communication ? Définition de la communication comme un échange de messages et de significations ; rôle de la communication dans l'établissement de relations avec autrui.

Focus sur les barrières et obstacles potentiels :

- Barrières cognitives (perte de mémoire, traitement plus lent de l'information).
- Barrières physiques (troubles de l'audition et/ou de la vision).
- Barrières émotionnelles et psychologiques (sentiments d'isolement ou d'anxiété, méfiance ou inconfort).
- Barrières environnementales (environnements bruyants ou distrayants, distance physique ou manque de contact visuel).

Unité d'apprentissage ③ : Gérer la communication

Communication verbale : comprendre le rôle d'un langage clair et simple dans les interactions avec les personnes âgées (en tenant compte des éventuels changements cognitifs ou sensoriels pouvant affecter la compréhension).

Communication non verbale : reconnaître l'importance des gestes, de la posture, des expressions faciales et du contact visuel pour établir la confiance et exprimer le respect (notamment lorsque la communication verbale est limitée).

Communication paraverbale : explorer comment le ton de voix, le rythme, le volume et les pauses peuvent être ajustés pour transmettre un message avec sensibilité et clarté.

Focus sur les éléments clés pour établir la communication avec l'autre (Rosenberg & Chopra, 2015)

- **Observation sans jugement :** observer la situation et le comportement sans jugement pour mieux comprendre les besoins de la personne âgée. Distinguer les observations factuelles des interprétations ou suppositions personnelles.
- **Identifier et exprimer les sentiments :** reconnaître et prendre en compte les émotions de l'aidant et de la personne âgée. Encourager une expression claire et respectueuse des sentiments pour promouvoir une prise de conscience émotionnelle.
- **Reconnaître les besoins :** identifier les besoins sous-jacents derrière les comportements, tant de l'aidant que de la personne âgée, pour renforcer la connexion et améliorer la communication.
- **Gérer le dialogue et les demandes :** formuler des demandes claires, spécifiques et respectueuses pour répondre aux besoins des deux parties. Encourager un dialogue ouvert pour une compréhension mutuelle et une résolution des problèmes.

Unité d'apprentissage ④ : Techniques pour favoriser le dialogue et la compréhension mutuelle

- **Communication non violente (CNV) (Rosenberg & Chopra, 2015) :** exemples, démonstrations et exercices pratiques.
- **Communication dans l'approche Gentlecare (Jones, 1999) :** exemples, démonstrations et exercices pratiques.
- **Gestion créative des conflits (Fisher et al., 2011 ; Sclavi, 2003) :** exemples, démonstrations et exercices pratiques.
- **Bientraitance (Rapoport, 2015) :** exemples, démonstrations et exercices pratiques.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant la formation.
- Participation pendant la formation.
- Identification des besoins des personnes âgées lors des exercices pratiques.
- Description des interactions sans jugement.
- Utilisation des stratégies clés de communication.
- Utilisation des techniques d'écoute active lors des exercices pratiques.

Évaluation initiale

- Réflexion sur les connaissances actuelles des participants.

Évaluation intermédiaire

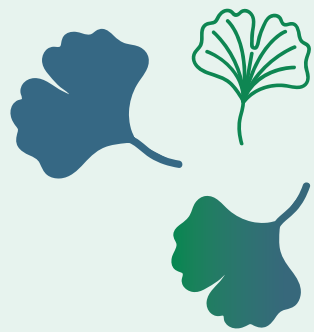
- Observation des activités de groupe.
- Discussion et réflexion sur les apprentissages réalisés.
- Discussion et réflexion sur l'étude de cas.

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur les éléments théoriques.
- Discussion et réflexion sur les apprentissages réalisés.
- Étude de cas : analyse et proposition de solutions pour l'étude de cas.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Dynes, R. (2017). *Positive communication: Activities to reduce isolation and improve the wellbeing of older adults*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fisher, R., Ury, W. L., & Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin.
- Jones, M. (1999). *Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Hartley & Marks.
- Rapoport, D. (2015). *Bien-traitance et management dans les lieux d'accueil: De la maternité au grand âge*. Belin.
- Rosenberg, M. B., & Chopra, D. (2015). *Nonviolent communication: A language of life: empathy, collaboration, authenticity, freedom* (3rd edition). PuddleDancer Press.
- Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili: Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Mondadori.
- Storlie, T. (2015). *Person-Centered Communication with Older Adults: The Professional Provider's Guide*. Elsevier Science & Technology.

Module 4

Stratégies socio-éducatives



**PUBLIC CIBLE**

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels du secteur de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soutien
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche

**DURÉE**

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.

**ESPACES**

- Salle de formation avec chaises mobiles.

**OUTILS NÉCESSAIRES**

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet

**APPROCHE PÉDAGOGIQUE**

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride

**FORMATEURS (RÔLE)**

Experts en stratégies socio-éducatives, pédagogie, méthodologies innovantes (musicothérapie, théâtre, etc.).

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION****MÉTHODES**

- Apports théoriques interactifs avec discussions en groupe
- Études de cas et meilleures pratiques
- Jeux de rôle
- Travail de projet
- Réflexion et analyse d'expériences réelles
- Échange et analyse de bonnes pratiques
- Ateliers interactifs
- Outils multimédias/numériques

**OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE**

- Améliorer la capacité à reconnaître et valoriser la personne dans une perspective multidimensionnelle.
- Accroître la capacité à identifier les besoins sous-jacents des personnes âgées.
- Renforcer la capacité à concevoir des activités personnalisées répondant aux besoins individuels et mettant en valeur les compétences des personnes âgées.
- Développer la capacité à identifier et à mettre en œuvre des modifications de l'environnement physique pour favoriser la sécurité, le confort et l'autonomie.

**CONTENUS****Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants**

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Instaurer un climat de formation bienveillant et propice à l'apprentissage. Présenter le programme de formation et en expliciter les objectifs.

Unité d'apprentissage 2 : Le concept de vieillissement

Introduction : l'apprentissage ne s'arrête pas avec l'âge. Il s'inscrit dans une perspective de développement tout au long de la vie, où chaque étape – y compris le troisième âge – représente une continuité des phases antérieures. Cette approche permet de mieux comprendre que le vieillissement ne signifie pas la fin du développement, mais bien une nouvelle phase d'enrichissement personnel et d'adaptation. Pour poser ce cadre, nous introduirons brièvement la perspective de la durée de vie ainsi que la théorie du développement psychosocial d'Erik Erikson, qui permettent de situer la vieillesse dans une vision globale et évolutive du parcours humain.

Principes et théorie des stratégies socio-éducatives.

- **Approche centrée sur la personne (Kitwood, 1997) :** mettre l'accent sur les besoins et préférences individuels des personnes âgées pour promouvoir leur autonomie et leur bien-être.
- **Méthode de validation (Feil, 1993) :** techniques visant à reconnaître et valider les émotions et expériences des personnes âgées, en particulier celles ayant des troubles cognitifs.

Unité d'apprentissage 3 : Stratégies cognitives**Présentation et explication :**

- **Stimulation cognitive :** Techniques pour engager et maintenir les fonctions cognitives, telles que les exercices de mémoire et les tâches de résolution de problèmes. Exemples et démonstrations.
- **Remémoration :** Utiliser les souvenirs passés pour stimuler l'engagement cognitif et améliorer le bien-être. Exemples et démonstrations.

Unité d'apprentissage 4 : Stratégies sensorielles**Présentation et explication :**

- **Stimulation sensorielle :** Solliciter les sens (toucher, vue, odorat, ouïe) pour stimuler des réponses cognitives et émotionnelles. Exemples et démonstrations.
- **Psychomotricité :** Utiliser le mouvement pour améliorer les compétences motrices et les fonctions cognitives. Exemples et démonstrations.
- **Stimulation corporelle :** Activités intégrant le mouvement physique et le toucher pour améliorer le bien-être émotionnel et physique. Exemples et démonstrations.

Unité d'apprentissage 5 : Méthodes créatives et expressives**Présentation et explication :**

- **Méthode Montessori (Judge et al., 2000) :** Application des principes Montessori pour favoriser l'autonomie et la participation dans la vie quotidienne. Exemples et démonstrations.

- **Ateliers créatifs pratiques** : Activités de bricolage pour stimuler la créativité, les compétences motrices fines et l'interaction sociale. Exemples et démonstrations.
- **Ateliers de théâtre** : Utilisation du jeu de rôle et de l'improvisation pour encourager la communication et l'expression personnelle. Exemples et démonstrations.
- **Ateliers d'écriture** : Exercices d'écriture pour favoriser l'expression personnelle et la réflexion (par exemple : journaux, récits). Exemples et démonstrations.

Unité d'apprentissage 6 : Technologies et interaction sociale

Présentation et explication :

- **Technologies pour l'interaction sociale** : Utilisation des outils numériques pour encourager la communication et réduire l'isolement social. Exemples et démonstrations.
- **Technologies pour la vie quotidienne** : Outils permettant d'accéder aux services de santé, de gérer les rendez-vous et d'effectuer d'autres tâches pratiques. Exemples et démonstrations.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retours des participants pendant la formation
- Participation pendant la formation
- Description de situations sans émettre de jugements
- Identification des besoins des personnes âgées pendant les exercices pratiques
- Activités conçues pendant les exercices pratiques

Évaluation initiale

- Les stagiaires réfléchissent à leurs connaissances actuelles

Évaluation intermédiaire

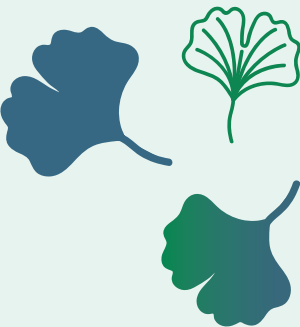
- Observation des activités de groupe
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés
- Discussions et réflexions sur les études de cas et exercices pratiques

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur les éléments théoriques.
- Travail de projet
- Étude de cas : analyse et propositions de solutions pour les exercices pratiques et études de cas



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Feil, N. (1993). The Validation breakthrough: *Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Health Professions Press.
- Judge, K. S., Camp, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2000). Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: Effects on engagement. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 42–46. <https://doi.org/10.1177/153331750001500105>
- Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.

BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide Pratique la partie 4 : Vieillesse active

Contexte	58
Acti Duo	59
Marche en groupe	62
Pause beauté	64
In forma Mentis : Prévention et bien être pour les personnes âgées	67
Université du troisième âge	70
Jubiloteca Bortzirak	73



Sous-module 4.1

Participer à un projet de coopération en culture et santé



PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche



DURÉE

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.



ESPACES

- Salle de formation avec chaises mobiles.



OUTILS NÉCESSAIRES

- Chaque participant reçoit un kit de ressources comprenant :
- Vidéos présentant des récits de projets ;
 - Cartographie des projets pour visualiser les initiatives ;
 - Exemples d'accords ou de budgets.



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Experts en stratégies socio-éducatives, pédagogie et méthodologies de coopération, avec des connaissances dans le secteur culturel et artistique.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

La formation repose sur une pédagogie active, centrée sur les participants et leur engagement dans des activités concrètes. L'objectif est de permettre, par des expérimentations successives, le développement progressif et guidé des connaissances et des compétences, acquis par les participants eux-mêmes dans un cadre pédagogique structuré et bienveillant fourni par le formateur.

L'approche de formation repose sur une alternance équilibrée de :

- **Exercices pratiques** : expérimenter directement les concepts étudiés.
- **Études de cas** : exemples concrets de projets culturels liés à la santé et à l'éducation.
- **Retours réflexifs** : analyser les expériences et en tirer des enseignements concrets.
- **Apports théoriques ciblés** : structurer et approfondir l'apprentissage en fonction des objectifs de la formation.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Comprendre l'intersection entre la culture et la santé pour mieux soutenir les projets de coopération dans ces domaines.
- Développer la capacité à comprendre son rôle et à contribuer de manière efficace et significative à la réussite d'un projet de coopération.
- Définir et intégrer les contraintes spécifiques et les besoins des projets culturels dans un contexte social ou de santé.
- Identifier et formuler les conditions essentielles pour établir des collaborations pertinentes avec des professionnels des arts et de la culture.
- Analyser les dynamiques d'engagement et d'implication des participants dans un projet culturel.



CONTENUS

Unité d'apprentissage ① : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et comprendre leurs attentes.
Créer un environnement de formation sûr et bienveillant.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage ② : Concepts clés

Brève introduction aux principaux concepts : Art-thérapie, animation, éducation et coopération culturelle.

Unité d'apprentissage ③ : Cadres et méthodologies

Aperçu complet de l'évolution historique, des étapes clés et des mécanismes opérationnels des cadres publics et institutionnels régissant la mise en œuvre des projets culturels (Unité adaptée au public de professionnels).

Unité d'apprentissage ④ : Initiatives territoriales

Exploration des initiatives culturelles locales, mettant en avant leur objectif, leur impact et les ressources qui leur sont dédiées.

Unité d'apprentissage ⑤ : Dynamiques des projets

Analyse des contraintes, des exigences spécifiques et des principes clés de la coopération dans les projets culturels.

Unité d'apprentissage ⑥ : Collaboration avec le secteur culturel

Conditions préalables et critères essentiels pour favoriser une collaboration efficace avec les professionnels des arts et de la culture.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retours des participants pendant la formation
- Participation pendant la formation
- Description de situations sans émettre de jugements
- Identification des besoins des personnes âgées pendant les exercices pratiques
- Activités conçues pendant les exercices pratiques



Évaluation initiale

- Les stagiaires réfléchissent à leurs connaissances actuelles

Évaluation intermédiaire

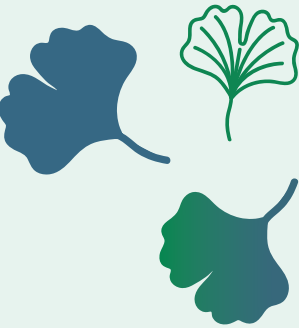
- Observation des activités de groupe
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés
- Discussions et réflexions sur les études de cas et exercices pratiques

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur les éléments théoriques.
- Travail de projet
- Étude de cas : analyse et propositions de solutions pour les exercices pratiques et études de cas



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- <https://culture-sante-na.com/ressources/bibliotheque-en-ligne/>
- <https://culture-sante-na.com/ressources-video/>
- <https://editions-attribut.com/product/culture-et-sante/>
- <https://culture-sante-na.com/nos-expertises/innovation-sociale/culture-health-platform/>

BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide Pratique la partie 3 : Vie culturelle et arts un levier pour le lien social et la santé

Contexte	42
Le Temps d'Une Valse	44
Culture du Cœur	47
Temps d'échanges sur les lectures et les films	50
L'été au Palais	52
Anciens guides de l'histoire	55

Sous-module 4.2

Activité physique, et sport



**PUBLIC CIBLE**

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels du secteur de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soutien
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche

**DURÉE**

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.

**ESPACES**

- Salle de formation avec chaises mobiles.

**OUTILS NÉCESSAIRES**

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet

**APPROCHE PÉDAGOGIQUE**

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride

**FORMATEURS (RÔLE)**

Experts en stratégies socio-éducatives, pédagogie, méthodologies innovantes (musicothérapie, théâtre, experts en pratiques sportives inclusives, etc.)

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION****MÉTHODES**

- Apports théoriques interactifs avec discussions en groupe
- Études de cas et meilleures pratiques
- Jeux de rôle
- Travail de projet
- Réflexion et analyse d'expériences réelles
- Échange et analyse de bonnes pratiques
- Ateliers interactifs
- Outils multimédias/numériques

**OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE**

- Acquérir des connaissances sur la promotion de la santé et le vieillissement actif.
- Promouvoir l'inclusion sociale et prévenir l'isolement par le sport.
- Sensibiliser à l'importance de l'activité physique pour les personnes âgées.
- Fournir des outils pratiques pour organiser des activités sportives adaptées aux personnes âgées.
- Développer des compétences pour impliquer les personnes âgées dans des activités sportives.
- Acquérir des compétences pour le territoire dans la planification d'activités sportives adaptées à une population âgée.
- Élaborer des plans individualisés basés sur les besoins spécifiques (approche centrée sur la personne).

**CONTENUS****Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants**

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Créer un environnement de formation sûr et bienveillant. Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage 2 : Promouvoir un vieillissement en bonne santé

Le rôle de l'activité physique dans l'amélioration de la mobilité, du bien-être et des fonctions cognitives :

- **Vieillesse** : facteurs physiques et fonctionnels à considérer et obstacles à l'activité physique.
- **Modèle de vieillissement actif et en bonne santé de l'OMS** : L'activité physique comme élément clé de cette stratégie.
- **Bénéfices physiques** : amélioration de la mobilité, de la force et de la santé générale.
- **Bénéfices psychologiques** : réduction du stress, amélioration de l'humeur, diminution de l'anxiété et de la dépression, renforcement de l'estime de soi et des relations sociales.
- **Bénéfices sociaux** : favoriser les rencontres, instaurer des routines et promouvoir un sentiment d'appartenance.
- **Bénéfices cognitifs** : amélioration de la mémoire, de l'apprentissage, de la vitesse de traitement et des fonctions exécutives. Utilisation du sport pour gérer les maladies neurodégénératives et les troubles cognitifs.

Unité d'apprentissage 3 : Adapter le sport pour tous**Activités physiques adaptées à tous les âges et capacités**

- Sport inclusif : adaptation des activités sportives aux différentes conditions physiques.
- Activités physiques adaptées : intensité faible, modérée, élevée.
- Activités individuelles : vélo d'appartement, marche, yoga, tai-chi, etc.
- Activités de groupe : marche nordique, gymnastique douce, Pilates, aquagym, danse, jeux d'équipe, boccia, etc.
- Sports adaptés : basket, gymnastique pour tous, yoga sur chaise, natation, tai-chi, etc.

Unité d'apprentissage 4 : Technologie et activité physique

De l'utilisation de dispositifs électroniques portables à celle de la **Réalité Virtuelle (VR)** et de la **Réalité Augmentée (AR)**, offrant des expériences sportives immersives aux personnes ayant des limitations physiques.

Unité d'apprentissage 5 : Impliquer les personnes âgées dans le sport**Stratégies, implication territoriale et activités inclusives :**

- Techniques pour motiver les personnes âgées à participer.
- Importance de la communication et du soutien social.
- Témoignages de participants et exemples de réussite.
- Implication des personnes et acteurs de proximité dans les expériences sportives.
 - La Charte de Toronto pour l'activité physique.
 - Création d'un plan d'action pour mettre en œuvre des activités sur votre territoire.
 - Intergénérationnalité dans le sport : exemple d'une activité sportive inclusive comme la marche active.



Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant la formation
- Participation pendant la formation
- Description de situations sans émettre de jugements
- Identification des besoins des personnes âgées pendant les exercices pratiques
- Activités conçues pendant les exercices pratiques

Évaluation initiale

- Les stagiaires réfléchissent à leurs connaissances actuelles

Évaluation intermédiaire

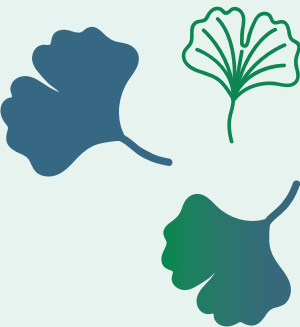
- Observation des activités de groupe
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés
- Discussions et réflexions sur les études de cas et exercices pratiques

Évaluation finale

- Questionnaire/test
- Travail de projet
- Étude de cas : analyse et propositions de solutions pour les exercices pratiques et études de cas



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Fassina M. (2022), *Sport e inclusione sociale - Esperienza etnografica di un giocatore di basket*. Edizioni Epoké
- Javadzade N, Esmaeili SV, Omranifard V, Zargar F. Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. BMC Public Health. 2024 Jan 23;24(1):271. doi: 10.1186/s12889-024-17759-9. PMID: 38263131; PMCID: PMC10804770.
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
- Sport, Physical Activity, and Aging: Are We on the Right Track? | SpringerLink. https://link.springer.com/chapter/10.1057/978-1-137-48562-5_17 <https://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2024/09/Libro-Bianco-attivita-fisica-invecchiamento-in-salute.pdf>

BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide Pratique la partie 4 : Vieillissement actif

Contexte	58
Acti Duo	59
Marche en groupe	62

Module 5

L'intergénérationnalité



PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche
- Personnes âgées, participantes aux actions



DURÉE

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.



ESPACES

- Salle de formation avec chaises mobiles.



OUTILS NÉCESSAIRES

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Experts en pédagogie et/ou psychologie et/ou travail social.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- Apports théoriques interactifs avec discussions en groupe.
- Étude de cas et partage des meilleures pratiques.
- Jeux de rôle.
- Réflexion et analyse d'expériences réelles.
- Ateliers interactifs



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Promouvoir la compréhension et le dialogue entre générations :
- Approfondir les connaissances sur les caractéristiques des différentes générations.
 - Développer la capacité d'identifier et d'analyser les stéréotypes liés aux différentes étapes de la vie.
 - Renforcer les compétences d'observation pour mieux comprendre les perspectives et les besoins des autres générations.
 - Améliorer la capacité à adopter le point de vue d'une autre génération.
 - Acquérir des compétences pour concevoir et mettre en œuvre des projets et des interventions intergénérationnelles.



CONTENUS

Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et comprendre leurs attentes.
Créer un environnement de formation sûr et bienveillant.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage 2 : Définir l'intergénérationnalité

Le développement comme processus tout au long de la vie (Baltes, 1987) :

Analyse du développement tout au long de la vie, avec un accent particulier sur le troisième âge en tant que phase continue des étapes précédentes, en mettant en lumière la perspective du cycle de vie et l'apprentissage tout au long de la vie comme éléments clés pour favoriser l'intergénérationnalité.

Déconstruction des stéréotypes liés aux étapes de la vie et reconstruction des rôles intergénérationnels : Remettre en question les visions rigides associant des rôles spécifiques aux étapes de la vie, en insistant sur la continuité du développement personnel. Favoriser la découverte mutuelle entre générations, encouragée par une volonté sincère d'apprendre les uns des autres.

Unité d'apprentissage 3 : La solidarité entre générations

Explorer comment le dialogue intergénérationnel crée des espaces d'inclusion et de renouveau, soutenant le processus de vieillissement et promouvant l'empowerment social (Nussbaum & Levmore, 2019).

Se concentrer sur la manière dont les individus et les territoires développent les compétences nécessaires pour contribuer activement à des contextes relationnels de qualité.

Mettre en lumière le pouvoir de la pensée collective pour partager et amplifier les ressources et les possibilités, tout en reconnaissant les fragilités et les défis.

Unité d'apprentissage 4 : Stratégies et interventions intergénérationnelles

Impact sur l'isolement social et la solitude : Montrer comment les interventions intergénérationnelles peuvent réduire l'isolement social et améliorer les résultats en matière de solitude, en favorisant des connexions plus fortes entre les générations.

Comment concevoir et structurer des interventions intergénérationnelles :

Concevoir des interventions autour d'expériences d'apprentissage partagées, de relations de mentorat et de projets collaboratifs pour faciliter les interactions et la création de relations entre générations.

Adapter les stratégies aux besoins spécifiques de différents groupes, comme les personnes isolées, les résidents en soins de longue durée, et les personnes vivant de manière autonome.

Acquérir des compétences pour équilibrer des programmes à court terme répondant à des besoins sociaux immédiats et des programmes à long terme favorisant des connexions durables et une compréhension mutuelle.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant la formation.
- Participation pendant la formation.

Évaluation initiale

- Réflexion des participants sur leurs connaissances actuelles

Évaluation intermédiaire

- Observation des activités de groupe.
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés.
- Discussions et réflexions sur les études de cas et exercices pratiques.

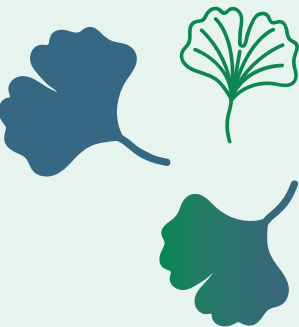
Évaluation finale

- Questionnaire/test sur les éléments théoriques.
- Discussion et réflexion sur les apprentissages réalisés.
- Étude de cas : analyse et proposition de solutions pour l'étude de cas pratiques.





Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.23.5.611>
- Kaplan, M., Sanchez, M., & Hoffman, J. (2017). Intergenerational Approaches for Sustaining Individual Health and Well-being. In M. Kaplan, M. Sanchez, & J. Hoffman, *Intergenerational Pathways to a Sustainable Society* (pp. 29–64). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47019-1_3
- Nussbaum, M. C., & Levmore, S. (2019). *Invecchiare con saggezza: Dialoghi sulla vita, l'amore ei rimpianti. Il mulino.*

BONNES PRATIQUES

Voir dans le guide pratique la partie 1 : L'Intergénérationnel

Contexte	8
Jardin partagé	10
Les cheveux dans le vent	13
Reconnectés	16
Plumes de sagesse	19
TOY	22

Module 6
Perspective
biopsychosociale



**PUBLIC CIBLE**

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels du secteur de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche

**DURÉE**

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.

**ESPACES**

- Salle de formation avec chaises mobiles.

**OUTILS NÉCESSAIRES**

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet

**APPROCHE PÉDAGOGIQUE**

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride

**FORMATEURS (RÔLE)**

Experts en intervention sociale, professionnels socio-éducatifs et de la santé (infirmiers, assistants sociaux, éducateurs sociaux, pédagogues, etc.). Une expérience et des connaissances dans des projets d'intervention sociale, dans le domaine de la santé et dans des méthodologies et/ou approches innovantes (coordination socio-sanitaire, participation citoyenne, action communautaire, nouvelles technologies, musicothérapie, théâtre, etc.) constituent un atout.

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION****MÉTHODES**

- Développement du contenu de la formation à partir de fiches conceptuelles, lectures et études de cas.
- Travail de groupe pour résoudre des études de cas.
- Discussions en groupe sur les aspects théoriques et les lectures.
- Analyse vidéo.

**OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE**

- Connaître et comprendre les fondements théoriques de l'approche biopsychosociale pour l'amélioration du bien-être des personnes, notamment des personnes âgées.
- Développer des attitudes favorables à la prise en charge biopsychosociale des personnes âgées.
- Connaître/acquérir les approches et méthodes d'intervention biopsychosociales et savoir les appliquer de manière adaptée aux contextes spécifiques.
- Acquérir des compétences pour créer des espaces favorables, avec des atmosphères et des ressources propices à une intervention biopsychosociale auprès des personnes âgées.
- Acquérir des compétences pour réaliser un diagnostic et une approche biopsychosociale dans la prise en charge des personnes âgées, basé sur le vieillissement actif avec une approche territoriale, intégrée et coordonnée avec les services et les acteurs de l'environnement.
- Développer des interventions favorisant un vieillissement actif selon une approche intégrale, avec une perspective de genre et d'équité, et fondées sur le travail en réseau.
- Acquérir des outils pour concevoir des évaluations d'interventions selon une approche biopsychosociale.

**CONTENUS****Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants**

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Créer un environnement de formation sûr et bienveillant. Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage 2 : La perspective biopsychosociale de la santé et du bien-être des personnes âgées

Introduction à la perspective biopsychosociale (voir concept clé) : définition et principes de base (modèle biopsychosocial d'Engel).

Comparaison et contributions (valeur ajoutée) par rapport à d'autres modèles, comme le modèle biomédical : avantages d'une approche holistique.

Autres approches ou modèles théoriques associés : déterminants sociaux de la santé, perspective du vieillissement actif et de l'approche du cycle de vie, soins centrés sur la personne pour la santé et le bien-être.

Unité d'apprentissage 3 : Interaction entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux

Variables biologiques, psychologiques et sociales influençant le bien-être et la santé de la population : génétique, fonctionnement physiologique, santé, habitudes de vie, stabilité émotionnelle, interactions personnelles et familiales, situation socio-économique, contexte culturel, etc.

Interaction intrinsèque entre les différentes variables affectant la qualité de vie des personnes (par exemple, maladies psychosomatiques, relations possibles entre maladies chroniques et santé mentale, déclin cognitif et isolement social progressif,

ou encore ressources économiques insuffisantes et santé physique et mentale).

Rôle des déterminants sociaux de la santé dans l'apparition et la gestion des maladies selon une perspective d'inégalités sociales.

Unité d'apprentissage 4 : Intervention sociale et sanitaire selon une approche biopsychosociale

Interventions dans une optique de promotion de la santé et de prévention des maladies : utilisation des ressources territoriales pour la socialisation et la participation sociale ayant un impact favorable sur la santé et le bien-être.

Interventions selon une approche intégrée et holistique :

- Approche globale des diagnostics socio-sanitaires.
- Planification collaborative et prise en charge avec les autres acteurs impliqués, et participation de la personne concernée.
- Coordination multidisciplinaire et travail en réseau entre les entités ou personnes impliquées dans les processus de soins.
- Soutien aux aidants.

Identification d'exemples de bonnes pratiques en interventions psychosociales ou programmes de soins intégrés.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Les participants augmentent leurs connaissances après la formation reçue.
- Les participants sont capables d'appliquer la formation à des exercices pratiques en cours.
- Les participants participent activement à la formation.
- Les participants sont satisfaits de la formation reçue.
- Application des théories à la résolution de cas pratiques.
- Analyse des études de cas selon une approche biopsychosociale.
- Propositions d'interventions selon une approche biopsychosociale

Évaluation initiale

- Observation pendant la formation des connaissances préalables.

Évaluation intermédiaire

- Observation des activités.
- Analyse des études de cas.
- Discussions.

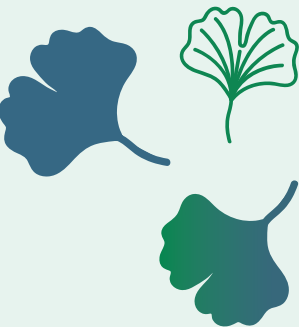
Évaluation finale

- Questionnaire sur les aspects théoriques.
- Proposition de résolution d'études de cas.
- Participation aux activités.





Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 24, 2355 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). Handbook of aging and the social sciences. Academic Press.

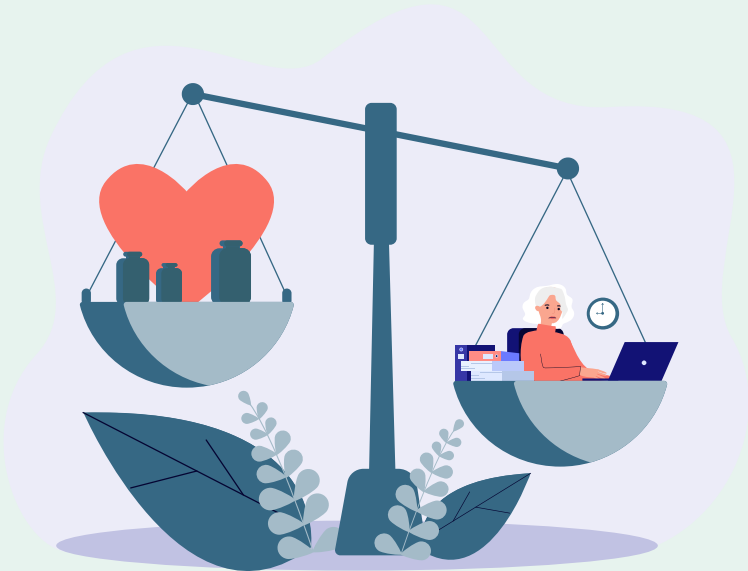
BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide pratique la partie 2 :
La coordination socio-sanitaire et communautaire dans les soins et l’accompagnement des personnes âgées

Contexte	26
Travail communautaire à Bortziriak	29
Coordination socio sanitaire Une expérience destinée aux professionnels de la santé et des services sociaux	32
Centre de ressources territorial	35

Module 7

Promotion de la qualité de vie et du bien-être des soignants et des professionnels
(prévention de l’épuisement professionnel)





PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche



DURÉE

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.



ESPACES

- Salle de formation
- Espace suffisant pour les déplacements



OUTILS NÉCESSAIRES

- Vidéoprojecteur
- Internet



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Psychologues, responsables de département/directeurs ayant une expérience managériale et une connaissance approfondie du secteur, ainsi que des acteurs impliqués dans la lutte contre l'isolement et sa prévention. Connaissance des processus de burn-out et des mesures de prévention.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- Apports théoriques.
- Travaux en sous-groupes.
- Apprentissage actif.
- Mises en situation de communication.
- Jeux de rôle avec exercices de respiration/relaxation.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Être capable d'identifier les facteurs de risque et les signaux d'alerte du burn-out.
- Proposer des mesures de prévention individuelles et collectives.
- Mettre en œuvre des pratiques managériales favorisant la qualité de vie au travail.



CONTENUS

Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Créer un environnement de formation sûr et bienveillant. Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage 2 : Les 3 dimensions du burn-out

Définitions des causes et symptômes du burn-out, bore-out et brown-out.

Différence entre stress, dépression et burn-out.

Dimensions du burn-out selon Maslach : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel.

Processus de développement du burn-out : mécanismes psychologiques et physiologiques.

Facteurs de risque spécifiques aux professions « aidantes » : charge émotionnelle, confrontation à la souffrance et à la mort, décalage entre aspirations idéales et réalité, responsabilités, manque de reconnaissance et de soutien.

Unité d'apprentissage 3 : Le stress dans la vie professionnelle quotidienne

Définition et signes d'alerte :

- **Symptômes physiques** : fatigue, troubles du sommeil, tension, douleurs, problèmes digestifs, variations de poids.
- **Symptômes émotionnels** : irritabilité, cynisme, détachement, anxiété, perte de motivation.
- **Symptômes comportementaux** : isolement social, évitement, absentéisme, retards, abus de substances (café, alcool, médicaments).

Outils d'évaluation du burn-out : échelle Maslach (MBI), questionnaire de Karasek, échelle de burn-out de Copenhague (CBI).

Initiatives de prévention pour les professionnels : gestion du stress, intelligence émotionnelle, assertivité, communication, hygiène de vie.

Mesures préventives pour les managers : évaluation régulière des risques psychosociaux, formation en gestion du stress, forums d'analyse de situations professionnelles, reconnaissance, relations collaboratives.

Unité d'apprentissage 4 : Qualité de vie au travail

Responsabilités des employeurs : obligation de sécurité et prévention des risques professionnels (risques psychosociaux, ergonomie). Dialogue social, qualité de vie et conditions de travail.

Responsabilités des employés : respect des consignes de sécurité et des processus. Signalement des situations à risque et propositions d'amélioration des conditions de travail.

Stratégies managériales : enquêtes, entretiens, indicateurs RH, aménagements organisationnels (flexibilité, télétravail, espaces de travail), gouvernance partagée.

L'équipe comme vecteur de qualité de vie : cohésion, entraide, partage de connaissances et de bonnes pratiques, gestion des conflits.

Sens et reconnaissance au travail : valeurs, vision de l'organisation, perspectives professionnelles, empowerment, contribution à des projets.

Unité d'apprentissage 5 : Focus spécifique sur la qualité de vie au travail

Lutte contre les stéréotypes de genre :

- Déconstruction des préjugés sur les « qualités féminines » dans les métiers du soin.
- Communication neutre en matière de genre dans le recrutement et la gestion des ressources humaines.
- Valorisation de la diversité des compétences au-delà du genre.
- Lutte contre l'auto-censure des hommes dans les métiers dits « féminins ».
- Analyse de l'impact des stéréotypes de genre sur les parcours et évolutions professionnels.

Impact des technologies numériques et de l'intelligence artificielle :

- Avantages (optimisation des plannings, transmission d'informations).
- Points de vigilance : droit à la déconnexion, hétérogénéité des compétences professionnelles.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.

SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Application des apprentissages en milieu professionnel.
- Impact sur les pratiques collectives de l'équipe.
- Compréhension des concepts clés liés à la qualité de vie au travail.
- Connaissance des facteurs influençant le bien-être professionnel.
- Maîtrise des outils et méthodes d'amélioration de la qualité de vie au travail.
- Compréhension des enjeux légaux et réglementaires liés au bien-être au travail.
- Identifier les sources de stress et d'inconfort au travail.
- Prendre des mesures concrètes pour améliorer l'environnement professionnel.
- Communiquer efficacement sur les questions de bien-être avec les collègues et la hiérarchie.



Évaluation initiale

- Observation pendant la formation des connaissances préalables.

Évaluation intermédiaire

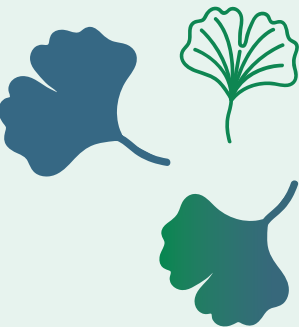
- Observation des activités.
- Analyse des études de cas.
- Discussions.

Évaluation finale

- Questionnaire sur les aspects théoriques.
- Proposition de résolution d'études de cas.
- Participation aux activités.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- PROJET I-MANO — Innovation managériale et organisationnelle dans les services à la personne, Gêrontopole, <https://gerontopole-na.fr/projets/i-mano/>

BONNES PRATIQUES

Voir dans le guide pratique la partie 6 : Qualité de vie et bien être des accompagnants

Contexte	87
Vendredis du bien-être	89
Formation d'accompagnement des aidants	92
Centre rural d'accueil de jours	95
Outil d'évaluation et de prévention du risque d'épuisement	101
Service d'écoute et de soutien	104
Nous aidants	107
Service de répit	111

Module 8

Travail en réseau et interventions territoriales





PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin



DURÉE

2 à 20 heures, ajustable selon les besoins du groupe.



ESPACES

- Salle de formation
- Espace suffisant pour les déplacements



OUTILS NÉCESSAIRES

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Experts en intervention sociale, territoriale et sanitaire (travail social, éducation sociale, soins infirmiers, etc.). Une expérience pratique et une connaissance des projets de développement territoriale, de l'action sociale et du travail en réseau avec divers acteurs locaux constituent des atouts majeurs.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- Analyse des bonnes pratiques.
- Contributions à l'aide de ressources multimédias.
- Simulation de l'environnement d'intervention.
- Études de cas.
- Travail de groupe pour la planification de projets.
- Élaboration d'outils analytiques : DRAPFO (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces, Potentiel) et sociogramme.
- Pratique de réalisation de projet et évaluation d'impact.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Adopter une approche locale, en s'appuyant sur le travail en réseau, pour promouvoir une citoyenneté active basée sur les ressources et opportunités locales.
- Apprendre les principes de diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation d'un projet d'intervention territoriale.
- Acquérir des méthodologies et outils pour l'intervention intergénérationnelle et territoriale.
- Développer un projet d'intervention de proximité en fonction des besoins identifiés dans le territoire.
- Contextualiser et évaluer les implications d'un projet d'intervention.



CONTENUS

Unité d'apprentissage 1 : Introduction et accueil des participants

Faire connaissance avec les autres participants et identifier leurs attentes. Créer un environnement de formation sûr et bienveillant. Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage 2 : L'approche territoriale dans les nouveaux modèles de soins

Introduction à l'approche territoriale : définition et caractéristiques principales.

Évolution des orientations politiques et institutionnelles vers des modèles de soins communautaires et coresponsables, évitant l'institutionnalisation des personnes nécessitant un soutien ou des soins.

Unité d'apprentissage 3 : Bénéfices du modèle territorial et du travail en réseau

Bénéfices des soins de proximité, par exemple :

- Le territoire et la proximité comme contexte d'intervention préventive et de réduction des inégalités sociales.
- Ressources et services territoriaux pour prévenir l'isolement et la solitude non désirée des personnes âgées.
- Disponibilité des ressources de soins dans l'environnement proche de la personne pour faciliter son projet de vie, promouvoir son autonomie, et l'inclure socialement.
- Interventions territoriales pour générer des contextes de soins (ex. : villes amies des aînés).

Bénéfices de la collaboration entre les acteurs du système de soins, par exemple :

- Soins intégrés et continus grâce à la collaboration entre les acteurs locaux.
- Une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources grâce à des services coordonnés.
- Renforcement du réseau de soutien social dans les territoires.

Unité d'apprentissage 4 : Projets et interventions territoriales

Principes du travail en réseau : participation, collaboration, coresponsabilité, etc.

Stratégies, processus et outils méthodologiques pour l'intervention territoriale.

- Diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation des projets territoriaux.
- Création d'alliances et collaboration intersectorielle.
- Stratégies d'intervention intergénérationnelle.
- Sensibilité interculturelle dans la gestion des réseaux et projets dans des territoires divers.

Identification de bonnes pratiques au niveau européen pour des projets préventifs réalisés dans des contextes territoriaux.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Les participants appliquent la formation aux exercices pratiques en cours.
- Les participants s'impliquent activement dans la formation.
- Les participants sont satisfaits de la formation reçue.
- Compréhension, interprétation et application des concepts de base liés au projet.
- Connaissance du territoire d'intervention et de ses ressources.
- Compétences dans l'application des outils méthodologiques.
- Capacité à développer les différentes phases du projet territorial : diagnostic, planification, mise en œuvre et évaluation.

Évaluation initiale

- Observation pendant la formation des connaissances préalables.

Évaluation intermédiaire

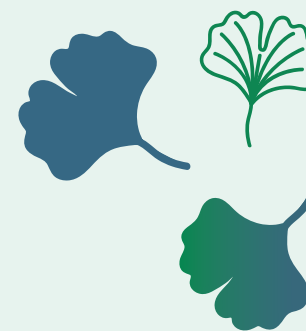
- Observation des activités.
- Analyse des études de cas.
- Discussions.

Évaluation finale

- Questionnaire sur les aspects théoriques.
- Proposition de résolution d'études de cas.
- Participation aux activités.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- European Comission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.
- Spade, D. (2020). Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next), London: Verso.

BONNES PRATIQUES

Voir dans le Guide Pratique la partie 5 : Habitat (p76)

Atelier A

Atelier sur la communication narrative : l'art de raconter une histoire à travers la vidéo



PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche
- Personnes âgées



DURÉE

2 heures pour la présentation de l'activité et transmission des directives.
4 heures pour la conduite de l'entretien et montage vidéo.



ESPACES

- Salle de formation.
- Environnement confortable pour l'enregistrement des interviews



OUTILS NÉCESSAIRES

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet
- Smartphone ou caméra



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche
- Personnes âgées



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- cours interactif.
- Groupes de discussion.
- Brainstorming.
- Jeux de rôle.
- Exercices pratiques/simulations.
- Pratique des outils techniques.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Comprendre les concepts d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées, ainsi que l'importance de la solidarité intergénérationnelle, de l'inclusion sociale et du dialogue interculturel pour aborder ces problématiques.
- Développer des compétences pour établir un lien avec les personnes âgées et comprendre leurs besoins à travers les interviews vidéo, en se concentrant sur la création d'un environnement empathique, la formulation de questions ouvertes et la gestion des aspects techniques.
- Promouvoir une approche empathique et respectueuse dans le travail avec les personnes âgées, en veillant à être sensible à leurs expériences tout en valorisant les valeurs d'inclusion sociale.



PRÉREQUIS

Pour suivre cette activité avec succès, il est essentiel d'avoir complété les modules suivants :

- **Module 1** : Vieillesse (enjeux liés au vieillissement : diversité, violence, etc.).
- **Module 2** : Facteurs protecteurs et de risque de l'isolement social.
- **Module 3** : Communication avec les groupes cibles de l'intervention – Perspective centrée sur la personne.
- **Module 5** : Intergénérationnalité.

CONTENUS

Unité d'apprentissage ① : Introduction et accueil des participants

Présentation des participants et partage des attentes.
Création d'un environnement de formation bienveillant.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage ② : Planification de l'interview

Identification d'une pratique ou d'un projet local significatif.
Collecte d'informations détaillées et contact avec les responsables du projet.
Définition et communication de l'objectif de l'interview.
Obtention des consentements nécessaires.

Unité d'apprentissage ③ : Préparation du cadre de l'interview

Création d'un plan ou d'un storyboard pour l'interview.
Préparation de l'équipement technique (microphone, éclairage, emplacement).

Unité d'apprentissage ④ : Conduite de l'interview vidéo

Créer une atmosphère accueillante et bienveillante.
Appliquer les principes de l'écoute active et empathique, en suivant la structure de l'interview et en respectant le temps et les besoins de l'interviewé.
Conclure de manière réfléchie, en garantissant une fin appropriée et attentionnée.

Unité d'apprentissage ⑤ : Montage

Outils de montage disponibles, couper les questions, insérer des diapositives, gérer différentes langues, appliquer des sous-titres, ajouter des transitions, finaliser le rendu.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant l'activité.
- Participation active des apprenants.
- Capacité à identifier les besoins des personnes âgées lors des exercices pratiques.
- Utilisation des techniques d'écoute active lors des exercices.

Évaluation initiale

- Réflexion des participants sur leurs connaissances actuelles

Évaluation intermédiaire

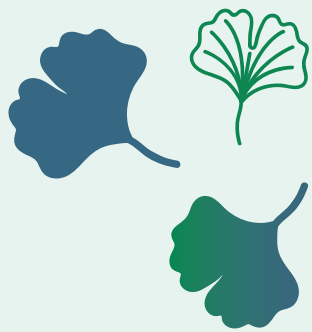
- Observation des activités de groupe.
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés.
- Discussions et réflexions sur les études de cas et exercices pratiques.

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur le contenu théorique de l'activité.
- Outil qualitatif pour analyser la satisfaction des participants.
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés.
- Études de cas : analyse et propositions de solutions adaptées.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. Community, Work & Family, 3(3), 333–347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- European Comission (2017). The European Pillar of Social Rights. Publications Office of the European Union.
- Spade, D. (2020). Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next), London: Verso.

Atelier B

Atelier sur la
communication narrative :
l'art de raconter une
histoire à travers la photo





PUBLIC CIBLE

- Étudiants et stagiaires en formation professionnelle, universitaire ou en début de carrière
- Professionnels des secteurs de la santé et du travail social
- Bénévoles engagés dans l'accompagnement ou le soin
- Aidants informels sans formation préalable
- Aidants familiaux accompagnant un proche
- Personnes âgées



DURÉE

2 heures pour la présentation de l'activité et transmission des directives
4 heures pour la conduite de l'entretien et prise de photos



ESPACES

- Salle de formation
- Environnement confortable pour l'enregistrement des interviews



OUTILS NÉCESSAIRES

- Ordinateur
- Vidéoprojecteur
- Diaporamas
- Études de cas
- Internet
- Smartphone ou caméra.



APPROCHE PÉDAGOGIQUE

- Apprentissage en présentiel
- Apprentissage en ligne
- Apprentissage hybride



FORMATEURS (RÔLE)

Experts en communication et/ou psychologie et/ou pédagogie et/ou travail social.



DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

MÉTHODES

- Cours interactif.
- Groupes de discussion.
- Brainstorming.
- Jeux de rôle.
- Exercices pratiques/simulations.
- Pratique des outils techniques.



OBJECTIFS ET FINALITÉS D'APPRENTISSAGE

- Comprendre les principaux enjeux liés à l'isolement social et son impact sur les personnes âgées, notamment le rôle des récits et des narrations visuelles dans la lutte contre les stéréotypes et la promotion de l'inclusion sociale.
- Développer la capacité à mener des interviews empathiques, collecter des histoires et des images marquantes, et concevoir un livre photo qui communique efficacement des problématiques sociales complexes par des approches innovantes et sensibles.
- Cultiver une perspective empathique, respectueuse et centrée sur la personne lors du travail avec des personnes âgées, en priorisant leur dignité, leur confort et leur autonomie.



PRÉREQUIS

Pour suivre cette activité avec succès, il est essentiel d'avoir complété les modules suivants :

- **Module 1** : Vieillesse (enjeux liés au vieillissement : diversité, violence, etc.).
- **Module 2** : Facteurs protecteurs et de risque de l'isolement social.
- **Module 3** : Communication avec les groupes cibles de l'intervention
 - Perspective centrée sur la personne.
- **Module 5** : Intergénérationnalité.

CONTENUS

Unité d'apprentissage ① : Introduction et accueil des participants

Présentation des participants et partage des attentes.
Création d'un environnement de formation bienveillant.
Présentation du programme de formation.

Unité d'apprentissage ② : Planification de l'interview

Identifier une histoire significative, collecter des informations détaillées, définir et communiquer l'objectif de l'interview, traiter les questions juridiques et de confidentialité, préparer la logistique, fixer les objectifs narratifs et stylistiques.

Unité d'apprentissage ③ : Préparation de l'environnement

La préparation du tournage se concentre sur la sélection de photos percutantes qui reflètent des thèmes clés tels que le vieillissement et l'isolement, et propose des conseils pratiques sur la manière de prendre des photos de haute qualité avec des smartphones. Cela inclut des techniques pour un éclairage optimal, la composition et la stabilité.

Unité d'apprentissage ④ : Conduire l'interview et prendre des photos

Créer une atmosphère accueillante et bienveillante.
Appliquer les principes de l'écoute active et empathique, en suivant la structure de l'entretien et en respectant le temps et les besoins de l'interviewé.
Prendre des photos significatives.
Conclure de manière réfléchie, en assurant une fin appropriée et respectueuse.

Unité d'apprentissage ⑤ : Conception graphique

Utilisation des outils de montage disponibles. Retouche photo. Mise en page des photos et textes. Harmonisation.

Unité finale : Clôture de la formation

- Synthèse des principaux contenus.
- Évaluation qualitative/quantitative de la formation.
- Prochaines étapes : opportunités et possibilités pour des études ou actions futures.



SUGGESTIONS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION

Indicateurs et résultats attendus

- Retour des participants pendant l'activité.
- Participation active des apprenants.
- Capacité à identifier les besoins des personnes âgées lors des exercices pratiques.
- Utilisation des techniques d'écoute active lors des exercices.

Évaluation initiale

- Réflexion des participants sur leurs connaissances actuelles.

Évaluation intermédiaire

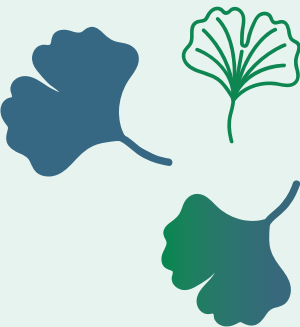
- Observation des activités de groupe.
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés.
- Analyse des études de cas et des exercices pratiques.

Évaluation finale

- Questionnaire/test sur le contenu théorique de l'activité.
- Outil qualitatif pour analyser la satisfaction des participants.
- Discussions et réflexions sur les apprentissages réalisés.
- Études de cas : analyse et propositions de solutions adaptées.



Pour en savoir plus...



RÉFÉRENCES

• Naughton-Doe, R., Barke, J., Manchester, H., Willis, P., & Wigfield, A. (2024). Ethical issues when interviewing older people about loneliness: reflections and recommendations for an effective methodological approach. *Ageing and Society*, 44(7), 1681–1699. doi:10.1017/S0144686X2200099X