



**HAL**  
open science

# La relation aidant-aîné: Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant

Nicolas Keefe

## ► To cite this version:

Nicolas Keefe. La relation aidant-aîné: Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant. Architecture, aménagement de l'espace. 2021. dumas-03501873

**HAL Id: dumas-03501873**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03501873v1>**

Submitted on 23 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# LA RELATION AIDANT-AÎNÉ

Comment mieux accompagner la personne  
en perte d'autonomie tout en valorisant  
le rôle social de l'aidant ?

Nicolas Keefe  
Mémoire de recherche

Master 2 Design  
Innovation Société  
Université de Nîmes

2021





Mémoire de recherche  
sous la direction de Stéphanie Sagot



## Résumé

On mise sur la jeunesse pour changer le monde, pourtant il semblerait que le vieillissement soit une question d'avenir. En effet, d'ici 2040, 1 personne sur 4 aurait plus de 65 ans. Notre société aura permis les conditions d'apparition d'un nouvel âge de la vie, mais comment allons-nous organiser ce temps vécu sans qu'il soit à la marge de nos systèmes ? La marginalisation de la personne âgée est un phénomène moderne et l'une des causes de la perte d'autonomie, constituant un véritable enjeu social et sanitaire qui ne va faire que croître avec l'explosion démographique des aînés. Nous savons que le meilleur moyen de maintenir l'autonomie d'une personne est encore de lui permettre une vie socialement intégrée, digne et heureuse. Il s'agirait donc de limiter les ruptures sociales, émotionnelles ou encore l'isolement qui créent des conditions de fragilité où la perte d'autonomie trouve en partie ses origines. Comment alors, faire évoluer notre système d'accompagnement pour être en capacité de répondre à la complexité de ces besoins psychosociaux ? La crise sanitaire nous a rappelé à quel point certains métiers sont essentiels à notre société et pourtant sont si peu valorisés. Qu'est-ce-que cela dit de notre rapport à l'autre ? Quel lien ce manque de reconnaissance des métiers du lien entretient-il avec le dispositif d'accompagnement aux personnes en perte d'autonomie ? Ce travail de recherche a pour but d'interroger les pratiques dans le domaine de l'accompagnement, mais aussi le rôle de l'aidant afin d'explorer dans quelle mesure pourrait-on construire une nouvelle relation d'accompagnement qui puisse bénéficier aux personnes en perte d'autonomie ainsi qu'aux aidants professionnels; mais également comment les méthodes de design peuvent-elles contribuer à l'action publique dans ce domaine.

Mots-clés : Accompagnement, Vieillesse, Autonomie, Aînés, Aide à domicile, Santé, Design.

We are banking on youth to change the world, yet it seems that ageing is a matter of the future. Indeed, by 2040, 1 in 4 people will be over 65. Our society has created the conditions for the emergence of a new stage of life, but how are we going to organise this time of life without it being on the margins of our systems? The marginalisation of the elderly is a modern phenomenon and one of the causes of the loss of autonomy which constitutes a real social and health issue that will only increase with the demographic explosion of the elderly. We know that the best way to maintain a person's autonomy is to allow him or her to live a socially integrated, dignified and happy life. Therefore the answer to the loss of autonomy seems to be in limiting social and emotional breakdowns and also isolation, which create the conditions of fragility. How then can we develop our support system to be able to respond to the complexity of these psychosocial needs? The health crisis has reminded us of the extent to which certain professions are essential to our society and yet are so little valued. What does this say about our relationship to others? What is the link between this lack of recognition of the care workers and the support system for people losing their autonomy? The aim of this research is to question practices in the field of support, but also the role of the carer, in order to explore the which extent could we build a new support system that could benefit people with loss of autonomy as well as professional carers; but also how design methods can contribute to public action in this field.

Key-words : Accompaniment, Aging, Autonomy, Seniors, Home care, Health, Design.

## Remerciements

En tout premier lieu je voudrais remercier ma directrice de mémoire, Mme Stéphanie Sagot qui m'a aidé et encouragé tout au long de mes recherches et de la construction de ce mémoire.

Le directeur de la cohésion sociale à la mairie des Ulis, monsieur Philippe Lima, pour m'avoir fait confiance et donné cette opportunité, ainsi que pour avoir été une personne stimulante et bienveillante qui m'a donné les moyens nécessaires pour réussir mes recherches, ainsi que Monsieur le Maire des Ulis, Clovis Cassan pour avoir rendu ce stage possible.

Je tiens à remercier chaleureusement toute l'équipe du service des aînés pour son accueil et sa gentillesse. J'ai rencontré une équipe engagée au quotidien pour les aînés, qui travaille avec le cœur et des valeurs de solidarité. Je remercie Marie-Pierre Caron Legruel pour son accompagnement au quotidien et sa bienveillance, Edith Shorgen pour sa gentillesse et sa disponibilité qui m'a été très précieuse dans mes recherches, Catherine Champion pour son aide sur certains projets et sa bonne humeur, Marilyne Bigot et Magali Morand pour la pertinence de leurs réflexions et leur bonne humeur, Karine Denizet et Etienne Onenda pour leur bonne humeur également au quotidien ce fut un vrai plaisir d'aller au bureau travailler en votre compagnie tous les jours dans des conditions aussi agréables !

Je remercie toute l'équipe du service d'aide et d'accompagnement à domicile : Brigitte, Viviane, Bijoux, Frédéric, Lydie, Victorine, pour m'avoir partagé leur beau métier, pour leur sincérité et leur gentillesse. J'ai beaucoup appris grâce à vous.

Je remercie également Emilia Ribeiro et Jean-Gaston Mouhounou pour avoir été pertinents dans leurs remarques et pour leur bienveillance.



## Table des matières

Résumé	5
Remerciements	7
Introduction	12
Plan du mémoire	13
Contexte de la mission	15
Objectifs de la mission	16
La méthode de recherche employée	17
<b>Partie I. Le contexte des personnes âgées en France et dans le monde</b>	<b>23</b>
1.1 Contexte anthropologique et historique : Une diminution de la valeur et du statut de la personne âgée dans le temps.	23
1.1.1 Une évolution des modes de transmission de la connaissance.	23
1.1.2 L'Éclatement des structures familiales et économiques.	24
1.1.3 La vieillesse : une construction sociale ?	25
1.1.4 Obsolescence professionnelle et âgisme dans nos sociétés productivistes.	25
1.2 L'évolution des politiques publiques pour les personnes âgées.	27
1.2.1 Des premières solidarités de l'État / Droits de pension.	27
1.2.2 L'utopie politique d'une intégration sociale.	28
1.2.3 L'optimisation de la santé et des risques individuels.	28
1.3 Constats aujourd'hui sur la politique sanitaire autour des personnes âgées.	29
1.3.1 L'urgence d'anticiper une explosion des demandes de soins.	29
1.3.2 Une approche par le risque et la médicalisation du vieillissement.	29
1.3.3 Problématiques particulières liées au contexte la COVID 19.	30

<b>Partie II. Bien vieillir : Un équilibre physique et psychique à maintenir</b>	<b>32</b>
2.1 Sommes-nous prêts à vieillir plus longtemps ?	33
2.2 La santé, une question de bien-être et de maintien des liens sociaux.	33
2.3 Le phénomène de glissement vers la perte d'autonomie.	34
2.4 Le rôle important du service des aînés pour accompagner le vieillissement : Présentation générale du service et de ses missions.	37
<b>Partie III. Problématique initiale : Comment créer les conditions de l'inclusion sociale et du bien-être des aînés ? Vers une approche plus globale et sociale</b>	<b>38</b>
3.1 Mise en place d'une enquête de terrain pour comprendre les leviers d'inclusion sociale des aînés.	39
3.2 Développer un nouvel écosystème de services autour de la vie des aînés : Prévention / Inclusion / solidarité.	39
3.3 Premières pistes préliminaires de projets.	41
3.4 Prévenir l'isolement et les conditions d'apparition de la perte d'autonomie : Un nouveau programme d'animations pour les aînés.	44
<b>Partie IV. Prolonger l'autonomie en développant les dispositifs de solidarité</b>	<b>48</b>
4.1 Quelques chiffres sur la perte d'autonomie.	49
4.2 Rencontre avec les professionnels de l'aide à domicile (Synthèse des entretiens).	52
4.2.1 Être un(e) aide à domicile c'est quoi au fond ?	52
4.2.2 En fait, c'est bien plus qu'on imagine.	53
4.2.3 Un métier qui nécessite des qualités et compétences sous-évaluées.	53
4.2.4 Une prestation ça consiste en quoi ?	53
4.3 Un manque de reconnaissance des métiers du lien.	55
4.3.1 La crise sanitaire a révélé un paradoxe social.	55
4.3.2 Le constat du CESE : Un lien social dévalorisé.	55
4.4 Mais comment identifier ce manque de reconnaissance ?	57
4.4.1 Des conséquences sur le système de prise en charge des bénéficiaires.	57
4.4.2 Une répercussion sur la santé des bénéficiaires.	57

4.4.3	Des barrières symboliques au soin.	58
4.4.4	La valeur du ménage : L'idée reçue que le ménage est une tâche inférieure aux autres.	59
4.4.5	Le ménage comme approche douce essentielle.	59
4.4.6	D'autres barrières symboliques : Le statut de l'aide à domicile.	60
4.4.7	D'autres barrières symboliques : Le lexique d'intervention.	60
<b>Partie V. Évolution de la problématique : Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant ?</b>		<b>62</b>
5.1	Faire évoluer l'aide à domicile vers une approche psychosociale du soin.	63
5.2	Si on devait imaginer l'accompagnement autrement : Faisons évoluer le SAAD vers un SRAD !	64
5.3	Construire un nouvel imaginaire autour du service d'aide à domicile. Parler d'autre chose que de dépendance et insuffler une nouvelle dynamique.	65
5.3.1	Un autre rapport à l'autre : De nouveaux mots pour un nouveau sens.	65
5.3.2	Un autre rapport à l'autre : De nouveaux soutiens (prestations)	66
5.4	Une tenue « d'agent de bienveillance »	68
5.4.1	La psychologie du vêtement (forme et symbole).	68
5.4.2	Des études qui le démontrent.	68
5.4.3	Un vêtement avec des objectifs concrets.	69
5.4.4	Comment construire une nouvelle symbolique ?	70
5.4.5	S'inscrire dans le bon répertoire de signes.	72
5.4.6	Conception de la tenue.	72
5.5	La mise en place d'une thérapie par le toucher.	78
5.5.1	Les bienfaits du câlin (toucher interpersonnel).	78
5.5.2	S'apaiser et se rappeler avec le sac d'Augustine.	80
5.5.3	Les vertues du toucher simulé.	81
5.6	Le calendrier des envies : un outil pour développer le dialogue avec le bénéficiaire et son envie d'autonomie.	82
5.6.1	Comment se déroule l'évaluation des besoins aujourd'hui ?	82

5.6.2 Les problématiques liées à cette évaluation des besoins et la priorisation des besoins « pratiques » sur les besoins psychologiques.	84
5.6.3 Accéder aux besoins non exprimés de la personne.	86
5.6.4 Veille des outils existants.	87
5.6.5 Développer le dialogue et l'envie d'autonomie.	88
5.6.6 Conception de l'outil « calendrier des envies ».	90
5.6.7 Développer l'empathie comme compétence professionnelle pour accompagner et soutenir les bénéficiaires.	94
5.6.8 Scénario d'usage de l'outil calendrier des envies.	95
5.7 Réunion de présentation / échanges avec les professionnels de l'aide à domicile.	96
5.8 La nécessité de faire évoluer le cadre de l'accompagnement à domicile (Récapitulatif des solutions proposées).	97
<b>Partie VI. Réflexions sur le design des politiques publiques (freins et leviers de transformation)</b>	<b>100</b>
6.1 La place du designer dans les collectivités (regard critique et bilan d'expérience).	101
6.2 L'intérêt des imaginaires dans le processus d'élaboration et d'innovation dans les politiques publiques : Pour activer des possibles.	104
Conclusion	108
Bibliographie	110
Table des figures	118
Table des annexes	119

## Introduction

Le travail présenté dans ce mémoire a été réalisé durant un stage de 6 mois effectué au sein du service des aînés de la municipalité des Ulis, situé dans le département de l'Essonne, et dans le cadre de ma deuxième année de Master, mention Design Innovation Société de l'Université de Nîmes. Le point de départ de ce stage s'agissait de traiter la question de l'inclusion des aînés dans la société, et comment par le design pourrait-on concevoir des alternatives pour se projeter dans un mode de vie plus inclusif. Puis plongé dans cet univers de l'accompagnement du vieillissement à écouter les agents, mais aussi les professionnels de l'aide à domicile, j'ai compris qu'il y avait un nœud important situé au niveau de l'accompagnement à la perte d'autonomie. Je me suis donc intéressé par la suite à des problématiques comme la compréhension et l'amélioration de la réponse aux besoins de la personne en perte d'autonomie, mais aussi la reconnaissance sociale du métier d'aide à domicile. Ce travail s'inscrit donc dans une démarche globale, qui part de l'inclusion, puis passe par la prévention jusqu'à proposer une autre approche à l'accompagnement de la perte d'autonomie.

## Plan du mémoire

Nous débuterons la lecture de cette recherche par un état des lieux à la fois anthropologique et politique de la personne âgée (son statut, son rôle et l'évolution des mesures sociales concernant les aînés...); Cela afin de comprendre la situation sociale de la personne définie par la société comme « âgée », l'âge étant une notion relative à l'époque, à la culture et aux points de vue.

Ensuite, nous nous interrogerons sur les politiques sanitaires menées à ce jour en faveur des personnes âgées, notamment celle de l'approche individualisée et médicalisée du traitement du vieillissement ; alors que la question de la vieillesse concerne également celle de l'inclusion sociale, du bien-être et de la prévention par exemple. Ainsi, nous nous poserons la question : comment créer les conditions de l'inclusion sociale et du bien-être des aînés ? En repensant la mission et l'offre de services œuvrant pour la qualité de vie des aînés, afin d'évoluer vers une approche du soin plus globale et plus sociale organisé autour de 3 objectifs : La prévention : « Je sors » ou comment rompre l'isolement. L'inclusion : « Je suis utile » ou permettre l'inclusion des personnes âgées. La solidarité : « Je n'ai pas à m'inquiéter » ou développer des dispositifs de solidarité. Un premier travail axé sur la prévention sera présenté ainsi que quelques pistes sur l'inclusion.

Nous verrons ensuite que la perte d'autonomie est un enjeu sanitaire et social important, mais aussi un enjeu éthique pour lequel il faut mettre en œuvre de nouveaux moyens de prévention et d'accompagnement. Nous verrons également que la perte d'autonomie n'est pas qu'une défaillance physique qui se compense, c'est en réalité un équilibre physique et psychique qui se fragilise à la suite de différents bouleversements et qui peut s'aggraver très rapidement si rien n'est fait dans ce sens. En effet, la perte d'autonomie ne peut être réduite à la prise en charge des besoins primaires comme être nourrie, hébergée et soignée, sans répondre à des besoins supérieurs souvent oubliés dans le processus d'accompagnement comme se divertir, s'accomplir ou se réaliser.

S'en suivra la majeure partie de ce travail de recherche et de design s'articulant autour du développement des dispositifs de solidarité pour les aînés, mais aussi du traitement de la question du manque de reconnaissance des métiers du lien. Nous adresserons des problématiques comme : comment pourrait-on faire renaître une envie d'autonomie chez la personne ? La sémantique joue-t-elle un rôle dans la création d'un nouvel imaginaire du soin et du rapport à l'autre ? De nouvelles prestations à domicile, de nouveaux outils sensoriels et de dialogue, mais aussi de nouveaux gestes, peuvent-ils permettre de mieux vivre sa situation en permettant par exemple d'accéder aux besoins non exprimés de la personne et lui permettre de se gagner en estime de soi ?

La question de la valorisation des métiers du lien est elle aussi fondamentale et on verra qu'elle conditionne quelque part le rapport au « soin » (non pas au sens médical strict du terme, mais au sens de « prendre soin »). Il s'agit d'un enjeu sanitaire d'avenir si on veut pallier au nombre croissant de personnes en perte d'autonomie dû au vieillissement de la population, mais aussi d'un enjeu éthique quant au sens qu'on veut donner au lien social dans notre société.

## Contexte de la mission

Tout a commencé un lundi 1er février à 10 h, je suis convié à l'espace 128, un bâtiment sur 2 étages un peu perdu au milieu des tours aux Ulis, une ville de 25 000 habitants en Essonne. Je trouve mon chemin jusqu'à la porte d'entrée après m'être frayé un passage dans cet échafaudage de constructions. On dirait que la ville est sur 2 étages. J'ai quelques appréhensions, car ayant passé une partie de mon enfance non loin d'ici, cette ville sortie de terre il y a seulement 40 ans n'était pas forcément réputée pour son bien-vivre dans les années 1990. Conçue à l'origine comme une ville-dortoir, elle est néanmoins en pleine transformation. L'espace urbain se verdit et se dynamise avec la mise en place de politiques sociales pertinentes. La ville des Ulis compte 800 agents pour 34 élus et vient juste de bénéficier d'un nouveau souffle avec les élections municipales de 2021.

En feuilletant et en regardant les différents flyers et affiches disposées à l'accueil de l'espace 128, je découvre au fur et à mesure tout ce qui est mis en place par la ville et notamment le service des aînés. Je constate déjà qu'un effort important de prise en charge et d'accompagnement est mis en place, que ce soit par le service ou ses partenaires.

Pourquoi travailler avec le service des aînés ? Je sortais d'une expérience avec la Croix-Rouge et le Pôle gérontologique Nîmois sur un projet concernant l'inclusion des aînés par la musique et j'avais à cœur de poursuivre le travail avec ces usagers. Par ailleurs, lors de mes entretiens, j'ai perçu une volonté de continuer à développer les actions sociales pour les aînés, qui faisait écho avec ma motivation à mener une recherche de fond afin d'innover dans le champ des pratiques sociales autour de la personne âgée.



## Objectifs de la mission

Ce travail au sein du service des aînés aura d'abord constitué un champ assez vaste de thématiques ayant émergé de mes premiers entretiens pour le stage, mais aussi mes propres recherches effectuées en préambule. Voici les divers objectifs, qui ont été au départ ma réflexion :

- Prévenir et agir contre l'isolement des personnes âgées et permettre aux personnes âgées et à leur entourage d'anticiper une situation de dépendance.
- Repenser la structure et l'offre de service d'accompagnement des personnes âgées en s'appuyant sur des structures et des ressources existantes sur le territoire.
- Changer le regard sur les personnes âgées en valorisant leurs capacités et leur rôle social et les impliquer davantage dans la vie sociale locale et citoyenne.
- Développer l'intergénérationnalité.
- Optimiser l'accès aux droits et aux services en améliorant la médiation et l'exposition des dispositifs existants.

Mais aussi des sous-axes comme :

- L'implication de l'entourage des aînés pour « anticiper sa dépendance ».
- L'implication des agents : comment donner les moyens d'agir et de mener des actions de terrain.
- Revoir le fonctionnement du SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) et son appropriation par les usagers.
- Revoir l'animation et l'appropriation de « l'espace des aînés ».
- Penser au bien-être des aînés, comprendre leurs besoins.
- La visibilité et l'accès aux droits et services : valoriser l'existant.
- Permettre de garder le lien avec les aînés en contexte de crise sanitaire (initiation à l'outil numérique...).

## La méthode de recherche employée

Nous pratiquerons la méthode de recherche par le design, c'est-à-dire à l'idée qu'on puisse lier la pratique à la réflexion, l'observation et l'expérimentation au prototypage de solutions. Pour cela, il est nécessaire d'aborder le terrain et le sujet dans toute sa complexité afin de comprendre quels sont les leviers d'action potentiels, mais aussi pour permettre de retrouver la trace et les raisons de certains dysfonctionnements. Cette approche systémique doit conduire le projet à des propositions pertinentes.

Tout au long de la recherche, nous verrons un travail de représentation des enjeux, des potentialités, des manques voir des blocages ; en cherchant à connaître la diversité des acteurs de l'écosystème des personnes âgées et leurs relations, en puisant dans les connaissances existantes en sciences humaines et sociales, mais aussi en créant de nouvelles connaissances sociales à partir d'entretiens, d'observations et de questionnements.

Pour être plus précis, cette méthode s'est déclinée en plusieurs phases. Au départ, le travail a été planifié suivant le principe du double diamant défini par le UK Design Council en 2005 (UK Design Council, 2005), premièrement afin de pouvoir rassurer la direction du service grâce à une méthode éprouvée, qui pose de manière intelligible et logique la progression du projet en justifiant certaines phases essentielles d'un point de vue de designer comme le fait de réaliser des enquêtes approfondies avec différents usagers. Cette méthode était aussi une manière d'établir rapidement un calendrier de projet avec des objectifs et des dates butoirs pour certaines phases. Les étapes de ce travail auront donc été planifiées de cette manière :

1. Réalisation d'une étude du contexte (historique, anthropologique, politique) sur les personnes âgées afin de comprendre où nous en sommes aujourd'hui, quelles problématiques ont été traitées, quelles sont celles qui émergent. Cela nous permettra de relever de premiers indices concernant certains dysfonctionnements, et donc des pistes de réflexion.

2. Réalisation d'une veille de l'existant en termes de pratiques sociales pour les personnes âgées dans d'autres villes. Faisant déjà émerger deux choses : la difficulté des politiques sociales à innover et le sentiment que les solutions mises en place sont limitées dans leur capacité à entrevoir et à initier un changement de fond des pratiques et des modes de vies. En effet, si on observe et compare les actions mises en place dans différentes collectivités, on retrouve une approche semblable entre elles de mise à disposition de services à la personne, qui certes répondent à des besoins, mais semblent atteindre rapidement un plafond de verre dans la portée de leur action. Les solutions semblent davantage conçues pour combler un manque, que de comprendre d'où vient ce manque et d'anticiper les manques de demain. Le service des aînés de la municipalité des Ulis propose déjà le maximum de services existants pour les aînés si on le compare à d'autres collectivités qui sont déjà reconnues ou labellisées « Ville amie des aînés ». Ainsi, on s'aperçoit que ce n'est pas forcément d'un nouveau service dont les aînés des Ulis auraient besoin.

3. Conception d'enquêtes et d'entretiens afin de recueillir des données sensibles et qualitatives auprès des usagers et des agents comme : les histoires de vie, les verbatims, les références, les idées... qui vont nous permettre - en les comparant et en les analysant - de comprendre et soulever des questionnements de fond sur les sujets étudiés. En effet, les entretiens sont une source extrêmement riche d'informations, mais cette démarche plus qualitative, il aura fallu la justifier auprès de la direction du service comme une étape fondamentale de prendre le temps d'observer et d'écouter « l'usager » afin de comprendre en profondeur les enjeux et d'identifier les leviers d'action possible.

4. Ce travail de légitimation s'est poursuivi ensuite le choix de mener au départ une démarche se rapprochant du design de services - une pratique plus familière aux yeux de la collectivité - afin de démontrer assez rapidement que nous pouvions proposer des améliorations concrètes pour le service. De premières pistes de projets ont pu émerger et être proposées rapidement à la direction, avec des réponses somme toute assez attendues, réalistes et ancrées dans une amélioration de l'existant, tout en prenant le « risque » de présenter certaines intuitions permettant de jauger les attentes, mais aussi le type de freins que nous allions pouvoir rencontrer par la suite.

5. La suite de la démarche consistait à approfondir les recherches et les entretiens initiés. Dans notre cas, la question de l'accès au terrain a été déterminante quant à l'orientation qu'ont pu prendre les projets. Par exemple, nous avons pu arriver très rapidement à recueillir des données

qualitatives au niveau de l'aide à domicile, alors que sur d'autres thématiques le travail d'enquête fut beaucoup plus laborieux. L'accès au terrain est un facteur déterminant qui aura permis d'opérer des choix dans les pistes de projets à explorer.

6. La dernière étape envisagée de cette méthode était le fait de prototyper des pistes de solutions pour obtenir un retour d'expérience, puis de penser la bonne intégration du dispositif créé afin de travailler sur l'appropriation du projet et son développement futur.

La progression dans ce travail n'aura jamais été linéaire. Les objectifs de la mission ont formé un point de départ, puis s'en sont suivis des phases de recherche, d'enquête et de fluctuation de pistes. Se mêlent à cela des difficultés, des incertitudes, des blocages, des choix mais aussi des découvertes inattendues qui ne font pas forcément sens au début. En effet, il est difficile de visualiser quelles seront les finalités ou les directions que vont prendre la recherche, car elle se construit aussi sous nos pas. Tout au long de ce travail, j'aurais eu la sensation d'une rigueur intuitive, avec une recherche qui tantôt doit se justifier et se démontrer, tantôt qui doit explorer et oser formuler certaines idées et vice-versa. Par ailleurs, je me suis rendu compte que très peu de mon temps était rendu disponible à la réflexion créative. La quasi-totalité de mon temps de travail étant occupée par de la lecture, par un travail d'enquête, d'analyse et de synthèse et finalement par un travail de restitution et de justification nécessaire pour structurer, articuler, formuler, planifier et porter la recherche et les projets.

Pourtant, j'ai remarqué qu'en avançant dans les projets, ils finissaient toujours par rejoindre une intuition formulée au départ et souvent mise de côté. Comme par exemple le fait de travailler autour de la valorisation de l'aide à domicile et du manque de reconnaissance du métier. Ce fut une possibilité qui a vite été écartée au départ et en partie car n'y voyant pas encore de lien suffisamment fort avec les aînés, le sujet prétendument principal de la mission. Pourtant, cette intuition s'est révélée comme l'axe fort du travail qui a suivi. Je pense que nos intuitions ne sont pas moins intelligentes ou moins pertinentes, elles sont simplement des pensées qui ne sont pas encore formulées, qui comportent bel et bien une somme d'expériences, de connaissances et de recherches précédemment assimilées. Je pense d'ailleurs que cela fait partie de ce que les méthodes de design peuvent apporter au domaine des politiques publiques : une confiance à suivre parfois des intuitions afin d'accorder une place à l'expérimentation et de ne pas limiter le travail de recherche et de questionnement trop rapidement par des considérations pratiques comme : « Ce n'est pas possible, c'est utopique », qu'il convient se poser certes plus tard au moment de la recherche de mise en œuvre de solutions. Nous aborderons ce sujet plus en détail dans la partie 5.8 de ce mémoire.

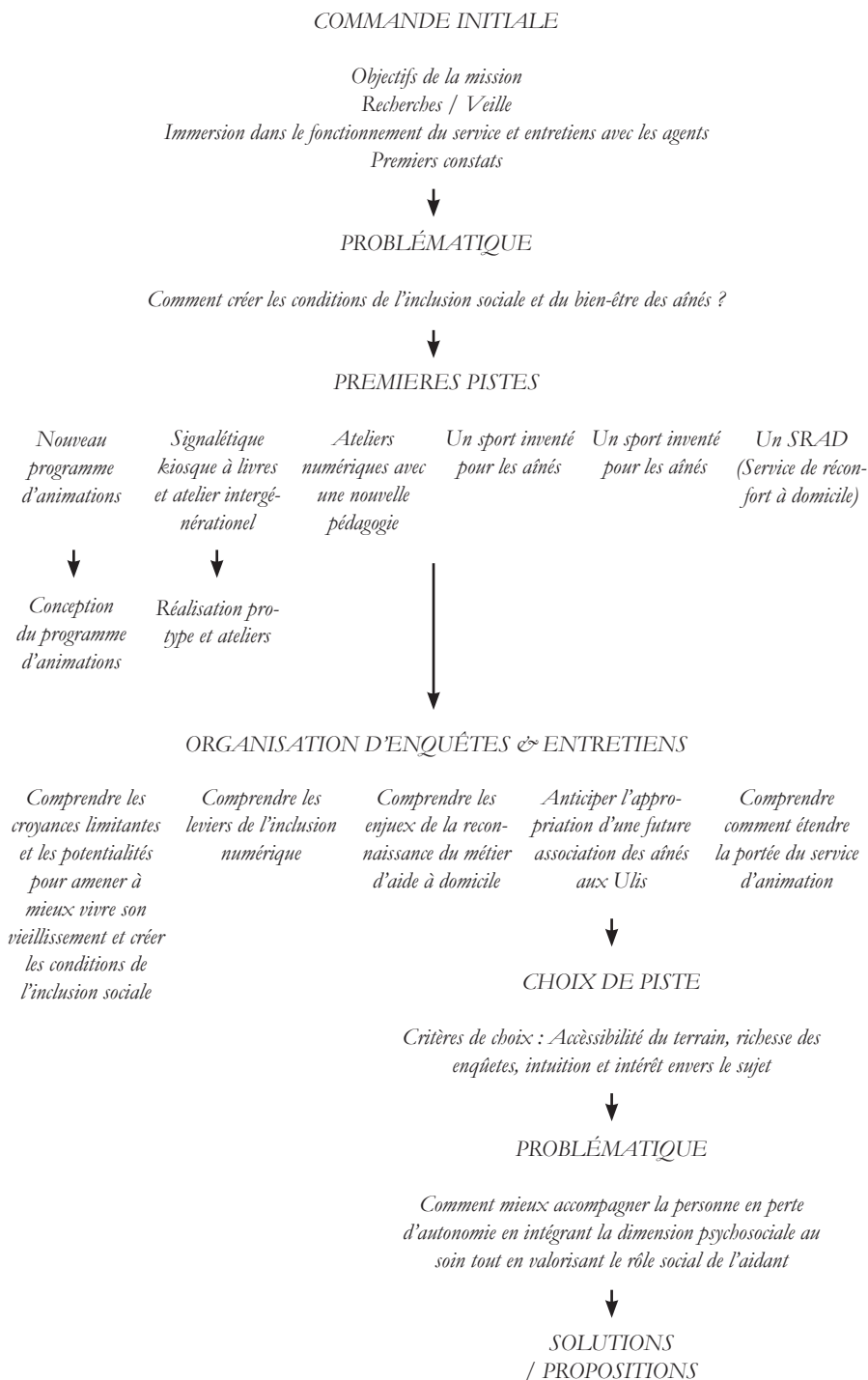


Fig 1 : Déroulement d'une expérience de la recherche-projet (Keefe, 2021).



# **PARTIE I**

**Le contexte des personnes  
âgées en France et dans  
le monde**

## **1.1 Le contexte anthropologique et historique : Une diminution de la valeur et du statut de la personne âgée dans le temps.**

On entendra par « personne âgée », la part des individus ayant vécu le plus longtemps dans la société. L'âge étant une donnée définie chronologiquement pour des raisons conventionnelles et administratives comme par exemple : l'âge de la retraite ou l'âge pour accéder à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), mais il ne correspond pas forcément à l'entrée dans la vieillesse, qui se manifeste de manière différente d'un individu à l'autre. L'âge est une donnée biologique, mais aussi socialement définie. À la question « À quel âge est-on vieux ? » des jeunes n'auront pas la même réponse que des individus plus âgés. La réponse variera également en fonction du mot utilisé pour désigner la vieillesse (aîné, senior, ancien, personne âgée, vieux...), ou encore de la catégorie sociale et de l'espérance de vie de l'époque dans laquelle la question est posée (Ennuyer, 2011).

### **1.1.1 Une évolution des modes de transmission de la connaissance.**

Dans les sociétés agraires pré-littéraires, l'information était principalement transmise oralement. Les personnes âgées étaient le moyen de transmettre les connaissances accumulées par des générations successives d'individus et cristallisées avec l'expérience et le temps. Cette sagesse et cette expérience prenaient la forme de légendes, de mythes, de proverbes, de chants et était un socle aux valeurs, aux normes et aux croyances pratiquées par les individus; struc-



turant toute la cohésion du groupe (VijayaKumari, 2018). Les personnes âgées détenaient donc un savoir essentiel à la survie de la tribu et étaient souvent considérées comme très importantes (Madden et al., 2005).

### **1.1.2 L'éclatement des structures familiales et économiques**

Alors que le niveau de vie et d'indépendance des individus augmente, les personnes âgées ne sont plus considérées comme essentielles à la survie de leur famille et de leur communauté. En France par exemple, nous sommes passés d'une économie domestique patriarcale fondée sur l'accumulation et la transmission d'un patrimoine, à une économie de la consommation, du crédit et de l'usage (Baudrillard, 1968).

En Chine par exemple, de l'antiquité jusqu'au début du 20<sup>e</sup> siècle, le système confucéen reposait sur une logique autarcique : les parents s'occupaient des grands-parents et les grands-parents s'occupaient des petits-enfants. Lorsque la société s'urbanise et s'industrialise, ce cadre traditionnel n'est plus adapté (Charpentier, 2010).

L'ère industrielle a fait évoluer les structures familiales - anciennement des unités regroupant plusieurs générations vivant sous le même toit - à des familles composées uniquement de parents et leurs jeunes enfants, avant que les enfants partent chacun de leur côté pour des raisons diverses comme pour fonder son propre foyer ou encore pour trouver un travail. Ce qui a eu tendance à isoler les personnes âgées perdant ainsi une partie de leurs liens sociaux. Un phénomène révélé de manière dramatique lors de la canicule de 2003 en France, qui aura emporté plus de 15 000 personnes en l'espace de 3 semaines, principalement des personnes âgées (87 % des victimes avaient plus de 70 ans). Cette hécatombe serait due à un isolement des personnes âgées, lui-même causé par l'évolution de la société et des structures familiales où les aînés vivent davantage seuls qu'auparavant. Une situation qui constitue donc un problème sanitaire et social majeur (Pitaud, 2010).

900 000 personnes de plus de 60 ans en France métropolitaine seraient isolées socialement, c'est-à-dire sont recensées comme ne rencontrant jamais physiquement des membres de leur famille, des amis, des voisins, des associations ou alors de manière très épisodique (quelques fois seulement dans l'année au maximum). 300 000 personnes seraient en situation de « Mort sociale » avec des relations très amoindries et n'auraient aucun confident pour parler de choses intimes, personne à qui confier leurs clés, personne avec qui déjeuner ou dîner, des sorties peu fréquentes, un sentiment de malheur et souffriraient d'une perte d'autonomie dans la vie quotidienne (Petits frères des pauvres, 2020).

### 1.1.3 La vieillesse, une construction sociale ?

Avec la retraite, c'est comme si c'était le système du travail qui définissait le début de la vieillesse et non la capacité à travailler ou l'âge biologique. La retraite marque une rupture, où l'on ne perd pas seulement son rôle de travailleur, mais c'est aussi le statut et la fonction sociale qui sont bouleversés. Il semblerait que la société dans une recherche de productivité ait découpé le cycle de vie de l'être humain en fonction de sa capacité à travailler. Ce troisième âge étant pour le travailleur, un imaginaire du repos mérité après une vie de labeur.

La société Cuiva, une population amérindienne de Colombie, n'opère pas de distinction de passage à une autre catégorie sociale distinguable des autres en vieillissant. Une fois sortis de l'enfance, les Cuiva demeurent des adultes toute leur vie et ne sont jamais considérés comme trop vieux pour quelque chose. Il n'y a pas d'espace particulier pour les vieillards ni d'activités sociales dont ils sont exclus (Arcand, 1982).

### 1.1.4 Obsolescence professionnelle et âgisme dans nos sociétés

Un sentiment de déroute et d'inutilité de la personne âgée peut être provoqué par le rythme d'évolution toujours plus rapide des savoirs et des techniques en vue de satisfaire la capacité de l'industrie à produire. Cette cadence, imposée à l'innovation produit des changements si rapides qu'ils rendent désuets les techniques et les savoirs qui, hier, étaient encore les plus efficaces. L'obsolescence professionnelle, c'est le travailleur qui devient progressivement désuet et inutile de par son savoir-faire caduc avant même qu'il soit considéré comme inapte à travailler.

L'accélération des mutations, mais aussi celle des écarts générationnels toujours plus grands de par le vieillissement de la population, conduisent aussi à exclure les personnes âgées d'espaces et de lieux qu'ils ont jadis fréquentés, mais qu'ils ne reconnaissent plus.

L'inactivité, la dépendance, l'inadaptabilité sont des termes qui peuvent être associés à la vieillesse et reflètent une forme de construction sociale de l'idée de vieillesse qui dans une perspective utilitariste, réduit la personne âgée à sa capacité à produire. Symboliquement, la personne âgée perd le rôle contributif du travailleur et peut être vue comme un citoyen de seconde zone, destinataire de politiques sociales.

Cependant, on peut être actif socialement sans avoir un emploi rémunéré. L'apport bénévole des aînés répond à des besoins sociaux comme la garde d'enfants, un geste qui soutient l'économie en soutenant indirectement la production et

les parents qui travaillent. Les aînés sont également un apport indispensable au maintien et à l'amélioration des services offerts par de multiples organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que des piliers pour le tissu associatif local. Des chiffres le démontrent, par exemple en 2017, 41% des président.e.s d'association ont 65 ans et plus (INJEP Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire, 2019). Par ailleurs, 3 bénévoles sur 10 auraient plus de 65 ans (France Bénévolat, 2014).

L'âgisme ou l'âge comme facteur de discrimination :

On entend souvent dire qu'un sportif n'a plus sa place dans le sport de haut niveau vers 35 ans. Dans le sport, l'âge n'est pas vu comme une bonification, mais comme une dégradation de la capacité de performance du corps avec le temps. L'industrie cosmétique vit en partie sur le désir de conserver sa jeunesse et de limiter les signes du vieillissement. La jeunesse est souvent présentée comme un objet de désir dans les contes et les légendes occidentales, et continue de l'être dans la fiction et dans la production culturelle contemporaine, particulièrement au sujet des femmes. Par exemple, une actrice se verra proposer de moins en moins de rôles au fur et à mesure qu'elle paraîtra plus âgée comme le relate l'article « Les femmes de plus de 50 ans, ces grandes invisibles du cinéma français » publié en 2019 dans *Télérama*. On ne sait plus forcément à quoi ressemblent les femmes entre 25 et 50 ans, car dans les séries, on verra une actrice de 28 ans jouer le rôle d'une mère de deux ados, et les deux ados joués par des acteurs de 19 ans ce qui contribue à biaiser totalement notre perception des âges. Et alors que nous nous refusons de plus en plus aux stéréotypes sur la couleur de peau, le genre, il semblerait que nous pratiquions encore ceux sur l'âge.

L'âgisme aurait d'ailleurs un impact réel sur la performance de la mémoire (Levy, 1996) et la perception positive de son âge pourrait même au contraire allonger l'espérance de vie (Levy et al., 2002). Par ailleurs, des recherches suggèrent que les personnes à qui on ne permet plus de jouer un rôle dans la vie économique ou sociale de leur communauté, dépérissent rapidement physiquement (Leaf, 1973).

## 1.2 L'évolution des politiques publiques pour les personnes âgées

### 1.2.1 Des premières solidarités de l'état / Droits de pension

Avant le régime de sécurité sociale, la survie d'une personne âgée reposait souvent sur trois éléments : son aptitude à avoir épargné lorsqu'elle était plus jeune (ou sa chance d'avoir hérité de biens ou de fonds), le soutien de ses enfants (solidarité familiale) et la charité privée principalement par des organismes religieux.

La situation des personnes âgées se serait détériorée progressivement avec la modernisation (Coe, 1973). Les premières constatations de cette détérioration remonteraient à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et vont s'accroître jusqu'à 1940 où la part des personnes âgées économiquement dépendantes atteindra plus de la moitié de la population âgée aux USA par exemple (Clark, 1973).

Un premier régime de retraite voit le jour en 1673 sous Louis XIV, il est réservé aux marins de l'armée royale, blessés ou invalides au combat. Il dispose d'un système de caisse financé par des prélèvements sur les revenus. Le premier régime général d'assurance sociale est mis en place par le chancelier Bismarck en 1889, et se charge de couvrir les accidents du travail des salariés de l'industrie, mais il permet aussi le versement d'une pension pour les premiers retraités. En 1942, le rapport Beveridge permet de fonder au Royaume-Uni, le principe d'Etat-Providence qui fournit un ensemble de prestations sociales financées par l'impôt, qui ont pour principe d'être redistribuées de manière égalitaire à l'ensemble des membres de la société. Puis est fondée en 1945 sur ces modèles, la sécurité sociale Française ; un régime général ayant vocation à rassembler l'ensemble des travailleurs actifs (salariés des secteurs privés et public, exploitants agricoles, travailleurs indépendants...) pour leur donner une couverture sociale et l'accès à un ensemble de besoins considérés alors comme essentiels comme l'éducation, l'accès à l'eau, la nourriture ou encore l'hygiène.

C'est dans un contexte de reconstruction d'après-guerre, qu'apparaît la gérontologie sociale, comme nouvelle branche des sciences sociales ayant pour but d'étudier et fournir des solutions afin de développer une politique pour la vieillesse. La pauvreté et la détresse toucheront d'ailleurs particulièrement les femmes veuves dont l'univers économique et social était conditionné par celui du mari. Des femmes qui n'avaient souvent jamais reçu de salaire qui leur aurait permis d'obtenir une épargne ou une pension (Harel, 1980).

### **1.2.2 L'utopie politique d'une intégration sociale**

En 1962, est publié le rapport Laroque, qui alerte l'opinion sur le mal-logement des personnes âgées, sur leur isolement, mais aussi sur la situation de grande pauvreté dans laquelle se trouvent nombre de retraités. Le rapport présente le projet d'une politique globale de prise en charge de la personne âgée. Il prédit que c'est en agissant sur l'environnement et sur le mode de vie des personnes âgées, qu'on peut les aider à prolonger, le plus longtemps possible, une vie autonome et socialement insérée. Cette promotion d'un mode de vie socialement intégré permettrait ainsi de lutter contre la marginalisation à domicile et d'éviter la relégation en institution des personnes. Le rapport propose notamment la mise en place d'une politique globale de prise en charge, par le développement de services et d'équipements favorables au maintien à domicile. Il veut limiter l'apparition des incapacités liées à l'âge et soutenir les liens sociaux afin de favoriser un vieillissement intégré, en santé et porteur de sens au sein de la société et pour l'individu (Campéon, 2018).

### **1.2.3 L'optimisation de la santé et des risques individuels**

Dans les années 80, sous la pression de la crise économique mondiale suite au deuxième choc pétrolier, le principe d'universalité cède la place à une logique de ciblage. L'action des pouvoirs publics ne portera plus sur l'ensemble de la population âgée, mais sur sa frange la plus vulnérable et en demande d'aide. Le rapport Arreckx (1979) préconise de compenser les incapacités des personnes âgées et met de côté l'idée d'une intégration sociale. Le terme de « vieillesse dépendante » apparaît pour désigner le statut des personnes âgées en perte d'autonomie. En se focalisant sur la prise en charge de la dépendance, l'action publique se concentre sur des mesures essentiellement curatives.

Près de 30 ans plus tard, le plan national « Bien vieillir » (2007-2009), introduira en France l'idée d'un vieillissement « actif », « réussi » ou en santé qui se prévoit avant l'apparition des conditions de dépendance. Le plan veut identifier les facteurs de risques et veut mettre en œuvre des actions préventives au niveau social, mais aussi au niveau sanitaire comme : la promotion d'une alimentation équilibrée, la promotion du soutien du lien et de la participation sociale dans le cadre d'un logement adapté et d'un environnement sociétal inclusif ou encore la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'exercice physique (Campéon, 2018).

## **1.3 Constats aujourd'hui sur la politique sanitaire autour des personnes âgées**

### **1.3.1 L'urgence d'anticiper une explosion des demandes de soins**

La prévention de la dépendance devient un enjeu économique croissant dans la mesure où il faut contenir son coût pour pérenniser le système de protection et de solidarité sociale en santé. Prenons l'exemple du système des retraites, qui repose en théorie sur l'équilibre entre le nombre de cotisants et le nombre de bénéficiaires. Un système de caisse financé par les prélèvements sur la rémunération des travailleurs permettant ensuite d'assurer une redistribution de l'argent sous forme de pensions de retraite destinée à ceux qui ont précédemment travaillé et donc cotisé.

On sait que l'âge d'entrée dans la vie active et avec un emploi stable est de plus en plus tardif : 18 ans dans les années 1970 contre 21 ans dans les années 2000 (DARES, 2004). Ce constat cumulé à celui de l'allongement de l'espérance de vie et de l'explosion démographique des personnes considérées comme âgées - en 2040, environ un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus (INSEE, 2018, :27) - questionne la possibilité de maintenir ou d'adapter le système de régime des retraites. Un sujet qui est sans cesse débattu dans l'arène politique.

Quant à la dépendance, la France y consacre 22 milliards d'euros par an (en 2010). Cela reste peu par rapport aux 261 milliards du budget des retraites et aux 598 milliards de l'ensemble du budget de la protection sociale. Le budget de la dépendance représente donc 3,68 % sur l'ensemble de la protection sociale (Charpentier, 2010). Le système de prise en charge de la dépendance repose en partie sur le même schéma que celui des retraites. Un schéma qui suivra les mêmes questionnements et qui nécessitera certainement une adaptation de la société à ce vieillissement.

### **1.3.2 Une approche par le risque et la médicalisation du vieillissement**

En France, nous sommes donc passés d'une problématique d'intégration sociale et économique des personnes âgées vers un questionnement davantage médicalisé du vieillissement avec les notions d'autonomie, de dépendance et de fragilité (Balard, 2018).

La médicalisation de la vieillesse et la pathologisation de la condition de la personne âgée, aurait été portée par l'émergence de la gériatrie dans les unités de soin à l'hôpital. En effet, la clinique gériatrique qualifiera de « maladies » de plus en plus de phénomènes auparavant considérés comme des manifestations normales du vieillissement, estimant ainsi que certains symptômes du vieillissement requièrent désormais une expertise et un savoir-faire médical (Faya-Robles, 2018), afin d'être « traitées » par une raison technicienne et son dispositif de classification puis de résolution des « anomalies » (Gori, 2015).

Même si désormais, on comprend davantage les causes d'apparition, mais aussi les manières d'accompagner la perte d'autonomie, l'idée persiste que la solution est détenue par la science - ce qui empêche en partie de penser l'inclusion sociale des personnes âgées, voire de penser à une évolution de nos modes de vie. Un peu comme lorsqu'on pense que la technologie va trouver une réponse à un problème engendré par une autre technologie qui l'a précédée.

La médecine institutionnalisée aurait même contribué à nous aider à supporter des modes de vie destructeurs et ravageurs au bénéfice du système industriel, nous détournant des causes de nos maladies qui seraient plus profondes : sociales, économiques et culturelles (Bosquet, 1974).

*Comme le rejet de ce qui n'est pas traitable (la mort). Comme poussés hors d'une société, qui nettoie ses rues et ses maisons de tout ce qui parasite la raison du travail - les déchets, la délinquance, l'infirmité, la vieillesse - le malade doit suivre sa maladie là où on la traite, dans les entreprises spécialisées où elle est aussitôt muée en un objet scientifique et linguistique étranger à la vie et à la langue quotidienne. Il est mis à part dans l'une des zones techniques et secrètes (les hôpitaux, les prisons, les voiries) qui soulagent les vivants de tout ce qui freinerait la chaîne de production et de la consommation. (De Certeau, 1990).*

La « non-traitance » est le terme utilisé Le GAG (Groupe national des Animateurs en Gérontologie) pour qualifier l'accompagnement partiel des personnes en établissement de soin. En effet, alors que l'on fait désormais attention à la bien-traitance et la bonne prise en charge des besoins basiques comme être nourrie, hébergée et soignée, cela n'empêche pas la non-traitance, qui est le délaissement des besoins supérieurs souvent oubliés dans le processus d'accompagnement qui sont : se divertir, s'accomplir, se réaliser (GAG, 2014)

### **1.3.3 Problématiques particulières liées au contexte de la COVID 19**

La crise sanitaire a eu et continue d'avoir un impact important sur la vie des aînés, aggravant les facteurs de perte d'autonomie et pénalisant l'ensemble des

dispositifs de prévention et de solidarité existants. Les restrictions ont eu pour conséquence de mettre à l'isolement forcé des personnes déjà isolées ou en risque d'isolement. Aux Ulis par exemple, l'espace des aînés, ainsi la quasi-totalité des animations et des sorties proposées par le service des aînés ont dû être fermés pendant 1 an. Une partie des aînés se sont donc trouvés en situation de rupture sociale et d'activité physique. Les MPT (Maisons Pour Tous) auront malgré tout bénéficié d'une dérogation afin d'essayer de conserver du lien social au sein de la population. Les aînés ont été coupés de leurs proches (notamment en EHPAD) par peur de la contamination et cet isolement a pu avoir un impact destructeur sur le moral et le rythme de vie des personnes âgées. Les rites funéraires ont aussi été bouleversés avec l'organisation de certaines cérémonies par visioconférence.

La santé des personnes âgées en perte d'autonomie aura été mise en danger, non seulement par le risque de mort lié à la contamination du virus, mais parce que la crise sanitaire aura eu comme conséquence d'affecter plusieurs services comme le transport à la demande ainsi que le portage de courses et de médicaments aux Ulis. Le SAAD a aussi dû faire face à des demandes d'annulation de prestations d'aide au domicile parfois peut-être vitales pour des personnes en perte d'autonomie craignant la contamination. Heureusement, les professionnels de l'aide à domicile ont pu bénéficier d'un ensemble de protections sanitaires leur permettant de maintenir l'activité du service et des associations qui se sont mobilisés pour compenser le ralentissement ou les difficultés de certains services.

Par ailleurs, le phénomène de la maltraitance des personnes âgées a pris de l'ampleur avec la pandémie. En 2017, une personne âgée sur six était victime de maltraitance. Avec le confinement, le nombre de signalements indique une augmentation des violences conjugales faites particulièrement aux femmes. La maltraitance peut aussi venir des membres de la famille pour des personnes âgées dépendantes de soins quotidiens étant par conséquent, particulièrement vulnérables (Nations Unies, 2020).



# **PARTIE II**

**Bien vieillir : Un équilibre  
physique et psychique  
à maintenir**

## **2.1 Sommes-nous prêts à vieillir plus longtemps ?**

L'allongement de l'espérance de vie amène avec lui des interrogations telles que : Que voulons-nous faire de ces années supplémentaires ? Comment allons-nous préparer les jeunes à des vies plus longues comportant davantage de mutations ? Comment apporter des réponses bénéfiques à toutes les générations ? Malheureusement, il semble que l'allongement de l'espérance de vie ne soit pas forcément quelque chose dont la société se réjouit, notamment du point de vue de nos systèmes politiques. Le vieillissement semble leur poser plus de problèmes que de solutions : Comment les sociétés basées sur un modèle productif vont-elles pouvoir assumer financièrement le coût de ce vieillissement ? En réussissant indirectement à allonger l'espérance de vie, nos sociétés ont créé une nouvelle étape de la vie pour laquelle il semble que nous n'avons pas vraiment encore imaginé ni son sens, ni son but (Fried, 2014).

## **2.2 La santé, une question de bien-être et de maintien des liens sociaux**

La quantité de vie acquise durant ce dernier siècle ne suffit pas forcément à donner du sens à ces années supplémentaires. La santé, comme le définit l'OMS, est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas

seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La notion de bien-être est donc centrale en santé et celle-ci tend à se détériorer avec l'âge pour de multiples raisons. En effet, au fur et à mesure de l'âge, il peut y avoir certaines choses qu'on ne peut plus faire. Cela peut aller des activités qu'on avait l'habitude de pratiquer, jusqu'à ne plus pouvoir subvenir à certains de nos besoins nous-mêmes. On parle alors d'un phénomène de glissement de la personne âgée vers une condition de dépendance (Retraite Plus, s. d.).

Par ailleurs, le bien-être aurait un lien avec la participation sociale et le rôle social des personnes âgées. La participation sociale peut se définir comme : Le fait d'effectuer ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer...) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever des enfants, travailler...) - Avoir des interactions sociales (visites d'amis ou activités pratiquées en dehors du domicile) - Faire partie d'un réseau social stable (relations d'amitié et de voisinage) - Ou encore le fait de prendre part à une activité communautaire (bénévolat, s'impliquer dans un groupe...). La participation sociale aurait notamment des effets positifs sur la santé des personnes âgées comme : La diminution de la consommation de médicaments et des symptômes dépressifs - L'amélioration de la perception de l'état de santé et une augmentation de la sensation de bien-être. La participation sociale est aussi une source de stimulation cognitive, capable de renforcer le système immunitaire (mécanismes neuroendocriniens). Néanmoins, la participation sociale des aînés doit être considérée comme une dynamique collective conditionnée par des facteurs sociodémographiques comme : Le niveau de scolarité, l'âge, le sexe. Le milieu de vie, les moyens de déplacement, l'accessibilité à certains lieux, la compréhensibilité des informations dans ces lieux, l'accueil reçu dans le lieu de participation ou encore les représentations collectives quant à l'implication sociale des aînés (Raymond et al., 2008).

## **2.3 Le phénomène de glissement vers la perte d'autonomie**

Les causes de la dépendance sont multiples et sont intimement liées entre elles et constituent l'équilibre de la santé mentale et physique des personnes. Il s'agit d'un équilibre qui se fragilise avec le temps avec des causes qui peuvent en entraîner une autre : l'âgisme, la perte d'un proche, la dévalorisation de soi, l'abandon d'activités sociales et physiques, la sarcopénie (perte masse musculaire), les troubles dysexecutifs (perte de l'équilibre), la chute domestique (première cause d'hospitalisation des personnes âgées : 40 % des personnes âgées hospitalisées après une chute ne peuvent pas retourner à leur domicile et doivent être accueillies en établissement (Cap Retraite, s. d.)), l'hospitalisation, l'insécurité financière avec des

coûts médicaux qui augmentent ou encore l'exclusion de l'espace social et démocratique. Il est préférable alors de prévenir l'apparition des conditions de fragilité des personnes âgées en organisant leur bien-être dès la retraite qui marque en général la première grande rupture sociale. Il est également préférable de retarder voire à éviter le plus possible un placement en EHPAD ou dans un autre types de structure, ce qui provoquerait une autre rupture sociale et la dégradation irréversible de l'autonomie et du bien-être des personnes qui s'ensuit généralement.

L'âge amène aussi avec lui une propension à l'isolement (mobilité des familles, perte d'un proche/conjoint, rupture avec le monde du travail...). Cette dégradation du tissu social accélérerait la dégradation naturelle des capacités physiques voire cognitives dans certains cas. En France, la canicule de 2003 a tristement révélé le nombre de personnes âgées isolées dépendantes. Des être humains qui ont péri parce qu'ils n'avaient personne avec eux pour leur venir en aide. Et lorsqu'elles n'en meurent pas, les personnes souffrent indirectement de l'isolement par une destruction du sentiment d'existence qui affecte l'envie d'autonomie et par conséquent celle de vivre.

Des mesures gouvernementales et des dispositifs ont déjà été mis en place afin de prévenir l'apparition des conditions de dépendance chez la personne âgée. Le vieillissement en bonne santé est devenu un axe majeur des politiques de santé publique et le système social des solidarités tend à progresser. La loi n° 2019-485 du 22 mai 2019 par exemple, a œuvré pour la reconnaissance des proches des personnes âgées dépendantes en permettant de favoriser le recours au congé de proche aidant. Puis une grande consultation sur la « Place des personnes âgées dans la société » a été ouverte à tout les Français sur Internet entre le 1er octobre et le 5 décembre 2018. Elle a permis de réunir 414 000 participants et 1,7 millions de votes. Cette consultation du gouvernement révèle une volonté de s'interroger à nouveau sur la question de la place des personnes âgées dans la société, avec des enjeux tels que : Comment valoriser leurs savoirs ? Comment encourager leur participation ? Comment leur redonner un véritable rôle ? Comment lutter contre l'isolement des personnes âgées ? Comment renforcer le lien intergénérationnel, l'accès à la culture, le développement de l'activité physique et sportive ou encore la lutte contre les représentations liées à l'âge ? Ce projet de consultation a pour but d'aboutir à la Loi « Grand âge » Cette réforme à 10 milliards d'euros, promise par Emmanuel Macron en juin 2018, cependant maintes fois repoussée. Elle devrait notamment repenser l'aide aux personnes âgées et promouvoir leur maintien à domicile ou à améliorer l'accompagnement dans les Ehpad (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).

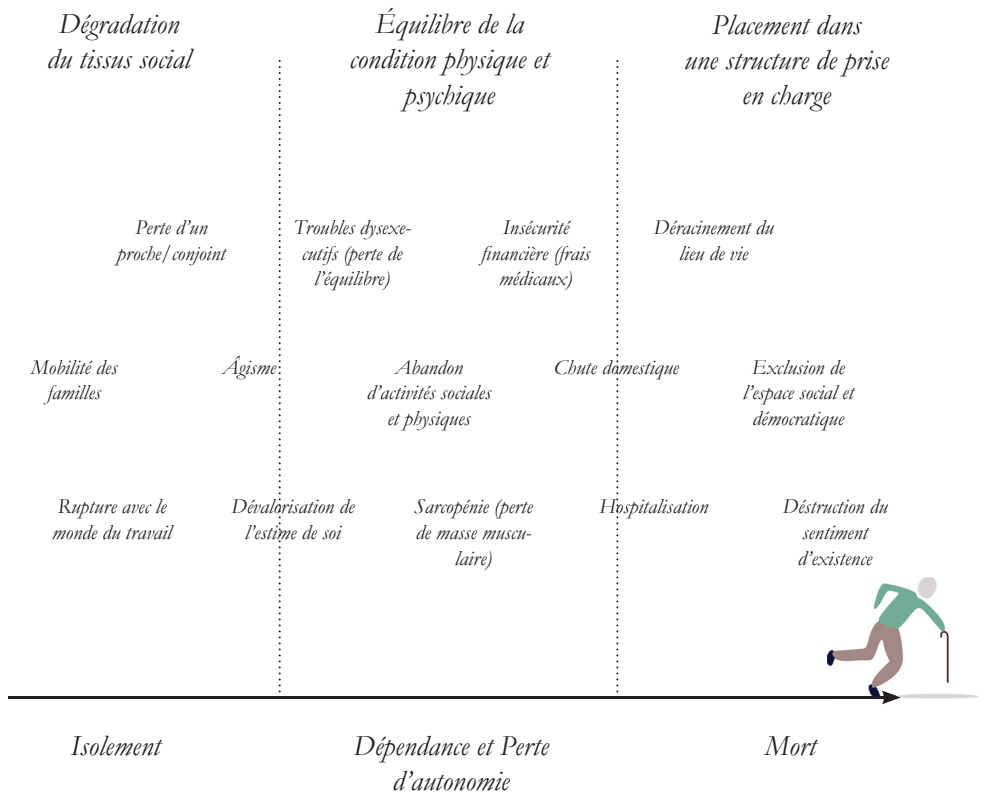


Fig 2 : Représentation du glissement vers la perte d'autonomie (Keefe, 2021).

## 2.4 Le rôle important du service des aînés pour accompagner le vieillissement : Présentation générale du service des aînés et de ses missions

En 2011, une ABS (Analyse des Besoins Sociaux) réalisée sur le territoire a révélé un vieillissement de la population. En réponse à cela, un service dédié aux aînés pour la ville des Ulis est fondé, auquel sera rattaché le SAAD des Ulis, actif depuis 1982. Le service des aînés propose un rôle d'accompagnement des seniors et de coordination des actions sociales sur la ville. C'est un service municipal rattaché à la direction de la cohésion sociale & solidarités. Il est garant de la politique municipale en faveur des personnes âgées et se décline en 4 secteurs d'activité :

- **Un service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)** pour les personnes en perte d'autonomie, de retour d'hospitalisation ou en situation de handicap.
- **Des animations**, loisirs organisés toute l'année (Loto, thé dansant, actions de prévention, séjours, sorties, repas de Noël, distribution de colis ou encore le forum des séniors)
- **Des dispositifs de solidarité** comme la téléassistance via des bracelets ou des pendentifs connectés à une centrale d'écoute capables d'alerter la famille ou les secours en cas de chute (souvent préconisés par les familles qui s'inquiètent des chutes, alors que ce n'est pas forcément l'inquiétude des aînés eux-mêmes, qui parfois le déclenchent pour simplement avoir quelqu'un à qui parler parce-qu'ils se sentent seuls). Un service de transport à la demande. Un service de portage de livres en partenariat avec la médiathèque. Une veille sanitaire effectuée notamment lors des périodes de fortes chaleurs (plan canicule). Un service de portage de courses et de médicaments sur un justificatif de la MDPH. Par ailleurs, la ville offre la possibilité de déjeuner au self à moindre frais (tarif ajusté aux revenus).
- **Un conseil des aînés** (instance participative), qui réunit des aînés ayant candidaté au sein de groupes de travail autour de thématiques comme « l'intergénérationnel » ou encore « la fracture numérique ». Par ailleurs, l'Espace des aînés permet de se retrouver et de rompre l'isolement autour d'activités journalières.

Pour plus de détails concernant le fonctionnement du service des aînés des Ulis, notamment le service animations et le SAAD, se renseigner dans l'Annexe 1, :120.

# **PARTIE III**

**Problématique initiale :  
Comment créer les  
conditions de l'inclusion  
sociale et du bien-être des  
aînés ? Vers une approche  
plus globale et sociale**

### **3.1 Mise en place d'une enquête de terrain pour comprendre des leviers d'inclusion sociale des aînés**

Nous proposons de mener une enquête qualitative dont l'objectif est de comprendre les croyances limitantes ainsi que les potentialités qui pourraient amener à mieux vivre son vieillissement et créer les conditions de l'inclusion sociale et du vivre ensemble aux Ulis. Cette enquête vise large, un peu à l'image de la multitude de sujets qui pouvaient être traités au départ comme tant de portes ouvertes à réflexion. Nous préparons cette enquête avec des entretiens auxquels étaient invités des ulissiens, mais aussi des non ulissiens à échanger autour de questions portant sur l'inclusion sociale des aînés dans la société, sur la reconnaissance du métier d'aide à domicile, mais également en cherchant à comprendre certains éléments pouvant éclairer le développement du service animation ou encore la thématique de l'inclusion numérique. Voir le plan d'entretien dans l'Annexe 2, :126.

### **3.2 Développer un nouvel écosystème de services autour de la vie des aînés : Prévention / Inclusion / solidarité**



Dans une idée d'améliorer l'offre de service œuvrant pour la qualité de vie des aînés, cela afin d'évoluer vers une approche du soin plus globale et plus sociale, nous avons modélisé ce que serait un modèle de service des aînés « idéal » (c'est-à-dire répondant au mieux aux problématiques identifiées). Un modèle organisé autour de 3 thématiques/objectifs :

- « Je sors » ou comment rompre l'isolement.
- « Je suis utile » ou permettre l'inclusion des personnes âgées.
- « Je n'ai pas à m'inquiéter » ou développer des dispositifs de solidarité.

Permettant à leur tour d'œuvrer à un 4ème objectif/thématique :

- « j'habite chez moi ! » ou comment prolonger le maintien à domicile et donc l'autonomie des personnes.

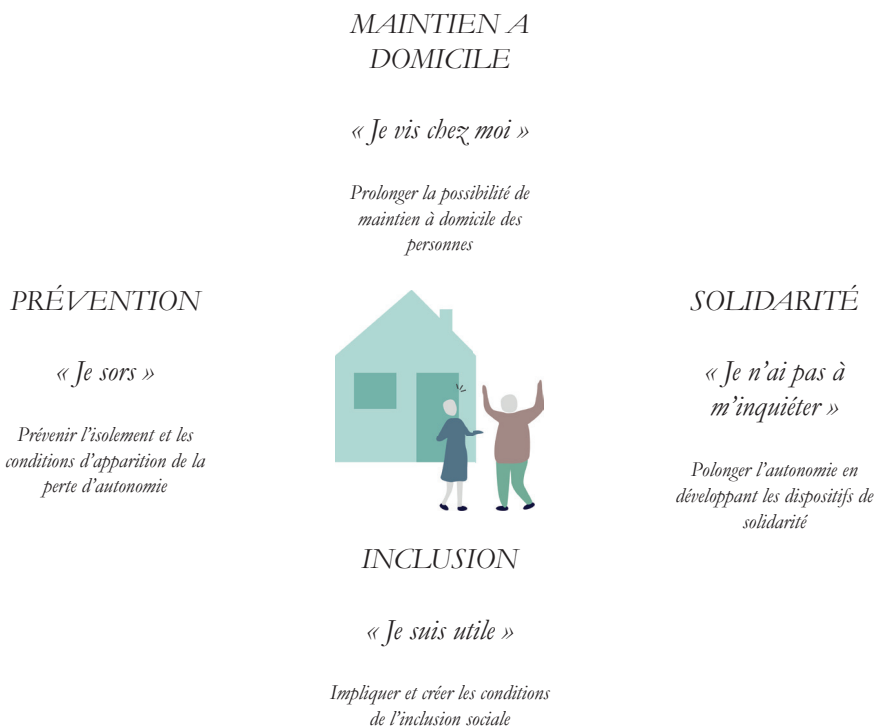


Fig 3 : Développer un nouvel écosystème de services autour des aînés (Keefe, 2021).

### 3.3 Premières pistes préliminaires de projets

De par une immersion au sein du service, les entretiens menés avec les agents, les premières recherches et les premiers entretiens d'enquête réalisés, nous avons pu commencer à imaginer et à anticiper quels types de projets seraient intéressants pour les aînés et le service. Voici une liste qui décrit les pistes préliminaires de projets voulant répondre à la problématique initiale « Comment créer les conditions de l'inclusion sociale et du bien-être des aînés ? Vers une approche plus globale et sociale » :

- **Un nouveau programme d'animations pour les aînés** : Une proposition qui émane de la volonté de la direction des solidarités, qui est celle de développer le volet animation pour les aînés sur la ville, ainsi que de continuer à toucher et à impliquer un public d'aînés plus large. Les animations ce ne sont pas seulement des loisirs, ce sont également une manière d'impliquer les aînés socialement et de les garder actifs physiquement. En effet, c'est dès l'âge de la retraite que les animations de la ville agissent pour prévenir la perte d'autonomie et l'isolement.
- **Un atelier numérique engageant** : Avec la dématérialisation de l'espace politique et social (moyens de communication, réseaux sociaux, démarches administratives, informations, accès aux droits...), cela entraîne une forme d'exclusion sociale des personnes ne disposant pas de l'outil numérique ou pour les personnes éprouvant des difficultés à l'usage des outils numériques. Nous formulons ici l'hypothèse de concevoir un futur atelier numérique parlant davantage aux personnes âgées afin qu'elles y voient un intérêt. Un atelier permettant de démystifier l'usage de l'objet informatique, qui constitue tant de blocages à l'usage du numérique. Voir l'Annexe 3, :130 pour une proposition de plan de déroulement d'un nouvel atelier numérique avec l'idée d'une pédagogie adaptée.
- **La création d'une association « aînés des Ulis »** : Une association pour permettre de lutter contre l'âgisme et pour lutter contre l'image des aînés perçus comme destinataires des politiques sociales ou encore comme des êtres vulnérables. Une idée d'association permettant aux aînés de devenir acteurs du développement économique et social local en les impliquant selon leurs capacités, leurs besoins et leurs champs d'intérêts. Une association qui permettrait alors pour les aînés de construire des projets, de connaître des réussites, de partager des connaissances ou encore d'exercer des responsabilités.

• **Le manque de reconnaissance du métier d'aide à domicile** : Une proposition de projet axée sur comment palier à l'explosion démographique de la population la plus âgée et donc de la demande d'accompagnement à la perte d'autonomie avec une filière de l'aide à domicile n'étant pas mise en avant comme un travail important, souvent réduit à une tâche ménagère, posant notamment des problématiques de recrutement sur le territoire Essonnien et en France.

• **Les Ulis, ville amie des aînés** : Labelliser les Ulis afin de valoriser les actions déjà menées par la ville. Il existe par exemple le label international « Ville amie des aînés » décerné par l'OMS, mais aussi le label « Bien vieillir-vivre ensemble » décerné par l'AMF (Association des Maires de France) pour promouvoir les initiatives des collectivités qui répondent aux enjeux du vieillissement par des projets innovants et reproductibles.

• **Revoir le fonctionnement du conseil des aînés** : À l'origine, le projet d'instance participative pour les aînés vient d'une volonté d'inclure des citoyens aînés dans l'élaboration des politiques de la ville en faveur des aînés. Une vingtaine de représentants sont tirés au sort parmi les candidatures en faisant attention à respecter la parité H/F et à la répartition des représentants par quartiers de la ville. Ils sont répartis en 4 groupes de travail, sur des thématiques comme : L'élaboration d'activités et de services. La lutte contre l'isolement et solidarité, l'inclusion numérique ou encore les échanges intergénérationnels.

Cependant plusieurs problématiques émergent dans son fonctionnement. Est-ce qu'on laisse les aînés du conseil choisir leurs propres thématiques afin d'être au plus proche des intérêts des aînés ? Ou est-ce que c'est à la collectivité d'imposer des thématiques identifiées comme pertinentes et pouvant s'inscrire dans l'agenda politique de la ville pour que le développement des projets éventuels puisse être soutenu ?

Le manque de volontariat est aussi un problème, car ce sont souvent les mêmes personnes qui se portent candidates. L'animation de ces groupes par les agents est vécue comme quelque chose de fastidieux, qui avance difficilement. En effet, il semble avoir une mécompréhension par les aînés de leur rôle de membre du conseil dont certains membres semblent s'exprimer trop souvent en leur nom et non comme représentant du public aîné. Il manque également d'une dimension collaborative et d'un cadre permettant de faire avancer les discussions dans un sens commun pour permettre à une dynamique de projet de se créer réellement. Il manque également d'une charte posant certaines règles du dialogue comme le respect des temps de parole.

• **Faire évoluer le SAAD** : La qualité du SAAD des Ulis n'est pas remise en cause, mais les années passent et la continuité de ce service public est questionnée. En effet, la portée du service est faible, son coût de fonctionnement est important. Du point de vue de la gestion des ressources de la collectivité et par rapport à la portée du service ainsi que d'autres contraintes propres au service public comme les horaires d'intervention (uniquement en semaine et la journée), le SAAD semble contraint à une inévitable privatisation. Une problématique complexe et sensible, qui mérite peut-être d'être interrogée autrement.

• **Le bien-être des agents au travail** : Une bonne qualité de service repose aussi sur un bien-être des agents au travail. L'équipe du service ne doit pas s'oublier et l'esprit de cohésion est important. Plusieurs axes de travail sont possibles comme le fait d'accompagner les agents à se comprendre (développement personnel), mais aussi à comprendre les autres en travaillant l'intelligence émotionnelle comprenant les qualités d'écoute, d'observation, d'expression, de créativité, de collaboration ou encore de confiance en soi. Pour les agents, il est aussi important de pouvoir observer l'impact de son travail, de savoir si on a eu un retour positif de la part des usagers. Le bien-être au travail, c'est aussi le fait d'effectuer un travail en adéquation avec son projet professionnel (s'assurer de comprendre ce qu'on fait, pourquoi on le fait, dans quel plan / parcours / ambition cela s'inscrit). Ce afin que l'agent puisse bien s'approprier la mission de travail. C'est enfin savoir écouter son corps (appropriation de l'espace de travail, s'il est adapté à chacun : mobilité, sommeil, bruit, lumière...).

• **Un projet de sport des aînés** : Un sport conçu pour et par les aînés, qui mettrait en valeur les capacités physiques et psychiques particulières des aînés. Un sport qui privilégie la coordination à la force, la technique à l'explosivité, l'anticipation aux réflexes, le rythme à la vitesse, le toucher à la vue... Cette réflexion pourrait se lancer durant des ateliers de co-création où il s'agirait de réfléchir à quelles qualités il faudrait développer pour être bon dans ce sport ? De quels sports peut-on s'inspirer ? Quel matériel pourrait-on inventer / avoir besoin pour le pratiquer ? Quelles règles ? Quel nom pour ce sport ?...

### 3.4 Prévenir l'isolement et les conditions d'apparition de la perte d'autonomie : Un nouveau programme d'animations pour les aînés

Dans un premier temps, nous proposerons une première recherche d'animations possibles, recensées et aussi imaginées en rapport avec les différentes associations et structures existantes sur le territoire. Ces propositions d'animations sont classées selon des catégories : thérapeutique, artistique, santé, prévention, ludique, caritatif, éducatif, nature, social, autre. Chaque proposition d'animation est organisée selon un titre, une description, ce qu'elles peuvent apporter aux aînés, le type de partenaire qui pourrait aider le service à l'animer, le coût moyen par animation et un ou plusieurs liens de partenaire à contacter pour la mise en place de l'animation. Au total une cinquantaine d'animations sont proposées dans ce tableau<sup>1</sup>.

Réalisation d'une nouvelle programmation d'animations pour les aînés :

Nous avons ensuite réalisé un programme d'animations<sup>2</sup> centré autour des besoins des aînés afin de prévenir au mieux les conditions de dépendance, notamment l'isolement. Ce programme est structuré autour des besoins identifiés des personnes âgées : les besoins sociaux (rencontres, échanges...), les besoins en activité physique (plein air, ludiques...), le besoin d'un sentiment d'utilité sociale (proposer des actions, donner les moyens de s'impliquer...), le besoin d'adaptation à l'outil numérique (accès aux droits, communications...), le besoin d'activité mentale (apprendre, découvrir encore de nouvelles choses...), le besoin d'expression de soi (créativité, participation citoyenne...), mais aussi la nécessité de participer à des activités de prévention (risques, santé, maintien à domicile...).

La réponse à ces besoins est répartie sur l'ensemble de l'année, et découpée en programmes trimestriels (Le programme actuel étant distribué tous les semestres, les aînés finissent par le perdre où alors oublier qu'ils se sont inscrits à certaines animations). En effet, en préférant un programme trimestriel, nous pourrions réduire la durée entre les distributions aux aînés. Ce programme est évidemment adapté aux saisons en privilégiant les animations en intérieur en hiver et en

---

1. *Tableau de veille des animations, (Keefe, 2021). Consulter à l'adresse :*

*<https://drive.google.com/file/d/1AY7aEvLRg4JyJaULBMbjcRVCxKzGTVzj/view?usp=sharing>*

2. *Proposition de programme d'animations annuel organisé et chiffré, (Keefe, 2021).*

*Consulter à l'adresse : [https://drive.google.com/file/d/1Q6BMCPLbRx5gI4aXjNuaZHm\\_fXPbm0f/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1Q6BMCPLbRx5gI4aXjNuaZHm_fXPbm0f/view?usp=sharing)*

automne, et les animations en extérieur au printemps et en été. Un programme synchronisé avec des événements comme la journée nationale de l'audition (14 mars) de chaque année, que l'on peut corréliser avec une animation de prévention comme le dépistage auditif, ou la formation aux gestes de premiers secours qui est idéalement placée avant les fêtes de fin d'année. Un programme en partenariat avec des acteurs locaux des Uliis ou des communes voisines et profitant des installations, du matériel et des lieux présents sur le territoire. Un programme pensé pour l'intergénérationnel en adaptant les animations en fonction des vacances scolaires pour proposer des activités compatibles avec les petits enfants afin d'éviter aux aînés de devoir choisir entre le voir et participer à l'animation. Un programme qui permet la projection dans l'après-crise sanitaire et dans l'espoir d'un retour à la normale. En effet, nous pensons qu'il est important de continuer de planifier des activités quitte à être déçu de leur annulation, mais cela permet aux aînés de garder le moral et un cap. Un programme qui s'adapte tout de même à la crise sanitaire, en proposant des animations compatibles avec les restrictions afin de ne pas abandonner des aînés dans une situation de solitude prolongée. Le programme tient aussi compte des contraintes budgétaires du service et serait praticable dans l'immédiat avec une sélection d'animations à valeur sûre, agrémentées de quelques nouvelles idées intéressantes comme :

- **Les percussions corporelles** : Une animation qu'il est possible de réaliser sous forme d'atelier par groupe de 20 personnes avec l'accompagnement d'un musicien. Les percussions corporelles sont un moyen ludique et accessible à tous sans instrument ou connaissances musicales pour s'amuser en groupe à faire de la musique. On utilise un ensemble de gestes et de parties du corps pour produire des sons que l'on réalise en rythme avec d'autres membres du groupe. Cela en fait une expérience libératrice d'émotions et de sensations. Un fort moment de partage !
- **Le café des langues** : Une animation à la fois ludique, éducative et socialisante, où l'on peut venir échanger les mots et les expressions de sa langue natale avec d'autres participants autour d'une collation. Plusieurs tables sont disposées avec différentes langues thématiques et leur professeur du jour. Des groupes de participants s'installent à chaque table durant un temps donné et interagissent selon un modèle de question / réponse : « Comment dit-on [Mot ou expression] en [Langue] ? ». Conçu comme un véritable moment d'échange, de curiosité, de tolérance et de partage de connaissances, c'est une animation idéale dans le contexte multiculturel de la ville de Uliis.
- **« Le festival des Cannes »** : C'est un projet de création d'une séquence filmée (Écriture d'un scénario, création de rôles, jeu d'acteurs, tournage, montage...), sous la forme d'un atelier qui peut se dérouler sur

une ou plusieurs journées, cela dépend de l'ambition et de la durée de la séquence. L'atelier permet aux participants de s'amuser et de développer la confiance en soi, de vivre une belle expérience en commun et d'esquisser un large sourire lors des projections ! Une animation pouvant être accompagnée par une association spécialisée dans l'audiovisuel comme 7-1 Art Production localisée aux Ulis.

- **Un atelier « Comptabilité » ou « Optimiser son budget »** afin de permettre aux jeunes ou futurs retraités de mieux s'organiser financièrement, d'anticiper certains coûts et certaines pertes de revenus pour les futurs retraités. Des connaissances qui permettent également de planifier des projets pour soi ou pour les autres afin de continuer d'avoir une vie active à la retraite. L'idée est aussi de former les jeunes retraités ou futurs retraités à la pratique de la comptabilité, car c'est la première compétence à avoir pour s'impliquer dans le domaine associatif. C'est donc donner les moyens à davantage d'ânés de pouvoir participer et d'avoir une place dans le tissu social de leur communauté.

- **Les Olympiades des Ulis :** Un événement intergénérationnel et festif autour d'épreuves tout public en solitaire ou en équipe. Une multitude d'épreuves sont à imaginer en partenariat avec le service des sports de la ville. Des épreuves comme la course de quartet à skis, les tournois de jeux de société géants, des épreuves de jeux de construction type kapla (« la plus belle création » ou encore « plus haute structure ») ou de coordination comme la tour de Froebel, le tir à l'arc soft, le badminton, une épreuve de reconstitution d'un puzzle géant, une mémoire géant, des épreuves de lancer de fer-à-cheval ou encore une épreuve de peinture !

- **Je prête ma voix :** C'est participer à l'enregistrement de sa lecture à haute voix afin de contribuer à constituer une bibliothèque sonore pour les personnes malvoyantes. Une occasion de découvrir des livres et de faire une bonne action en même temps. Ainsi un club de lecture à haute voix pourrait se développer en partenariat avec la bibliothèque sonore d'Orsay, Rives de l'Yvette.





# **PARTIE IV**

**Prolonger l'autonomie en  
développant les dispositifs  
de solidarité**

## 4.1 Quelques chiffres sur la perte d'autonomie

Selon une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques); En France, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiaires de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) devrait passer de 1 265 000 personnes en 2015 à une estimation de 1 582 000 en 2030 voir 2 235 000 en 2050. La hausse évoluerait de plus 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, mais pourrait accélérer jusqu'à 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom (Libault, 2019, :189)

L'aide à domicile est un pilier essentiel pour le maintien de la vie et de la dignité des personnes en perte d'autonomie. Il permet d'éviter le déracinement causé par un emménagement en structure d'hébergement, qui génère une rupture difficile à vivre sur le plan psychologique et susceptible d'entraîner une dégradation rapide de l'état de la personne âgée. Près de 40% des Essonniens en EHPAD sont hébergés hors Essonne. Un chiffre montrant la rupture familiale et avec son cadre de vie (Conseil départemental de l'Essonne, 2018).

Alors que le maintien à domicile apparaît comme une manière de préserver la sphère d'autonomie et de liberté (rythme de sommeil, d'alimentation etc.), voire de choisir les conditions de sa vie jusqu'au dernier instant; Maintenir à domicile permet aussi de limiter les coûts de la prise en charge par rapport à ceux d'un établissement.

La différence de coût pour le bénéficiaire (le reste à charge après déduction des diverses aides disponibles) entre le maintien à domicile et le coût d'une résidence à l'EHPAD est monumentale. Selon la DREES le coût moyen d'accompagnement au domicile du bénéficiaire est d'environ 80 €/mois, alors qu'en établissement ce chiffre atteint en moyenne 1 758 € par mois, ce qui excède les ressources courantes de la personne âgée dans 75 % des cas. Ce coût supplémentaire n'est pas causé par un meilleur soin ou un soin plus important, c'est le coût de l'hébergement (hôtellerie, restauration, animation) (Fizzala, 2016).

Ce besoin pour les usagers de recourir à des services d'aide à domicile se heurte à un problème majeur ; le manque d'attractivité du secteur gériatrique, dû notamment à la mauvaise image des métiers de l'aide à domicile (Libault, 2019, :45), causant des pénuries de personnel et de recrutement (Canieux, 2020). Pourtant, il ne peut y avoir de politique du grand âge de qualité sans professionnels en quantité suffisante, bien formés et valorisés de façon adéquate. Cela interroge la capacité du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée à affronter le défi de l'accroissement du vieillissement de la population.

La question des proches aidants est elle aussi importante. On sait qu'ils sont les premiers interlocuteurs et les premières personnes de confiance à qui la personne âgée dépendante peut demander de l'aide. Ces aidants « naturels » sont des acteurs majeurs du soutien aux personnes âgées et à la problématique de la perte d'autonomie. En France en 2008, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aidaient régulièrement et à titre non-professionnel un proche en perte d'autonomie. L'aide apportée par les aidants peut être une aide à la vie quotidienne, un soutien financier ou matériel, ou un soutien moral (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Cependant certaines personnes n'ont pas forcément des proches présents ou en capacité de les aider ou de s'occuper de leurs besoins. Il est donc important de soutenir et de préserver la durée d'implication des aidants naturels, car on constate une insuffisance ainsi qu'un épuisement physique et moral des proches aidants après un certain nombre d'années ; C'est d'ailleurs à ce moment-là que les services d'aide à domicile sont généralement réquisitionnés et permettent de prendre le relais quand les situations deviennent trop difficiles à gérer ou alors pour compenser l'absence des proches. On comprend donc que cela fait partie du devoir de solidarité des services de l'État de faciliter l'accès aux services d'aide et d'accompagnement à domicile.

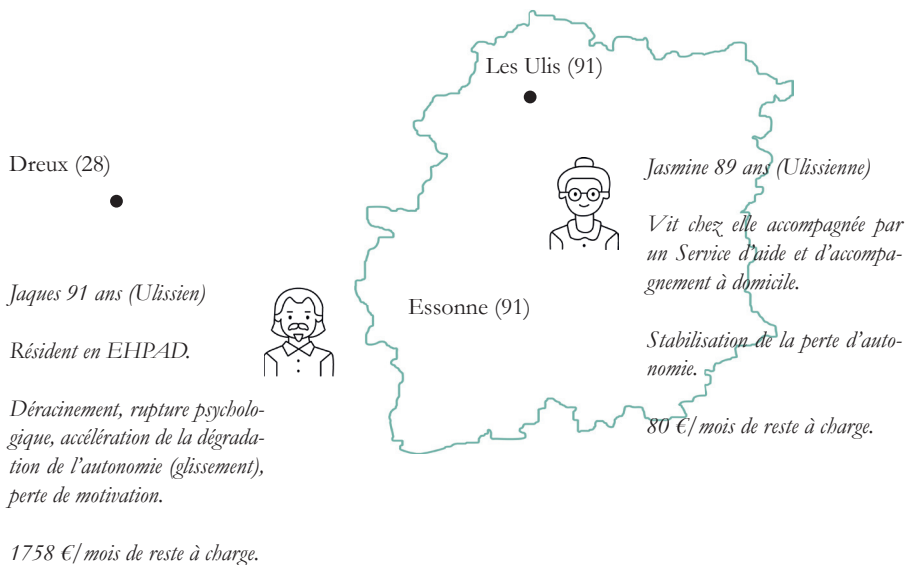


Fig 4 : Personas âgés en perte d'autonomie (Keefe, 2021).

## 4.2 Rencontre avec les professionnels de l'aide à domicile (Synthèse des entretiens)

Pour comprendre davantage la situation de l'aide à domicile, nous avons eu la chance de pouvoir échanger avec l'ensemble des agents en relation avec le SAAD, mais aussi d'autres personnes possédant un regard extérieur. Dans cette étude, nous avons souhaité donner une place importante au point de vue des professionnels de l'aide à domicile avec comme point de départ une volonté de comprendre les enjeux de la reconnaissance du métier d'aidant à domicile. Nous avons réalisé des entretiens de 45 min à 1 h 30 avec 6 professionnels de l'aide à domicile du SAAD des Ulis dans un format « semi-directif » avec une trame de questions pour guider l'échange tout en accordant une marge importante de liberté au dialogue. Voici le plan d'entretien et les questions qui ont été posées :

- C'est quoi être un(e) aide à domicile ?
- Quelle est votre première motivation à faire ce métier ?
- À qui s'adresse ce métier ? Quelles sont les qualités nécessaires pour devenir aide à domicile ?
- Le métier d'aide à domicile manque-t-il de reconnaissance selon vous ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Comment est-ce-qu'on pourrait valoriser davantage ce métier ?
- Décrivez votre tenue de travail. Quels sont les impératifs ? (Vêtements, chaussures, couleurs, tailles, équipement, lavage...)
- Qu'est-ce qui est le plus difficile dans ce métier ?
- Si vous pouviez changer quelque chose, vous changeriez quoi ?
- Si vous pouviez donner un nouveau nom à votre métier, comment le nommeriez-vous ?

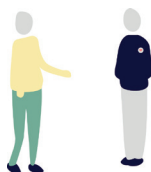
Les paragraphes suivants sont la synthèse des réponses livrées lors des entretiens. La totalité des réponses des professionnels sont disponibles dans l'Annexe 2, :126.

### 4.2.1 Être un(e) aide à domicile c'est quoi au fond ?

- Quelqu'un qui permet à nos parents âgés, nos grands-parents et nos proches en situation difficile (handicap, retour d'hospitalisation...) de pouvoir rester vivre chez eux dans la dignité.
- Quelqu'un qui a le courage d'assumer les tâches disgracieuses.
- Quelqu'un qui est animé par une volonté d'aider les autres sans juger, sans rechigner.
- Quelqu'un dont tout le monde peut avoir besoin un jour ou l'autre.

## 4.2.2 En fait, c'est bien plus que ce que l'on imagine

« C'est pour faire le ménage »



« Non... c'est aussi pour :

- Permettre au bénéficiaire de vivre chez soi dans son environnement.
- De vivre dans la dignité : Se lever, s'alimenter, se laver, certaines tâches d'entretien...
- Maintenir et procurer une forme de bien-être : Sourire, sortir, jouer...
- Un soutien moral avec une présence, parfois la seule de la journée et une écoute compréhensive.
- Aide administrative : Permet à la personne de rester citoyenne, de remplir des dossiers, passer des appels, d'accéder à ses droits, faire des démarches...
- Une vigilance par rapport aux situations de danger ou d'abus.
- C'est aussi permettre aux proches aidants de souffler ou de devoir compenser leur absence. »

Fig 5 : C'est quoi être aide à domicile ? (Keefe, 2021).

## 4.2.3 Un métier qui nécessite des qualités et compétences sous-évaluées

Comme la bienveillance, la patience, et le respect envers les bénéficiaires, mais aussi : le calme, l'observation (habitudes du bénéficiaire), le fait d'être consciencieux (s'assurer que le bénéficiaire ne manque de rien), le sens des responsabilités, le fait d'être quelqu'un qui aime les autres, la délicatesse, la disponibilité, l'empathie, le fait de savoir se remettre en question, la gentillesse ou encore la capacité d'écoute.

## 4.2.4 Une prestation ça consiste en quoi ?

Plusieurs services peuvent être sollicités pour intervenir au domicile de la personne en perte d'autonomie. Le SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) en est un. Le secteur paramédical (les infirmiers, les ergothérapeutes, les diététiciens, les kinésithérapeutes...) peuvent intervenir aussi, ainsi que les services d'aide et de soins infirmiers à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, ESA), les services sociaux (CCAS, CRAMIF, MDS...) ou encore des associations diverses. Le SAAD intervient dans l'idée qu'on puisse maintenir la personne indépendante le plus longtemps possible et capable d'habiter son domicile. Son but étant de retarder et limiter la nécessité d'un placement dans un établissement d'hébergement (maisons de retraite, résidences autonomie, accueils de jour...)

où le nombre de places manquent, et qui marquera une rupture émotionnelle assurant le déclin irrémédiable et accéléré de la personne...

Le déroulement par étapes d'une prestation du SAAD du point de vue du professionnel de l'aide à domicile :

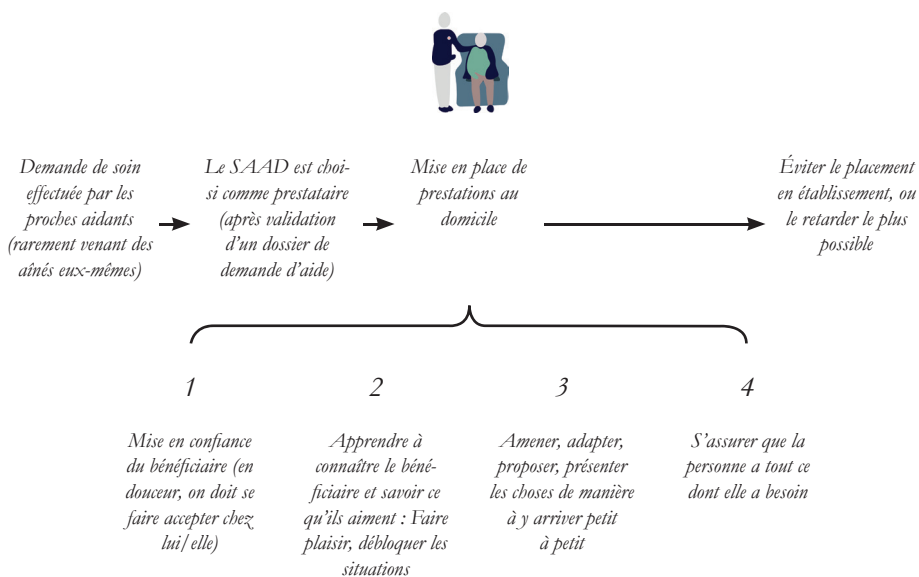


Fig 6 : Déroulement d'une prestation « idéale » (Keefe, 2021).

Au final le plan d'aide qui est prévu lors de l'évaluation des besoins au domicile du bénéficiaire, n'est qu'un point de départ qui pourra ensuite être amené à évoluer, mais en général les prestations ne font qu'augmenter en quantité avec le déclin inévitable des personnes. Ensuite, le travail de l'aide à domicile, mais aussi de toute l'équipe du SAAD, est d'observer et d'écouter le bénéficiaire ainsi que son contexte de vie, afin de réussir à développer avec lui une confiance et une acceptation de sa présence où de son rôle, permettant au fur et à mesure d'apporter aux bénéficiaires l'accompagnement dont ils ont besoin.

## 4.3 Un manque de reconnaissance des métiers du lien

### 4.3.1 La crise sanitaire a révélé un paradoxe social :

Ces épisodes de confinement liés à la propagation du coronavirus ont permis de se rendre compte que certaines personnes dans notre société font un métier essentiel au maintien de services qui assurent notre survie. En effet, pendant que la France était contrainte à l'arrêt, une partie de nos concitoyens a dû s'exposer et prendre le risque de travailler au milieu d'un virus inconnu, imperceptible alors même que la dangerosité de la menace n'était pas encore mesurée. Une crise qui aura permis un instant de remettre certaines priorités au centre de la société et notamment de révéler le paradoxe suivant : Certains des métiers les plus essentiels à notre survie, sont les métiers que notre société valorise le moins et sont pratiqués par des travailleurs (principalement des travailleuses) précaires, mal protégés et mal payés (Palier, 2020). À la fin de son adresse aux Français du 13 avril 2020, Emmanuel Macron déclarait :

*Il nous faudra nous rappeler aussi que notre pays, aujourd'hui, tient tout entier sur des femmes et des hommes que nos économies reconnaissent et rémunèrent si mal. (Macron, 2020).*

En effet, notre marché du travail semble rémunérer en fonction des qualifications des individus ; La dimension d'utilité sociale étant totalement absente de la comptabilité. Pourtant le 1er article de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen<sup>3</sup> de 1789 affirme bien que : « *Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune* ».

### 4.3.2 Le constat du CESE : Un lien social dévalorisé

Le CESE (Conseil Économique, Social et Environnemental) a publié un Avis sur le travail à domicile auprès des personnes vulnérables. Le rapport indique que les métiers du lien social sont très fortement féminisés (occupés à 95 % par des femmes) et sont encore assimilés dans les représentations collectives aux prestations gratuites de la sphère domestique traditionnellement réalisées par

---

3. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, consultée à l'adresse suivante : <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>



les épouses et les mères, ce qui contribuerait beaucoup à leur dévalorisation (Canieux, 2020, :15). Un constat qui révèle une idéologie de la « féminité », qui rassemblerait un certain ensemble de qualités et de comportements attendus comme la douceur, l'émotivité, la faiblesse, le dévouement, qui ont été assimilés à des manifestations de la nature spécifique des femmes (Charron, 2007).

Une dévalorisation conduisant à la précarisation de ces professionnels. Selon l'enquête Emploi Insee de 2019, 46,9 % d'aides à domicile ont un CDD et 83,5 % sont en temps partiel (Canieux, 2020, :93), ce qui explique en grande partie les niveaux de rémunération très inférieurs au Smic mensuel, soit en moyenne 893 euros (Canieux, 2020, :17).

Par ailleurs, il n'est pas rare que certains conseils départementaux prescrivent des interventions de durée très courte, d'un quart d'heure ou d'une demi-heure correspondant à des activités très limitées. Cela a des conséquences terribles sur les conditions de travail comme sur la qualité du service rendu. En effet, un temps de prestation aussi réduit rentre totalement en contradiction avec l'idée du « faire avec » plutôt que « faire à la place de » qui est fondamental dans le secteur de l'aide à domicile, car il s'agit évidemment de préserver l'autonomie des personnes le plus longtemps possible. C'est aussi le signe d'une non-reconnaissance du caractère pourtant essentiel des conversations, des jeux, ou encore la vigilance sur l'état physique et moral de la personne, dans le travail d'aide et d'accompagnement à domicile.

Des témoignages réalisés dans le cadre de la construction de ce rapport indiquent que la dévalorisation de la nature du travail de l'aidant professionnel, va jusqu'au refus de certains employeurs à recruter du personnel qualifié, poussant les candidats à devoir cacher certaines qualifications pour accéder à l'emploi (Canieux, 2020, :35).

L'aide à domicile est un métier difficile et éprouvant. La branche de l'aide à domicile admet des taux de sinistralité trois fois supérieurs à la moyenne nationale. La première famille de risque est constituée par les TMS, suivis par les troubles psycho-sociaux (Canieux, 2020, :22). Par ailleurs, ces métiers, dont la fonction sociale est incontestable, souffrent aussi d'un manque d'identification des parcours permettant d'y accéder (Canieux, 2020, :34).

## 4.4 Mais comment identifier ce manque de reconnaissance ?

### 4.4.1 Des conséquences sur le système de prise en charge des bénéficiaires

En plus d'avoir une influence négative sur le bien-être au travail, le manque de reconnaissance des compétences et le manque de connaissance de la réalité du rôle des aides à domicile ont aussi des conséquences directes sur le bénéficiaire et le bon déroulement de la mission du service d'aide à domicile.

*La majorité des bénéficiaires nous réduisent au ménage et refusent de sortir ou de faire quelque chose avec nous. Quand on leur propose une activité on nous répond : « non j'irais avec ma petite fille, vous vous êtes là que pour le ménage » Alors que pourtant il reste 30 min de prestation on pourrait sortir, là juste sur le palier ? « Non non, vous n'avez qu'à faire les fenêtres là ». « Dès que vous arrivez, l'aspirateur il est déjà branché. (Safiatou - Aide à domicile)*

*Lors de visites chez le bénéficiaire de réévaluation du plan d'aide, on a pu constater que dans le carnet de liaison où sont répertoriés les prestations effectuées, qu'il n'y a que du ménage de fait alors que l'aide allouée était destinée à permettre d'autres activités préconisées lors de l'évaluation des besoins du bénéficiaire et de son GIR. (Romain - Aide à domicile)*

Ce manque de considération pourrait avoir comme conséquence que les plans d'aides ne soient pas appliqués pleinement et donc que les bénéficiaires - en réduisant les aides à domicile à un service de ménage - s'empêchent d'accepter de pratiquer des activités pourtant garantes du prolongement de leur autonomie. Les conséquences du manque de reconnaissance posent donc la question de l'efficacité réelle de ces dispositifs qui ont pour objectif de lutter contre l'isolement et la perte d'autonomie, mais aussi sur les moyens mis en place pour former les aides à domicile, si au final les bénéficiaires les réduisent à effectuer la seule tâche du ménage.

### 4.4.2 Une répercussion sur la santé des bénéficiaires

*Le refus des autres prestations entraîne donc un déclin plus rapide des bénéficiaires. On constate qu'ils se mettent à oublier des mots quand ils ne parlent pas souvent. Les bénéficiaires sont bloqués sur penser qu'on est là que pour faire le ménage, mais c'est pas ça qui leur fait du bien. (Mariam - Aide à domicile)*

Malgré les refus de certains bénéficiaires, une aide à domicile rapporte : « ils nous suivent quand on fait le ménage parce qu'ils ont besoin de parler quand même ». Le besoin est donc là, mais il semble enfoui sous une masse d'appréhensions, de dépit, d'abandon de la vie. Une vie que pourtant l'aide et l'accompagnement à domicile tente d'apporter au bénéficiaire.

#### 4.4.3 Des barrières symboliques au soin

*Les infirmières elles entrent chez le bénéficiaire elles n'ont pas besoin de mettre de chaussons. Par contre pour les aides à domicile c'est très important. (Veronica - Aide à domicile)*

*On voit une différence de considération par rapport au corps médical. Ils véhiculent l'image de la santé ça rassure. Le bénéficiaire doit se dire qu'ils doivent savoir ce qu'ils font, les bénéficiaires ont plus confiance envers eux. (Pierre - Aide à domicile)*

Alors que les professionnels de l'aide à domicile sont livrés à eux-mêmes sur le terrain, elles/ils n'ont pas cette « image de la santé », ce cadre hospitalier, ni tout ce contexte symbolique : tenues des équipes, carte avec son nom et sa profession, l'identité d'un lieu dédié au soin... tous ces éléments capables d'installer chez le bénéficiaire une forme de confiance et d'acceptation à se laisser soigner ou accompagner.

Certains symboles sont pourtant portés par l'infirmière, le médecin pour lesquels les bénéficiaires se rendent disponibles au soin, peut-être parce qu'ils sentent que ces soignants-là, eux sont plus légitimes à apporter une telle aide. Mais ces soignants là, ne restent seulement que quelques minutes au domicile, le temps de faire ce qu'ils ont à faire, et puis repartent. Ce sont les professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile qui passent la quasi-totalité du temps avec le bénéficiaire. Leur présence constitue donc un apport tout aussi important pour la personne dépendante dans le cadre du maintien de son autonomie et de son bien-être. Mais cela coince quand l'aide à domicile est souvent réduite aux tâches ménagères, car en réalité cela ne suffit pas au bénéficiaire.

#### 4.4.4 La valeur du ménage : L'idée reçue que le ménage est une tâche inférieure aux autres

Au-delà d'être une aide insuffisante en termes de contact humain et social pour des personnes isolées et en perte d'autonomie, le ménage est perçu comme quelque chose d'ingrat. Cela pose donc aussi des problèmes quant à la reconnaissance de l'aide apportée et de la valeur de celui ou celle qui l'accomplit.

Le ménage dans le cadre de l'aide à domicile ce n'est pas juste une tâche ingrate que d'autres ne veulent pas faire pour ne pas se salir ou qui estiment que leur temps est trop précieux pour cela. Le ménage dans le cadre de l'aide à domicile œuvre directement au maintien de la dignité du bénéficiaire. Alors que la personne n'a peut-être plus les capacités physiques pour sortir les poubelles ou pour effectuer des mouvements douloureux pour passer la serpillière; L'entretien de son espace de vie redonne le moral aux personnes, enrayer les spirales négatives, empêche de se laisser aller et encourage de nouveau à recevoir de visites chez soi par exemple pour rompre l'isolement.

#### 4.4.5 Le ménage comme approche douce essentielle

Le ménage est surtout une porte d'entrée à l'accompagnement que peut apporter l'aide et l'accompagnement à domicile. Cette aide ménagère permet dans un premier temps de faire accepter sa présence chez le bénéficiaire. C'est une manière douce qui semble nécessaire pour lever les barrières de l'acceptation de la présence de l'aïdant puis de l'accompagnement.

Au premier abord, il semblerait que les bénéficiaires ne sont pas en demande d'une aide. En effet, personne ne veut accepter l'idée qu'ils ont besoin d'une aide extérieure pour réaliser ce qu'ils ont pu réaliser toute leur vie. Il est par ailleurs très éprouvant pour la fierté d'individus qui ont eu un rôle important au travail, un grade, un statut familial... d'accepter d'avoir besoin à son tour d'un soutien moral.

*C'est très difficile au départ d'entrer chez le bénéficiaire. Ils disent qu'ils n'ont pas besoin de vous, qu'ils ne veulent pas d'aide. (Manuela - Aide à domicile)*

Par ailleurs, le bénéficiaire aurait tendance à nier son déclin et donc refuser qu'on s'occupe de lui, car ce serait pour lui/elle d'admettre sa déperdition. Le ménage est donc ce pied à l'étrier nécessaire à toute poursuite d'accompagnement. C'est le point de départ du travail de l'aide et de l'accompagnement à domicile, qui peut ensuite amener le bénéficiaire à considérer une aide pour d'autres de ses besoins qu'il n'ose pas toujours assumer quand il s'agit d'une situation qui le met en détresse physique ou émotionnelle, car parfois ce qui nous reste comme pouvoir sur nos vies, c'est encore de pouvoir dire non, même si ce refus va à l'encontre de notre bien-être ou de nos besoins.

Au contraire par exemple une présentation trop brutale révélant trop vite la nature de l'aide proposée à domicile peut heurter l'estime de soi des bénéficiaires avec une réalité qu'ils n'ont pas forcément besoin ou envie d'entendre. Cette annonce peut aussi contribuer à l'instabilité du climat familial autour du

bénéficiaire en faisant culpabiliser certaines familles se considérant elle-mêmes comme détenant le rôle et la responsabilité de cette aide affective pour leur parent par exemple.

Par ailleurs, le ménage permet d'effectuer une veille sanitaire chez les personnes et donc de voir si tout va bien, si la douche a été utilisée dernièrement ou si les aliments dans le réfrigérateur sont encore consommables. Les aidants professionnels peuvent ainsi faire remonter des informations sur les conditions de vie de la personne et s'il est nécessaire d'étendre l'accompagnement.

#### **4.4.6 D'autres barrières symboliques : Le statut de l'aide à domicile**

Le sens que l'on donne à l'aide à domicile n'est pas anodin et conditionne quelque part la relation à l'autre, ainsi que nos logiques d'action et de prise en charge. Le fait que les politiques publiques et la gériatrie ont problématisé la vieillesse comme une condition pathologique du corps humain vieillissant - considérant les symptômes du vieillissement comme relevant de la maladie et donc du domaine de l'expert (voir paragraphe 1.3.2) - ont peut-être contribué à ce que le système de santé considère l'aide à la personne comme le travail le moins important de la chaîne de soins, nécessitant donc le personnel le moins qualifié. Cette hiérarchie du soin contribuerait donc à placer des barrières symboliques autant dans le travail quotidien des aides à domicile, que dans la nature même de l'accompagnement proposé par les services d'aide à domicile.

#### **4.4.7 D'autres barrières symboliques : Le lexique d'intervention**

Cette médicalisation dans l'approche du soin se révèle de plusieurs manières, notamment dans le lexique employé autour du service d'aide et d'accompagnement à domicile, qui est à priori institué dans tous les SAAD à l'échelle départementale voir nationale.

En effet, on réalise des « prestations » chez le « bénéficiaire » comme la « prise de repas ». Toutes les prestations sont chiffrées, quantifiées, rationalisées pour des raisons évidentes d'efficacité de fonctionnement. Il s'agit d'un vocabulaire plutôt technique décrivant une tâche mise à exécution, ce qui ressemble davantage à un protocole médical qu'un moment de bien-être et de vie. Cette mise à distance par le vocabulaire ne serait d'ailleurs pas anodine puisque ce vocabulaire chercherait à protéger autant l'aide à domicile d'un attachement trop important au bénéficiaire pouvant causer des « dérives », que protéger la personne aidée vulnérable à un possible abus de faiblesse. Le vocabulaire vient donc créer un cadre d'intervention dont la symbolique des mots restreint quelque part la

possibilité d'échange entre l'aidant et l'aidé. Mais qu'est-ce-que cela nous dit de notre société et de notre rapport à l'autre ?

*La forme du bien-être qui paraît s'accorder le mieux avec l'humanité est un bon repas en bonne compagnie (Kant, 1798).*

Aujourd'hui, les professionnels de l'aide à domicile ont l'interdiction (par la convention avec le département) de prendre un repas avec le bénéficiaire. Cela paraît absurde quand on connaît le besoin d'interaction sociale et de considération des bénéficiaires et qu'on sait que le partage de repas est un pilier essentiel de nos vies humaines et sociales, que c'est le premier lien d'échange, d'affection, de confiance, de partage qui est noué avec l'autre. Pour se le représenter, imaginons que vous êtes une personne qui vit dans la solitude et l'isolement, quelqu'un vient chez vous pour vous préparer le repas ; Vous offrez quelque chose ou invitez l'aidant à table, il.elle est dans l'obligation légale de refuser votre geste. Une question éthique se pose alors : Est-ce qu'on veut simplement nourrir l'estomac les personnes où est-ce-qu'on veut nourrir leur appétit ?

# **PARTIE V**

**Évolution de la problématique : Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant ?**

## 5.1 Faire évoluer l'aide à domicile vers une approche psychosociale du soin

Mieux accompagner c'est déjà comprendre que la santé d'un individu renvoie à son bien-être physique, psychique et social. Le terme « psychosocial » a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1993 en le comme étant essentiellement :

*La capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social (Luis & Lamboy, 2015).*

Incorporer une dimension psychosociale dans le parcours d'accompagnement permet donc de se donner une vision élargie de la santé, qui permettrait d'aider les personnes à se réconcilier avec les changements de leur vie (Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2012). Une approche utilisée par la Croix-Rouge dans le cadre de l'accompagnement de populations suite à des situations de détresse ou des traumatismes liés à des crises dans le monde. Cette approche peut se révéler pertinente quand on sait que les personnes en perte d'autonomie vivent aussi des formes de bouleversements qui touchent à leur équilibre physique et psychique.



L'aidant à domicile se tiendrait ainsi comme un accompagnant vers cette transition et cette acceptation de la perte d'autonomie et de ses difficultés. Une transition qui se heurte donc (comme présenté précédemment dans les paragraphes 4.4.1 à 4.4.7) à certains blocages relevant d'une construction symbolique (Vision dégradante du ménage, sous-estimation autant institutionnelle que sociale du rôle d'aide à domicile, vision médicalisée du soin...) qu'il convient de déconstruire.

Personne ne doit et ne veut être réduit à la prise en charge de ses difficultés, même si celles-ci augmentent inéluctablement avec l'âge. (Pratiques, 2021).

## 5.2 Si on devait imaginer l'accompagnement autrement : Faisons évoluer le SAAD vers un SRAD !

Faisons un pas de côté et imaginons un nouvel écosystème d'accompagnement qui pourrait être expérimenté sur le territoire. Le SRAD correspond à « Service de Réconfort et d'Accompagnement à Domicile ».

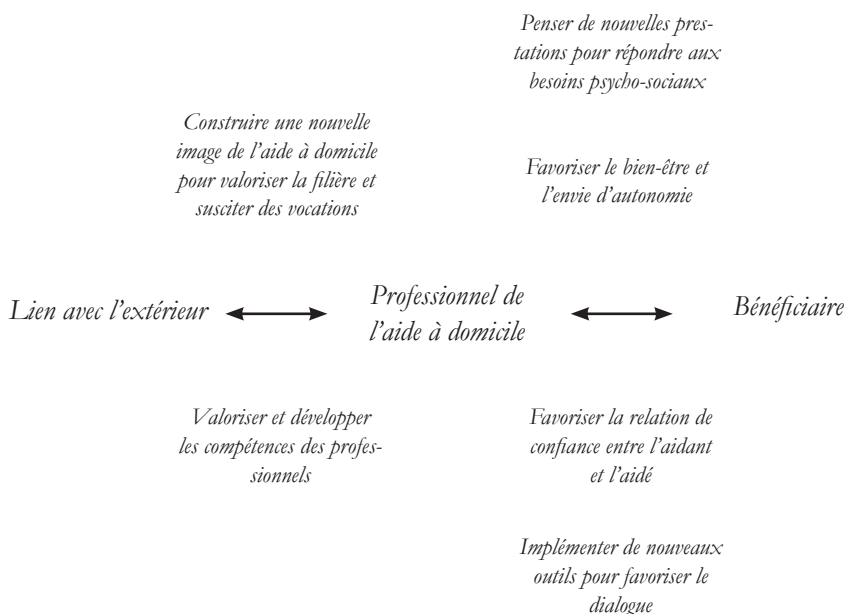


Fig 7 : Projet de SRAD (Keefe, 2021).

## 5.3 Construire un nouvel imaginaire autour du service d'aide à domicile. Parler d'autre chose que de dépendance et insuffler une nouvelle dynamique

Le concept du SRAD permet d'étendre le SAAD à une approche plus complète de la santé et de redéfinir avec douceur, le rôle du bien-être en santé et dans le cadre de la lutte contre la perte d'autonomie, contre l'isolement et pour le maintien de la dignité. Le SRAD a pour but de redonner du sens à la vie des personnes aidées et soignant la démotivation et en permettant à la personne de re-développer son estime de soi et de favoriser son acceptation à recevoir un soutien nécessaire au maintien de sa condition physique & psychique.

Le SRAD propose une alternative au sémiocosme du SAAD, en renommant les prestations de première nécessité afin de leur attribuer une idée moins utilitariste et en ajoutant une dimension plus humaine. Cette humanité contribue aussi à valoriser les professionnels de l'aide à domicile en reconnaissant leurs compétences humaines dans une pratique du soin reconnaissante de la valeur du lien humain pour soigner l'humain.

### 5.3.1 Construire un autre rapport à l'autre : Nouveaux mots, un nouveau sens

Nous proposons donc de renommer les éléments de contexte faisant partie de l'imaginaire du service d'aide à domicile afin de construire un nouveau rapport à l'autre. L'idée étant de parler d'autre chose que de dépendance en évitant de rappeler dans leur intitulé, les incapacités ou les difficultés auxquelles les bénéficiaires font face. C'est aussi insuffler une nouvelle dynamique lors des prestations en leur attribuant une finalité ayant un rapport au bien-être dans leur intitulé.

- SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile) → **SRAD (service de réconfort et d'accompagnement à domicile).**
- Une prestation → **Un soutien.**
- Un.e aide à domicile → **Un.e agent de bienveillance.**
- Un.e bénéficiaire → **Nom + rappel d'un ancien statut** pour permettre à la personne de garder un ancrage fort avec « la personne qu'ils.elles étaient ».
- Plan d'aide → **Solutions d'accompagnement.**
- Évaluation des besoins → **La première rencontre.**

Nous proposons également de renommer les prestations actuelles :

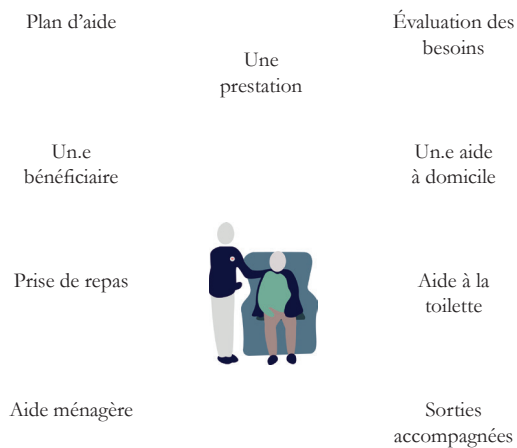
- La prise de repas → **Déjeuner ensemble.**  
(Une formation à la cuisine et aux besoins nutritionnels des personnes âgées pourrait aussi être proposée aux professionnels).
- Aide à la toilette + Lever + Aide à l'habillage → **S'apprêter pour la journée et quelle tenue on va mettre aujourd'hui ?** Cela viendrait créer une nouvelle dynamique et pas seulement un rapport à l'hygiène.
- Aide ménagère → **Se sentir bien chez soi** (ménage, organisation et sécurisation du domicile) On redonne ici un nouveau rôle au ménage, qui intègre l'objectif thérapeutique dans son intitulé.
- Aide administrative → **Facilitation des démarches.**
- Sorties accompagnées → **Moment d'évasion.**  
Aller ensemble au parc, au marché... Les professionnels pourraient également être formés à l'éducation physique adaptée (proprioception, équilibration...).
- Divertissement → **On joue ensemble** (jeux divers...),  
pour avancer l'idée d'un partenaire.

### 5.3.2 Construire un autre rapport à l'autre : de nouveaux soutiens (prestations)

En plus de former ses « agents de bienveillance » à de nouvelles compétences comme la connaissance de la nutrition pour les personnes âgées, mais aussi de l'éducation physique adaptée ; Le SRAD pourrait proposer de nouveaux « soutiens » (prestations) comme :

- Un repas pris ensemble avec l'aidant (pique-nique quand il fait beau).
- Raconter une histoire drôle.
- 3 bonnes nouvelles (famille, amis, infos...).
- Visite d'un animal de compagnie (chat, chien, perruche...)  
+ Promenade dans le parc avec l'animal pour favoriser la sortie.
- Une séance d'écoute musicale.
- Une préparation au sommeil ou comment bien dormir  
(relaxation, tisane, huiles essentielles, respiration, lumière, sons, discussions stimulant l'imaginaire...).
- Partage et visionnage d'albums photo (permet d'avoir des histoires à raconter, de se rappeler de qui on est).

## Univers du SAAD



## Univers du SRAD

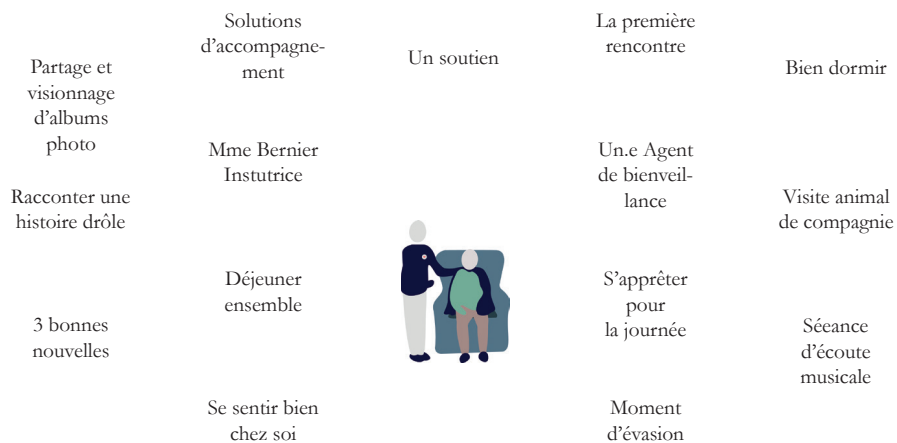


Fig 8 : Univers du SRAD (Keefe, 2021).

## 5.4 Une tenue « d'agent de bienveillance »

### 5.4.1 La psychologie du vêtement (forme et symbole)

Le vêtement est symbole de tous les éléments qui le composent : formes, matières, couleurs, sons, odeurs, toucher... Ils influencent la perception que l'on a de soi, mais aussi la perception que les autres ont de nous. Le vêtement altère le corps, affecte les sens, informe sur un statut, permet d'effectuer certaines actions (vêtements techniques) et rend compte d'un système de valeurs ou d'une personnalité (Johnson & Lennon, 2015). C'est parce qu'il est une interface entre un individu et un environnement socio-culturel, que le vêtement fonctionne comme un outil de communication. Le vêtement communique par la manière dont les individus et les cultures lui attribuent un sens. Les significations liées aux aspects de l'habillement sont liées à un contexte socio-culturel en constante évolution et sont apprises tout au long de la vie (Roach-Higgins & Eicher, 1992).

Nos sociétés reposent sur une organisation où les individus obtiennent des rôles (professeur, médecin, policier...). Le vêtement est typiquement utilisé pour symboliser chaque rôle et ainsi conditionner un rapport de communication (Johnson & Lennon, 2015) et la psychologie sociale du vêtement étudie comment le vêtement influence les comportements qu'ont les individus entre eux au quotidien.

Dans nos sociétés occidentales, nous sommes tentés de penser que nous nous habillons librement, mais en réalité, en faisant le choix de nos vêtements nous renseignons une forme d'attitude sociale, que ce soit pour être assimilé à un groupe dont nous partageons les valeurs, à une époque, une culture, ou encore un état d'esprit.

### 5.4.2 Des études qui le démontrent

En 1991, une étude a démontré l'influence des vêtements sur la perception d'intelligence et celle des capacités scolaires. En effet, lorsque des élèves portaient une tenue décontractée, ils.elles étaient moins bien noté.e.s en termes d'intelligence et d'aptitudes scolaires que lorsqu'ils.elles portaient un costume (Behling & Williams, 1991).

En 1988, une étude portant sur l'influence de la couleur sur la perception a été réalisée pour comprendre si la « couleur » noir des maillots des équipes de hockey et de football professionnels avaient un impact sur l'arbitrage des matchs.

Il a été constaté que les équipes portant des maillots noirs étaient davantage sanctionnées et perçues comme ayant un comportement plus agressif (Frank & Gilovich, 1988).

En 2007, une étude a démontré l'influence de la tenue formelle sur le sentiment de compétence. Des chercheurs ont constaté durant leur étude sur l'influence psychologique de la tenue vestimentaire sur les individus, que les participants se sentaient plus autoritaires, dignes de confiance, productifs et compétents en portant des tenues formelles d'affaires, mais qu'ils se sentaient davantage amicaux et sujets à avoir des relations sociales en portant des tenues plus décontractées (Peluchette & Karl, 2007).

En 2010, une étude démontre l'influence de la perception d'authenticité du vêtement sur le comportement moral du porteur. Les chercheurs.euses ont demandé à un groupe de porter des lunettes de marque et ont demandé à un autre groupe de porter les mêmes lunettes, mais qui étaient présentées comme des contrefaçons. Ils.elles ont pu ensuite observer lors de leurs tests, une propension des sujets à avoir des comportements moins honnêtes chez les personnes pensant revêtir une contrefaçon (Gino et al., 2010).

En 2012, une étude a démontré un phénomène d'appropriation d'un comportement par association à un type de profession au vêtement porté. Les chercheurs ont demandé à deux groupes de porter une même blouse blanche, l'une présentée comme une blouse d'artiste-peintre, l'autre comme une blouse de docteur.e. Les participants ont ensuite dû réaliser des exercices. Le groupe portant la blouse assimilée aux compétences d'un.e médecin a eu de meilleurs résultats aux tests d'attention (Adam & Galinsky, 2012).

### **5.4.3 Un vêtement avec des objectifs concrets**

- Pour améliorer la dignité du travail des aides à domicile (impact positif sur la perception de soi et par les autres)
- Pour changer le regard de l'extérieur et permettre de susciter des vocations chez les jeunes (impact de l'uniforme), palier et anticiper l'explosion démographique de la demande d'accompagnement.
- Pour améliorer la réception et la mise en confiance des bénéficiaires (pour améliorer la qualité de service et pouvoir apporter un soin plus facilement en levant certaines barrières et préjugés sur le rôle et les compétences des aidants professionnels).

Une tenue également pour protéger les professionnels de l'aide à domicile. En effet, la tenue a cette capacité pour celui ou celle qui le porte, de se sentir appartenir à un groupe et peut protéger les aidants professionnels des difficultés psychologiques liées à certaines situations avec des bénéficiaires. Quand on revêt une tenue d'uniforme par exemple, on se sent moins seul dans le sens où notre identité est associée à celle du groupe auquel on appartient. Le symbole de l'uniforme protège le professionnel de l'idée que c'est lui directement qui est visé par des mots qui peuvent être blessants parfois sur le terrain. Notre ego n'est plus autant exposé, car à ce moment-là, nous sommes davantage dans notre rôle, que nous-mêmes et donc moins vulnérables aux critiques en tant qu'individu.

#### **5.4.4 Comment construire une nouvelle symbolique ?**

Ces études montrent que nous attribuons un sens symbolique (idées, valeurs...) aux réalités physiques que nous percevons (couleurs, formes...). Cela reflète une forme de conscience collective et partagée du monde par lequel les différentes sociétés et cultures partagent certaines représentations en commun notamment des signes et des symboles. Ce processus de création du signe sera attribué par Lévi-Strauss à une forme de pensée associative innée chez l'homme ; C'est-à-dire un processus par lequel on remarque et l'on associe des similitudes de forme entre plusieurs choses dans une pulsion de recherche d'intelligibilité du monde (Lévi-Strauss, 1962, :282).

La problématique : « Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant ? » Est une question intimement liée à la vision du soin et des besoins des personnes en perte d'autonomie, mais aussi la vision qu'a notre société de l'aidant à domicile. Il semble que nous puissions agir sur l'aide à domicile ainsi que sur la condition des personnes en perte d'autonomie, via un levier de perception et sur les symboles qui leur sont culturellement associés ; En reconstruisant un nouveau symbole autour de l'aidant professionnel fait de nouvelles associations entre formes et idées.

Expérimentons comment notre perception évolue : Que voyez-vous ?

- Image 1 : Dessin d'une personne habillée d'un tablier, possédant une serpillère et un seau d'eau. Ce qu'on comprend : « C'est un.e employé.e de ménage »
- Image 2 : Dessin d'une personne habillée en tenue type « soignant »  
Ce qu'on comprend : « C'est une personne qui aide au domicile »
- Image 3 : (Le projet de tenue pour les professionnels du SRAD)  
Ce qu'il faudrait réussir à comprendre : « C'est un.e agent de bienveillance compétent qui veille sur moi ou mes êtres chers ».

*Symbolique à construire*



*« C'est un.e employé.e  
de ménage »*



*« C'est une personne qui a  
aide au domicile »*



*« C'est un.e agent de  
bienveillance compétent qui  
veille sur moi ou mes  
êtres chers »*

*Fig 9 : Une symbolique de la tenue d'agent de bienveillance à construire (Keefe, 2021).*

Quel serait le cahier des charges pour penser ce nouveau vêtement pour les professionnels de l'aide à domicile ?

- Rendre visible la performance (quels outils, ustensiles peuvent être à disposition de l'aidant ?).
- Permettre d'identifier les compétences, l'action et le type de tâches réalisées par l'aidant.
- Véhiculer le type de rôle social à travers le vêtement (quelque chose d'admirable, qui est légitime et qui mérite d'être respecté).



#### 5.4.5 S'inscrire dans le bon répertoire de signes

Ci-dessous, un schéma qui situe les métiers du service à la personne par rapport aux imaginaires auxquels ils sont communément associés. Il s'agirait donc de faire évoluer la perception au-delà des frontières de l'entretien et de la propreté.

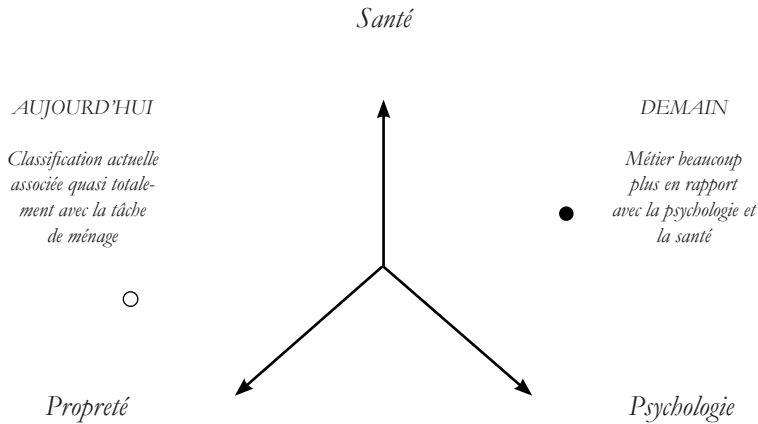


Fig 10 : S'inscrire dans le bon répertoire de signes (Keefe, 2021).

#### 5.4.6 Conception de la tenue

Nous réalisons une veille des répertoires de signes associés à la santé, au soin et à la psychologie en utilisant *Google image* comme base de données. Voici une interprétation des symboles qui ressortent des recherches et qui sont associés aux différents univers cités :

- **La psychologie** : Psychologue assis en travers (pas frontalement), jambes croisées, lunettes, chemise, carnet de notes, poser des questions, banquette, canapé, chaise longue de designer, plante verte, ambiance tamisée, confidentielle, patient allongé, cabinet sobre, élégant, sérieux, bibliothèque, lettre grecque : Psi.
- **Le soin** : Les mains paumes vers le ciel, la main posée, main sur épaule, tenir la main, symbole du cœur.

- **La santé** : Battement cardiaque (onde), cœur, stéthoscope, croix rouge ou verte, blouse blanche, maison avec un toit, fruits, joie nature, mains paumes vers le ciel, feuille verte, caducée (symbole de la mythologie grecque avec un bâton, deux serpents, des ailes).

Voyons ensuite les signes associés aux univers que l'on souhaite intégrer au projet de tenue d'agent de bienveillance afin de faire évoluer la perception de l'aide à domicile :

- **Le bien-être** : multicolor, bras levés au ciel face à la nature, soleil, jeter en l'air, envol, la mer, les fleurs, grand air, respiration.
- **La confiance** : poignée de main, équilibre, atteindre le sommet de la montagne.
- **Le respect** : poignée de main, la salut asiatique où l'on se penche en avant, applaudissements, képi, chapeau, toque.
- **L'honneur** : salut militaire, drapeau, diplôme, médaille, plaque gravée, écharpe, main du le cœur, mais sur un symbole (bible...), badge, étoile, décoration.
- **La douceur / délicatesse** : plume, blanc, pétales fleurs, pattes de chat.
- **Le réconfort** : câlin, boisson et soupe chaude, part de gâteau.

Découvrons un moodboard réalisé à partir de l'ensemble de ces thématiques :



Fig 11 : Moodboard tenue d'agent de bienveillance (Keefe, 2021).

Nous reprenons donc un ensemble de signes associés à la représentation que nous voulons que cette tenue incarne. On observe qu'il se dégage des textures, des formes, des symboles et des couleurs que nous pouvons réinvestir dans la conception de la tenue.

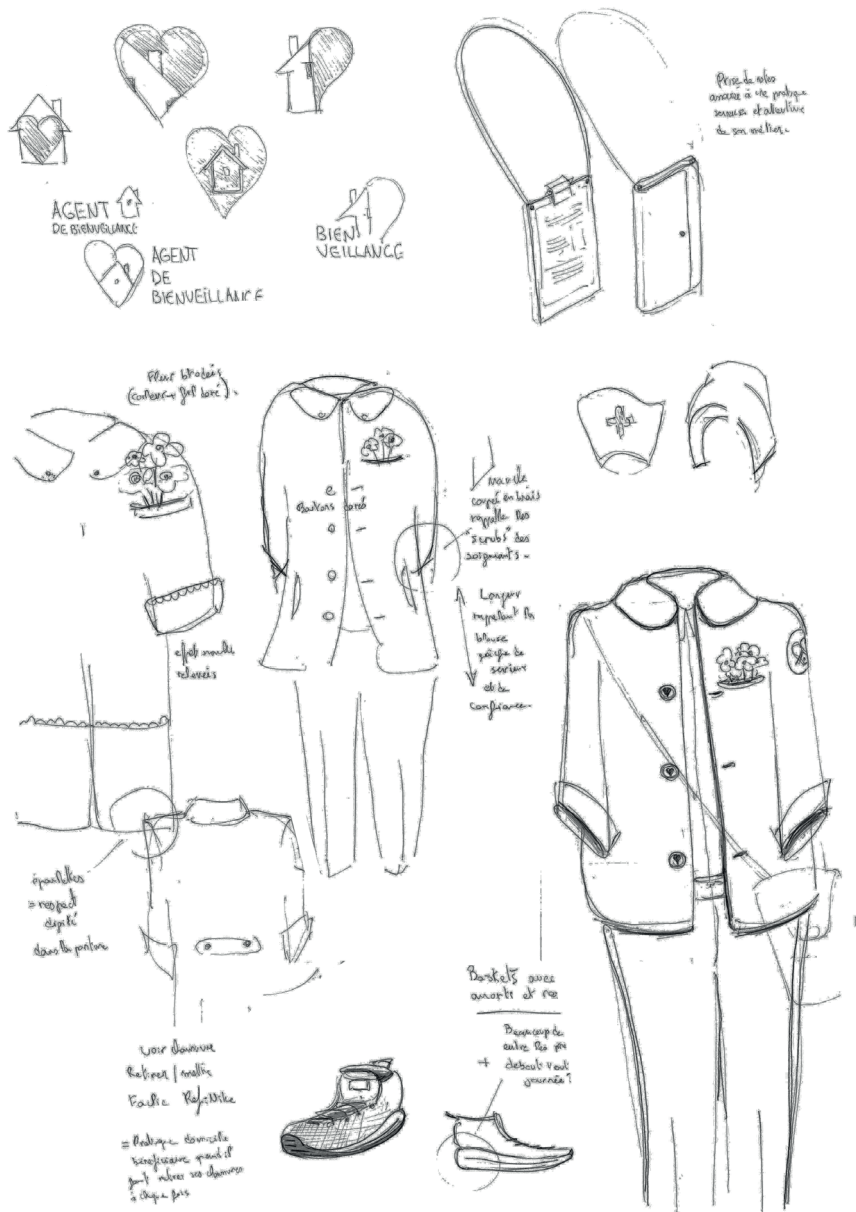


Fig 12 : Croquis tenue agent de bienveillance (Keefe, 2021).



*Fig 13 : Proposition de dessin de tenue d'agent de bienveillance (Keefe, 2021).*

## **Note d'intention sur la tenue d'agent de bienveillance :**

La tenue est composée d'une veste bleu marine à manches raccourcies et longue du buste. Les manches raccourcies permettent de rendre visibles les mains de l'agent pour renforcer l'idée que c'est un travail sensible et au contact de la personne. La visibilité des mains est aussi un signe de confiance renvoyée. La longueur de la veste rappelle la blouse et y associe l'idée de respectabilité et la couleur bleu marine de la veste vient renforcer ce côté formel sans être rigide. En dessous, une chemise rose pâle, à manches courtes et avec un col officier vient renforcer le sentiment de compétence perçue tout en envoyant un message de douceur et de délicatesse de par sa couleur et sa coupe ample. Un pantalon gris clair vient s'ajouter à la tenue avec une coupe et un pli permanent sur le devant des jambes permettant de donner un tombé net et une ligne droite aux jambes. Cette coupe permet de lisser la silhouette afin de correspondre à toutes les morphologies et procure une même allure élégante et donc une même confiance en soi au porteur, sans oublier un gain au niveau du confort.

La tenue se veut donc élégante dans l'idée qu'elle puisse participer à rendre visible le métier d'aide à domicile en lui donnant une image reconnaissable et séduisante, pour que cela puisse susciter des vocations, mais aussi de la fierté pour celui ou celle qui le porte. La tenue reprend certains codes de l'uniforme comme les 3 pièces (pantalon, chemise, veste). Le choix des coupes donne un caractère androgyne et unisexe à la tenue, rompant l'association systématique du travail en question avec les femmes. Le caractère formel et élégant de la tenue s'équilibre ensuite par son association à une paire de chaussures de tennis blanches, dont le confort est par ailleurs essentiel pour des agents qui travaillent toute la journée debout. Un autre détail comme le badge d'agent de bienveillance placé au niveau du cœur, informe sur le rôle de l'agent et le groupe auquel il appartient, tel un insigne ou un écusson de club dont le style est associé au domaine du sport afin de nuancer la tenue. Sur le badge est brodé un logo reprenant le symbole de la maison et du cœur superposés l'un dans l'autre, symbolisant le rôle de l'agent de bienveillance.

Une tenue qui permet de crédibiliser le rôle d'aidant à domicile, notamment par un accessoire : le sac professionnel. Le style de ce sac permet d'attribuer un esprit d'expertise à l'agent de bienveillance en reprenant des codes techniques et fonctionnels comme les fermetures éclair et les multiples poches, ce qui renvoie à l'idée que l'agent dispose d'un matériel spécialisé et professionnel. Par ailleurs, la tenue permet d'identifier l'agent de bienveillance comme faisant partie du domaine de « l'aide et de l'accompagnement à la personne », tout en ne permettant pas de les confondre avec d'autres intervenants ayant des compétences médicales particulières comme les infirmier.e.s ou les docteur.e.s.

## 5.5 La mise en place d'une thérapie par le toucher

Les bénéficiaires du SAAD sont dans une situation où ils sont confrontés à un sentiment difficile à appréhender ou à accepter, celui de s'approcher inévitablement de la mort du fait de leur avancée dans l'âge. Leur perte d'autonomie pouvant être interprétés comme étant des signes annonciateurs, cela contribue à générer de l'anxiété en plus des frustrations. De plus, la condition d'une personne en perte d'autonomie contribue à fragiliser l'estime de soi et le sens que l'on donne à sa vie.

Selon une étude réalisée par un groupe de chercheurs en psychologie de l'Université d'Amsterdam, le toucher aurait le pouvoir d'encourager ou de remobiliser des personnes ayant une faible estime d'eux-mêmes, réduisant leur anxiété face à la finitude. En effet, il a été démontré un lien entre le toucher et sa capacité à procurer une protection psychologique contre les angoisses existentielles, que ce soit par le fait de ressentir une main sur son épaule ou par un touché « simulé » par le contact sensoriel avec un ours en peluche (Koole et al., 2013).

### 5.5.1 Les bienfaits du câlin (toucher interpersonnel)

Le câlin permet de libérer de l'ocytocine dans notre corps, une hormone qui nous procure un sentiment de bien-être et de réconfort dont les personnes en perte d'autonomie auraient besoin. Le fait de procurer un contact physique aux personnes les plus isolées, et les plus sujettes à la dépression, leur ferait le plus grand bien en sachant aussi que le câlin pourrait permettre aussi d'établir une relation de confiance entre l'aidant et l'aidé. Ce geste envers la personne est d'ailleurs utilisé pour traiter la douleur et l'anxiété de patients diagnostiqués avec un cancer (Tesla et al., 2011).

Proposition à mettre en place dans le cadre du SRAD :

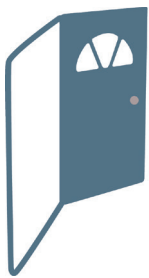
Nous suggérons donc dans le cadre des soutiens (prestations), la mise en place d'un ensemble de gestes que l'agent de bienveillance (professionnel de l'aide à domicile) peut adopter envers le bénéficiaire. Cette communication non-verbale pourrait prendre la forme suivante :

- **Une accolade thérapeutique :** Un geste d'acceptation, d'affection et de réconfort, qui humanise le bénéficiaire. Cette embrassade du buste avec les deux mains placées sur les deux omoplates, dure moins d'une dizaine de secondes et peut se dérouler en début et en fin de soutien comme une manière de saluer la personne avant et après son passage.

- **La main sur l'épaule** : Un geste de soutien et de mise en confiance, qui rassure le bénéficiaire. L'agent de bienveillance pose sa main sur l'épaule du bénéficiaire quelques instants lorsqu'il perçoit des signes de doute chez un bénéficiaire qui baisse la tête, ou de signes de nervosité quand le bénéficiaire semble agité lors des soutiens.

- **La tenue de la main** : Un geste d'écoute et de réconfort, qui peut apaiser le bénéficiaire. Tenir la main pendant que le bénéficiaire s'exprime peut lui permettre de se sentir davantage écouté et valorisé. La tenue de la main s'effectue lorsque l'agent de bienveillance et le bénéficiaire sont assis l'un en face de l'autre ou à côté de l'autre. L'agent doit en formuler la demande avant de prendre la main de la personne.

*L'accolade thérapeutique  
pour saluer*



*La main sur l'épaule  
pour rassurer*



*Prendre la main  
pour écouter*



*Fig 14 : Thérapie par le toucher interpersonnel (Keefe, 2021).*

Il convient également de penser le cadre des accolades thérapeutiques, qui nécessitent une formation sur comment on effectue le geste de l'accolade de sorte qu'il apaise et procure un sentiment d'existence à la personne tout en ne laissant place à aucune ambiguïté sentimentale ou sexuelle. En effet l'approche, le positionnement des mains, la posture du buste, l'émotion exprimée sur le visage, l'expression des mains ou encore la rotation de la tête... Tout cela va placer l'accolade sur une échelle de proximité, qu'il convient de maîtriser.

Dans le cadre de l'aide à domicile, il conviendrait donc sur ce type de geste de conserver une attitude neutre et amicale en demandant à la personne comment elle va pour lui signifier que l'accolade est réalisée au titre d'une salutation, avec un contact en face-à-face et seulement au niveau du haut du corps. Les bras de l'agent de bienveillance venant autour et par-dessus les bras du bénéficiaire, les mains de l'agent venant se positionner sur ses omoplates du bénéficiaire.



Il conviendra également de ne pas regarder la personne dans les yeux pendant l'accolade, mais de tourner la tête. Le but ici étant toujours d'apporter de la considération et non de l'affection.

### 5.5.2 Les vertues du toucher simulé

En partant du concept de « L'objet transitionnel » théorisé par Winnicott comme un élément charnière durant la période de la jeune enfance et sa construction, qui agit comme un élément de sécurité émotionnelle tel un ancrage (Winnicott, 1959); La personne en perte d'autonomie se retrouve dans une situation qui peut sembler comparable. En effet, son monde intérieur se déconstruisant progressivement, elle peut se sentir de plus en plus vulnérable dans un environnement qui semble de plus en plus hostile pour elle.

Cet objet, sans être forcément une poupée, ni une peluche, peut être un simple bout de tissu ou un vêtement ayant appartenu à un proche. Cet objet peut apporter du réconfort dans une période bouleversante et il peut permettre de pallier un manque affectif. Il est une présence rassurante et apaisante notamment par sa douceur et son odeur familière.

Un objet peut donc simuler le contact tactile pour procurer les effets bénéfiques du câlin. Des outils à câlins existent pour procurer une sensation enveloppante en appliquant une pression sur notre corps comme le font par exemple les poupées ou les peluches lestées comme le phoque Paro<sup>4</sup>. Le gilet de compression Squease<sup>5</sup> peut se gonfler discrètement sous les vêtements afin de comprimer le buste et ainsi d'exercer une sensation de pression enveloppante. Il a été développé par exemple pour rassurer les personnes autistes afin de les aider à traverser les moments de stéréotypies et les sur-stimulations trop angoissantes.

Proposition à mettre en place dans le cadre du SRAD :

Ma proposition ici serait de développer un plaid lesté et doux, capable d'offrir une protection contre l'anxiété et la dépression. Exerçant une action enveloppante sur le corps et douce sur la peau, ce plaid peut s'enrouler sur les épaules ou se mettre sur les genoux lorsque le bénéficiaire est assis. Il est donné par l'agent de bienveillance dans un geste de réconfort ou celui-ci dépose le plaid sur le bénéficiaire pour le rassurer ou le réchauffer puis il sera conservé par le bénéficiaire.

---

4. Peluche lestée « Paro » : <https://www.phoque-paro.fr/phoque-paro/>

5. Gilet de compression « Squease » : <https://www.bloghoptoys.fr/squease-origine-avis-utilisateurs>

### 5.5.3 S'apaiser et se rappeler avec le sac d'Augustine

Dans un autre registre, Le Sac d'Augustine<sup>6</sup> est un outil thérapeutique conçu par une infirmière travaillant auprès de personnes âgées atteintes de pathologies neuro-dégénératives. Elle a remarqué combien le toucher pouvait être important pour ces personnes, en particulier celui des tissu. En effet, beaucoup ont besoin de manipuler les serviettes de table, le coin des draps, les couvertures ou encore les blouses des soignants.

Le Sac d'Augustine peut intégrer des éléments sonores (grelots) qui favorisent le maintien en éveil et suscitent l'intérêt de l'utilisateur, permettant de calmer les angoisses du patient, de favoriser sa concentration sur l'élément tactile afin de lui éviter les sur-stimulations dans un milieu ambiant. Certains patients en phase d'agitation nocturne peuvent trouver un apaisement dans son utilisation. La conception du sac est basée sur des tissus doux, sans accroches ni fermetures éclair afin d'éviter tout risque cutané. Le sac peut aussi avoir une vocation de stimulateur de mémoire avec un panel de matières différentes comme des boutons de chemise, des boutons de jeans ou des éléments de tenues de travail.

Le Sac d'Augustine peut aussi être utilisé comme support de communication entre le patient et ses proches. C'est un outil facile à mettre en œuvre et qui selon les soignants l'ayant utilisé, ne les met pas en situation d'échec dans leur approche avec le patient.

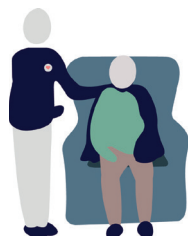
Proposition à mettre en place dans le cadre du SRAD :

Ma proposition ici est de mettre en place un outil similaire dans le cas de bénéficiaires anxieux et très repliés sur eux-mêmes, possiblement en très forte situation de perte d'autonomie. Lors de la première ou peut-être la deuxième rencontre, l'agent de bienveillance apporterait au domicile un sac avec dedans une multitude de chutes de tissus de formes, de couleurs et de textures différentes. Le bénéficiaire serait invité à ouvrir le sac et découvrir son contenu, puis pourrait être invité à choisir un morceau de tissu qu'il.elle pourra garder. Ce tissu choisi fait donc office à la fois d'un premier geste de l'agent de bienveillance envers le bénéficiaire permettant d'installer un climat de confiance, mais aussi susceptible d'incarner une forme d'objet transitionnel qui pourra être utile pour le bénéficiaire par la suite dans la gestion de ses angoisses.

---

6. Voir article sur le sac d'Augustine conçu par B. Mignot : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/alzheimer-infirmiere-concoit-sac-pour-apaiser-patients.html>

*Le plaid  
lesté*



*Le sac  
d'émerveillement*



Fig 15 : Thérapie par le toucher simulé (Keefe, 2021).

## 5.6 Le calendrier des envies : un outil pour développer le dialogue avec le bénéficiaire et son envie d'autonomie

### 5.6.1 Comment se déroule l'évaluation des besoins aujourd'hui ?

Voici le déroulement par étapes, du processus d'évaluation des besoins des bénéficiaires comme il est pratiqué aujourd'hui :

#### 1. La prise de renseignements et la recherche d'un premier interlocuteur :

Les aînés en perte d'autonomie eux-mêmes ne se manifestent quasiment pas, ce qui entraîne un manque de visibilité sur la condition de détresse des personnes, ni sur leur étendue sur le territoire. Les signalements viennent pour la plupart de la famille, qui s'inquiète ou qui s'épuise depuis des années à s'occuper de l'aîné en perte d'autonomie. En difficulté, la famille contactera en général un médecin généraliste, le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), une caisse de retraite ou même parfois directement un prestataire d'aide ou de soins à domicile comme les SAAD, SPASAD, SSIAD...) s'ils en ont la connaissance. À ce stade, les demandeurs peuvent soit décider d'assumer l'entièreté de la facturation des prestations/soins auprès du prestataire (c'est rare), soit effectuer une demande d'aide financière, auquel cas ils seront

orientés vers leur caisse de retraite. Parfois, quand la perte d'autonomie est à un stade trop avancé, le placement en établissement peut être suggéré directement par le médecin.

## **2. La centralisation de la demande vers un coordinateur :**

Sur le territoire Ulissien, le Pôle NOA (Nord Ouest Autonomie) est un service d'aide à la coordination qui assure l'accompagnement des personnes âgées, famille et entourage dans le cadre de la perte d'autonomie. C'est un service qui regroupe les compétences de plusieurs dispositifs (CLIC, MAIA...), auquel peuvent adhérer les différentes structures comme le département, l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'assurance retraite ou encore le SAAD des Ulis. Le rôle du service de coordination est aussi de trouver des places, des créneaux disponibles et des tarifs adaptés à la demande de la personne. Toutefois, le bénéficiaire peut s'organiser lui-même s'il le souhaite afin de trouver les prestataires et d'effectuer seul sa demande de financement etc. En effet, certains sites internet ou documentations papier sont mis à disposition par les caisses de retraite, les associations ou les prestataires comme le SAAD des Ulis avec son « livret d'accueil du bénéficiaire », et permettent aux usagers de se repérer et de procéder aux démarches. Par ailleurs, une réorganisation de ces dispositifs doit avoir lieu avant 2022 afin de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé des personnes en s'appuyant sur les apports et acquis des différents dispositifs de coordination, tout en améliorant leur lisibilité et leur efficacité.

## **3. La constitution d'un dossier de demande d'aide :**

Sont recueillis par le service de coordination : les besoins du demandeur, sa situation sociale, ses revenus ou encore son âge. Qui sont tant de critères pour constituer un dossier de demande d'aide et pour déterminer un plan de financement, qui dépend d'une caisse dédiée (le financeur). Un demandeur en forte perte d'autonomie (GIR 1 à 4), sera orienté vers le montage d'un dossier APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie), qui est financé par une caisse de solidarité et d'autonomie. Pour les personnes en faible perte d'autonomie (GIR 5 à 6), un dossier CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) sera préféré et sera lui financé par la caisse nationale des retraites.

## **4. L'évaluation des besoins à domicile :**

Afin de permettre l'accès aux diverses aides financières existantes pour la personne en perte d'autonomie, la caisse de retraite dont dépend l'aide,

missionne un.e des ses évaluateur.rice chargé.e d'effectuer une évaluation complète du GIR du futur bénéficiaire à partir de la grille AGGIR, ainsi qu'un entretien pour comprendre et cibler ses difficultés et ses besoins au quotidien. Cette estimation va définir le GIR (groupe iso ressource), soit le niveau de perte d'autonomie de la personne. Il s'agit d'observations pratiques portant sur les capacités physiques de la personne (ce que la personne peut faire ou ne pas faire). Cette évaluation aboutit au plan d'aide où sont prescrites un ensemble d'heures et des types de prestation en fonction des ressources et des besoins de la personne. L'évaluateur.rice propose également une sélection de prestataires au futur bénéficiaire qu'il.elle pourra rencontrer et choisir. Le SAAD des Ulis par exemple, si il est choisi par le bénéficiaire, réalisera également un entretien complémentaire afin de remplir un formulaire de « projet personnalisé » afin d'imaginer un accompagnement et une ou un ensemble de prestations en fonction de ce qu'il peut proposer.

## **5. La mise en place de l'aide :**

Le plan d'aide est attribué au futur bénéficiaire sous réserve de la validation d'une commission au conseil départemental et de la signature d'un contrat entre le bénéficiaire et le ou les prestataires qui vont travailler pour lui. C'est à ce moment-là que le SAAD peut intervenir, avec un nombre d'heures allouées pour tels types de besoins. L'aide sera ensuite versée au prestataire et directement déduite sur la facturation des prestations. En fonction de l'offre des caisses de retraite (financeurs), le bénéficiaire pourra aussi avoir accès à d'autres services où aides existantes comme la possibilité de participer à des ateliers mémoire ou encore un chèque pédicure-podologue qui a pour but de soigner la capacité à marcher des personnes. Le SAAD pourra ensuite faire des remontées de besoins issues du terrain quand c'est nécessaire, et pourra contribuer à faire évoluer le plan d'aide du bénéficiaire.

### **5.6.2 Les problématiques liés à cette évaluation des besoins et la priorisation des besoins « pratiques » sur les besoins psychologiques**

Si on prend la fiche de synthèse d'évaluation utilisée par l'évaluateur.rice missionnée par le département, par exemple dans le cadre des bénéficiaires pris en charge par la CNAV; on constate que les prestations préconisées sont arrangées d'une certaine manière. En effet, l'aide au ménage, l'entretien du linge et les gros travaux de nettoyage

sont disposés dans l'ordre de lecture en haut de la fiche d'évaluation, comme les trois premières prestations à préconiser. Tandis que l'aide concernant la vie sociale et la prévention sont par exemple en bas de la fiche, en avant-dernière et dernière position des besoins à vérifier.

Par ailleurs, lors de l'étape d'évaluation des besoins, chaque évaluateur.ice est informé des ressources mensuelles de la personne, et doit par conséquent procéder à des choix de prestation en fonction de ses besoins, mais aussi du budget du bénéficiaire. Les restrictions budgétaires du bénéficiaire poussent l'évaluateur.ice à orienter ses choix vers ce qu'il.elle considère comme les prestations essentielles prioritaires, ce qui peut avoir tendance à rapidement disqualifier la réponse aux besoins psychologiques et sociaux de la personne. En effet, les attributions d'aides concernant le bien-être, le maintien du lien social ou de la prévention semblent très rares. Aux Ulis par exemple, on constate que l'attribution des prestations au SAAD des Ulis, par l'évaluateur.ice, résulte principalement d'une aide ménagère. Les agents du service estiment que l'aide ménagère est dans l'ordre la prestation attribuée la plus courante, suivie de l'aide à l'entretien du linge, puis l'aide aux courses, l'aide à la toilette et l'habillage, l'aide à la préparation des repas, l'aide aux déplacements extérieurs (promenades, animations...), l'aide à la gestion et finalement en dernière position l'aide morale et psychologique. Il faut aussi savoir que par aide morale et psychologique on entend par là le traitement de troubles sévères en cas d'Alzheimer ou de démence. On est très loin d'un accompagnement psychologique pour « bien vieillir ».

Cette priorisation des besoins pratiques est peut-être aussi due à un manque de connaissance des besoins de la personne, notamment lors de l'évaluation des besoins au domicile. En effet, on sait qu'une personne en perte d'autonomie a du mal à exprimer ses besoins dits supérieurs (psychologiques et sociaux). Peut-être par déni, par honte, aussi par le fait de n'avoir pas forcément confiance ou conscience de ce que peut proposer l'aide à domicile, considérant que c'est simplement une aide pour faire le ménage. Par exemple, durant ma période d'immersion, j'ai pu observer que la première raison des appels destinés au SAAD était pour demander un renseignement au sujet de prestations de ménage. Les agents devant rappeler sans cesse que l'aide à domicile ce n'est pas vraiment du ménage.

Le plan d'aide défini au départ à la suite de l'évaluation des besoins, pourra néanmoins évoluer grâce aux retours de terrain des professionnels de l'aide à domicile, qui constatent bien ce que le bénéficiaire peut, ou ne peut pas faire et par conséquent ce dont la personne a besoin. Le professionnel de l'aide à domicile a donc un rôle très important à jouer dans sa capacité à réaliser une évaluation des besoins en continue et au contact de la personne au quotidien. Cette démarche de proximité mérite d'être développée en donnant les moyens aux

professionnels de l'aide à domicile de comprendre davantage le bénéficiaire, lui permettant d'exprimer au mieux ses besoins et ses envies, afin de pouvoir réaliser un accompagnement adéquat, capable de maintenir et de stimuler l'autonomie de la personne.

### 5.6.3 Accéder aux besoins non exprimés de la personne

Nous avons vu dans les parties précédentes, que l'autonomie est une question de maintien d'un équilibre physique et psychique dans la vie de la personne, qui peut se fragiliser à la suite de différents bouleversements et qui s'aggrave aussi rapidement que rien n'est fait pour réparer l'estime de soi, le contact social ou encore le bien-être. L'absence d'envie, le repli sur soi, la perte de relations et de sens social, sont des facteurs qui conduisent inévitablement à générer des pertes de capacités notamment physiques jusqu'à la perte d'autonomie. Dans un objectif de maintien de l'autonomie des personnes le plus longtemps possible, leur accompagnement devra évoluer pour répondre davantage aux besoins dits supérieurs capables de participer au bien-être et à l'envie d'autonomie.

Mais aujourd'hui, on peut constater qu'il y a plusieurs blocages dans la manière d'évaluer, de détecter, mais aussi de considérer ce type de besoins humains. Nous savons qu'une écoute attentive du bénéficiaire est effectuée lors de l'étape d'évaluation des besoins au domicile par un évaluateur du département, mais aussi réalisée par le service d'aide à domicile. Cependant, les besoins de la personne en perte d'autonomie ne sont pas forcément exprimés ou visibles durant cette phase d'évaluation, où du moins ceux exprimés sont très « matériels ». Le bénéficiaire vous dira qu'il a besoin qu'on fasse du ménage où qu'on l'aide à effectuer une tâche, mais il ne vous dira pas « je me sens seul et j'ai besoin de quelqu'un ». Les besoins émotionnels se révèlent parfois avec le temps, parfois pas du tout, mais dans tous les cas à la suite d'une relation de confiance qui doit se construire entre le bénéficiaire et le professionnel de l'aide à domicile.

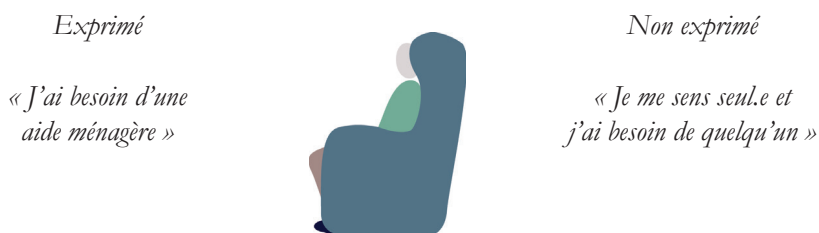


Fig 16 : Les besoins non exprimés (Keefe, 2021).

On sait déjà que les professionnels de l'aide à domicile reçoivent des formations dans divers domaines comme le fait d'apprendre à appréhender les troubles cognitifs associés par exemple à la maladie d'Alzheimer, mais aussi d'apprendre à appréhender les handicaps physiques en apprenant les bonnes postures et les bons gestes à effectuer lorsqu'on doit manipuler le corps du bénéficiaire (lever, coucher...). Cependant, les professionnels de l'aide à domicile ne sont pas formés au dialogue et ne disposent pas non plus d'outils pour cela. Le dialogue et la relation avec le bénéficiaire sont aujourd'hui hypothétiques et souvent relégués au second plan lors des prestations. Il est attendu du professionnel de l'aide à domicile qu'il trouve lui-même des moyens et du temps pour amener le bénéficiaire à considérer participer à des activités qui lui feraient du bien. Le fait de simplement demander à une personne âgée en perte d'autonomie ce qu'elle veut faire ne suffit pas, car les personnes vous répondront souvent qu'ils n'ont rien envie de faire, où qu'ils ne savent pas.

Certes, l'aide à domicile permet aux personnes en perte d'autonomie d'avoir déjà un minimum vital de soutien afin de les aider à se maintenir en vie, mais ce n'est pas forcément suffisant pour donner envie de vivre à des personnes qui semblent y être résignées, comme si ces personnes avaient choisi d'oublier la substance de l'existence afin d'atténuer la réalité de leur souffrance et de la frustration que leur font subir leurs incapacités et leurs manques (physiques ou affectifs). Il s'agirait donc de penser un outil capable de créer les conditions pour nouer un premier dialogue entre le bénéficiaire et l'aide à domicile !

#### 5.6.4 Veille des outils existants

Des outils existent notamment pour des enfants ayant des troubles du comportement, qui peuvent les aider à exprimer et à canaliser leurs émotions. Par exemple, le livre *La couleur des émotions*<sup>7</sup> associé au *Kit des émotions* de Anna Llenas permet à l'utilisateur de mettre des mots sur ce qu'il ressent, sur des sensations et des émotions. Cela lui permet également d'apprendre à les accepter et les exprimer.

La société Hop Toys<sup>8</sup> développe et propose à la revente quant à elle des jouets et solutions ludiques adaptés à l'apprentissage et la rééducation d'enfants & seniors porteurs de handicap, polyhandicap, troubles autistiques, DYS.

---

7. Voir livre « *La couleur des émotions* » de Anna Llenas : <https://www.hoptoys.fr/434-kit-d-activites-la-couleur-des-emotions>

8. Voir site web de la société Hop Toys : <https://www.hoptoys.fr/>



Pour la maladie d'Alzheimer le site propose notamment des imageries pour permettre de se projeter dans des activités, des panneaux sensoriels à toucher, des objets ou des figurines à manipuler avec dextérité, des peluches lestées, des cahiers avec des questions pour cogiter, des boîtes à sons, des objets à construire, des outils pour planifier sa journée ou sa semaine avec des pictogrammes, un mangeoire pour faire venir les oiseaux, des poupées d'empathie, des frises pour se rappeler d'un protocole (toilette, s'habiller...), des puzzles ergonomiques, des boîtes à sons...

### **5.6.5 Développer le dialogue et l'envie d'autonomie**

Nous imaginons donc la conception d'un outil, qui pourrait donc participer à créer une dynamique d'accompagnement, aidant le bénéficiaire à retrouver une forme de motivation, d'élan de vie, mais aussi à exprimer ses émotions, ses envies et à envisager des activités et des actions permettant de participer à la préservation de son autonomie.

Cela pourrait être un tableau en velcro présentant les jours de la semaine avec différents espaces et des éléments (pictogrammes, mots) à coller ensemble avec l'aidant qui accompagne le remplissage du tableau. Les premiers éléments à placer seraient les dates et les heures des prochains soutiens (visites). Cela permettrait déjà de limiter les oublis de prestations. L'outil pourrait comporter des éléments météo (soleil, nuages, pluie, vent...), cela permettrait d'entamer une première projection comme : « ah on pourrait sortir il fera beau la semaine prochaine si ça vous dit ».

La sortie est très souvent refusée par le bénéficiaire, même lorsque la personne a pu exprimer une envie de sortir au préalable. Lorsque c'est le moment de sortir c'est comme si la personne se retrouvait au bord d'un gouffre où les angoisses reprennent le dessus et alors il devient quasiment impossible de faire sortir certaines personnes, même si elles le peuvent, même si elles le veulent (ayant exprimé au préalable l'envie), et même si elles en auraient besoin.

Le fait de proposer l'idée de la sortie sur un tableau, et de commencer à la matérialiser par le geste, par une image d'un grand soleil avec une date comme « mardi prochain » par exemple ; permet à la personne d'exprimer une envie sans qu'elle n'ait besoin d'en assumer la conséquence immédiate de son sentiment d'incapacité à la réaliser. Et lorsque la personne se retrouve seule à nouveau dans son confort habituel sans la présence d'une personne extérieure qui peut être intimidante, elle peut méditer durant la semaine sur l'idée de sortie proposée par l'aidant et être plus à même d'accepter de sortir la prochaine fois. Même elle ne sort toujours pas, ce n'est pas grave cela permet déjà de commencer à

structurer le quotidien du bénéficiaire, qui peut se projeter dans sa semaine. Le calendrier pourrait aussi permettre au bénéficiaire de dédramatiser l'expression de ses envies sous forme de mots, d'images et d'émotions sur le tableau. Le choix d'une activité peut aussi provoquer une confrontation brutale entre l'envie et des sentiments contradictoires comme l'anxiété, la peur ou le dépit. Ce tableau des envies pourrait donc intégrer divers mots et pictogrammes à coller, mais aussi une roue des envies à faire tourner afin d'atténuer l'angoisse d'avoir à choisir des activités.

« *Aujourd'hui,  
je vais bien* »

*Lundi*



Fig 17 : Usage des pictogrammes pour faciliter l'expression d'une envie (Keefe, 2021).

Le remplissage du tableau des envies se conçoit donc comme un moment d'échange en amont de chaque soutien au domicile, durant lequel il est important de laisser le bénéficiaire décider et ne pas penser à sa place. Pour préserver leur autonomie, il est important de chercher à les impliquer au maximum dans les prestations et les activités jusqu'à leur planification, mais aussi de leur attribuer et de valoriser des connaissances et des capacités qu'ils possèdent encore.

Cependant, il n'y a pas de solution unique qui fonctionnerait pour toutes les personnes. Certaines personnes vont accepter la présence de l'outil, d'autres vont la refuser. C'est pour cela que tout objet qui viendrait s'insérer dans le quotidien ou dans l'espace de vie des bénéficiaires ne doit pas perturber l'univers de la personne. Par conséquent, l'outil doit avoir une présence neutre qui s'intègre facilement.

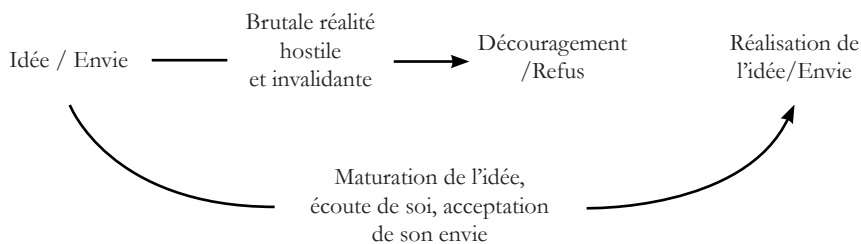


Fig 18 : Schéma de l'envie d'autonomie (Keefe, 2021).

### 5.6.6 Conception de l'outil « calendrier des envies »

Note d'intention :

Le calendrier des envies est un outil qui assure une place à la relation sociale entre l'aidant et l'aidé pendant la prestation. Il permet au dialogue de devenir partie intégrante de l'accompagnement avec des moments et un support dédié. Un outil qui permet dans un premier temps d'amorcer une reprise de la conscience de soi du bénéficiaire en prenant avec lui.elle le temps de penser à ses qualités individuelles ou ce qu'elle.il aime chez elle.lui. Un outil lui permettant d'exprimer ses émotions et ses envies sans qu'il.elle soit confronté trop brutalement à leur réalisation. Une première étape permettant de reconstruire la confiance en soi et de remettre la.le bénéficiaire en phase avec elle.lui même afin de l'amener à écouter ses envies, à envisager des activités, à sortir, à exister ! L'agent de bienveillance serait là pour accompagner le bénéficiaire en menant la conversation à l'aide de l'outil calendrier qu'il.elle rempli avec le.la bénéficiaire. L'agent de bienveillance aurait ensuite pour mission de faire le lien entre le contenu de l'introspection du bénéficiaire et quelque chose de plus grand, comme un projet exprimé par le bénéficiaire. Faire ce lien entre le « soi » et des activités permettrait ainsi de soigner la démotivation et de progresser dans une ambition d'autonomie. La mise en place de cet accompagnement et de cette planification pourrait aussi être soutenue par les agents en charge du fonctionnement du SRAD.

Voir le prototype du calendrier des envies sur la double page suivante :



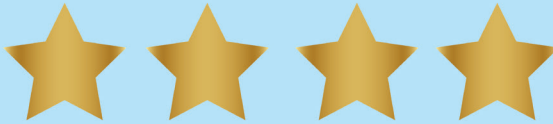
# MON CALENDRIER DES ENVIES !

## MES QUALITÉS

**PRÉNOM:**

**ANCIENNE PROFESSION:**

**MES QUALITÉS:**



## FAITES TOURNER LA ROUE DES ENVIES !

*Ce que j'aime, ce que j'ai aimé, ce que j'aimerais faire...*

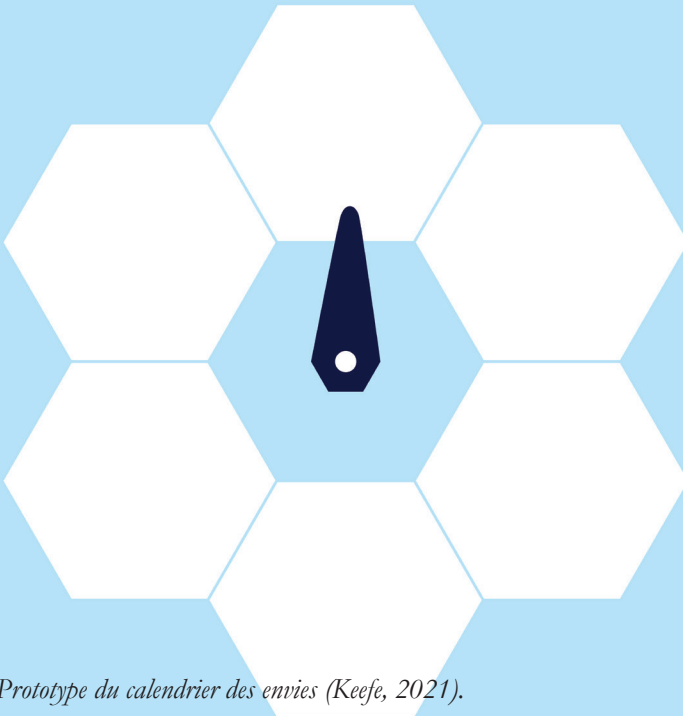


Fig 19 : Prototype du calendrier des envies (Keefe, 2021).

# 1 JOUR 1 PAS VERS L'AVANT

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

**J'UTILISE MES QUALITÉS  
POUR AVANCER  
VERS MON OBJECTIF**

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

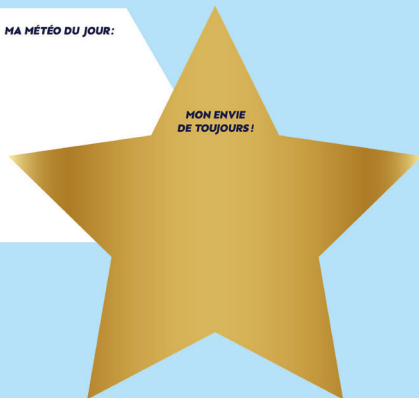
DATE:

MA MÉTÉO DU JOUR:

MON ENVIE DU JOUR:

**MON ENVIE  
DE TOUJOURS !**

MON ENVIE  
DE TOUJOURS!



### 5.6.7 Développer l'empathie comme compétence professionnelle pour accompagner et soutenir les bénéficiaires.

Développer un outil comme le calendrier des envies et imaginer une formation continue à l'apprentissage du dialogue pour les agents de bienveillance ne suffit pas. En effet, pour légitimer cette approche comme faisant partie d'une prestation comprise dans un plan d'aide, il faut plusieurs choses :

- Que les besoins psychosociaux soient reconnus comme ayant une importance au moins égale aux besoins pratiques de la personne pour lutter contre sa perte d'autonomie.
- Que l'empathie soit reconnue et développée comme une compétence professionnelle afin qu'elle puisse être pratiquée par les professionnels de l'aide à domicile afin d'améliorer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes au quotidien.

L'approche empathique vient contredire l'approche curative qui a pour but de traiter et de guérir. Nous avons vu dans les parties précédentes, que la vieillesse ou la perte d'autonomie ne sont pas des choses que l'on peut traiter ou guérir, mais qui s'accompagnent. L'approche curative se serait d'ailleurs imposée avec le développement de l'approche scientifique en médecine introduisant le concept d'impassibilité où les médecins ont été incités à la neutralité émotionnelle afin de pouvoir prendre des décisions logiques basées sur des faits (Mudiyanse, 2016). Mais alors que cette approche curative semble nécessaire pour la prescription de médicaments, elle semble faire défaut dans la relation au bénéficiaire. L'empathie, au contraire, fonde le principe de bienveillance et permet de reconnaître le patient comme un individu à part entière plutôt qu'un simple organe ou une maladie à traiter.

L'empathie s'oppose à la sympathie, et cherche plutôt l'encapacitation du patient au-delà de sa satisfaction. L'empathie est importante pour permettre la communication, mais aussi nécessaire pour construire une relation de confiance entre l'aidant et l'aidé. L'empathie est un effort davantage intellectuel qu'émotionnel dans le sens où l'on cherche à répondre au besoin « d'être compris » de la personne en se mettant à sa place, ce qui est différent de l'affection par exemple. L'empathie permettrait de développer une relation à l'autre et donc au bénéficiaire de pouvoir partager ses expériences et ses émotions.

Pratiquer l'empathie dans le cadre d'un travail d'accompagnement :

L'aidant à domicile peut ainsi aborder les discussions avec le bénéficiaire par des questions ouvertes, pour encourager le bénéficiaire à raconter son histoire

en écoutant ses préoccupations, ses émotions et ses attentes et en lui répondant de manière empathique. C'est là que peut intervenir l'outil-support du calendrier des envies, qui permet d'entrer dans cette démarche d'échange.

Selon le modèle de Calgary Cambridge, certaines pratiques peuvent aussi aider à développer l'empathie comme compétence comme : l'analyse vidéo et audio d'entretiens avec des bénéficiaires, mais aussi les jeux de rôles, notamment l'exercice de jouer le rôle du bénéficiaire dans le cadre d'une prestation (Mudiyanse, 2016).

Une fois ces critères définis pour pratiquer l'empathie dans un cadre professionnel, nous pourrions donc faire avancer l'accompagnement de la perte d'autonomie et permettre sa mise en œuvre dans le cadre des plans d'aides tout en valorisant et en développant le rôle du professionnel de l'aide à domicile grâce à un outil de dialogue et d'introspection comme le calendrier des envies.

### **5.6.8 Scénario d'usage de l'outil calendrier des envies :**

- 1.** Présentation et remplissage de la première partie (mes qualités & la roue des envies) du calendrier par l'agent de bienveillance lors d'une prestation dédiée à la première rencontre chez le bénéficiaire, afin dans un premier temps d'établir un climat propice au dialogue et à l'accompagnement. L'agent de bienveillance apprend donc à connaître le bénéficiaire, et le bénéficiaire à se connaître aussi.
- 2.** Au début de chaque soutien (prestation) au domicile, l'agent de bienveillance prend un moment pour échanger avec le bénéficiaire pour lui permettre d'exprimer comment il se sent aujourd'hui et définir quel pas en avant il ou elle se sentirait capable de faire. Pour cela, on utilise la deuxième partie de l'outil calendrier (1 jour 1 pas en avant). L'agent se sert des qualités et des envies inscrites auparavant pour construire un chemin de motivation vers un objectif plus grand, qui pourra être défini dès la première rencontre ou après quelques soutiens.
- 3.** Une formation continue à la pratique professionnelle de l'empathie, se déroulant sur le temps de réunion d'équipe. La formation est pensée sous la forme d'un jeu de rôle avec l'outil calendrier des envies. À tour de rôle, les agents de bienveillance incarnent la place du bénéficiaire et pratiquent l'écoute ainsi que l'exercice de la réponse empathique. Les agents de bienveillance peuvent ainsi simuler des difficultés qu'ils ont rencontrées et les soumettre aux autres agents. Les échanges d'expériences et de ressenti permettent à chaque agent de comprendre comment développer et améliorer leurs compétences liées à la pratique professionnelle de l'empathie.



1. La première  
rencontre

2. Un suivi  
régulier

3. La formation  
en continue



Fig 20 : Scénario d'usage du calendrier des envies (Keefe, 2021).

## 5.7 Réunion de présentation / échanges avec les professionnels de l'aide à domicile.

Une réunion a été organisée avec les professionnels de l'aide à domicile, afin de présenter ces recherches de manière succincte et pour pouvoir échanger dessus. Cette présentation a été pensée dans un premier temps pour permettre aux professionnels de re situer leur rôle au sein du service et leur importance aujourd'hui et à l'avenir dans la société. Nous avons ensuite abordé la question de la perte d'autonomie, notamment la situation sociale et psychologique dans laquelle peuvent se trouver les bénéficiaires qui perdent leur autonomie cela afin de démontrer que la perte d'autonomie est accentuée si ce n'est causée par une perte progressive d'un équilibre social et émotionnel du bénéficiaire. Que l'aide à domicile, en plus d'accompagner le corps des personnes en perte d'autonomie à réaliser des tâches, intervient au-delà des prestations d'ordre pratique dans une démarche de maintien voir de reconstruction de la vie des personnes par un travail agissant sur le bien-être capable de stimuler l'envie d'autonomie.

À la suite de cette présentation, ont été présentées certaines propositions comme la modification de certains mots du lexique employé autour du bénéficiaire, ainsi que l'implémentation de certains gestes, mais aussi en introduisant l'usage de nouveaux outils d'accompagnement. Puis durant les échanges, le sujet de la prise de repas partagé est ressorti. En effet, les professionnels racontent un certain malaise vécu par les bénéficiaires qui doivent manger seul, et qui ne peuvent pas - selon la convention départementale des services d'aides à domicile - inviter l'aide à domicile à partager ce moment avec eux. Il existe une ambiguïté autour de cette question

de la prise de repas partagée, entre la connaissance que c'est un besoin pour certains bénéficiaires et son interdiction. Cette interdiction aurait été une mesure pensée dans le cadre d'un code de conduite des professionnels de l'aide à domicile, à qui on demande de se concentrer sur les heures et les prestations prévues dans le cadre du plan d'aide et donc se refuser les invitations à la table du bénéficiaire sur ce temps de travail. Par ailleurs, il existe aussi un risque sanitaire pour le professionnel à accompagner le déjeuner ou le dîner, avec des conditions d'hygiène qui peuvent être déplorables chez certains bénéficiaires. La sécurité du professionnel est aussi à prendre en compte (propreté, qualité de la nourriture) avant de pouvoir considérer l'autorisation de la prise de repas partagée. Interdire le repas partagé aura donc été le moyen le plus simple pour le département d'anticiper ces éventuelles problématiques, mais cette décision, on le sent, pénalise le bénéficiaire.

Il faut aussi savoir que certains bénéficiaires ne voudraient pas forcément inviter à leur table ce qu'ils considèrent comme leur femme de ménage et on observe encore ici comment le manque de reconnaissance de l'aide à domicile peut pénaliser l'accompagnement et la santé du bénéficiaire.

Il ressort globalement de ces échanges, la nécessité de construire un cadre légal d'intervention pour que cette prise de repas partagée soit comprise dans le plan d'aide du bénéficiaire. Il convient donc de penser le repas partagé comme une prestation à but thérapeutique, dont les termes et les besoins devront être définis.

## **5.8 La nécessité de faire évoluer le cadre de l'accompagnement à domicile (Récapitulatif des solutions proposées).**

La question du cadre est donc centrale et fait écho à l'ensemble des propositions comprises dans l'idée du SRAD. On sait que la condition de la personne en perte d'autonomie nécessite une forme de service qui ne fait pas « à la place de », mais qui fait avec la personne. C'est là toute la complexité de construire un accompagnement, qui pour répondre à un ensemble des besoins humains qui soutiennent l'autonomie, doit engager un certain rapprochement entre l'aidant et l'aidé (empathie, toucher, repas ensemble, écoute, considération...). Développer une approche psychosociale du soin nécessite donc plusieurs choses :

- D'être en capacité de pouvoir reconnaître ce type de besoin chez le bénéficiaire.
- De développer des compétences pour répondre à ce type de besoin par le professionnel de l'aide à domicile.
- De légitimer la pratique de ces compétences, pour que le bénéficiaire soit ouvert à ce qu'on répond à ses besoins psycho-sociaux ou que ses besoins soient d'avantage légitimes et considérés comme importants dans le processus d'attribution des heures de prestations.

Le calendrier des envies a donc été pensé comme un outil-support permettant d'instaurer le dialogue comme un moment faisant officiellement partie de l'accompagnement. Un outil permettant de reconnaître les besoins psychosociaux du bénéficiaire qui peut apprendre à s'écouter de nouveau. Un outil qui permet aussi à l'aidant à domicile de développer les compétences nécessaires pour accéder à ces besoins, comme l'écoute et le dialogue compris dans l'idée d'une pratique professionnelle de l'empathie, afin que ce rapprochement dispose d'un cadre professionnel adéquat. Des compétences qui sont développées en formation continue lors des réunions où les professionnels de l'aide à domicile échangent leurs rôles et se mettent à la place du bénéficiaire pour soumettre et résoudre ensemble les difficultés auxquelles ils ont pu faire face.

Cette capacité de réponse du SRAD aux besoins psychosociaux du bénéficiaire, est renforcée par l'introduction de nouvelles prestations en rapport avec le bien-être de l'individu comme l'apport de bonnes nouvelles, la recherche d'un sommeil réparateur ou encore la visite d'un animal de compagnie plein de joie et de douceur, qui par ailleurs peut favoriser la sortie en générant une motivation pour réaliser des promenades accompagnées. Certains outils comme le plaid lesté et le sac d'émerveillement permettent d'apporter une solution dans certaines situations où les bénéficiaires seraient très repliés sur eux-mêmes.

La perte d'autonomie entretenant un fort lien avec la psychologie du bénéficiaire, que ce soit dans l'envie d'autonomie ou encore la nécessité de la construction d'une relation de confiance entre l'aidant et l'aidé; La thérapie par le toucher (main sur l'épaule, accolade thérapeutique...) permet de mettre en confiance le bénéficiaire dans la réalisation d'activités vers lequel on pourrait l'amener comme le fait de vouloir sortir à nouveau, mais aussi dans les moments d'anxiété ou les besoins d'écoute.

Il est important de redonner confiance au bénéficiaire, mais aussi essentiel que le bénéficiaire ait confiance dans le professionnel de l'aide à domicile. Cela passe par une reconnaissance du rôle de l'aidant à domicile et de ses compétences.

Pour cela, nous pouvons faire évoluer l'image de l'aide à domicile grâce à la tenue d'agent de bienveillance qui revêt des symboles comme la dignité, la douceur ou encore la santé, renvoyant à un sentiment de compétence dans l'accompagnement en plus de donner un rayonnement différent au métier afin de contribuer à créer de nouvelles vocations.

Finalement, la proposition d'un nouveau lexique autour du service d'aide à domicile permet de poursuivre la construction de ce nouveau rapport à l'accompagnement de la perte d'autonomie. En renommant le service, le nom du métier d'aidant à domicile ou encore en renommant les prestations. Cela permet de construire une nouvelle représentation du service, qui donne un nouveau sens à la lutte contre la perte d'autonomie, ainsi qu'un nouveau sens au rôle du service et au métier des aidants à domicile. Ainsi, le SAAD deviendrait le SRAD (Service de Réconfort et d'accompagnement à Domicile), les aides à domicile deviendraient des agents de bienveillance, l'évaluation des besoins deviendrait une rencontre, l'aide ménagère deviendrait l'idée de « se sentir bien chez soi », ce qui transforme l'idée du nettoyage en objectif thérapeutique. La prise de repas deviendrait un « déjeuner ensemble », ce qui transforme l'idée de s'alimenter en moment de partage. L'aide à la toilette deviendrait l'idée de « s'apprêter pour la journée » et passe ainsi du simple objectif hygiénique à l'idée qu'on se prépare à vivre une journée etc. Ces nouveaux noms de prestations permettent aussi d'éviter de rappeler l'incapacité du bénéficiaire à réaliser certaines tâches, en parlant plutôt de ce que le soutien (la prestation) permet à la personne de faire, plutôt qu'une prestation qui indique qu'elle est effectuée pour pallier à ce qu'on ne peut plus faire. En humanisant le service de la sorte, on valorise aussi les compétences humaines qui sont mises en œuvre dans ce métier du lien.

# **PARTIE VI**

**Réflexions sur le design  
des politiques publiques  
(freins et leviers de trans-  
formation)**

## **6.1 La place du designer dans les collectivités (regard critique et bilan d'expérience)**

Quand je me suis présenté pour la première fois en tant que designer, les agents dans ma collectivité ont été plutôt surpris. Un designer dans une collectivité, c'est quelque chose d'assez inhabituel et l'idée qu'on se fait du designer n'est pas forcément associée avec le champ du social non plus. D'usage, le design est plutôt associé à des applications industrielles ou à sa dimension esthétisante. Personne ne sait réellement ce que l'on fait, ni quel est le champ de nos compétences. Les compétences du designer manquent à être connues et comprises comme par exemple la capacité à comprendre et à questionner des environnements et des pratiques, à imaginer et modéliser du sens, ou encore la capacité à impliquer et à interagir avec l'ensemble des acteurs d'un projet porté sur l'innovation.

L'objectif du design est de modifier les interactions homme-environnement et de les transformer en interactions préférables; sa visée est prescriptive et sa démarche diagnostique (Findeli, 2015).

Le design social serait ainsi une pratique mêlant des connaissances en sciences sociales et la capacité technique de modéliser des idées. Il détient par conséquent un fort potentiel de contribution à l'action publique de demain dans sa capacité à interroger nos modes de vie et à prototyper des alternatives.

Le design porte en sa méthode, une nouvelle approche de la résolution de problèmes sociaux.

[...] il faudrait concevoir ou reconcevoir l'action publique et la hisser à la mesure d'une demande sociale que les voies habituelles de la bureaucratie rationnelle ne parviennent plus à saisir dans sa complexité et encore moins à satisfaire (Gélédan, 2020).

J'aimerais donc partager au lecteur mon expérience en tant que designer intégré dans la collectivité des Ulis. Premièrement, le service des aînés dans lequel j'ai travaillé est pensé comme une entité opérationnelle où les agents ont diverses missions ; ce n'est pas un service dédié à l'innovation. L'enjeu pour le service des aînés est d'être proche des aînés, de les accompagner au quotidien en proposant des services. Ces services peuvent évoluer en fonction de la volonté politique des élus, de la direction, mais aussi de la consultation des agents du service dans un processus d'amélioration.

L'innovation n'est pas un exercice pratiqué ni établi au sein du service. Les améliorations éventuelles sont discutées en amont et dépendent des décisions de la direction générale des services, même s'il y a un effort de fait pour faire remonter l'opinion des agents. La réflexion semble principalement orale et organisée autour des enjeux sociaux et du coût financier avec des outils comme les questionnaires de satisfaction, les données quantitatives comme les données INSEE ou encore les évaluations internes. La démarche de projet, comme on l'entend en design n'est pas pratiquée et donc sont absents plusieurs éléments comme le diagnostic sensible avec des données qualitatives (entretiens individuels, verbatimes, ateliers de co-création) ou encore la pratique du design thinking ou du design fiction (le brainstorming, la veille créative, le prototypage et les phases de test, le dessin ou encore la construction d'imaginaires...).

Étant probablement le premier designer de la collectivité, j'ai dû faire connaître à ma direction comment j'allais travailler et justifier ce que je pouvais apporter au terme de ma mission. Les agents ont été bienveillants et j'ai eu la chance d'évoluer dans un contexte avec une direction qui était ouverte à interroger ses pratiques. Cependant, j'ai relevé plusieurs incohérences entre la volonté d'innover et la capacité à innover. En effet, il semble exister 3 freins principaux dont j'ai relevé les indices tout au long de ce stage, dans mes précédentes expériences en projet avec des collectivités, mais aussi en échangeant avec d'autres collègues designers intégrés en collectivité.

Le premier frein, c'est la temporalité et les enjeux politiques. Par exemple, les échéances politiques vont conditionner le développement de projets, qui

peuvent s'arrêter du jour au lendemain à chaque réorganisation de la structure du pouvoir. Innover prend du temps, et si par exemple la collectivité change de bord politique régulièrement, les territoires semblent voués à défaire et refaire l'échafaudage des solutions mises en place, quand les projets ne servent pas simplement d'écran social à la politique menée. Chaque étape de la démarche de projet doit passer un processus de validation hiérarchique, car derrière chaque initiative il y a une responsabilité politique qui est engagée. Le projet se confronte à une logique de validation descendante, allant des directeurs des services jusqu'au maire en passant par les élus. Ceci ne serait-ce que lors de la phase d'enquête lorsqu'il faut contacter des personnes, ou créer un support de communication. Le processus même de création doit être maîtrisé et validé afin d'éviter les éventuelles attaques politiques.

Deuxième frein, c'est la pratique du projet inadaptée à l'innovation. En effet, la nature des projets dans le secteur public semble focalisée sur une gestion du présent basée sur des évidences et très peu axée sur l'expérimentation et la prospective. La pratique est donc centrée plutôt sur la budgétisation et la construction d'un schéma opérationnel. L'outil créatif et collaboratif semble relativement absent de la démarche de projet, seuls des outils pratiques (tableaux, rapports de statistiques, fiches projet se rapprochant du business model) semblent pratiqués. Des outils qui font sens dans le cadre d'une gestion d'activité, mais qui ne font pas sens dans une logique d'innovation, puisqu'une vision rationnelle impose des choix rationnels. Or je pense que pour innover, on doit être capable d'échapper suffisamment longtemps aux contraintes de la réalité pour s'autoriser à imaginer faire les choses autrement. Mais c'est aussi écouter et prendre en considération des données sensibles d'utilisateurs (leur vécu, leurs histoires, leurs doutes, leurs idées...), qui dépassent le cadre des questionnaires de satisfaction où des sondages d'opinions.

Troisième frein, la peur du rêve. En tant que designer on aimerait proposer un projet plus systématique et ambitieux, mais l'irréalisme est facilement rejeté. Des expressions comme « on rêve » ou encore « c'est très inconfortable » sont des réactions qu'on entend suite à des propositions. Alors que les solutions existantes qui ressemblent ou qui ont déjà été pratiquées par la collectivité sont beaucoup plus rassurantes et faciles à accepter. Le fait également qu'on attribue encore beaucoup les choix du designer à sa subjectivité et moins à son analyse, rajoute à la difficulté selon moi qu'à l'administration à prendre au sérieux les propositions du designer. Alors que le plan de l'architecte ou le diagnostic du médecin expriment davantage de crédibilité, car ce sont des pratiques qui ont su trouver leur place dans la société durant les siècles passés ; Le design est encore une pratique qui doit trouver sa place dans les collectivités. Mon travail par exemple a souvent été remercié au départ pour ma capacité à passer du temps sur des choses que les autres n'ont pas, ou encore sur ma



capacité à avoir un regard extérieur au service. Des remarques qui ne valorisent pas les compétences du designer comme sa capacité à construire une vision systémique par exemple. Une tendance qui a cependant su s'inverser au fur et à mesure que l'on travaille avec les personnes, où les échanges révèlent finalement l'essence du travail du designer plutôt comme étant une manière de travailler et de prendre en compte le projet dans son entière dimension. J'ai retenu une expression d'un étudiant ingénieur avec qui j'ai travaillé, qui pourrait illustrer parfaitement ce constat et quelque part définir le rôle du designer : « Je crois que j'ai compris ce que tu fais, tu permets qu'on se pose les bonnes questions ».

L'observation et la volonté d'expérimenter du designer portent un regard critique, qui peut mettre mal à l'aise l'administration supposée sachante. Le design réinterroge la finalité des dispositifs, prend des partis pris et fait des choix dont il explore les issues. Pour le designer, il est donc difficile de mener à bout une démarche disruptive, quand elle menace sans cesse d'échapper à son commanditaire. Par ailleurs, le fait que le projet engage des fonds publics et une responsabilité politique rend la démarche de design difficile à mettre en place par la collectivité, car ni le résultat ni la cible ne sont forcément connus d'avance dans le projet de design, puisque son issue est d'abord conditionnée par une phase d'observation, d'analyse et d'expérimentation.

Pourtant, le design aurait sa place dans l'élaboration et la mise en place des politiques publiques dans la mesure où la démarche de design semble complémentaire au travail de l'administration principalement équipée pour gérer un existant. Là où le design peut apporter des solutions et des outils s'inscrivant à la fois dans la compréhension d'une réalité intrinsèque de terrain et à la fois dans la modélisation d'un futur possible.

## **6.2 L'intérêt des imaginaires dans le processus d'élaboration et d'innovation dans les politiques publiques : Pour activer des possibles.**

Durant mes premières semaines d'immersion, j'ai pu identifier un nœud au niveau du SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile), qui selon l'opinion générale du service semblait être un service condamné par un bilan de performance insatisfaisant pour la collectivité, représentant un coût trop élevé pour une portée trop faible. De plus, les opérateurs privés qui sont arrivés sur le marché il y a quelques années semblent davantage équipés pour répondre à la demande des usagers de la ville, disposant d'un modèle

économique plus efficace et compétitif notamment avec des agents d'aide à domicile disponibles pour travailler le soir et les week-ends ; là où le service public est restreint.

En échangeant avec les agents sur la situation du SAAD, les attentes de la collectivité et les contraintes inhérentes au service public, j'en ai déduit que la mission du SAAD des Ulis semblait destinée à quitter le terrain opérationnel pour muter vers une mission de supervision des opérateurs privés sur le territoire, afin de garantir malgré tout une certaine qualité de service aux Ulissiens. Cette solution étant également envisagée par le service, j'ai donc mis de côté l'idée de travailler sur le SAAD dont l'avenir semblait appartenir à une décision politique et économique hors de mon champ d'intervention en tant que designer.

Mais cela voulait dire assister à une énième dissolution d'un service public de plus investi d'une mission de solidarité, et laisser le champ libre à des entreprises dont les motivations et les contraintes sont davantage économiques que sociales. Cela voulait dire accepter de laisser les prestations se fragmenter en quart d'heure et pratiquées à la chaîne, voir les conditions de travail des agents se détériorer et le sens même du travail d'accompagnement se perdre dans une logique de rentabilité avec des professionnels de l'aide à domicile de moins en moins formé.e.s et recruté.e.s sur des critères dérisoires comme c'est déjà le cas dans certains hôpitaux ou structures qui manquent de personnel. Je pense que c'est une erreur de croire qu'on puisse répondre aux besoins humains liés à la perte d'autonomie en optimisant un service d'accompagnement de la sorte. En dévalorisant le travail d'accompagnement, on peinera à recruter du personnel comme c'est le cas aujourd'hui et on entrera dans un cercle vicieux de : Pénurie de personnel - Réduction de critères d'entrée et de formation - Baisse de la qualité de service - Dévalorisation du travail d'accompagnement etc. On ne pourra pas améliorer la prise en charge dans ces conditions. Il faut aussi songer au fait qu'il s'agit d'un public vulnérable à ne pas laisser entre toutes les mains, ni négliger le risque que dans le cas d'un service privé, il existe la possibilité d'une rupture de continuité de service si la personne âgée dépendante ne règle pas ses frais, ce qui peut avoir des conséquences graves sur la dignité et la santé des personnes.

J'ai donc gardé une porte ouverte à la réflexion, en réalisant notamment des entretiens avec les professionnels du service d'aide à domicile des Ulis, afin de creuser davantage la question du SAAD. Cela m'a permis dans un premier temps de comprendre les problématiques du SAAD au-delà des bilans de fonctionnement ou encore d'enquêtes de satisfaction des bénéficiaires, notamment ce qui était important du point de vue des professionnels de l'aide à domicile. J'ai ainsi pu recentrer les problématiques du SAAD sur des questions fondamentales comme le sens de l'accompagnement à domicile.

Après avoir constaté l'échec de la pensée rationnelle (dont j'ai moi-même fait l'expérience) à trouver une solution d'avenir pour le SAAD qui soit préférable à la fois pour les professionnels de l'aide à domicile, mais aussi pour les bénéficiaires ; J'ai choisi de sortir du schéma d'analyse où le SAAD n'était plus assez compétitif et d'essayer de penser par delà les contraintes en imaginant une autre réalité possible du service d'aide à domicile.

Pour imaginer cette réalité alternative, je me suis réservé un moment tous les jours pour me concentrer purement sur la spéculation d'idées en essayant de préserver ces idées de la justification immédiate ou de la confrontation avec la réalité. En effet, au départ, ce ne sont pas des idées matures, capables encore de survivre à la critique. Ce n'est pas chose facile dans le domaine des politiques publiques, car les choses fonctionnent de manière très pragmatique et opérationnelle. C'est donc en faisant un pas de côté, que j'ai pu imaginer l'idée d'un SRAD (Service de Réconfort et d'accompagnement à Domicile), dont le concept aura servi de point d'ancrage pour échafauder et scénariser une nouvelle narration du rôle de l'aidant ainsi qu'un nouvel imaginaire autour du service. Des idées qui ont pu ensuite évoluer et faire sens au fur et à mesure de mes recherches pour tenter de comprendre davantage l'aide à domicile et qui ont pu par la suite évoluer et devenir des propositions concrètes prêtes à être prototypées.

Mais au-delà de la capacité des imaginaires à contribuer à la réflexion du designer, j'aimerais parler de la conception d'imaginaires comme un outil de projection propice à l'innovation sociale.

Notre époque a besoin d'élaborer des scénarios novateurs, qui ne soient pas le fruit d'une seule logique [...] sans craindre de franchir la limite qui sépare le projet de l'imaginaire [...] car, dans l'ère de la mondialisation, le rôle de « l'innovation » assume une fonction stratégique et fondamentale pour le système civil dans son ensemble (Branzi, 2010).

Imaginer n'est pas simple, comme nous l'avons vu précédemment, la collectivité a des contraintes qui font d'elle un organisme fonctionnel, qui n'a pas le droit à l'erreur et doit (entre autres) obéir à un agenda politique stricte. Mais il s'agit dans un premier temps de dépasser la croyance qu'il suffit de faire usage de moyens financiers pour opérer un changement social, c'est-à-dire lorsqu'on réduit la problématique du manque de reconnaissance des professionnels de l'aide à domicile à une question de salaire, ou le maintien du SAAD à une question de moyens de la collectivité. S'habituer à cette méthode de résolution des problèmes ne peut que nous empêcher de voir d'autres alternatives et d'étudier d'autres scénarios. C'est dans ce type de situation que le design peut contribuer à activer des possibles en créant de nouveaux imaginaires

capables de faire sens aux yeux des décideurs et des collectivités. Le design des imaginaires participe à construire les conditions du représentable et du faisable.

Le rôle de l'imaginaire en design est donc comparable à celui du récit, qui ouvre un théâtre de légitimité à des actions effectives, créant un champ qui autorise des pratiques sociales risquées et contingentes (De Certeau, 1990). En d'autres termes, c'est la mise en œuvre d'un visible et d'un dicible, qui permet d'engager une possible action (Dupont, 2020).

Design fiction is the deliberate use of diegetic prototypes to suspend disbelief about change. (Sterling, 2013).

En ce sens, ma démarche s'est rapproché du design fiction, dans sa tentative d'opérer un changement de paradigme dans lequel le SAAD n'est plus réduit à un problème économique, mais peut de nouveau être développé comme un outil d'avenir porteur d'un nouveau rapport d'accompagnement à la perte d'autonomie, mais aussi une valorisation du métier d'aide à domicile et du lien social.

## Conclusion.

Dans ce travail de recherche-projet, nous avons abordé la question de l'inclusion des aînés dans la société, qui aura été le point de départ à une première idée globale d'organisation du bien-être des aînés. Une recherche qui a ensuite évolué plus spécifiquement vers la question de l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie et de la valorisation du rôle social de l'aidant (professionnel).

Nous avons suivi ce travail par étapes, en commençant par une étude du contexte des personnes âgées en France et dans le monde, notamment le contexte anthropologique et historique de la personne âgée. Nous avons pu constater une diminution de la valeur et du statut de la personne âgée dans le temps, qui serait due à l'évolution des modes de transmission de la connaissance, l'éclatement des structures familiales et économiques ou encore à l'obsolescence professionnelle et l'âgisme dans nos sociétés dites productivistes.

Ensuite, nous avons fait état de l'évolution des politiques publiques pour les personnes âgées allant des premières solidarités de l'État et des droits de pension, jusqu'à l'optimisation de la santé et des risques individuels, en passant par l'utopie politique d'une intégration sociale. Finalement aujourd'hui nous avons pu constater un phénomène de médicalisation du vieillissement associé à une explosion des demandes de soins notamment causé par l'explosion démographique des personnes âgées. Une vision de la santé et du soin qui ne suffit pas à répondre aux besoins de la personne, puisque nous avons vu que la perte d'autonomie (au-delà des défaillances physiques majeures) est principalement due à un glissement de l'équilibre de la condition physique et psychique, qui peut se dégrader à la suite de ruptures sociales et émotionnelles.

Nous avons ensuite soulevé un manque de reconnaissance des métiers du lien, qui serait en réalité un des symptômes des carences du système d'accompagnement de la personne en perte d'autonomie. Ainsi, nous avons pu comprendre que la question du bien-être des personnes en perte d'autonomie était intimement liée à la définition du rôle social de l'aidant professionnel et donc aussi

du rôle de l'accompagnement à domicile. De là, nous avons réfléchi à comment faire évoluer cet accompagnement vers une approche davantage psychosociale; Cela afin de parler d'autre chose que de dépendance et insuffler une nouvelle dynamique, ce afin d'instaurer un autre rapport à l'autre par de nouveaux mots pour donner un nouveau sens, mais aussi par de nouveaux types de prestations. Nous avons également pu voir une proposition de tenue « d'agent de bienveillance » destinée à faire évoluer la symbolique du rôle de l'aidant professionnel afin de favoriser la création d'une relation de confiance entre l'aidant et l'aidé, mais aussi de favoriser la reconnaissance de la valeur du métier afin de susciter des vocations et contribuer à valoriser la filiale. Puis nous avons vu des propositions pour mettre en place une thérapie par le toucher comprenant des gestes et des outils qui peuvent rassurer et soutenir émotionnellement le bénéficiaire lors des prestations, mais aussi en autonomie. Finalement, nous avons suivi le développement du « calendrier des envies », un outil pour développer le dialogue avec le bénéficiaire et son envie d'autonomie, mais aussi pour compléter la méthode d'évaluation des besoins actuelle en lui donnant les moyens de comprendre et de répondre à des besoins psychologiques non exprimés dont on sait qu'ils sont fondamentaux dans le maintien en équilibre de l'autonomie. Nous avons vu également comment faire évoluer le cadre de l'accompagnement à domicile tout en valorisant les compétences de l'aidant, en développant l'empathie comme compétence professionnelle pour mieux accompagner et soutenir les bénéficiaires.

Pour conclure, cette expérience de recherche-projet nous aura permis de nous mener à des réflexions sur le design des politiques publiques et sur la place du designer dans les collectivités, mais aussi sur les freins à l'innovation existants. Cette expérience nous aura permis d'explorer certaines méthodes d'innovation comme l'usage des imaginaires pour activer des possibles et permettre à la collectivité ou au designer d'envisager des nouvelles manières de répondre à des enjeux et des besoins sociaux en créant de nouveaux leviers d'action. Tandis que de manière générale on se rend compte que le designer peut apporter à la collectivité au quotidien de par sa vision globale et systémique ainsi que sa capacité à observer et à poser les bonnes questions pour comprendre les situations sociales, mais aussi dans sa capacité à s'exprimer en plusieurs dimensions en modélisant des problèmes et des solutions et ainsi pouvoir donner un appui à la projection des pouvoirs publics.

## Bibliographie

**Adam, H., & Galinsky, A. D.**

(2012). Enclothed cognition. *Journal of Experimental Social Psychology*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.02.008>

**Alvarez S.**

(2015). Prévention et vieillissement : L'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du "bien vieillir" [Sociologie, Université de Grenoble]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01145883>

**Arcand, B.**

(1982). La construction culturelle de la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*, 6(3), 7-23.

**Balard, F.**

(2018). Repenser la participation sociale dans la grande vieillesse. Enjeux et sens de la participation sociale des les politiques de la vieillesse, 443, 17-18.

**Bason, C.**

(2010). Leading public sector innovation. Co-creating for a better society.

**Baudrillard, J.**

(1968). *Le système des objets*. Galimard.

**Behling, D. U., & Williams, E. A.**

(1991). Influence of Dress on Perception of Intelligence and Expectations of Scholastic Achievement. *Clothing and Textiles Research Journal*. <https://doi.org/10.1177/0887302X9100900401>

**Bosquet, M.**

(1974, octobre 21). Quand la médecine rend malade. *L'Obs*. <https://www.nouvelobs.com/culture/20041022.OBS9735/quand-la-medecine-rend-malade.html>

**Branzi, A.**

(2010). Progress. In progress, Monografik editions, 3.

**Campéon, A.**

(2018). Enjeux et sens de la participation sociale dans les politiques de la vieillesse. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées, *La santé en action*, 443, 14-16.

**Canieux, N.**

(2020). Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : Des métiers du lien (p. 101). Conseil Économique, Social et Environnemental.

**Cap Retraite.**

(s. d.). La personne âgée et le risque de chute. <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/accidents-et-chutes-a-domicile/la-personne-agee-et-le-risque-de-chute/>

**Charpentier, F.**

(2010). Les retraites dans le monde : Défis et pistes de réformes. Regards croisés sur l'économie, 7, 106-113.

**Charron, C.**

(2007). La question du travail domestique au début du XXe siècle au Québec. Université Laval.

**Clark, M.**

(1973). Contributions of Cultural Anthropology to the Study of the Aged. *Cultural Illness and Health, Anthropological Studies*, 9, 78-88.

**Coe, R. M.**

(1973). Aging and Modernization. *Journal of Gerontology*, 28(3), 388.

**Conseil départemental de l'Essonne.**

(2018). Schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 (p. 24).

**DARES.**

(2004). Synthèse des principales données sur l'emploi des seniors (No 82; p. 48). Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

**De Certeau, M.**

(1990). *L'invention du quotidien, I : Arts de faire* (L. Giard, Éd.). Galimard.



**Dupont, J.**

(2020). Exposer le projet d'une uchronie écotopique ou les formes d'un sens commun polémique. Entretien commenté avec Le Nouveau Ministère de l'Agriculture.

**Ennuyer, B.**

(2011). À quel âge est-on vieux ? *French Journal of Psychiatry*, 34(138), 127-142. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30166-7](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30166-7)

**Faya-Robles, A.**

(2018). La personne âgée « fragile ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 17. <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/4341>

**Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.**

(2012, septembre 14). Programme de soutien psychosocial de la Croix-Rouge Haïtienne—Une première rencontre sous le signe de la continuité.

**Findeli, A.**

(2015, mai). La recherche projet en design et la question de la question de recherche : Essai de clarification conceptuelle.

**Fizzala, A.**

(2016). Dépendance des personnes âgées : Qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix (No 1). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). [https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/63436/1/dossiers\\_1.pdf](https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/63436/1/dossiers_1.pdf)

**France Bénévolat.**

(2014). La place des seniors dans le bénévolat.

**Frank, M., & Gilovich, T.**

(1988). The Dark Side of Self- and Social Perception : Black Uniforms and Aggression in Professional Sports. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 74-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.1.74>

**Fried, L. P.**

(2014, janvier 1). Making Aging Positive. <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/06/valuing-the-elderly-improving-public-health/371245/>

**Gélédan, F.**

(2020). Le design peut-il réenchanter l'action publique ? [https://www.economie.gouv.fr/igpde-editions-publications/lanalyse-comparative-focus\\_n7](https://www.economie.gouv.fr/igpde-editions-publications/lanalyse-comparative-focus_n7)

**Gino, F., Norton, M. I., & Ariely, D.**

(2010). The Counterfeit Self : The Deceptive Costs of Faking It. *Psychological Science - Harvard Business School*, 21(5), 712-720.

**Gori, R.**

(2015). La Fabrique des imposteurs. Babel.

**Groupement des animateurs en gérontologie (GAG).**

(2014). Livre Blanc : L'animation avec les personnes âgées. Pour en finir avec la «non-traitance». [https://www.non-traitance.com/livre\\_blanc-edition-05-2014.pdf](https://www.non-traitance.com/livre_blanc-edition-05-2014.pdf)

**Harel, L.**

(1980). Vieillir au féminin. Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain.

**INJEP Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire.**

(2019). Les chiffres clés de la vie associative (p. 36). <https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/07/Chiffres-cles-Vie-associative-2019.pdf>

**INSEE.**

(2018). Tableaux de l'économie française. 3.2 Population par âge (p. 274). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#consulter>

**Johnson, K. K., & Lennon, S.**

(2015). The psychology of dress. 9. <https://doi.org/10.5040/9781474280655-BG001>

**Kant, E.**

(1798). Anthropologie du point de vue pragmatique. Livre III : De la faculté de désirer, « Du bien physique et moral suprême » (M. Foucault, Trad.). Persée - Portail des revues scientifiques en SHS. [https://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1979\\_num\\_30\\_1\\_2782](https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1979_num_30_1_2782)

**Koole, S., Tjew-A-Sin, M., & Schneider, I.**

(2013). Embodied Terror Management : Interpersonal Touch Alleviates Existential Concerns Among Individuals With Low Self-Esteem. *Psychological science*, 3. <https://doi.org/10.1177/0956797613483478>

**Leaf, A.**

(1973). Getting old. *Scientific American*, 229(3), 44-52.

**Télérama.**

(2019). Les femmes de plus de 50 ans, ces grandes invisibles du cinéma français. *Télérama*, 7.

**Lévi-Strauss, C.**

(1962). *La pensée sauvage* (Plon).

**Levy, B.**

(1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107.

**Levy, B., Becca, R., Slade, Martin, D., Kunkel, Suzanne, R., Kasl, & Stanislaw, V.**

(2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261>

**Libault, D.**

(2019). Concertation, Grand âge et autonomie (p. 228). Ministère des solidarités et de la santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

**Luis, É., & Lamboy, B.**

(2015, mars). Les compétences psychosociales : Définition et état des connaissances. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes, 431, 11.

**Macron, E.**

(2020, avril 13). Adresse aux Français, 13 avril 2020. In *Elysee.fr*. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/04/13/adresse-aux-francais-13-avril-2020>

**Madden, A. D., Palimi, J., & Bryson, J.**

(2005). Information behaviour in pre-literate societies. *New Directions in Human Information Behaviour*, 45.

**Ministère des solidarités et de la santé.**

(2018). Dossier de presse, Grand âge et autonomie.

**Ministère des solidarités et de la santé.**

(2021, août 17). Consultation—»Place des personnes âgées». Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/consultation-place-des-personnes-agees/>

**Mudiyanse, R.**

(2016). Empathy for Patient Centeredness and Patient Empowerment. *Journal of General Practice*, 04. <https://doi.org/10.4172/2329-9126.1000224>

**Nations Unies.**

(2020). Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old\\_persons\\_french\\_0.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_french_0.pdf)

**Palier, B.**

(2020). Pourquoi les personnes « essentielles » sont-elles si mal payées ? Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/le-monde-d-aujourd-hui--9782724626704-page-151.htm>

**Peluchette, J., & Karl, K.**

(2007). The impact of workplace attire on employee self-perceptions. *Human Resource Development Quarterly*, 18, 345-360. <https://doi.org/10.1002/hrdq.1208>

**Petits frères des pauvres.**

(2020). Isolement des personnes âgées : Les effets du confinement. L'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale (No 4; p. 144).

**Pitaud, P.**

(2010). Solitude et isolement des personnes âgées: Vol. 2e éd. Érès. <https://www.cairn.info/solitude-et-isolement-des-personnes-agees--9782749212203-page-7.htm>

**Pratiques. Cahiers de la medecine utopique.**

(2021). Cahiers de la medecine utopique. Vieillir vivant. 92. <https://pratiques.fr/-Pratiques-No92-Vieillir-vivant->

**Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., & Tourigny, A.**

(2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire (p. 111).

**Retraite Plus.**

(s. d.). Le syndrome de glissement chez les personnes âgées. Consulté 10 mai 2021, à l'adresse <https://www.retraiteplus.fr/sante/syndrome-glissement/est-que-syndrome-glissement-chez-les-personnes-agees>

**Roach-Higgins, M., & Eicher, J.**

(1992). Dress and Identity. *Clothing and Textiles Research Journal*, 10, 1-8. <https://doi.org/10.1177/0887302X9201000401>

**Souiller, N.**

(2011). L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. 771.

**Sterling, B.**

(2013, octobre 11). Patently untrue : Fleshy defibrillators and synchronised baseball are changing the future. Wired UK. <https://www.wired.co.uk/article/patently-untrue>

**Tesla, G., Thompson, D., Horton, D., Walker, R., Mackey, C., Cariel, L., & Anderson, L.**

(2011). Value of Hug Therapy : Oncology Nurses and Patients with Cancer in a Hematology/Oncology Outpatient Clinic. *Pain Management Nursing*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.10.011>

**UK Design Council.**

(2005). What is the framework for innovation? Design Council's evolved Double Diamond. Design Council. <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/what-framework-innovation-design-councils-evolved-double-diamond>

**VijayaKumari, K.**

(2018). Oral Tradition as Source of Construction of History of Pre Literate Societies. *Asian Review of Social Sciences*, 3(7), 140-142.

**Winnicott, D. W.**

(1959). Le destin de l'objet transitionnel (J.-B. Desveaux & E. Galiana, Trad.). *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, Vol. 6(1), 17-24.



## Table des figures

<b>Fig 1 :</b> Déroulement d'une expérience de la recherche-projet.	20
<b>Fig 2 :</b> Représentation du glissement vers la perte d'autonomie.	36
<b>Fig 3 :</b> Développer un nouvel écosystème de services autour des aînés.	40
<b>Fig 4 :</b> Personas aînés en perte d'autonomie.	51
<b>Fig 5 :</b> C'est quoi être aide à domicile ?	53
<b>Fig 6 :</b> Déroulement d'une prestation « idéale ».	54
<b>Fig 7 :</b> Projet de SRAD.	64
<b>Fig 8 :</b> Univers du SRAD.	67
<b>Fig 9 :</b> Une symbolique de la tenue d'agent de bienveillance à construire.	71
<b>Fig 10 :</b> S'inscrire dans le bon répertoire de signes.	72
<b>Fig 11 :</b> Moodboard tenue d'agent de bienveillance.	74
<b>Fig 12 :</b> Croquis tenue agent de bienveillance.	75
<b>Fig 13 :</b> Proposition de dessin de tenue d'agent de bienveillance.	76
<b>Fig 14 :</b> Thérapie par le toucher interpersonnel.	79
<b>Fig 15 :</b> Thérapie par le toucher simulé.	82
<b>Fig 16 :</b> Les besoins non exprimés.	86
<b>Fig 17 :</b> Usage des pictogrammes pour faciliter l'expression d'une envie.	89
<b>Fig 18 :</b> Schéma de l'envie d'autonomie.	90
<b>Fig 19 :</b> Prototype du calendrier des envies.	92
<b>Fig 20 :</b> Scénario d'usage du calendrier des envies.	96
<b>Fig 21 :</b> Proposition de flyer et de programme pour la semaine bleue.	125
<b>Fig 22 :</b> Prototype du projet de signalétique du kiosque à livres.	131

## Table des annexes

<b>Annexe 1 :</b> Le fonctionnement du service des aînés.	120
<b>Annexe 2 :</b> Enquête qualitative sur les conditions du bien-être et de l'inclusion des aînés habitant aux Ulis.	126
<b>Annexe 3 :</b> Construction d'un futur atelier numérique.	130
<b>Annexe 4 :</b> Projet de signalétique du kiosque à livres (avec atelier de réalisation intergénérationnel).	131
<b>Annexe 5 :</b> Synthèse des réponses des entretiens avec les professionnels de l'aide à domicile.	132
<b>Annexe 6 :</b> Les groupes iso-ressources (GIR).	138



# Annexe 1 : Le fonctionnement du service des aînés

## Service : Aide à domicile (SAAD)

### Un cadre juridique stricte :

Le SAAD de la municipalité des Ulis travaille sous autorisation du conseil départemental de l'Essonne, et doit adhérer à la charte qualité des services à la personne (obligatoire) pour pouvoir exercer (article 47 de la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement de 2015).

### L'objectif du SAAD :

Accompagner le bénéficiaire dans la réalisation d'actes de la vie quotidienne. Rompre la solitude, procurer une présence. Amener la personne à vivre décemment. Participer à la stimulation des personnes afin de favoriser le maintien de l'autonomie et de la vie à son domicile, pour éviter / retarder un placement en maisons de retraites médicalisées / EHPAD / unités de soins de longue durée (USLD), Le SAAD peut aussi permettre de développer les soins sur le lieu de vie car les séjours hospitaliers sont souvent perturbants pour les personnes âgées et peuvent même entraîner une perte accélérée de l'autonomie.

### L'activité du SAAD :

Le SAAD fournit des prestations d'accompagnement dans le cadre d'un rapport contractuel. Il a pour but d'accompagner des bénéficiaires dans la réalisation d'actes essentiels à la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à l'habillage, aide à la prise de repas). D'accompagner dans les activités de la vie courante (entretien du cadre de vie, accompagnement/réalisation de courses, préparation des repas, entretien du linge). Mais aussi dans les activités de la vie sociale et relationnelle (sorties accompagnées, jeux, lectures, discussion).

### Usagers (bénéficiaires) :

Le service s'occupe d'une quarantaine de bénéficiaires sur la ville (contre plus de 100 auparavant). Ce sont des personnes en général âgées (79 ans en moyenne),

en perte d'autonomie et parfois de retour d'hospitalisation, mais ça peut aussi être des personnes plus jeunes en situation de handicap.

En 2020, 84% des bénéficiaires étaient des femmes avec donc 16% d'hommes (6/38 bénéficiaires). Le niveau de dépendance est très élevé avec environ  $\frac{3}{4}$  des bénéficiaires en situation de GIR 1 à 4. Ce qui s'explique en partie par une diminution des effectifs (de 11 à 6 professionnels de l'aide à domicile aujourd'hui) et une priorisation des demandes de bénéficiaires à forte perte d'autonomie.

### **Conditions d'accès au service :**

Être ulissien retraité de +60 ans, ou être reconnu en situation de handicap, ou revenir d'hospitalisation.

### **Tarification :**

20,10€/h de reste à charge pour le bénéficiaire alors que le coût moyen d'une intervention à domicile en France est de 26-30€/h. Le bénéficiaire a le droit à des aides en fonction de sa situation (Aide Personnalisée à l'Autonomie, aide de sa mutuelle en cas de sortie d'hospitalisation, déductions d'impôt...) et le service des aînés ajoute à cela un réduction de -25% du coût restant, pris en charge par la ville (peu importe les ressources de la personne).

### **Parcours usager :**

1. En général, ce sont les proches aidants qui font la demande de service et cherchent des renseignements auprès des CCAS, de leur médecin traitant, parfois auprès du service des aînés.
2. La personne doit contacter le pôle NOA (Nord-ouest autonomie). Un service qui informe et oriente les demandeurs vers les bonnes structures, vers les bonnes procédures, tout en informant l'usager sur les aides disponibles et adaptées à ses besoins.
3. Si le bénéficiaire souhaite une aide, il doit en effectuer la demande auprès de l'organisme qui la propose (caisse de retraite).
4. Une évaluation des besoins au domicile est effectuée chez le futur bénéficiaire afin d'évaluer ses difficultés et ses besoins. Un nombre d'heures lui sont allouées ainsi qu'une suggestion de prestations. Plusieurs prestataires d'aide à domicile lui sont également proposés.
5. Le SAAD réalise lui-même sa propre évaluation des besoins avec la personne et remplit une fiche de « projet personnalisé ».

6. Le futur bénéficiaire connaît donc son plan d'aide et fait ses choix. Le prestataire (ici le SAAD des Ulis) accepte une prise en charge en fonction de ses créneaux et de ses services proposés.

7. Le SAAD procède aux interventions à domicile en s'assurant des bonnes conditions de travail pour l'aidant professionnel.

8. Une enquête annuelle de satisfaction (questionnaire) est réalisée par le service.

9. Une réévaluation des besoins et du plan d'aide sera effectuée régulièrement à la fois par la caisse de retraite (tous les 1 à 5 ans) et par le SAAD (tous les 2 ans).

### **Outils et organisation du service :**

- **Un bipleur au domicile** du bénéficiaire permettant de badger l'heure entrée/sortie de l'aidant à domicile.

- **Un téléphone professionnel** pour les aidants du SAAD, contenant des renseignements basiques sur le bénéficiaire : localisation clés, adresse, proche à contacter en cas de problème...). Le téléphone permet également la communication et la coordination avec les agents en charge de la gestion du SAAD.

- Des **réunions** ont lieu **tous les 15 jours** avec le personnel pour communiquer et échanger les informations importantes concernant le fonctionnement du service mais aussi concernant le suivi des bénéficiaires.

- **Un Logiciel métier** permet la gestion des plannings par un agent du service.

- **Un carnet de liaison** permet de faire le lien entre le personnel du service mais aussi les autres services qui peuvent intervenir chez le bénéficiaire. Ce carnet contient en général une « to do list » avec ce qui à été fait/ce qui reste à faire, les précédents repas consommés par le bénéficiaire afin de ne pas toujours lui proposer la même chose etc. Le carnet de liaison permet aussi aux proches du bénéficiaire d'avoir un suivi des prestations qui sont réalisées.

- **Une fiche « projet personnalisé »** utilisée lors de l'évaluation des besoins par le SAAD avec plusieurs sections à remplir comme : Le motif de la demande, les circonstances de la demande, l'identification du demandeur, des informations sur son environnement et son habitat, les services rendus existants, une liste de prestations proposées par le SAAD et une grille AGGIR afin d'évaluer le degré d'autonomie de la personne.

## **Les premières difficultés identifiées :**

- La construction d'une relation de confiance entre l'aidant et l'aidé. L'aidant doit se faire accepter au domicile du bénéficiaire et c'est parfois compliqué.
- Le métier d'aide à domicile/auxiliaire de vie peu valorisé et peu reconnu.
- Les aidants professionnels qui se dévalorisent parfois. Il est donc important d'avoir un suivi régulier du personnel.
- Différence de traitement possible par le bénéficiaire (réducteur face aux professionnels de l'aide à domicile/cordial avec les agents du service des aînés ou les soignants par exemple).
- Retard d'un point de vue de la formation à l'aide à domicile (recrutement compliqué à l'échelle départementale) face à l'explosion démographique en cours chez les personnes âgées.
- La difficulté d'agir en cas de besoin vital de prestation dans le cas de maltraitements ou de conditions déplorables de vie sans que la demande en soit explicitement verbalisée par la personne.
- La plage horaire de fonctionnement du SAAD est réduite (uniquement en semaine de 8h30 à 17h30). Cela nécessite pour certaines personnes de souscrire à des prestataires privés le week-end ou le soir.

## **Service : Animations pour les aînés**

**Objectif :** Tout pour améliorer le bien-être des seniors.

**Cible (Qui ?) :** Tous les Ulissiens retraités de +62 ans.

**Gouvernance :** Un programme semestriel est établi et pensé par un agent coordinateur des animations et la.le chef de service. Une consultation des membres du conseil des aînés peut être faite également.

**Le parcours usager (une question de visibilité) :**

- Un flyer édité par semestre est envoyé par courrier + par adresse mail (mais seulement 500/1800 aînés en sont équipés). Dans les flyers sont mis des coupons d'inscription à découper et renvoyer pour certaines animations.
- Annonces d'événements transmises au site internet de la ville, sur les panneaux de la ville ou encore dans le magazine des Ulis.
- Transmission par bouche à oreille lors des appels téléphoniques (veille sanitaire) ou les divers rencontres fortuites.

**Exemples d'animation (Quoi ?) :** atelier « do-in » (auto-massage), ergothérapeute, reflexiologie (forme d'acupuncture), taichi (ressentir et diriger l'énergie corporelle), « les après-midis dansants », visites, sorties libres (gestion autonome), cueillette à la ferme de Viltain accompagné d'une diététicienne, actions de prévention, gym douce, aquagym, promenades en ville, dépistage auditif, des animations « détente » (massages du visage, des mains, du dos), ateliers confection (gel hydroalcoolique, d'un dentifrice...), cinéma, loto...

Un événement particulier : La Semaine bleue (semaine nationale pour les personnes âgées), qui permet un accès gratuit aux animations du service durant une semaine.

**Temporalité (Quand ?) :** Les animations se déroulent en journée et en semaine (Complicé le soir car les personnes n'aiment pas rentrer seules, et les agents seraient en dehors de leurs horaires de travail). Les animations ont lieu toute l'année, mais pas en été car il y a en général un manque de participants et de personnel.

**Réussites :** Goûters/repas (facteur clé) qui réunit toujours du monde.

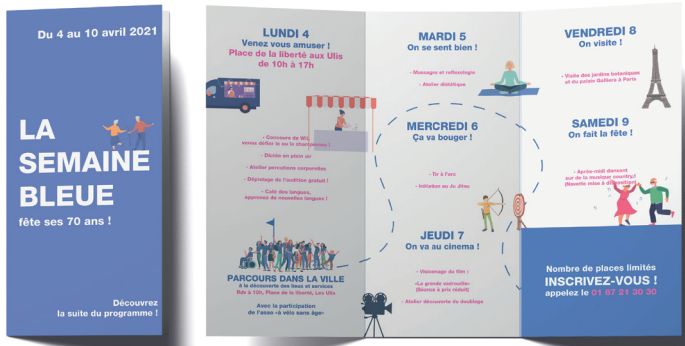


Fig 21 : Proposition de flyer et de programme pour la semaine bleue (Keefe, 2021).

# Annexe 2 : Enquête qualitative sur les conditions du bien-être et de l'inclusion des aînés

What we need to know as public innovators is : Who we are developing (this) for, how do they live their lives (users), what is important to them, and what motivations, practices, relationships and resources do they have that may help or impede the outcomes we are seeking to achieve ? We also want to know : Have they themselves identified solutions that we could learn from or implement directly ? (Bason, 2010).

**Méthode :** Entretiens semi-directifs

**Cadre d'enquête :** Le service des aînés de la municipalité des Ulis souhaite améliorer le bien-être et l'inclusion des aînés dans la ville.

**Objectifs de l'enquête :** Comprendre les croyances limitantes ainsi que les potentialités qui pourraient amener à mieux vivre son vieillissement et créer les conditions de l'inclusion sociale des aînés et du vivre ensemble aux Ulis. Comprendre les leviers d'une inclusion numérique des aînés. Anticiper l'appropriation d'une future association des aînés aux Ulis. Comprendre les enjeux de la reconnaissance du métier d'aide à domicile. Comprendre comment étendre la portée du service d'animation pour les aînés aux Ulis

**Cibles :**

- Les habitants des Ulis (16 à 65 ans) sur le regard qu'ils(elles) portent sur les +65 ans.
- Personnes considérées comme appartenant à la catégorie des personnes âgées (+65 ans, en tant qu'individu et groupe social) habitant aux Ulis.
- Équipe des aides à domicile du SAAD des Ulis

# Questions pour les habitants des Ulis (16 à 99 ans)

## Démographie :

- Quel âge avez-vous ? (H/F)

## La ville est les aînés :

- Depuis combien de temps habitez-vous aux Ulis ?
- Pour quelles raisons habitez-vous aux Ulis ?
- Avez-vous l'impression que la ville des Ulis est adaptée aux besoins des aînés ?
- Connaissez-vous un lieu, une activité, une initiative pour les aînés ?

## Comprendre les conditions de l'intergénérationnalité :

- Qu'est-ce qui est intergénérationnel selon vous ?
- Comment décrivez-vous vos relations avec les (jeunes/aînés) ?
- Quels types d'échanges avez-vous ? Et de quoi pouvez-vous échanger ?
- Quel est le rôle des aînés dans la société selon vous ?
- Quelque chose que vous aimeriez transmettre à la génération suivante ?
- Quelque chose que vous aimeriez recevoir de la génération précédente ?
- Qu'est-ce qui rend difficile la cohabitation entre les générations ?
- Qu'est-ce qui peut faciliter la cohabitation entre les générations ?

## Sur la perte d'autonomie :

- Est-ce que vous avez déjà été confrontés à la perte d'autonomie d'un proche ?
- Avez-vous des craintes par rapport à la perte d'autonomie d'un proche ?

## Sur la reconnaissance du métier d'aide à domicile :

- Que fait un(e) aide à domicile selon vous ?
- Que fait un(e) auxiliaire de vie selon vous ?
- Comment appelleriez-vous le métier de quelqu'un qui prend soin d'une personne en perte d'autonomie ?



## **Questions spécifiquement pour les +65 ans habitant aux Ulis**

### **Évaluer l'attitude face au vieillissement :**

- Comment avez-vous abordé la retraite ? Quelle image / attentes en avez-vous ?
- Quels sont les avantages d'être à la retraite ? Quels en sont les désavantages selon vous ?
- C'est quoi le bien-être selon vous ?
- Qu'est-ce qui vous rend heureux aujourd'hui ?
- Qu'est-ce que vous faisiez avant et qui vous manque aujourd'hui ?
- Qu'est-ce que vous faites maintenant et que vous ne pouviez pas faire avant ? Pourquoi ?

### **Questions par rapport à l'adaptation d'un futur atelier numérique :**

- L'outil numérique, qu'est-ce que cela vous inspire ?
- À quoi ça peut vous servir un ordinateur selon vous ?
- Est-ce que vous avez déjà utilisé un ordinateur ?
- Qu'est-ce que vous savez déjà faire avec un ordinateur ?
- Qu'est-ce que vous voudriez apprendre à faire avec un ordinateur ?
- Qu'est-ce que vous faites mieux sans ordinateur ?
- Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir un ordinateur ?

### **Questions par rapport à une future association des aînés :**

- Qu'est-ce que vous pensez d'une association des aînés ?
- Qu'est-ce que cette association pourrait faire d'intéressant pour la communauté des aînés, mais aussi pour les autres ?
- Qu'est-ce qui vous donnerait envie de vous impliquer dans cette association ?

### **Questions par rapport au programme d'animations :**

- Avez-vous déjà entendu parler des animations proposées par la ville ?
- Si oui, par quel moyen ? (bouche à oreille, journal de la ville... ) ?
- Avez-vous déjà participé à des animations proposées par la ville ?
- Quelles sont vos attentes en termes d'animations ?
- Avez-vous des appréhensions par rapport à la participation à certaines animations ?

### **Questions par rapport au maintien à domicile :**

- Comment envisagez-vous la perte d'autonomie ?
- Avez-vous des craintes par rapport à la perte d'autonomie ?
- Est-ce-que c'est important pour vous de continuer de vivre chez soi ? Pourquoi ?

### **Questions pour les professionnels de l'aide à domicile du SAAD des Ulis :**

- C'est quoi être un(e) aide à domicile ?
- Quelle est votre première motivation à faire ce métier ?
- À qui s'adresse ce métier ? Quelles sont les qualités nécessaires pour devenir aide à domicile ?
- Le métier d'aide à domicile manque-t-il de reconnaissance selon vous ? Qu'est-ce-qui vous fait dire ça ?
- Comment est-ce-qu'on pourrait valoriser davantage ce métier ?
- Décrivez votre tenue de travail. Quels sont les impératifs ? (Vêtements, chaussures, couleurs, tailles, équipement, lavage...)
- Qu'est-ce-qui est le plus difficile dans ce métier ?
- Si vous pouviez changer quelque chose, vous changeriez quoi ?
- Si vous pouviez donner un nouveau nom à votre métier, comment le nommeriez-vous ?

# Annexe 3 : Construction d'un futur atelier numérique

- 1 permanence dans 1 espace numérique en libre accès.
- Des ateliers d'éveil toute l'année (4 par an ?).

**Objectifs :** Travailler autour des croyances limitantes autour de l'usage du numérique et construire un atelier adapté et engageant !

## **Introduction / brise glace (tour de table / prise de parole en groupe...)**

- À quoi ça peut vous servir un ordinateur/tablette selon vous ?  
Est-ce-que vous avez déjà utilisé un ordinateur/tablette ?
- Qu'est-ce-que vous savez déjà faire avec un ordinateur/tablette ?
- Qu'est-ce-que vous voudriez apprendre à faire avec un ordinateur/tablette ?
- Qu'est-ce-que vous faites mieux sans ordinateur/tablette ?
- Qu'est-ce-qui vous empêche d'avoir un ordinateur/tablette ?

**Petite présentation visuelle :** Démystification de l'objet numérique (comment ça fonctionne, Internet comment ça fonctionne en principe...)

## **Mise en pratique (ludique où ils y voient un intérêt) :**

- Retrouver sa maison sur Google earth
- Lancer une visio collective sur skype
- Regarder la télé en ligne
- Participer à un jeu par email (autour du jeu du loup garou par exemple...)
- Quizz en apprenant à utiliser des mots clés et un moteur de recherche pour chercher les réponses...
- Inclure atelier généalogie : recherche ancêtres.
- Fournir une fiche facile pour retenir ses mot de passe, comptes etc.

## **Présentation du matériel (ordinateur/tablette) en fonction des besoins, des prix...**

**Marquer le coup à la fin :** Proposer une offre (réduction abonnement, tarif réduit matériel) aux personnes qui s'engagent à revenir animer l'atelier et former les personnes suivantes.

# Annexe 4 : Projet de signalétique du kiosque à livres (avec atelier de réalisation intergénérationnel)

Ce projet vient à l'origine d'une demande du conseil des aînés, qui souhaitait pouvoir identifier le nouveau kiosque à livres installé dans le parc urbain grâce à une pancarte. Nous avons alors soumis l'idée de faire de cette signalétique un élément visible du kiosque le rendant plus vivant et attractif. Ainsi, après avoir soumis une proposition de dessin, le projet fut accepté avec enthousiasme. 2 ateliers ont eu lieu avec le conseil des aînés (groupe 2) et ont permis de délibérer sur les dimensions, les coloris ainsi que sur une typographie pour les inscriptions. Après avoir réalisé les plans, nous avons pu faire fabriquer plusieurs éléments comme les découpes de lettres ainsi que la structure métallique de support grâce aux services techniques de la ville. Mais l'idée était aussi de prévoir certaines étapes de fabrication à réaliser durant des ateliers intergénérationnels. Nous avons donc organisé ces ateliers dans les locaux de « cité jeunes » où nous avons invité les jeunes et les aînés du conseil à prendre part à la fabrication du projet. Ces ateliers nous ont permis de poncer et de peindre les pièces. Au total, les ateliers n'auront pas mobilisé beaucoup d'aînés ni de jeunes, mais le prototype est aujourd'hui finalisé, verni et prêt à être inauguré dans le parc à la rentrée !



Fig 22 : Prototype du projet de signalétique du kiosque à livres (Keefe, 2021).

# Annexe 5 : Synthèse des réponses des entretiens avec les professionnels de l'aide à domicile

## C'est quoi être un(e) aide à domicile ?

« C'est pour le bien-être des personnes. »

« C'est rendre le sourire aux personnes. »

« C'est aider le bénéficiaire à faire quelque chose qu'il n'arrive plus à faire et dans la mesure du possible ne pas le faire à leur place pour maintenir au maximum leur autonomie. »

« C'est permettre aux bénéficiaires de respirer, mais aussi pour soulager et prendre le relais des proches aidants. »

« C'est être là quand la personne ne peut pas se confier, ou oser demander certaines choses à sa famille (question de dignité pour la toilette, famille qui manque de temps, problèmes familiaux...). »

« C'est permettre le maintien à domicile (de rester vivre à la maison). »

« C'est permettre de réaliser les premiers actes de la vie courante : se nourrir, se laver, faire le ménage et maintenir les personnes dans la dignité. »

« C'est être polyvalent, faire aussi un peu de tout (Prise des repas, toilette (diplôme d'auxiliaire uniquement), ménage, lever et coucher, sorties, dialoguer, faire des jeux, aide administrative, passer un coup de fil, rédiger des lettres et dossiers, faire des courses, aller à la pharmacie...). »

« C'est une présence pour permettre de rompre l'isolement (bénéficiaires contents de nous voir, on participe à leur vie). »

« C'est tout ce qui peut faire plaisir. »

« C'est être un confident. »

« C'est accompagner. »

« C'est s'intéresser à la personne, chercher à améliorer sa condition, son bien-être. »

« C'est aussi un échange : nous on donne, mais eux nous donnent aussi. »

« C'est organiser et sécuriser le domicile, permettre au bénéficiaire de s'y sentir mieux plus en sérénité. »

« C'est apporter un soutien moral et physique. »

« C'est être vigilant des situations de danger, d'abus. »

## Comment procède-t-on ?

C'est la famille qui contacte le service la grande majorité du temps et « des fois ce sont les assistant.e.s sociales ou les bénéficiaires quand ils sont encore en forme. »

« Il faut savoir ce que les personnes aiment, afin de réussir à leur faire plaisir, mais aussi débloquer certaines situations de refus (de s'alimenter, de se laver...). »

« Il y a une période de mise en confiance (en douceur car on entre chez les gens) : toujours demander où on peut s'asseoir, où on peut poser son sac...), petit à petit les bénéficiaires doivent nous donner la permission de répondre à leurs besoins. (aussi parce-que la demande de soin ne vient pas souvent d'eux directement). Petit à petit, à chaque fois il faut essayer. »

« On ne procède pas à des prestations, on amène, on adapte, on propose, on présente les choses de manière à réussir à y arriver. »

« Quand tu sors, eux sont bien, donc toi tu es bien. »

## Ce qui motive à être aide à domicile ?

« Le contact humain. »

« Aimer être un confident. »

« Aimer rendre service aux autres. »

« Les bénéficiaires nous apprennent beaucoup de choses avec leur vécu. »

« C'est un choix personnel, j'aime l'aide à la personne. »

« C'est pour mieux traiter les personnes que si elles devaient être placées en établissement. »

« C'est aider les personnes en détresse, vulnérables. »

« C'est rendre le sourire, trouver quelque chose qui les anime. »

« C'est un métier qui a du sens car on répond à un besoin réel. »

« La satisfaction d'avoir aidé. »

« Le retour émotionnel. »

## Les qualités qu'il faut pour être un(e) aide à domicile :

« Être consciencieux envers la personne (s'assurer que tout va bien, que la personne a bien eu tout ce dont elle avait besoin). »

« De la délicatesse, de la douceur. »

« Respecter la personne » (vouvoiement, dignité, respecter la pudeur, ne pas infantiliser...)

Beaucoup de patience : « Il faut savoir rester calme et s'adapter pour surmonter les difficultés. »

L'empathie, aimer les autres : « On fait avec son cœur. »

L'abnégation parfois : « Pour leur bien, il faut parfois continuer sa mission malgré les « je ne veux rien » « je ne veux pas manger j'ai pas faim » afin d'éviter

que les personnes se mettent en danger ou en insuffisance. »

« La disponibilité (envers la personne : être à l'écoute, attentif aux besoins, aux soucis). »

« La gentillesse (savoir désamorcer les blocages, les tons agressifs, les refus, les mots durs). »

« L'observation (quelles sont les habitudes du bénéficiaire et les prendre en compte). »

Savoir mettre en confiance le bénéficiaire afin de réussir à s'intégrer dans son environnement : « Le bénéficiaire s'adapte à moi, je m'adapte à lui. »

« La bienveillance, ne pas être dans le jugement. »

« Le sens des responsabilités, l'autonomie, l'organisation. »

« Savoir se remettre en question. »

### **Les difficultés qu'on rencontre ? (générales au métier)**

Le décès d'un bénéficiaire, où un placement en établissement.

« car on s'attache, mais c'est normal ». « Tu peux pas oublier d'être rentré dans la vie de quelqu'un ».

Observer le déclin, la dégradation de l'état de santé d'un bénéficiaire qu'on à connu bien portant...

« Des fois il faut travailler sur 1 mois, à chaque prestation pour réussir à faire prendre l'air à la personne. Pourtant une fois qu'ils sont dehors, ils sont tellement biens qu'ils ne veulent plus rentrer chez eux. Puis une fois qu'ils sont chez eux, là ça recommence ils veulent plus sortir... »

Être tout seul face au bénéficiaire (comparé aux personnel dans les EHPAD).

La manière dont certains bénéficiaires nous parlent « des fois c'est fracassant comment ils nous parlent, il faut pas se démoraliser. »

« C'est très difficile au départ d'entrer chez le bénéficiaire. Ils disent qu'ils n'ont pas besoin de vous, qu'ils ne veulent pas. »

« Ne pas avoir été briefé ou manquer d'informations sur le plan d'aide de la personne, les particularités, les blocages et parfois des dangers auxquels il faut être vigilant (d'où l'importance des échanges réguliers en amont entre collègues et avec le direction) »

« Les proches, les enfants des bénéficiaires, qui peuvent infantiliser leur parent pensant qu'ils ne sont plus capables ils peuvent leur retirer des droits, d'accès, des clés, des cartes de crédit... »

### **Ce qui pourrait être amélioré selon vous ?**

« Que les bénéficiaires comprennent mieux pourquoi on est là, ce qu'on peut faire pour eux... »

« Plus de temps d'échange de groupe. Actuellement 30min tous les 15 jours, ça ne laisse pas assez le temps entre les prestations d'échanger et de partager en

plénière entre collègues sur les difficultés qu'on rencontre au quotidien dans le travail. »

« Avoir suffisamment de temps pour chaque personne “mais c'est une question de budget de la personne... Les moyens décident malheureusement de l'accès à davantage de prestations. »

« La direction doit se rendre compte des réalités de terrain : voir comment ça se passe vraiment, pourquoi on déborde parfois sur le planning... Car on ne peut pas arrêter une prestation en plein milieu et laisser les personnes dans « cet état »  
« Que l'état propose des congés payés et des groupes de parole pour les proches aidants qui en ont besoin pour prendre soin de leur proche. »

« Plus de formations pour se rendre compte de la situation des gens (sensibilisation au handicap) et ce que ça fait d'être à leur place pour mieux les aider. »

### **Est-ce-que ce métier manque de reconnaissance ?**

« La société nous prend pour des femmes de ménage », l'image d'antan est restée alors « qu'on fait beaucoup plus que ça... »

« Après un certain temps, la majorité des bénéficiaires et des familles reconnaissent quand même notre importance. Ils nous remercient. »

« La majorité des bénéficiaires nous réduisent au ménage et refusent de sortir ou de faire quelque chose avec nous. Quand on leur propose une activité on nous répond : « non j'irais avec ma petite fille, vous vous êtes là que pour le ménage » Alors que pourtant il reste 30 min de prestation on pourrait sortir, là juste sur le palier ? « Non non, vous n'avez qu'à faire les fenêtres là. »

« Dès que vous arrivez, l'aspirateur il est déjà branché. »

« Ma reconnaissance c'est la satisfaction personnelle d'avoir réussie ma mission d'avoir aidé la personne. “je sais que j'ai aidé quelqu'un” quand on nous dit merci. »

« Oui, un manque de reconnaissance de la part de la société, des politiques alors qu'on a tous un proche qui a besoin d'une aide à domicile et qu'on peut tous avoir besoin de nous. »

« Les gens ne perçoivent pas la valeur de ce métier, l'envers du décor. »

Parole rapportée d'une Infirmière : « Les gens ne vous considère pas comme nous »

« On voit une différence de considération par rapport au corps médical véhiculent l'image de la santé ça rassure, ils doivent savoir ce qu'ils font, les bénéficiaires ont plus confiance envers eux. »

« Les infirmières elles entrent chez le bénéficiaire elles n'ont pas besoin de mettre de chaussons. Par contre pour les aides à domicile c'est très important. »

Parole rapportée d'un bénéficiaire : « Je ne savais pas qu'on pouvait discuter avec vous, vous êtes intelligente, pourquoi vous faites ce métier alors ? »

Parole rapportée d'un bénéficiaire : « vous savez lire ?! »



### **Ce qui valorise le métier :**

« Les formations ça nous valorise avec des compétences et ça rassure les bénéficiaires, parfois ils sont surpris qu'on sait ce qu'on fait. »

« Un meilleur salaire (+ attractif pour les jeunes pour se lancer). »

« Le statut d'auxiliaire de vie est plus valorisant, et celui d'infirmière est bien plus reconnu. »

« Montrer qu'on fait bien plus que du ménage, on s'intéresse à la personne, on cherche à améliorer sa condition, son bien-être. »

### **Sur la tenue de travail :**

Aucun impératif vestimentaire, on peut arriver comme on veut dans une tenue correcte.

Chaussons ou sur-chaussures pour pas salir le sol chez les bénéficiaires.

Gants en latex sur certaines tâches.

Certaines asso ont un tenue (blouse rose, sabots...).

Certains bénéficiaires exigent des aides à domicile qu'elles portent des chaussons, mais quand le kiné ou l'infirmière arrive ils ont le droit de garder leur chaussure (différence de traitement ?)

### **Si la profession pouvait avoir un nouveau nom ?**

« Agent de bienveillance »

« Assistant.e »

« Accompagnant »

« Bien-être à domicile »

« Agent de pleine autonomie »

« Agent de sérénité »

Note : À chaque fois que le nom « agent de bienveillance » a été proposé, la réaction a été unanimement positive et concluante.



# Annexe 6 : Les groupes iso-ressources (GIR)

La grille nationale Aggir (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle sert à déterminer si le demandeur a droit à l'APA et le type d'aides dont le demandeur a besoin. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

## **La détermination du GIR s'appuie sur la capacité à réaliser une liste d'activités :**

Activités corporelles et mentales (dites « discriminantes ») :

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société.
- Se repérer dans l'espace et le temps.
- Faire sa toilette.
- S'habiller, se déshabiller.
- Se servir et manger.
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre.
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.
- Se déplacer en dehors du lieu de vie.
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

Activités domestiques et sociales (dites « illustratives ») :

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants.
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel.
- Acheter volontairement des biens.

- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement.
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

### **La grille AGIR<sup>9</sup> :**

- Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante et celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- Le GIR 3 correspond pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- Le GIR 4 comprend essentiellement deux groupes de personnes. D'une part celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules. D'autre part celles qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas. Le
- GIR 5 correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

---

9. Pour consulter la grille nationale Aggir : <https://www.service-public.fr/particuliers/vos-droits/F1229>





# LA RELATION AIDANT-AÎNÉ

## Comment mieux accompagner la personne en perte d'autonomie tout en valorisant le rôle social de l'aidant ?

On mise sur la jeunesse pour changer le monde, pourtant il semblerait que le vieillissement soit une question d'avenir. En effet, d'ici 2040, 1 personne sur 4 aurait plus de 65 ans. Notre société aura permis les conditions d'apparition d'un nouvel âge de la vie, mais comment allons-nous organiser ce temps vécu sans qu'il soit à la marge de nos systèmes ? La marginalisation de la personne âgée est un phénomène moderne et l'une des causes de la perte d'autonomie, constituant un véritable enjeu social et sanitaire qui ne va faire que croître avec l'explosion démographique des aînés. Nous savons que le meilleur moyen de maintenir l'autonomie d'une personne est encore de lui permettre une vie socialement intégrée, digne et heureuse. Il s'agirait donc de limiter les ruptures sociales, émotionnelles ou encore l'isolement qui créent des conditions de fragilité où la perte d'autonomie trouve en partie ses origines. Comment alors, faire évoluer notre système d'accompagnement pour être en capacité de répondre à la complexité de ces besoins psychosociaux ? La crise sanitaire nous a rappelé à quel point certains métiers sont essentiels à notre société et pourtant sont si peu valorisés. Qu'est-ce que cela dit de notre rapport à l'autre ? Quel lien ce manque de reconnaissance des métiers du lien entretient-il avec le dispositif d'accompagnement aux personnes en perte d'autonomie ? Ce travail de recherche a pour but d'interroger les pratiques dans le domaine de l'accompagnement, mais aussi le rôle de l'aidant afin d'explorer dans quelle mesure pourrait-on construire une nouvelle relation d'accompagnement qui puisse bénéficier aux personnes en perte d'autonomie ainsi qu'aux aidants professionnels; mais également comment les méthodes de design peuvent-elles contribuer à l'action publique dans ce domaine.