

**« LIEN SOCIAL & MAINTIEN A DOMICILE :
les nouvelles technologies
au service de la personne âgée »**

**Ecole Normale Supérieure
Sciences**

**LYON
24 avril 2007**

SOMMAIRE

↳ Accueil des participants par André WEERS, Président de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie	4
↳ Allocution d'Evelyne HAGUENAUER, Adjointe au Maire de Lyon, Déléguée aux personnes âgées	5
↳ Allocution de Bernard FIALAIRE, Vice-Président du Conseil Général du Rhône, Délégué aux personnes âgées	7
↳ « Identification des nouvelles technologies : comment sont-elles source de liens entre les personnes ? » Par Jacques GAUCHER, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2	9
↳ « Expériences probantes en gérontologie » Par Vincent RIALLE, maître de conférences, praticien hospitalier à l'Université Joseph Fourier et au CHU de Grenoble	11
↳ « Présentation d'une cartographie Rhône-Alpes des conditions de maintien a domicile aujourd'hui : tendances et limites » par Marie-Pierre PENET, chargée d'étude à la direction de l'Action Sociale de la CRAM Rhône-Alpes	16
↳ Par Nathalie VOGÉ , responsable du département des personnes âgées et personnes handicapées à la CRAM Rhône-Alpes	22
↳ « Peurs et besoins des personnes âgées et de ceux qui les accompagnent - résultat d'une enquête » Par Gérard RIBES, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2	28
↳ « Les limites du maintien à domicile » Par Paul-Henri CHAPUY, Vice-Président du CRIAS	36
↳ Table ronde animée par Jacques GAUCHER « Les nouvelles technologies au domicile des personnes âgées, discrètes et respectueuses du souhait des personnes : témoignages »	39
↳ « Les nouvelles technologies au domicile des personnes âgées : la réflexion du Département du Rhône » par Yves-Armel MARTIN Responsable des technologies de l'information	40

« L'expérience du visiophone » par Danielle CHUZEVILLE	47
Conseillère Générale du Rhône, élue du canton d'Amplepuis	
« Déterminants de la chute à domicile et prévention »	52
Par Olivier BEAUCHET , médecin gériatre, maître de conférences à l'Université Jean Monnet à St-Etienne	
↳ Table ronde animée par Jacques GAUCHER	56
« Expériences et points de vue des aidants »	
« Les maisons inter mail à la résidence Laënnec-Lyon »	57
Par Claude DILAS , bénévole retraité	
« Une technique sécurisante, téléalarme et lien social »	59
Par Nathalie MOURET , Association ALERTE	
« Attentes et point de vue des médecins traitants : résultat d'une enquête » par Gérard RIBES	62
« Réticences des aidants naturels et professionnels et des Personnes face aux nouvelles technologies »	69
Par Bernard BRICHON , Directeur du SSIAD RESIDOM à Lyon, membre de l'ACPPA	
CONCLUSION par Paul-Henri CHAPUY	74
BIBLIOGRAPHIE	76

**André WEERS, Président de la
Société Rhône-Alpes de Gériologie**

André WEERS ouvre la 76ème journée régionale de gériologie et remercie les participants d'être venus nombreux des huit départements rhônalpins. Il regrette que la salle, d'une capacité pourtant de 515 places, se soit révélée trop petite et que des inscriptions aient dû être refusées.

Il remercie les administrateurs du Rhône de la Société Rhône-Alpes de Gériologie qui ont organisé cette rencontre et notamment Françoise CATTENAT, Directrice du CRIAS, Pascale GENTON et tous les personnels qui ont assuré la logistique de cette journée. Il remercie également Jacques PILLOT, Président du CRIAS, et son Conseil d'Administration qui ont encouragé et soutenu cette manifestation.

Puis il aborde le sujet de la journée.

« Nous sommes dans un monde rapidement évolutif sur le plan des techniques, des découvertes scientifiques, des modes de vie. Nous sommes aussi plongés dans un univers de productivité et dans un monde où la recherche du profit est bien réelle. Les lois du marché ont tendance à écarter de son emprise ce qui n'a pas valeur marchande et qui demande le temps de la maturation. Or précisément la fragilité de la grande vieillesse appelle de savoir donner du temps au temps, de savoir mener des relations de confiance et de réciprocité avec un fort investissement humain.

Les nouvelles technologies au service des personnes âgées se doivent d'être examinées en toute objectivité ; elles ne peuvent faire l'objet d'un rejet sans examen préalable. C'est l'objectif de cette journée. Nous espérons que les nouvelles technologies seront un adjuvant pour soutenir l'humain ».

Evelyne HAGUENAUER, Adjointe au Maire de Lyon, Déléguée aux Personnes Agées

« Lyon compte actuellement 86.251 personnes âgées dont 35.489 de plus de 75 ans. Ces chiffres allant en augmentant, il est important de travailler d'ores et déjà, et de manière assidue, sur les réseaux de maintien à domicile et leur développement afin de préparer l'avenir. Je profite d'ailleurs de l'occasion qui m'est donnée pour saluer le travail fait dans ce domaine par les associations, les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux.

Je voudrais vous faire part de quelques opérations illustrant, à mon sens, le thème de cette journée.

La Ville de Lyon accentue encore son engagement grâce à un partenariat avec l'Association PACT du Rhône. Beaucoup de seniors souhaitant continuer à vivre à leur domicile rencontrent des difficultés parce que leurs logements ne sont plus adaptés. Pourtant, des solutions rapides pourraient être trouvées si des travaux appropriés étaient réalisés dans leur salle de bains, les toilettes, chauffage, chauffe-eau, etc. Malheureusement, les personnes concernées ne savent pas toujours comment s'y prendre.

C'est pourquoi l'Association PACT du Rhône écoute les seniors et bâtit maintenant avec eux un projet concret d'adaptation du logement. L'Association suit les demandes de devis et surtout effectue les recherches de financement auprès des Caisses de retraite, de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat. Ainsi, par ce partenariat entre la Ville de Lyon et l'Association, le dispositif de maintien à domicile devient accessible à un plus grand nombre de personnes, en particulier celles aux revenus modestes.

Dans le même domaine, je citerai également l'initiative de partenariat né entre La SAHLMAS (SA HLM POUR L'ACTION SOCIALE) et l'OPAC du Grand Lyon dont le projet consiste en une mise en commun des moyens afin d'apporter un soutien et un nouveau service aux locataires âgés de ces deux bailleurs. Ce partenariat entre ces deux structures permettra d'offrir aux personnes âgées un véritable parcours résidentiel privilégiant le maintien à domicile, ceci en aménageant leurs logements, en leur proposant d'autres logements plus adaptés à leur âge et à leur situation familiale, jusqu'à la résidence spécialisée pour les cas extrêmes de dépendance.

Cette complémentarité entre les locataires de l'un et l'habitat de l'autre renforcera ainsi la réponse globale en faveur du logement et de l'accompagnement des seniors. Véritable outil innovateur, cette Société Anonyme de coordination a pour nom « Age d'Or Habitat » et est prestataire de services des deux Sociétés mères. Son objet social se définit en trois axes :

- o écouter,
- o définir les besoins,

et

- o réorienter vers un habitat plus adapté.

Une autre opération concerne particulièrement le lien social via les nouvelles technologies. Je voudrais mettre en valeur le travail fait par l'Association REN (Rhône-Alpes Emplois Nouveaux) qui, depuis plusieurs années, permet aux seniors de se familiariser et d'utiliser l'outil informatique. En effet, tous ceux qui le souhaitent peuvent faire une initiation, recevoir une formation ou avoir un perfectionnement sur Internet. Le 20 avril dernier, nous avons d'ailleurs inauguré le Centre de ressources multimédias dans le 9^e arrondissement à destination des seniors.

La Ville de Lyon également travaille actuellement sur un projet qui consistera, dans un avenir très proche, à équiper, en outils informatiques à l'usage des résidents, tous nos foyers logements. Nous avons d'ailleurs une résidence pilote, la Résidence Laënnec, située dans le 8^e arrondissement, où un groupe de résidents, âgés de 78 à 89 ans, a créé son blog qui a pour nom « Les joyeux pinsons ». Je vous invite à aller le visiter.

Parallèlement, je continue à développer la politique culturelle pour les personnes âgées, en mettant en place des partenariats avec des institutions telles que l'Opéra, l'Auditorium, le musée des Beaux Arts, etc... Nous subventionnons également, mais pas uniquement, des associations qui concourent au maintien à domicile, telles que le CODAPRS (Comité Départemental pour les Activités Physiques et la Retraite Sportive), association sportive pour seniors que le CRIAS connaît bien.

Il faut ajouter à cela l'organisation de différentes manifestations : dans le cadre de la « Semaine Bleue », une journée-accueil à l'Hôtel de Ville, dans le cadre de l'opération estivale « sous les arbres », des après-midi dansants, etc... L'objectif final est toujours de rompre l'isolement en créant du lien social.

Je ne doute pas que cette journée sera très enrichissante pour nous tous, débouchera sur de nouveaux partenariats et réseaux pour le maintien à domicile et une généralisation des nouvelles technologies pour nos seniors ».

**Bernard FIALAIRE, Vice-Président du Conseil Général du Rhône,
Délégué aux Personnes Agées**

« Après l'accueil de la Ville de Lyon, je voudrais dire, au nom du Conseil Général du Rhône comme de l'ensemble des conseillers régionaux de la région Rhône-Alpes, que nous assumons ces nouvelles responsabilités, ces nouvelles compétences de coordination gérontologique sur notre territoire.

L'intérêt de journées comme celle-ci est certainement de permettre des échanges, des partages d'expériences, des enrichissements dans nos moyens, nos façons d'aider nos aînés et ceux qui les aident. Aucune des collectivités ne souhaite réduire son action à celle à destination de personnes tombant dans la dépendance puis la compensation, l'aide à l'autonomie de gens dépendants. Nous souhaitons, bien sûr, pouvoir apporter, avec l'aide des associations et des services, des techniques et maintenant, des adaptations aux logements mais aussi plus de dignité, de qualité de vie et même de bonheur jusqu'à la fin des jours de nos aînés, mais aussi réfléchir pour intervenir en amont.

Le vieillissement de la population n'est pas une charge pour la société. Nous devons faire passer ce message : c'est notre rôle à tous qui sommes acteurs et engagés dans des actions gérontologiques dans un pays où la richesse n'est pas le pétrole, n'est pas son sous-sol, mais les ressources humaines, l'intelligence, le travail. L'augmentation de l'espérance de vie -et surtout l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité- est la première production de richesses de notre pays.

Je ne cherche pas à dire qu'il faut faire travailler les gens plus longtemps mais chiffrer le travail qui est fourni par nos aînés - travail de plus en plus important- car les gens sont de plus en plus dans de bonnes conditions physiques et intellectuelles. Nos seniors qui s'occupent encore de leurs parents parfois, de leurs enfants et petits-enfants, d'associations, de leurs proches, sont des producteurs de richesses. C'est quelque chose d'important.

Les problèmes spécifiques de la dépendance et du handicap doivent être des moteurs de réflexion et même des choses très utiles à notre société. Comme les réglages des « Formule 1 » permettent de faire des adaptations sur la voiture de « Monsieur tout le monde », je crois que la compensation du handicap, comme l'aide à l'autonomie pour les gens les plus dépendants, permet de faire évoluer les techniques, les aides pour des équipements, des services qui sont utiles à tous et encore plus performants.

C'est, je crois, le thème de la réflexion aujourd'hui, sur le maintien à domicile, le lien social et l'aide des nouvelles technologies pour savoir ce qu'elles peuvent apporter directement aux gens les plus dépendants mais ensuite aussi sur tout ce qui pourra être décliné sur l'ensemble de la population.

Cet après-midi, Danielle CHUZEVILLE, Conseillère Générale du Département du Rhône, pilotera une réflexion, avec d'autres intervenants, sur la place des nouvelles technologies, à la fois dans les zones très rurales, éloignées et également dans des zones très urbaines, dans des quartiers plus sensibles, pour savoir quel est l'apport supplémentaire en qualité de vie, en confort de vie pour les personnes âgées dépendantes mais aussi pour leur entourage.

Votre thème est important. Les collectivités réunies seront très attentives à vos réflexions pour pouvoir vous accompagner, dans les mises en place et même en amont toutes ces expérimentations qui feront que demain on continuera encore à vieillir, à gagner des années mais surtout des années de qualité. C'est le véritable but que nous recherchons tous ».

Jacques GAUCHER, Professeur à l'Université Lumière Lyon2 :
« Identification des nouvelles technologies :
Comment sont-elles source de liens entre les personnes ? »

« La manière dont le département du Rhône, au sein de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, a pensé cette journée, est moins de mettre la focale sur la compétence des nouvelles technologies que de voir en quoi ces nouvelles technologies pouvaient être au service des personnes, c'est-à-dire au service de l'humain, en particulier des personnes âgées dans le cadre du maintien à domicile.

Notre idée est de nous poser des questions et de partager avec vous ces questions au cours de la journée ; ce matin par un certain nombre d'apports de connaissances et d'expériences ; cet après-midi par des tables rondes au cours desquelles des pratiques pourront être exposées et mises en débat.

Nous avons donc deux cibles. La première est celle des nouvelles technologies. On parle beaucoup des nouvelles technologies qui apparaissent à la fois comme une banalité aujourd'hui ; ce que j'appelle la dimension passive des nouvelles technologies. Elles sont partout, dans tous les endroits de notre vie quotidienne : nous sommes environnés par les nouvelles technologies. Elles sont parfois discrètes (serveur de billets de banque, le courriel qui nous arrive, les réseaux utilisés par les commerces, etc...). Cette forme passive n'attend pas l'intervention de qui que ce soit d'entre nous ; nous nous plions assez facilement et rapidement à leur usage.

En revanche il y a une autre dimension, la forme active des nouvelles technologies, qui nécessite une compétence minimale, parfois même plus, pour pouvoir s'en servir, les mettre à notre service. Ceci nécessite donc une formation, une ouverture d'esprit, peut-être aussi un changement de culture qui ne sont pas toujours des dimensions accessibles, de réputation en tout cas, aux personnes les plus âgées.

L'expérience nous montre, par différentes études, que nous nous trompons souvent. Je citerai, dans une autre dimension de mon activité, mon expérience à « l'Université Tous Ages » où, sur 10.000 étudiants, un tiers est équipé de manière active d'ordinateurs et de dispositifs électroniques.

Le maintien à domicile qui est le deuxième grand sujet de notre journée est une démarche qui est avant tout une aide. Il s'agit bien entendu de permettre à des personnes de rester dans leur milieu habituel, le milieu qu'elles ont investi. Ce maintien à domicile a aussi ses limites. Tout le monde les connaît bien. Ce sont des limites en termes de qualité de vie au domicile quand la dépendance gagne du terrain ; des limites liées aussi à des organisations et, éventuellement, à des questions financières, en particulier des problèmes de coûts. Le maintien à domicile est aussi un objectif de société ; les politiques s'affairent beaucoup à nous donner les moyens et les conditions d'un maintien à domicile qui réponde véritablement à cette dimension humaine ; c'est sa première mission.

Qu'est-ce qui pénalise aujourd'hui le maintien à domicile ? Ce sont les moyens humains, le nombre de personnes disponibles et compétentes pour assurer cette veille et cette aide auprès des personnes âgées. Ce sont aussi des problèmes de sécurité des personnes dépendantes, des chutes, d'observance thérapeutique. On sait à quel point cette forme de « cafouillage » dans les prises de traitement peut être une limite sévère au maintien à domicile et à la qualité de vie des personnes à domicile. Et bien d'autres sujets, telle l'alimentation.

Une autre question va nous occuper aujourd'hui ; il s'agit du lien social. Si le maintien à domicile est une espérance pour beaucoup, il peut aussi s'accompagner d'un appauvrissement, d'une raréfaction du lien social. On s'aperçoit parfois que l'environnement humain de la personne âgée à domicile risque de se réduire aux relations professionnelles, aux relations d'aide liées à ses besoins. Il y a aussi dans les limites de ce maintien à domicile la question de l'usure, l'usure d'un système d'aide à domicile pour les aidants familiaux (l'épuisement familial est une réalité), mais aussi pour les professionnels qui donnent beaucoup de leur personne.

Quel pourrait être l'apport des nouvelles technologies ? C'est déjà contribuer à la sécurité des personnes. Est-ce qu'elles peuvent nous aider par une veille et par une capacité de transmission d'information à réduire le risque de la personne âgée à domicile, lors de chutes par exemple ?

C'est aussi pouvoir se mettre au service des aidants, qu'ils soient familiaux ou professionnels et ce sera une autre partie de notre réflexion de ce jour. C'est surtout chercher à restituer à la personne âgée une autonomie que, naturellement, elle risque de perdre en partie et qui, par l'artifice des nouvelles technologies, pourrait nous permettre d'en retrouver une certaine dimension.

Les nouvelles technologies, oui, mais comment ? Cela pose un certain nombre de problèmes. C'est une présence au domicile mais qui n'est pas elle-même une présence humaine, qui appelle, qui relaye une présence humaine. Trois questions vont aussi se trouver en transversalité de toutes nos réflexions de la journée :

- Quelle éthique et quelle déontologie ? Je rappelle que notre souhait a été de bien recentrer sur l'humain cette problématique des nouvelles technologies dans le maintien à domicile.
- Quelles facilitations d'utilisation pour l'utilisateur ? C'est-à-dire la réponse à cette forme d'apprentissage qui pourra être nécessaire à des personnes âgées pour bien utiliser ces nouvelles technologies.
- Quelle place aussi pour ces nouvelles technologies dans la tâche de l'aidant (aidant familial ou professionnel) ?

Je remercie par avance les orateurs du matin, les personnes qui nous feront part de leurs expériences et de leurs expertises cet après-midi, de manière à ce que nous puissions au cours de cette journée avancer dans la réflexion et en sortir avec d'autres perspectives au terme de nos échanges ».



Question : *On a bien senti la nécessité de maintenir l'humain (c'est déjà une bonne chose). Dernièrement un facteur s'est fait réprimander pour avoir donné de son temps aux personnes âgées. Que peut-on faire devant une telle pratique ?*

Réponse : C'est vrai que cela a un côté anecdotique. Ceci dit il y a un vrai problème d'éducation des populations dans ce registre. On a été surpris il y a quelques dizaines d'années des questions gérontologiques ; on est passé par des modèles de l'assistance, l'aide est encore quelque chose qui est bien dans nos vocabulaires. Il y a une nécessité de penser la personne âgée autrement que comme une personne à assister, à aider et à accompagner. C'est aussi une personne qui a sa place, qui a son rôle. Il est évident que dans les rapports inter-personnels il y a encore beaucoup de progrès à faire. C'est peut-être aussi notre rôle de gérontologues militants que de chercher à faire avancer les mentalités.

**Vincent RIALLE, Maître de conférences -praticien hospitalier à
l'Université Joseph Fourier et au CHU de Grenoble*
« Expériences probantes en gérontologie »**

« Ce colloque a le mérite de poser les questions les plus cruciales à propos de ces technologies. Je suis chargé de vous présenter quelques expériences probantes même si cela n'est pas très facile car, lorsque nous parlons de nouvelles technologies, nous sommes plutôt dans la prospective.

En premier lieu, je rappellerai une directive du Conseil de l'Europe qui, en 1998, concluait que les personnes en situation de handicap avaient droit aux technologies les plus adaptées. Ces technologies couvrent divers domaines qui s'entrecroisent :

- Santé,
- Sécurité,
- Confort de vie,
- Culture,
- Communication.

Elles s'adressent essentiellement au lieu de vie (domicile ou institution) mais également à l'extérieur, le quartier, la ville, pour sécuriser les déplacements par exemple.

Le point de départ de ma réflexion s'est situé à la Faculté de médecine de Grenoble, au sein d'une équipe dirigée par Norbert NOURY. Elle a consisté en une expérimentation autour de la notion de « l'Habitat Intelligent pour la Santé ». Au début des années 2000, nous voyions les choses en grand en essayant de démarrer des travaux de recherche sur ce thème.

Le projet ALLISA, dirigé par Norbert NOURY, a permis de conduire des expérimentations dans des hôpitaux : l'hôpital Charles Foix (Ivry sur Seine), le CHU de Toulouse et dans les habitats d'un foyer-logement à Grenoble.

↳ Présentation d'une expérience probante liée à la maladie d'Alzheimer : la géolocalisation.

C'est de loin la technologie la plus demandée et la plus attendue. Elle a d'ailleurs donné lieu à des histoires assez cocasses. En effet, vers 1994, un dispositif de géolocalisation avait été évoqué dans certains documents. Il y a eu une avalanche de demandes de la part des aidants naturels concernant ce géolocalisateur, dix à treize ans avant qu'il n'existe réellement. Maintenant il existe, on peut se le procurer, sous plusieurs formes en France.

Grâce au système GPS, technique sur laquelle repose le géolocalisateur, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut être localisée à toute heure de la journée si par malheur elle a fait une fugue. L'usage d'un tel système est véritablement une libération lorsqu'on connaît le cauchemar que représente une disparition de malade. D'importants progrès restent cependant à accomplir en matière de géolocalisation.

↳ Expériences en visiophonie (l'axe communication) :

- ♦ Madame Y vit seule, a plus de 80 ans et n'a plus que sa fille qui vit à Nouméa. Celle-ci vient d'apprendre que sa mère a un cancer. Elles ne peuvent pas se rencontrer, en raison de la distance. Après une séance de visiophonie, Madame Y était extrêmement émue d'avoir pu voir, discuter, avoir une conversation approfondie avec sa fille, probablement plus riche avec l'image qu'elle ne l'aurait été avec seulement le son.

Une association grenobloise, L'Âge d'Or, qui propose aux personnes âgées une initiation à Internet, a recueilli de nombreux témoignages tel celui-ci, d'un Monsieur de 74 ans : « *Je consulte Internet tous les jours, le matin entre trente et soixante minutes, surtout qu'aujourd'hui c'est très bon marché et de temps en temps si j'ai besoin de consulter quelque chose, de chercher une information sur n'importe quel sujet, très rapidement j'utilise Internet. Enfin, j'utilise l'ordinateur depuis que j'ai pris la retraite* ».

Internet a changé la vie de beaucoup de monde mais en particulier celle d'un certain nombre de personnes âgées qui s'y intéressent, et il y en a de plus en plus.

Il y a beaucoup d'histoires sur l'utilisation de la visiophonie et d'Internet.

Le rapport Giard-Tinel -remarquable du point de vue notamment de l'expression spontanée par les personnes âgées de leurs points de vue -, en cite quelques unes (accessible sur : http://www.alertes38.org/IMG/pdf/Rapport_MissionPA.pdf). Les personnes disent qu'elles aiment bien dialoguer, avec bien sûr quelques critiques concernant par exemple la lenteur d'affichage.

J'ai conduit personnellement une enquête sur 270 familles de malades Alzheimer avec l'association départementale France Alzheimer de Seine-Saint-Denis, présidée par Mme Catherine OLLIVET. Le but de l'enquête était de tester les besoins, les souhaits, les craintes évoqués par ces technologies.

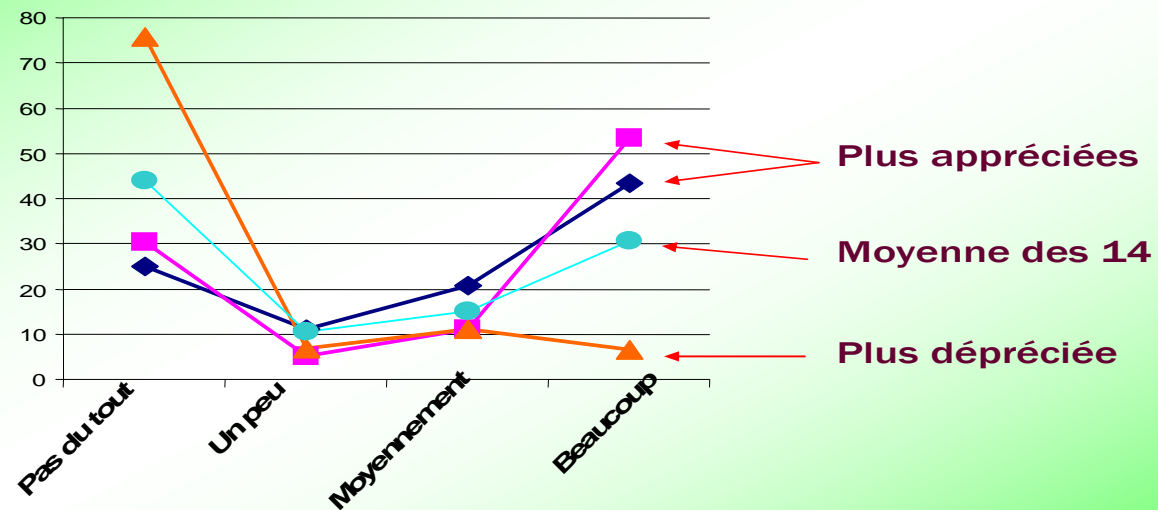
Toutes les technologies possibles, toutes celles qui m'ont semblé exister ou qui existeront bientôt, ont été présentées de manière très succincte dans cette enquête à travers cinquante questions, avec de nombreuses sous-questions. Elle a été adressée à 1.458 familles, grâce aux bénévoles de trois associations départementales Alzheimer (77, 92, 93).

Je ne vais pas vous imposer tous les résultats de cette enquête, qui sont très nombreux. Voyons simplement cette liste de 14 technologies (cf page suivante) ; j'ai indiqué avec une croix celles qui ont reçu la plus forte adhésion et vous avez dans la partie droite l'histogramme des réponses réparties en « pas du tout », « un peu », « moyennement », « beaucoup ». Pour toutes les appréciations relatives à ces diverses technologies, nous avons une distribution dont la forme en U est très caractéristique. Ce type de répartition montre que les répondants ne sont pas indifférents. Les opinions sont contrastées : ou un fort rejet ou une forte adhésion ; il y peu de gens qui sont dans le « un peu » ou le « moyennement ».

% réponses aux 14 technologies étudiées

Q .	Technologie	N	Pas du tout	Un peu	Moyen.	Beaucoup	Histogramme		
1	21	Capteur de chute cousu dans un vêt.	235	28,9	12,3	16,6	42,1		
2	22	" collé sur la peau	230	35,2	11,7	17,8	35,2		
--	3	23	" inséré sous la peau	231	74,5	3	11,7	10,8	
4	24	Comprendre un appel vocal	232	31,9	11,6	13,8	42,7		
++	5	26	Vidéosurveillance mobile privée	228	25	11	20,6	43,4	
6	27	Vidéosurveillance externe	231	34,2	14,3	15,6	35,9		
+++	7	28	Géo-localisateur GPS/GSM	214	30,4	5,1	11,2	53,3	
8	29a	Dispositif éval. déplacement	209	45	15,3	12,4	27,3		
9	29b	Dispositif évaluant transfert	206	46,6	13,6	15	24,8		
10	30	Dispositif identifiant activité	211	35,1	12,3	17,5	35,1		
---	11	34	Écouter et comprendre des conseils verbaux	173	75,7	6,9	11	6,4	
-	12	35	Lire/comprendre des conseils écrits	180	70,6	7,8	12,8	8,9	
13	39	Robot en forme d'animal ou d'humain	243	55,1	12,8	14	18,1		
++	14	41	Visiophonie de lien social	205	27,8	7,3	19,5	45,4	
15	Moyenne des 14 lignes		216	44	10,4	15	30,7		

Synthèse



- ◆— Système visiophonique personnel de poche pour voir et entendre le malade Q. 26
- Géo-localisateur (pour retrouver en cas de fugue ou d'errance) Q. 28
- ▲— Système proposant des conseils verbaux de cuisine Q. 34
- Moyenne des réponses aux 14 questions

Les technologies avec des « croix » sont celles qui sont arrivées avec le maximum de « beaucoup » et le minimum de « pas du tout ».

Il s'agit du géolocalisateur (on s'y attendait), mais également d'une vidéosurveillance mobile et privée. Il s'agit d'un petit ordinateur portable, type PDA, qui permet à l'aidant familial de continuer à voir son malade lorsque l'aidant fait quelques courses, va au supermarché, achète le journal ou son pain.

Il y a aussi la visiophonie de lien social qui est une visiophonie sur place, dans l'appartement, avec diverses possibilités, et qui évite en particulier l'usage du clavier ; c'est l'un des thèmes de recherche sur lequel je travaille beaucoup.

Les technologies les plus décriées, les plus rejetées sont des conseils verbaux pour faire la cuisine ou un capteur inséré sous la peau. Avec la miniaturisation extrême on peut imaginer des capteurs que l'on poserait sous la peau et donc qui « disparaissent » entièrement ; ils ont l'avantage de ne jamais être oubliés mais ils peuvent évoquer un monde assez horrifiant dans lequel le corps humain est pénétré par des objets techniques, des puces artificielles, etc...

J'ai réalisé un tour de piste rapide des technologies appréciées ou dépréciées. C'est la courbe caractéristique lorsqu'on fait la synthèse de toutes les réponses par rapport à ces technologies : le « pas du tout » arrive en force à 44 % et le « beaucoup » à 30,7 %. Une « analyse des correspondances multiples » a montré que les groupes en faveur et en défaveur sont complètement séparés.

L'enquête donnait également la parole aux aidants naturels. Nous avons eu 212 réponses explicites ; ces personnes ont eu envie de s'exprimer. Nous avons prévu qu'un certain nombre de personnes auraient envie d'en dire beaucoup sur ces technologies, en bien ou en mal, ou tout simplement pour s'interroger sur leur intérêt, leur sens....

Dans les 212 commentaires, certains sont très tranchés en leur faveur et d'autres en leur défaveur. En voici quelques-uns :

- « Il faut mettre en place les nouvelles technologies dès l'apparition des premiers signes de la maladie pour que l'aidé puisse se familiariser avec, car après il me semble difficile qu'il les utilise lui-même à bon escient ».
- « Ces technologies peuvent même effrayer dans certains cas (robot, visage apparaissant à l'écran, autres dispositifs ...) et provoquer des angoisses ».
- « La technologie peut apporter une réponse au manque de personnel, de financement par l'Etat, à la réalité sociale qui coupe les liens avec les proches, avec les liens acquis dans la profession, dans le choix de vie. Un grand merci pour cette étude qui met en face les conséquences de la déshumanisation de la société. La présence d'aides, la présence humaine est elle-même dévalorisée par l'absence trop souvent de valeurs morales, disons-le de vocation. Cependant, l'emploi de substituts doit être envisagé avec grand discernement ».

Ce sont ces réponses qui ont accompagné chacun des questionnaires.

Je dirige un autre projet, d'Espace COmmunicant VIsioPhonique (ECOVIP) sans clavier, avec un écran tactile. C'est le sujet de thèse de mon étudiante, Abir GHORAYEB. Elle a travaillé avec des personnes âgées dès la conception du système (méthode dite de « conception participative »). Le système ECOVIP a été conçu avec huit personnes âgées d'un foyer logement géré par le CCAS de Grenoble. Cela permet de favoriser le réseau de proximité de la personne âgée, la relation avec ses proches, voire avec ses médecins et soignants.

Je tiens maintenant à aborder l'éthique. Le point de départ de toutes ces expériences est, de mon point de vue, éthique avec une première question importante : « L'usage de ces technologies pose-t-il un dilemme éthique ? ».

Il n'y a pas de dilemme comme on en trouve par exemple dans la bioéthique avec le clonage. Ces technologies, en général, ne posent pas de dilemme. Nous n'avons pas de choc de valeurs entre deux principes fondamentaux opposés, comme dans l'euthanasie (en l'occurrence le principe médical de non malfaisance et le principe d'autonomie de la personne qui fait le choix de mettre fin à sa vie). Si on les utilise, elles peuvent aider, sinon on s'en passe, et cela ne pose aucun dilemme. Par contre leurs usages, lorsqu'ils se développeront, devront absolument respecter un code de bonnes pratiques gérontologiques ; en d'autre terme, respecter tous les principes de l'éthique. L'usage, comme la conception, de ces outils doivent suivre une « visée éthique ».

Diverses questions de fond doivent être abordées dans un débat éthique : Quand on a un habitat qui se met à être envahi de capteurs, quid de la vie privée ? Comment ces technologies « norment-elles » notre société, notre vie ? Est-ce qu'elles s'adaptent à nous ou nous qui nous adaptons à elles ? Etc...

Parmi les expériences probantes, pas tout à fait en tant qu'expériences mais en tant que développements, nous aurons l'ouverture d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU de Gérontechnologie) à la rentrée prochaine, entièrement consacré à ces nouvelles technologies, avec Paris VI, l'Université de Grenoble et l'Université Paris V, les professeurs BELMIN, FRANCO et RIGAUD.

Le programme est très riche ; il est fait spécialement pour tous les professionnels de la santé en gérontologie et toute personne qui souhaiterait le suivre, même sans être spécifiquement une professionnelle.

Un petit clin d'œil à une réussite de l'année dernière, que l'on essaye de reproduire cette année : le colloque « INNOVADOM » qui se tiendra les 28 & 29 novembre 2007 à Grenoble (www.innovadom.org). Son but est de créer une culture commune entre les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, les industriels, les responsables de politiques de santé, les chercheurs. Nous savons que cela manque. Une journée technique du maintien à domicile se tiendra le 13 mars 2008 à Saint Etienne (journée « Suivi à Domicile » du Pôle des Technologies Médicales de St Etienne).

Pour terminer, nous avons créé très récemment, à l'initiative du Professeur FRANCO, une Société Française de Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologies (SFTAG, www.sftag.fr). J'en profite pour inviter tous ceux qui s'intéressent à ces technologies à venir rejoindre cette Société savante ; nous avons vraiment besoin de tous. Elle vise à promouvoir l'assistance aux personnes âgées par ces technologies et également à favoriser tout ce qui concerne le soin, dans une optique de bonnes

pratiques. Cette Société est présidée par le Pr. FRANCO. Gérard CORNET, qui a beaucoup œuvré pour la gérontologie les années précédentes, en est le trésorier et j'en suis le secrétaire général pour cette première année.

Je n'ai pas abordé la chute, l'un des deux grands fléaux. Nous avons la téléalarme depuis 25 ans, avec 200.000 télé-assistés actuellement. Il y a des recherches sur la chute pour automatiser complètement la téléalarme et la rendre utilisable par des gens qui ont des troubles cognitifs, qui peuvent éventuellement vivre seuls chez eux et pour lesquels le bouton poussoir n'est pas efficace. Cela fait partie des prochaines expériences probantes ; c'est en cours d'expérimentation.

Il est difficile de conclure. L'objectif était de valoriser les conceptions participatives, l'évaluation, les études d'acceptabilité par les personnes, de service rendu et de viabilité économique. Il est nécessaire d'évaluer les nouvelles pratiques, faire de la formation, encourager le développement industriel ; tout cela selon une visée éthique.

En outre, nous ne sommes pas seulement « français » : c'est le plan international qui nous oriente véritablement. La France est très riche en ce qui concerne les inventions, la création d'idées, mais assez mauvaise pour ce qui est de créer des sociétés et offrir à ces technologies une existence au niveau international, à commencer par le niveau européen. En général, nos « bonnes idées » partent très vite, avec nos chercheurs.... Il faut probablement travailler beaucoup là-dessus ».



Question : *Les nouvelles technologies présentées ont un coût d'achat ou d'installation. Qui peut financer ces technologies surtout lorsque la personne âgée n'a pas les moyens ?*

Réponse : C'est une des questions cruciales. En 2006/2007, les technologies sont devenues « achetables » alors qu'avant, comme je le disais, c'était plutôt dans le futur. On peut se procurer la technologie la plus attendue, le géolocalisateur anti-disparition pour les malades d'Alzheimer. Tout le problème étant l'emploi par les aidants ; le malade risquant d'être retrouvé mort ou très gravement malade si on ne le retrouve pas dans les douze premières heures. On peut se procurer ces géolocalisateurs moyennant finance. La question est qu'il faut aller très vite pour plusieurs raisons. La première est que la maladie d'Alzheimer est une des plus graves et qu'elle n'a pas encore de technologies spécifiques reconnues contrairement aux maladies respiratoires pour le maintien à domicile.

Il y a un certain nombre d'associations et de sociétés qui font du maintien à domicile pour une série de pathologies et qui ont leurs technologies, leurs remboursements et leurs prises en charge totales. Le géolocalisateur est quelque chose de très nouveau. Il faut profiter de cette année 2007, année Alzheimer, pour faire avancer les choses. Ce géolocalisateur, dont le coût n'est pas négligeable, risque de faire une importante discrimination entre ceux qui pourront se le payer et ceux qui ne le pourront pas.

Son prix de revient est de 200 à 300 euros à l'achat (45 à 80 euros mensuellement). On ne peut pas demander 100 % de réussite à cause des ombres dues au GSM.

La deuxième raison est qu'il faut que ces nouveaux outils soient prescrits par un médecin, comme pour les autres pathologies. Sinon on s'avance vers la société « d'hyper-surveillance » telle qu'elle est décrite par Jacques ATTALI dans son livre « Une brève histoire de l'avenir ». Il faut que ce soit pris en charge médicalement et remboursé. Ce qui n'est pas encore le cas.

Concernant les détections de chute ou la prévention des chutes, il faut attendre quelques mois ou années pour avoir des détections complètes de chutes à domicile avec perte de conscience, donc en évitant l'obligation d'appuyer sur un bouton poussoir. C'est presque prêt. C'est comme pour le géolocalisateur ; à partir du moment où cela existe, cela arrive sur le marché. Nous avons très peu de temps pour permettre aux quelques entreprises françaises qui lancent ces innovations de pouvoir en vivre. Donc la détection / prévention de chutes viendra assez vite et il faut anticiper le mouvement.

Les technologies de lien social peuvent être encouragées. Peut-être pas par une prise en charge au niveau de la Sécurité Sociale mais par des recherches très utiles et des aides diverses pour les populariser. Nous manquons actuellement d'homogénéité dans les encouragements, dans les liens entre industries, gérontologues, familles, malades. Tout cela est à activer assez vite.

Question : *Est-ce qu'Internet peut aider au lien social ? Pensez-vous réellement que cette nouvelle technologie participe à une lutte contre l'isolement des personnes âgées ?*

Réponse : Evidemment oui. Internet est comme un gros tuyau où l'on fait passer ce que l'on veut. Je ne veux pas reparler longtemps du géolocalisateur mais le résultat est une carte sur Internet qui vous indique l'endroit, la rue, etc. Internet est connu surtout pour tout ce qui concerne la messagerie et les liens de ce type.

La visiophonie se prépare actuellement et devrait normalement favoriser le lien intergénérationnel et l'inclusion sociale, le lien social. Cela devrait venir en complément. Nous n'avons pas encore les logiciels tout à fait adaptés mais la télévision participera également de cela.

Question : *Connaissez-vous des expériences de transport de personnes âgées utilisant les nouvelles technologies mais à un coût abordable ?*

Réponse : Non, je ne connais pas de telles expériences de transport. En tout cas l'utilisation d'Internet pour trouver des voyages et faire ses réservations est quelque chose de très utile.

* Vincent RIALLE est membre du laboratoire TIMC-IMAG UMR UJF/CNRS 5525. Il a remis à Philippe Bas, en mai 2007, son rapport « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille » (**). et vient de soutenir, à l'Université René Descartes, Paris, sa deuxième thèse de science dans le domaine de l'éthique médicale : « Technologie et Alzheimer : appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer ».

** (www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/rapports/rialle/rapport.pdf).

CRAM Rhône-Alpes

« Présentation d'une cartographie Rhône-Alpes des conditions de maintien à domicile aujourd'hui : tendances et limites »

Marie-Pierre PENET, Chargée d'étude à la Direction de l'Action Sociale de la CRAM Rhône-Alpes

« La cartographie est la réalisation et l'étude de cartes, permettant de connaître, de maîtriser, et si besoin est de modifier les territoires. Cette base de définition a été reprise dans cet exposé afin de tenter, à travers quelques observations, images et exemples, de broser un paysage de l'aide au maintien à domicile tel que le conçoit la CRAM Rhône-Alpes.

Au cours de cet exposé, je dégagerai quelques observations à partir d'évaluations de dispositifs récemment mis en place.

Notre questionnement est : quelles sont les tendances de l'aide à domicile actuellement ? Quelles sont les limites dans la modification de l'environnement des personnes âgées telles que nous avons pu les constater au cours des études qui ont été faites et des bilans que nous en avons tirés à la CRAM Rhône-Alpes ?

La question de « vieillir à son domicile » se pose naturellement et toute une réflexion s'est développée autour depuis quelques années. Comment conçoit-on actuellement le vieillissement ? Il y a un contexte national : différentes études ont montré d'une part une espérance de vie en augmentation, avec notamment un accroissement de l'espérance de vie sans dépendance. Ceci entraîne de nouvelles attentes d'un public de retraités hétérogène et d'âges très différents.

De ce fait, différentes modifications dans l'organisation de la politique sociale sont intervenues, tout d'abord au niveau de l'action sociale du régime général. La Caisse Vieillesse est passée d'une logique de prise en charge de personnes basée sur des prestations très typées et figées, à une prise en charge individualisée et en même temps globale, concernant les différents aspects de la vie de la personne. Cette prise en charge est centrée sur l'autonomie, le but étant de maintenir l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée à son domicile le plus longtemps possible.

D'autre part et parallèlement, la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes incombe aux Conseils Généraux, notamment par la mise en place de l'APA. La CNAV a donc souhaité se recentrer sur des personnes autonomes ou très peu dépendantes, qu'on appelle habituellement les personnes en GIR 5 ou 6.

L'action sociale vieillesse souhaite également porter une attention toute particulière aux personnes qui, tout en étant autonomes, peuvent être fragilisées, soit parce qu'elles sont isolées géographiquement, soit parce qu'elles ont de petits moyens financiers, soit encore parce qu'elles ont vécu des situations de rupture, de veuvage, de maladie qui les rendent plus sensibles aux événements de la vie.

Une approche préventive, dans une optique de « bien vieillir », se développe actuellement au plan national. C'est une réflexion que nous avons commencée depuis 2001 au niveau de la CRAM Rhône-Alpes avec le développement d'un programme sur les sites de Bourg-en-Bresse et de Valence, programme qui est appelé à se développer encore.

Ce programme a pour but une prévention **précoce** pour bien vieillir, en étant « bien dans sa vie », en la prenant en charge. Il peut s'adresser à des seniors à partir de 55 ans. Il repose là aussi sur une approche globale de la personne : manière dont la personne se sent affectivement dans sa vie, dont elle projette sa vie future, prise en compte de ses habitudes de vie quotidiennes en matière de nutrition, d'activité, de son réseau social, etc... Cette vision englobe la totalité de la vie quotidienne avec un souci d'anticipation.

Lors de l'entrée dans le programme de la personne, une évaluation est faite en fonction de ses niveaux de risques par rapport à une évolution pathologique. Elle est suivie d'une proposition d'un programme et d'un accompagnement individualisé visant à ce que le retraité ou futur retraité soit acteur de son futur vieillissement.

Une évaluation globale des besoins pour personnes âgées a été mise en place. Ce processus a été testé en Rhône-Alpes en janvier 2006 sur deux territoires de la région, dans le Rhône et la Loire. Cette évaluation globale consiste en un entretien d'évaluation qui a lieu au domicile, est réalisé par un évaluateur agréé par la CRAM-RA et indépendant des services, et qui vise à faire un bilan de la personne au niveau de sa vie quotidienne, de repérer avec elle ses besoins et de lui donner différentes préconisations, conseils ou orientations qui peuvent l'aider à être le mieux possible, dans le cadre de son projet de vie.

Par la suite, une autre aide a été mise en place, permettant le financement de services par l'introduction d'une prestation qui s'appelle le P.A.P : Plan d'Actions Personnalisé. Une expérimentation en Rhône-Alpes a tout d'abord été menée de septembre à décembre 2006, avec bien entendu une optique de généralisation au niveau national. La prestation PAP s'est mise en place de manière définitive à partir du 1er avril à St- Etienne et Lyon, avec un objectif de généralisation sur la région. Le principe est toujours, à partir de l'évaluation des besoins, de proposer un plan d'aide à la personne, un financement sous forme d'une allocation forfaitaire, auquel la personne peut avoir recours sur l'année. Ceci permet la mise en place d'aides techniques, d'interventions de services, ainsi que de conseils et d'orientations. En effet un ensemble de services peuvent être pris en charge afin d'aider la personne à organiser sa vie.

Je vais vous présenter maintenant quelques résultats des études qui ont été faites au cours de cette expérimentation, concernant notamment l'évaluation des besoins et les préconisations.

On note l'importance de l'aide humaine : aide à la personne ou aide à l'entretien de son domicile. Cela peut être :

- ♦ l'entretien du domicile,
- ♦ les soins de pédicurie
- ♦ l'accompagnement, sous des formes diverses,
- ♦ les aides techniques à la personne : canne, installation d'un siège-douche,... Cela peut être aussi l'intervention de services, une aide aux transports, à de petits travaux ou une aide à l'adaptation de l'habitat (transformer une baignoire en douche par exemple).

Le plan d'aide comprend également des conseils et des orientations concernant différents aspects de la vie quotidienne, dans une optique de prévention et de globalité de vie.

Le plan d'aide concerne également le lien social. Par exemple :

- ♦ la visite de bénévoles,
- ♦ l'accès à la culture : accès à une bibliothèque sonore ou adhésion à un club...,
- ♦ le « bien vieillir » : proposition de participation à un atelier de prévention des chutes ou à un atelier mémoire, ...
- ♦ l'aménagement du logement mais d'une manière qui peut être simple, sous forme de conseils. Par exemple, si un tapis mal placé peut faire risquer à la personne une chute, il va lui être conseillé de le fixer ou de l'enlever. Un éclairage défectueux repéré par l'évaluateur va donner lieu à des conseils par rapport à la santé : orientation vers un professionnel de santé, conseils de nutrition...

Les préconisations peuvent donc être diverses.

On constate que la majorité des préconisations faites permet de répondre à une difficulté physique de mobilité ou à un risque de chute des personnes concernées, par rapport à des limites de capacité du corps. De plus, ces risques sont liés. En effet, nous constatons que les personnes qui ont du mal à bouger, qui ne se sentent pas en confiance avec leur corps, ont souvent la peur de chuter ou de sortir de leur appartement. Cela augmente leur risque de chute si elles ont à sortir, et les personnes qui vont chuter craignent encore davantage de sortir ; c'est un cercle vicieux. La prévention des risques de chutes est donc un domaine très important.

Nous avons constaté aussi que le niveau des ressources des personnes évaluées ne semblait pas influencer le plan d'aide. L'évaluation globale des besoins était faite à ses débuts sans entraîner une prise en charge financière (mis à part les prestations existant à la CRAM-RA et la prestation aide ménagère). Lorsque les personnes sont convaincues que les préconisations peuvent être utiles à leur bien-être, elles n'hésitent pas à les mettre en place.

Cependant, nous avons remarqué que les préconisations qui sont faites dans le cadre de ces plans d'aide ne sont pas toujours mises en place. Pourquoi ? Quelles sont les limites du plan d'aide repérées ?

Les limites qui concernent la personne âgée ou les familles sont bien évidemment le coût de technologies nouvelles ou de technologies qui ne sont pas nouvelles, mais spécifiques si on les adapte à la personne. Le coût peut faire peur. Mais il y a également une information, une compréhension des services qui peuvent être insuffisantes, ou encore une appréhension des techniques qui peut être insuffisante. Par exemple, certaines personnes ont un manque de repérage dans les circuits pour avoir telle aide, tel service. « Où vais-je m'adresser ? » « A qui je vais demander ? » « Comment vais-je demander cela ? » « Est-ce que je vais savoir faire ? » C'est loin d'être facile pour une personne âgée.

« Par rapport à ces nouvelles technologies, est-ce que je vais comprendre comment cela fonctionne ? » « Est-ce que je vais être capable de m'en servir sans faire d'erreurs ? ».

Il existe un autre motif de la non-adhésion, qu'elle soit dite ou non-dite, de la personne ou de son entourage par rapport à ce qui peut lui être proposé : des personnes ne se sentent pas concernées et disent « On m'a proposé un atelier mémoire ; je n'ai pas de problèmes de mémoire » ou « Je ne risque pas de tomber ; ce tapis ne me gêne pas ».

Ceci relève bien évidemment du libre choix de la personne, mais soulève le problème des préconisations établies sans qu'il y ait un cheminement préalable, une préparation de la personne. Il est difficile pour une personne d'adhérer immédiatement à une préconisation alors qu'elle ou son entourage n'y ont pas réfléchi. Les personnes affirment quelquefois qu'elles ne sont pas d'accord, ou disent « oui » sans réellement adhérer à la proposition, ou disent « Je vais réfléchir » ...et la mise en place du plan d'aide se prolonge...

Les craintes de la personne posent encore d'autres limites. Elle considère parfois une aide, technique notamment, comme étant le franchissement d'une étape vers la dépendance. Pourquoi ? Une aide technique souvent est visible ; une barre d'appui se voit. Elle est visible par tous ceux qui entrent dans l'appartement. Elle peut être vécue comme un signe de « Je ne suis pas capable de me relever. Tout le monde le sait. Pourtant je n'ai pas forcément envie que cela se sache ». L'aide technique peut signifier l'irruption du monde extérieur dans l'espace intime de la personne, et aussi l'affichage d'une fragilité ; ceci n'est pas forcément facile à accepter.

Tout cela demande une maturation pour la personne et aussi pour son entourage, une réflexion et une **appropriation**. C'est la personne qui doit décider de ce qu'elle veut faire. Cela demande du temps, et souvent un relais à la fois avec l'entourage familial et l'entourage professionnel. L'aide ménagère qui est en contact quotidien avec la personne peut discuter avec elle et lui dire « Vous vous relevez avec le tuyau d'eau chaude mais ce n'est peut-être pas très prudent ; une barre d'appui ce n'est pas quelque chose de très encombrant et cela vous facilitera bien la vie ». Ceci peut permettre à la personne d'évoluer en toute tranquillité.

Le processus de maturation est très important pour nous. Il peut aussi être différent suivant le contexte de l'évaluation et selon les personnes. Pour certaines personnes, certaines aides techniques peuvent être acceptées, telles les barres d'appui ; pour d'autres ces mêmes barres d'appui sont quelque chose signalant vraiment l'entrée dans la dépendance.

Ce processus de maturation est différent suivant le contexte sur place de l'évaluation globale et le moment de l'intervention de l'évaluateur. Par exemple l'évaluateur proposant un plan d'aide pourra être le déclencheur de quelque chose qui était dit depuis longtemps par la famille, mais plus ou moins entendu par la personne qui, à l'occasion de cette évaluation, va accepter le projet.

Parfois la situation est inverse : l'évaluateur propose par exemple une amélioration de l'habitat par l'installation d'une salle d'eau ou d'une salle de bains. Ceci peut être trop précoce dans l'évolution de la personne, qui pourra craindre la modification de son environnement, et ne pas être d'accord. Cette proposition nécessitera d'être reprise par l'entourage pour pouvoir être validée.

Il faut laisser ce temps à la personne, et ne pas oublier que c'est elle qui fait le choix : c'est à elle de décider ce qu'elle veut pour elle-même.

Il peut aussi y avoir un aménagement, une négociation. Je citerai l'exemple d'une personne à qui avait été préconisée la téléalarme. Handicapée depuis l'enfance, elle était réticente à l'installation de cette téléalarme. Or, lors de la discussion, nous avons constaté que si cette personne pouvait disposer de téléphones sans fil dans différentes pièces, ceci pouvait constituer une solution à son risque de chute, certes intermédiaire, mais acceptable. Cet exemple montre que la négociation est une étape importante.

Pour terminer je vous propose quelques mots-clefs de l'évaluation globale (cf en page suivante). Quand on parle d'aide technique, de nouvelles technologies, il faut penser à la prévention.

L'aide technique permet :

- ♦ la prévention du vieillissement pathologique,
- ♦ la prévention des risques de dépendance,
- ♦ l'autonomie,
- ♦ le soin de soi.

Nous n'avons pas encore suffisamment intégré la dynamique de prévention, nous avons tendance, quelquefois, à parer au plus pressé et à nous poser les questions lorsqu'elles deviennent, sinon urgentes, du moins très importantes. Il faut anticiper les besoins futurs, commencer à réfléchir avec la personne et ses proches ; cela évite la confrontation à l'urgence. Le plus terrible pour les personnes âgées est une confrontation à l'urgence qui conduit au non-choix.

MAINTIEN A DOMICILE ... QUELQUES MOTS CLEFS

PREVENTION

ANTICIPATION

SENSIBILISATION

APPROPRIATION

ACCOMPAGNEMENT

REPRESENTATIONS

Pour cela il peut y avoir une sensibilisation de l'entourage, du médecin traitant, du réseau professionnel et aussi une sensibilisation par rapport à la question de la nouveauté. Nous parlons de nouvelles technologies aujourd'hui mais les technologies -qu'elles soient connues depuis longtemps ou pas- sont, pour la personne et son entourage, toujours nouvelles. Il faut les appréhender en amont ; il est important d'informer, de rassurer pour que les personnes réfléchissent petit à petit. Tout cela conduit à l'appropriation plus tard de ces technologies par la personne, pour les inclure dans son projet de vie.

La construction du projet de vie avec le plan d'aide, l'arrivée de nouveaux services, de nouvelles techniques, est basée sur l'accompagnement, afin que la personne puisse poursuivre sa réflexion en étant soutenue, aidée. Cela demande du temps, il faut laisser mûrir le projet et il faut également le suivre. Pour le suivre dans de bonnes conditions, il est très important d'être conscient des représentations. Nous avons tous des représentations de la dépendance, du handicap. Il y a des représentations qui sont communes à tous, mais il y a aussi des représentations individuelles.

Il est important de les prendre en compte, d'être conscient qu'il y a des choses qui symbolisent pour la personne l'entrée dans la dépendance, la déchéance, pour pouvoir réadapter une préconisation de manière à ce qu'elle convienne à la personne.



**Nathalie VOGÉ, responsable du département des personnes âgées
et personnes handicapées à la CRAM-RA**

« Je souhaite vous faire part d'une expérience qui a vu le jour il y a près de quinze ans mais qui est toujours opérationnelle aujourd'hui et qui peut rendre des services aux personnes âgées pour visualiser les évolutions du logement qui pourront être mises en place. Comme plusieurs intervenants l'ont souligné, l'inadaptation et le sous-équipement du logement peuvent fragiliser le maintien à domicile.

Il y a plus de quinze ans, la CRAM-RA a eu conscience de la nécessité d'adapter des logements au handicap ou à la perte d'autonomie et a développé une approche préventive et de soutien à cet environnement avec la mise en place d'un concept d'appartement-témoin dénommé « OCTOLOGIS ». C'est un appartement-pilote qui met en situation des aides techniques et des aménagements du domicile destinés à pallier les difficultés de la vie quotidienne liées à la perte d'autonomie. Cette expérience a vu le jour en 1991. La CRAM-RA a lancé un appel d'offres pour la réalisation et la gestion d'un appartement mettant en situation tous les matériels susceptibles de répondre aux situations de handicap créées par le vieillissement, à des fins d'information et de conseil, des particuliers âgés et handicapés et des professionnels du maintien à domicile.

La CRAM-RA a souhaité s'entourer de partenaires, le CRIAS, l'OPHLM, également l'Association « Mieux Vivre ». Cette participation active de tous a conduit en 1992 à l'ouverture d'OCTOLOGIS. Cette réalisation a pu voir le jour notamment grâce au concours de l'OPHLM qui a mis à notre disposition un appartement dans une résidence proche du quartier de la Part-Dieu, rue Richerand dans le 3^{ème}, qui a été aménagé et équipé pour répondre à des situations de handicaps divers. Nous avons mis en place un simulateur de logement afin de modéliser et de visualiser en grandeur nature les solutions proposées. Actuellement c'est le personnel formé et spécialisé de l'Association « Mieux Vivre » qui accueille les personnes qui souhaitent visiter l'appartement.

Il faut savoir également que parallèlement, dans le cadre d'une convention avec l'ARRA-HLM, la CRAM-RA a préaménagé 50 logements ; à l'époque 500.000 francs ont été consacrés à cette expérience (10.000 francs par logement préaménagé) pour accueillir des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées.

OCTOLOGIS : il s'agissait de la première réalisation de ce type en France destinée au grand public. L'expérience a obtenu le label de l'année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations, décerné par la Commission des Communautés européennes.

Aujourd'hui, un autre appartement a pu se mettre en place dans la région Rhône-Alpes à Valence et nous souhaiterions pouvoir déployer encore des appartements de ce type dans d'autres départements de la région, voire plus loin, en nous appuyant sur des porteurs de projets. C'est un appel que je lance auprès de personnes qui seraient extérieures au département du Rhône.

OCTOLOGIS, concept labellisé, est aussi une approche pluridisciplinaire, multidimensionnelle et préventive. Pourquoi ? Le retraité va pouvoir être accompagné par différents partenaires :

- ✓ L'Association « Mieux Vivre » va pouvoir mettre à disposition un ergothérapeute pour aider la personne à mettre en place les aides les plus appropriées,
- ✓ Le PACT du Rhône va accompagner le retraité dans la réalisation de ses démarches,
- ✓ Une assistante sociale de la CRAM-RA peut évaluer les besoins de la personne âgée en lien avec l'ergothérapeute.

A l'issue de la visite de l'appartement, les retraités de la CRAM-RA peuvent solliciter une aide financière de la Caisse Régionale pour participer aux travaux qui vont être mis en œuvre à leur domicile.

Cette démarche continue de porter ses fruits. En 2006, 244 personnes sont venues visiter OCTOLOGIS. Les questions principales intéressant les visiteurs sont :

- ♦ les aides à la mobilité ⇒ 29 % des visiteurs,
- ♦ les aides à la communication, à l'information et à la signalisation ⇒ 20 %,
- ♦ l'aménagement du logement ⇒ 17 %,
- ♦ les aides pour les soins personnels et la protection ⇒ 13 %.

Pour autant, tous ces aménagements ne peuvent se substituer au soutien humain que peut apporter la famille, le voisinage mais aussi l'aide à domicile. Les programmes d'aide aux aidants qui sont développés par la CRAM-RA peuvent également contribuer à la lutte contre l'isolement.

En conclusion, je soulignerai particulièrement deux points : tout d'abord le fait que les outils issus de nouvelles technologies doivent être capables de s'adapter à la personne et à ses besoins, de s'inscrire dans son projet de vie, en étant le moins marquants, le moins visibles, le moins singuliers possible. L'apport des nouvelles technologies doit tendre plus à la réduction de la dépendance de la personne âgée vis-à-vis de son entourage proche, pour favoriser le lien social et permettre à la relation familiale de s'exprimer. Les proches restent des proches et non des aidants à part entière.

Par ailleurs, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse a lancé en 2006 un appel à projets qui est reconduit en 2007 et relayé par la CRAM-RA. Nous avons appelé largement les porteurs de projets potentiels à déposer un dossier de demande de subvention. Ces projets doivent permettre de développer de nouveaux services ou apporter une nouvelle réponse à un besoin existant.

Les projets subventionnables peuvent être des services de visite à domicile, d'aide ponctuelle, d'aide à de petits travaux, d'aide aux courses, d'aide au portage de repas ; ou bien des services visant à l'amélioration de la vie sociale, tel que le transport accompagné, l'organisation d'activités culturelles. La branche retraite (la CRAM en l'occurrence pour Rhône-Alpes) pourra apporter son concours financier à hauteur maximum de 50 % du coût de l'opération, sachant que les actions devront avoir pour objectif d'aider à la mise en œuvre de services sur lesquels la branche retraite pourra s'appuyer dans le cadre de la mise en œuvre de plans d'actions personnalisés.

Mme PENET évoquait tout à l'heure le déploiement des évaluations globales faisant parfois émerger des besoins qui ne sont pas couverts sur un territoire. Il est très important pour nous de nous appuyer sur les diagnostics qui sont faits par les structures évaluatrices pour pouvoir effectivement soutenir des projets sur les territoires concernés et contribuer à la qualité des services rendus aux retraités.



Question : *Pourquoi se limiter à des préconisations, des évaluations ?*

Réponse : Au travers de l'évaluation globale, l'ensemble des besoins de la personne âgée est pris en compte, qu'il s'agisse des besoins d'aide humaine, des besoins d'aide technique, également des conseils très simples, des recommandations pour faciliter la vie à domicile. L'évaluation globale ne constitue pas une limite, au contraire, c'est un champ beaucoup plus large d'observation et de mise en place de préconisations.

Autre point : on nous dit que la CRAM-RA se serait retirée du co-financement des adaptations de logements. Or la CRAM-RA ne s'est pas retirée de ce co-financement, elle a recentré son intervention sur les aides conditionnant réellement le maintien à domicile. Elle a créé, en lieu et place de ses prestations d'aide à l'amélioration de l'habitat et d'aide à l'adaptation personnalisée du logement, une prestation qui maintenant s'appelle la prestation « **logement et cadre de vie** », qui prend en charge les travaux liés à l'aménagement ou la rénovation de sanitaires, au changement de mode de chauffage et aux revêtements de sol. On sait que les revêtements de sol défectueux favorisent le risque de chutes.

Cette prestation est à présent intégrée dans l'évaluation globale. Il y aura désormais une visite systématique d'un évaluateur au domicile -en l'occurrence une assistante sociale de la CRAM-RA- pour réaliser une évaluation globale des besoins de la personne âgée. Sa demande d'amélioration d'aide à l'habitat peut, au-delà, faire naître d'autres besoins beaucoup plus généralistes.

Question : *Peut-on comparer le PAP (Plan d'Actions Personnalisé) à l'ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie) ? Quel est le montant accordé ? Y a-t-il une participation laissée à la charge de l'intéressé en fonction de ses revenus ? Les évaluateurs sont-ils les travailleurs sociaux ?*

Réponse : Le montant pouvant être accordé au niveau du Plan d'Actions Personnalisé s'élève au maximum à 3.000 euros par an, en sachant que l'évaluateur qui se rend à domicile réalise un devis sur la base des préconisations qui sont faites. Le montant de l'aide n'est pas systématiquement de 3.000 euros ; il correspond au montant du devis chiffré par l'évaluateur.

Le panier de services intégré au PAP est assez étendu ; outre l'aide humaine qui constitue souvent le pivot du maintien à domicile, vont pouvoir être financés : du transport accompagné, de la pédicurie, une aide psychologique, l'installation et l'abonnement d'une téléassistance, des aides techniques, divers petits travaux, une consultation d'ergothérapeute, etc...

Le bénéficiaire aura une participation laissée à sa charge qui sera variable en fonction de ses revenus ; le barème applicable est calqué sur celui de l'aide ménagère à domicile tel que beaucoup le connaissent mais converti en pourcentage de participation.

Un exemple : les personnes qui sont dans la première tranche du barème -c'est-à-dire jusqu'à 796 euros pour une personne seule- auront 10 % à leur charge et les personnes qui ont le revenu le plus élevé auront 65 % du plan d'aide à leur charge.

Les évaluateurs doivent être titulaires d'un diplôme du domaine médical, paramédical, social ou médico-social. Il y a des profils très divers parmi eux. A Lyon, ce sont essentiellement les médecins du Centre Régional de Prévention qui réalisent les évaluations. On peut trouver également des assistantes sociales, des psychologues, des ergothérapeutes, des conseillères en économie sociale et familiale, toutes les personnes qui sont titulaires d'un diplôme ou d'une Validation des Acquis de l'Expérience dans les domaines cités.

Question : *Comment répertorie-t-on les personnes pouvant bénéficier du Plan d'Actions Personnalisé en GIR 5-6 ? Que doit-on faire auprès de la CRAM-RA pour qu'une association puisse intervenir ?*

Réponse : Les personnes cibles de l'action sociale de la branche retraite sont les GIR 5-6, fragilisés par l'âge, par les ressources, par un isolement géographique ou familial. C'est l'observation que va faire l'évaluateur à domicile qui va permettre de cibler ces personnes fragilisées qui vont pouvoir être éligibles au plan d'action personnalisé.

Question : *Il serait intéressant de recenser les personnes âgées ou handicapées nouvellement arrivées sur une commune rurale afin que les services municipaux les connaissent.*

Réponse : C'est une idée à proposer aux services des communes. Il y a différentes villes qui proposent aux nouveaux arrivants des réunions d'information sur différents services.

Question : *Vous parlez d'anticiper l'aide alors que nous avons des barrages au niveau du nombre d'heures, au niveau des GIR. Au niveau d'une personne en GIR 6 on ne peut pas toujours avoir une heure. D'où la question de la prévention et de l'anticipation ?*

Réponse : Il peut y avoir des restrictions dues à des enveloppes financières qui sont limitées, à des questions de priorité, mais la prévention est l'affaire de tous et l'anticipation aussi ; ce n'est pas du tout le seul rôle de l'aide ménagère. La prévention concerne le médecin traitant, la famille, l'entourage, les professionnels, les aides ménagères et différents intervenants de la gérontologie. En matière d'anticipation, quand on rencontre une personne âgée, il est important d'aborder différents thèmes ; c'est l'intérêt d'une évaluation globale à un moment donné, ce qui ne veut pas dire que tout sera mis en place.

Question : *Quelles sont les conditions de visite d'OCTOLOGIS ?*

Réponse : Prendre contact avec l'association Rhône-Alpes Mieux Vivre pour tout conseil concernant les aides techniques et la visite de l'appartement témoin : 28 rue Etienne Richerand 69003 LYON (04.72.33.02.84).

Question concernant l'évolution d'OCTOLOGIS, en soulignant que c'est une démarche ancienne.

Réponse : Des évolutions se sont mises en place : il y a eu une rénovation de la salle de bains avec des nouveautés et cette année la cuisine sera rénovée. Les personnes de « Mieux Vivre » présentes aujourd'hui sur un stand, pourront vous apporter des explications. L'Association « Mieux Vivre », qui est également un centre d'information et de conseil sur les aides techniques, dispose d'une documentation très fouillée et très fournie qui permet de faire des recherches documentaires et d'apporter la meilleure réponse aux personnes qui viennent visiter l'appartement.

Une question concerne les personnes âgées qui relèvent de l'aide sociale et qui ne sont pas éligibles à une prise en charge CRAM.

Réponse : Effectivement les personnes qui relèvent de l'aide sociale, comme celles qui relèvent de l'ADPA (Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie), relèvent d'un dispositif légal. La CRAM-RA, pour sa part, développe une action sociale extra légale.

Question : *Quelle est l'action de la CRAM dans les établissements et notamment dans les foyers-logements, sur l'aménagement des moyens de transport, l'installation et la connaissance des structures d'accueil familial ?*

Réponse : Il y a plusieurs niveaux de réponse. La CNAV vient de publier une circulaire sur ses objectifs en matière de soutien aux lieux de vie collectifs ; c'est une circulaire de février 2007 que l'on peut trouver sur le site de la CNAV qui prévoit :

- ♦ de prioriser l'action de la branche retraite sur les logements qui hébergent des personnes majoritairement en GIR 5-6, donc particulièrement les foyers-logements,
- ♦ d'axer les aides de la CRAM-RA sur les structures qui s'ouvrent sur l'extérieur, qui dynamisent l'établissement, qui intègrent toute la vie sociale qui peut exister à l'extérieur. Donc avec des possibilités d'aide au transport, d'accompagnement des personnes dans les accueils de jour, etc.

Question : *Quelle est la place de la CRAM-RA dans l'élaboration des plans d'aide APA ?*

Réponse : Les deux dispositifs sont distincts. Pour ce qui est de l'APA, ce sont les Maisons départementales du Rhône qui interviennent. Concernant la CRAM-RA, ce sont les évaluateurs agréés, lorsqu'ils existent, ou des associations de maintien à domicile. Cependant, des articulations existent entre les deux systèmes.

Question : *Pourquoi toujours lier la dépendance à l'âge ?*

Réponse : La dépendance n'est pas liée à l'âge ; elle est liée au handicap. Il se trouve que les personnes âgées cumulent des handicaps mais il y a aussi les personnes handicapées.

Les technologies s'adressent aussi bien aux personnes âgées qu'à des personnes handicapées.

Gérard RIBES, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2
« Peurs et besoins des personnes âgées et de ceux qui les accompagnent - Résultat d'une enquête »

« Je voudrais commencer en vous racontant une anecdote qui m'est revenue à l'instant.

Je suis originaire du nord de l'Ardèche. Comme vous pouvez le constater j'ai un certain âge pour ne pas dire un âge certain. J'ai été confronté à l'époque à un changement d'univers, un passage du 19^{ème} au 20^{ème} siècle. Ma grand-mère qui habitait « à la ville » puisqu'elle était à Annonay (c'était la ville !) avait des cousins qui habitaient à Saint-Bonnet-le-Froid, que l'on connaît maintenant car Régis Marcon l'a rendu célèbre mais à l'époque la ville était ravitaillée par les corbeaux qui ne manquaient pas l'hiver à cause de la burle qui créait des congères telles que personne ne pouvait passer.

Un jour ma grand-mère a eu l'idée d'offrir son ancien téléviseur à une de ses cousines qui avait cette ferme à Saint-Bonnet-le-Froid à quelques kilomètres du village. Comme c'était un cadeau, un de mes petits-cousins qui était censé s'y connaître a dit : « *Je vais faire l'installation. On va mettre l'antenne de télévision et on va régler tout cela* ». Quand je me remémore les choses, cela a été un peu l'histoire de Robert Lamoureux « *Le canard était toujours vivant* ». La télévision ne marchait jamais quoi qu'il fasse, la manière dont il orientait l'antenne, la manière dont il tripatouillait les boutons... Je ne sais si vous vous souvenez ; à l'époque il fallait régler les canaux (je vois que certains ont de bons souvenirs !). Ce téléviseur qui a mis des mois à marcher a été dans la famille une sorte de légende, à tel point que quelques années après, ayant continué à voir ces cousins, on s'est rendu compte que du coup la cousine en question à qui avait été offert le téléviseur ne l'avait en quelque sorte jamais utilisé, tellement elle avait trouvé cela compliqué, non pas au niveau de l'installation -une fois qu'il était branché il suffisait d'appuyer- mais par rapport au vécu de l'installation qui s'était avérée comme une usine à gaz.

La création des représentations et l'accompagnement aux nouvelles technologies sont donc des éléments extrêmement importants. Si on lance quelque chose sans l'accompagner on met directement en place tous les éléments de l'échec.

Je voudrais vous faire part d'un travail d'enquête autour de la place des nouvelles technologies dans le maintien à domicile que nous avons mené à l'initiative du Conseil Général du Rhône avec un certain nombre de personnes qui ont y ont activement participé.

La question qui nous a été posée à Jacques GAUCHER et moi-même, a été : « *Quelles peuvent être les attentes des personnes âgées et de leur entourage par rapport à ces nouvelles technologies ?* ». Nous nous sommes positionnés en tant que cliniciens pensant qu'il pouvait certes y avoir des attentes mais en essayant de comprendre ce qui fait qu'à un moment ou à un autre le maintien à domicile n'est plus possible.

Dans nos pratiques cliniciennes deux éléments paraissaient importants :

- o les peurs des personnes âgées : à quel moment les peurs font que le maintien à domicile devient difficile ? Qu'il y a quelque chose qui est trop mis en danger dans le quotidien ?
- o l'effet de souci des entourages vis-à-vis de la personne âgée. Lorsqu'on travaille dans les institutions gériatriques (je travaille aussi à l'hôpital), bon nombre de demandes d'hospitalisation, d'institutionnalisation ne sont pas liées simplement à l'aggravation de quelque chose mais à une rupture du lien social, où l'environnement n'arrive plus à gérer ce qui est en train de se passer tellement l'emprise du souci qu'il a par rapport à la personne âgée devient important et la demande qu'il a est : « Soulagez-nous de notre souci ».

Nous avons essayé de comprendre les peurs principales, de voir si les soucis de l'entourage étaient en écho ou non avec ces peurs principales. Très rapidement dans la méthodologie, l'idée a été de poser les mêmes questions mais en les posant aux personnes âgées en termes de peur « quelles sont vos peurs principales ? » et à leur entourage (famille, amis, bénévoles éventuellement) et voir quels étaient les soucis qu'ils pouvaient avoir par rapport aux personnes âgées.

Nous avons tenté d'aller plus loin et de voir quelle était la représentation des peurs et des soucis des autres :

- o Quels vont-êtré pour une personne âgée les éléments de sa vie qui vont faire le plus souci à son entourage ?
- o Quelles sont les peurs qui vont êtré les plus importantes par rapport à la personne âgée selon la famille ?

D'où l'idée de croiser les représentations, en disant « J'ai des peurs, j'ai des soucis, mais qu'est-ce que j'imagine les peurs et les soucis de l'autre ? », de voir s'il y avait des cohérences et comment on pouvait éventuellement en faire quelque chose.

Un des éléments important est que le maintien à domicile dépend des gens qui vont le faire. Vous savez que notre société fait que la natalité est en train de baisser - même si la France conserve une natalité importante- et il est extrêmement difficile de trouver des personnes qui vont permettre ce maintien à domicile. C'est difficile en zone urbaine, c'est d'autant plus difficile en zone rurale.

La question se posait « *Comment accompagner les gens à rester chez eux en zone rurale, compte tenu d'une pénurie potentielle qui s'annonce et qui est déjà présente des accompagnants ?* ». Autrement dit « *Comment les personnes qui allaient accompagner allaient-elles pouvoir couvrir un champ beaucoup plus large que le fait de venir voir une ou deux personnes avec l'importance du déplacement et du temps que cela allait prendre ?* ».

Certains départements ont même importé du personnel de l'étranger pour gérer le maintien à domicile avec un certain nombre de difficultés pour ne pas dire d'échecs. Certains pensent maintenant (et cela va sans doute être violent de la manière dont je le dis) à « l'exportation » des personnes âgées dans des endroits où cela coûte moins cher ; en particulier en Afrique du nord où un certain nombre d'installations sont en train de se créer. C'est une réalité. Donc « *Comment allait-on se placer dans*

autre chose que des solutions qui allaient être extrêmes entre l'importation de personnels et l'exportation des personnes âgées ? ». C'est bien que cela vous fasse réagir. Nous aussi cela nous a interrogés.

Nous avons gardé ce thème en termes d'étude. Nous ne sommes pas dans une recherche ; une recherche nécessite souvent des éléments de comparaison avec des bras différents pour comparer des populations dans des mêmes situations. Là nous sommes dans une étude, la démarche d'une photographie qu'il ne faut pas extrapoler ; ce n'est qu'une photographie d'un moment donné mais qui donne déjà un certain nombre d'indications sur lesquelles on peut en tout cas commencer une réflexion.

L'étude a été menée sur quatre cantons ; nous avons pu contacter 82 personnes, ce qui est un petit échantillon mais qui donne déjà un certain nombre de tendances. Dans cet échantillon il y a des personnes âgées à domicile, des personnes âgées en établissement, des professionnels, des bénévoles, des familles, des voisins, ce qui représente les 82 % des gens, avec une part beaucoup plus importante par rapport aux personnes âgées.

La répartition hommes/femmes est une répartition classique quand on s'intéresse à ces tranches d'âges, compte tenu encore de l'évolution de la survie dans le comptage.

Un point intéressant : les personnes qui ont répondu correspondent d'une manière assez importante à l'âge où la question de l'institution et du maintien à domicile vont se poser puisque c'est dans cette tranche d'âge, entre 80 et 90 ans, que le taux d'entrée en institution est le plus important.

La question du lien social nous a paru un élément intéressant sur le plan de la réflexion. Comme je vous le disais la qualité du lien social et le statut matrimonial sont des éléments forts du maintien à domicile. Les gens mariés vivent majoritairement à domicile alors que les veufs et les célibataires, en particulier dans la même tranche d'âge, sont plutôt déjà dans une institution. Les gens seuls d'une manière générale vont être plus dans une institution.

Concernant le maintien à domicile, nous parlons beaucoup de toutes les aides extérieures, des professionnels, des soignants, des différents accompagnants mais « *Comment favoriser le soutien dans une même génération ?* ». La garantie d'un maintien à domicile passe aussi par la présence d'un tiers qui n'est pas forcément un tiers d'une autre génération.

Cela peut être un conjoint mais je pense qu'il faut vraiment se poser la question, compte tenu du vieillissement général de la population et du fait que les professionnels, en particulier en zones rurales, vont être de moins en moins présents.

Comment va t-on favoriser la création de ce lien intra-générationnel et de ce soutien intra-générationnel. Quels vont être les moyens que l'on va se donner pour le favoriser ?

Autre interrogation : comment des gens qui ne sont pas forcément du réseau familial vont-ils pouvoir prendre une place extrêmement importante dans l'aide à la personne, dans le maintien à domicile et dans la création de solidarité au niveau des générations ? Solidarité conjugale mais aussi il faut développer des choses en termes de solidarité amicale.

Une autre question nous a paru extrêmement importante : le sentiment d'isolement. Quatre degrés sur l'échelle représentent l'importance du sentiment d'isolement. Plus c'est bas, plus le sentiment d'isolement est faible ; plus le sentiment d'isolement est fort plus on se rapproche du degré 4. Nous avons constaté une quantité importante de non-réponses à cette question. Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : on a parlé d'une forme de pudeur mais je penserais plutôt à une forme de peur ; il serait intéressant que l'on puisse en débattre. Mais interrogez-vous sur « *Pourquoi par rapport au sentiment d'isolement ce taux de non-réponses si important ?* ».

Qui rend visite à la personne âgée ? Essentiellement la famille qui apparaît en numéro 1 mais j'insiste sur le fait que les amis et le voisinage sont des éléments importants. 44 c'est la famille, 29 ce sont les amis. Ce côté amical n'est pas quelque chose de négligeable. Comment va-t-on pouvoir penser les choses où les amis peuvent être des amis que l'on vient voir parce qu'on a le plaisir de se voir mais aussi peuvent être des amis que l'on vient voir parce que l'on est dans un besoin à un moment, dans une attente, compte tenu d'une déficience ?

Nous avons essayé de croiser la peur des personnes âgées et le souci des accompagnants. Je vous rappelle les deux premiers éléments : « *Pourquoi y a-t-il peu de réponses à cette question autour de l'isolement et peut-être de la présence des amis ?* ». On a sérié un certain nombre de questions qui, par définition, en ont induit d'autres. Il fallait bien qu'on arrive à cerner un certain nombre de choses. Nous avons posé les questions en termes de peur de la chute, de peur de l'isolement, de peur d'agressions, d'abus, de mort, de maladie, d'aggravation d'une pathologie et de la dépendance. Les mêmes questions ont été posées aux personnes âgées, aux entourages afin de voir comment chacun avait une représentation de ce que pensait l'autre.

Voici les réponses des personnes âgées. La peur de la dépendance arrive en numéro 1. Nous avons une sorte de trilogie entre la dépendance, les chutes et la maladie, avec quelque chose qui est également au-dessus de la moyenne, la peur de l'aggravation de l'état actuel.

Les mêmes questions ont été posées aux accompagnants pour voir les représentations qu'ils avaient les uns des autres, pour voir s'il y avait une cohérence, si l'on arrivait à créer une sorte de serpent, pour voir si les peurs qui étaient celles des personnes âgées étaient aussi les soucis partagés par la famille ou l'environnement. De manière globale, nous retombons sur des éléments qui sont sur ce serpent, en tout cas pour un certain nombre de points. Il y a un certain nombre d'éléments qui sont très significatifs sur le plan statistique.

Nous pouvons penser qu'il y a quelque chose de l'ordre de : « *J'ai un certain nombre de peurs ; ma famille a un certain nombre de soucis ; on va se retrouver autour de nos peurs et de nos soucis quant au maintien à domicile ?* ».

Est illustré ici le degré 4, la peur ou le souci le plus important : on tombe sur la dépendance, la chute. La peur de la maladie a un impact différent. La dépendance et les chutes sont des choses extrêmement pointues.

Nous avons constaté que le fait de vivre dans une institution n'enlevait pas la peur de la chute. C'est peut-être une évidence mais c'est un élément extrêmement intéressant qui fait que l'institutionnalisation ne peut pas répondre au vécu de la peur de la chute de la personne âgée. Elle peut répondre à la sécurité qu'elle peut avoir vis-à-vis de sa chute sans répondre à son vécu quant à la crainte de la chute. Je pense qu'il y a là à s'interroger sur une réponse qui est peut-être une réponse qui va plus dans le sens du souci des familles que des attentes de la personne âgée.

Je reviens sur la question de l'isolement : comment ne pas dire un certain nombre de choses par rapport à son entourage pour éviter de se retrouver en institution et qui peut être un élément de peur de la personne âgée ?

On pourrait résumer ainsi les choses : la dépendance, la peur des chutes, la peur de la maladie qui peuvent être trois grandes questions posées pour les personnes âgées et pour l'entourage autour du maintien à domicile.

Il nous avait été demandé à Jacques GAUCHER et à moi-même de réfléchir autour d'un axe, cela a été évoqué par notre collègue grenoblois sous une autre forme, qui était l'utilisation de ce qu'on va pouvoir appeler une télévision intelligente. Un téléviseur ne change pas l'environnement d'une personne âgée (pas comme celui de ma vieille cousine !) car la plupart des personnes âgées ont un téléviseur mais un téléviseur permet un certain nombre de choses et un certain nombre d'interactions. A partir de ces trois axes autour de la dépendance, de la chute, de la maladie mais aussi du lien social qui nous apparaissait comme étant un élément important, on a pensé un certain nombre de scénarios que l'on a proposés aux personnes âgées autour de ce médium, pour voir quelles pouvaient être les réponses. Je vais vous les décliner rapidement pour voir la manière dont cela a été posé.

Un premier scénario : vous avez besoin d'appeler votre médecin, vous lui téléphonez comme d'habitude et vous souhaitez lui montrer quelque chose, par exemple une rougeur sur la peau, une ordonnance illisible, une boîte de médicaments. En appuyant sur une touche de votre téléphone une communication par le téléviseur va vous permettre de lui montrer ceci. Est-ce que c'est quelque chose de pertinent pour vous ou de non pertinent ? Pour que les gens puissent s'approprier quelque chose, il faut qu'ils aient une représentation de quelque chose ; ce scénario était pour leur donner un certain nombre de représentations vis-à-vis de ce que l'on pouvait proposer.

Un deuxième scénario :

- vous avez peur de vous tromper de médicament,
- vous êtes fatigué un jour et vous souhaitez que quelqu'un fasse votre ménage, votre cuisine,
- vous avez des difficultés à faire vos courses ou à faire votre repas et vous souhaitez qu'un organisme vous porte à domicile un repas,
- vous vous sentez en forme et vous aimeriez faire une promenade,
- il pleut ou il fait froid et vous préférez rester à votre domicile mais en suivant une conférence ou en regardant un film,
- vous éprouvez un sentiment de solitude et vous souhaitez entrer en contact avec quelqu'un,

- vous souhaitez entraîner votre mémoire et faire des exercices à votre portée.
- votre fille est en voyage, en vacances, à l'étranger avec sa famille et vous souhaitez avoir des nouvelles ou partager de belles photos prises dans la journée,
- vous souhaitez prendre connaissance des spectacles et des activités culturelles associatives de votre commune,
- vous souhaitez continuer à vivre chez vous mais vous avez déjà fait une chute et vous avez peur d'en refaire une.

On a donc posé l'ensemble de ces questions et on a demandé quelle était la pertinence de ces scénarios par rapport à une réponse possible apportée par ces instruments. C'est un médium qui n'est qu'un exemple parmi tant d'autres.

Nous avons eu un premier niveau de réponses qui semblaient être les scénarios les plus plébiscités ; un deuxième niveau de réponses qui étaient les scénarios dont l'importance semblait moindre ; et un troisième niveau de réponses où les scénarios semblaient moins intéressants.

Dans les scénarios qui obtiennent un score supérieur nous retrouvons : « *Vous avez besoin d'appeler votre médecin* » : on est dans quelque chose où il y a cette capacité à être en lien avec le monde soignant. Autre élément, « *Vous éprouvez un sentiment de solitude* », donc quelque chose qui est le lien social. « *Vous souhaitez entraîner votre mémoire* », c'est « *Comment vais-je garder mes facultés cognitives pour rester à domicile ?* ». Le lien avec la famille et la question des chutes. On peut dire qu'il y a des choses qui sont en termes de lien et de sécurité.

Deuxième élément (le score moyen) : « *Vous avez peur de vous tromper de médicament* », cela peut être une autre réponse. « *Vous sentez que vous aurez des difficultés à faire vos courses ou votre repas* ». « *Vous souhaitez entraîner votre mémoire* ».

Troisième élément : « *Vous êtes fatigué* » ; c'est la cuisine ; « *Vous souhaitez faire une promenade* » ; ce qui est culturel.

La question des aides qu'on va pouvoir apporter va se poser complètement sur les éléments en termes de sécurité, comment ces nouvelles technologies vont être des éléments porteurs de sécurité et cela me paraît un élément extrêmement important. « *Comment vais-je pouvoir contacter, être contacté, comment vais-je prévenir un certain nombre de choses ?* ».

Un deuxième élément (il est difficile de mettre un ordre entre les deux) et j'aurais tendance à les mettre équivalents : comment ces nouvelles technologies (et cela rejoint la peur que l'on peut avoir par rapport aux éléments éthiques qui ont été évoqués) ne vont-elles pas être un élément de coupure mais au contraire un élément de création d'un lien social supplémentaire comme l'arrivée du téléphone a pu être la création d'un lien social supplémentaire ?

Cet après-midi je vous présenterai un autre travail qui est la vision des soignants et on pourra se poser la question : comment peuvent s'articuler les deux autour de cette vision.

Je termine par une petite réflexion que l'on avait tout à l'heure avec Paul-Henri CHAPUY en aparté. « *Comment les plus âgés vont-ils pouvoir s'approprier ces nouvelles technologies ?* ». Paul-Henri CHAPUY me disait qu'une des grandes révolutions vues dans les congrès a été le jour où les psychologues et psychiatres ont utilisé le PowerPoint. On s'est dit que si les psychiatres et les psychologues pouvaient utiliser le PowerPoint les personnes âgées pouvaient s'adapter !! ».



Question : « *Quelle éthique, quelle déontologie ?* »

Réponse : Je rajouterai : « *Au service de qui ?* ». Est-ce que l'on va penser des choses parce que c'est une question d'économie ? Nous sommes dans un univers où l'économie a sa place, c'est un élément extrêmement important. Mais la question est vraiment « *Pour qui ?* ». On va être dans cette interface qui parfois ne me semble pas simple à travers ce que je vous ai expliqué, de cette entité famille / personne âgée ou entourage et personne âgée.

Plus l'on vieillit, plus la question de l'entourage va être importante. Quel va être le ratio qu'on va accorder à l'entourage et à la personne âgée ? Quand on en parle tout le monde dit « *Il n'y a pas de problèmes ; on fait les choses par rapport à la personne âgée* ». Nous devons tous nous interroger et être honnête par rapport à nos pratiques. Quelle est la pression ? Quel est l'impact de ce que va nous dire l'entourage par rapport à la personne âgée ?

Si nous mettons en place tous les éléments qui vont permettre de rassurer l'entourage, qui vont permettre à la personne âgée de garder son « *intimité* » (c'est le mot clé), donc de garder son identité et son autonomie, l'action ou le renforcement des nouvelles technologies ne me paraît pas non déontologique ou anti-éthique par rapport à elle.

L'autre élément est que là aussi nous sommes dans des zones de représentation floues. Nous-mêmes, professionnels, ne savons pas encore trop comment les choses vont s'installer ; nous sommes dans la représentation mouvante. Nous avons à réfléchir et ces journées sont faites pour cela -pour réfléchir ensemble sur ces dimensions-.

Question : *Quand comprendra-t-on que les assistances techniques ne remplacent pas le soutien psychique à partir du moment où on entre dans la vieillesse ?*

Réponse : Je suis globalement d'accord avec cette perception en considérant, comme je l'évoquais tout à l'heure, que tout est question de vécu. Il y a des gens (je vais changer de champ) qui peuvent avoir un cancer et ne se sentent pas malades, qui se sentent en bonne santé. C'est vraiment la manière dont on va percevoir les choses qui va être l'élément important.

Mis à part cela, il y a un certain nombre d'éléments de la réalité et de l'évolution physique qui font que tous les moyens de compensation par rapport à l'arrivée de déficits vont être des éléments de réassurance psychique qui vont faire que la personne va se sentir plus sereine, plus tranquille, moins envahie par un certain nombre de peurs.

Il ne faut pas faire l'impasse sur les deux aspects : comment on va soutenir les gens, les accompagner dans cette dimension du bien vieillir, du bien-être dans leur bien vieillir et comment on va leur donner un certain nombre d'éléments qui seront des éléments de « compensation » : « Je considère que si je n'avais pas mes lunettes actuellement je serais handicapé pour vous voir et ce serait dommage ». Il serait donc dommage de ne pas faire bénéficier d'un certain nombre d'éléments qui aident au maintien de la relation et au contact avec les autres.

Question : *Pourriez-vous donner plus de précisions par rapport à ce qui a été dit sur l'exportation à l'étranger des personnes âgées ?*

Réponse : Un certain nombre d'établissements avec des rapports qualité/ prix que l'on peut considérer comme tout à fait corrects se sont créés, en particulier en Tunisie. Nous ne nous situons pas uniquement dans des considérations financières ; cela pose aussi la question au niveau des équilibres familiaux. Il faut globaliser la question de ce bon rapport qualité/ prix.

Si mes souvenirs sont bons, c'est au Japon que cela avait été fait il y a quelques années ; or maintenant le Japon est dans un mécanisme inverse. Nos personnes âgées ne sont pas simplement une charge mais sont aussi un élément qui va permettre à des gens de travailler. La preuve, nous vivons tous ici grâce aux personnes âgées, grâce à l'accompagnement des personnes âgées. Il faut changer ce rapport dans les représentations, de quelque chose qui a effectivement un coût en quelque chose qui rapporte dans l'économie globale et dans la société.

Question : *Quel est le rôle de la personne de confiance ?*

Réponse : Une nouvelle entité a été créée et, aujourd'hui, elle nous interroge, en tant que médecin, autour de la question du secret médical, la personne de confiance pouvant avoir accès à l'ensemble du dossier du patient, pouvant l'accompagner dans les consultations.

Je souhaiterais élargir aux relations amicales, comme je l'ai fait tout à l'heure, et poser la question « Comment penser la personne âgée avec des amis ? Comment va-t-on favoriser les choses au niveau des amis, des amis intimes ? ». On se retrouve confrontés maintenant à cette nouvelle génération d'âgés qui, après avoir rempli leurs devoirs auprès de leurs enfants et petits-enfants, se séparent de leur conjoint, vont recréer de nouveaux couples. Il va falloir réfléchir sur l'évolution des relations et savoir entendre (comme de plus en plus dans mes consultations) ces personnes âgées qui disent « Ma famille est quelque chose d'important, de capital mais ma vie est aussi ailleurs ».

Docteur Paul-Henri CHAPUY, Vice-Président du CRIAS
« Les limites du maintien à domicile »

« Les enquêtes récentes montrent que près de 80 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivent à leur domicile et que la moyenne d'âge de l'entrée en institution (type SESSAD -Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile-) oscille entre 85 et 87 ans. Est-il possible d'aller plus loin ? Les limites du maintien à domicile ne sont-elles pas atteintes ?

La question, aujourd'hui, est de savoir si, au moyen de techniques nouvelles, on peut repousser les limites du maintien à domicile tant sur le plan de l'âge que sur le plan de la qualité.

J'ai relu le compte rendu des 13^{èmes} rencontres parlementaires sur la longévité, intitulées « Longévité et innovations technologiques ». Hormis des rappels sur l'importance du nombre de personnes âgées, sur les définitions sémantiques, il est intéressant de noter que notre ministre préfère parler de longévité que de personnes âgées. La plupart des interventions ont traité l'utilisation de l'ordinateur et d'Internet que chacun estime peu ou pas utilisés par les seniors. Personnellement, je crois que c'est un très bon moyen de communication qui permet de lutter contre l'isolement.

Mais je voudrais m'interroger sur une tranche d'âge plus élevée et savoir pourquoi à 85 ou 87 ans on entre en EHPAD ? Pourquoi ces personnes ne sont pas restées chez elles ? Quelles étaient pour elles les limites du maintien à domicile ? Les technologies actuelles auraient-elles permis de prolonger leur vie à domicile ?

Les personnes qui entrent en EHPAD sont pour la plupart des personnes qui présentent une ou des pathologies chroniques responsables de leur dépendance. La cause du handicap ou de la dépendance n'est pas toujours le motif de départ du domicile car on rencontre des personnes très dépendantes qui peuvent rester et qui restent chez elles et d'autres comparativement peu ou moins dépendantes pour qui tout maintien à domicile est impossible.

Les conditions environnementales sont importantes : le logement et sa possibilité d'adaptation, les ressources financières, la possibilité d'obtenir ou non des aides. Mais le facteur le plus important reste celui de la famille au sens large du terme et sa tolérance. Ceci est évident pour les personnes âgées qui vivent en couple ou avec quelqu'un de leur famille, mais c'est aussi vrai, peut-être à un degré moindre, pour les personnes qui vivent seules.

Cette tolérance correspond aux liens qui se sont tissés avec le temps entre les personnes. Une des limites du maintien à domicile est la rupture de ce lien qui peut se produire pour différentes raisons : disparition physique de l'aidant, impossibilité pour l'aidant de poursuivre sa relation d'aide en raison de maladie ou d'autres nécessités comme l'aide aux petits enfants.

Connaissant bien la famille, on peut prévoir si le maintien à domicile sera possible ou pas. Par contre, il est impossible de prévoir quelle sera la durée de ce maintien.

Quelles sont les conditions matérielles ?

- Logement adaptable, aménageable : on parle d'appartement intelligent,
- Possibilité de loger une tierce personne (donc condition financière),
- Possibilité d'appeler des aides (importance des téléalarmes),
- Présence des services d'aides ou de services à la personne.

Essayons de définir des techniques pour l'aide et le soin et l'apport qu'elles ont pour les soignants ou la personne elle-même :

- Pour la personne elle-même, citons les aménagements du logement notamment avec la domotique comme :
 - les détecteurs de chutes qui peuvent devenir un élément de prévention si nous pouvons les détecter à heures ou moments réguliers,
 - les matelas permettant de surveiller l'état de conscience et d'autres paramètres biologiques,
 - la surveillance électronique à distance de l'appartement comme le déverrouillage à distance, l'activation automatique des appareils utilitaires (frigo, sanitaires,...).
- Pour les aidants et les soignants :
 - les aides pour le lever, le coucher, pour se relever,
 - la surveillance des chutes par des appareils de type GPS.

De manière générale, toute amélioration de la communication pour appeler, demander conseil ou aide est importante. D'où l'intérêt de l'Internet. Encore, faut-il que ces personnes soient formées ou puissent utiliser l'ensemble de ces nouveaux moyens.

Ces différentes techniques prolongent-elles le maintien à domicile, favorisent-elles une meilleure qualité de vie au domicile ou représentent-elles pour les soignants une véritable aide ? Sans doute.

Si chacun reconnaît l'importance de la présence humaine dans tout aide ou soin, il ne faudrait pas que la technique, soit-elle nano-technologique, remplace l'humain. En effet, dans beaucoup de domaines, et notamment en gérontologie, la relation humaine est la véritable technique.

Je voudrais revenir sur la réunion « Longévité et nouvelles technologies » que j'évoquais au début de mon exposé. J'ai été surpris par le nombre de projets évoqués, leur financement, mais toujours d'une manière très générale. Excepté celui d'une dame de 88 ans qui a découvert les joies de l'Internet, aucun projet concret n'est apparu hormis les choses existantes comme la préparation des médicaments ou la téléalarme...

Il est bien évident que l'amélioration dans la facilité de la vie par ces nouvelles technologies concerne l'ensemble des personnes vivant à domicile, en bonne santé ou non, car la qualité de vie ne se limite pas seulement aux soins médicaux même si ceux-ci prennent une part importante dans la vie des personnes dépendantes.

Le domicile a toujours été le point de repère pour toute personne et sa famille. Si l'on se souvient que la durée moyenne de séjour en EHPAD est de 3 ans, on peut penser que la poursuite du maintien à domicile de quelques mois permettrait de réduire le temps de vie en établissement et agirait ainsi sur le nombre des établissements à créer. »



Question : *Le maintien à domicile est-il le souhait de la personne âgée ou de la famille ?*

Réponse : Une fois sur dix c'est la famille qui le souhaite.

Remarque : *La personne regrette d'être rentrée trop tard car la vie en établissement était plus riche et moins isolée.*

Réponse : Vous avez raison, c'est pour cela qu'il n'y a pas de règle générale. Dans certains cas on peut peut-être profiter d'un séjour temporaire d'été pour voir si les personnes peuvent s'habituer à une vie collective ou pas. Certaines préfèrent être dans leurs souvenirs plutôt qu'avec des gens. C'est tout à fait personnel. Généralement c'est la famille qui décide à la place de la personne. On parle de gens très dépendants.

Du point de vue des familles il y a la notion d'économie. Par expérience personnelle, le maintien à domicile en prenant une garde 24 heures sur 24 est quelque chose de beaucoup plus onéreux qu'un hébergement collectif.

Question : *Que ce soit une aide humaine ou technique, le domicile privé n'a-t-il pas une limite en soi pour le maintien à domicile ?*

Réponse : Non. L'ayant vécu pour mes deux parents et mes deux beaux-parents, même très handicapés, nous avons pu tout faire à domicile. Là aussi cela dépend de l'environnement et des possibilités d'aide.

Question : *Les foyers logements ont-ils un avenir ?*

Réponse : Oui bien sûr. Peut-être moins qu'avant car les gens restent plus chez eux, les services d'aide à domicile se développant. Il faut des foyers logements mais peut-être pas autant qu'avant. Il y a trois foyers logements par arrondissement à Lyon, ce qui était largement bien en 1945/50. Maintenant beaucoup sont inoccupés ou bien la demande concerne des gens qui sont handicapés et les habitants des foyers logements qui sont eux-mêmes handicapés se posent la question : comment faire évoluer la structure ?

Remarque : *Il me semble que le risque de chutes en établissement n'est pas moindre mais le personnel présent permet que l'on s'occupe de suite de la personne.*

Réponse : Vous avez raison mais au domicile, grâce à la téléalarme, la personne peut appeler et deux passages quotidiens peuvent être assurés. Ce qui est angoissant c'est le fait de tomber et de se dire que personne ne le sait. Si on sait que dans un certain laps de temps, une heure voire une heure et demie on peut être relevé, l'angoisse peut disparaître.

Table ronde animée par Jacques GAUCHER
« Les nouvelles technologies au domicile des personnes âgées, discrètes et respectueuses du souhait des personnes : témoignages »

J. GAUCHER : les communications précédentes ont posé le cadre de notre réflexion. Nous en arrivons à des exposés relatifs à des expériences dans le domaine des nouvelles technologies au service des personnes âgées à domicile avec :

- **Yves-Armel MARTIN**, responsable au Conseil Général du Rhône des technologies de l'information. Il a une expertise tout à fait importante et précise dans le domaine des nouvelles technologies auprès des personnes en difficulté, dont les personnes âgées.
- **Danielle CHUZEVILLE**, Conseillère Générale du Rhône, élue du canton d'Amplepuis, qui a elle-même conduit une expérience avec la visiophonie. Elle nous dira aussi les avantages, les limites et les difficultés qui peuvent se présenter.
- **Olivier BEAUCHET**, médecin gériatre, maître de conférences à l'Université Jean Monnet à St-Etienne, qui travaille en particulier sur les prédicteurs et déterminants de la chute chez la personne âgée à l'aide d'un matériel électronique sophistiqué dont il vous précisera toutes les finesses et les avantages.

Chaque intervenant présentera son exposé pour laisser place ensuite à la discussion et aux questions de la salle.

« Les nouvelles technologies au domicile des personnes âgées : la réflexion du Département du Rhône » par Yves-Armel MARTIN

« Le projet en cours sur le département du Rhône - nommé E-domicile 69 - a pour objectif d'étudier comment faciliter le maintien à domicile grâce aux technologies informatiques.

Pourquoi s'intéresse t-on au maintien à domicile comme alternative au placement en institution ? Car :

- il est de plus en plus demandé par les familles et les personnes dépendantes,
- il est souvent moins coûteux qu'un placement en établissement. Par exemple une Hospitalisation A Domicile (H.A.D.) est évaluée autour de 150 euros alors qu'une journée d'hôpital peut coûter environ 800 euros. Par contre, une personne maintenue à domicile par des personnes présentes 24 heures sur 24 coûte trois fois plus cher qu'une personne placée en établissement,
- les personnes à domicile restent sur le territoire et permettent de faire bénéficier de leur richesse et de leur ressource humaine.

L'objectif du projet que nous conduisons est d'étudier comment les technologies d'information peuvent aider à prolonger le maintien à domicile des personnes dépendantes. Nous avons travaillé en trois phases :

1. Réalisation d'une étude de besoins -dont le Professeur RIBES vous a rendu compte d'une partie- au niveau des personnes âgées et des aidants. Vous aurez l'autre partie ultérieurement concernant les professionnels.
2. Proposition d'un certain nombre de scénarios d'usage et de services qui permettraient de répondre à ces besoins.
3. Réalisation d'expérimentations grandeur nature sur le département pour valider ces scénarios.

Cela représente un certain nombre d'opportunités sur le département du Rhône. Pourquoi ?

- le Conseil Général est chef de file de l'organisation du maintien à domicile ; il y a un travail de coordination des différents acteurs à mener,
- le Rhône est couvert en réseau haut débit, cela permet d'avoir des accès permanents et peu coûteux à Internet,
- les technologies de l'information, le numérique, l'Internet, les ordinateurs se démocratisent :
 - en terme de coût : avec des abonnements à 30 euros par mois, la France est le pays où le haut débit est le moins cher en Europe et presque dans le monde.
 - en terme d'usage : ce sont des outils qui se vulgarisent et se généralisent auprès des familles et des professionnels, si bien que le champ des possibles est plus important qu'auparavant.

- Les nouvelles technologies rendent les objets communicants. Le fait que l'on ait des réseaux qui puissent arriver dans toutes les maisons, dans toutes les entreprises, le fait que l'on ait des objets de moins en moins chers, qui peuvent être connectés au réseau, offre de nouvelles fonctionnalités que l'on n'imagine pas forcément a priori. A travers cela, l'accès aux nouvelles technologies ne doit pas se restreindre à utiliser internet sur un ordinateur ; il y a des variantes peut-être plus accessibles pour les publics auxquels nous pensons.

Suite à l'étude qui vous a été présentée, nous avons envisagé un certain nombre de services qui nous semblent émergents et sur lesquels nous chercherons à conduire des expérimentations :

- Répondre aux peurs de la chute et à l'inquiétude que peuvent avoir les personnes âgées ou leur famille concernant un incident au domicile dont on s'apercevrait trop tard : il s'agit de la surveillance médicale de jour et de nuit :
 - des bracelets actimétriques détectent le mouvement et permettent, par exemple, de détecter une chute, une perte de conscience de la personne et alors de déclencher une alerte,
 - la détection d'activité : il suffit de brancher un appareil sur le compteur électrique. Il peut apprendre comment fonctionne une maison et détecter quand il y a une inactivité qui n'est pas normale ou une lumière qui est restée allumée la nuit dans une salle de bains et que la personne n'en est pas ressortie. On peut, sans avoir à filmer chaque endroit de la maison -ce qui serait très intrusif- simplement en observant les appareils électriques, détecter des comportements qui ne sont pas normaux et déclencher des alertes.

Ces technologies existent, vont exister et vont être accessibles financièrement. Notre problématique à nous n'est pas de les développer ; cela appartient aux industriels et aux chercheurs, mais de les intégrer dans les dispositifs si elles s'avèrent utiles. Par ailleurs, quelle est la procédure en cas de problème ? Dans le cas de la chute, ce n'est pas simple. Si quelqu'un chute, par exemple en milieu rural, comment cela va être traité, qui alerter et de quelle manière ? Au delà de la technologie, l'organisation derrière est très importante. Si on n'a qu'un bout de la chaîne, la technologie ne sert à rien.

- Coordonner des acteurs. C'est parfois moins visible car ce ne sont pas forcément des services que va utiliser la personne âgée elle-même. Ce sont plutôt des outils qu'on appellerait de back-office, d'arrière-cuisine, qui vont servir à organiser la coordination de tous les acteurs, qu'il s'agisse des acteurs sociaux, des acteurs du paramédical, de l'aide à domicile, voire des familles, pour que tous puissent travailler ensemble autour de la personne âgée. On voit que la problématique n'est pas d'avoir un outil adapté à la personne âgée mais plutôt un outil qui soit efficace pour l'ensemble des aidants pour qu'ils puissent travailler ensemble.
 - Ce sont typiquement des outils qui vont être destinés aux Maisons du Rhône qui ont la fonction de CLIC pour assurer cette coordination avec les différents acteurs. A travers cela, il s'agit de rechercher des outils qui vont aider les aidants et soulager leur tâche.

- Les outils de communication, ceux qui permettent de créer du lien, de mettre en relation la personne âgée avec sa famille ou avec des professionnels ou la famille en lien avec les professionnels dans le but de combattre l'exclusion numérique.

Aujourd'hui, de plus en plus de personnes utilisent des réseaux numériques pour communiquer entre elles. On voit des familles entières qui s'envoient des photos des enfants par Internet, des SMS. Celles qui n'ont pas accès à ces outils en sont exclues. La solution n'est pas forcément de se former à l'ordinateur ou d'avoir un téléphone portable ; il y a un certain âge dans la vie où cela peut être difficile de s'y mettre. Il y a des outils qui peuvent être envisagés, qui vont permettre de façon assez simplifiée à une personne âgée de voir les photos numériques ou de recevoir des messages.

Quelques exemples de ces techniques : si ce sont des outils assez banaux, il faut par contre les tester et les appliquer à la personne âgée. Le cadre photo en réseau permet d'afficher des photos électroniques (entre 100 et 200 euros). Il fonctionne en réseau dans les nouveaux modèles. On pourrait imaginer une personne qui a quatre enfants et une quinzaine de petits-enfants avec dans son salon quatre cadres-photos qui sont mis à jour par les petits-enfants en question qui eux-mêmes ont accès à l'ordinateur et à l'appareil photos numérique pour mettre à jour leur site sur Internet. Ces informations vont s'afficher dans le salon. La personne âgée est ainsi incluse dans les échanges numériques de photos. Cet outil n'est pas intrusif. Il permet aussi réciproquement aux autres membres de la famille de leur faire penser qu'il y a d'autres personnes à qui ils doivent s'adresser et de créer du lien.

Autre exemple : il existe une imprimante Presto qui est coproduite par Hewlett Packard. Elle est typiquement étudiée pour les personnes âgées : c'est une imprimante qui, une fois par jour, va imprimer tous les messages que cette personne a reçus. Quand elle n'a plus d'encre, elle envoie un mail à la personne qui l'a installée. Ainsi, toute la complexité technique est reportée sur les générations qui savent s'en servir et cela permet à la personne âgée d'avoir son journal familial imprimé, une fois par jour ou par semaine, à défaut de recevoir des mails et de pouvoir y répondre de manière simple.

Ce sont là des exemples d'objets communicants qui ne sont pas des ordinateurs, qui fonctionnent de manière autonome et permettent à la personne de recevoir des informations. Il y a ainsi un certain nombre de projets qui permettent d'afficher des SMS sur des interfaces très simples sans avoir à réinventer et se mettre à l'informatique.

- Les actifs sont pris dans des rythmes de plus en plus fractionnés et pour cela ont recours à des outils de communication asynchrones. On utilise le mail et le SMS pour communiquer avec d'autres personnes, cela consiste à laisser des messages pour que chacun, à son propre rythme, les traite quand il en a besoin. C'est un vrai bénéfice pour ceux qui utilisent ce système.

Il est vrai qu'il y a une rupture entre ceux qui savent utiliser les outils asynchrones et ceux qui ne savent pas le faire. On se dit par exemple que le visiophone est bien pour la personne âgée car elle va pouvoir voir son interlocuteur ; c'est un plus mais l'interlocuteur a-t-il le temps de recevoir un appel, de plus en visio, alors qu'il est pris dans un rythme effréné et qu'il préfère fonctionner à son propre rythme ?

L'une des problématiques de ces outils relationnels est de permettre d'avoir des outils asynchrones avec une technologie simple d'utilisation. Les deux exemples que je vous ai cités en sont l'illustration.

Il faut avoir un certain nombre de points de vigilance par rapport à ces différentes pistes :

- Usage à propos des technologies, toutes les technologies ne sont pas bonnes :
 - **pallier à l'absence** mais non pas remplacer la présence,
 - **automatiser ce qui est de l'ordre administratif** pour libérer du temps et des ressources pour le relationnel. On va par exemple s'interdire de remplacer une relation personnelle par une machine. A priori on pourrait dire « *C'est pratique, la personne âgée va pouvoir piloter avec telle interface quelque chose* ». Si on réfléchit on se dit que si elle peut donner un coup de téléphone et avoir un contact avec quelqu'un c'est plus important pour elle. Par contre, la complexité qui est de gérer sa commande de repas ou autre doit être laissée aux professionnels ; c'est le traitement administratif qui doit être le plus informatisé possible et la relation doit être privilégiée. Il vaut mieux laisser du temps aux gens qui travaillent avec les personnes âgées pour qu'ils soient présents auprès d'elles.
 - **rechercher l'autonomie de la personne âgée**. Il ne s'agit pas de la barder de technologies qui vont faire qu'elle va se sentir dépossédée de quelque chose et se dire « *La marche est trop haute ; je ne peux pas la franchir. Donc je deviens dépendante aussi de cette technologie* ». Il faut privilégier la simplicité à la sophistication en renonçant à certaines fonctions qui nous semblent bonnes dans la théorie mais pas acceptables ou susceptibles d'exclure la personne qui les utilise.
- Les générations de personnes âgées ont des rapports aux technologies qui évoluent :
 - pour un senior aujourd'hui, le rapport au numérique peut être très différent d'un autre. Quelqu'un qui a pris l'habitude d'utiliser le réseau et qui en a eu un vrai bénéfice, même s'il perd la capacité physique d'utiliser ces outils, aura la compréhension du bénéfice qu'il peut en retirer.

On pourra faire des choses avec lui qu'on ne pourra pas faire avec quelqu'un qui n'a jamais utilisé ces outils. Ce qui est vrai aujourd'hui pour les personnes en voie de dépendance ne sera pas vrai dans dix ans ; les choses vont évoluer et tous les projets que l'on peut mettre en place doivent évoluer à une même vitesse. Or, le domaine des nouvelles technologies est complètement mobile. Il faut donc avoir des dispositifs flexibles.

- Le dernier point est la manière dont on développe l'usage des technologies.

Les technologies sont rarement inventées pour répondre à un besoin. On ne vous a pas demandé si vous aviez besoin d'un e-mail ; on vous a proposé un e-mail ; vous l'avez utilisé ; vous avez inventé l'usage que vous en avez fait avec. De même le téléphone a été inventé au départ pour écouter la messe ou l'opéra pour les gens qui étaient malades. Celui qui l'a inventé n'imaginait pas que l'on s'en servirait pour communiquer entre deux personnes.

Nous sommes dans une logique de l'offre. Le champ des possibles est très important. L'usage qu'on en imagine est très différent de l'usage qui en est fait. La manière de faire est de proposer un choix assez large de technologies à des usagers, de voir quelles sont les pratiques qui se développent et ce sont celles-là qu'il faut filtrer, renforcer, développer. On pourrait imaginer comme allégorie un jardin où on sème des graines dans toutes les directions, puis on regarde les plantes les plus importantes qui poussent et ce sont celles-là que l'on va développer.

Le développement des usages des technologies est ainsi ; on ne peut pas prédire à l'avance comment cela va évoluer, qu'est-ce qui aura de la valeur pour l'utilisateur. Il faut le confronter à l'utilisateur et on voit émerger des choses.

En termes de méthode, il semble indispensable de passer par des phases d'expérimentation. On regarde continuellement le champ des possibles pour avoir différents scénarios relativement ouverts :

- ne pas être figé sur une seule application et faire émerger des usages intéressants,
- faire évoluer les design et fonctionnalités au fur et à mesure des retours,
- identifier les freins et les fausses bonnes idées.

On a le droit à l'échec dans ce domaine ; il faut se dire qu'on peut se tromper et il est important de voir ce qui ne marche pas. Trop souvent les projets technologiques nous sont communiqués comme étant de grandes réussites. Or finalement ce que l'on a appris c'est ce que l'on a raté. Il faut communiquer s'il y a des choses qui ne fonctionnent pas, voir ce qui ne fonctionne pas et pourquoi ; c'est ainsi que l'on apprend des choses par l'expérimentation.

- Il faut trouver des personnes âgées, des aidants, des professionnels volontaires et motivés qui vont pouvoir inventer eux-mêmes et auront suffisamment d'autonomie pour inventer le bénéfice qu'ils vont trouver de ces technologies.
- Il faut compléter cela par une évaluation économique et éthique. Economique car, si le champ des possibles est infini, la réalité économique est autre chose. On peut envisager un petit bénéfice avec quelque chose qui ne coûte pas cher mais si quelque chose coûte très cher il faudra qu'il y ait un fort bénéfice. Il y a une réalité économique qu'il faut étudier dans tous ces projets et évidemment garantir un cadre éthique. Chacun ici y sera naturellement sensible.

- Dernier point : il faut chercher un bénéfice pour l'ensemble des intervenants du projet. Le bénéfice n'est pas simplement pour la personne âgée. Imaginez que l'on demande à la personne qui porte les plateaux repas de faire une petite évaluation de ce que la personne âgée a mangé ou pas pour pouvoir le rentrer dans un système et permettre de savoir en central ce qui va, ce qui ne va pas, détecter des choses. On voit le bénéfice pour la personne âgée par rapport au système mais on ne voit pas le bénéfice pour la personne qui va faire cela : cela va lui prendre plus de temps et être un coût supplémentaire pour elle.

Sur l'ensemble de la chaîne, par exemple quand on pense à la communication entre le médecin et la personne âgée, il faut qu'il y ait un bénéfice aussi pour le médecin, soit sous forme de rémunération, soit sous forme de temps gagné.

Pour l'ensemble des projets, il faut penser à chacun des acteurs et voir si l'on va gagner dans le nouveau dispositif. Sinon, il faudra compenser.

Concernant notre démarche, nous avons fait cette étude de besoins et nous avons un certain nombre de scénarios sur les trois points que je vous ai indiqués :

- ♦ la sécurité de la personne à domicile,
- ♦ la mise en réseau des acteurs,
- ♦ les relations interpersonnelles.

Dans les mois qui viennent, le département va mettre en place un protocole d'expérimentation qui va être lancé sur des fragments assez limités, de manière à explorer ces différentes voies dans les deux trois ans qui viennent ».



Question : *Comment faire pour participer au programme e-domicile 69 en tant que personne âgée ou aidante ?*

Réponse : Comme vous avez pu le voir, les lieux et les contours de l'expérimentation n'ont pas été déterminés. Il y aura un certain nombre d'expérimentations qui seront assez lourdes et vraiment liées à la coordination gérontologique locale ; on choisira certains cantons ou un hôpital particulier ; il y aura quelques lieux qui seront dédiés précisément à cela. Par ailleurs les gens intéressés, en tant que particuliers ou en tant qu'aidants, peuvent me contacter (yam@erasme.org) en me signalant leur intérêt pour la chose. Cela permettra d'identifier des gens volontaires.

Question : *Que signifie « TIC » ?*

Réponse : Ce sont les **T**echnologies de l'**I**nformation et de la **C**ommunication. Derrière ce terme on met tout ce qui est informatique communicante : Internet, ordinateur, téléphones mobiles,...

Question : *Parmi les nouvelles technologies quelque chose est-il prévu pour les personnes âgées mal voyantes ou non voyantes à domicile ? En effet comment ces personnes peuvent-elles utiliser un écran tactile ?*

Réponse : Il existe un certain nombre de technologies qui sont destinées à rendre les ordinateurs parlants pour les personnes non voyantes. Ce sont des personnes handicapées, des aveugles qui ont beaucoup développé cela et qui ont des outils qui sont souvent relativement techniques. Pour se les approprier, il faut apprendre par exemple à taper sur un clavier. J'ai un bon exemple en tête : ma voisine de 85 ans, aveugle depuis une dizaine d'années, s'est mise à l'informatique il y a deux ans. Elle est très volontaire : elle s'est formée toute seule à l'utilisation de ce type de clavier. Mais c'est un investissement relativement important.

Il existe d'autres outils. On est en train de réfléchir à une expérimentation en utilisant par exemple un lapin communicant, le Nabaztag. C'est un appareil qui est connecté au réseau : on peut lui bouger les oreilles, il a un capteur quand on le touche, et il synthétise ses informations par des phrases orales. On peut par exemple programmer ce lapin sur une adresse, et quand on va lui taper sur la tête, il va lire en synthèse vocale les mails reçus. Ou bien on lui appuie sur la tête, et on lui dit « France-Inter » et il va aller chercher sur le réseau France-Inter. C'est assez simple. Il a aussi un lecteur de puce ; cela permettrait de coller des petites étiquettes qui coûtent moins d'un euro sur les différentes boîtes de médicaments d'une personne aveugle qui va prendre ces boîtes, les passer sous le nez du lapin qui va lui dire ce qu'est le médicament, quelle en est la posologie. C'est un appareil qui a été développé au départ comme un gadget pour les férus de l'informatique mais, comme il est fait pour le passage vocal, il pourrait avoir un intérêt pour ces publics non voyants. Nous allons le tester prochainement à Erasme dans cet objectif.

« L'expérience du visiophone » par Danielle CHUZEVILLE

Conseillère générale du canton d'Amplepuis, Danielle CHUZEVILLE rappelle qu'il s'agit d'un canton rural qui fait partie du Beaujolais vert (lac des sapins, forêts, prairies,...) mais qui représente aussi l'isolement pour un certain nombre de personnes.

Ce Beaujolais vert a été le siège d'un programme européen sur le développement des nouvelles technologies. Les personnes intervenant sur ce territoire ont été sensibilisées par rapport aux expérimentations et innovations relatives aux nouvelles technologies.

« Le département du Rhône a signé avec France-Télécom une charte de département innovant et il nous a été proposé d'expérimenter le visiophone.

Pourquoi expérimenter le visiophone ? Nous souhaitons voir comment un visiophone implanté chez des personnes âgées pouvait répondre à un certain nombre de leurs besoins.

Quel était le besoin essentiel ? C'était avant tout de rompre l'isolement, en particulier des personnes qui ont leurs enfants et petits-enfants aux quatre coins du monde ; c'était un moyen pour eux de se rapprocher, donc un lien avec leurs proches, mais également un lien avec les services de proximité.

Cette expérimentation a été bâtie très étroitement avec les acteurs du secteur qui sont d'ailleurs pour un grand nombre d'entre eux présents aujourd'hui : le service de soins à domicile et l'hôpital local d'Amplepuis. Le but de cette expérimentation était d'évaluer quels étaient les points humains et organisationnels mais aussi les bénéfices.

L'idée était celle-ci : France-Télécom mettait à disposition des personnes âgées et de leurs familles deux voire trois appareils avec un coût nul pour les familles. Cette expérimentation a été accompagnée d'une part par les techniciens de France Télécom et d'autre part par les services du département qui, effectivement, ont été très présents et menée sur un nombre limité de personnes âgées et de leurs familles.

L'expérimentation a été couplée au sein de l'hôpital d'Amplepuis avec l'implantation d'un visiophone permettant aux personnes âgées vivant à leur domicile et qui ne sont pas complètement dépendantes de pouvoir venir et se mettre en contact avec leurs familles.

La première phase a été de rechercher des volontaires et cela fut très difficile. Le service de soins à domicile, par l'intermédiaire des aides à domicile, a essayé de contacter des personnes ; on l'a fait également de bouche à oreille. Malgré tout, nous avons noté une réticence, une peur de voir arriver de nouvelles personnes chez soi, de nouveaux appareils avec des boutons que l'on ne connaît pas. Nous avons débuté avec deux personnes, celles-ci ayant bien intégré le fait que cela ne leur coûterait rien.

Une fois le problème de recrutement des volontaires résolu, il a fallu installer l'appareil. Dans nos secteurs il n'y avait pas forcément le débit ou la ligne qui convenaient : quand on avait la ligne ce sont les raccordements qui ne convenaient pas. Bref les appareils et les techniciens étaient là, mais cela ne fonctionnait toujours pas. Finalement, nous sommes arrivés à avoir nos appareils.

Quand on est dans l'expérimentation, comme le disait Yves-Armel MARTIN, il ne faut pas avoir peur des échecs. Il faut donc partir avec des gens extrêmement motivés. Je salue les acteurs qui nous ont entourés, que ce soit l'hôpital, le service de soins à domicile ou le Département.

Je souligne également l'importance de la mobilisation et de l'intérêt des aidants familiaux. Il est évident que si, en face de vous, vous n'avez pas des enfants ou des petits-enfants qui sont volontaires, ce n'est pas la peine de tenter l'expérience.

Commentaires des personnes âgées sur cette expérimentation : *« La famille appelle ; on appuie sur un bouton, on voit le visage du petit-fils ou de la petite-fille, on a la famille en face de soi, c'est bien ».* *« Par contre si c'est moi qui doit appeler ce n'est pas tout à fait le téléphone. Les boutons ne sont pas tout à fait pareils. Je me trompe, j'ai de l'arthrose dans les doigts ».*

La personne avait la crainte de se tromper, la crainte d'abîmer l'appareil ; donc c'était quelque chose qui la perturbait. Cela a été dit et c'est très important : la nouvelle technologie doit apporter un bénéfice sans rendre la personne malheureuse, inquiète et angoissée. Or cela demande d'être bien pensé et bien accompagné.

Impact financier : c'était gratuit. Misère ! On reçoit une facture avec un certain nombre d'appels à payer. Aussitôt c'est la panique ; il faut absolument récupérer la chose, ce qui a été fait. Mais là encore si vous n'avez pas une personne qui est capable de réagir très vite, la personne âgée est beaucoup plus perturbée qu'elle n'a de bénéfice.

Nous avons rencontré des difficultés pour introduire ce nouvel équipement : problèmes liés à l'installation d'Internet (tirer un câble dans la maison), incompatibilité avec la ligne ou l'abonnement existant, organisation des opérateurs de téléphone non adaptée. Un suivi humain et de proximité est par conséquent nécessaire : toujours être présent pour prévenir et rassurer la personne, prévoir l'ensemble des étapes (le moindre petit problème pouvant devenir source d'angoisse).

Que peut-on dire de cette expérimentation ? Si on veut relancer le projet, il faut que l'on soit réellement « calé », qu'on n'ait plus à « galérer » comme on l'a fait pour l'installation à la fois du matériel et aussi pour toutes les étapes. Pour l'instant l'évaluation d'usage que l'on a pu en faire est tout à fait limitée.

Je citerai quelques paroles d'une des personnes que j'ai interrogées. Encore une fois, elle avait du mal à appuyer sur les boutons, elle avait de l'arthrose dans les doigts, elle s'embrouillait dans les numéros et dans les touches et l'une m'a dit que « Cela lui cassait la tête ». Elle avait peur de se tromper de bouton. Par contre, encore une fois, lorsque c'était sa fille qui l'appelait, elle appréciait.

La facture qu'on lui avait dite gratuite et qui lui a été adressée l'avait aussi perturbée. Elle a été remboursée mais cela a quand même été pour elle une angoisse.

Pour que cela fonctionne mieux, il faudrait des outils encore plus faciles d'accès.

Yves-Armel MARTIN vous a parlé des cadres de photos. On peut imaginer que dans un cadre, au lieu d'une photo, un menu des repas à domicile arrive. En effet, des personnes ne mangent pas de poisson ; ce jour-là il faudra peut-être prévoir de la viande ou autre chose. Des choses à ce niveau pourraient être intéressantes.

D'autre part, le visiophone demande à la personne âgée, si elle veut appeler, de devoir manipuler. Il existe aujourd'hui soit des écrans tactiles avec une tablette graphique à proximité si la personne ne peut pas se déplacer, soit simplement en montrant avec le doigt telle ou telle partie de l'écran on se connecte. Ces choses vont être développées.

Encore une fois, la situation va être très différente pour des personnes qui sont déjà utilisatrices mais surtout qui ont à proximité d'elles des personnes en qui elles ont toute confiance et qui vont pouvoir venir les dépanner. C'est la peur de la panne, la peur d'avoir cassé, la peur de ne pas être capable. Si quelqu'un passe le soir et leur dit « *Cela n'a pas marché ; ce n'est pas grave* », appuie sur un bouton et retrouve la page, on n'a plus de problème.

Ce projet était également en cours à l'hôpital d'Amplepuis. Un autre projet est en train de s'y développer : la boîte aux lettres électronique qu'on apporte aux personnes âgées. On passe dans les chambres avec un portable ; la personne appuie sur le bouton comme pour le mail et reçoit son courrier, des photos. On rapproche les nouvelles technologies de la personne.

En aucun cas ces nouvelles technologies ne doivent remplacer l'humain. Elles sont là pour rompre l'isolement, pour apporter de nouveaux outils, faciliter la tâche, rendre l'administratif plus gérable mais en aucun cas elles ne doivent remplacer la personne qui arrive avec un plateau repas, qui demande des nouvelles.

Il faut que l'on soit extrêmement vigilant et c'est le souci essentiel du Président du Conseil Général du Rhône, Monsieur Michel MERCIER.

Quand on veut développer de nouvelles technologies, la première question qui se pose est : « *Est-ce que cela va nuire au relationnel, à l'humain ?* » C'est vraiment fondamental. Cela nous apporte une aide, un plus mais en aucun cas cela ne doit couper la relation qu'on a avec la personne âgée. C'est quelque chose qui est extrêmement important. »

Question : *Il n'y a pas de haut débit en zone rurale, ni de prix réduit. Quand cela va-t-il évoluer ?*

Réponse : Je peux parler simplement pour le département du Rhône. Il est équipé du câble dans tous les villages, dans les centres-bourgs mais pas dans les hameaux. Au niveau des hameaux on peut relayer lorsqu'il y a suffisamment de personnes qui sont intéressées et qui veulent s'inscrire par du Wifi ou du Wap. Il faut en faire la demande et c'est ensuite étudié. Il y a quand même un très grand nombre de sites qui peuvent être équipés.

Question : *C'est ce que j'ai fait ; on m'a répondu : « Le Wap ce n'est pas assez au point ».*

Réponse : Pas dans les hameaux effectivement. Dans les hameaux, l'ADSL ne va pas partout. Nous travaillons avec France Télécom pour voir comment étendre le réseau ADSL, de la même façon que nous essayons de voir avec le câble comment pouvoir prolonger par tous ces moyens. On a déjà une très grande chance, ce n'est pas le cas de tous les départements d'avoir le haut débit dans tous les villages comme dans le département du Rhône.

Y-A MARTIN : Pour le Rhône il y a 1.000 foyers qui sont dans votre cas. C'est un problème de rapport de coût. Cela coûte une fortune d'aller chercher la dernière personne isolée et cela coûte beaucoup moins cher qu'elle prenne un accès par satellite, même si les coûts mensuels sont plus élevés.

Question : *Par ailleurs, il est fait état de plusieurs outils, par exemple la télévision avec des écouteurs. Qu'en est-il de la participation au coût ?*

D. CHUZEVILLE : Une demande peut toujours être faite dans le cadre des plans APA mais il faut par contre que cela profite au maintien à domicile. J'ai la chance de participer chaque mois aux réunions de la commission APA. Des outils permettant le maintien à domicile peuvent effectivement être étudiés. Si c'est simplement un élément de « confort » (et on sait combien c'est important) on a peu de chances de passer tout de suite. On passe en priorité tout ce qui est réellement de l'efficacité propre.

Question : *Le fabricant doit penser son objet pour une population non habituée aux nouvelles technologies. Pourrait-on faciliter l'utilisation du visiophone à l'aide d'un menu déroulant par exemple ?*

Réponse : C'est effectivement tout ce que l'on attend d'une expérimentation : voir ce qui peut être mis en place pour améliorer l'outil. On pourrait par exemple imaginer des numéros mis en braille pour des personnes non voyantes sur des appareils.

Question : *Est-ce que le vieillissement est pris en compte par les promoteurs immobiliers des municipalités ?*

Réponse : Une étude est en cours sur notre secteur, le Beaujolais vert, et un logiciel est en train d'être mis en place par le PACT pour avoir une base de données régulièrement mise à jour avec les logements adaptés de façon à ce que, lorsqu'une personne handicapée ou dépendante quitte son logement, celui-ci rentre dans le « pot commun » et éviter que tous ces aménagements disparaissent dans la nature.

Ils sont toujours présents dans le logement mais ils ne sont pas utilisés. L'intérêt est de savoir quel logement adapté existe pour une personne qui en fait la demande. Le programme européen a permis au PACT à Tarare de financer la mise en place d'un logiciel. Cela existe dans d'autres départements et territoires. Il y a bien cette volonté d'adapter les logements et d'en garder le listing. Si on ne les connaît pas une fois que la personne est partie c'est dommage.

Question : *Protéger les personnes âgées. Phénomène d'éthique.*

Réponse : On peut protéger les personnes âgées mais en même temps il faut qu'elles gardent leur libre-arbitre. Ce qui a été dit ce matin me paraît fondamental. Il y a le lien de la personne âgée avec sa famille mais il y a le lien de la personne âgée avec ses amis. Ce que la personne âgée ne dira pas à sa famille, elle le dira peut-être à des amis. C'est vraiment quelque chose d'important. Il ne faut pas que la relation autour de la personne âgée reste dans la bulle familiale ; il faut d'autres personnes, des voisins, des petits-enfants. Une personne âgée va se confier d'une autre manière à quelqu'un qui n'est pas complètement en interaction avec elle. C'est important.

Quant au fait que la personne âgée puisse être dépendante des nouvelles technologies, c'est peut-être une dépendance que l'on sera amené à soigner comme celle du tabac ou de l'alcool. Mais pour l'instant on en est à l'expérimentation.

« Déterminants de la chute à domicile et prévention »

par Olivier BEAUCHET

« Je vais aborder une technologie que l'on utilise depuis peu pour évaluer un problème de santé publique : la chute du sujet âgé.

J'ai fait le choix de centrer mon exposé sur une technique particulière d'analyse tout en insistant sur un élément important : le maintien à domicile commence à l'hôpital, avec cette notion de filière gériatrique, la nécessité d'une évaluation précise réalisée dans un milieu spécialisé, de communication de l'information au travers de l'interdisciplinarité.

Je rejoins ce qui a été dit auparavant : cette nouvelle technologie doit être utilisée pour faire avancer les connaissances et améliorer la qualité de vie du sujet âgé.

Pourquoi s'intéresser à cette problématique de l'équilibre et plus particulièrement à celle de la chute ? La chute est définie de manière très générique par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le fait de se retrouver involontairement au sol. C'est un événement extrêmement fréquent. Il concerne plus de 30 % des sujets de 65 ans et un sujet sur deux après 85 ans.

Les conséquences de cet événement sont multiples dont les traumatismes physiques mais aussi psychologiques qui vont réduire l'activité du sujet, sa mobilité et son champ d'activité sociale, et aboutir à une accélération du processus de dépendance du sujet qui vit à domicile, qui va chuter et se retrouver en institution, dans environ 40 % des cas.

Pour bien comprendre l'utilisation correcte et le choix des nouvelles technologies, il faut d'abord bien définir le problème.

Quand on examine les caractéristiques de la chute chez le sujet vivant dans la communauté et celui vivant à l'hôpital, on se rend compte que, pour le sujet à domicile, la chute va le plus souvent survenir à l'intérieur du domicile qu'à l'extérieur, surtout la nuit. L'exemple typique est cette personne âgée qui se lève sans allumer la lumière, se prend les pieds dans le tapis et va chuter pour aller aux toilettes. A l'hôpital, la chute survient surtout le jour et non la nuit dans la chambre et lors des conditions de transition de position du corps (assis debout, debout assis).

Quels sont les déterminants de la chute à domicile ? Qu'y a-t-il derrière la chute qui survient en marchant ? Pour bien comprendre un phénomène, il faut être sûr de pouvoir proposer suite à l'évaluation une intervention adaptée. Les interventions possibles améliorant l'équilibre, la marche et réduisant les chutes permettent de diminuer le phénomène chute de 18 % à domicile et 25 % environ à l'hôpital. Il faut traiter 15 sujets à domicile pour éviter une chute contre 11 à l'hôpital.

Quels sont les principes de la prévention ? C'est avant tout une approche interdisciplinaire ; c'est-à-dire que différents intervenants et différents milieux mettent en synergie leurs compétences en deux temps :

- o 1^{er} temps : identification des facteurs de risques. Dans la problématique de la chute à domicile c'est identifier les désordres de la marche qui vont conduire à la chute,

- 2^{ème} temps : intervention multifactorielle. Or, le problème jusqu'alors était que les outils cliniques existants n'étaient pas pertinents.

Les tests de mobilité d'équilibre sont intéressants pour évaluer la mobilité mais pas les risques de chutes. Il existe par ailleurs de multiples échelles, modèles qu'on n'utilise jamais car ils sont trop compliqués, ne sont pas utilisables en routine. Leur validité et leur utilité, en littérature, sont très obscures et finalement ils sont peu sensibles et peu spécifiques vis-à-vis de la prédiction des risques de chutes.

Nous avons actuellement deux nouvelles technologies à notre disposition nous permettant d'obtenir des données impossibles à détecter à l'œil nu (on parlera bientôt de la variabilité du pas), données objectives qui sont reproductibles d'un observateur à un autre. Ces dernières années passées, ces technologies vont dans le sens de la miniaturisation des appareils, de la précision dans les mesures, de la facilité d'utilisation et surtout tout ces éléments associés permettent une évaluation beaucoup plus écologique du sujet dans son milieu de vie naturel, surtout quand on parle du mouvement.

Pour l'exemple de la marche -de manière caricaturale- on avait, depuis vingt ans, le système VICON qui est un système opto-symétrique constitué de caméras infrarouges extrêmement compliqué. Cela ne se fait qu'en laboratoire, mobilise des techniciens. Par ailleurs, le coût est de 200.000 euros.

Il y a environ cinq ans est apparu sur le marché européen un système d'analyse, le tapis électronique de marche, qui est en fait du papier buvard électronique, extrêmement intéressant car respectant l'écologie de la marche du sujet âgé, simple d'utilisation, et d'un coût plus faible (50.000 euros).

Enfin, depuis trois ans, nous tentons de développer une technologie beaucoup plus simple, extrapolée de la technologie du tapis électronique, et qui correspond à des semelles SMTEC munies de capteurs de pression. Le coût est beaucoup plus bas (moins de 5000 euros) et surtout c'est un système plus facile d'utilisation. L'idée est de donner un outil extrêmement simple que tout le monde puisse utiliser.

La marche est un comportement automatique que l'on peut réaliser sans y penser ; le marqueur de l'automatisme est la régularité du pas qui est, en condition normale, très faible. A titre d'exemple, on a pu démontrer que varier la longueur du pas de deux centimètres d'un pas à l'autre (c'est impossible de voir à l'œil nu) multiplie le risque de chute par deux. Capter ce phénomène permet donc d'aller identifier un risque de chutes et de comprendre le mécanisme de désorganisation motrice. C'est le paramètre le plus pertinent actuellement dans le cadre de la prédiction de chutes pour la personne âgée.

L'analyse spatio-temporelle de la marche est un outil complémentaire de la clinique qui va évaluer le risque de chutes mais aussi les effets d'une thérapeutique. On ne peut la concevoir qu'au sein d'une prise en charge globale, interdisciplinaire. Il est vrai qu'actuellement la limite est qu'il n'y a pas d'exportation de ces techniques à domicile. Ceci dit, avec le développement des semelles SMTEC, on a l'espoir de pouvoir développer des systèmes ambulatoires adaptés à tout le monde et quasiment de proposer, dans un avenir proche, une analyse spatio-temporelle de la marche à tout le monde. »

Question : *Pourrait-on équiper de la technique présentée les services qui pratiquent des bilans de santé ?*

Réponse : Oui, nous l'espérons, le plus rapidement possible. J'ai un exemple de cette démarche qui est en cours. Nous travaillons beaucoup avec les centres de santé de la CNAMTS, notamment sur Lyon. Nous avons mis en place tout un système d'évaluation du sujet âgé dans le bilan de santé. Nous espérons pouvoir éventuellement faire acquérir ce système à ces centres d'examen de santé pour permettre, de manière systématique, l'analyse spatio-temporelle de la marche. Pourquoi ? Dans un bilan systématique de santé cette analyse semble intéressante car outre le fait qu'elle permet de prédire la chute sur un sujet apparemment sain, elle pourrait prédire d'autres événements, notamment la démence.

Question : *Un généraliste peut-il prescrire une analyse spatio-temporelle de la marche ?*

Réponse : Oui. L'analyse spatio-temporelle est un acte qui peut se coter.

Question : *Un généraliste, notamment un gériatre, peut-il réaliser une analyse spatio-temporelle de la marche ?*

Réponse : Oui. Si ce médecin généraliste a une formation avec une capacité gériatrique et s'il s'oriente dans cette thématique, il peut tout à fait revendiquer le fait qu'il est un spécialiste et qu'il peut faire une analyse de la marche.

Question : *Peut-on participer à des expérimentations ?*

Réponse : Oui, il suffit d'appeler un centre référent, il n'y a aucun problème.

Question : *N'y a-t-il pas un risque que les familles se déchargent de leur responsabilité à cause des nouvelles technologies ?*

Réponse : Clairement non. Comme vous l'avez vu, les gérontologues restent très pragmatiques ; cela a été un point souligné par les deux précédents orateurs. On replace l'individu et l'utilisateur de ces technologies à leur juste place. Ils utilisent une technologie pour améliorer la prise en charge.

J. GAUCHER : La notion du milieu naturel qu'Olivier BEAUCHET a précisée dans sa communication est très intéressante avec le développement des nouvelles technologies et la miniaturisation des systèmes. On peut les embarquer au plus près des lieux de vie et des habitudes de vie des personnes. On n'a pas besoin d'aller en laboratoire de manière expérimentale, dans des conditions qui ne sont pas celles du quotidien, pour pouvoir faire ces diagnostics.

Une autre chose m'a semblé également extrêmement intéressante dans les deux premières communications : cette notion des bénéfices partagés. On peut parler de « gagnant-gagnant » en se disant que finalement les nouvelles technologies ne doivent pas être au bénéfice d'une seule partie du système d'aide ; il faut que ce soit un bénéfice totalement partagé.

Quelques questions ont été posées sur lesquelles je me suis réservé d'apporter quelques éléments de réflexion plus que des réponses.

Une a déjà été en particulier traitée, celle de la substitution des nouvelles technologies à la visite humaine, physique, à la présence réelle de quelqu'un. De toute évidence il peut y avoir des utilisations perverses, voire des travers dans ce dispositif qui serait amené au domicile des personnes âgées. Il me semble que la réponse collective et éducative aussi. L'introduction des nouvelles technologies doit impérativement s'accompagner d'une pédagogie de la mise en place et de l'utilisation. Sans cette pédagogie, sans cette prise de conscience, sans cette éthique on risque effectivement des dérives.

En fait la question posée est à l'épicentre de cette journée : quelles sont les garanties d'humanité que l'on peut apporter au développement des nouvelles technologies ?

Dans la même lignée une autre question a été posée au sujet de l'accompagnement des personnes. Il me semble que l'accompagnement est quelque chose d'essentiel. Une personne âgée (ou pas forcément âgée) qui n'a pas quelqu'un qui joue le rôle du passeur à côté d'elle risque d'être très vite en difficulté.

Non pas par rapport à la réalité de la technique ou de la technologie, mais par rapport à ce qu'elle s'en représente, comme le disait Gérard RIBES et comme nos collègues de la CRAM-RA le soulignaient. Ce travail sur les représentations se joue beaucoup dans l'accompagnement. Mais à la fois Bernard BRICHON et Gérard RIBES en parleront tout à l'heure, dans le rôle des personnels et la place que les personnels et les professionnels peuvent occuper.

Je reviens aux technologies presque auto-suffisantes. On pourrait prendre ce modèle du robot japonais qui viendrait tout remplacer ; il n'y aurait besoin de plus personne d'autre. Là aussi tout dépend de l'usage qui en est fait. L'évolution va peut-être aller vers cette idée du robot japonais, de ce compagnon électronique du quotidien. Cela peut paraître effrayant. Il peut aussi se faire que ces outils technologiques deviennent un peu comme l'animal domestique qui devient aussi un objet de relation ; un certain nombre d'étudiants travaillent sur cette question sous forme de thèses. Une personne qui a un chat, un chien, des canaris peut aussi faire des rencontres, de la conversation autour de cet objet qui attire, qui a de la sympathie, qui étonne, qui fait que les gens conversent entre eux.

Encore une fois je ne suis pas en train de vous vendre le robot japonais mais tout est dans la démarche des professionnels, de l'environnement familial et amical des personnes pour donner du sens à ces outils plutôt que les laisser prendre place de manière sauvage, sans qu'il y ait le moindre contrôle de la part de l'environnement et de la personne. C'est plus avec ce niveau de réflexion que l'on pourra apporter des réponses et aborder de manière beaucoup moins effrayée, beaucoup moins paniquée ou idéologique, les développements des nouvelles technologies.

Table ronde animée par Jacques GAUCHER « Expériences et points de vue des aidants »

J. GAUCHER : nous allons, à travers les communications à venir, nous centrer sur le point de vue des aidants. Comment peut-on penser une aide qui intègre ou qui s'appuie exclusivement sur les nouvelles technologies ? Ou comment, lorsqu'on est aidant, professionnel ou non, peut-on assimiler, intégrer, cette dimension dans l'exercice de cette aide que l'on adresse à la personne dépendante ?

- o **Claude DILAS**, bénévole retraité, conduit un travail auprès de la résidence Laënnec à Lyon, avec une équipe autour de lui. Il va nous parler de la place des nouvelles technologies à la Résidence Laënnec,
- o **Nathalie MOURET** interviendra au nom du Docteur Marc GATEL, Président de l'ALERTE, empêché,
- o **Gérard RIBES** présentera les résultats d'une enquête sur les attentes et le point de vue des aidants,
- o **Bernard BRICHON**, Directeur du SSIAD RESIDOM à Lyon, membre de l'ACPPA, est en charge de personnels en activité au domicile de personnes âgées. Il connaît bien les articulations avec la formation de ces personnels. Il nous parlera des réticences éventuelles des personnels, comment les analyser, les comprendre et les respecter aussi, pour pouvoir améliorer leur rôle auprès des personnes âgées en situation de dépendance.

« Les maisons inter mail à la résidence Laënnec-Lyon » par Claude DILAS

« Je suis retraité bénévole et j'interviens dans le cadre de la Résidence Laënnec avec l'aide du CRIAS. Nous essayons d'apporter en tant que bénévoles notre soutien à une équipe qui voudrait développer l'informatique auprès des personnes âgées. A l'origine, en 2003, le CRIAS avait lancé un projet : « Les maisons Inter mail ». Sous l'impulsion de Marie MAZZOCCHI trois résidences avaient été sollicitées pour démarrer cette réalisation. Les difficultés pour mobiliser à la fois les personnels mais également les bénévoles, l'ensemble des décideurs, avaient été assez nombreuses et seule la Résidence Laënnec avait réussi à maintenir ce projet avec la motivation et la mobilisation de la Direction de la Résidence et du personnel.

Le bénévole que je suis ne serait rien sans un appui fort des professionnels de la résidence concernée.

J'ai ainsi pu développer ce soutien attendu par un grand nombre de résidents car il y avait une forte demande de l'informatique en tant que telle. Ils voulaient faire quelque chose, découvrir et aujourd'hui nous avons pu développer un club informatique au sein de l'association « Les Joyeux pinsons ». Ce club, qui regroupe une dizaine de résidents, a depuis quatre ans développé une gazette ainsi qu'un blog et toute une série de développements de mails, des recherches Internet,... Nous avons pu assurer des échanges entre les personnes âgées et les enfants d'une école voisine sur un certain nombre de choses.

Les résidents concernés ont de 72 à 89 ans ; il est absolument remarquable de voir qu'il y a une mobilisation relativement forte de leur part et en particulier, nous adorons cette « mémé » résidente et qui est carrément « le nez dans le guidon ». Elle passe parfois une demi-heure devant son clavier à faire son texte mais elle veut le faire seule et elle y arrive. Cette personne n'était absolument pas initiée à l'informatique ; elle n'a jamais tapé sur un clavier de sa vie ; n'a jamais vu un écran mais elle a découvert ce « jouet » et cela lui a permis de « s'éclater ». Tous les lundis elle nous apporte son petit texte, ses recettes, ses blagues, ses différents dictons. Elle est absolument admirable et elle a 89 ans.

Cela permet de découvrir qu'on peut avoir, parmi les personnes âgées, des motivations très intéressantes à condition de savoir les développer et d'aller les chercher.

Je le rappelle, nous avons pu développer cela avec l'appui de la résidence. Le groupe de résidents a créé, entre autres, une gazette que nous éditons tous les deux mois et qui est maintenant une véritable recherche. Pour la gazette du mois dernier nous avons fait un travail sur les rois mages. Nous contrôlons chaque gazette (entre 12 et 14 pages) : ce sont des recherches relativement importantes qui se font sur Internet et tous les sujets font l'objet « d'un comité de rédaction » et d'un véritable arbitrage entre nous. C'est intéressant de voir l'intérêt de tous.

Une anecdote que je voudrais souligner : en tant que bénévole informatique, j'ai carrément abandonné l'idée de leur apprendre la manipulation de la souris. Il est impossible de leur faire maîtriser le double clic ; je n'ai pas trouvé la solution. Ceci à tel point que l'on essaye maintenant de se débrouiller avec le clavier, les flèches, les raccourcis. Il est intéressant de voir que les personnes qui n'ont jamais fait d'informatique de leur vie ont malgré tout cette difficulté vis-à-vis de la souris qui nécessite malgré tout une gymnastique de la main et des doigts importante.

Nous avons pu développer, outre la gazette, un blog, « Les Joyeux pinsons », qui se trouve actuellement sur seniorplanet.fr et qui permet aujourd'hui de faire se développer cette activité. Nous avons beaucoup de connexions, de commentaires et un intérêt croissant parmi les internautes qui veulent se rapprocher de nous.

Je ne vous cache pas que les Maisons inter mail d'origine sont devenues **la** Maison inter mail parce que nous n'avons pas pu développer le réseau tel qu'il avait été initié au départ par le CRIAS. Mais aujourd'hui nous sommes prêts à dupliquer et à partager cette expérience car il serait intéressant que d'autres résidences, d'autres structures, puissent se raccorder et permettre de travailler ensemble en échanges informatiques. Les personnes âgées avec lesquelles je travaille sont demandeuses de cela.

**« Une technique sécurisante, téléalarme et lien social »
par Nathalie MOURET**

Nathalie MOURET, après avoir présenté les excuses du Docteur Marc GATEL, Président de l'ALERTE, empêché, présente l'Association ALERTE (Association Lyonnaise d'Entraide et de Recours par le Téléphone) régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, créée en 1977, sous l'égide du Conseil Général et de la Ville de Lyon, par Simone André et Charles Mérieux.

« Son but est de :

- o Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées,
- o Assurer leur sécurité par un service de téléalarme.

Déjà à cette époque, il était apparu souhaitable de maintenir à leur domicile, aussi longtemps que possible, les personnes âgées ou handicapées mais à condition qu'elles disposent d'un environnement propre à éviter leur isolement, en leur assurant un lien permanent avec l'extérieur, tant sur le plan physique que moral.

Une nouvelle technique était apparue sur le marché : la téléalarme qui permettait de créer ce lien nécessaire. Le principe est toujours le même aujourd'hui.

Il consiste à installer au domicile des personnes concernées, un transmetteur relié, par les lignes téléphonique et électrique, à notre centre d'écoute situé à Lyon dans le 6^{ème} arrondissement. La personne, quant à elle, porte un médaillon qui lui permettra de lancer un appel et d'être mise immédiatement en liaison phonique avec notre opératrice qui va lui venir en aide. Quelle que soit la pièce où se trouve la personne dans son logement, la liaison va nous permettre de cerner la raison de l'appel et d'y apporter la solution la plus appropriée.

Depuis 30 ans, l'ALERTE utilise ce procédé. A ce jour, nous comptons 2.500 adhérents qui ont souscrit un abonnement à notre service de téléalarme, avec une moyenne d'âge de 84 ans.

Nous gérons 30.000 appels par an. Plus de 90% de ces appels sont de nature purement relationnelle, ce qui montre bien que la téléalarme répond à un réel besoin de rompre l'isolement avec, pour l'adhérent, la certitude d'entendre une voix attentive et attentionnée, lorsque le besoin s'en fait sentir.

Ce besoin a amené l'ALERTE à créer l'an dernier un service de Réconfort Téléphonique quotidien que les adhérents qui le souhaitent peuvent solliciter, notamment en période de vacances lorsque leurs proches (voisins ou parents) sont absents. Ce service permet également de veiller aux risques particuliers de canicule.

Outre ce lien relationnel, la téléalarme remplit un rôle prioritaire : la sécurisation des personnes fragiles à leur domicile : environ 7 à 8% des appels que reçoit l'ALERTE, ont un motif médical (25% : problème de santé, 75% : chutes) entraînant des traumatismes parfois très graves.

Le plus important va alors être la suite donnée à un appel de cette nature : une procédure précise et éprouvée entraîne selon les cas le recours aux proches de l'appelant, aux services de garde, SOS médecins, au SAMU ou aux pompiers.

Notre expérience déjà ancienne montre donc bien le rôle social et sécurisant de la Téléalarme.

Le recours à cette technique devrait s'amplifier avec l'augmentation de la durée de vie, le nombre croissant de personnes âgées et le développement des services d'aide et de soins à domicile, que facilite l'aide financière apportée à l'autonomie.

Mais il faut noter que la France connaît dans le domaine de la Téléalarme un retard considérable puisque seulement 280.000 personnes sont aujourd'hui équipées, alors que dans les pays anglo-saxons et scandinaves, le nombre d'utilisateurs est de 1.500.000 par pays.

Il semblerait que les freins à l'usage de la téléalarme soient d'ordre psychologique et financier : encore peu connue, la Téléalarme est souvent rejetée par crainte de la nouveauté technique, et par la notion d'entrée dans la dépendance qu'elle provoque. A cette crainte s'ajoute l'impression que ressentent certaines personnes âgées qui considèrent que leurs proches vont être enclins à les délaisser, du fait de la sécurité que leur procure ce système.

Sur le plan financier, le coût des abonnements peut être pris en charge, pour certains, par l'APA, le Plan d'Actions Personnalisé de la CRAM et une participation de certaines caisses de retraite.

A partir du mois de septembre prochain, l'utilisation de Chèques Emploi Service comme moyen de paiement aux associations ou sociétés commerciales agréées sera un apport très utile.

Nous espérons que ces nouvelles dispositions faciliteront le développement de la téléalarme en France car elle est considérée par les professionnels comme un des maillons indispensables au maintien à domicile.



Question : *En cas de panne ou d'appareil défectueux, est-ce que le dépannage est à la charge de l'adhérent ?*

Réponse : Non. Les appareils sont testés quotidiennement ce qui nous permet de connaître chaque jour l'état de fonctionnement de l'ensemble de notre parc d'appareils. En cas de panne, l'un de nos 3 techniciens se rend au domicile de l'adhérent pour réparer ou remplacer l'appareil défectueux.

Question : *Quels sont les tarifs d'un abonnement à l'ALERTE ?*

Réponse :

Les tarifs se décomposent ainsi :

- ✓ Une cotisation annuelle de 19 €
- ✓ Un forfait d'installation de 45 €
- ✓ Un abonnement mensuel de 25 € (ou 27 € s'il y a prise en charge des clefs).

De nombreuses aides peuvent être accordées et prendre en charge une partie ou la totalité des frais. Nous consulter.

Question : *Quelles qualifications et formations ont les personnes écoutantes qui prennent en charge les appels des personnes âgées ?*

Réponse : Les opératrices écoutantes bénéficient d'une formation continue avec le Dr VIGNAT, médecin psychiatre des Hôpitaux de Lyon (Hôpital Saint Jean de Dieu), spécialisé en gérontologie. La formation repose sur :

- ✓ La connaissance des pathologies de la vieillesse,
- ✓ Les jeux de rôle sur des cas concrets,
- ✓ La mise en situation réelle,...

Question : *Qui réceptionne les appels dits relationnels ?*

Réponse : Les appels dits « relationnels » sont des appels passés par nos opératrices écoutantes en direction des adhérents isolés, c'est-à-dire sans répondant. Elles les appellent tous les 15 jours pour prendre de leurs nouvelles et rompre ainsi leur isolement.

« Attentes et point de vue des médecins traitants : résultat d'une enquête » par Gérard RIBES

« On va plutôt être sur le regard des soignants ; j'ai gardé l'élargissement qu'on avait fait. La santé ne correspond pas simplement à la prise en charge par les médecins généralistes. On est toujours dans le cadre de ce travail autour du « e-domicile » comme l'a évoqué Y.A. MARTIN et dans la vision par rapport à l'apport de ces nouvelles technologies, des soignants au sens large du terme, avec la question de l'adhésion. On aura à pointer un certain nombre de choses.

✓ Les professionnels du domicile

Ont répondu à cette enquête :

- ✓ 51 médecins généralistes,
- ✓ 8 infirmières,
- ✓ 14 autres aidants professionnels, intervenants à domicile divers recrutés dans des contextes soit de formation soit d'enseignement post-universitaire, dans le cadre de groupes de travail.

Leur profil : il ne s'agit pas de jeunes professionnels ; ils ont entre 12 et 15 ans d'activité. Nous avons une répartition équilibrée entre les hommes et les femmes et une moyenne d'âge comprise entre 40 et 50 ans.

Il est intéressant de voir dans cette population quels étaient les médecins qui avaient eu une activité en gériatrie : 90 % n'avaient pas d'activité dans les institutions gériatriques ; seulement 8 % avaient une activité dans une institution gériatrique, avec peut-être une évolution de plus en plus importante de cette bi-appartenance par rapport à des généralistes.

Il nous paraissait intéressant de voir comment se caractérisait cette population âgée. Entre 60 et 69 ans on a un nombre moyen ; le nombre le plus important pour les généralistes est autour des 70/79 ans ; plus de 80 ans pour les infirmières ; plus de 80 ans pour les autres intervenants.

On a proposé là aussi un certain nombre de scénarios par rapport à ce qui pourrait faciliter le maintien à domicile et permettre une meilleure qualité de vie des personnes âgées. On leur demandait de dire ce qui leur paraissait le plus pertinent, le moins pertinent en les notant. Il y a un certain nombre d'items que l'on retrouve classés de la manière dont cela a été posé. Cela va de l'aide à la gestion financière en passant par la culture et les loisirs, le réseau relationnel, les visites à domicile, la lecture, l'écriture. On a essayé d'avoir un champ assez large pour voir comment allaient répondre ces professionnels.

Les réponses ont été classées par ordre d'importance, de 0 à 4, avec une note moyenne de 3,7. L'élément qui est ressorti le plus est la présence des familles. Dans cette question « *Pour faciliter le maintien à domicile et permettre une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, quels sont dans cette liste les points qui vous semblent importants ?* », le point qui ressort en numéro 1 est la présence des familles.

Le deuxième élément est le besoin de présence, donc quelque chose qui dépasse la dimension des familles. J'insiste à nouveau sur ce que disait Danielle CHUZEVILLE : il ne faut pas penser les choses simplement par rapport à une famille. Quel est le réseau social et quelle est son importance autour d'une personne âgée ? Quelles sont les entrées naturelles qu'elle a pu créer, les réseaux amicaux ? Je pense que l'on a beaucoup à travailler là-dessus ; on a encore peu d'éléments.

Après ce sont toutes les aides, à la toilette, à l'habillage. Un élément que l'on avait aussi noté était la question du sentiment d'utilité. On est dans des tranches d'âge où la question se pose « *A quoi est-ce que je sers ?* ». On l'a tous entendu. Dans l'évolution des représentations sociales dont on a beaucoup parlé, on sait très bien dans notre société à quoi sert un grand-parent ; il a une fonction, une place, un rôle. Quelle est actuellement dans notre société la fonction d'arrière grand-parent ? Quel est le rôle des arrière-grands-parents dans la dynamique familiale ? « *A quoi est-ce que je sers encore si ce n'est d'être un sujet de souci, d'ennui pour mes enfants, d'embêtement pour tout le monde et quelle est ma place dans la société ?* » Ceci d'autant plus si l'on a tendance à rebattre les oreilles des personnes âgées sur le fait qu'elles coûtent de l'argent et qu'elles embêtent tout le monde.

Il serait peut-être intéressant aussi, dans nos représentations sociales et dans notre rôle de professionnels, d'inverser les choses en insistant sur la place des personnes âgées au sein de la famille et au sein de notre société, ce qui est très peu et très mal abordé encore d'où un sentiment d'inutilité.

Le dernier élément qui ressortait dans la zone la plus haute concernait la préparation des repas et l'équilibre alimentaire. Honnêtement, cela a été une surprise ; je ne pensais pas que cela allait ressortir d'une manière aussi forte alors que je suis très sensibilisé à cette question d'alimentation des âgés. Je pense que l'on pourrait résoudre beaucoup de problèmes au niveau de l'équilibre, au niveau des chutes. La sarcopénie est un déséquilibre alimentaire extrêmement important. J'étais surpris que les soignants soient si sensibilisés. J'ai appris à ce moment-là qu'il y avait eu une campagne du Conseil Général du Rhône autour de la question de l'alimentation des âgés qui reste, je le pense, un élément extrêmement important sur lequel on a nous-mêmes à apprendre beaucoup de choses.

En effet, je me rends compte en travaillant avec des soignants, que nous sommes très peu informés sur l'importance du style alimentaire que devraient avoir les personnes âgées. Nous ne sommes pas simplement des purs esprits mais aussi des machines qui consomment un certain nombre de choses. Cette question du plaisir autour de l'alimentation est quelque chose d'important, avec cette notion également importante : le plaisir solitaire dans l'alimentation est bien moindre que lorsqu'on partage un repas. Un de mes confrères et ami a parlé depuis très longtemps des « *nourritures affectives* ». Je pense que cet échange autour de la nourriture fait aussi passer de la relation et de l'affect.

D'ailleurs, à titre d'exemple, à l'hôpital des Charpennes, M..... dans une unité de l'hôpital avait remarqué un moment où les plateaux-repas étaient beaucoup plus consommés qu'à d'autres moments. Ils ont essayé de comprendre ce qui se passait et le paramètre qui a été trouvé a été de voir que, dans cette unité, il y avait un aide-

soignant asiatique qui reconditionnait complètement les plateaux-repas qui arrivaient dans le service. De quelque chose qui était sans couleur, sans forme, sans aspect extérieur (car on mange d'abord avec les yeux), il faisait quelque chose qui prenait de la couleur, de la forme et créait de la relation. De plus, ce qu'il mettait à l'intérieur du plateau-repas faisait que les choses passaient différemment. C'est une parenthèse qui est un élément important.

On pourrait dire qu'il y a deux grands éléments qui émergent par rapport à ces attentes autour des professionnels de santé.

Premier élément concernant l'hygiène : l'aide à l'entretien du domicile, l'aide à la toilette et à l'habillage, la question de l'équilibre alimentaire.

Le deuxième élément émerge de façon extrêmement importante et pose d'une manière précise la question de la relation, dans un besoin de présence, dans un lien social et intergénérationnel, dans le réseau relationnel et la question de la présence des familles.

D'autres éléments ont été ajoutés par un certain nombre de personnes qui ont répondu à ce questionnaire, par exemple le contrôle de la prise médicamenteuse. On voit lorsqu'on travaille à l'hôpital la manière très souvent catastrophique dont la gestion des médicaments est faite. Avec un certain nombre de nos confrères qui sont « déraisonnables » dans la prescription des médicaments, on arrive à avoir des ordonnances absolument impressionnantes et on se demande comment les gens ne meurent pas plus souvent à cause de cela !! Ils se nourrissent de pilules. Cela devient parfois impressionnant. Mes collègues psycho-somatiques et moi-même sommes souvent à l'hôpital amenés à commencer par supprimer des médicaments pour arriver à voir ce qui va émerger.

Par contre on peut se poser la question à l'envers : pourquoi nos confrères réagissent-ils comme cela ? Souvent ils se sentent très isolés et complètement perdus. Il y a peut-être de notre part un travail à faire pour créer du lien avec eux, pour qu'ils ne se sentent pas dans cet isolement et le fait d'être perdus dans des réponses qu'ils n'ont pas le temps de donner compte tenu de la charge de travail qu'ils ont. Il faut toujours voir les deux côtés des éléments.

A partir de là, comme nous l'avons évoqué ce matin, on est parti sur un modèle pour voir la manière dont les gens pouvaient se représenter ce modèle autour de ce « téléviseur intelligent ». Une des réponses possibles pourrait être l'installation à domicile de téléviseurs permettant à la personne âgée de contacter, grâce à sa télécommande, sa famille, le service des soins à domicile, etc. et également pouvoir être contactée et vue (élément extrêmement important), avec son accord, par ces mêmes interlocuteurs. Pour nous l'intérêt du dispositif est de 0 à 4.

Du côté des médecins généralistes, c'est quasiment plébiscité avec une note maximum. Les infirmières sont à une note moyenne. Les professionnels sont à une note beaucoup plus faible.

Il nous a paru important de penser qu'on était là dans le renforcement de la sécurité et que peut-être un des éléments de biais de la réponse des autres intervenants était que les médecins étaient très familiarisés avec l'informatique. Nous sommes quasiment tous branchés à l'informatique compte tenu de la télétransmission et donc des habitudes se sont créées. Les infirmières également.

Par contre, les autres professionnels ou intervenants à domicile qui ont une culture qui ne leur a pas donné accès à cela ont moins de représentation et moins de facilité pour gérer cela. Peut-être même ont-ils peur de se retrouver confrontés à des choses qu'ils ne seront pas capables de gérer eux-mêmes et se retrouver, de ce fait, dans une position d'échec plutôt que dans une position qui va leur permettre d'aider la personne âgée avec toutes les craintes qu'on a voulu laisser, elles nous paraissent importantes.

La disparition des contacts réels : je voudrais rebondir par rapport à ce qu'évoquait J. GAUCHER. Nos amis canadiens, qui ont développé un certain nombre de choses depuis très longtemps, compte tenu des distances absolument impressionnantes qu'ils ont dans leur pays, avaient créé des groupes de parole au téléphone avec des accompagnants de personnes âgées. Un des éléments qui avait émergé de ces groupes de parole est qu'au bout d'un certain temps les gens avaient envie de se rencontrer. Au lieu de couper le lien c'était au contraire quelque chose qui le facilitait car une communauté de relations s'était créée. Tous les éléments de communication sont des éléments qui vont renforcer quelque chose du moment qu'on les utilise avec les garde-fous qui ont été évoqués.

On voit également la nécessité de moyens de détection pour le gaz, l'ouverture de portes et fenêtres, l'utilisation du frigo ; l'importance que cela reste un moyen et non une fin en soi. Le but est que ce soit un moyen de relation et non une finalité.

La crainte concernant la difficulté des personnes âgées à utiliser le système. Le respect de la dignité de la personne et l'idée qu'il faudrait proposer un panel, un choix différent pour que la personne âgée puisse puiser dans ce panel et choisir.

Un point également autour de cette question de la solitude et de l'importance du lien social. Vous savez peut-être que malheureusement en France on a été longtemps les « champions du monde » (beaucoup de guillemets par rapport à ce terme) pour le suicide des personnes âgées.

On a eu pendant très longtemps le taux le plus élevé au monde de suicides des personnes âgées ; on est en quatrième position actuellement, c'est l'Autriche qui est passée en numéro 1. Un pays européen, la Finlande, a expérimenté ceci par rapport au suicide des personnes âgées : le fait que toute personne âgée soit contactée tous les jours par quelqu'un, cette communication prenant moins de trois minutes. Simplement un contact quotidien de trois minutes (ceci pour des raisons de coût). Je ne sais plus de quel taux de suicides ils sont partis, sachant que plus on va vers le nord plus les taux de suicides sont importants, quels que soient les âges. Ils ont diminué par deux leur taux de suicide. Cette installation d'un contact régulier, de quelque chose qui était médiatisé par le téléphone, qui était sur un temps extrêmement court, a fait qu'il y a eu un effondrement du taux de suicides. Je pense qu'on a là un élément de réflexion.

Autre question : « *Un ordinateur dans lequel pourraient être rentrées des données serait-il éventuellement une aide pour vous ?* ». Pour les généralistes c'est quelque chose qui est plébiscité. On retrouve 50 % pour les infirmières et 50 % pour les autres intervenants. Plusieurs médecins remarquent qu'il serait important d'avoir des niveaux d'entrée différents pour permettre la confidentialité.

Un système intéressant pour les patients non chroniques, avec des passages non systématisés. Le problème qui est souvent évoqué est, du fait du nombre d'intervenants à domicile, en particulier d'infirmières, de pouvoir rationaliser les passages à domicile en fonction d'une relation qu'on pourrait avoir avec cette personne avant d'y aller compte tenu des kilomètres. Cela pourrait être une réponse au manque de communication pour les professionnels ; c'est toujours un élément extrêmement important ; ils se succèdent mais n'ont pas toujours de communication entre eux.

On a eu un certain nombre de personnes qui n'ont pas compris de toute évidence la question, dans le cadre des infirmières et des professionnels.

Un point sur la capacité des âgés à s'adapter à ce dispositif. On avait insisté sur le fait que dans cette représentation ce dispositif ne changerait pas leur environnement puisque c'était à partir d'un téléviseur et d'une télécommande. La capacité d'adaptation vue par les soignants est beaucoup plus faible ; on est dans des notes entre 2 et 2.5 avec peut-être la différence de vision entre les médecins et les infirmières.

Une autre étude menée avec Jacques GAUCHER sur la prise en charge en institution de patients de type Alzheimer a démontré de manière extrêmement importante :

- que ceux qui marquaient le plus les compétences des âgés étaient ceux sur le terrain,
- que ceux qui marquaient le moins les compétences des âgés étaient en particulier les médecins, qui eux étaient plus dans la visualisation des déficits (c'était d'ailleurs en écho avec les familles),
- que les personnels cadres de l'institution étaient assez proches de ces visions,
- que les infirmières se rapprochaient plus de la dimension des compétences et que les gens de terrain voyaient plus les compétences.

On pourrait dire que ceci est en contradiction avec ce travail de recherche que l'on avait fait mais peut-être faut-il rajouter ce paramètre du média, du fait que cet ordinateur va interroger les propres compétences des intervenants à domicile. C'est pourquoi il me paraît extrêmement important de former les personnels à l'accompagnement des personnes âgées. Cela va être un transfert de compétences, c'est à travers cet échange autour de cette machine que va pouvoir se créer cette appropriation par rapport à cette machine.

Dernier élément : « *Pour vous en matière de nouvelles technologies, quelles seraient pour les personnes âgées et vous les pratiques les plus utiles ?* ».

Il a été intéressant de voir comment les gens se sont défoulés sur cette question. La première réponse qu'on nous a donnée a été « *On n'est pas assez nombreux. Il est trop difficile de gérer le soin à domicile, de gérer (en particulier pour les infirmières) le soin corporel* ». Donc que fait-on par rapport à cela ? Des choses sont à penser. Mais il était intéressant de voir comment cela a interpellé.

Deuxième élément : l'articulation des technologies. Il ne doit pas y avoir une seule technologie présente mais des choses qui soient en lien avec d'autres types de technologies adaptées à la personne âgée et à l'évolution de sa pathologie.

Autre élément qu'a évoqué Jacques GAUCHER et sur lequel on a travaillé de manière importante : le côté gagnant/gagnant. La personne âgée va peut-être en tirer un bénéfice, la famille également. Mais en tant que soignants, en tant qu'accompagnants à domicile, quels bénéfices va-t-on en tirer ? Au contraire, il y a un certain nombre de nos collègues et confrères qui n'avaient pas cette vision du bénéfice et qui voyaient plutôt les inconvénients que cela allait avoir. Il faut donc avoir de la part des professionnels quelque chose qui puisse être une réponse qui soit différée, filtrée ; ceci peut être aussi valable au niveau des familles.

Deux éléments pour conclure : il faut, à mon sens, se poser la question de l'anticipation de l'installation, en particulier de ces objets communicants, avant que la dépendance ne s'installe, pour créer des habitudes qui ne soient pas simplement au moment de la crise, sinon nous devons gérer les éléments de crise et l'appropriation d'un nouvel élément. Il ne faudrait pas non plus que ces éléments soient stigmatisés comme étant des marqueurs de la dépendance, mais utilisés sur un registre plus ludique.

Avec Jacques GAUCHER, il y a quelques années, nous étions un peu en avance par rapport à la technologie. On s'était posé la question au niveau de tous ces accompagnants (c'était en référence avec le modèle canadien) qui, compte tenu de leur présence auprès d'une personne âgée (ceci d'autant plus dans le milieu rural), étaient coupés en terme de lien social. On avait, déjà à l'époque, pensé créer des groupes de parole avec l'outil informatique, pour permettre à ces gens qui vivaient quelque chose de se relier entre eux en termes de groupe de parole et de se rencontrer. Cela me paraît un élément extrêmement important car les accompagnants d'aujourd'hui sont les vieillards de demain. Dans notre pensée, dans notre prise en charge, il faut les accompagner pour qu'ils ne puissent pas devenir des vieillards eux-mêmes avec des déficits trop importants pour être accompagnés. »



Question : *Quelles sont ces expériences d'immeubles intergénérationnels et quels types d'échanges se créent ?*

Réponse : Je n'ai pas beaucoup d'éléments de réponse. Il semble que cela a été fait dans la banlieue de Dijon, avec l'idée de créer du lien social dans les attributions d'appartements entre de jeunes couples et des gens plus âgés pour créer des échanges de services. Cela me paraît être une dimension extrêmement intéressante. Pourquoi ne pas le faire partout ? Il se trouve qu'on est dans une société qui est encore un peu intergénérationnelle ; dans nos immeubles on a souvent plusieurs générations. La question est « *Comment recréer du lien au sein de nos immeubles spécifiques ?* » Je pense que l'ascenseur a été un élément catastrophique au niveau du lien social dans les immeubles.

Ce qui me paraît intéressant dans la manière dont est rédigée la question est ce qui concerne les échanges de services. Tout le monde a un service à rendre aux autres et les personnes âgées, comme je le disais aussi, ont une place également en termes de services, de garde d'enfants, etc. En tout cas en termes de contact, pour tout ce qui est choses innovantes, il est intéressant aussi que cela ne soit pas que des professionnels, des universitaires ou autres qui prennent cela en charge mais que toutes ces dimensions de la créativité soient répandues partout. C'est là la place importante des bénévoles.

C. DILAS : C'est aussi un appel aux bénévoles dont nous manquons cruellement. Quand on arrive à la retraite (c'est mon cas) et que nous avons une certaine expérience, ne serait-ce qu'en termes informatiques, il est dommage que nous la perdions et que nous ne puissions pas la mettre à disposition de ceux qui en ont vraiment besoin. C'est pourquoi j'ai accepté avec beaucoup de plaisir la tâche que m'a confiée le CRIAS ; je la poursuis encore aujourd'hui mais je reconnais qu'il y a un vrai déficit de bénévolat en la matière. Il faudra faire de nombreux appels pour y arriver.

Un souvenir me revient : il y a maintenant vingt ans qu'avait été ouvert un foyer soleil au sein d'un immeuble d'habitation, en mélangeant les habitants, c'est-à-dire de jeunes ménages et des personnes âgées. L'expérience n'a pas été probante ; c'est resté en l'état ; il n'y a pas eu de dynamique autour de cela. C'est dommage car l'idée à l'origine était excellente mais, en même temps, il n'y a pas eu le développement qui aurait pu être attendu.

Pour revenir sur le projet que nous avons à Inter mail, nous avons toujours la possibilité d'échanger et nous voudrions échanger un maximum avec d'autres résidences ; c'est pourquoi je renouvelle mon appel. J'ai reçu un message très gentil d'une résidence sur l'agglomération lyonnaise qui voudrait se rapprocher de nous pour essayer de développer cet aspect ; c'est intéressant ; c'est ainsi que nous allons tisser des liens ensemble, faire en sorte que la liaison informatique puisse se réaliser et que la liaison numérique puisse se faire entre résidences.

« Réticences des aidants naturels et professionnels et des personnes face aux nouvelles technologies » par Bernard BRICHON

« Avant d'aborder la question proprement dite des réticences à l'utilisation des nouvelles technologies, je vais resituer le paysage.

D'abord ce sont des acteurs :

- la personne aidée,
- ce qu'on appelle les aidants naturels -la famille et les proches-,
- et les aidants professionnels qui vont depuis le médecin traitant jusqu'à l'aide à domicile en passant par l'infirmière libérale, l'aide-soignant, le kinésithérapeute, etc.

Toutes ces personnes ont un objectif commun qui est de maintenir à son domicile, le plus longtemps possible, une personne âgée présentant un handicap plus ou moins important.

Tout cela se passe dans un contexte particulier. Particulier en raison du lieu, le domicile, c'est-à-dire un lieu qui à l'origine n'est pas forcément conçu pour héberger une personne handicapée. C'est un lieu privé souvent chargé de beaucoup de souvenirs et que l'on aura de la difficulté à voir « chamboulé », par des travaux, par la mise en place de nouveaux matériels. C'est enfin un lieu qui n'appartient nullement aux professionnels, contrairement par exemple à la chambre d'hôpital.

C'est aussi un contexte de situation. On est bien dans le cadre d'un handicap définitif et même évolutif. On est souvent en situation plutôt de fin de vie.

L'autre point important est la multiplicité des intervenants, sans lien hiérarchique entre eux et souvent aussi sans lien organisationnel entre eux.

Il y a ensuite des enjeux :

- Le premier est la sécurité de la personne ; sécurité qui passe par la continuité de l'aide et des soins. On sait très bien que c'est souvent au moment de la nuit que la personne tombe car il n'y a personne et elle se retrouve à l'hôpital entrant dans un circuit d'institutionnalisation plus tard.
- C'est enfin un enjeu de maintien des liens sociaux pour cette personne qui a souvent des difficultés à sortir de chez elle.
- C'est de plus en plus pour les professionnels le respect de la réglementation, le respect d'un cahier des charges ou d'une norme dans le cadre de démarches qualité ou de certification.

Au final l'enjeu est que le domicile doit être un lieu de vie agréable et non pas devenir un lieu de survie.

Maintenant, comment aborder la question des réticences à l'utilisation des nouvelles technologies ?

Tout d'abord, fort heureusement dans beaucoup de cas, cela ne pose aucun problème. Nous n'envisageons seulement les cas où cela pose un problème.

Il y a deux approches complémentaires que l'on peut faire :

- on peut faire une première approche à partir de la nature de l'aide,
- on peut également voir les réticences liées à la nature de l'aide.

En ce qui concerne la première approche selon la nature de l'aide, il y a comme déjà énoncé précédemment trois catégories d'acteurs.

Deux points importants :

- ✓ Il faut séparer les professionnels dont les mécanismes de rejet ou de réticence sont particuliers,
- ✓ Les mécanismes de rejet de la personne âgée ou de ses proches ne sont pas forcément spécifiques aux aides technologiques mais sont souvent les mêmes que le refus de toute aide quelle qu'elle soit. Simplement peut-être parce que cela tourne autour de la notion de deuil.

Le deuil actuel, qui est le deuil de son autonomie, ou de l'autonomie de son père ou de sa mère. Mais aussi, quand on est dans une situation de fin de vie, le deuil de sa vie qui va arriver à son terme.

Comme dans toute notion de deuil, il y a une phase de déni. Si on est dans le déni on ne peut pas accepter une aide quelle qu'elle soit. On peut être aussi dans une phase de colère « *Fichez-moi la paix avec tout cela* » ou dans une phase de dépression « *A quoi bon mettre en place tous ces éléments ?! De toute façon la situation est définitive ; elle est déjà perdue* ».

Un point important : comme dans tout processus de deuil, où il y a plusieurs personnes qui sont en cause, il peut y avoir un décalage : il peut y avoir une personne âgée qui est parfaitement consciente de l'intérêt de la mise en place de l'aide et la famille qui, parce qu'elle est dans une phase de rejet, de déni, de colère va se mettre en opposition. Le danger est que la personne âgée, pour ne pas rentrer en conflit avec sa famille, va se ranger à son avis et finalement à son détriment et au détriment véritablement de ce qu'elle pense elle-même.

C'est un deuil actuel mais cela peut être aussi la réactivation d'un deuil ancien, quand l'époux est décédé un ou deux ans avant et que l'on avait mis en place un certain nombre d'aides, d'appareillages nouveaux. Cela s'est très mal passé ; au bout de quinze jours il a fallu l'hospitaliser et il est décédé. A l'occasion de cette nouvelle proposition, on risque de réactiver un deuil ancien.

Dernier point, le deuil anticipé. La famille, les proches ont déjà considéré que cette personne ne pouvait plus rester chez elle ou qu'elle était déjà morte. Dans ces conditions, il y a une forte opposition avec la venue de toute aide nouvelle.

Ceci pour les deux premiers acteurs, la personne âgée et les aidants naturels.

Au niveau des professionnels, il y a tout ce qui tourne autour de la perte de temps ; tout le temps que l'on passe à remplir des dossiers informatiques, à faire des traçabilités est du temps en moins que l'on va passer à discuter avec la personne. Il y a aussi le fait que la traçabilité peut être vécue comme un « flicage », comme un contrôle. Ce sont par exemple des difficultés de mise en place pour des services d'aide à domicile, des systèmes filaires ou par audiophone qui nécessitent de la part de l'aide à domicile de composer un numéro de téléphone quand elle arrive ou de montrer une petite calculatrice à la personne âgée pour valider l'heure d'arrivée et l'heure de départ.

Est aussi mis en avant le risque de déshumanisation, c'est-à-dire que l'on se réfugie derrière une technologie pour prendre du recul et de la distance par rapport à la personne âgée, par rapport à ce qu'elle vit et ce qu'elle fait vivre aussi aux professionnels.

Deux autres éléments sont plus rarement mis en avant. Le premier est le risque de dévalorisation de leur action, une espèce de rivalité qui pourrait exister entre les nouvelles technologies avec toute l'aura de choses extraordinaires que cela peut véhiculer, face à des actions qui sont beaucoup plus classiques et beaucoup plus anciennes, qui sont des actions simplement humaines et de soutien psychologique.

La question que l'on peut enfin se poser s'agissant des réticences des personnels et des professionnels est : « Qu'est-ce qui relève de la peur d'une perte de pouvoir ? ».

On peut maintenant aborder la question selon la deuxième facette : « les réticences liées à la nature de l'aide ». Plutôt que de rentrer dans un listing qui ne pourrait jamais être exhaustif, nous allons voir comment classer ces aides :

- On peut dire que certaines aides vont augmenter l'autonomie de la personne alors que d'autres sont là pour faciliter l'intervention des aidants naturels ou professionnels. C'est là où la perte de pouvoir peut être mise en avant. Si la personne âgée augmente son autonomie, forcément le soignant a « moins d'importance ». Donc cela peut être un mécanisme qui va amener le soignant à refuser ou à avoir des réticences à la mise en place d'une aide technologique.
- Au contraire, tout ce qui va favoriser l'aide des aidants, naturels ou professionnels, va avoir beaucoup plus l'aval dans le cas présent des aides-soignants, des professionnels alors que la personne âgée peut être beaucoup moins intéressée par la mise en place de ces technologies.

Mais dans les réticences liées à la nature de l'aide ce n'est pas tout. On a vu aussi ce jour que certaines aides vont nécessiter des travaux importants dans le logement et j'ai rappelé que ce logement était un lieu de souvenirs ; le fait de changer, notamment l'agencement de la chambre ou le reste de l'appartement peut être très mal vécu par la personne.

Cette difficulté de mise en œuvre peut être une difficulté d'apprentissage de ces aides. Cela a été cité à plusieurs reprises. S'il s'agit simplement d'un boîtier, avec un bouton pour appuyer, c'est simple à utiliser. Si la personne doit se connecter sur Internet c'est déjà beaucoup plus compliqué surtout quand on a 86 ans et que l'on n'a jamais utilisé l'informatique auparavant. Tout cela va prendre plus de distance au fur et à mesure que les nouvelles personnes qui vont arriver à un âge avancé, auront utilisé ces technologies antérieurement mais aujourd'hui nous sommes encore dans cette logique.

La dernière facette est la facette financière. Un certain nombre de ces aides sont totalement prises en charge, soit par l'assurance maladie, soit par une assurance privée, soit par des caisses complémentaires alors que d'autres laissent un « reste à charge » important pour les personnes. C'est beaucoup plus difficile de les faire accepter que les autres.

En conclusion, on a vu que ces aides technologiques étaient extrêmement importantes au travers de la sécurité et de la continuité de l'aide. Il n'est pas possible, par définition, d'avoir en permanence quelqu'un à son domicile ; donc le fait d'avoir des boîtiers d'alerte, des moyens de communication est quelque chose d'important. Il faut donc tout mettre en œuvre pour faciliter l'acceptation de la mise en place de ces aides.

La première phase, comme toujours, est l'écoute de ce que nous dit la personne, de ce que nous disent les proches et les professionnels, de façon à essayer de comprendre quels éléments existent dans le fait de refuser la mise en place de ces aides.

La deuxième étape est de donner une information précise sur les différentes aides existantes, sur leur difficulté de mise en œuvre et sur le coût final à la charge de la personne ; d'être en mesure de faire un choix en fonction de la personne que l'on a en face de soi, entre les aides, de choisir l'aide qui sera la plus simple et la plus adaptée au cas de la personne.

Enfin, c'est un accompagnement de la personne et des proches tout au long de la prise en charge et c'est sans arrêt réexpliquer l'utilisation, dédramatiser l'utilisation, assister l'utilisation de toutes ces aides technologiques. Cela a été dit à plusieurs reprises.

Un dernier point qui concerne les professionnels : il faut être dans une vigilance permanente. Un système technique ou technologique peut être défaillant et il ne faut surtout pas se réfugier derrière l'idée que, du fait que l'on a mis en place un boîtier d'alerte, on n'a pas besoin d'être aussi vigilant qu'on devrait l'être. On sait très bien que lorsque la personne tombe, son boîtier ou son bracelet n'est jamais à son cou ou à son bras, il est toujours sur la table de nuit ou de la cuisine ».

J. GAUCHER : je retiens de ces interventions -et en particulier de la dernière avec Bernard BRICHON- que la problématique du deuil est une problématique qui intéresse au premier degré l'aidant professionnel en particulier car c'est vraiment au cœur de l'accompagnement ; c'est toute la problématique des changements, de l'accompagnement aux changements, de l'adaptation et Dieu sait que la dépendance entraîne des changements. Il faut que la personne âgée arrive aussi à apprivoiser ces changements. Ce sont certainement des choses à penser en termes de transfert de compétences chez les professionnels en particulier. Je pense que les formations mériteraient beaucoup de s'inspirer aussi de cette problématique « comment peut-on accompagner le changement ? ».

Question : *Pourquoi ne pas généraliser pour les intervenants à domicile, médecins, infirmières etc,... une signalétique pour le lieu où sont disposées les ordonnances médicales et les prescriptions avec les interdits et la personne à prévenir ?*

Réponse : Effectivement dans notre fonctionnement (on fonctionne en SSIAD uniquement aujourd'hui) on a mis en place chez la personne un cahier de liaison, avec différents onglets : un pour le médecin, un pour l'aide à domicile quand il y en a une, un pour la famille et un pour nos aides-soignants. Sur ce document on peut positionner un certain nombre d'informations qui sont toujours des informations qui ne relèvent pas du secret médical ; on ne peut pas se permettre de laisser à la vue de tout le monde un certain nombre d'informations relevant du secret médical. Par rapport à la question qui est posée, je pense que ce document peut y répondre et en particulier dans nos documents tous les numéros de téléphone des différents intervenants (médecin traitant, kiné, SSIAD, service d'aide à domicile, etc.) sont indiqués, en première page ; ceci permet en cas de panique ou d'urgence de ne pas avoir à chercher partout des numéros de téléphone.

Question : *Pour les aides à domicile éviter le turn-over en raison du traumatisme de la personne âgée ?*

Réponse : J'aurai du mal à répondre car aujourd'hui on n'a pas de service d'aides à domicile. C'est la même question en SSIAD ; quand on a une équipe d'aides soignantes, il y a des roulements et forcément ce n'est pas toujours le même aide-soignant qui va intervenir tous les jours chez la personne. Ce n'est pas du tout possible. On a adopté une politique simple ; toutes les semaines on change les tournées. Cela permet très rapidement à la personne d'avoir rencontré, d'avoir été prise en charge par la totalité de nos aides-soignants, (les services ont une dizaine d'aides-soignants différents), très rapidement la personne connaît tout le monde ; cela permet de plus d'assurer une meilleure sécurité. En effet, en cas de remplacement au pied levé, on a forcément un aide-soignant qui connaît déjà la personne et cela se passe beaucoup mieux.

CONCLUSION par Paul-Henri CHAPUY

« Notre Société existe et se réunit deux fois par an depuis 38 ans. C'est prodigieux, il y a toujours autant de monde, autant de demandes. L'intérêt de nos réunions reste toujours d'actualité, même si quelques thèmes ont été repris. 38 années pour une Société c'est quelque chose de bien ; on espère que les choses durent longtemps.

Quelques remarques, non pas pour résumer la journée, ce serait difficile. Un premier point concerne l'hétérogénéité gérontologique. On parle de gens âgés, de 70 à 100 ans qui sont des personnes d'âges différents, d'autonomies différentes, d'environnements familiaux très différents, de formations différentes, de cultures différentes et ceci rend assez difficiles les comparaisons des personnes entre elles. On a le sentiment souvent de parler un langage différent alors que chacun parle de la personne qu'il connaît bien mais ce n'est pas toujours facile d'extrapoler aux autres personnes. Entre les gens très handicapés et les gens en très bonne santé les questions sont différentes.

Un deuxième point m'a frappé : la technologie au service de l'humain avec une présence non humaine. C'est assez difficile à saisir. Quelqu'un a dit « *Est-ce que cela ne va pas réduire le personnel ?* ». Je voudrais rappeler l'anecdote actuelle des caissières des supermarchés. On peut se demander si l'informatique ne peut pas un jour, pour des raisons économiques et financières, remplacer le personnel, ce qui serait dommage car, et cela a été dit à plusieurs reprises, le facteur humain est très important.

On dit aussi qu'en France tout peut se délocaliser sauf les services à la personne. Or Gérard RIBES nous a indiqué que malheureusement on pouvait délocaliser les personnes ; on se demande ce qui restera en France s'il n'y a plus ni les personnes, ni les services.

Un autre point a été évoqué par Mme HAGUENAUER : l'importance de l'habitat et les améliorations du logement. Lorsqu'on vieillit handicapé, l'appartement -ou la maison- doit être adaptable au fil des mesures. L'expérience de la CRAM-RA qui a été présentée ; OCTOLOGIS, est quelque chose d'ancien mais toujours actuel car on peut aménager beaucoup d'appartements dans la mesure où quelques normes de surface sont respectées, notamment l'accès aux sanitaires et aux toilettes.

Un autre point : la coordination des acteurs, les relations entre les intervenants, la famille et l'aspect de la personne de confiance. Tout à l'heure j'évoquais la famille, au sens très large du terme. Gérard RIBES le disait : « *Il y a la famille au sens large, les amis mais aussi les personnes du voisinage* ».

Un cinquième point : parmi les différents aspects, il n'y a eu que deux techniques évoquées, encore en expérimentation, la géolocalisation et le GPS pour les déambulants et le visiophone. Toutes les autres techniques sont en fait les techniques Internet que tout le monde peut utiliser. Je ne suis pas certain que, lorsqu'on parle de nouvelles technologies, on pense seulement à Internet, on pense à ce que cela peut apporter dans la vie quotidienne ; jusqu'à présent je n'ai pas trouvé tellement d'expériences.

L'utilisation de ces outils est un point important : il faut apprendre à s'en servir et maintenir les capacités. C'est le même problème qui se pose chaque fois qu'on est amenés à utiliser une prothèse au sens large. On dit que pour les appareils on doit vieillir avec sa prothèse, pour bien vieillir il faut savoir utiliser l'appareillage technique (Internet) et vieillir avec car c'est plus difficile d'apprendre, sauf exception, surtout si l'on est très âgé ou handicapé.

Un autre point m'a frappé : les photos. J'ai le sentiment que l'appareil numérique a détruit la photographie. Autrefois on faisait des photos de famille avec des pellicules, on les portait développer et on voyait ensuite les photos. Maintenant on n'a plus de photos ; il faut que quelqu'un ait l'appareil pour lire les photos numériques et l'échange photographique me paraît plus difficile, alors que la photo avant était un élément de communication assez facile.

Gérard RIBES a évoqué trois points de son enquête : la dépendance, la chute et la maladie. Je me permets d'insister en tant que gériatre, même à la retraite : la dépendance est liée à la maladie ; c'est un point important car dans l'esprit de beaucoup de personnes, même des soignants, la dépendance est hors la maladie. Or c'est un point dangereux de faire une dépendance purement sociale. Quelqu'un a posé une question sur le cinquième risque ; effectivement c'est un risque maladie. Il faut bien comprendre la dépendance, qu'elle soit d'origine médicale, psychique ou somatique.

On a évoqué également la peur de la panne. Quand on voit les bugs qui existent et, lors des dernières élections, les difficultés du vote électronique on peut se demander si la personne seule chez elle ne sera pas inquiète. Si son appareil tombe en panne, qui va la dépanner ? Alors que le téléphone, la téléalarme sont quelque chose de plus rassurant. La peur d'être isolé est peut-être encore plus forte parce que l'on a une crainte d'un défaut de la technique. Mais peut-être est-ce un péché de la jeunesse et les choses peuvent s'arranger.

Je terminerai sur deux points. Une chose m'a frappé. Notre ami de St-Etienne a dit que l'hôpital était la première étape du maintien à domicile. Je dirais plutôt que l'hôpital est la première étape des limites du maintien à domicile. Un premier séjour hospitalier après 80 ans marque une rupture et, sauf exception, l'hospitalisation est un facteur de risques pour le maintien à domicile.

Enfin un point de regret et une satisfaction de mon regret : comme je l'ai dit ce matin, dans la conférence à Paris portant sur « *Longévité et nouvelles technologies* » je n'ai pas trouvé de technologies (hormis Internet) qui permettent d'avoir une amélioration de la vie, une facilitation des soins et des aides, hormis les deux expériences qui ont été citées mais qui sont plus expérimentales. En sens inverse, c'est une satisfaction car cela montre le rôle de l'humain. Chacun a parlé dans son intervention du rôle de la relation humaine, du rôle du repas convivial, du rôle de la communication. Tout à l'heure on a évoqué le sentiment de solitude lors de la canicule ; or je rappelle qu'il y a eu autant de décès en institutions qu'à domicile. Donc l'isolement n'est pas forcément un facteur qui a entraîné des décès lors de la canicule.

Pour terminer cette excellente journée, je voudrais remercier tous les intervenants mais aussi les organisateurs, et spécialement Françoise CATTENAT et l'équipe du CRIAS, pour leur travail qui a permis la réussite de cette journée ».

BIBLIOGRAPHIE

Article

Les services à la personne. Le rôle des nouvelles technologies. - CREDIT AGRICOLE. - Revue : HORIZONS BANCAIRES, Sep 2006, N° 330, pp. 41/44

□ **Extrait d'Ouvrage**

Evolutions technologiques, environnement matériel et citoyenneté : « l'exemplarité des personnes âgées ». - BOUCHAYER F. – Dans L'Année Gérontologique Vol 19 n° 1 : 2005. - pp. 351/369

□ **Ouvrage**

Projet MADDO. Réseau coordonné pour le maintien à domicile des personnes dépendantes dans le Haut Vivarais. Perception et attentes des professionnels et des familles relatives au réseau et à l'apport potentiel des nouvelles technologies. Enquête. Rapport n° 513. - UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX RHONE-ALPES, MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES DEPENDANTES ANNONAY, CENTRE RHONE-ALPES D'EPIDEMIOLOGIE ET DE PREVENTION SANITAIRE CAREPS. - Editeur : Fondation Caisse d'Epargne, Sep 2005, 67 p.

□ **Ouvrage**

Technologies urbaines, vieillissements et handicaps.- Simone Pennec, Françoise Le Borgne-Uguen (dir.).- Rennes, ENSP : 2005.- 224 p.

□ **Numéro spécial**

Technologies au service du soin. - Revue : GERONTOLOGIE ET SOCIETE, 3ème trim 2005, n° 113, 160 p.

□ **Article**

Ethique médicale et gérontotechnologie. Concilier liberté et précaution. - PLOTON L., MOULIAS R., et alii. - Revue : GERONTOLOGIE, 2ème trim 2005, n° 134, pp. 3/38.

□ **Extrait d'Ouvrage**

(Dé)prise, (dés)intérêt et étrangeté. – Dans Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement. - CARADEC V. - PUF, mars 2004, pp. 107/135

□ **Ouvrage**

L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées. - GIARD J., TINEL AL., CONSEIL GENERAL DE L'ISERE, VILLE DE GRENOBLE. - 15/09/2004, 206 p.

□ **Article**

La domotique au service des personnes âgées. - Revue : DECIDEURS, Janv/Fév. 2004, n° 59, pp. 2225/29.

□ **Ouvrage**

Mission gérontologique numérique : rapport d'étape. - BENHAMOU AC., MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. - Dec 2003, 23+48+19+27 p.

□ **Article**

Personnes âgées et nouvelles technologies : gadget ou réalité sociale ? Revue : ANIMAGINE, mai/juin 2003, n° 30, p. 10

□ **Article**

Domotique et dépendance. - Revue : DECIDEURS, juin 2002, n° 47, pp. 40/42.

□ **Article**

Apports d'internet en médecine gériatrique.- Revue : La revue du Généraliste et de la gérontologie, Avril 2002, n° 84, pp. 196/199

□ **Article**

Les nouvelles technologies au service de la santé des personnes âgées.- Revue : Techniques Hospitalières Numéro spécial « les personnes âgées », Avril 2002, n° 665, pp. 68/74

□ **Article**

Technologies et vieillissement. - Revue : DECIDEURS, Mars avril 2002, n° 45, pp. 22/ 32.

□ **Article**

L'adaptation des produits de la vie courante au vieillissement. - CONTE M.,
Jeunes retraités, réseaux sociaux et adoption des technologies de communication. -
EVE M., SMOREDA Z.,
Elaboration de services et construction d'usagers. - TOUSSAINT Y.,
Le rôle intégrateur des espaces multimédias entre pratique citoyenne et inscription
territoriale. - VIDAL PH.,
Pratiques et représentations des cartes bancaires parmi les personnes âgées. -
MALANDRIN G., WALRAS L., SALAS PH.,
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE CNAV. - Revue : RETRAITE ET SOCIETE,
mars 2001, n°33, pp.7/89.

□ **Article**

Nouvelles techniques, qualité de vie et perte d'autonomie.- FESSARD J., LADOUCETTE
O. de et alii.- Revue : La revue du Généraliste et de la gérontologie, Oct. 2000, n° 68,
pp. 385/388

□ **Ouvrage**

Les aînés branchés sur le 3^{ème} millénaire. L'impact des nouvelles technologies sur les
aînés. - UNIVERSITE LAVAL. - Sep 2000, pagin. mult.

□ **Article**

Technologie et Vieillesse. 2 - ATTIAS-DONFUT C., CLEMENT S., DUBREUIL CH.,
SPECHT M., BURKHARDT J-M., DE LA GARZA C., GALENGA GH., OSTLUND B., CAISSE
NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE. - Revue : RETRAITE ET SOCIETE, sep 1999, n° 27, 76
p.

□ **Article**

Technologie et Vieillesse. 1 - BOUCHAYER F., ROZENKIER M., ROZENKIER A.,
CARADEC V., BRETON PH., CHEVRIER S., MOLLENKOPF H., MARCELLINI F., RUOPPILA I.,
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE. - Revue : RETRAITE ET SOCIETE, juin 1999,
n° 26, 67 p.

□ **Article**

Technologie au quotidien. - FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. - Revue :
GERONTOLOGIE ET SOCIETE, Déc 1995, n° 75, 200 p., biblio.

**La prochaine journée de la Société Rhône-Alpes
de Gériologie se tiendra en Haute-Savoie,
à Annecy, le mardi 20 novembre 2007
sur le thème « Les situations de crises en gériatrie »**