



Generacio

ANALYSE ET FOCUS THEMATIQUES

Les enjeux du vieillissement de la population

EHPAD HORS LES MURS & DOMICILE CONNECTE



Novembre 2018

PREAMBULE	p.3
– Cadrage de l'étude: contexte et objectifs	
– Méthodologie : le déroulé de l'étude	
– Méthodologie : liste des entretiens réalisés	
INTRODUCTION	p.7
PARTIE I - LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT.....	p.10
– Les profils des retraités	
– La place des personnes âgées au sein de la famille	
– La place du domicile pour les personnes âgées	
– Des mutations sociétales	
PARTIE II - LE DOMICILE CONNECTE	p.22
– De la domotique à l'environnement connecté	
– Les clés de l'acceptabilité	
PARTIE III – L'EHPAD HORS LES MURS	p.41
– Avant propos : sémantique et éléments de cadrage de la réflexion	
– Qu'est ce que l'Ehpad hors les murs ?	
– Les enjeux territoriaux de l'Ehpad hors les murs	
– Analyse d'expérimentations	
REFLEXIONS POUR ALLER PLUS LOIN.....	p.76

PREAMBULE

Cadrage de l'étude : contexte & objectifs

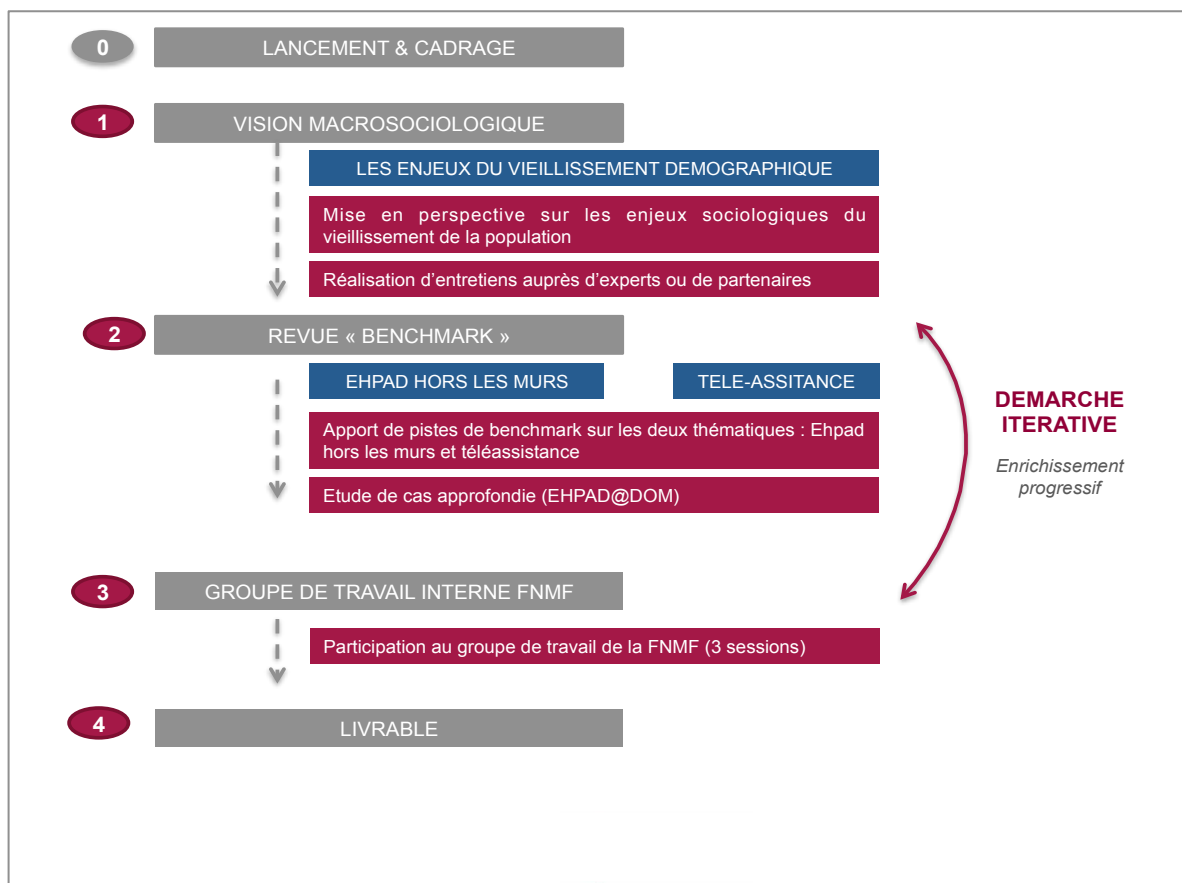
Le vieillissement de la population, c'est à dire l'augmentation relative du nombre de personnes de plus de 60 ans, est un défi majeur à relever pour l'ensemble de notre société. Au-delà des enjeux économiques, politiques, sociaux ... La transition démographique a un impact direct sur le domaine de la santé et notamment sur les acteurs mutualistes. En effet, quand on peut vivre jusqu'à 80 ans, voire 90 ans, nos capacités physiques et psychiques, nos modes de vie, nos déplacements, nos besoins évoluent et impliquent de fait la nécessité d'adapter l'offre des produits et des services aux attentes de cette population, mais aussi de mieux comprendre les besoins et comportements actuels pour anticiper ceux de demain.

Les 16 millions de personnes de plus de 60 ans ne constituent pas un groupe d'âge homogène, comme une entité identique. Il convient de garder à l'esprit la diversité des profils de ce groupe. En effet, ce sont aussi des aspirations de vie, des personnalités, des compétences mises en avant, des modes de vie, des critères de santé, de finance, et même de lieu de vie qu'il est important de prendre en compte lorsque l'on parle des plus de 60 ans. L'individu s'adapte alors avec plus ou moins de facilité, de réactivité à son environnement, aux solutions qu'on lui propose et à la société dans laquelle il évolue.

Ainsi, dans ce contexte, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, souhaite développer une réflexion approfondie sur ce sujet. Dans ce cadre, l'objectif de ce travail est d'apporter :

- **une vision globale** des enjeux liés aux thèmes de « *l'EHPAD hors les murs* » et du « *domicile connecté* », en allant au delà des chiffres et des statistiques actuellement partagés par les acteurs grâce à l'apport d'une vision sociologique et territoriale,
- **préparer le contenu de la journée « Innovation pour l'autonomie »** du vendredi 9 novembre 2018.

Méthodologie : le déroulé de l'étude



Méthodologie : liste des entretiens individuels réalisés

Vision macro sociologique Aidants / seniors	1)	Association française des aidants (Mme Florence LEDUC, Présidente)
	2)	Compagnie des aidants (Mme Claudie KULAK, Présidente)
	3)	Journée Nationale des aidants (M. Olivier MORICE, Délégué Général)
Vision macro sociologique Territoires / Ecosystème	4)	Conseil Départemental 77 (Mme Céline GIORDANO, Cheffe du service des établissements et du contrôle qualité)
	5)	UNA (M. Guillaume QUERCY, Président)
	6)	CENTICH (M. Jawad HAJJAM, Directeur du développement)
	7)	Mairie de Nice / Société Française de Gériatrie et Gérontologie <ul style="list-style-type: none"> – M. Olivier GUERIN, Adjoint au maire de Nice délégué à la Santé, Vice président de la SFGG – M. Jean Pierre AQUINO, Délégué Général de la SFGG
Benchmark	8)	COS – Villa Pia – Bordeaux (Mme Elodie LAFONT, Directrice de l'Ehpad)
	9)	Bluelinea (M. Alexis WESTERMAN, Président du Conseil de Surveillance)
	10)	La Croix Rouge Française – EHPAD Stéphanie, Sartrouville, Visite de site avec notamment la présence de : <ul style="list-style-type: none"> – Mme Hélène MEILHAC FLATTET, Directrice du Pôle Gérontologique des Yvelines, Croix Rouge Française – Mme Béatrice FERMON, Maitre de conférence, Directeur associée de l'E-MBA Santé, Responsable du Master Economie et gestion de la santé, Co-directrice du Pôle Santé Dauphine

INTRODUCTION GENERALE

La rentrée 2018 a été teintée par le lancement de différents plans dont celui sur **la Santé** et celui sur **le Grand âge et l'Autonomie**. La stratégie "*Ma santé 2022*" propose ainsi une **transformation en profondeur du système de santé** et s'ancre autour de trois engagements prioritaires :

- **Placer le patient au cœur du système** et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme,
- **Organiser l'articulation** entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité,
- **Repenser** les métiers et la formation des professionnels de santé.

Ces trois engagements en matière de santé **impacteront en profondeur la manière dont nous accompagnerons les aînés au sein de leur domicile, mais également les différentes articulations possibles entre ce domicile et les professionnels de santé ou du médico-social.**

De plus, le plan Grand âge et Autonomie met l'accent d'une part sur **la consultation des citoyens** et sur **l'importance de leur liberté et de la prise en compte de leurs voix**. D'autre part, la prévention et la simplicité des parcours sont au cœur de la réflexion pour accompagner les personnes âgées et **créer une société inclusive et solidaire.**

Dans ce cadre, deux aspects impacteront plus particulièrement la réflexion que nous présentons ici. En effet, la concertation et le débat public porteront entre autre sur :

- **L'apport d'améliorations tangibles du cadre de vie des personnes âgées** dans les domaines de l'adaptation des logements, des mobilités, de l'accès au numérique et aux services publics,
- **L'accroissement de la qualité des prestations en établissement et à domicile.**

La position de la FNMF s'ancre dans ce vif débat grâce à l'assise posée par Thierry Beaudet lors du 42^{ème} Congrès de la FNMF en juin 2018 en rappelant le rôle que peuvent prendre les mutuelles, en complément de la solidarité nationale, pour aider les Français dans la prise en charge de leur perte d'autonomie. Le lancement de *l'Observatoire Place de la santé* en octobre permet également de poursuivre la démarche d'analyse et d'apport de solutions.

Ce présent rapport sur “Les enjeux du vieillissement de la population et ses impacts sur le domicile“ se veut contribuer, à sa mesure, à cette démarche.

LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

La société française est confrontée, au même titre que de nombreux autres pays dans le monde, à un vieillissement démographique de sa population. Ce vieillissement démographique a été obtenu par la conjugaison d'un double mouvement :

- **Le vieillissement par le haut** (un allongement de l'espérance de vie et une avancée en âge des générations « nombreuses » du baby-boom).
- **Le vieillissement par le bas** (une baisse du nombre de naissances).

Le vieillissement démographique, plus spécifiquement par le haut, a un impact sur le nombre de plus âgés dans la société. En effet, de nos jours, ce sont **16 millions de personnes qui sont retraitées**, c'est-à-dire qui touchent une pension de retraite (INSEE) ⁽¹⁾. Dans cette logique, les personnes en situation de perte d'autonomie augmentent en termes de nombre, mais pas forcément en termes de poids statistiques au sein de la société. Ainsi, **seuls 8% des plus de 60 ans sont en perte d'autonomie et 20% des plus de 85 ans** (soit une personne sur cinq) ou pour le dire autrement **80 % des plus de 85 ans ne sont pas dépendants**. (DREES) ⁽²⁾.

Le sujet du vieillissement peut être vu, non pas comme une fatalité, mais comme **une situation ouvrant de nouveaux questionnements, non seulement pour les personnes âgées et leurs familles, mais aussi pour la société dans son ensemble**. Face à cette situation inédite, de nombreux individus et organismes lancent des innovations et imaginent le monde de demain. Car accompagner le vieillissement, c'est prendre en compte le sujet de manière plus large qu'avec un simple focus sur les personnes âgées. C'est s'inscrire réellement dans une dynamique prenant en compte différents sujets sociétaux. Nous avons ainsi repéré quatre éléments pouvant donner des clés de compréhension vis-à-vis des problématiques actuelles du vieillissement :

- **les profils des retraités,**
- **la place des personnes âgées au sein de la famille,**
- **la place du domicile pour les personnes âgées,**
- **les mutations sociétales.**

Les profils des retraités

Faire partie du groupe des retraités ne confine pas forcément à des pratiques spécifiques. Il convient de garder à l'esprit la diversité des profils de ce groupe. En effet, ce sont aussi des aspirations de vie, des personnalités, des compétences mises en avant, des modes de vie, des critères de santé, de finance, et même de lieu de vie qu'il est important de prendre en compte lorsque l'on parle des retraités.

De l'entrée à la retraite au grand âge

De nombreuses typologies et segmentations existent pour caractériser les retraités. Celles-ci se recoupent et identifient de manière générale trois temps dans le parcours de l'avancée en âge.

- **Les jeunes retraités** : Enfants du baby-boom, ils aspirent à vivre le plus possible selon leurs envies, leurs choix. La retraite est perçue comme un temps de liberté, sans contrainte. Ils participent à une multiplicité d'activités : bénévolat, travail, familial (notamment auprès des petits-enfants et des parents âgés), loisir, etc.
- **Vers des adaptations progressives** : Il est rare que l'on devienne dépendant du jour au lendemain. L'autonomie s'altère donc progressivement. La santé devient un enjeu majeur principalement pour les plus de 80 ans, où les dépenses de santé et de soins médicaux augmentent. Avec cette avancée en âge, les prises sur le monde s'effritent peu à peu et les individus peuvent ralentir le rythme de leurs activités à l'extérieur du domicile se recentrant de plus en plus sur leur quartier et leur domicile.
- **Vers le grand âge** : Les pertes physiques et / ou psychiques placent l'individu dans une dépendance vis-à-vis d'autrui, un tiers accompagnant professionnel ou familial. Etant donné que les deux tiers des personnes dépendantes de plus de 80 ans résident à domicile, cette période nécessite d'envisager des aménagements plus lourds au sein du domicile, mais également sur le territoire.

Les impacts du profil des baby-boomers sur les innovations

Concernant le profil des aînées, il faut garder à l'esprit que les plus âgés d'aujourd'hui ne sont pas ceux d'hier et ne seront pas ceux de demain. **Adapter le logement, penser le parcours résidentiel des personnes, imaginer des solutions innovantes, doit donc s'inscrire sur du long terme.**

Ainsi, les plus âgés de demain seront issus de la génération des **baby-boomers**. Ces baby-boomers ont des profils tout à fait différents par rapport à ceux des aînés ayant actuellement plus de 85 ans. Ils ont également une autre approche des innovations. Comme nous avons commencé à le noter précédemment, cette génération a grandi dans le bouillonnement culturel, économique et politique des Trente Glorieuses. Mieux lotis que les générations précédentes et suivantes, ils ont connu l'ascension sociale, le quasi plein emploi – à part pour certains en deuxième partie de carrière – ainsi que la hausse du travail des femmes. Ils ont profité de l'élévation du niveau d'éducation grâce à la massification scolaire et ont également vécu l'émergence de la société de consommation et de celle des loisirs. Ils ont pu investir dans l'immobilier, ce qui fait qu'aujourd'hui le patrimoine des jeunes seniors est supérieur à celui des actifs. Cependant, ils ne profitent pas tous de conditions de vie favorables. Les situations peuvent être diverses selon le niveau de leurs revenus, leurs biographies familiales, leurs parcours de vie, leurs catégories sociales, leurs lieux de vie, leurs états de santé, etc. Les baby-boomers innovent dans leurs modes de vie à la retraite (hausse des divorces, des remariages, participation sociale sans contrainte, etc.), au même titre qu'ils l'ont fait tout au long de leur vie. Aidants pour certains, ils ne veulent pas faire vivre à leurs enfants l'accompagnement qu'ils vivent ou qu'ils ont vécu auprès de leurs propres parents.

Ces baby-boomers sont des consommateurs aguerris de la société numérique. Connectés et équipés, ils utilisent Internet et les outils technologiques. Les technologies leur permettent à la fois de rester en contact avec leur famille et leurs amis mais également de leur fournir également un accès à un marché virtuel. Les baby-boomers disposent des clés de compréhension des enjeux des technologies, sont conscients du sujet de la gestion des données et aspirent à des produits et services non stigmatisant, mais répondant à leurs besoins. La valorisation de leur liberté et la non-contrainte sont des éléments qui déterminent leurs comportements.

Ainsi, **tous ces éléments de description des baby-boomers seront à prendre en compte dans la création des technologies et des initiatives d'aujourd'hui et de demain.**

La place des personnes âgées au sein de la famille

Avant toutes choses, la place des personnes âgées au sein d'une sphère familiale doit être considérée. La taille de cette famille peut varier en fonction du parcours des personnes : étant seul ou accompagné, avec ou sans enfant, entouré d'une fratrie ou non, etc. Les possibles sont pluriels. De plus, avant d'avoir besoin d'aide et d'être accompagnées, les personnes âgées ont pu contribuer à renforcer les liens de solidarité intergénérationnelle, en gardant leurs petits enfants ou en aidant financièrement leurs enfants.

Au fur et à mesure que la situation de vie évolue, les personnes âgées peuvent avoir besoin d'accompagnement lors de la perte d'autonomie et vont être intégrées dans un réseau de proximité. Plus la perte d'autonomie se développe, plus le rôle de l'aidant (souvent un membre de la famille) devient prépondérant. En effet, ce sont aujourd'hui 11 millions d'aidants qui accompagnent un proche (Macif, Unaf, 2015) ⁽³⁾. L'aidant est la personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. Les tâches effectuées par les aidants peuvent être très variées : pratiquer des soins, faire sa toilette, faire les courses, faire le ménage, prendre les rendez-vous médicaux, effectuer les démarches administratives ou encore gérer un placement dans une maison de retraite ...

Etre aidant, rôle complexe, ne se décrète pas du jour au lendemain. Les individus ne prennent pas toujours conscience qu'ils sont des aidants, et ne perçoivent pas toujours l'importance de demander une aide et un accompagnement plus conséquent quand la situation de la personne aidée s'aggrave. Les aidants sont les piliers de la vie au domicile des plus âgés et jouent le rôle de coordinateur auprès des différents intervenants professionnels. Le rôle de l'aidant s'inscrit majoritairement au sein du domicile. Contribuer à l'aménager de ce domicile peut donc également permettre de soulager et d'améliorer la santé de l'aidant, qui peut se fragiliser et s'épuiser lors de son accompagnement. Le rôle de l'aidant est donc déterminant dans l'aide au quotidien auprès de l'aidé.

A noter : il convient également d'avoir à l'esprit que les aidants d'aujourd'hui seront les âgés de demain, avec toutes les implications et perceptions qui en découlent étant donné leurs profils, modes de vies et vécus.

La place du domicile pour les personnes âgées

Avec le vieillissement de la population, les réflexions sur les modes de vie et l'habitat des personnes âgées sont de plus en plus présentes. Le premier des modes d'habitation est le domicile personnel, où les Français souhaitent aujourd'hui, dans leur large majorité vieillir. Pour autant, avec l'avancée en âge et potentiellement l'augmentation du niveau de dépendance, d'autres solutions doivent parfois être trouvées sur le territoire.

En effet, plus le niveau de dépendance est élevé et plus le maintien à domicile peut s'avérer difficile. Au-delà de 75 ans, 10% des Français de plus de 75 ans vivent ainsi dans un établissement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD – Dress 2015) ⁽⁴⁾.

Mais, avant toutes choses, parler du maintien à domicile, c'est prendre en compte le parcours résidentiel des individus et intégrer la place du domicile pour les individus. Le parcours résidentiel des individus est ainsi fortement lié à des moments de vie mais également à leurs évolutions dans le cycle de vie. Par ailleurs, ce parcours est également déterminé, à la fois par les capacités financières et par l'attractivité de l'offre immobilière sur un territoire.

Ainsi, en fonction de leurs parcours résidentiels, les plus âgés s'ancrent sur un territoire, du fait de leur domicile et de leurs habitudes de vie. Cette inscription et les enjeux qui en découlent, doivent être pris en compte lorsque le fait de vouloir rester à domicile est évoqué.

Habitat : de quels espaces parlons-nous ?

L'habitat comprend donc à la fois le lieu où l'on vit et son environnement, c'est-à-dire tous les itinéraires du quotidien aux abords du lieu de vie habituel. Le logement n'est ainsi pas seulement un lieu d'habitation dans lequel tout individu réalise des actes de la vie quotidienne, comme dormir, manger, se laver, etc. Cet espace privé est bien plus que cela. En effet, en y vivant, l'individu se l'approprie, y inscrit une partie de son identité et de sa vie. Ce chez soi recèle à la fois les souvenirs du passé, l'histoire familiale, les usages du présent, mais aussi l'intimité secrète qui n'appartient qu'à l'habitant du logement.

Avec l'avancée en âge, le logement devient alors un lieu de repère, familier, rassurant vis-à-vis du dehors. Cependant, les domiciles ne sont pas toujours aménagés pour les vulnérabilités. Avec le temps, la nécessité ou l'envie d'aménager ce domicile avec (ou sans) technologies peut apparaître. Cet aménagement peut être un « *moyen pour un ou des individus de s'approprier son (leur) espace de vie : en d'autres termes, l'aménagement est l'outil grâce auquel les individus rendent l'espace adéquat à ce qu'ils sont et font (à leur identité, à leur mode de vie, à leurs relations) et dans un contexte donné.* » (Auger, 2017, p. 60). Ainsi, le domicile vient se réaménager pour se conforter à l'identité de l'individu âgé. Or, la question de ces aménagements est un sujet complexe quand on fait face à des nécessités liées à des vulnérabilités plutôt que des envies individuelles.

De plus, cet espace de vie comprend à la fois l'espace intérieur (celui du logement) et l'espace extérieur (abords du logement, rue, quartier, ville et territoire...). Ces deux espaces constituent les différents niveaux de « l'Habiter ».

Habiter, c'est donc vivre dans un logement et dans un environnement, et les liens de mobilité entre ces différents espaces sont essentiels. Faire ses courses, aller chez le médecin, aller à l'accueil de jour, voir des amis sont autant de distances essentielles que l'individu âgé souhaite parcourir quelque soit son âge. Le parcours résidentiel des « personnes âgées » et plus largement le parcours résidentiel « tout au long de la vie » se pose ainsi comme un véritable enjeu pour les territoires. En effet, la lisibilité de ce type de parcours et l'aménagement du logement permettent par exemple d'éviter les ruptures brutales, comme cela peut exister entre le domicile individuel et l'EHPAD suite à un accident de la vie, et donc de s'inscrire dans une perspective préventive.

Les conditions d'un « bien vivre à domicile »

Le domicile est donc ce lieu de l'intime où se mêle la conjonction de plusieurs dimensions (celle de la personne, des objets, de l'espace, etc.). Cependant, quand le domicile est évoqué, il est important de se focaliser sur les conditions du « bien vivre » au domicile des plus âgés et de prendre le contre pied d'une vision uniquement centrée sur les limites. Nous avons ainsi repéré durant ce travail quatre conditions pour que ce bien vivre à domicile soit rendu possible :

- **Remettre les personnes âgées au centre des préoccupations et écouter leurs choix.** Il est important que les personnes s'expriment et nomment leurs aspirations,
- **Développer sur l'ensemble des territoires des services d'aide et d'accompagnement au domicile** et vérifier l'accès des personnes en situation de perte d'autonomie à des solutions de santé sur les bassins de vie et sur les bassins de santé,
- **Redonner une « juste place » au proche aidant,**
- **Créer les conditions favorables à une accessibilité financière des dispositifs d'accompagnement du vieillissement,**

Des mutations sociétales

Liberté et autonomie : éléments essentiels du bien-être des plus âgés

Dans notre société individualiste, c'est-à-dire qui s'affranchit de plus en plus des règles et des valeurs issues de la conscience collective, les sujets liés à l'autonomie, au choix et à la liberté sont au cœur des demandes des individus.

Cette vision s'ancre dans la dernière stratégie mondiale de l'OMS concernant le vieillissement ayant pour titre *Vieillir en bonne santé* (2016 – 2020). Dans ce plan d'action, l'OMS souligne que les choix individuels des personnes âgées sont déterminants. On ne dit plus ce qui est bon pour les personnes, mais on s'astreint à remettre les personnes au cœur des préoccupations et d'organiser leur vie en fonction de leurs propres objectifs prioritaires au cours de leur avancée en âge. Les citations suivantes issues du rapport indique cela :

« L'autonomie a été citée à plusieurs reprises par les adultes âgés comme un élément essentiel de leur bien-être et comme ayant des répercussions importantes sur leur dignité, leur intégrité, leur liberté et leur indépendance. Les adultes âgés ont le droit d'opérer des choix et de maîtriser toute une série de décisions, concernant notamment leur lieu de vie, les relations qu'ils entretiennent, ce qu'ils portent, comment ils passent leur temps et s'ils se font soigner ou pas. » (OMS, 2016)

« Même dans les cas de perte importante de fonctionnement, les personnes âgées « ont une vie ». Elles ont le droit et méritent la liberté de réaliser leurs aspirations au bien-être, de donner du sens à leur vie et d'être respectées. » (OMS, 2016)

L'autonomie et le respect de la liberté sont donc des enjeux fondamentaux dans le cadre du vieillissement démographique. Ainsi, la question du choix personnel de l'individu face à son parcours résidentiel et donc son lieu de vie est crucial à prendre en compte. Face aux différents profils des plus âgés que nous avons développés précédemment, il apparait donc nécessaire de proposer des solutions modulables afin d'accompagner le vieillissement à domicile.

Les relations sociales au cœur des attentes des plus âgés

Dans une société parfois vue comme individualiste, la question des relations sociales et donc de l'isolement social peut être posée, au regard de l'affaiblissement du réseau de sociabilité. En France, 22 % des personnes de plus de 60 ans sont isolées du cercle familial, 28 % du cercle amical, 21 % du cercle de voisinage, 55 % des réseaux associatifs. 900 000 personnes de plus de 60 ans sont en situation d'isolement à la fois des cercles familiaux et amicaux. 300 000 personnes de plus de 60 ans ne rencontrent quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes, tous réseaux confondus (familial, amical, voisinage, réseau associatif). Plus d'une personne de plus de 60 ans sur trois ne sort pas de chez elle tous les jours. Ce sont généralement des femmes, de plus de 75 ans, aux revenus modeste (CSA, Petits Frères des Pauvres, 2017)⁽⁵⁾.

Face à ces constats, les interactions sociales sont au cœur des attentes des plus âgés. Comment répondre à ce besoin de relations sociales ? Les nouvelles technologies pourraient être une des clés ? Les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ont permis de souligner que le numérique et les technologies, pour être efficaces, devaient presque toujours être couplées avec des relations humaines. La connexion ne doit pas engendrer de la déconnexion. Bien au contraire, la connexion doit servir les relations humaines et être un outil visant l'amélioration de la qualité de vie des plus âgés, des accompagnants professionnels et des aidants qui les entourent. Prenons un exemple. Lorsque les personnes âgées se plaignent de leur aide à domicile, c'est bien souvent à cause d'une situation déshumanisante qu'elles vivent et du peu de temps que les aides à domicile vont passer avec les personnes. Les plus âgés veulent partager, donner du sens à leur vie, parler de leurs souvenirs, faire des activités avec d'autres générations, etc.

Ainsi, une question éthique est soulevée : Est ce que la connexion ou l'innovation technologique apportée ne se fait pas au détriment ou à l'économie de l'humain ? Et *a fortiori* : De quoi les personnes âgées ont-elles véritablement besoin ?

Le numérique et les nouvelles technologies

Un des enjeux majeurs de notre société est celui de la transition numérique, avec l'apparition de nouveaux outils de communication, de surveillance ou d'intelligence artificielle. Une récente étude de Korian (2018) ⁽⁶⁾ souligne que les personnes de plus de 65 ans utilisent internet au moins une fois par semaine pour envoyer des mails, aller sur les réseaux sociaux ou encore discuter sur Skype. Internet leur permet également de gérer leurs finances, chercher des informations et de s'informer sur des sujets de santé.

Pour autant, une étude publiée par les Petits Frères des Pauvres mets également en avant l'enjeu de « *d'illelectronisme* » des personnes âgées et notamment des plus fragiles d'entre elles. On peut définir l'illelectronisme comme le manque ou l'absence totale de connaissances clés nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources électronique. Ainsi, 27% des plus de 60 ans n'utilisent jamais internet (et cette situation peut potentiellement concerner des aidants), et ce pourcentage grimpe à 53% pour les plus de 80 ans ⁽⁷⁾.

Au regard de ces travaux, nous pouvons donc supposer que les personnes de plus de 65 ans qui disent utiliser le numérique à travers l'étude réalisée par Korian ne sont pas forcément celles qui se disent « isolées » dans les études des Petits Frères des Pauvres. Ainsi, nous pouvons supposer qu'il existe deux types d'acceptabilité des technologies.

Malgré tout, **les entretiens que nous avons réalisés ont souligné l'importance de trouver un équilibre entre l'apport des nouvelles technologies (pour communiquer et interagir, mais aussi pour connecter sa santé, son domicile, pratiquer des loisirs, etc.) et la présence des relations sociales en face à face. Cet équilibre pourrait se s'illustrer de manière plus précise et efficiente dans un questionnaire des personnes âgées sur leurs besoins, leurs attentes et leurs désirs.**

Les différents enjeux du vieillissement de la population, pointés dans cette partie, nourrissent notre traitement ainsi que notre compréhension des enjeux liés aux notions « *d'Ehpad hors les murs* » et de « *domicile connecté* ».

De fortes similitudes existent entre ces deux notions, venant notamment du fait qu'un même lieu physique est concerné. Pour autant nous sommes également face à une notion d'interdépendance qui n'est pas partagée. Ainsi, alors que la mise en place d'un dispositif « *d'Ehpad hors les murs* » passe par une mise en connexion du domicile, « *le domicile connecté* » a une existence propre : il peut exister sans lien avec un « *Ehpad hors les murs* » alors que l'inverse est difficilement envisageable.

Ce constat amène donc une approche distincte de ces deux notions dans cette analyse, tout en ouvrant la porte à des limites communes.

« LE DOMICILE CONNECTE »

Introduction

Le fait de vieillir à domicile peut engendrer un certain nombre de questionnements concernant par exemple la continuité des liens sociaux, l'aménagement du domicile pour le sécuriser, la place des aidants, etc. Le domicile connecté pourrait alors être un atout pour répondre aux enjeux du vieillissement et surtout répondre aux besoins des personnes âgées.

Nous sommes aujourd'hui dans un contexte, où l'habitat est de plus en plus connecté, permettant ainsi un lien permanent avec l'extérieur. Et ce là ne fait que commencer. En effet, selon le cabinet suédois Berg Insight, en 2020 (8), l'Europe comptera pas moins de 45 millions de maisons connectées, soit près de quatre fois plus qu'en 2015. De plus, selon un sondage de TNS SOFRES (2014) ⁽⁹⁾, 55% des propriétaires occupants sont prêts à investir dans la domotique pour favoriser le maintien à domicile et 57 % des français envisagent d'acquérir un objet connecté dans le domaine de la dépendance. Par ailleurs, les deux premiers usages des objets connectés par les personnes de plus de 55 ans convergent vers la santé et la sécurité.

Au-delà de la validité technologique des projets et de l'utilité des solutions, **les questions liées à leur intégration dans les usages, de leur appropriation par les utilisateurs et de leur adéquation avec les besoins sont centrales mais que peu travaillées.**

Dans cette partie sur le domicile connecté, nous allons dans un premier temps poser **les bases de définition du domicile connecté**, interroger **les questions sous-jacentes à cette connexion**, et enfin nous poserons **les clés de l'acceptabilité d'un domicile connecté.**

De la domotique à l'environnement connecté

Entre la domotique, l'habitat connecté ou les objets connectés, nous pouvons un peu nous perdre sur la signification de tous ces termes qui fondent ce nouvel univers. Développée depuis les années 1980, la domotique liant technologie et habitat est restée en retrait jusqu'à peu.

Pour Bonhomme, « *la domotique est l'ensemble des technologies de l'électronique, de l'informatique et des télécommunications qui sont utilisées dans les domiciles afin d'intégrer, dans un tout cohérent, différents systèmes assurant des fonctions de sécurité, de confort, de gestion d'énergie, de communication, de divertissement, d'éducation, etc.* » (Bonhomme, 2008, p. 20) . Ainsi, cette technologie vise à centraliser les fonctions techniques de la maison pour améliorer le confort des habitants et leur faciliter la vie.

Depuis les années 1980, les évolutions ont été nombreuses pour apporter davantage de services avec des installations plus simples et évolutives, nous amenant vers un habitat connecté. Les domaines d'application sont variés : améliorer le confort, diminuer la consommation énergétique des bâtiments, sécuriser des lieux par des systèmes d'alarme, aider au quotidien des personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies neuro-dégénératives, etc. D'une certaine manière, ces outils contribuent à participer au bien-vivre pour les retraités en :

- facilitant la communication aidant-aidé par des dispositifs de suivi à distance,
- assistant les retraités au quotidien : rappel de prise de médicaments, capteurs de détection de chute, géolocalisation d'objets ou de personnes, véhicules autonomes,
- permettant un meilleur suivi de santé,
- incitant à la pratique d'activités physiques en assurant un suivi des progrès,
- renforçant les liens intergénérationnels et en facilitant la communication avec les enfants/petits-enfants,
- anticipant les risques et l'entrée en dépendance par une analyse prédictive.

Comme nous l'évoquions en introduction, selon un sondage de TNS SOFRES (2014) ⁽¹⁰⁾, 55 % des propriétaires occupants sont prêts à investir dans la domotique pour favoriser le maintien à domicile et 57 % des français envisagent d'acquérir un objet connecté dans le domaine de la dépendance. De plus, les deux premiers usages des objets connectés par les personnes de plus de 55 ans convergent vers la santé et la sécurité. Les deux autres usages étant la communication et le confort.

Nous pouvons alors catégoriser les objets connectés selon deux types :

- **Des outils qui ne nécessitent pas d'appropriation en tant que tel, ni d'interaction spécifique.** Ils apportent une réponse autonome à un problème. Par exemple, le chemin lumineux a pour but d'éclairer. Il faudra au moment de la pose penser à la durée d'éclairage, à la hauteur du chemin, etc. mais après la pose du chemin lumineux, il n'y aura aucune interaction spécifique entre l'individu et l'outil.
- **Des outils qui nécessitent une interaction soutenue et une appropriation nécessaire pour que l'objet connecté soit utile.** Pour ces outils (comme la télé assistance, une application sur la tablette, la montre connectée etc.) il faut à un moment que les individus interagissent. Cette interaction peut être pensée de plusieurs manières : par la voix, un interrupteur ou par le toucher. Cet objet, pour qu'il soit utilisé et intégré dans le quotidien de la personne, doit ainsi être porteur de sens et son utilisation doit être accompagnée dès le départ.

Vers une responsabilité des individus

Le développement et l'utilisation des objets connectés impulsent un nouveau paradigme de prise en compte de soi et de son corps. En effet, la psychologie préventive explique deux positionnements entre internalité et externalité. Lorsqu'il y a une logique d'externalité, l'individu se repose sur les avis du corps médical, se conforte aux prescriptions et ne cherche pas à contrôler sa santé. Lorsqu'il y a une logique d'internalité, l'individu prend la responsabilité de sa santé et exerce un contrôle sur celle-ci. Les usages des objets connectés, tels qu'une balance connectée qui mentionne, par exemple, à celui qui a une insuffisance cardiaque sa baisse de poids, le positionne dans une logique d'internalité et donc dans une logique beaucoup plus préventive et responsabilisante.

Ce nouveau paradigme installe l'individu dans une sorte de numérisation de lui, de son corps. Quand on parle d'objet connecté, on évoque de fait le « *quantified self* », soit une « auto-mesure de soi », une quantification de soi et de son corps. « *L'élaboration d'un « soi » commensurable car « chiffré », renvoie bien à l'obsession contemporaine pour une objectivité qui passe par la mise en nombres. (...) Le phénomène du quantified self relève d'une démarche non pas de mesure mais de quantification continue, en temps réel, – contribuant à la production sociale de normes de comportements, de performance et de santé, éminemment évolutives... et permettant la visualisation et, éventuellement, la mise en comparaison de leurs progrès respectifs par les utilisateurs reliés directement à l'Internet à travers les capteurs qui les « quantifient »* (Rouvroy, 2014, p.4). Le *quantified self* permet ainsi de se connaître soi-même en connaissant les mesures de son corps. Pour Gadenne (2014), la pratique du *quantified self* se décompose trois étapes : la fixation d'un objectif à atteindre qui est un point de référence, la médiatisation des activités pour valoriser ses efforts et obtenir des encouragements, et les comptes rendus visualisables. Les indicateurs et capteurs de quantification de soi pourront ainsi influencer à moyen terme les comportements des individus et les impliqueront de plus en plus, dans une sorte d'empowerment structuré.

Connecter le domicile pour se positionner dans une logique préventive

De nos jours, nous sommes tous quasiment connectés par l'usage de nos Smartphones et notre domicile peut être connecté par exemple par la mise en lien de nos enceintes avec notre Smartphone. Le domicile connecté n'est pas une thématique liée spécifiquement à l'âge. Or, ce qui nous intéresse ici ce sont les objets connectés qui opèrent un lien fort avec la santé et une logique préventive au domicile, et qui positionne la vulnérabilité comme un élément essentiel de l'utilisation de l'objet. Ainsi, nous souhaitons comprendre comment l'individu bascule dans son utilisation vers une logique préventive et/ou de santé.

Certains objets permettent ainsi de mieux connaître nos habitudes de santé (balances, podomètres, bracelets, montres, lunettes, etc.) et combinés à des logiciels d'analyse, ils peuvent aider et aideront demain à avoir une connaissance plus fine de notre état de santé, sans forcément avoir recours à un spécialiste du secteur médical. De plus, grâce à ces capteurs, les médecins pourront suivre à distance l'état de santé des patients, établir un diagnostic et procéder à des soins. Néanmoins, nous supposons que l'utilisation de ces objets dans des logiques préventives pourront avoir deux types d'effets sur l'individu :

- Une adhésion permettant à l'individu de se motiver pour évoluer vers une voie préventive,
- Une crainte de ces prédictions, de l'intrusion dans son intimité et de l'injonction « de faire et de ne pas faire » amenant l'individu à refuser ces outils.

Il est également probable que les différentes générations agissent différemment en fonction de leur rapport à la technologie, et aussi aux événements plus ou moins nombreux de mauvaises utilisations de ces données et plus particulièrement de ces données de santé.

Connecter le domicile pour acquérir plus de liberté ou être plus contraint ?

Le domicile connecté permet d'obtenir une certaine liberté et de faciliter le quotidien des plus âgés. La maison vient alors s'adapter aux modes de vie et aux usages évolutifs, en fonction des capacités des personnes âgées. En ajoutant ou modifiant une composante, l'habitant agit sur le domicile de manière sereine.

Cependant, un domicile connecté peut également créer quelques contraintes : des risques de panne, des problèmes techniques, une dépendance vis-à-vis de professionnels pour faire fonctionner certains produits. De plus, certains objets connectés au sein du domicile peuvent être pris comme une sorte d'injonctions à faire : à boire, à se peser, à marcher, etc. Cette injonction peut, pour certains usagers, se froter avec leurs libertés de décider.

Sur ces sujets de liberté et de contrainte, les professionnels rencontrés ont tous souligné le fait que certains objets connectés, tels que la téléassistance, sont utilisés pour réassurer les aidants, plus que pour se protéger en tant que personne âgée. Cette réassurance assure dans l'esprit de tous une sorte de sécurisation du domicile et des personnes âgées.

Ainsi, se pose les questions suivantes : *Comment trouver un bon équilibre entre se sécuriser et garder sa liberté individuelle quand on utilise certains types d'objets connectés? Comment gagner en liberté grâce au domicile connecté ?*

Connecter le domicile tout en étant vigilant aux enjeux éthiques

Les professionnels interrogés au cours des entretiens ont fait émerger un questionnement sur la gestion des données recueillies à partir des objets connectés, mais aussi de l'intrusion de certains objets au sein de l'intimité. Ces points suscitent une réflexion plus large qui est celle de l'éthique des objets connectés. En effet, un objet connecté a une certaine forme d'intelligence, une capacité de recevoir, de transmettre des données avec des logiciels grâce aux capteurs embarqués. Les données produites ou reçues sont stockées ou transmises. Des algorithmes peuvent être utilisés pour traiter ces données. L'écosystème dans lequel il s'intègre interagit et réagit. La loi sur la RGPD (Règlement Général de Protection des Données) encadre la protection des données, cependant laisse encore des inconnus sur la sécurité de ce traitement de données. En effet, collecter des données à caractère personnel peut accroître le risque d'entorses au respect de la vie privée, et augmenter la crainte des individus d'une détérioration de leur protection de leurs données personnelles.

De plus, lors des entretiens les professionnels ont souligné la crainte pour les personnes que la technologie ne remplace les humains. Ils spécifient bien tous que les outils technologiques ne sont pas créés pour substituer l'humain. Pour eux, la technologie doit être là pour accompagner et pour soulager les professionnels, mais aussi pour faciliter la vie des personnes âgées et de leurs aidants. Ainsi, c'est probablement la notion de confiance qui est au centre de ce sujet. L'objet connecté peut apporter réassurance pour certains, vigilance sur la santé pour d'autres, amélioration de la qualité de vie, mais n'apporterait peut-être pas la notion de confiance qu'un humain peut apporter.

Connecter la ville

Dans les tendances prospectives actuelles, connecter le domicile c'est aussi connecter la ville, en d'autres termes c'est s'intéresser aux *smart cities* – aux villes intelligentes. Pour la British Standards Institution, la ville intelligente se définit comme « l'intégration effective de systèmes physiques, numériques et humains dans un environnement construit, pour fournir un avenir durable, prospère et non exclusif à ses citoyens ». Pour Cisco, la ville intelligente repose sur « des solutions qui tirent parti des technologies de l'information et de la communication pour accroître l'efficacité, réduire les coûts et améliorer la qualité de vie ».

De fait, rendre la ville plus « intelligente » – c'est-à-dire plus utile, plus écologique, plus sûre, mieux organisée, donc plus plaisante à vivre – offre une vision très large, qui se concrétise sous une multitude de formes. La ville intelligente est un espace urbain qui utilise des données issues de capteurs ainsi que des nouvelles technologies, pour mieux consommer les ressources, faire des économies d'énergie, répondre plus efficacement aux besoins des individus, renforcer la sécurité et mieux gérer les territoires. La ville se transforme pour être durable, ouverte et attractive.

Ainsi, dans une vision plus globale, connecter le domicile des personnes âgées c'est inscrire celui-ci au sein d'une ville, d'un territoire, qui sera lui-même intelligent, mais c'est aussi faciliter les déplacements au sein de ce territoire entre la porte d'entrée du domicile connecté ou non des personnes jusqu'au lieu de déplacement.

Exemples d'initiatives pour les personnes âgées dans des projets de Smart Cities

SINGAPOUR

À Singapour, l'initiative Smart Nation entend conjuguer tous les besoins des citoyens à l'aune du numérique : information, transports, paiements, etc. Dans le domaine de la santé, la démarche inclut des capteurs intelligents dans les foyers des personnes âgées, et des plateformes de télémédecine, qui permettent des consultations vidéo médicales à distance.

<https://www.smartnation.sg>

HELSINKI

Kalastama – quartier d'Helsinki – a été choisi comme terrain d'expérimentation d'une smart cities. Leur objectif est de faire des économies d'énergie, se centrer sur l'humain, la qualité de vie, les usages, et créer un esprit de communauté. Les habitants sont mis à contribution lors d'ateliers pour faire remonter des idées. La résidence pour personnes âgées a entièrement été conçue par les 80 résidents. Ils ont défini les espaces communs, les appartements. Sans équipe de direction, les habitants font tout par eux-mêmes : préparer les repas pour tout le monde, nettoyer les parties communes.

<https://www.uuttahelsinki.fi/en>



Les clés de l'acceptabilité

Les entretiens avec les professionnels ont fait apparaître un certain nombre de clés d'acceptabilité des objets connectés : la valorisation des usages, le développement du design for all, la vigilance sur les enjeux éthiques, ou encore les modalités d'utilisation des objets. Notons que cette liste n'est pas forcément exhaustive mais qu'elle souligne des priorités.

Valoriser le prisme des usages

Quand on parle des usages, on s'intéresse implicitement à l'utilisateur et on lui redonne un rôle actif dans le parcours de création des technologies. Les usages renvoient à des manières de faire, des types d'utilisation, des comportements, des attitudes et des représentations qui se rapportent à l'outil. L'utilisateur est celui qui fabrique du sens à travers ses usages.

Valoriser ce prisme permet de souligner l'importance de l'inscription des objets connectés dans les usages des personnes âgées. Surdimensionné ou sous dimensionné une réponse ou bien encore proposer une solution non naturelle dans le fonctionnement pour les personnes engendreront inévitablement une non utilisation ou une utilisation détournée des solutions connectées. La technologie est au service de l'humain et doit nécessairement répondre à un besoin explicite des personnes âgées.

Valoriser ce prisme permet également de rendre active les personnes âgées dans l'utilisation du domicile connecté. Concrètement, cela se traduit par mettre au centre des créations d'outils les personnes âgées en les faisant participer aux démarches d'innovation, de créativité, de concertation etc., Cela signifie également recueillir et d'analyser leurs besoins, leurs attentes, leurs désirs, et de développer un design d'usages et de services.

Plus les outils seront créés avec, plus ils seront efficaces.

Développer le design for all

La tendance déjà implantée aujourd'hui est de se tourner de plus en plus vers ce que les anglo-saxons appellent le « *design for all* » que l'on traduit par « conception universelle ». Le *design for all* propose de concevoir des produits, des équipements, des programmes ou des services qui puissent être utilisés, dans la mesure du possible, par tous. Lors de la conception d'un projet, la complémentarité de tous les âges est valorisée. Le *design for all* se veut inclusif pour concevoir des produits et des services pour tous dans l'intérêt général. Selon le Design for all Foundation, huit critères doivent être respectés pour que chaque produit et service soit universel : respectueux de la diversité, sécurisé, sain, fonctionnel, faciliter la compréhension, écologique, abordable et enfin esthétique. Le dernier point sur l'esthétisme est essentiel quand on se focalise sur la population des aînés. En effet, les objets à destination des aînés sont souvent stigmatisants. Créer un objet qui gommerait par le design des effets stigmatisants, mettrait en avant un esthétisme plaisant et qui valoriserait l'individu qui l'utiliserait serait pertinent et aurait sûrement un fort potentiel d'utilisateurs.

Plusieurs types d'objets connectés au sein du domicile ont déjà été créés dans cette dynamique de conception universelle. Penser un domicile de demain connecté, c'est le penser inclusif et pour cela c'est construire des outils qui serviront aux plus vulnérables, mais aussi au plus grand nombre.

- FOCUS BENCHMARK -

Exemples d'objets designés pour tous

Un déambulateur à la plage

Rollator, le déambulateur de plage de Denovo, utilisé également par les adolescents.



Senses Room

La Senses Room est une chambre avec salle de bains dont tous les aménagements liés à l'accessibilité ont été intégrés et subtilement dissimulés pour prouver au monde hôtelier qu'une chambre pour personnes à mobilité réduite peut allier confort, design et utilisation pour tous.

Exemples intégrés dans la senses room : rideaux automatiques avec détecteurs de présence pilotant leurs ouverture et fermeture, cheminement chambre/salle de bains balisé par des leds ou encore détecteur de chutes. <http://sense-room.fr>



Les modalités d'utilisation des objets

Pour pouvoir utiliser un objet, il faut déjà le détenir. Soit la personne âgée décide par elle-même d'acheter un objet connecté, soit il y a un prescripteur. Il est complexe pour un aidant de conseiller des aménagements du domicile ou d'acheter des objets connectés. La relation entre l'aidant et l'aidé est souvent trop intime, et trop chargée d'émotions pour que des ajustements objectifs puissent être proposés, puis acceptés dans de bonnes conditions. Ainsi, le passage par un professionnel expert est essentiel. Le professionnel a les compétences pour avoir une vision holistique du domicile, permettant à la fois analyser comment il est possible d'améliorer un domicile et comment il peut être aménagé préventivement face aux évolutions d'une perte d'autonomie. Les prescripteurs qui gravitent autour des personnes âgées sont souvent les professionnels médico-sociaux : ergothérapeutes, pharmaciens, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux. Il est à noter que la génération des baby-boomers a l'habitude de se renseigner sur Internet, de posséder de la connaissance et veulent être confortés dans leurs choix lors de l'acte d'achat qui se fait pour certains sujets, encore en face à face ou au téléphone.

Tout au long du processus d'utilisation de l'objet, nous avons remarqué l'importance de la pédagogie à destination des personnes âgées mais aussi d'une communication permettant une connaissance du produit et de ses avantages.

Au cours des entretiens avec les professionnels et des lectures, nous avons repéré plusieurs modalités d'utilisation des objets connectés au sein du domicile :

- *L'ergonomie* : l'objet doit être maniable et manipulable facilement
- *L'esthétisme* : associer fonctionnel au beau. Concevoir des objets qui donneront à la personne envie de se projeter et de l'utiliser et non pas de le rejeter
- *Le plaisir* : s'ancrer dans une perspective de vieillir avec plaisir à la fois dans la consommation et l'utilisation
- *La simplicité* : l'objet doit pouvoir être utilisable simplement, de façon intuitive

Le dernier point est celui du coût financier de ces objets connectés. De nos jours, en fonction du produit, les coûts sont très variables et on peut compter parfois d'une dizaine à quelques milliers d'euros pour s'en procurer. Le coût peut donc un frein à l'utilisation.

Intelligence Artificielle (IA)

L'intelligence artificielle est aujourd'hui en pleine ébullition et construction. Ce qui est fait, et ce qui est en train de se faire, laisse un certain nombre de questionnements sur les perspectives futures et sur leur utilisation. L'intelligence artificielle, dont le but est de recréer un équivalent technologique à l'intelligence humaine peut revêtir diverses formes : machine learning, algorithmes de recherche, chatbots, robots, etc. L'IA suppose que les machines apprennent via l'analyse des données recueillies. On évoque beaucoup l'IA aujourd'hui pour soulager la solitude des personnes âgées, pour aider les personnes atteintes de troubles cognitifs, pour simplifier la vie des personnes âgées, pour aider les soignants, etc.

La donnée est un des éléments que produit l'intelligence artificielle. Via les utilisations du numérique, les individus laissent des traces, ce qui permet d'analyser leurs comportements, leurs appétences, leurs habitudes, et ainsi de mieux connaître leurs profils. L'analyse de la donnée permet cette connaissance plus fine de l'utilisateur, et donc le fait de pouvoir proposer des réponses les plus personnalisées possibles aux besoins et aux attentes.

Pendant un certain nombre de questions est soulevé : Comment les IA vont-elles être intégrées dans le quotidien des personnes et dans leur domicile ? Est ce que cela correspond à un vrai besoin, une réelle utilité ? N'y a-t-il pas des biais dans la construction des IA ? Comment les données vont-elles être traitées, analysées ? A quoi et comment vont-elles servir ? Etc.

L'intelligence artificielle nous pousse à penser le transhumanisme qui est « *un mouvement qui vise à améliorer l'homme, à l'augmenter, grâce à la puissance des sciences et des techniques et en finir avec la maladie, la souffrance, le vieillissement, et même la mort* » (Université Hommes Entreprise). En effet, après l'intelligence artificielle à travers les objets puis les robots, nous pouvons nous questionner sur l'augmentation de l'homme. A ce titre, le projet *Cyborg 4.0* de l'Université de Reading travaille à la communication entre humains au moyen d'implants dans le cerveau. À mesure que les technologies de l'Internet des objets se perfectionneront, se posera donc pour la société de nouvelles fractures que posera l'intelligence artificielle. C'est donc peut-être dès maintenant qu'il faut se demander quels sont les enjeux que posent l'introduction d'objets connectés et quelles sont les répercussions sur les individus et leurs usages.

- FOCUS BENCHMARK -

Exemples d'intelligence artificielle déployée pour les personnes âgées

ElliQ - Chatbot

Un chatbot qui tient des conversations avec des personnes âgées et qui à travers l'utilisation du machine learning comprend les préférences des utilisateurs pour leur proposer des activités. ElliQ reçoit également des fichiers, comme des photos qu'il peut afficher sur l'écran.

<https://elliq.com>



Paro – robot de compagnie

Paro est un robot de compagnie qui apaise la personne atteinte de troubles cognitifs. Doté de capteurs et d'IA, il réagit au toucher, au son, et s'adapte à celui qui l'utilise. Dans cette même logique de robot compagnon il y a le projet Roméo robot humanoïde pour assister la personne âgée.

<http://www.phoque-paro.fr>



- FOCUS BENCHMARK -

Exemples d'auteurs sur l'intelligence artificielle et le transhumanisme

Luc Ferry

Philosophe, ex-ministre de l'Éducation nationale, de la Jeunesse, des Universités et de la Recherche, Luc Ferry il s'intéresse au transhumanisme.

Il a publié chez PLON 2016, ***La Révolution transhumaniste. Comment la technomédecine et l'ubérisation du monde vont bouleverser nos vies.***

<https://www.youtube.com/watch?v=80AaNf3xYdE>



Laurence Devillers

Professeur d'Intelligence Artificielle et d'informatique appliquée aux sciences sociales, en poste à l'Université Paris-Sorbonne. Elle s'est spécialisée sur les interactions homme – machine.

Elle a publié chez PLON, 2017, ***Des robots et des hommes : mythes, fantasmes et réalité.***

https://www.youtube.com/watch?v=SRVf_a6Bpic



Les limites aux usages des objets au sein du domicile connecté

Au regard des éléments que nous avons fait émerger dans cette partie, nous avons relevé un certain nombre de limites dans l'utilisation des objets au sein d'un domicile connecté :

- **Le financier** : intégrer des objets connectés dans son domicile a un coût à la fois lors de l'achat, de l'installation, mais aussi au fur et à mesure des renouvellements,
- **Les choix technologiques réalisés** : lors de l'achat des objets se posent la question des choix technologiques qui sont faits, des évolutions dans le temps et le fait d'être contraint ou non de rester dans un univers donné,
- **Le manque de connexion entre les technologies** : aujourd'hui il n'y a pas un standard de base permettant une comparaison des différents objets connectés et surtout il y a un manque d'interopérabilité entre les objets,
- **L'obsolescence programmée** : de nos jours, nous ne maîtrisons pas les développements des objets connectés, ni de l'intelligence artificielle. Les évolutions sont rapides et les anciens objets sont vite dépassés par des nouveaux, plus efficaces. A une échelle individuelle et donc du domicile, nous n'avons aucune maîtrise de ces évolutions, à part noter que les objets achetés aujourd'hui ont une durabilité de vie programmée,
- **L'évolution des compétences des professionnels** : aujourd'hui un ergothérapeute réalise un diagnostic du domicile, or demain comment le métier évoluera, comment le métier prendra en compte dans son diagnostic les objets possibles à intégrer ? De plus avec l'utilisation des objets connectés, les utilisateurs vont bénéficier de plus en plus d'autonomie dans la gestion de leur santé et dans la connaissance qu'ils auront de leur situation, il pourra donc y avoir une évolution où le professionnel positionnera son accompagnement dans un autre type de relation.

Nous avons également noté un certain nombre de freins aux usages des objets :

- L'isolement social liés aux outils et au manque de participation sociale sur les territoires,
- L'intrusion dans l'inimité,
- Une expérience utilisateur jugée trop complexe : autonomie d'usage, connectivité et interopérabilité sont les maîtres mots d'une expérience fluide et optimisée qui met au centre l'utilisateur,
- Une exclusion personnelle due à des facteurs socio économiques,
- L'importance de l'environnement social : Selon une étude de Boutet (2006), la plupart des personnes qui franchissaient le pas vers les techniques et vers l'espace public multimédia étaient accompagnées d'un proche : parents, amis, voisins. Ainsi, plus l'environnement social des individus est technophiles, plus les probabilités d'être et de devenir utilisateurs est important,
- L'absence d'intérêt ou de besoin, l'absence de connaissances, et enfin l'absence d'accès,
- La non mise en avant des bénéfices et de la valeur ajoutée des produits.

Le modèle de Résistance à l'innovation proposé par Sudha Ram en 1987 vise à identifier les facteurs déterminants de la résistance à l'innovation. Reprenant les travaux de Zaltman et Wallendorf (1983), il définit la résistance au changement « comme toute conduite qui sert à maintenir le *statu quo*, associé au degré avec lequel les individus se sentent menacés par le changement [...] la résistance à l'innovation n'est autre qu'une version spéciale de la résistance au changement. » (Ram, 1987, p. 208). Le modèle explore trois axes principaux : 1) les caractéristiques perçues de l'innovation, 2) les caractéristiques du consommateur et 3) les caractéristiques des mécanismes de propagation. Par ailleurs, Ram insiste sur le fait que le modèle doit être déployé en tenant compte du contexte culturel, professionnel et social. Ainsi, il pourrait être intéressant de prendre en compte ce modèle et de le questionner auprès de la population âgée.

« L'EHPAD HORS LES MURS »

Introduction

Au-delà des questions portées par l'actualité récente, le modèle actuel des Ehpads doit aujourd'hui se réinventer afin de pouvoir apporter des réponses aux enjeux liés à la transition démographique (comme explicité dans la partie précédente) mais également à l'évolution de la manière de vivre les territoires (ruralité, urbanité...).

La question du développement de modèles d'« *Ehpads hors les murs* », c'est à dire l'apport de bouquets de services, en lien avec un EHPAD, au domicile des aînés est une des orientations envisagées. Des expérimentations en ce sens vont être portées courant 2018 par la Mutualité Française, mais pour autant, on observe une diversité de visions sur ce que recouvre réellement cette notion et surtout sur ce que l'on attendrait de ce type de services.

En effet, cette thématique est aujourd'hui essentiellement traitée sous l'angle technologique et économique mais très peu sous celui des **usages**. Cette complémentarité d'approche est pourtant essentielle dans la construction d'un cahier des charges permettant **le développement d'offres à la fois fonctionnelles et répondant aux attentes des aînés et de leurs proches**.

Dans cette partie sur « *l'Ehpads hors les murs* », nous allons dans un premier temps poser **les bases de définition de l'Ehpads hors les murs**, puis poser **la question des enjeux** liés à cette notion, avant d'aborder **les limites du modèle**.

Avant propos - La sémantique

Bien que la terminologie « *d'Ehpad hors les murs* » soit le point de départ de notre analyse, il nous apparaît essentiel de questionner en premier lieu sa pertinence. En effet, au cours des entretiens la notion est tout de suite comprise par les professionnels interrogés (bien qu'induisant des biais de compréhension, de définition ou d'adhésion au concept). Pour autant, il est important de souligner que l'utilisation à la fois de ce terme et de ce postulat a des implications auprès des publics visés mais également au niveau du positionnement territorial du concept.

L'impact sur les publics visés

Etant donné l'image que les Ehpad ont auprès du grand public, le fait d'utiliser **cette terminologie peut être un vrai frein** en termes d'adhésion des publics au concept (notamment les plus jeunes, dans une perspective de gradation des services et d'évolution des profils des aînés).

L'impact sur le positionnement territorial

Le fait d'utiliser la terminologie « Ehpad » pour le dispositif sous entend « de fait » trois implications au niveau des territoires :

- que le dispositif part d'un lieu physique et que son rayonnement territorial est donc limité,
- que l'Ehpad est « à priori » le bon acteur pour porter ce type de dispositif (ce qui est discutable en fonction des cultures et configurations de territoires),
- que le dispositif mis en place est fortement influencé par une « culture de l'établissement » en termes de process d'accompagnement et de prise en charge des personnes, pouvant faire l'objet de divergences par rapport à celles d'autres acteurs (ex : domicile).

A noter : La terminologie « Ehpad hors les murs » sera conservée dans le présent document, à défaut d'une terminologie arrêtée au sein de la Mutualité Française pour décrire ce type de concept. D'autres terminologies existent pour nommer la même notion (Ehpad à domicile, domicile renforcé ... mais aussi plateforme de services ...). Une vraie question sémantique se pose et sera à approfondir en fonction de la terminologie retenue.

Avant propos – Éléments de cadrage de la réflexion

Avant d'aborder la notion « *d'Ehpad hors les murs* », il est intéressant de regarder de quelles manières ce concept trouve un écho auprès des publics visés : quelles sont les clés d'acceptation, de positionnement mais également les enjeux qui se jouent à un niveau individuel ... mais également qu'implique cette nouvelle offre pour les individus, à mi-chemin entre le domicile et l'Ehpad physique?

Premièrement, on ne vit pas dans un « Ehpad hors les murs », on vit « chez soi » ...

Ce postulat de départ est fondamental : « *l'Ehpad hors les murs* » est accepté dans le cadre d'un rejet (actuel ou futur) de l'Ehpad classique par les personnes, c'est à dire d'une volonté de continuer à vivre à domicile : il s'agit du domicile qui choisit de s'ouvrir sur l'Ehpad et non l'inverse. « *L'Ehpad hors les murs* » n'est alors pas perçu par les personnes comme une délocalisation de l'Ehpad physique mais plutôt comme des services supplémentaires dont on peut bénéficier à domicile. Il s'agit donc d'une offre de services qui permet de rester chez soi, c'est-à-dire dans un environnement connu et familier, plus longtemps grâce à un accompagnement de l'évolution des besoins.

Par ailleurs, contrairement à l'entrée en Ehpad qui est un processus subit (pour les $\frac{3}{4}$ des personnes), « *l'Ehpad hors les murs* » peut transmettre un sentiment de réassurance, redonner un contrôle et une maîtrise à l'individu, qui se pose alors en « habitant actif » faisant appel à une offre de service et non en « résident passif » d'un Ehpad.

Pour autant, tout comme la canne, tout dispositif est stigmatisant et donc tant que la personne peut s'en passer elle le fait. En effet, l'une des questions centrales dans ce concept réside dans la place du curseur : comment une personne passe d'une acceptation de services d'aide à domicile classique (ménage, repassage, jardinage, courses...) au refus d'un dispositif d'*Ehpad à domicile* ? L'une des clés de réponse pourrait se trouver dans le degré de maîtrise de la personne vis-à-vis des technologies employées ainsi que dans son degré d'autonomie d'utilisation. Par exemple, c'est la différence entre prévenir de la chute grâce à un médaillon (action volontaire et maîtrisée) et mettre des caméras vidéo au domicile avec des images floutées (dispositifs de vidéo-vigilance).

... mais dans un « chez soi » qui potentiellement se transformera

Accepter d'entrer au domicile des personnes avec une offre « *d'Ehpad hors les murs* », c'est premièrement accepter de trouver des conditions de départ différentes d'un domicile à l'autre, et donc d'être en face de domiciles plus ou moins adaptés à un maintien à domicile de type « *Ehpad hors les murs* ».

Deux questionnements émergent alors :

- *Le questionnement, lors de la construction du dispositif, sur le niveau minimum de sécurisation attendu dans les domiciles afin de permettre une bonne intervention des professionnels et une limitation des risques,*
- *Le questionnement sur la capacité d'acceptation par les personnes, lorsqu'elles entrent dans le dispositif, d'une transformation potentielle de leur domicile dans le cadre de sa sécurisation, ou dans le cadre de la mise en place de dispositifs pouvant être perçus comme « intrusifs »,*

En effet, l'aménagement du domicile est reconnu comme étant l'un des principaux facteurs favorisant le maintien de l'autonomie des seniors. Ces aménagements et évolutions ne seront jamais immédiates. En effet, les besoins sont non seulement différents d'une personne à l'autre mais également évolutifs dans le temps : se pose alors la question de l'adaptation et de la gradation des services pour accompagner les besoins des aînés.

Pour autant, est-ce que « *l'Ehpad hors les murs* » est l'Ehpad de demain ? Pour les différentes personnes interrogées, « *l'Ehpad hors les murs* » ne sera jamais réellement une chambre d'Ehpad et ce dispositif ne pourra jamais remplacer les structures physiques. Il s'agit donc d'une nouvelle alternative, d'une nouvelle porte à ouvrir au sein du parcours résidentiel senior.



Qu'est-ce que « l'Ehpad hors les murs » ?

Introduction

Face au double constat, à la fois d'une **volonté des personnes de rester plus longtemps à domicile** (et donc avec potentiellement également des besoins plus importants d'accompagnement) et **l'absence possible de réponses adaptées sur certains territoires**, la question de l'expérimentation « *d'Ehpad hors les murs* » est aujourd'hui une idée souvent abordée et mise en avant.

Pour autant, la définition même de ce qu'est un « *Ehpad hors les murs* » ne fait pas consensus, que ce soit au sein des personnes interrogées dans le cadre de ce travail où bien même au sein des expérimentations déjà mise en place et que nous avons pu étudier.

En effet, est-ce une nouvelle étape transitoire du parcours résidentiel senior ? Une nouvelle façon d'habiter chez soi ? Une réponse aux difficultés de constructions de structures d'Ehpad physique ?

Et par ailleurs, qui sont les publics concernés ? Quelles peuvent être les bonnes pratiques de mise en œuvre ? Comment s'intègre ce nouveau concept dans les écosystèmes territoriaux ?

Une pluralité d'approches du concept « d'Ehpad hors les murs »

Il n'y a aujourd'hui pas une approche unique du concept « *d'Ehpad hors les murs* » mais bien plusieurs philosophies. Celles-ci correspondent notamment à **des approches différenciées du rôle que doit avoir ce service**. Ces différentes approches ne sont pas antinomiques et peuvent (ou doivent) être complémentaires.

1. **Un dispositif de prévention gradué**, permettant l'accompagnement de la stratégie de prévention de fragilités liées au grand âge et ensuite l'accompagnement de la perte d'autonomie quand elle se présente malgré tout sur le domicile (en lien avec la notion de « *domicile renforcé* »)
2. **Un dispositif transitoire vers l'Ehpad physique**, l'objectif n'est alors pas d'accompagner les personnes jusqu'à la fin de vie à domicile mais bien de mettre en place un dispositif intermédiaire, préparant l'entrée en Ehpad. **Exemple - COS & Vila Pia**
3. **Un prolongement de l'Ehpad physique**, répondant aux mêmes besoins et permettant un accompagnement à domicile jusqu'à la fin de vie, dans les mêmes conditions qu'en Ehpad et dans une logique de rayonnement territorial. **Exemple - EHPAD@DOM** : une chambre d'EHPAD délocalisée à domicile, dont le résident a accès aux mêmes services qu'un résident classique, sauf que ceux-ci sont différés dans le temps. Pour autant, la personne reste maîtresse de son destin et détermine seule ses besoins et les services auxquels elle souhaite accéder.
4. **Un lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources** à l'échelle d'un territoire dans une logique de services aux personnes âgées et vulnérables

Des points de vigilance identifiés ...

Les entretiens nous ont permis de soulever deux points principaux de vigilance vis-à-vis de la notion « *d'Ehpad hors les murs* » et des définitions qui lui sont associées :

- *Point de vigilance de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie)* : la notion de « *domicile renforcé* » ou « *d'Ehpad hors les murs* » **reste aujourd'hui à évaluer d'un point de vue scientifique** (sur la pertinence) mais **également sur un plan sciences humaines et sociales** (sur l'acceptabilité, les enjeux de liens sociaux ...), et une enquête plus large auprès des différentes typologies d'usagers reste à mener,
- *Point de vigilance de la Croix Rouge Française* : l'arbitrage entre ces différentes visions (en particulier sur le positionnement en stade transitoire ou non vers l'Ehpad physique) peut être un choix stratégique mais également issue d'une réalité terrain, celle d'une plus ou moins grande disponibilité de places au sein de l'Ehpad physique référent.

.... Et certains questionnements qui restent en suspend au niveau de nos interlocuteurs

- La question du périmètre de l'offre de services, notamment dans ses limites (ex : lien avec la médecine de ville, l'ophtalmologie ...) et dans son positionnement vis-à-vis des offres existantes et des manques identifiés,
- La question du positionnement différenciant et/ou complémentaire à adopter vis-à-vis des structures et des acteurs existants portant des offres de services pouvant paraître similaires (ex : SPASAD) ?
- La question des similitudes avec la modélisation d'un modèle médico-social sur la même donne que l'HAD (hospitalisation à domicile) et des transferts possibles de bonnes pratiques.

Le périmètre

La définition du périmètres d'expérimentation participe à la définition du concept « *d'Ehpad hors les murs* ». Dans ce cas de figure, il apparaît que plusieurs typologies de périmètres doivent être travaillées. Pour autant, faire référence à la notion de périmètre ancre l'expérimentation dans une logique territoriale, que le périmètre soit géographique, thématique ou partenarial.

Le périmètre géographique

Le premier périmètre qui vient à l'esprit quand on aborde cette notion, est le périmètre d'intervention géographique de l'expérimentation. Quel doit-il être ? Plusieurs pistes de réflexion :

Le retour d'expérience des initiatives actuellement menées montre qu'il est nécessaire que les domiciles se situent dans un rayon de 4 à 10 km à partir de l'Ehpad physique (à adapter en fonction des typologies de territoire). Cette accessibilité est importante car elle permet un accès rapide aux domiciles des personnes et leur apporte les services demandés.

Au-delà de la notion d'accessibilité, le périmètre d'intervention géographique de « *l'Ehpad hors les murs* » peut également être contraint par les limites administratives d'intervention de l'Ehpad (exemple : communales) ou par une « zone de besoins identifiés » (qui peut être d'autant plus resserrée que le besoin identifié est important).

A noter : La question du maillage des territoires ruraux et des conditions de leur inclusion dans un dispositif de ce type, soulève la question du maillage du territoire français par des Ehpad : Quelle est la distance Ehpad/Domicile effective sur les territoires où des expérimentations de ce type vont émerger ? Comment doit s'imaginer un « Ehpad hors les murs » selon les profils de territoires plus urbains ou plus ruraux ?

Le périmètre partenarial

Qui peuvent être les partenaires d'une démarche « *d'Ehpad hors les murs* »? Le périmètre partenarial du projet est entièrement soumis aux spécificités territoriales. Une définition de ce périmètre ne sera possible qu'à l'issue d'un diagnostic territorial amont permettant une compréhension fine de l'offre et de l'écosystème local.

Deux typologies de « périmètre partenarial » doivent être envisagés :

- un périmètre en termes de diagnostic (Ex : CNSA...), montage financier & de pilotage de la démarche (Exemple : ARS, Conseil Départemental, porteur...),
- un périmètre opérationnel en termes de coordination, d'ouverture partenariale, de ressources humaines...

Le périmètre thématique

A défaut d'un périmètre géographique, parfois difficile à saisir, une des questions qui peut être évoquée est celle de la définition d'un périmètre thématique à « *l'Ehpad hors les murs* ». En effet, suite au diagnostic territorial (mettant en avant par exemple certains manques) ou du retour d'expériences des expérimentations en cours, on pourrait imaginer donner plus de force au concept en thématisant ce centre de ressources (ex : spécialisé sur l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et résidant à domicile avec un aidant ...).

Les publics visés

S'interroger sur les publics visés par « *l'Ehpad hors les murs* » est une des fondements de la définition de l'offre : à qui s'adresse-t-on et à quels besoins devons-nous répondre? La question des publics visés par ce type de dispositif est ressortie plusieurs fois lors des entretiens, notamment par le prisme des questionnements suivants :

- Quels sont les publics visés par « *l'Ehpad hors les murs* » ?
- Quelles sont les caractéristiques des populations prises en charges par les dispositifs « *d'Ehpad hors les murs* » ?
- Ces caractéristiques sont-elles de même nature que celle de l'Ehpad?

Nous n'avons pas trouvé à ce jour d'études complètes visant une meilleure compréhension, à la fois des publics « *d'Ehpad hors les murs* » mais également de leurs motivations et attentes. Des études sont en cours, notamment dans le cadre des expérimentations qui ont été lancées récemment. Ainsi par exemple, un dispositif de recherche-action a été mis en place dans le cadre de l'expérimentation EHPAD@dom à Sartrouilles, notamment en lien avec l'Université Dauphine. Une initiative similaire a été mise en place par le Groupe SOS dans le cadre de son expérimentation « Senior Connect+ ».

Pour autant, un travail d'approfondissement et d'enquête auprès des populations ciblées reste à construire. Afin d'apporter des premiers éléments de réponse à ces questionnements, nous vous proposons de rechercher quelques clés de compréhension auprès des publics qui entrent en Ehpad aujourd'hui, à leurs motivations mais également à leurs regards sur ces institutions. En effet, ces points sont révélateurs, à la fois des attentes mais également des enjeux liés à la création de structures intermédiaires et/ou alternatives à l'entrée en Ehpad.

A noter : la notion de GIR est communément partagée pour qualifier les publics visés (ex : services à domicile – GIR 1,2,3,4 ...) pour autant, dans une perspective « *d'Ehpad hors les murs* » il convient de prendre en compte les autres facteurs environnementaux de la personnes (adaptation du domicile, présence d'aidants, isolement, typologies de pathologies ...)

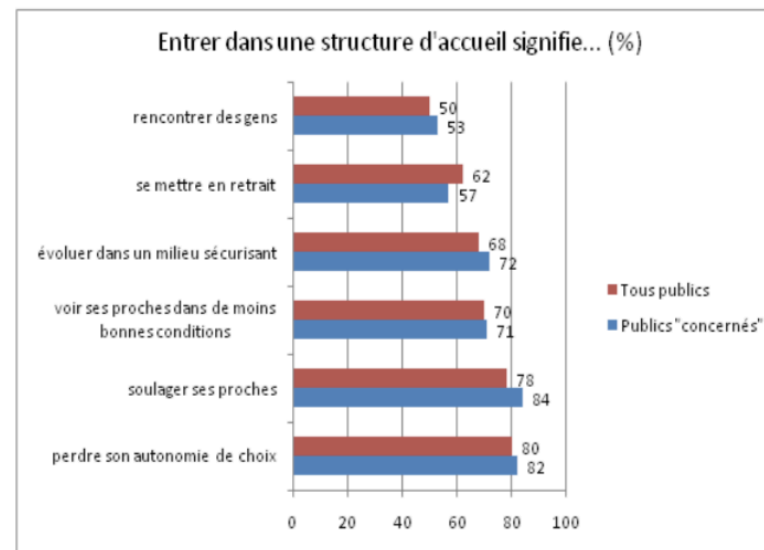
Comment est perçu ce moment charnière de vie ?

Les français ont un regard assez négatif sur les Ehpad. Une récente enquête publiée par le Think Tank Terra Nova et le CREDOC en octobre 2018 apporte un éclairage particulier sur la question de « *L'entrée des personnes âgées en structures d'accueil* » ⁽¹¹⁾.

Ce regard est important car il permet de souligner la vision que les individus portent sur ce moment charnière de vie, mais également leurs regards sur ces institutions :

- pour 8 personnes sur 10, l'entrée en structure d'accueil est associée à une perte d'autonomie de choix mais également à un soulagement pour leurs proches,
- pour 7 personnes sur 10, elle contraint à « voir ses proches dans de moins bonnes conditions »,
- pour 6 sur 10, à « se mettre en retrait de la société »,

L'entrée en Ehpad est donc perçu comme une « double peine » : on entre en structure car on a perdu en autonomie ... mais on perd un peu plus d'autonomie en y entrant et parfois même de dignité comme le soulignait l'avis 128 du CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique).



Source : Terra Nova, L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structures d'accueil, octobre 2018, disponible ici :

<http://tnova.fr/notes/l-heure-du-choix-l-entree-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite>

Qui est concerné par une entrée en Ehpad aujourd'hui ?

Dans ce même rapport, une photographie des personnes potentiellement concernées par une entrée en Ehpad est réalisée, permettant d'avoir une vision sur les enjeux qui se jouent aujourd'hui au domicile :

- 728 000 personnes sont accueillies en Ehpa en France (dont 80% en Ehpad), soit 10% des 75 ans et plus (Drees – 2015) ⁽¹²⁾,
- 27% des 60 ans et plus résidant à domicile déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle (soit 4,1 millions de personnes si l'on extrapole à l'ensemble de la population de cet âge) - (Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) – 2014) ⁽¹³⁾,
 - 52 %, une maladie chronique (8 millions de personnes)
 - 17 %, au moins une restriction d'activité comme des difficultés à faire sa toilette (2,6 millions de personnes)
- 9 % des 60 ans et plus résidant à domicile seraient dans une situation de perte d'autonomie - (Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) (14) – 2014 – prise en compte des personnes ayant un score VQS de plus de 40),
 - soit 1,4 million de personnes, c'est-à-dire deux fois plus que de bénéficiaires de l'APA à domicile (741 000 personnes situées entre GIR1 et GIR4 sur une échelle de 1 à 6)

Source citée dans le rapport Terra Nova : Mathieu Brunel et Amélie Carrère, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », Les Dossiers de la Drees, mars 2017, n° 13, disponible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>

Précisions : « À partir des questions de l'enquête, un "score VQS" peut être calculé pour synthétiser en un seul chiffre les diverses difficultés rencontrées par les personnes âgées. Un senior déclarant de fortes difficultés pour de nombreuses activités aura ainsi un score VQS élevé. Le score VQS permet de classer les seniors selon leur degré d'autonomie, du plus autonome (score proche de 0) au moins autonome (score proche de 100). » Le seuil de 40 a été choisi par ces auteurs de manière à s'approcher au mieux du critère « GIR » (groupe Iso Ressource). Dans l'enquête Handicap-Santé Ménages de 2008, les individus ayant un score VQS supérieur ou égal à 40 sont en effet majoritairement des individus dépendants au sens de ce critère (GIR 1-4).

Pour quelles raisons entre-t-on en Ehpad?

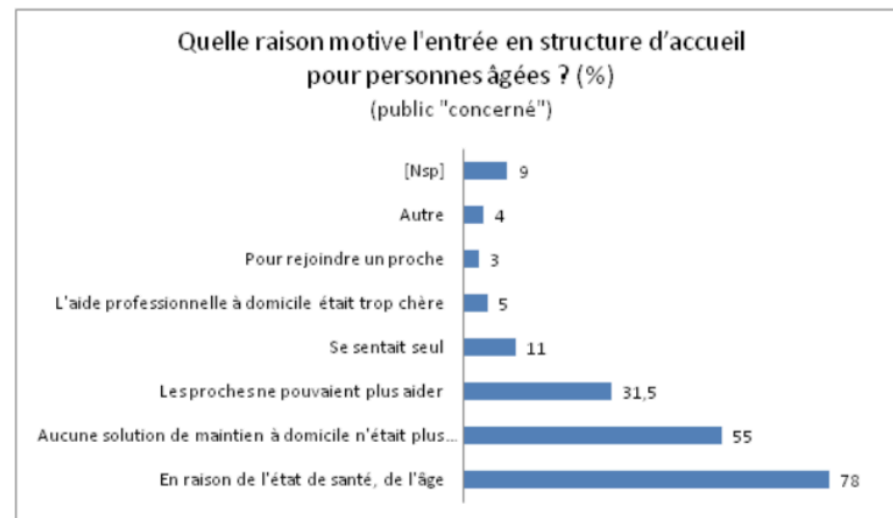
L'entrée en structure d'accueil se réalise aujourd'hui plus tardivement qu'hier (entre 85 et 86 ans en moyenne). Cette entrée correspond donc souvent à un état de santé plus dégradé (selon le rapport des députés Monique Iborra et Caroline Fiat, 49% des résidents en établissement souffrent de troubles démentiels et 35% de troubles chroniques du comportement) ⁽¹⁵⁾.

Plusieurs raisons sont soulevées dans la motivation d'une entrée en Ehpad. Il est intéressant de regarder si parmi celles-ci, un dispositif d' « *Ehpad hors les murs* » serait en mesure d'apporter des réponses concrètes.

Ainsi par exemple, parmi les 36% des personnes « concernées » dans le sondage Terra Nova ⁽¹⁶⁾ :

- 80% citent « *l'état de santé et l'âge* »
- **Plus de 50% mentionnent le fait qu'il n'y avait « plus de solutions de maintien à domicile »**
- 30% le fait que « *les proches ne pouvaient plus aider* »

Au vue des résultats de cette enquête peut être une solution répondant à un vrai besoin.



Source : Terra Nova, L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structures d'accueil, octobre 2018, disponible ici :

<http://tnova.fr/notes/l-heure-du-choix-l-entree-des-personnes-agees-en-maison-de-retraite>

Les retours d'expériences à partir des expérimentations en cours

Les publics visés par « *l'Ehpad hors les murs* » peuvent également surprendre. Ainsi, le benchmark exploratoire a permis de faire remonter un retour d'expérience de la Villa Pia à Bordeaux (COS), qui lors du lancement de son dispositif « *d'Ehpad hors les murs* » pensait viser des profils de personnes plutôt isolées alors que finalement, les personnes qui intègrent principalement le dispositif vivent à domicile avec un aidant (et souvent avec des pathologies liées à des troubles cognitifs).

Par ailleurs, l'EHPAD@dom de Sartrouville nous a également fait remonter le cas de personnes intégrant le dispositif en couple.

La vision des acteurs du domicile

La dépendance (et surtout son augmentation) n'est pas une donnée récente pour les acteurs intervenant à domicile. Il existe une réponse qui est apportée au domicile pour des situations de dépendance parfois aussi lourdes que celles connues en établissement (en termes de GMP – GIR moyen pondéré). La question de la plus value de ce dispositif par rapport à une organisation existante par exemple en SPASAD doit être discutée et partagée avec les partenaires.

Qu'est ce qui peut motiver à préférer « l'Ehpad hors les murs » à une structure physique ?

Comme nous l'avons évoqué plus haut (cf. page 31 – point de vigilance de la SFGG), nous n'avons pas connaissance de travaux publiés sur les publics « d'Ehpad hors les murs ». Il s'agit d'un point qui reste à approfondir.

Pour autant, nous pouvons émettre certaines hypothèses (non exhaustives) concernant les motivations à préférer « l'Ehpad hors les murs », suite à nos échanges avec les porteurs actuels ou à partir nos lectures :

- la notion de chez-soi et l'inscription de l'individu sur le territoire, notamment à travers la conservation des habitudes de vies, d'un réseau relationnel qui peut être jugé faible quantitativement mais fort qualitativement,
- la question de l'intimité et de l'indépendance de la personne, souvent illustrée par l'image de la porte de la chambre et d'une absence d'intimité liée à de potentielles intrusions fréquentes et pas toujours demandées et/ou voulues. « L'Ehpad hors les murs » permet de garder cette porte physique symbolique, celle du domicile. Pour autant, il convient d'être vigilant que ce ne soit pas pour un report sur une nouvelle porte intrusive dématérialisée à travers les outils de connexion du domicile,
- le coût / reste à charge de ces deux options (ce qui peut contribuer à un meilleur accès au soins des personnes),
- la capacité de l'entourage à accompagner à domicile (professionnels, aidants ...),
- (...)

La question centrale de la confiance

Plusieurs sujets nous ramènent dans ce travail à la question de la confiance, **que ce soit envers la personne âgée ou dans le positionnement vis-à-vis des aidants.**

La question de la confiance *intuitu personae* a été notamment soulevée lors du constat de l'attachement des personnes âgées à la personne physique réalisant pour elles des prestations (ex : dans le cadre de SPASAD) et leur volonté de ne pas en changer lorsqu'un dispositif « *d'Ehpad hors les murs* » est mis en place (retour d'expérience EHPAD@dom). Il s'agit non seulement du lien noué avec l'individu, des habitudes prises, mais également de la confiance, de la réassurance d'une « personne connue »...

Dans cette perspective, il convient de nous interroger sur :

- les facteurs qui feront que les dispositifs « *d'Ehpad hors les murs* » seront en capacité de prendre le relais et/ou maintenir ce lien de confiance établis avec les personnes accompagnées,
- la capacité d'écoute et d'individualisation de l'offre et de l'accompagnement ...

Un autre des volets de **la confiance est celui de l'aidant**. Quels sont les facteurs qui permettront à l'équipe de « *l'Ehpad hors les murs* » de devenir un partenaire de confiance, sur lequel l'aidant accepte de se décharger peu à peu ? En effet, dans le parcours de l'aidant, arriver à trouver un pilier sur lequel s'appuyer est un ressort clé. Dans ce cadre, « *l'Ehpad hors les murs* » doit être un partenaire de liberté : liberté intellectuelle, liberté de déplacement ...

Ce pilier ne peut être uniquement technologique, il doit être humain. La question de l'équipe animant le dispositif, de sa disponibilité, de son rôle ... est centrale. Il s'agit bien d'une des différences clé avec « *le domicile connecté* » : le domicile connecté apporte de la réassurance via la sécurité mais pas de liberté. En effet, dans la situation des aidants, empreinte d'émotionnel, la liberté ne peut être que le corollaire de la confiance accordée à une autre personne dans sa capacité à prendre le relais.

La question de la confiance nous amène à souligner le rôle clé du coordinateur dans le dispositif, dissocié de l'aidant.

Quelle vision pour « l'Ehpad hors les murs » : la distinction entre « lieu de fin de vie » et « lieu de mort »

Le dispositif « *d'Ehpad hors les murs* » répond à une demande formulée par la très grande majorité des français : rester chez eux le plus longtemps possible. Pour autant, il convient de se poser la question de la différence entre le « lieu de fin de vie » et le « lieu de mort ». Et vis-à-vis de ce thème, « *l'Ehpad hors les murs* » **ne répond aujourd'hui pas à cette question : Où meurt-on ?** Selon l'Observatoire National de la fin de vie, 81 % des personnes souhaiteraient pouvoir passer leurs derniers instants chez elles (Sondage Ifop 2010) ⁽¹⁷⁾. Pour autant, en 2009, seul 25 % des décès observés le sont à domicile.

Des travaux menés par l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et l'ONFV montrent que la proportion de personnes hospitalisées double au cours du dernier mois de vie : elle passe ainsi de 30% à 63,8%. Autrement dit, seul un tiers des personnes qui vivaient à leur domicile un mois avant leur décès y meurt effectivement ⁽¹⁸⁾.

D'où certaines questions en suspend :

- Est-ce que « *l'Ehpad hors les murs* » peut permettre d'avoir une fin de vie à domicile ?
- Quelle est la philosophie choisie pour ce dispositif ?
- Quelle est la promesse derrière un « *Ehpad hors les murs* » (envers les personnes, les familles, les partenaires ...) ?
- Et comment la tenir ?

Source : l'Observatoire National de la fin de vie, Synthèse « *Vivre sa fin de vie chez soi* », mars 2013



Les enjeux territoriaux de « *l'Ehpad hors les murs* »

Introduction

De nombreux enjeux ont été identifiés durant les entretiens concernant la mise en œuvre de dispositifs « *d'Ehpad hors les murs* ». Ceux-ci découlent en partie des facteurs clés de succès qui nous ont été transmis lors de nos échanges avec des porteurs de projets d'expérimentation et de leurs retours d'expériences.

On peut notamment retenir :

- **un fort maillage avec l'ensemble des partenaires du territoire** : SAAD, SSIAD, infirmières libérales, médecins de ville, assistantes sociales des hôpitaux, SAMU, SOS médecins ...,
- **une absence de concurrence** avec les professionnels intervenant la journée à domicile,
- **un portage par un acteur connu sur le territoire.**

La question de l'appréhension du concept « *d'Ehpad hors les murs* » dans un environnement territorial, ainsi que son intégration, feront donc partie des clés de réussite des expérimentations à venir. Des enjeux en découlent : **la connaissance des acteurs, de l'écosystème territorial et partenarial.**

Quelle intégration du dispositif dans l'écosystème territorial ?

Les différents acteurs rencontrés partagent de manière générale les constats suivants sur l'écosystème territorial :

- **La complexité actuelle de l'environnement territorial**, en particulier concernant les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, où des convergences plus ou moins fortes entre les acteurs peuvent être observées en fonction des territoires,
- **La présence de spécificités locales très marquées**, pouvant provenir de spécificités intrinsèques tangibles (typologies de territoires, localisation ...), historiques (présence ou non d'acteurs, entité de portage des services...) mais également plus intangibles (jeux d'acteurs, passifs de relations, individualités à prendre en compte, habitudes de coopération ...),
- **La présence de dispositifs de coordinations** entre les acteurs (MAIA, PAERPA ...) qui ont pour mission une plus grande intégration des acteurs, mais qui peuvent trouver leurs limites par exemple dans la défense de l'identité propre des uns et des autres,
- **La volonté d'un retour à « l'hyper local »** à travers ces expérimentations et au croisement de compétences sur des territoires restreints,

Si on reprend les deux premiers constats partagés, à savoir la complexité actuelle de l'environnement territorial et la présence de spécificités locales très marquées, **l'enjeu d'un diagnostic de territoire préalable à l'action prend tout son intérêt.**

Dans le cadre de notre analyse, il est intéressant de différencier deux types d'échelles territoriales concernant les expérimentations « *d'Ehpad hors les murs* » :

- **L'échelle territoriale opérationnelle**, c'est-à-dire celle où se met en place concrètement l'action,

L'enjeu du domicile et du parcours résidentiel d'un individu se situe premièrement à une échelle locale, celle de sa rue, de son quartier, de son territoire de vie. On fait alors référence à la plus petite notion de découpage territorial, celle en « **Bassin de vie** » (Insee).

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (services aux particuliers, commerces, santé, transports ...). En termes de connaissance de l'environnement territorial, la plus petite maille de données disponibles est infra communale (IRIS).

- **L'échelle territoriale de « projet »**, c'est-à-dire celle de l'écosystème partenarial, existant ou à créer, qui s'affranchit de cette notion de bassin de vie,

Un des enjeux souvent cité dans les entretiens concerne le morcellement des acteurs sur les territoires et les difficultés à établir des cartographies. Il s'agit d'un constat de moindre efficacité partagé aux plus hauts niveaux par les institutions et sur lequel de nombreux acteurs locaux sont prêts à travailler. Pour autant, la définition d'un parcours intégré sanitaire, social et médico-social reste un objectif à atteindre, souvent entravé par des aspects financiers ou technologiques (capacité à partager/interfacer l'information)...

Par ailleurs, on peut différencier plusieurs niveaux de territorialisation, qui sont à la base d'une connaissance et d'une compréhension de l'environnement au sein duquel les expérimentations d'Ehpad hors les murs vont s'inscrire.

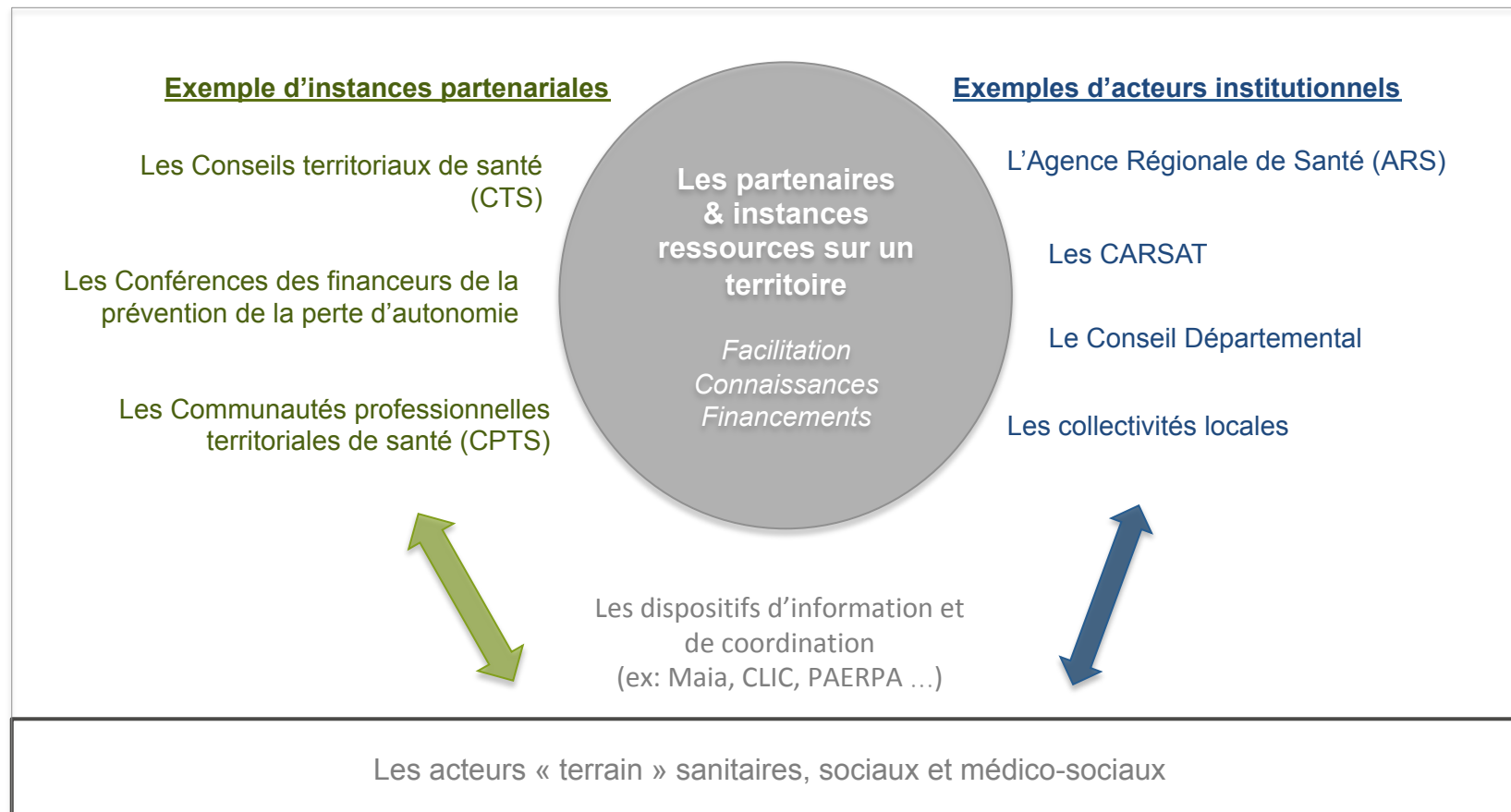
- Un niveau **national** donnant les cadres d'action aux sein desquels les expérimentations ont tout intérêt à s'inscrire (ex : Stratégie nationale de transformation de l'offre de santé, Article 51 ...),
- Un niveau **régional** (ex : PRS) et **infrarégional**,
- Des **territoires opérationnels**, véritables espaces de projets et d'actions.

Les territoires opérationnels ne peuvent être déterminés a priori, ils dépendent des projets, des problématiques et des dynamiques d'acteurs propres à chaque territoire. À titre d'exemple, on peut citer les territoires de parcours, PAERPA, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les périmètres des contrats locaux de santé (CLS), les organisations territoriales de villes (équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA), les plates-formes territoriales d'appui ...

La connaissance des territoires opérationnels et de leurs spécificités locales sont au cœur d'un diagnostic territorial partagé en amont des expérimentations « *d'Ehpad hors les murs* ». La nécessité d'une démarche de diagnostic de territoire a été souligné comme l'un des facteurs clé de succès d'une démarche « *d'Ehpad hors les murs* ». Pour autant, ce travail de diagnostic ne doit pas s'effectuer « hors sol ». En effet, une connaissance des territoires, des travaux d'études, d'analyse ... sont présents au sein de diverses instances, pour certaines fléchées comme clés au sein de la nouvelle « Stratégie de transformation du système de santé » (ex: Les CPTS) et pour d'autres faisant l'objet d'un partenariat à renforcer (ex: CNSA).

LES ENJEUX TERRITORIAUX DE « L'EHPAD HORS LES MURS »

L'écosystème territorial & partenarial autour d'une expérimentation « d'Ehpad hors les murs »



Qu'est ce que le développement de structures « d'Ehpad hors les murs » apporte de plus ?

Cette question est très souvent revenue dans le cadre de nos entretiens : que peut-on proposer à travers ce dispositif qui n'existe pas déjà ? (ex : dans le cadre d'une expérimentation de SPASAD intégré issue de la loi ASV, du HAD ...).

Aucune vision arrêtée ne s'est dégagée durant les entretiens, mais pour autant on peut souligner certaines convergences sur :

- **une capacité d'intervention la nuit à domicile**, distincte des services d'urgence,
- **la compétence gériatrique** (médecin coordonnateur, infirmière de pratique avancée, chambre de répit ...), pouvant permettre une montée en compétence des équipes intervenantes à domicile,
- **une meilleure coordination dans l'allocation des ressources** humaines sur les territoires et entre les acteurs,
- (...)

Points soulignés lors d'entretiens :

- *Focus sur la question des ressources : il existe des dispositifs d'intégration des ressources humaines sur les territoires mais tous les acteurs (domicile, établissements, hôpital ...) se battent pour les mêmes profils et pour recruter. Il existe par ailleurs un certain cloisonnement des ressources alors qu'elles pourraient être mieux optimisées entre les acteurs. Ne serait-ce pas un enjeu de « l'Ehpad hors les murs ? »*
- *Ne pas utiliser « l'Ehpad hors les murs » comme justification de l'existence et de la pérennisation de structures physiques qui pourraient ne plus correspondre à des besoins.*

Analyse d'expérimentations en cours



Introduction

Au cours des entretiens, différentes expérimentations en cours au niveau français ont été citées. Les principaux opérateurs identifiés sont aujourd'hui la Croix Rouge Française, le COS, le Groupe SOS et la Mutualité Française.

Durant ce travail d'étude, ont été réalisé :

- Un entretien téléphonique avec la directrice de **la Villa Pia (COS)** afin de recueillir son retour d'expérience sur l'expérimentation mise en place au sein de son Ehpad,
- Une visite de l'Ehpad Stéphanie, organisée sur site avec les équipes de la Mutualité Française afin d'échanger avec les équipes du projet **EHPAD@dom (Croix Rouge Française)**
- Une recherche documentaire sur les initiatives « **Senior Connect+** » (**Groupe SOS**) mais sans approfondissement en direct.

- FOCUS BENCHMARK -

« Senior Connect+ »

Epinal, Metz, Aulnay-Sous-Bois

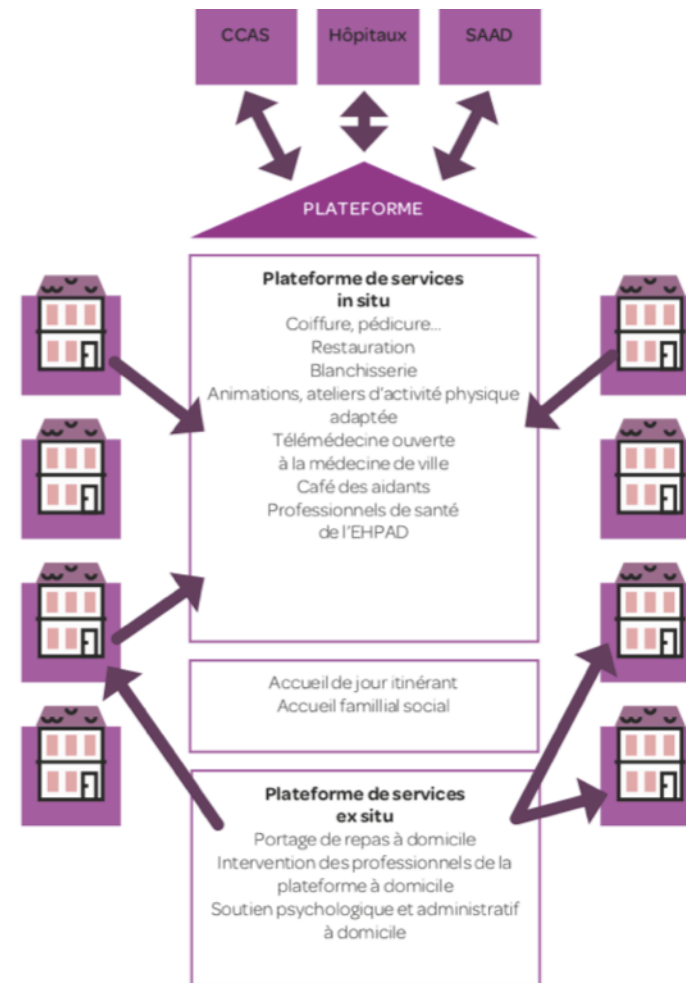


« Plateforme au cœur du territoire qui propose un accompagnement personnalisé de proximité aux seniors à domicile. C'est un lien de vie pour tous qui prend en charge les besoins quotidiens (restauration, blanchisserie) en renforçant le lien social des plus isolés.

Le projet accompagne actuellement près de 93 seniors au quotidien en proposant des services à la carte. L'abonnement mensuel de 35€/personne comprend un appui dans l'organisation de la vie quotidienne, dans l'organisation de prestations santé, dans l'adaptation du logement, dans l'organisation de prestations de « confort » (prise de rendez-vous chez le coiffeur...), dans la gestion de situations « critiques » (appel à un serrurier, plombier...).

L'expérimentation de ces « plateformes de coordination de services à domicile » a été mis en œuvre sous la forme de programmes de recherche-action de deux ans (2016-2018), en partenariat avec la CARSAT.

Source : Groupe SOS – Plaidoyer « Relevons le défi du grand âge »



- FOCUS BENCHMARK -

La Villa Pia – Bordeaux



Chiffres clés

- **30 personnes** à domicile (et 98 résidents permanents),
- **14 mois** : gain de report de l'entrée en EHPAD,
- **5 à 10 km** : rayon d'intervention
- **3 ans** de recul
- **176 jours d'accueil d'urgence** réalisés en 2017 (soit 25 séjours)
- **142 000€** : budget de l'expérimentation (financement ARS jusqu'à fin 2018)
- **395€/mois/personne** : coût évalué pour les bénéficiaires (gratuit actuellement)

L'origine du projet

L'expérimentation est née du constat qu'après 18h, tous les services sont fermés pour les personnes et que les seuls interlocuteurs restant sont les pompiers ou le SAMU. Le projet a été réalisé au départ pour les personnes âgées isolées mais finalement **un vrai besoin a été identifié auprès des personnes avec des troubles cognitifs et vivant encore à domicile avec un aidant ...** un public qui se rapproche finalement souvent du public accueilli en résidences seniors.

Les objectifs

- Prolongement du domicile
- Préparation à l'institution
- Transition



- FOCUS BENCHMARK -

Les services proposés

- Tous les services de soins (en relais des prestations libérales – soirs, nuits & week-end),
- Visio & assistance 24/24 (tablette connectée à l'EHPAD, qui est également le support de transmission et communication avec les professionnels libéraux),
- Chambre d'urgence au sein de l'EHPAD pour éviter les hospitalisations,
- Conseil gériatrique,
- Dossier médical partagé,
- Accompagnement administratif des aidants.

Provenance des résidents

Accueil de jour, Association France Alzheimer, plateforme de répit

Les conditions de réussite identifiées

1. Un fort **maillage avec l'ensemble des partenaires du territoire** : SIAD, infirmières libérales, médecins de ville, assistantes sociales des hôpitaux, SAMU, SOS médecins ...
2. Ne pas entrer en **concurrence avec les professionnels** intervenant la journée à domicile (aucun manque n'avait été diagnostiqué en amont du lancement de l'expérimentation sur le territoire),
3. La demande doit toujours **venir du domicile** (refus des personnes orientées à partir des services d'urgence)
4. Le **portage par un acteur connu** sur le territoire

- FOCUS BENCHMARK -

Les limites

- Le lien social et la solitude des personnes,
- **La vocation** : ce n'est pas un dispositif d'accompagnement de la fin de vie à domicile,
- **La législation actuelle** (exemple de la prise en charge des trajets : le domicile-EHPAD est à la charge de l'EHPAD alors que le domicile-hôpital est à la charge de la Sécurité Sociale...)
- **Le nombre limité de résidents** (lié à la capacité de charge de l'infirmière de nuit)

Les freins / difficultés

- La communication initiale & le temps de formation des personnes intervenant à domicile sur les outils numériques (un an pour former au fonctionnement de la tablette)
- Les partenariats entre médecine de ville & médico-social : tout repose sur le médecin traitant, même en EHPAD. Hors aujourd'hui ils sont très peu formés à la gériatrie et les philosophies de soin peuvent diverger entre médecin et EHPAD (limité la médication ...) / décalage avec le projet d'établissement.
- Formation insuffisante des jeunes diplômés : exemple des aides-soignantes qui sont très peu formées à la gériatrie.

- FOCUS BENCHMARK -

L'Ehpad@Dom - Sartrouville



Chiffres clés

- **24** personnes à domicile en fil active (et 16 bénéficiaires effectifs),
- **La commune de Sartrouville**: rayon d'intervention
- **1 an** de recul (dispositif prévu sur 2 ans)
- **793 000€** : budget de l'expérimentation (financement propre et mécènes)
- **150€/mois/personne** : reste à charge pour les personnes aux frais de fonctionnement

L'origine du projet

Apporter une alternative fiable au tout domicile ou au tout établissement à travers un partenariat avec Bluelinea (solution en matière d'accompagnement 24 h / 24 h). Le dispositif est co-porté par un EHPAD et un SSIAD.

Les objectifs

- Travailler différemment au service des personnes en répondant à leur demande
- Optimiser l'offre existante sur le territoire
- Répondre à des limites d'un accompagnement « classique » à domicile.
- Assurer un accompagnement sécurisé en s'appuyant sur les nouvelles technologies.
- Proposer une solution d'accompagnement dont le coût est inférieur pour le bénéficiaire et la société à une admission en EHPAD et un accompagnement lourd à domicile.



Les services proposés

- **Soins quotidiens à domicile** : le SSIAD assure les soins à domicile (soins infirmiers et de nursing)
- **Plate-forme de téléassistance 24h / 24 et 7 j / 7**
- Accès aux **prestations hôtelières et activités de l'EHPAD**
- **Permanence la nuit**
- Mise à disposition d'une **chambre d'hébergement d'urgence médico-sociale** au sein de l'EHPAD
- **Coordination des intervenants à domicile** : l'EHPAD coordonne l'ensemble des interventions à domicile (professionnels de santé libéraux, service d'aide à domicile, laboratoire, service de portage de repas...) et de l'hôpital (ambulatoire et hospitalisation) . Il travaille en lien étroit avec le SSIAD pour assurer une bonne articulation de l'ensemble des interventions à domicile
- **Une offre de transport accompagné**
- **Accompagnement par le psychologue et le psychomotricien / ergothérapeute de l'EHPAD**
- **Un service d'entretien et de petites réparations** est assuré à domicile par le personnel des moyens généraux de l'EHPAD (le service prévu pour être en capacité d'assurer à hauteur d'environ 1 heure / mois / résident)

- FOCUS BENCHMARK -

Les spécificité

- Une étude d'impact de l'offre expérimentale portée par une équipe du CHU de Reims et une équipe du laboratoire LEDa-LEGOS de l'Université Paris Dauphine.
- Un projet co-porté par un EHPAD et un SSIAD et qui appartiennent tous les deux à la Croix Rouge.

Les freins / difficultés

- Interopérabilité des systèmes d'information.
- Un modèle de financement à consolider. Quelle répartition du soutien financier entre ARS, le CD et le budget des personnes entre l'aide sociale et hors l'aide sociale ?
- Un manque de professionnels de l'accompagnement à domicile.

REFLEXIONS POUR ALLER
PLUS LOIN ...

Au regard des analyses faites tout au long de ce travail sur le domicile connecté et sur « *l'Ehpad hors les murs* », nous notons plusieurs pistes de réflexion pour aller plus loin :

- Il n'y a aujourd'hui **aucune étude sur les usages des personnes âgées du domicile connecté, ni de « *l'Ehpad hors les murs* ».**
- Il y a **un besoin de compréhension des conditions d'acceptation des dispositifs** de la part des individus âgés et de leurs aidants.
- Nous avons un manque de recul sur ce sujet. En effet, nous nous inscrivons dans un environnement d'innovation qui est de fait évolutif en termes d'écosystème de santé sur les territoires, en termes de technologies, en termes de personnes concernées, en termes de contraintes qui pèsent selon les différences territoriales.
- En raison de cette absence de recul, nous pouvons nous demander **dans quelle mesure ces dispositifs seront durables dans le temps et ne seront pas uniquement des épiphénomènes ? Comment ces dispositifs vont-ils s'inscrire dans la durée pour pouvoir être plus acceptables et appropriables de la part des individus, mais également être intégrés dans un écosystème territorial ? D'une autre manière, comment ces innovations passeront d'un état d'expérimentation à un état fixe et d'essaimage ?**

BIBLIOGRAPHIE

- Alava, S. et Moktar, N. (2012). Les seniors dans le cyberspace. *Recherches & éducatives*, n°6, 179-196.
- Albertini, J.-B. (2018). *Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017*. CGET.
- Aubry R. et al. (2018) Les enjeux éthiques du vieillissement. *Études*, p. 43-54.
- Auger, F. (2017). *Thèse L'aménagement de l'habitat chez des couples de nouveaux retraités Baby-Boomers : vivre le présent, anticiper l'avenir ?*. Université Charles de Gaulle - Lille III
- Anfosso, A et Rebaudo, S. (2011). Gérontechnologies et contrôle de l'environnement au service du maintien à domicile : le projet GERHOME. *Gérontologie et société*, vol. 34, n°136, p. 119-131.
- Bonhomme, S. (2008). Méthodologie et outils pour la conception d'un habitat intelligent. Micro et nanotechnologies/Microélectronique. Institut National Polytechnique de Toulouse – INPT.
- Gadenne E. (2014). Le quantified self : pour une meilleure connaissance de soi... et des autres, in *Le corps, nouvel objet connecté. Du Quantified Self à la M-Santé*, Cahiers IP, CNIL, n°2, p. 10 – 14
- Iborra M. et FIAT C., Rapport d'information en conclusion de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Kogan, A.-F. (2008). L'ancrage social de la téléassistance pour personnes âgées : des actes de communication à l'information organisationnelle. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, p. 31-43.
- Leduc F. (dir.) (2016). *Rapport d'observation et d'analyse les proches aidants : une question sociétale. Accompagner pour préserver la santé*. Association française des aidants.
- Nony, I. (2012). Le kaléidoscope du domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 116, p. 21-26.
- Raulet-Croset, N. et al. (2010). La structuration de l'offre de téléassistance pour les personnes âgées : créer la proximité à distance. *Management & Avenir*, n° 35, p. 254-272.
- Terra Nova (2018). *L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structure d'accueil*. Terra Nova.
- Ram S. (1987). A Model of Innovation Resistance, in *NA - Advances in Consumer Research Volume 14*, eds. Melanie Wallendorf and Paul Anderson, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 208-212.
- Rouvroy A. (2014). Avant propos in *Le corps, nouvel objet connecté. Du Quantified Self à la M-Santé*, Cahiers IP, CNIL, n°2, p.4.
- Observatoire national de la Fin de Vie (2013), Synthèse : Vivre la fin de sa vie chez soi.
- Terra Nova, Credoc (2018), *L'heure du choix : l'entrée des personnes âgées en structures d'accueil*.
- CGET (2017), *Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires*.
- KPMG (2015), *Ehpad, vers de nouveaux modèles ?*

- (1) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569360?sommaire=2587886>
- (2) <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/les-chiffres-cles>
- (3) <https://www.lajourneedesaidants.fr/qui-sont-les-aidants-en-france/>
- (4) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- (5) <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017.html>
- (6) https://www.fondation-korian.com/sites/fondation/files/documents/KORIA016032_DATAVIZ.pdf
- (7) <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017.html>
- (8) <http://blog.economie-numerique.net/2017/11/20/la-maison-connectee-une-grande-tendance/>
- (9) <https://www.objetconnecte.com/domotique-connecte-seniors/>
- (10) <https://www.objetconnecte.com/domotique-connecte-seniors/>
- (11) http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/628/original/Note_Terra-Nova_Cr_doc_AGR2LAMONDIALE_Groupe-CDC_Personnes-ag_es_011018.pdf?1538139472
- (12) http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/628/original/Note_Terra-Nova_Cr_doc_AGR2LAMONDIALE_Groupe-CDC_Personnes-ag_es_011018.pdf?1538139472
- (13) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>
- (14) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>
- (15) <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>
- (16) http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/628/original/Note_Terra-Nova_Cr_doc_AGR2LAMONDIALE_Groupe-CDC_Personnes-ag_es_011018.pdf?1538139472
- (17) <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>
- (18) <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>



ELODIE LLOBET

+33 (0)6 14 74 77 27
elodie.llobet@generacio.fr

Site internet : www.generacio.fr



MIXING GENERATIONS

MELISSA PETIT

+33 (0)6 25 63 78 09
Petit.melis@gmail.com

Site internet : www.mixinggenerations.com

