



**Clémentine JOUANNE**

## **Master Management Sectoriel**

### **Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master**

#### **Les nouvelles technologies pour le maintien de l'autonomie en Résidence Autonomie**

**Date de la soutenance : 25 septembre 2018 – 18h30**

**Composition du jury :**

Président du jury : Monsieur Stanislas WOCH

Directrice de mémoire : Madame Marielle PANNECOCKE

Représentant professionnel : Monsieur Aurélien CREPEL

Université de Lille  
Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé  
42, rue Ambroise Paré  
59 120 Loos

Année universitaire 2017-2018

## Remerciements

Ce mémoire est la conclusion de mes cinq années universitaires à l'Institut Lillois d'Ingénierie et de Management de la Santé, années au cours desquelles j'ai pu découvrir diverses structures médico-sociales et me spécialiser dans la prise en charge des personnes âgées. J'ai eu l'opportunité, lors de cette dernière année de Master, d'effectuer un contrat de professionnalisation sur le poste de responsable de site de la résidence autonomie l'Orée du Bois de Lewarde et c'est au cours de cette expérience que l'idée de sujet de mon mémoire m'est venue.

Aussi, pour m'avoir fait confiance et pour son aide précieuse dans l'élaboration de ce mémoire, je tiens à remercier particulièrement Madame Marielle Pannecocke, directrice multisites du pôle Sud-Est Corbehem de la Fondation Partage et Vie.

Je remercie également Aurélien Crepel pour nos échanges et le travail effectué ensemble.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont su m'accompagner au cours de mon cursus universitaire, maitres de stage, professeurs, pour m'avoir transmis leur savoir, pour leurs conseils et pour m'avoir guidé dans mon projet professionnel. Aussi mes collègues et professionnels pour leur collaboration tout au long de ce mémoire.

Enfin, je remercie mes parents et mes amis, pour leur soutien inestimable.

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	5
<b>I. Caractérisation de la population vieillissante</b> .....	6
1. L'évolution démographique de la population.....	6
2. L'évolution de la dépendance des personnes âgées .....	8
3. Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie .....	12
4. Etat des lieux des modes de prise en charge .....	15
5. Etat des lieux des Résidence Autonomie.....	23
<b>II. Les nouvelles technologies au service du maintien de l'autonomie</b> .	32
1. La gérontechnologie .....	32
2. La domotique .....	32
3. L'utilisation des nouvelles technologies par les personnes âgées .....	33
4. Les nouvelles technologies pour la prévention pour le maintien de l'autonomie .....	37
5. Les nouvelles technologies pour la santé et la sécurité .....	39
6. Les nouvelles technologies pour le maintien du lien social .....	42
<b>III. L'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie</b> .....	46
1. Quels nouveaux modèles d'établissements ? .....	46
2. Les anciens établissements s'adaptent .....	52
<b>Conclusion</b> .....	61

## Abréviations

**ACTP** : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne  
**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources  
**ALS** : Allocation de Logement Sociale  
**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
**APL** : Aide Personnalisée au Logement  
**ARS** : Agent Régionale de Santé  
**ASH** : Aide Sociale à l'Hébergement  
**ASV** : Adaptation de la Société au Vieillessement  
**CAF** : Caisse d'Allocations Familiales  
**CASA** : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CNAV** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse  
**CNFPT** : Centre National de la Fonction Publique Territoriale  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CREAI** : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
**FEHAP** : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**GMP** : GIR Moyen Pondéré  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
**MARPA** : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées  
**NTIC** : Nouvelles Technologies d'Information et de Communication  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PAI** : Plan d'Aide à l'Investissement  
**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**SAD** : Services à Domicile  
**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile  
**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation  
**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social  
**SPASAD** : Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile

## Introduction

La France est confrontée à un réel défi démographique, avec un allongement de la durée de vie, l'avancée en âge des générations du papy-boom et une population française qui ne cesse d'augmenter. Le vieillissement de la population, qui s'accompagne inévitablement d'une perte d'autonomie, conduit à l'évolution de la prise en charge de cette population vieillissante, aussi bien d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

Malgré le contexte budgétaire actuel, les établissements doivent évoluer et s'adapter à cette population vieillissante. Diverses solutions de prise en charge se dessinent : maintien à domicile, résidence autonomie, résidence service, béguinage, EHPAD, autant de solutions qui entraînent inévitablement une concurrence entre ces établissements, qui doivent réussir à se démarquer les uns des autres. Comme le laisse percevoir la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le maintien à domicile semble être la solution phare de ce défi démographique alors que ce modèle rencontre actuellement de nombreux obstacles : difficulté de recrutement, épuisement des aidants familiaux, etc. Le maintien à domicile, au même titre que les établissements d'hébergement, doit évoluer. Et si cette évolution résidait en l'introduction des nouvelles technologies dans la prise en charge de nos aînés ? Ces nouvelles technologies, présentes dans notre quotidien, aussi bien personnel que professionnel, apparaît comme l'une des solutions à l'avancée en nombre de la population en perte d'autonomie. Soutenues par les politiques actuelles, les nouvelles technologies trouvent petit à petit leur place dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Autre difficulté, les résidences autonomie voient leur concurrence s'accroître d'années en années avec la montée en nombre des résidences services et béguinages, qui séduisent davantage les personnes âgées dont le niveau de dépendance ne nécessite pas une prise en charge en EHPAD. Les résidences autonomie doivent réussir à évoluer afin de pérenniser ce modèle de prise en charge. Nous tenterons, à travers ce mémoire, de répondre à la problématique suivante : **Comment adapter nos résidences autonomie face à la concurrence agressive des promoteurs immobiliers ?**

La première partie permettra d'appréhender le défi démographique de vieillissement de la population française. Nous aborderons ensuite les nouvelles technologies et leurs utilisations dans le cadre du maintien de l'autonomie. Enfin, la troisième partie permettra de définir l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie qui induit une évolution des établissements.

## I. Caractérisation de la population vieillissante

### 1. L'évolution démographique de la population

Comme le démontre les chiffres de l'INSEE<sup>1</sup>, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, en 1975, la France métropolitaine comptait 52 millions d'habitants, contre 59 millions en 2000 et 65 millions à ce jour, en 2018. Au-delà de l'augmentation de la population française, nous pouvons constater le vieillissement de notre population. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans a pratiquement doublé entre 1975 et 2018, passant de 9,5 millions à 17 millions de personnes. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a quant à lui presque triplé, passant de 2,5 millions en 1975 à 6 millions en 2018. Parallèlement à ce constat, le nombre d'actifs, âgés de 20 à 59 ans, est de 26 millions en 1975 contre 32 millions en 2018. L'évolution du nombre d'actifs et de personnes âgées n'est donc pas proportionnelle, avec près de trois actifs pour une personne âgée de plus de 60 ans en 1975 contre moins de 2 actifs pour une personne âgée à ce jour. Aujourd'hui, comme le précise l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, la quasi-totalité des personnes ont une espérance de vie qui dépasse les 60 ans<sup>2</sup>.

Selon les projections de l'INSEE<sup>3</sup>, si les tendances démographiques actuelles se maintiennent, la population française atteindra, en 2060, 73,6 millions de personnes, avec 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et 33,7 millions d'actifs. Cette projection induit qu'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans et une proportion d'actifs qui continue de décroître. L'INSEE explique cette évolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans par l'avancée en âge des générations du papy-boom, ce qui induit que dès 2035, l'évolution du nombre de personnes âgées sera moins forte. L'évolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 est présentée plus précisément en **annexe 1**.

Monsieur Thierry Calvat, sociologue, mets en avant un « *monde en transition démographique avec une augmentation des besoins et une augmentation de l'espérance de vie sur des populations de plus en plus grosses* ». Cependant, comme le souligne l'OMS, nous ne pouvons à ce jour affirmer que les personnes âgées vivent leurs dernières années

---

<sup>1</sup> INSEE. *Estimation de la population au 1er janvier 2018 [en ligne]*. (01/2018) Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>>

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé. *Vieillesse et santé [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>>

<sup>3</sup> INSEE. *Projections de la population à l'horizon 2060 [en ligne]*. (10/2010) Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>>

dans un meilleur état de santé que leurs parents<sup>2</sup>. Le vieillissement, d'un point de vue biologique, est le produit d'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires qui conduisent à une dégradation des capacités physiques et cognitives, une augmentation du risque de la maladie et enfin, entraînent le décès. Mais ces dégradations ne sont pas linéaires, c'est pourquoi les personnes âgées sont plus ou moins autonomes et ne nécessitent pas toutes de la même prise en charge. En plus de ce versant biologique, d'autres facteurs interfèrent sur le vieillissement des personnes, comme par exemple le départ en retraite ou le décès d'un proche.

Cette évolution de la population induit la nécessité d'une adaptation de nos systèmes sociaux et de santé, avec des actions qui non seulement doivent répondre au besoin de prise en charge de la dépendance des personnes âgées pour une part de la population, mais doivent aussi prévenir, pour une autre part de la population, la perte d'autonomie. L'OMS a ainsi développé un plan d'actions face au vieillissement de la population, qui se décline en cinq points<sup>2</sup> :

- **Engagement en faveur du vieillissement en bonne santé.** L'OMS souhaite faire naître des politiques à bases factuelles qui renforcent les capacités des personnes âgées.
- **Alignement des systèmes de santé sur les besoins des personnes âgées.** L'OMS souhaite développer les capacités intrinsèques des personnes âgées et renforcer l'universalité des soins de santé afin de centrer les services de santé sur la personne. C'est d'ailleurs dans cette optique que s'est développé le virage ambulatoire, visant à réduire le temps d'hospitalisation. Comme le souligne Monsieur Calvat, cette diminution du temps d'hospitalisation entraîne inévitablement une augmentation du temps de présence à domicile ou en établissement, induisant une prise en charge qui se doit d'évoluer. L'objectif concret de cette politique est « *de répondre davantage aux besoins de la population tout en diminuant les dépenses* ».
- **Développement de systèmes pour les soins de longue durée.** Des systèmes de soins de longue durée, y compris palliatifs, doivent être instaurés sur l'ensemble du territoire. Au-delà de cet objectif, l'OMS souhaite étendre la couverture sanitaire universelle et développer des actions pour la lutte contre les maladies non transmissibles.
- **Création d'environnements adaptés aux personnes âgées.** Pour cela, l'OMS souhaite mettre en place diverses actions pour combattre l'âgisme, maintenir voire

restaurer l'autonomie et soutenir l'intégration du vieillissement en bonne santé dans toutes les politiques.

- **Amélioration de l'évaluation, du suivi et de la compréhension.** Pour atteindre cet objectif, l'OMS souhaite réaliser des recherches ciblées, mettre en place de nouveaux indicateurs et de nouvelles méthodes d'analyse.

Ces axes de travail de l'OMS ont été déclinés dans le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028, arrêté le 5 juillet 2018 et approuvé par la Conférence régionale de la santé et de l'Autonomie. Dans les Hauts de France, sept orientations stratégiques ont été déclinées dans le but d'améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Trois d'entre elles attirent plus particulièrement à la gériatrie <sup>4</sup> :

- **Mobiliser les acteurs de la santé pour limiter les ruptures dans les parcours de santé** grâce notamment à l'accompagnement dans le vieillissement, le soutien des proches aidants et la mise en avant des parcours de vie en santé mentale.
- **Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population**, en luttant contre la désertification médicale, la mise en œuvre de la révolution numérique ou encore le développement de la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité.
- **Garantir l'efficacité et la qualité du système de santé** dans les établissements médico-sociaux, et la poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation.

## 2. L'évolution de la dépendance des personnes âgées

Comme évoqué dans la partie précédente, l'augmentation du nombre de personnes âgées est telle que d'ici quelques années, il n'y aura plus assez d'actifs pour s'occuper des personnes plus âgées. Face à ce constat, diverses solutions doivent être envisagées, et l'intégration des nouvelles technologies au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées, dépendantes ou non, en est une.

Un rapport sur l'évolution de la dépendance des personnes âgées, publié par l'INSEE<sup>5</sup>, met en avant la nécessité de développer de nouvelles structures d'accueil et de nouvelles solutions de prise en charge. Le maintien à domicile sera davantage privilégié dans les années à venir, ce qui induit des emplois supplémentaires d'aides à domicile mais aussi

---

<sup>4</sup> ARS Hauts de France. *Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 [en ligne]*. (07/2018) Disponible sur : <<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>>

<sup>5</sup> INSEE. *L'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en termes de prise en charge et d'emploi [en ligne]*. (02/2012) Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290678>>

leur professionnalisation. Cependant, ces évolutions soulèvent la question de la capacité financière des foyers et des pouvoirs publics à faire face aux conséquences de cet accroissement de la dépendance. Ces analyses de l'INSEE font parties intégrantes du Schéma Régional d'Organisation Médico-Social, SROMS ; du Projet Régional de Santé, PRS ; et du PRS2 ; afin d'adapter l'offre qualitative au regard des besoins du territoire.

Le développement démographique de la population est établi pour les années à venir, mais l'évolution de la dépendance est quant à elle méconnue. A ce jour, les années de vie supplémentaires sont vécues sans dépendance, mais cette tendance peut évoluer. L'INSEE avance deux hypothèses à ce sujet :

- Un scénario d'évolution limitée de la population âgée et une entrée plus tardive en dépendance : comme actuellement, les années de vie supplémentaires seraient vécues sans dépendance.
- Un scénario d'évolution stable des taux de dépendance jusqu'en 2030 puis une évolution de la dépendance.

Le scénario retenu à ce jour se trouve entre les deux scénarios présentés, avec une augmentation de plus de 20% de personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. Ce scénario semble le plus réaliste, notamment du fait de l'amélioration des comportements face aux conduites à risque, les progrès de la médecine et les prises en charge actuelles qui visent à prolonger la vie en bonne santé grâce notamment aux actions de prévention pour le maintien de l'autonomie.

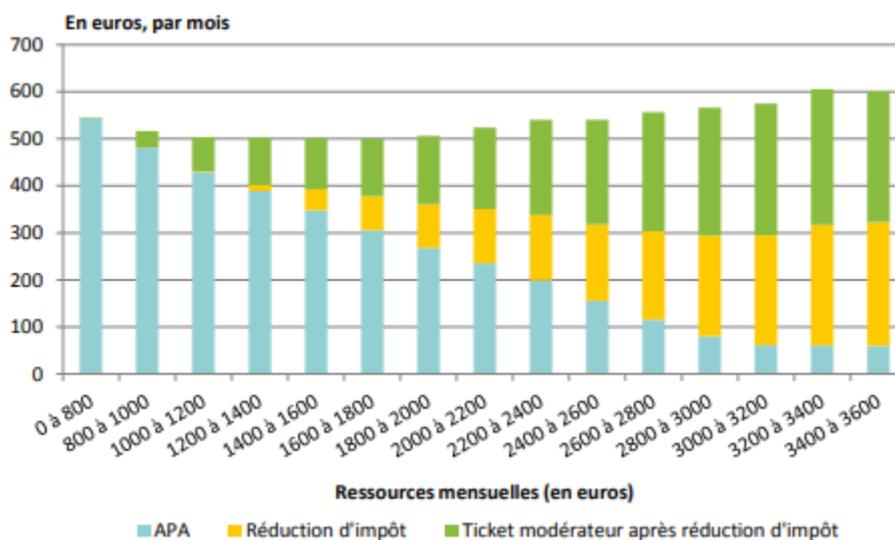
La prise en charge publique de la dépendance des personnes âgées, en France, est faite à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources), qui permet au médecin d'évaluer la perte d'autonomie des personnes, en fonction des actes de la vie quotidienne qu'elles sont en capacité d'effectuer seules ou non. La grille AGGIR se compose de six degrés de dépendance, appelés Groupe Iso-Ressources (GIR). Le GIR 1 correspond au niveau de dépendance le plus élevé et le GIR 6 caractérise les personnes les plus autonomes. Les personnes de plus de 60 ans dont le GIR est compris entre 1 et 4 peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). On constate cependant un phénomène de non-recours ; l'ensemble des personnes identifiées dépendantes par la grille AGGIR ne bénéficient donc pas forcément de cette aide. Ce phénomène de non-recours s'explique soit par la méconnaissance de cette aide soit par la volonté de ne pas bénéficier de cette aide (effet stigmatisant). Les personnes aux revenus les plus élevés choisissent en général de ne pas bénéficier de cette aide, le ticket

modérateur représentant 90% du montant du plan d'aide à domicile. Aussi, les personnes bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) peuvent choisir à l'âge de 60 ans de conserver leur aide ou d'y mettre un terme afin de bénéficier de l'APA<sup>6</sup>.

L'évaluation du GIR se base sur 8 variables dites « discriminantes » relatives à la perte d'autonomie physique et psychique dans la réalisation des actes du quotidien : cohérence, orientation, toilette, alimentation, élimination, transferts, etc.

La grille AGGIR et les 6 GIR sont développés davantage en **annexe 2**.

L'APA est fonction du GIR de la personne âgée mais aussi de ses revenus. Plus ses revenus sont élevés, et plus sa participation financière sera importante. De ce fait, pour les personnes au plus faible revenu, l'APA représente une aide à la dépendance alors pour que les personnes à revenus plus élevés, il s'agira surtout d'une réduction d'impôt, suite à la dépense financière engendrée par le ticket modérateur. Le graphique ci-dessous présente la répartition par revenu et par source de financement de l'APA.



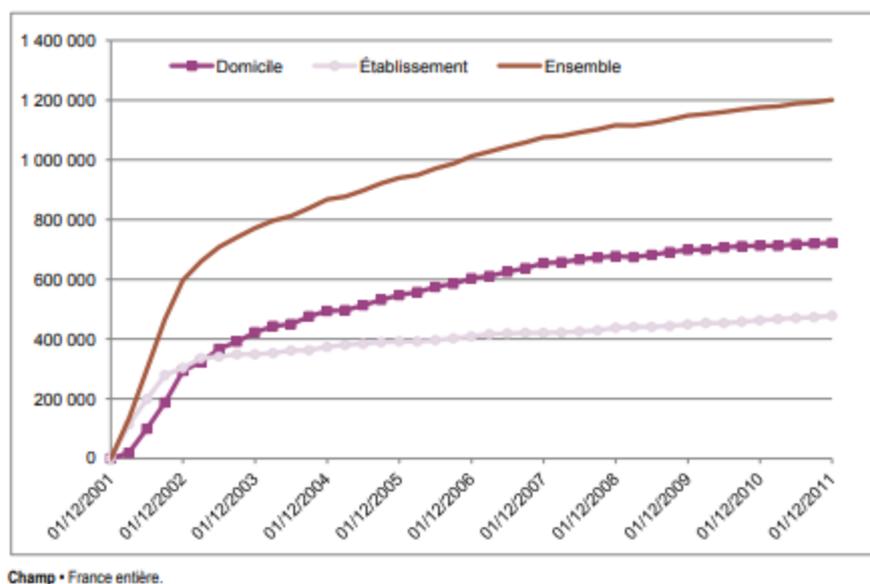
**Figure 1** : Répartition par revenu et par source de financement du plan d'aide APA (participation moyenne par mois) – DREES (<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf> - Dossiers solidarité et santé – Projection des populations âgées dépendantes)

Nous pouvons également constater une augmentation du nombre de personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies neurodégénératives telles que la maladie de Parkinson,

<sup>6</sup> DREES. Projection des populations âgées dépendantes [en ligne]. (09/2013) Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>>

d'Alzheimer, la sclérose en plaque, etc., entraînant une entrée précoce dans la dépendance. A ce jour, nous comptons plus de 30 000 malades d'Alzheimer de moins de 60 ans<sup>7</sup>. Ces personnes ne peuvent cependant pas bénéficier de l'APA. La seule aide existante à l'heure actuelle pour les moins de 60 ans est la Pension Invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie et la PCH. Face à la montée en nombre de ces personnes dépendantes de moins de 60 ans, certaines mutuelles proposent également une aide à domicile lors des sorties d'hospitalisation mais uniquement pour des durées courtes, ne dépassant rarement les deux semaines.

La dernière enquête sur la projection du vieillissement de la population de la DREES<sup>6</sup> réalisé fin 2011, dénombrent 1,2 millions bénéficiaires de l'APA en France métropolitaine, dont 60% résident à domicile et 40% en établissement. La majorité des bénéficiaires sont de GIR 3 ou 4. L'évolution de ces bénéficiaires depuis les années 2000 est reprise dans le graphique ci-dessous :



**Figure 2** : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002 - DREES  
(<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf> - Dossiers solidarité et santé – Projection des populations âgées dépendantes)

Cette enquête, confortée par l'étude « Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées »<sup>8</sup>, propose trois hypothèses d'évolution de la dépendance.

<sup>7</sup> ASSOCIATION ESPOIR ALZHEIMER ET HANDICAP NEUROLOGIQUE. *Les malades jeunes [en ligne]*. (01/2011)  
Disponible sur : <<http://espoir-alzheimer.com/les-malades-jeunes/malades-jeunes/>>

<sup>8</sup> DREES. *Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées [en ligne]*. (10/2017)  
Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-les-aides-apportees-aux-personnes-agees>>

Celles-ci considèrent une stabilité concernant l'évolution des personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) mais divergent sur l'évolution des personnes de GIR 3 et 4 :

- La première hypothèse, dite optimiste, prédit une durée de vie passée en dépendance stable avec une évolution de l'espérance de vie. Selon cette hypothèse, nous ne constaterions alors qu'un décalage des années passées en dépendance.
- L'hypothèse intermédiaire, pour laquelle l'espérance de vie sans incapacité évolue au même rythme que l'espérance de vie, entraînant une augmentation du nombre d'années vécues en dépendance.
- La dernière hypothèse, dite pessimiste, prédit une augmentation du nombre d'années vécues en dépendance.

L'hypothèse retenue par la DREES est l'hypothèse intermédiaire, suivant la même logique que l'hypothèse retenue par l'INSEE présentée précédemment. La DREES prédit alors une multiplication du nombre de personnes âgées dépendantes de 1,4 point entre 2010 et 2030 et de 2 points entre 2010 et 2060. Cette évolution induit qu'en 2060, nous compterons 2,3 millions de personnes dépendantes, contre 1,1 million en 2010.

Les pronostics d'évolution de la population française de la DREES en fonction de ces trois hypothèses sont présentés sous forme de tableaux en **annexe 3**.

### **3. Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie**

#### **3.1 Le coût de la dépendance**

En 2010, les coûts liés à la dépendance ont été évalués à 24 milliards d'euros, soit 1,3% du PIB<sup>9</sup>. Près de la moitié représente des dépenses de soins. Ces coûts liés à la dépendance sont pris en charge par la couverture publique à un taux compris entre 66 et 77%<sup>10</sup>. Cependant, cette couverture publique est très hétérogène selon le lieu de résidence ; que la personne vive à domicile ou en établissement, et selon le type de coût ; que ce soit pour l'hébergement, les soins ou les coûts relatifs à la perte d'autonomie. En effet, ces modalités entraînent des prises en charge différentes par l'assurance maladie et l'APA.

---

<sup>9</sup> DREES. *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? [en ligne]*. (03/2016) Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ddd1.pdf>>

<sup>10</sup> UNION DEPARTEMENTALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. *La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie [en ligne]*. (2011) Disponible sur : <<http://udaf55.fr/La-prise-en-charge-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie>>

L'étude de la DREES sur la dépendance des personnes âgées permet d'estimer à 10,7 milliards d'euros le reste à charge des personnes âgées lié à la perte d'autonomie en France métropolitaine qui résident à domicile. Ce reste à charge est plus élevé pour les personnes présentant une forte dépendance (GIR 1 et 2), phénomène expliqué par la saturation des plans d'aide entraînant un montant des aides, et notamment de l'APA, insuffisant pour palier la perte d'autonomie constatée.

Cette même étude de la DREES a permis de définir un reste à charge moyen des personnes âgées qui résident en établissement de 1 468 euros mensuel. Une participation des aidants possible, par le biais de l'obligation alimentaire ou d'une aide volontaire.

### **3.2 Aides financières**

Ce reste à charge peut être pris en charge partiellement ou intégralement par l'APA, que la personne soit à domicile ou en établissement. Les personnes âgées qui résident en établissement peuvent bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), selon leurs revenus. Cette ASH peut prendre en charge les frais liés à la dépendance de GIR 5 et 6. Aussi, les personnes en établissement peuvent faire une demande d'Aide Personnalisée au Logement (APL) pour le financement de l'hébergement, à condition que l'établissement qui les héberge soit conventionné avec le ministère en charge de l'équipement et la Caisse d'Allocations Familiales (CAF). Si l'établissement n'est pas conventionné, le résident peut bénéficier de l'Allocation de Logement Sociale (ALS).

### **3.3 Le cinquième risque**

D'un point de vue politique, la problématique de la dépendance liée à l'âge et au handicap n'est apparue que lors de la campagne pour l'élection présidentielle de 2008, au cours de laquelle Nicolas Sarkozy plaide pour la mise en œuvre d'un « cinquième risque »<sup>11</sup>, aussi appelé « Risque dépendance » ou « risque perte d'autonomie ». Ce cinquième risque naît d'un constat multiple : la canicule de 2003, l'augmentation de l'espérance de vie, la question de la « soutenabilité » financière, le droit à l'intégration des personnes handicapées et la prise en compte de la fatigue des aidants familiaux. L'ensemble de ces facteurs, toujours d'actualité en 2018, justifient alors la création d'un « cinquième risque », en faveur de la prise en charge de la dépendance et du handicap. La volonté de Nicolas Sarkozy est de

---

<sup>11</sup> Gilles NEZOSI. *Du cinquième risque à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]*. (06/2016) Disponible sur : <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/rub1871/du-cinquieme-risque-adaptation-societe-au-vieillissement.html>>

proposer une suite à la création de l'APA, en 2001, et de la PCH, en 2005, avec une prise en charge, au-delà d'être financière, individualisée. Ce « cinquième risque » est cependant abandonné en 2012 en raison d'un coût trop élevé pour les finances publiques, notamment en cas d'alignement des montants de l'APA et la PCH, comme cela avait été évoqué<sup>12</sup>.

Cette notion de risque lié à la dépendance réapparaît avec la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) du 28 décembre 2015, qui dissocie prise en charge de la dépendance et la prise en charge du handicap, contrairement au « cinquième risque » évoqué par Nicolas Sarkozy. Cette prise en charge de la dépendance repose sur trois piliers<sup>11</sup> :

- **L'anticipation.** La loi préconise des mesures de prévention en permettant l'accès aux nouvelles technologies (téléassistance, domotique, numérique, etc.), ainsi que des mesures de prévention individuelles et collectives, afin de repérer et combattre les facteurs de risque de la perte d'autonomie. Ce pilier a été valorisé à 185 millions d'euros.
- **L'adaptation au vieillissement,** qui doit être prise en compte par les politiques publiques, et tout particulièrement les politiques de logement, d'urbanisme, de transports et de protection des majeurs. Ce second pilier a été valorisé à 84 millions d'euros.
- **L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.** Pour cela, le plafond de l'APA à domicile a été revu avec une réduction du reste à charge et une augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile pour les personnes le plus dans le besoin (Acte II de l'APA). Les droits des aidants familiaux ont été reconnus et revalorisés. Ce troisième pilier a été valorisé à 453 millions d'euros.

Ces actions sont financées par la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA), par prélèvement sur les retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de pré-retraite.

---

<sup>12</sup> SILVERECO.FR *A propos du cinquième risque [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://www.silvereco.fr/a-propos-du-5eme-risque>>

### **3.4 La Silver Economie**

La Silver Economie est l'économie dédiée à l'avancée en âge de notre société. Les personnes âgées étaient vu autrefois comme un poids pour la société alors qu'elles sont aujourd'hui vu comme consommatrices et comme réelles ressources dans divers secteurs d'activités, tels que les loisirs, les transports, l'alimentation, la santé, la sécurité, ou encore l'habitat collectif. Ceux-ci s'adaptent à cette nouvelle tranche de consommation et se déclinent autour de notion de prévention et de bien vieillir. Définie comme porteuse de croissance et d'emplois, la Silver Economie va permettre une croissance du PIB français de 0,25% par an au cours des prochaines années<sup>13</sup>.

Comme l'a souligné le sociologue Monsieur Calvat, « *la fragilité et la vulnérabilité sont des leviers pour créer de nouveaux modèles économiques* ». L'industrie marchande qui auparavant ne s'intéressait qu'aux populations aisées entre désormais dans un modèle différent avec la théorie de Bottom of Pyramid, qui développe le concept de richesse chez les populations les plus pauvres. Cette théorie, développée par l'économiste C.K. Prahalad<sup>14</sup>, met en avant le pouvoir d'achat des populations considérées « *au bas de la pyramide* ». Le double objectif de cette théorie est de conquérir une très grande part du marché en tentant d'améliorer leurs conditions de vie tout en réduisant le taux de pauvreté de cette population. Cette théorie a conduit les entreprises à développer des approches basées sur le volume plutôt que sur la marge individuelle, contrairement aux approches élaborées pour les populations aisées.

## **4. Etat des lieux des modes de prise en charge**

### **4.1 Les services à domicile**

#### **4.1.1 Les SAD – Services à Domicile**

Les SAD proposent des services d'aides à domicile tels que des prestations d'entretien du logement, la préparation de repas, la blanchisserie. Le coût engendré par ces prestations peut être pris en charge intégralement ou partiellement par l'APA à domicile.

---

<sup>13</sup> SILVERECO.FR SILVERECO.FR *Silver Economie : définition [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://www.silvereco.fr/silver-economy>>

<sup>14</sup> PRAHALAD C.K *The Fortune at the bottom of the pyramid – eradicating poverty trough profits*. Wharton School Publishing. (08/2004)

#### 4.1.2 Les SSIAD – Services de Soins Infirmiers A Domicile

Les SSIAD, qui interviennent à la suite d'une prescription médicale, assurent des soins de nursing comme la toilette et des actes médicaux comme la distribution des médicaments ou encore la réalisation d'actes infirmiers. Ces interventions sont prises en charge par l'assurance maladie dans leur intégralité.

#### 4.1.3 Les SPASAD – Services Polyvalents d'Aides et de Soins A Domicile

Les SPASAD associent les services des SAD et des SSIAD. L'intervention d'un SPASAD fait suite à une prescription médicale pour ce qui relève des actes habituellement réalisés par un SSIAD. Les actes de nursing et médicaux sont pris en charge par l'assurance maladie. Les actes d'aide à la vie, qui relève d'un SAD, est à la charge du bénéficiaire mais l'APA à domicile peut prendre en charge intégralement ou partiellement ces frais.

#### 4.1.4 Plateforme d'accompagnement et de répit

La problématique de l'épuisement du proche aidant est une réelle limite de ce mode de prise en charge. Cet épuisement est d'ailleurs l'un des axes de la politique actuelle, avec notamment la mise en place de plus en plus de plateformes de répit qui apportent un réel soutien et un accompagnement aux aidants. Aussi, la loi ASV reconnaît désormais le statut du proche aidant et instaure le droit au répit de celui-ci. Le congé de soutien familial devient le congé du proche aidant.

### **4.2 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**

#### 4.2.1 Point juridique

Ces établissements peuvent être publics, c'est-à-dire dépendant du secteur hospitalier, d'une collectivité territoriale telle qu'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), ou du conseil général. De manière générale, les tarifs pratiqués dans le secteur public sont inférieurs que dans le secteur privé. En effet, le prix mensuel médian d'un EHPAD public est de 1 801 € mensuel alors que celui-ci est de 1 964 € pour les EHPAD privés à but non lucratif et de 2 620€ pour les EHPAD commerciaux.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> CNSA. *Analyse statistique n°4 : analyse des tarifs en EHPAD [en ligne]*. (06/2017) Disponible sur : <https://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016>

Ces établissements peuvent également être privés, c'est-à-dire gérés par des groupes privés, par des caisses de retraites, des mutuelles ou des associations. Ces établissements peuvent être à but non lucratif, ou à caractère commercial.

#### 4.2.2 Prise en charge

Les EHPAD sont des maisons de retraites médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, sauf dérogation, qui nécessitent un suivi médical et une prise en charge continue. L'hébergement peut être temporaire ou définitif.

La prise en charge est globale, et comprend l'hébergement, la restauration, la prise en charge de la dépendance et du soin.

Les EHPAD ont la possibilité, grâce à des unités d'hébergement spécialisée, d'accueillir des personnes âgées aux pathologies plus lourdes, telles que la maladie d'Alzheimer et autres maladies cognitives apparentées. Ces unités offrent une prise en charge plus sécurisée et plus adaptée à ce type de pathologies.

Depuis 2017, la loi ASV a instauré un socle minimal de prestation, qui est inclus dans le tarif hébergement. Ce socle minimal comprend les services d'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration et l'animation de la vie sociale. Les autres prestations, dites annexes, sont proposées à titre optionnel<sup>16</sup>.

#### 4.2.3 Aides financières

Les différentes aides financières accessibles en EHPAD sont les suivantes :

- L'ASH, pour les établissements habilités, versé par le Conseil Départemental.
- L'APA en établissement, qui est fonction du GIR du résident.
- Les aides au logement, versés par la CAF.

Un cumul de ces aides est possible.

### **4.3 Les Résidences Autonomie**

#### 4.3.1 Point juridique

Les résidences autonomie, anciennement foyer-logement, peuvent être des établissements publics ou privés, au même titre que les EHPAD.

---

<sup>16</sup> LEGIFRANCE. *Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]*. (12/2015) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/30/AFSA1526771D/jo/texte>>

Comme les EHPAD, la loi ASV fixe un socle minimal de prestation, défini par le décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

#### 4.3.2 Prise en charge

Les résidences autonomie, établissement à vocation sociale, sont à destination de personnes autonomes ou semi-autonomes, mais aussi de personnes handicapés, d'étudiants et de jeunes travailleurs. Les motifs d'entrée les plus fréquents sont les personnes pour qui le maintien à domicile devient difficile, voire même dangereux, qui souffrent d'isolement ou encore pour faire face à l'épuisement du proche aidant. Il s'agit d'un groupement de logements privatifs associés à des services collectifs, tels que des services de restauration et de blanchisserie. L'objectif principal de ces établissements est le maintien voire le développement de l'autonomie et la restauration du lien social pour rompre avec l'isolement. L'hébergement peut être temporaire ou définitif.

Ces établissements ne sont pas médicalisés. Certaines résidences autonomie bénéficient du forfait soins, octroyé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), permettant d'embaucher des aides-soignants, ou plus rarement des infirmiers. Ainsi, les personnes âgées peuvent conserver leurs auxiliaires de vie pour l'aide au corps ou l'entretien de leur logement. Les soins médicaux sont également assurés par des professionnels extérieurs (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.).

Le Conseil de la Vie Sociale permet aux représentants des résidents, des représentants des familles et des représentants du personnel de donner leurs avis et de faire des propositions sur la prise en charge proposée par l'établissement.

Les différentes caractéristiques d'une résidence autonomie seront davantage développées dans la partie suivante « Etat des lieux des résidences autonomie ».

#### 4.3.3 Aides financières

Le coût mensuel en résidence autonomie est nettement inférieur à celui d'un EHPAD. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA, grâce à l'Etude Nationale des Coûts, estime le coût moyen journalier en EHPAD entre 79€ et 128€ avec une évolution

inférieure à 5% chaque année<sup>17</sup>, soit un coût moyen mensuel compris entre 2 370€ et 3 840€. Le coût moyen mensuel en résidence autonomie est lui compris entre 450€ et 1 000€<sup>18</sup>.

Les différentes aides financières accessibles en résidences autonomie sont l'ASH, pour les résidences habilitées, l'APA à domicile, et les aides au logement. Un cumul de ces aides est possible.

#### **4.4 Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées (MARPA)**

##### 4.4.1 Point juridique

Les MARPA sont des établissements à but non lucratif qui peuvent être gérés par une structure publique, une association ou une structure privée.

Son cadre de référence est défini par le label attribué par la Mutualité Sociale Agricole. Ce label définit les valeurs, la garantie d'une « vie comme au domicile », la MARPA comme actrice du territoire, avec une notion de coopération et de mutualisation avec les autres établissements gériatriques, et enfin, l'appartenance à une fédération nationale<sup>19</sup>.

##### 4.4.2 Prise en charge

Les MARPA sont des petites unités de vie qui accueillent des personnes âgées autonomes. Tout comme les résidences autonomie, elles proposent un logement privatif associé à des services collectifs, tels que des services de restauration et de blanchisserie. L'objectif principal de ces établissements est le maintien voire le développement de l'autonomie et la restauration du lien social pour rompre avec l'isolement. Les MARPA ont avant tout une vocation sociale.

La réelle différence notable entre une résidence autonomie et une MARPA est le nombre de résidents accueillis, qui se limite au nombre de 25 pour les MARPA.

---

<sup>17</sup> CNSA. *Etude nationale des coûts en EHPAD : des coûts moyens stables entre les exercices 2015 et 2016 [en ligne]*. (06/2018) Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/etude-nationale-de-couts-des-ehpad-des-couts-moyens-stables-entre-les-exercices-2015-et-2016>>

<sup>18</sup> HUMANIS. *Résidences autonomie (ex logements foyers) : quels sont les frais à prévoir [en ligne]*. (01/2017) Disponible sur : <<https://essentiel-autonomie.humanis.com/trouver-maison-retraite-ehpad/preparer-entree/Residences-autonomie>>

<sup>19</sup> MARPA. *Le Projet MARPA [en ligne]*. (2017) Disponible sur : <<https://www.marpa.fr/le-reseau/le-projet-marpa-2/>>

#### 4.4.3 Aides financières

Les résidents des MARPA peuvent bénéficier des mêmes aides financières qu'en résidence autonomie.

### **4.5 L'habitat intergénérationnel**

#### 4.5.1 Point juridique

Ces structures sont gérées par de associations ou des investisseurs privés, en partenariat avec des bailleurs sociaux.

#### 4.5.2 Prise en charge

Il s'agit d'un ensemble de logements qui accueillent des personnes de différentes générations. Ces logements permettent, pour les personnes âgées, d'être hébergé dans un cadre sécurisé et adapté et de rompre avec l'isolement, avec des espaces communs à destination de l'ensemble des personnes hébergées. La solidarité entre générations et entre voisins et le point d'honneur de ces habitats intergénérationnels.

Ceux-ci peuvent avoir une vocation sociale.

#### 4.5.3 Aides financières

Ces structures ne peuvent pas être habilitées à l'ASH. Les personnes y vivant peuvent bénéficier de l'APA à domicile et des aides au logement. Un cumul de ces aides est possible.

### **4.6 L'accueil familial**

#### 4.6.1 Point juridique

Un accueillant familial, qui peut être une personne morale seule ou en couple, doit être agréé par le conseil département afin de proposer un accueil familial. Cet agrément est attribué pour une durée de 5 ans.

La loi ASV vise à développer cette forme de prise en charge. Elle rend notamment obligatoire l'initiation aux gestes de secourisme et cadre davantage l'agrément de l'accueillant familial limite à 3 le nombre de personnes accueillies simultanément, sauf dérogation, et à 8 le nombre total de contrats d'accueil. Aussi, les contrats d'accueil devront désormais comporter un « projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie », ainsi qu'une charte des droits et libertés de la personne accueillie, et la possibilité pour la personne accueillie de désigner une personne de confiance. Toutes

ces nouveautés rapprochent le contrat d'accueil des modes de prises en charge du secteur sanitaire et médico-social<sup>20</sup>.

#### 4.6.2 Prise en charge

L'accueil familial est à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, qui sont reçus chez l'habitant et partage la vie de famille de l'accueillant, contre rémunération. L'hébergement, la restauration et l'entretien des effets personnels sont compris. L'aide dans les actes de la vie quotidienne peut également faire partie des services proposés. Autrement, des aides à la vie peuvent intervenir directement au domicile.

Il peut s'agir d'une prise en charge ponctuelle ou définitif, à temps complet ou à temps partiel.

Ce mode de prise en charge permet de créer du lien social et de s'ouvrir vers l'extérieur, mais aussi de stimuler la personne dans les actes du quotidien. Un suivi social et médico-social de la personne accueillie est assuré par les services du département.

#### 4.6.3 Aides financières

Ce mode de prise en charge n'est pas compatible avec l'ASH. Cependant, les personnes accueillies peuvent bénéficier de l'APA à domicile et des aides au logement. Un cumul de ces aides est possible.

### **4.7 L'évolution des établissements médico-sociaux**

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et médico-sociale et replace au centre l'usager et le droit des personnes. Pour cela, quatre grandes orientations ont été définies<sup>21</sup> :

- **Missions élargies des missions de l'action sociale et médico-sociale** et diversification des interventions. En gériatrie, cela introduit notamment diverses actions en termes de prévention, d'adaptabilité, d'accompagnement, aussi bien en établissement qu'à domicile.
- **Promotion des droits et libertés individuelles des usagers.** C'est ainsi que sont mis en avant la dignité, le respect de la vie privée et la sécurité de l'usager, en passant par la notion de confidentialité et d'information de l'usager. Cette orientation

---

<sup>20</sup> LEGIFRANCE. *Décret n° 2017-552 du 14 avril 2017 relatif à la formation des accueillants familiaux [en ligne]*. (04/2017) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/14/2017-552/jo/texte>>

<sup>21</sup> FEHAP. *10 ans de la loi 2002-02 : Une décennie de rénovation du secteur social et médico-social ? [en ligne]*. (01/2012) Disponible sur : <[http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/6\\_1\\_2012\\_18\\_33\\_3\\_plaquette\\_finale\\_ok.pdf](http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/6_1_2012_18_33_3_plaquette_finale_ok.pdf)>

reprend notamment les 7 outils qui permettent la participation individuelle et collective de l'utilisateur ainsi que l'organisation de la vie de l'utilisateur.

- **L'amélioration des techniques de pilotage pour une meilleure adaptation de l'offre aux besoins existants**, notamment via de nouveaux schémas d'orientation pluriannuels et les règles de tarification spécifiques à chaque type d'établissement.
- **L'organisation transparente de la coordination entre les acteurs**, avec la mise en place de conventions, de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Au-delà de ces orientations, qui ont été poursuivies politiquement, nous pouvons mettre en avant le besoin pour nos établissements de s'adapter à l'évolution de la demande et des besoins des personnes accueillies. Cette adaptation, au-delà d'être architecturale, se ressent également dans le mode de prise en charge avec des personnes qui souhaitent être actrices de leur quotidien, donner leur avis et participer à l'amélioration de la qualité de prise en charge.

Aussi, nous ressentons dans nos établissements une évolution du besoin en termes de maintien du lien social, notamment expliqué par l'éloignement familial qui amène plus rapidement les personnes accueillies mais aussi à domicile dans des situations d'isolement.

Nous rencontrons des populations vieillissantes qui entrent en institution de plus en plus tard, celles-ci ayant fait le choix du domicile. C'est pourquoi, avant même leur entrée en établissements, des actions de prévention doivent être mises en place au domicile pour assurer le maintien dans des conditions de sécurité.

Plus de 15 ans après, les 4 orientations que nous avons pu mettre en évidence de la loi 2002-2 restent d'actualité.

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), propose une cartographie de la « *Transformation de l'accompagnement du vieillissement à l'horizon 2060* », que vous trouverez en **annexe 4**. Celle-ci met en avant l'importance des résidences autonomie dans l'accompagnement futur des populations vieillissantes, et le modèle des USLD et des EHPA qui tendent de plus en plus vers les personnes très dépendantes, relevant de « *soins médico-techniques importants* ».

## 5. Etat des lieux des Résidence Autonomie

### 5.1 Point historique

Les logements-foyers naissent officiellement de la loi sur l'urbanisme du 7 août 1957<sup>22</sup>. Ces structures pour personnes âgées répondent à plusieurs problématiques que sont la crise du logement d'après-guerre, les mauvaises conditions d'habitat des personnes âgées et la nouvelle demande qui émanent des personnes âgées, qui tend à privilégier les besoins liés au bien-être et à des services de qualités, contrairement à l'accueil en hospice de l'époque.

En 1962, le rapport Laroque<sup>23</sup> alarme sur la situation d'isolement et de mauvaises conditions d'hébergement des personnes âgées. Ce rapport met ainsi l'accent sur la nécessité d'intégrer ces personnes âgées isolées à la société et de créer des logements adaptés, à coût modéré, permettant aux personnes âgées de conserver leur indépendance. C'est dans cet objectif que l'aide-ménagère à domicile est généralisée et que des services sociaux de toute nature sont créés.

La construction des logements-foyers s'est fortement accentuée dans les années 60 et 70 afin de répondre aux problématiques avancées précédemment. Ces établissements se donnent la mission de préserver l'autonomie des personnes accueillies, d'assurer le maintien du lien social et de faciliter l'accès aux services<sup>24</sup>.

Encore aujourd'hui, les objectifs d'une logements-foyers devenus résidence autonomie, est le maintien de l'indépendance de ces personnes âgées, l'accès à un environnement sécurisé et à des services collectifs, le tout à coût modéré<sup>20</sup>.

### 5.2 Etat des lieux quantitatif

On compte à ce jour 2 247 résidences autonomie en France métropolitaine. La plupart d'entre elles sont gérées par les collectivités territoriales et notamment les CCAS<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> LEGIFRANCE. *Loi n° 57-908 du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs* [en ligne]. (08/1957) Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000315837&categorieLien=id>>

<sup>23</sup> JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE. *Constitution du 4 octobre 1958* [en ligne]. (10/1958) Disponible sur : <http://archives.assemblee-nationale.fr/1/qst/1-qst-1962-02-24.pdf>

<sup>24</sup> CHAPON Pierre-Marie. *Résidence autonomie Quels besoins ? Quelles attentes ?* [en ligne]. (07/2017) Disponible sur : <<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-reference/552002-Residences-autonomie-besoins-attentes.pdf>>

<sup>25</sup> ACTION SOCIALE. *Résidences autonomie*. [en ligne]. (2018) Disponible sur : <<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/personnes-agees/logement-foyer-202.html>>

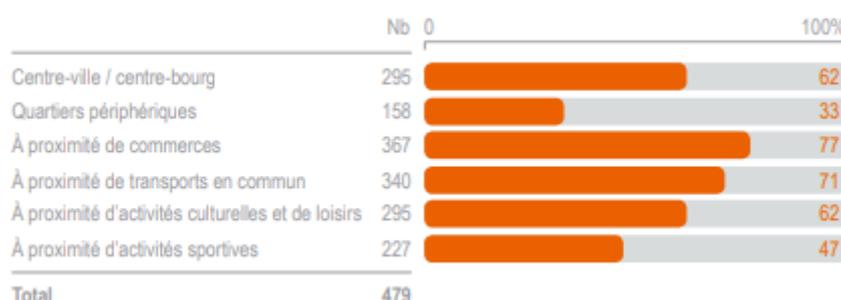
Une enquête nationale a été menée en 2015 et publiée en 2017 par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) auprès des résidences autonomie. Celle-ci représente à ce jour l'enquête auprès des résidences autonomie la plus complète avec plus de 50% de retour. Celle-ci permet de mettre en avant que les départements de France métropolitaine comptent en moyenne 23 résidences autonomie. Nous pouvons constater une répartition très hétérogène avec 31% des départements qui possèdent moins de 10 résidences autonomie alors que des départements tels que la Gironde possède 95 établissements.

40% des résidences autonomie en France sont habilitées à l'ASH avec un nombre moyen de places habilitées par établissement de 42<sup>24</sup>. Ce nombre reflète bien la vocation sociale des résidences autonomie mais aussi la différence avec le public accueilli en résidence services, chez qui les tarifs sont plus élevés et non accessible à cette partie de la population.

75% des résidences autonomies en France sont bénéficiaires de l'APL, avec une moyenne de 23 bénéficiaires par structure<sup>24</sup>.

60% des résidences autonomie se trouvent en milieu urbain et plus de 70% sont à proximité de commerces et de services de transport en commun<sup>24</sup>. Ces emplacements reflètent l'objectif de rupture de l'isolement des résidences autonomie, avec un maintien du lien social plus accessible dans ces environnements urbains. Dans ce même objectif, 86% des résidences disposent d'un espace de restauration, lieu favorable à l'échange et aux rencontres.

La figure ci-dessous reprend le positionnement géographique des résidences autonomie :



**Figure 3 :** Positionnement géographique des résidences autonomie en 2015 – CNAV (<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-reference/552002-Residences-autonomie-besoins-attentes.pdf>)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, les groupes privés qui détiennent le plus de résidence autonomie sont le groupe ARPAVIE (77), le groupe Génération Mutualistes (46), La Fondation Partage et Vie (9) et le Groupe SOS (4). Il existe en France 200 MARPA<sup>26</sup>.

Si nous nous intéressons de plus près à l'offre proposée par ces différents groupes et aux plus grands groupes de maisons de retraite, nous obtenons les chiffres suivants :

GROUPE	Nombre total d'établissements	Nombre d'EHPAD	Nombre de résidences autonomie
MARPA	200	0	200
ARPAVIE	125	46	77
Génération Mutualistes	750	347	46
Fondation Partage et Vie	117	83	9
Groupe SOS	80	62	4
KORIAN	364	290	0
ORPEA	357	226	0
DOMUSVI	250	193	0
COLISEE	99	92	0

**Tableau 1** : Offre des plus grands groupes de maisons de retraite – Clémentine JOUANNE (GEROSCOPIE. *Top 20 des groupes privés non lucratifs : le classement 2018 révélé (04/2018)*)

Nous pouvons ainsi constater que les plus grands groupes de maisons de retraites n'ont pas fait le choix des résidences autonomie. Cependant, les groupes Korian, Orpéa, Domusvi et Colisée investissent le marché des résidences services, avec plusieurs ouvertures ces dernières années. Ces résidences services proposent des prestations plus haut de gamme que les résidences autonomie, et attirent ainsi un public différent, aux revenus plus élevés.

L'étude « Enquête EHPAD 2015 » a été publiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en juillet 2017<sup>27</sup>. Celle-ci présente l'évolution du nombre de résidents par catégorie d'établissement entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2015. On note ainsi une augmentation de 6,2% du nombre de résidents

<sup>26</sup> GEROSCOPIE. *Top 20 des groupes privés non lucratifs : le classement 2018 révélé (04/2018)*

<sup>27</sup> DREES. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 [en ligne]*. (07/2017) Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>>

en EHPAD, une augmentation de 11,6% pour les logements-foyers à but lucratif, une augmentation de 0,5% pour les logements-foyers public et une baisse de 0,7% pour les logement-foyers à but non lucratif. Vous trouverez en **annexe 5** le tableau « *nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011* » présenté par la DREES. Ces résultats reflètent précisément les besoins actuels de la population, avec un besoin de prise en charge médicalisée d'une part avec l'augmentation du nombre de résidents en EHPAD, et d'autre part une recherche de prestations de qualité, avec l'augmentation du nombre de résidents en établissements lucratifs et la diminution d'autres part des établissements non lucratifs à vocation sociale. Cette situation démontre bien le tournant actuel et les difficultés de remplissage des établissements non lucratifs, ainsi que la nécessité pour ces établissements de réadapter leur offre afin de répondre à ces nouveaux besoins.

Pour faire face à ces difficultés de remplissage des résidences autonomie, diverses solutions ont été mises en place par les différents groupes, et notamment en termes de communication. Pour exemple, certains groupes tels qu'ARPAVIE ou KORIAN ont fait le choix d'embaucher un directeur de communication ou des commerciaux afin de promouvoir et faire connaître leurs établissements auprès des prescripteurs et du grand public. Aussi, les groupes mutualistes ont une facilité de communication avec le grand public et peuvent ainsi plus facilement promouvoir leurs établissements. Les résidences autonomie à but non lucratifs, quant à elles, ont plus de mal à trouver leur place sur le marché et à se faire connaître, suite à des difficultés de communication aussi bien avec les prescripteurs qu'avec le grand public, mais aussi parce que le budget ne permet pas l'intervention de commerciaux ou responsable communication comme le font les groupes lucratifs.

### **5.3 Mise en place de conventions de partenariat**

La loi ASV rend obligatoire la conclusion d'une convention de partenariat entre la résidence autonomie et un EHPAD. Cette convention doit permettre, à minima :

- D'accueillir en EHPAD les résidents dont l'état de santé ne permet plus la prise en charge en résidence autonomie,
- De permettre l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire aux résidents dont l'état de santé ne permet plus temporairement la prise en charge en résidence autonomie,
- D'organiser des partenariats avec l'EHPAD dans le cadre d'actions de prévention,
- De transmettre les informations concernant les initiatives et les actions mises en place par chacun des parties.

La mise en place d'une convention de partenariat avec un établissement ou un service sanitaire ou médico-social ou un professionnel de santé doit permettre, à minima :

- Une coopération entre la résidence autonomie et les intervenants dans le respect de la liberté de choix des résidents,
- Une organisation de partenariat permettant la mise en place d'actions de prévention.

#### **5.4 Transformation des résidences autonomie**

Au cours de ces 15 dernières années, près de 30% des logements-foyers, soit environ 600 établissements, ont fermé ou se sont transformés en EHPAD en France métropolitaine.

La circulaire du 15 mai 2007<sup>28</sup> instaure que toute logement foyer dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) dépasse le seuil de 300 deviendra EHPAD. Depuis le décret du 27 mai 2016 de la loi ASV<sup>29</sup>, le seuil du GMP 300 est remplacé par un seuil de 15% de la capacité autorisée de GIR 1 à 3 et un seuil de 10% de la capacité autorisée de GIR 1 à 2. En cas de dépassement de l'un de ces deux seuils, la résidence autonomie entrera alors dans le champ de la réglementation relative aux EHPAD et deviendra un établissement médicalisé.

Au-delà de cette condition de GMP, les résidences autonomie, qui ont été construites dans les années 60 et 70 comme vu précédemment, sont confrontées à un réel problème d'accessibilité et de mise en conformité, avec des établissements vieillissants rencontrant des problèmes d'amiante et de légionnelle. L'enquête menée en 2015 par la CNAV révèle qu'un peu plus de 65% seulement des résidences autonomie sont en conformité avec la réglementation en vigueur et que seulement un peu plus de 50% ont réalisé un diagnostic accessibilité. C'est face à ces difficultés architecturales et l'absence de budget nécessaire pour la mise en conformité des bâtiments que des résidences sont amenées à fermer. De plus, ces anciens bâtiments sont beaucoup moins attractifs que les nouvelles structures pour les futurs potentiels résidents.

---

<sup>28</sup> JOURNAL OFFICIEL. *Circulaire DDSC/DGAS/DGUHC no 2007-36 du 15 mai 2007 relative au classement et à la réglementation sécurité incendie (habitation ou ERP) applicable aux établissements accueillant des personnes âgées, y compris les logements-foyers pour personnes âgées [en ligne].* (05/2007) Disponible sur : <<http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO200711/A0110057.htm>>

<sup>29</sup> LEGIFRANCE. *Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées [en ligne].* (05/2016) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte>>

Aussi, les résidences autonomie qui ne proposeront pas au 1<sup>er</sup> janvier 2021 le socle minimal comme l'impose la loi ASV se verront retirer leur autorisation et se verront dans l'obligation de fermer leur établissement.

### **5.5 Le forfait autonomie**

Depuis 2016 et grâce à la loi ASV, certaines résidences autonomie ont pu bénéficier du forfait autonomie, financé par le conseil départemental. Ce forfait poursuit les ambitions de la loi ASV, à savoir préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées. Celui-ci a vocation la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie, aussi bien pour les résidents de la résidence qui en bénéficie que pour les résidents d'autres résidences autonomie et pour les personnes extérieures âgées de plus de 60 ans.

L'attribution du forfait autonomie induit la signature obligatoire d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Ce CPOM doit notamment contenir une clause sur les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis dans le cadre des priorités définies par la conférence des financeurs.

Le montant du forfait autonomie est fixé en lien avec les priorités qui ont été fixées par la conférence des financeurs. Celles-ci se concentrent autour du maintien de l'autonomie et se déclinent en 6 axes, comme l'a présenté la CNSA :



**Figure 4** : Les six axes de la conférence des financeurs – CNSA

([https://www.cnsa.fr/documentation/conference\\_des\\_financeurs\\_guide-technique\\_v1.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guide-technique_v1.pdf))

L'article 4 du décret du 27 mai 2016 de la loi ASV a précisément défini les actions financées par ce forfait autonomie, qu'elles soient individuelles ou collectives :

- « *Le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ;*
- *La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes ;*
- *Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté ;*
- *L'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ;*
- *La sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités. »<sup>29</sup>*

Par l'intermédiaire de ce forfait autonomie, la loi ASV renforce la place des résidences autonomie dans le panel des « *habitats intermédiaires* », comme le précise la Direction Générale de la Cohésion Sociale<sup>30</sup> avec la valorisation et la modernisation de ses missions de prévention, en permettant l'ouverture vers l'extérieur et le financement des actions de prévention de la perte d'autonomie en lien avec les personnes de l'extérieur.

Au début de l'année 2017, Rémi Mangin, chargé de mission à la CNSA, fait un premier retour sur l'utilisation du forfait autonomie<sup>31</sup>, soulignant une implication dite « *positive* » des départements, avec la signature de nombreux CPOM et la mise en place d'actions de prévention.

Pour l'année 2018, d'un commun accord de la CNSA et du ministère des Solidarités et de la Santé, l'enveloppe allouée aux départements au titre de la conférence des financeurs est de 140 millions<sup>32</sup>. Cette enveloppe est à destination de financement « *des aides techniques individuelles, des actions de prévention [...] et les autres actions collectives de prévention* ».

### **5.6 Plan d'Aide à l'Investissement**

Le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI), né de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, permet la poursuite de la mission d'aide à l'investissement de la CNSA visant à la modernisation, la restructuration, l'extension et la mise aux normes des établissements médico-sociaux. Ces PAI sont financés par les excédents budgétaires de la CNSA. C'est

<sup>30</sup> HOSPIMEDIA. *Les résidences autonomie bénéficieront en 2017 d'un budget de 40M€ au titre de leur nouveau forfait [en ligne].* (03/2017) Disponible sur : <<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/44440>>

<sup>31</sup> LEGIFRANCE. *Arrêté du 1er février 2018 fixant le montant des concours alloués aux départements au titre de la conférence des financeurs pour 2018, pris en application du a du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles [en ligne].* (02/2018) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036593431>>

<sup>32</sup> CNSA. *Aide à l'investissement [en ligne].* (07/2018) Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/allocation-de-ressources/aide-a-linvestissement>>

ainsi que la CNSA se positionne comme levier de la transformation et du développement des établissements médico-sociaux.

Au 31 décembre 2017, le montant cumulé des PAI représentait 2,4 milliards d'euros, répartis en 3 434, ont 70% à destination des personnes âgées. Monsieur Gauthier Caron-Thibault conseiller du directeur de la CNAV, souligne « *l'importance de ce PAI pour les résidences autonomie et leur parc immobilier vieillissant* ».

### **5.7 Difficultés rencontrées**

Comme nous avons commencé à l'énumérer dans les parties précédentes, les résidences autonomie sont confrontées à de nombreux obstacles qui entraînent des difficultés de remplissage des établissements et ainsi remettent en question la pérennité de ces structures. Parmi ces difficultés, nous avons pu identifier les suivantes :

- **Des structures qui deviennent vétustes et non conformes**, ce qui engendre une dégradation de l'image des résidences autonomie et ainsi des difficultés de remplissage des établissements.
- **La demande des futurs résidents a évolué** et les résidences autonomie sont confrontées à des personnes moins autonomes qu'autrefois et qui rencontrent davantage de problèmes sociaux. Aussi, les personnes qui intègrent les résidences autonomie sont de plus en plus âgées.
- **Le manque de travaux et d'investissement par le propriétaire de l'établissement.** Le bâti est dégradé et ancien pour la plupart des résidences actuelles. Les propriétaires des bâtiments n'ont pas toujours su répondre à la demande et mettre en œuvre les travaux nécessaires pour assurer la pérennité et la mise en conformité des bâtiments. L'enquête menée par la CNAV en 2015 précise que 70% des gestionnaires de résidences autonomie ne sont pas propriétaires et la plupart de ces gestionnaires soulignent des problèmes de communication avec leur propriétaire. Le rapport<sup>33</sup> de Monsieur Grunspan de juillet 2002 sur les logement-foyers, qui met en parallèle l'adaptation du patrimoine logements-foyer et l'évolution de la population hébergée, mentionnait déjà que les revenus modestes des locataires des établissements empêchaient le financement de travaux de grandes envergures

---

<sup>33</sup> GRUNSPAN Jean-Pierre. *Les logements-foyers pour personnes âgées [en ligne]*. (07/2002) Disponible sur : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000226/index.shtml>>

et Monsieur Grunspan mettait en garde contre « *le renchérissement des redevances au regard des travaux de rénovation ou d'adaptation à mener* ».

- **La non-habilitation à l'aide sociale** de certains établissements représente une réelle fragilité, et l'impossibilité de prendre en charge les personnes à faibles revenus.
- **Un manque de communication et une méconnaissance du grand public.** Face à cela, les personnes autonomes et semi-autonomes en recherche d'un logement vont ainsi plus facilement s'orienter vers une résidence service. Cette méconnaissance est notamment due, comme nous avons pu le mentionner précédemment, à un manque de communication et à des politiques commerciales totalement différentes de ces établissements lucratifs. Nous pouvons cependant souligner que le magazine Le Nord d'octobre 2017 « L'autonomie pour la vie »<sup>34</sup> fait état des lieux des différents modes de prise en charge envisageables pour les personnes âgées autonomes. Il est proposé diverses « *réponses innovantes* », telles que les béguinages, les résidences seniors, les accueils familiaux, etc. Cependant, les Résidences Autonomie ne sont à aucun moment mentionnées. Cette absence de communication de la part du département, pourtant financeur du forfait autonomie et signataire des CPOM avec les résidences autonomie, et qui « *fait de l'autonomie une priorité* » met une fois encore en avant l'obsolescence des Résidences Autonomie face aux autres modèles de prise en charge.

Face à ces difficultés majeures, induisant des évolutions inévitables que ce soit d'un point de vue architectural qu'en termes d'offre de service, la loi ASV souligne l'importance de la pérennité de ces anciens foyers-logement. C'est également le postulat fait par Monsieur Chapon, docteur en géographie-aménagement et directeur général de la VAA conseil, spécialisé dans l'accompagnement de démarches transversales santé, vieillissement, habitat et territoires : « *Ces établissements sont aujourd'hui dans une situation préoccupante. Pourtant, ils constituent une réelle alternative pour une population fragile et à faible revenu* »<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> DEPARTEMENT DU NORD. *Le Nord : l'autonomie pour la vie* (10/2017)

<sup>35</sup> CAPON Marie-Pierre. *Il faut sauver les résidences autonomie [en ligne]*. (11/2016) Disponible sur : <<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-162811-il-faut-sauver-les-residences-autonomie-2044415.php>>

## II. Les nouvelles technologies au service du maintien de l'autonomie

### 1. La gérontechnologie

La gérontechnologie, ou gérontechnologie, regroupe la gérontologie et la technologie. Il s'agit d'une discipline visant à « *créer des environnements technologies au service de la santé, du logement, de la mobilité, de la communication, des loisirs et de travail des personnes âgées* »<sup>36</sup>.

La gérontechnologie s'est fortement développé dans les années 2000, en lien avec les réflexions sociales et médicales, et ont conduit à la création d'un groupe de travail dédié au sein de la Société française de gériatrie et gérontologie. Ce groupe de travail est devenu une filiale en 2007, avec l'appui d'Alain Franco, professeur de médecine interne, et le soutien de la CNSA, sous le nom de la Société Française de Technologies pour l'Autonomie et Gérontechnologie (SFTAG). La mission centrale de la SFTAG est d'apporter son expertise dans le domaine de la gérontechnologie, dans le cadre du handicap et de la perte d'autonomie, en s'appuyant notamment sur les études menées par les centres d'évaluation des gérontechnologies, qui sont spécialisés dans l'un de cinq domaines suivants :

- La technologie de l'information et la communication
- La robotique
- La stimulation cognitive
- La mobilité handicap
- L'habitat

### 2. La domotique

La domotique est définie par le dictionnaire Larousse comme l'« *ensemble des techniques visant à intégrer à l'habitat tous les automatismes en matière de sécurité, de gestion de l'énergie, de communication, etc.* »<sup>37</sup> La domotique, discipline en plein essor, peut permettre aux personnes âgées de maintenir voire de retrouver leur autonomie.

Pour citer quelques exemples, la domotique peut prendre la forme de régulateur automatiques, permettant de réguler la luminosité de la pièce en fonction de la luminosité

---

<sup>36</sup> AGE VILLAGE PRO. Gérontologie – Silver Economie [en ligne]. (2018) Disponible sur : <<http://www.agevillagepro.com/n3-gerontechnologie-silver-economie-271>>

<sup>37</sup> LAROUSSE. Domotique [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domotique/26402>>

ambiante et d'assurer l'ouverture et la fermeture automatique des volets, de régulateur thermiques, de bracelets détecteurs de chute.

De nombreuses expériences sont menées sur la création de maisons dites « intelligentes », comme y travaillent depuis 2005 les chercheurs de la technopole de Sophia-Antipolis dans le cadre de l'expérience « Gerhome »<sup>38</sup>. Ces maisons, comptant de nombreux capteurs, permettent de surveiller l'état de santé à domicile : si la personne est bien levée, si elle s'alimente correctement, si elle a éteint tous les appareils électriques, etc. et de transmettre l'information aux proches, aux aides à domicile, à un médecin ou aux services d'urgence.

C'est sur ce même modèle que la société UNAIDE, service d'aide à domicile, a été créé en début de cette année 2018<sup>39</sup>. UNAIDE, en plus d'assurer l'intervention d'aide à domicile, propose le placement de capteurs au sein du domicile afin d'identifier tout comportement anormal ou difficulté rencontré par la personne âgée et ainsi alerter l'aide à domicile qui se rendra au domicile dans les plus brefs délais. Ces aides à domicile connectées assurent une sécurité optimale et continue grâce aux progrès de la domotique et des nouvelles technologies.

Deux freins peuvent être identifiés au développement de la domotique. D'une part, la généralisation de la domotique représente un coût élevé. D'autre part, l'installation au domicile de modules et capteurs peuvent créer un réel sentiment d'intrusion dans la vie privée.

### 3. L'utilisation des nouvelles technologies par les personnes âgées

#### 3.1 L'évolution de l'utilisation des nouvelles technologies

Le baromètre européen de l'institut du Bien Vieillir Korian, qui résulte d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon de plus de 4 000 personnes, représentatif de la population âgée de 65 ans et plus, s'est intéressé à l'usage des nouvelles technologies par les personnes âgées. Il s'avère que parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, en 2016, 72% envoient des mails au moins une fois par semaine (contre 63% en 2015), 62% s'informent sur internet

---

<sup>38</sup> VIATTE Juliette. *La domotique au service de la perte d'autonomie [en ligne]*. (09/2015) Disponible sur : <<http://www.agevillagepro.com/article-7048-1-La-domotique-au-service-de-la-perse-d-autonomie-des-personnes-agees.html>>

<sup>39</sup> UNAIDE. *Aide à domicile, préservons le lien [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <<https://unaide.fr/>>

et 35% fréquentent les réseaux sociaux au moins une fois par semaine<sup>40</sup>. Ces résultats soulignent l'omniprésence des nouvelles technologies dans notre société, que ne connaissaient pas les générations précédentes. Ces nouvelles générations de personnes âgées ont vu apparaître les nouvelles technologies au cours de leur vie professionnelle et ont pu les côtoyer. C'est face à ce constat qu'il paraît plus aisé d'intégrer des innovations technologiques dans le cadre de la prévention et du maintien de l'autonomie.

L'association Autonom'lab<sup>41</sup>, devenue Groupe d'Intérêt Public, accompagne depuis 2010 les établissements médico-sociaux dans l'intégration des nouvelles technologies dans leurs modes de prise en charge. Elle étudie l'impact de ces innovations sur l'organisation et participe à l'innovation sociale. Compétente dans trois domaines, elle intervient dans le cadre de l'adaptation de l'habitat, le développement des compétences des professionnels ainsi que dans la recherche et le développement. Autonom'lab travaille en collaboration avec le Conseil Général et c'est dans ce cadre que des projets sont déployés au sein d'établissements accueillant un public âgé, comme le projet « favoriser la prévention de la perte d'autonomie dans le lieu de vie de la personne » déployé à l'EHPAD « Les 5 sens » dans le Limousin, où un système de télé-vigilance via des caméras de détection de chutes a été installé. Autonom'lab a déployé 38 « Living'lab » en France, qui visent à créer et développer des outils innovants.

Actuellement, une nouvelle problématique de l'éloignement géographique des proches entraîne des difficultés de prise en charge et diminue la présence des proches aidants. Dans ce cadre, les nouvelles technologies peuvent être un véritable appui, avec par exemple des applications qui permettent de rappeler les rendez-vous médicaux, la prise des médicaments, etc. L'évolution de nos sociétés et de nos habitudes de vie nous demandent une certaine adaptabilité dans la prise en charge de nos aînés, qui peut être facilitée par ces nouvelles technologies.

### **3.2 Les difficultés d'intégration des nouvelles technologies auprès du public âgé**

Comme le souligne Anne-Sophie Rigaud, professeur de médecine gériatrique, bien que l'utilisation des robots commence à faire ses preuves auprès du public âgé, notamment

---

<sup>40</sup> KORIAN. *3ème baromètre européen du bien vieillir Korian [en ligne]*. (06/2016) Disponible sur : <<http://fondation-korian.com/wp-content/uploads/2016/09/CP-Barometre-seniors-IBVK.pdf>>

<sup>41</sup> AUTONOM'LAB. *Activateur de projets innovants pour l'autonomie des personnes [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<http://www.autonom-lab.com/>>

auprès des personnes présentant des troubles démentiels, l'intégration des nouvelles technologies doit rester raisonnable. Se pose la question de la présentation aux proches de ces nouvelles technologies mais aussi de l'appréhension et de la formation des professionnels de santé.

Ces nouvelles technologies peuvent être inquiétantes, source d'anxiété, ou entraîner des sentiments d'**intrusion dans la vie privée**. Après plusieurs expérimentations en maison de retraite, Anne-Sophie Rigaud souligne qu' « *au-delà d'un mètre 20, un robot inquiète les personnes, il devient menaçant* »<sup>42</sup>. Dans la même idée est souvent abordée la question de la **sécurisation des données**, avec la crainte d'une utilisation malveillante des données personnelles recueillies. Comme l'a souligné Monsieur Salat, patient expert, lors du 4<sup>ème</sup> colloque Cap Santé Entreprise sur « Les nouvelles technologies et Santé » en novembre 2017, « *l'encadrement juridique concernant la sécurité de ces dispositifs d'échanges par voie numérique doit être constant* ». Comme l'a exposé Monsieur Vanpé, architecte de système d'information, seuls certains hébergeurs peuvent stockées ces données sensibles afin d'assurer leur sécurité et en ce sens, des outils doivent être développés pour fiabiliser au mieux ce stockage de données. Cette méfiance est d'ailleurs soulignée par l'étude de Madame DONNASSON-EUDSE, « *Le Big data dans la Santé : réalités et perspectives en France* » réalisée en 2016, où elle précise que plus de 75% des français s'inquiètent de la sécurité des données personnelles concernant les technologies à finalité médicale<sup>43</sup>. Par ailleurs, la politique défend cette sécurisation et le Règlement Général Européen prévoit de lourdes sanctions en cas d'incident de sécurité.

Un autre frein actuel à l'intégration des nouvelles technologies, que ce soit au domicile ou en institution est le **manque de recul**. Les expérimentations et les utilisations actuelles mettent en avant des bénéfices, notamment en termes de bien-être et de rupture de l'isolement, mais « *nous sommes encore dans le brouillard* » précise Anne-Sophie Rigaud.

---

<sup>42</sup> TISSERON Serge. *Jouets régressifs ou auxiliaires thérapeutiques : quelle place pour les robots auprès des personnes âgées ? [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <[https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-serge-tisseron/poupees-regressives-ou-auxiliaires-therapeutiques-quelle-place-pour-les-robots-aupres-des-personnes?utm\\_campaign=Echobox&utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook](https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-serge-tisseron/poupees-regressives-ou-auxiliaires-therapeutiques-quelle-place-pour-les-robots-aupres-des-personnes?utm_campaign=Echobox&utm_medium=Social&utm_source=Facebook)>

<sup>43</sup> DONNASSON Sylvie. *Le Big Data dans la Santé : réalités et perspectives en France [en ligne]*. (11/2016) Disponible sur : <<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-162778-le-big-data-dans-la-sante-quelles-realites-et-perspectives-en-france-2043994.php>>

De plus, le personnel soignant est relativement réticent à l'usage de ces nouvelles technologies, qui voit cela comme une **déshumanisation** de la relation soignant-résident. C'est pourquoi une sensibilisation et des formations sont nécessaires, afin de faire prendre consciences des bénéfiques, et de souligner la présence quasi-constante du personnel soignant lors de l'utilisation de ces outils, notamment pour des questions de sécurité.

Aussi, ces outils technologiques induisent la question de leur **autonomie dans le temps**, pour ceux sur batterie, ou de leur nécessité d'être branché en permanence. Habitué à ce type d'utilisation notamment grâce à tous les appareils électroménagers, le réel danger est l'impossibilité d'utiliser ces outils en cas de panne électrique, notamment pour ceux permettant la détection des chutes, le rappel de la prise de médicaments, la télé-alarme, etc. Pour pallier cette menace, EDF a imaginé un nouveau projet, nommé « *Smart Grid* », que l'on peut traduire « réseau électrique intelligent » qui tend à identifier par avance via le compteur électrique du domicile quels sont les appareils dont l'utilisation doit être prioritaire en cas de difficulté de fourniture d'électricité. Ainsi, les appareils électriques secondaires ne pourraient être utilisés mais les équipements les plus utiles. C'est déjà ce système qui est utilisé en établissement en cas de coupure, grâce au groupe électrogène. Comme le précise EDF, « *cette évolution apporte une solution aux craintes face aux nouvelles technologies* »<sup>44</sup>.

Aussi, l'un des freins les plus importants à la mise en place de ces innovations technologiques est l'**aspect budgétaire**. Celles-ci représentent un coût relativement élevé et ne sont pas prévues initialement dans les budgets des établissements. C'est souvent par l'intermédiaire de subventions, issues de candidature à des appels à projet, que ces innovations peuvent être financées. Cependant, comme le précise la feuille de route d'Agnès Buzin<sup>45</sup>, ministre des solidarités et de la santé, l'accent est donné sur l'arrivée du numérique dans les établissements médico-sociaux et sur la protection des personnes les plus vulnérables, et notamment les personnes âgées, avec des enveloppes allouées aux établissements médico-sociaux afin de mettre en place les actions de prévention

---

<sup>44</sup> EDF. *Smart Grid, le réseau intelligent [en ligne]*. (06/2012) Disponible sur : <<https://www.edf.fr/groupe-edf/espaces-dedies/l-energie-de-a-a-z/tout-sur-l-energie/l-acheminement-de-l-electricite/smart-grid-le-reseau-intelligent>>

<sup>45</sup> SOLIDARITES SANTE GOUV ; *Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme [en ligne]*. (05/2018) Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>>

nécessaires pour « *permettre à la population de vivre sans incapacités le plus longtemps possible, que ce soit à domicile ou en établissement* », précise Madame Buzin.

De manière générale et malgré une réticence en premier lieu, les résidents se montrent fiers d'avoir accès à ces nouvelles technologies. C'est ce que souligne notamment Julien Collet, directeur de l'EHPAD pilote d'un projet de réalité virtuelle de Douchy-les-Mines. Aussi, comme le précise Madame AMIROU, fondatrice de l'entreprise Ailyan, « *les personnes âgées ne réclament pas ces technologies, elles ne demandent jamais rien et se contentent de ce qu'elles ont mais ce n'est pas parce qu'un besoin n'est pas exprimé qu'il n'existe pas* »<sup>46</sup>.

Toutes ces innovations prennent des formes différentes d'une institution à l'autre et différencient véritablement chaque établissement. Nous pouvons considérer que celles-ci se divisent en trois catégories : la prévention pour le maintien de l'autonomie, le lien social, et la sécurité.

#### **4. Les nouvelles technologies pour la prévention pour le maintien de l'autonomie**

Les nouvelles technologies doivent anticiper la perte d'autonomie dans un premier temps au domicile, puis en établissement. Celles-ci entrent parfaitement en cohésion avec les politiques actuelles qui soutiennent le maintien à domicile et le virage ambulatoire. Pour réussir les défis lancés par nos politiques, nous avons besoin d'outils nouveaux pour assurer le maintien à domicile. Les nouvelles technologies sont l'une de ces solutions.

La prévention actuelle vise au « bien vieillir », avec comme objectif de réduire le nombre de personnes dépendantes dans les générations futures. Pour cela, les actions de prévention visent un public plus jeune, pour que les personnes de 50 ans travaillent d'ores et déjà au maintien de leur autonomie dans 20 ans. C'est aussi dans cet objectif que les résidences autonomie ont vocation à s'ouvrir sur l'extérieure, en proposant leurs actions de prévention de la perte d'autonomie, que ce soit dans le cadre d'actions collectives ou individuelles, aux personnes de l'extérieur. Ces actions peuvent bénéficier aux personnes de plus de 60 ans. Soutenu par les politiques, ces actions sont financées par le forfait autonomie, pour lequel une partie est consacrée exclusivement à l'ouverture sur l'extérieur des résidences

---

<sup>46</sup> EHPAD'MAG n°38. *Les TIC créatrices de liens sociaux* (11/2015)

autonomies. Ces actions vont permettre de cibler les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile qui peuvent se retrouver confrontés à des difficultés du quotidien. Nous parlons de « repérage de la fragilité ». Comme le souligne la HAS, plus ce repérage est précoce est plus il permettra de « *prévenir la survenue d'événements défavorables* »<sup>47</sup> et ainsi la prolongation du maintien à domicile.

L'un des outils les plus actuels en termes de prévention et de maintien de l'autonomie est l'utilisation de la **réalité virtuelle**. Elle peut être utilisée dans le cadre d'activités physiques et d'exercices cognitifs. Evelyne Klinger, directrice du laboratoire de recherche Interactions numériques santé et handicap (INSH) de l'École d'ingénieurs du monde numérique (Esiea) souligne les bénéfices de ces outils à réalité virtuelle sur nos aînés<sup>48</sup>. Pour exemple, la société Cottos<sup>49</sup> a développé un vélo à réalité virtuelle, qui permet d'allier activités physiques et ateliers cognitifs grâce à des jeux cognitifs (jeux de mémoire, suites logiques, etc.). Là aussi, nous pouvons ressortir cet atout de la réalité virtuelle, qui permet d'allier les bienfaits physiques et cognitifs. Ce vélo virtuel a été installé sur plusieurs résidences autonomie des Haut-de-France et a su convaincre les résidents. Autre atout de la réalité virtuelle, celle-ci permet de reproduire des situations qui seraient trop coûteuses ou trop dangereuses pour les personnes âgées, comme par exemple une promenade à vélo à la montagne. Le Centre de réalité virtuelle de la méditerranée (CRVM) souligne que la réalité virtuelle permet aux personnes âgées d'interagir tout à fait naturellement avec l'environnement. Cependant, des précautions sont à prendre et la présence continue d'une tierce personne est préconisée lors de l'utilisation de ce type d'outil. En effet, Florence Pasquier, professeur en neurosciences, précise que ces technologies sont "*très immersives, il y a des risques de perte d'équilibre, il faut toujours qu'une personne vigilante soit à côté, a fortiori si [le résident] est debout*". Ces risques sont plus élevés avec un casque et l'utilisation de cette réalité virtuelle ne doit pas dépasser les 10 minutes, au risque d'être désorienté ou de souffrir du mal des transports. Autant la réalité virtuelle peut présenter de réelles vertus apaisantes, autant elles peuvent se montrer très anxiogènes chez certaines personnes. D'autres projets sont actuellement à l'étude, comme le projet de la start-up My Cyber Royaume et du CH de

---

<sup>47</sup> HAS. *Comment repérer la fragilité [en ligne]*. (05/2013) Disponible sur : <[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)>

<sup>48</sup> HOSPIMEDIA. *Les EHPAD expérimentent les multiples facettes de la réalité virtuelle [en ligne]*. (04/2018) Disponible sur : <<http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20180430-e-sante-les-ehpad-experimentent-les-multiples-facettes/20180430-de-nouvelles-pistes-pour-l-accompagnement-des-personnes>>

<sup>49</sup> COTTOS MEDICAL. *Cycleo, un vélo d'aujourd'hui pour mieux vieillir demain [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://cottos.fr/>>

Treguier qui visent à emmener virtuellement en vacances les personnes âgées, avec en prime des ateliers ludiques et cognitifs.

Les établissements s'équipent de plus en plus de **chemins lumineux**, qui détectent les mouvements et s'allument automatiquement pour éviter tous déplacements dans le noir. En plus de détecter les chutes, ces outils permettent la prévention des chutes. Ils permettent ainsi de maintenir autonome un résident, qui pourra effectuer ses déplacements seuls chez lui avec un risque de chute moindre.

L'entreprise AXOS a mis au point une **vidéo-loupe** qui permet de lire oralement un texte qui a été écrit à l'ordinateur, de regarder des photos et de lire un texte malgré les problèmes de vision. Elle se présente sous forme de tablette qui a la capacité de zoomer sur le document jusqu'à 2.5 fois, permettant ainsi au résident de conserver son autonomie, en lisant et consultant ses photos, sans l'aide d'un tiers.

## 5. Les nouvelles technologies pour la santé et la sécurité

Les nouvelles technologies ont trouvé leur place dans le cadre de la prévention des chutes, grâce à des **détecteurs de chutes** qui se présentent sous diverses formes. L'un des projets récents du living'lab du CH de Treguier est la prévention des chutes par le biais de panneaux photoluminescents.

Aussi, nous connaissons tous le système de la téléalarme, qui peut se présenter sous forme de médaillon ou de bracelet connecté, qui permet d'alerter en cas de chute ou de malaise.

En termes de sécurité médicamenteuse, les **piluliers connectés** permettent d'alerter le pharmacien ou le médecin généraliste en cas de non prise d'un médicament ou en cas de consommation anormale.

Certaines entreprises, telles que DOMODEP<sup>50</sup>, ont conçu des boîtiers, appelé « Domobox », branché directement sur la tête de lit, qui permettent de piloter tout un ensemble d'équipements du domicile, soit par **système infrarouge** soit par **télécommande**, tel que la téléalarme, l'éclairage, l'ouverture/fermeture des portes, fenêtres, et volets et tout autre équipement de commande électrique. Des **applications**

---

<sup>50</sup> DOMODEP. *Une autre idée de l'autonomie [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<http://www.domodep.com/>>

**mobiles** sont également développées pour permettre de contrôler tous les équipements électriques du logement.

C'est sur ce même principe qu'est née l'entreprise Mad et Tech, à Lille, qui propose une « *chambre d'hôpital du futur* »<sup>51</sup>, comme le présente les créateurs Marc Royer et Emmanuel Saillio, avec la télécommande via smartphone ou tablette de tous les équipements électriques de la chambre (lit, fauteuil, luminothérapie, etc.). Ce projet se développe désormais dans les EHPAD, avec notamment des équipements de détection de présence, d'éclairage adapté, etc. le tout dans un objectif de confort mais avant tout de sécurité pour le résident.

En termes de sécurité, l'**appel malade** est l'innovation technologique la plus utilisée, que ce soit à domicile ou en établissement. Ce système, qui se présentait initialement comme un bouton poussoir suspendue près du lit de la personne n'a cessé d'évoluer au fil des années pour aboutir aujourd'hui à de véritables objets connectés. Initialement immobile, l'appel malade peut désormais assurer la sécurité de la personne pendant ses déplacements, grâce notamment à un dispositif qui se présente sous forme de bracelet ou de collier. Les difficultés rencontrées avec ce dispositif sont les déclenchement non volontaire de l'appel malade, le fait que la personne n'ai pas forcément le réflexe d'utiliser leur appel malade en cas de chute ou de malaise, ou encore le fait que la personne ne porte pas systématiquement l'appel malade, soit par oubli soit pour une question esthétique. Pour faire face à ces difficultés, d'autres dispositifs technologiques ont été pensés.

C'est notamment les systèmes de **capteurs**, qu'il s'agisse de capteurs micromouvements et sensoriels, de capteurs de sol ou de capteurs vidéos, qui se développent de plus en plus dans les établissements médico-sociaux et qui tendent à pallier les difficultés rencontrées avec les appels-malade, voire les remplacer. Ces innovations sont surtout mises en avant pour le gain de productivité et de temps pour le personnel qu'elle engendre, en limitant les appels d'urgence intempestifs, et pour la mise en sécurité optimale qu'elle assure, permettant de détecter les chutes et malaises de manière immédiate et précise sans que la personne ait à lancer l'alerte. Au-delà de la détection de chute, ces capteurs peuvent aussi être utilisés pour la détection des entres-sorties des chambres, les déambulations

---

<sup>51</sup> LA VOIX DU NORD. *Mad et Tech, les «architectes de l'électricité moderne»* [en ligne]. (02/2014) Disponible sur : <<http://www.lavoixdunord.fr/archive/recup/economie/mad-et-tech-les-architectes-de-l-electricite-moderne-ia0b0n1949533>>

nocturnes, l'activité journalière, données qui peuvent s'avérer utiles, notamment pour les personnes présentant des troubles cognitifs. Autre atout de ces dispositifs, l'aspect stigmatisant de l'appel malade n'est plus présent.

Autre innovation qui tend à remplacer les systèmes d'appel-malade traditionnel : les **accéléromètres**. Se présentant sous forme de patch adhésif disposé sur le thorax, il détecte les pertes de verticalités. Il permet de faire disparaître l'effet stigmatisant de l'appel malade et peut être utilisé sous l'eau, donc lors de la toilette, moment très à risque de chute. Il est utilisé à ce jour dans plus de 20 EHPAD en France.

Une entreprise finlandaise a mis au point une **montre digitale** qui permet d'analyser l'activité cérébrale. Détecteur d'absence de mouvement, cette montre est capable de détecter les périodes d'inactivité anormales et de prévenir ainsi le personnel de la structure.

Toutes ces innovations qui tendent à remplacer le système d'appel malade permettent également un gain de temps et donc d'efficacité pour le personnel soignant, qui sera de moins en moins confronté aux fausses alertes. Dans cette même visée, cela permettra aux salariés de pouvoir être plus réactif sur les réelles urgences et d'intervenir de manière plus précise, notamment grâce aux systèmes de géolocalisation.

Un autre nouvel outil technologique qui vise au maintien de l'état de santé et de l'autonomie des personnes âgées, les services de **télé médecine** se développent de plus en plus en France. Comme le définit le ministère des Solidarités et de la Santé<sup>52</sup>, la télé médecine est « *une forme de pratique médicale utilisant les technologies de l'information et de la communication* » permettant de mettre un contact avec un ou plusieurs professionnel(s) de santé et d'effectuer une consultation. Celle-ci peut avoir plusieurs visées : diagnostic, prévention, suivi post-thérapeutique, décision thérapeutique, prescription, surveillance, etc. En d'autres termes, cette pratique vise à diminuer la fréquence voire même, dans un futur plus ou moins proche, à remplacer totalement les consultations médicales ou les hospitalisations. Le ministère des Solidarités et de la Santé définit cette innovation comme un « *important vecteur d'amélioration aux soins* ». La télé médecine tend à se développer davantage en établissements médico-sociaux, permettant la présence lors de la consultation de télé médecine d'un professionnel de santé : aide-soignant, infirmier, médecin

---

<sup>52</sup> SOLIDARITES SANTE GOUV. *La télé médecine [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>>

coordonnateur, qui peuvent ainsi effectuer un examen en direct et ainsi transmettre les informations nécessaires au professionnel de santé à distance. En résidence autonomie et résidences services, ces consultations de télémédecine peuvent également se faire en présence d'une infirmière libérale, ou du personnel soignant dans le cas d'une résidence autonomie bénéficiant d'une dotation soins. Encore peu développé à l'heure actuelle, des études et expérimentations sont en cours. Ce système de télémédecine tend à se développer avec des spécialisations ; c'est le cas en Pays de la Loire, où l'ARS a créé une plateforme régionale de « télé-AVC »<sup>53</sup> qui permet de réaliser des consultations de télémédecine avec des experts en plaies, en escarres, en troubles du comportement, etc. Les bénéfices mis en avant suite aux différentes expérimentations en établissements est la limitation des déplacements, la réalisation de consultation dans un environnement familial permettant de réduire l'anxiété, la coordination effective des professionnels de santé des établissements avec les professionnels réalisant les consultations. De manière globale, cette innovation technologique permet un meilleur suivi de l'état de santé des résidents/patients. Cependant, le principal frein qui a été relevé est le fait que les médecins actuels sont assez réfractaires à cette méthode, avec peu de prescription de télémédecine et donc un système qui n'est pas utilisé au meilleur de ses capacités.

## 6. Les nouvelles technologies pour le maintien du lien social

Monsieur Thierry Calva, sociologue, explique que « *les nouvelles technologies seraient destructrices de lien social car les personnes ne se parlent plus.* » Malgré ces dires, on se retrouve aujourd'hui dans l'exact inverse de cette notion de rupture du lien social avec des innovations technologiques et des intelligences artificielles humanisées. Elles cherchent à recréer du lien social et maintiennent au cœur de leur objectif l'aspect humain.

L'un des leviers au développement de ces nouvelles technologies humanisées est l'absence de défaillance et de vulnérabilité que peut présenter un salarié face à une personne âgée. En effet, les valeurs humaines ne peuvent être continuellement présentes au cœur du métier de soignant, avec des périodes de stress, de fatigue, etc.

L'un des robots les plus utilisés dans le cadre du maintien du lien social est le **robot thérapeutique** Paro. Véritable compromis entre une simple peluche et la zoothérapie, Paro répond aux interactions du résident et peut être utilisé dans le cadre de thérapie non-

---

<sup>53</sup>EHPAD'MAG n°40. *La télémédecine, un outil possible pour augmenter la coordination* (02/2016)

médicamenteuse. Ce robot, qui peut être utilisée en individuel ou en groupe, a pour but de créer une interaction avec les personnes atteintes de troubles de la communication et de l'interaction sociale. Cependant, Paro n'est pas apprécié de tous. Alors que celui-ci a su faire ses preuves et est très apprécié à l'EHPAD Lépine-Providence à Troyes<sup>54</sup>, une expérimentation à l'EHPAD La Quiétude de Corbehem n'a pas été concluante. En effet. Cette expérimentation a été suivie de près par l'infirmière coordinatrice et l'ergothérapeute de l'établissement mais les conclusions ont été les suivantes : le poids et le mouvement du PARO ne conviennent pas à tous les résidents, la séparation avec PARO à la fin de la séance peut être difficile à vivre pour certains résidents, sur les 4 résidents qui ont fait partis de l'expérimentation, deux n'en ont tiré aucun bénéfice, l'un des résident a été apaisé en cas de crise mais n'a tiré aucun autre bénéfice en d'autres circonstances qu'une peluche traditionnelle, le quatrième résident a su tirer des bénéfices sur le long terme de PARO. Face à ces conclusions\*, l'EHPAD a pris la décision de ne pas acquérir ce robot thérapeutique.

Autre robot à visée sociale, le **robot Pepper** analyse les expressions faciales et le langage corporel du résident afin de réagir en fonction de celles-ci. Il permet une restauration du lien social des personnes qui présentent des difficultés de communication.

La mise en place d'**ateliers numériques** au sein des établissements médico-sociaux est de plus en plus fréquente, permettant l'initiation des résidents à l'utilisation du numérique, à l'aide d'ordinateurs et tablettes numériques. Grâce à des ateliers de traitement de texte, l'initiation à l'écriture de mails, et l'utilisation de Skype permet de renforcer le lien social avec les proches, malgré l'éloignement géographique. Au-delà d'organiser des rencontres à distances, ces outils peuvent également permettre aux résidents de participer à des cérémonies à distance, comme par exemple à un mariage ou un anniversaire, permettant inévitablement le maintien du lien avec la famille. Comme le souligne le directeur de l'EHPAD Saint-Joseph, dans le Cantal, « *les résidents manifestent beaucoup de curiosité et un intérêt certain à prendre part à cet atelier. Ils sont ravis de pouvoir dire à leurs amis ou à leur famille qu'ils savent manipuler la souris* »<sup>55</sup>. Autre bénéfice de ces ateliers numériques, il s'avère que ceux-ci contribuent au maintien de l'estime de soi. Pour les

---

<sup>54</sup> FRANCE INFO. *Les nouvelles technologies accompagnent la perte d'autonomie des personnes âgées [en ligne]*. (12/2014) Disponible sur : <[http://www.francetvinfo.fr/france/video-les-nouvelles-technologies-accompagnent-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees\\_763809.html](http://www.francetvinfo.fr/france/video-les-nouvelles-technologies-accompagnent-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees_763809.html)>

<sup>55</sup> LES MAISONS DE RETRAITE n°179 – *Les EHPAD à l'heure des nouvelles technologies* (03/2015)

résidents qui auraient plus de difficultés, il existe un petit robot à roulettes doté d'un écran qui permet d'établir des communications Skype.

Les **Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication** (NTIC) permettent de « *transformer l'information en bien disponible, quasi-instantanément, indépendamment de la location géographique du producteur et du consommateur à un coût relativement faible* », comme le précise Sandoss Benabid, auteur de l'article « Les nouvelles technologies de l'information et de la communication : un instrument potentiel au service de l'économie sociale ? » de l'ouvrage *Innovations – L'Economie du siècle*<sup>56</sup>. Une NTIC a été développée par l'entreprise Ailyan, qui a mis au point une tablette 20 pouces, outil d'animation, de divertissement, d'information, de stimulation cognitive et de maintien du lien familial. Cette tablette a été développée en partenariat avec l'entreprise Dynseo, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) et le centre d'expertise nationale en stimulation cognitive de l'hôpital Broca afin de créer un outil le plus simplifié possible et le plus adapté aux difficultés que peuvent rencontrer les personnes âgées, notamment liées à leurs troubles cognitifs. Cet outil peut être utilisé dans le cadre d'un atelier individuel ou d'une animation de groupe, avec ou sans la présence d'un professionnel. Madame Amirou, fondatrice d'Ailyan, a pu faire un premier retour d'expérience sur cette NTIC : « *certaines résidents mutiques se remettent à parler alors que d'autres vont se calmer* ». Madame Sauquet, fondatrice de l'entreprise Dynseo, souligne que cette NTIC permet de créer du lien entre les résidents, entre le résident et sa famille mais aussi entre les résidents et les professionnels de l'établissement.

Monsieur Bobillier-Chaumon, professeur de psychologie du travail et psychologie ergonomique et directeur adjoint du groupe de recherche en psychologie sociale à l'université de Lyon a mené une étude dans 7 EHPAD afin d'évaluer l'impact des NTIC, qu'il s'agisse d'outils de messagerie, de stimulation cognitive, ou autre. Il s'avère que ces NTIC permettent de conserver des relations et des liens, aussi bien avec leurs proches qu'avec les personnes qui les entourent (résidents et salariés). Monsieur Bobillier souligne que « *ces dispositifs sont utilisés pour retrouver une proximité naturelle et devenir un centre d'intérêt* ».

---

<sup>56</sup> BENABID SANDOSS. *L'Economie du siècle : Les nouvelles technologies de l'information et de la communication : un instrument potentiel au service de l'économie sociale ?* (01/2003)

On peut voir se créer de nouveaux liens avec les enfants et petits-enfants, qui accompagnent leurs aînés dans la découverte de ces nouvelles technologies.

Toutes ces nouvelles technologies permettent de minimiser la rupture avec l'extérieur mais aussi de proposer des activités adaptées qui favorisent le maintien de l'autonomie des résidents, le tout dans un cadre sécurisé et adapté, entouré de personnel soignants ou d'un animateur. Certes ces nouvelles technologies ne se substituent pas au contact humain mais elles permettent de rapprocher les résidents de leurs proches, quel que soit la distance géographique qui les sépare, mais permet aussi de créer des liens avec la population locale.

Cependant, comme le souligne Monsieur Bobillier, ces NTIC peuvent aussi se montrer à l'origine de rupture du lien social, avec des personnes âgées qui pensent avoir plus fréquemment des nouvelles de leurs proches grâce à ces nouveaux outils mais qui se retrouvent sans retour de leur part. Aussi, on peut constater dans certains cas une dégradation de l'estime de soi en cas de difficulté et de non-compréhension face à ces nouvelles technologies. Ça peut notamment être le cas dans le cadre d'atelier numérique, où le résident a oublié ce qu'il avait appris à l'atelier précédent. C'est pourquoi un accompagnement individualisé et personnalisé est plus adapté pour ce type d'outils, pour ne pas mettre le résident en situation de difficultés et ainsi ne tirer que les bénéfices de ces innovations.

### III. L'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie

#### 1. Quels nouveaux modèles d'établissements ?

Les résidences autonomie voient depuis plusieurs années naître une concurrence de plus en plus accrue. En effet, les béguinages et résidences services (ou résidences seniors) se construisent sur le territoire français et attirent un public similaire aux résidences autonomie. Se basant sur le modèle ancien des béguinages, ces résidences proposent des tarifs plus attractifs, avec des méthodes de prise en charge et de communication différentes des résidences autonomie. Les résidences autonomie, implantées dans de vieux bâtis, voient leur attractivité et inévitablement leur taux d'occupation chuter.

De plus, nous parlons depuis 2010 de moratoire, avec l'obligation de répondre à des appels à projets, qui sont fonction des besoins du territoire, pour construire de nouveaux établissements. Les béguinages et résidences services, qui ne sont pas des établissements médico-sociaux, ne sont pas soumis à ces autorisations.

##### 1.1 Les béguinages

Les béguinages, qui sont apparus à partir du 13<sup>ème</sup> siècle, dans le Nord de l'Europe<sup>57</sup>, se composent de plusieurs logements individuels et de bâtiments d'espace de vie commune, où résidaient des communautés religieuses. Aujourd'hui, ces structures ont été réadaptées afin d'offrir une prise en charge adaptée aux personnes âgées. Les anciens béguinages rénovés sont gérés par des bailleurs sociaux. Aussi, de nouvelles structures sont construites et obtiennent le label « béguinage » par le conseil départemental.

Les béguinages, où les valeurs centrales sont l'entraide et la solidarité, proposent des logements individuels de plain-pied adaptés à la perte d'autonomie entourés d'espaces communs, dans un cadre sécurisant et convivial. Ils sont implantés à proximité de commerces et de services de transport. Tout comme en résidence autonomie, les résidents peuvent faire appel à des services d'aide à domicile, notamment dans le cadre de l'APA à domicile.

A vocation sociale, le coût des loyers est adapté aux personnes à faible revenu et ceux-ci peuvent bénéficier des aides au logement (APL, ALS).

---

<sup>57</sup> SILVERECO.FR. *Béguinage [en ligne]*. (12/2016) Disponible sur : <<https://www.silvereco.fr/beguinage/3171734>>

## 1.2 Les résidences seniors ou résidences services

Ces établissements relèvent du secteur privé et sont à but commercial. Elles sont gérées par des structures commerciales ou associatives.

Tout comme les résidences autonomes, ces résidences sont un groupement de logements privatifs associés à des services collectifs, tels que des services de restauration et de blanchisserie, pour des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. Ces établissements sont construits à proximité des commerces et des transports en commun. L'objectif de ces résidences est la prévention de la perte d'autonomie et le maintien à domicile. Des intervenants extérieurs peuvent intervenir pour les prestations de soins et de ménage. Contrairement aux autres modèles d'établissements, les résidents peuvent devenir propriétaires du logement.

Logement-seniors.com met en avant une évolution de plus de 50% en 4 ans du nombre de résidences seniors, qui était de 580 en 2016 mais qui devrait dépasser la barre des 1 000 structures à l'horizon 2020<sup>58</sup>. Cette évolution n'est pas à prévoir pour le nombre de résidences autonomie qui, comme expliqué précédemment, ne peuvent se développer que sous condition d'autorisation.

L'implantation géographique des résidences seniors est reprise sur la figure ci-dessous :

Fin 2016, les régions qui comptaient le plus de seniors en France Métropolitaine étaient :



- L'Île de France avec une population de **2363426 personnes** de plus de 60 ans
- La région Auvergne-Rhône-Alpes avec **1967963 seniors**
- La région Nouvelle-Aquitaine avec **1743916 seniors**.

Aujourd'hui, les régions de France avec le plus de résidences services seniors sont :



- L'Île de France avec **84 résidences services seniors**
- L'Occitanie avec **83 résidences services seniors**
- La Nouvelle-Aquitaine avec **79 résidences services seniors**.

**Figure 5** : Implantation des résidences seniors en France métropolitaine – LOGEMENT-SENIORS.COM (<https://www.logement-seniors.com/articles-residences-seniors/le-cout-de-la-location-d-un-logement-en-residence-seniors.html>)

<sup>58</sup> VIVAMEDIA. *Le coût de la location d'un logement en résidences seniors [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <<https://www.logement-seniors.com/articles-residences-seniors/le-cout-de-la-location-d-un-logement-en-residence-seniors.html>>

Luc Broussy, directeur du cabinet EHPA-Conseil<sup>59</sup> souligne que les résidences services, qui étaient encore méconnues il y a quelques années, ne sont pas un « *effet de mode* » mais un « *acteur majeur dans le paysage de l'hébergement pour personnes âgées* » qui répond aux évolutions de besoins de la population que sont principalement :

- L'évolution démographique
- L'accroissement de la population âgée autonome
- L'évolution de la notion de domicile

Ces trois points majeurs mis en avant sont pourtant bien en phase avec le modèle des résidences autonomie, qui propose aux personnes âgées autonomie un substitut du domicile, dans un cadre sécurisant.

### **1.3 Contraste avec les résidences autonomie**

Les béguinages et résidences seniors ne peuvent bénéficier du forfait soins, accordé par l'ARS à certaines résidences autonomie. Cela induit que ces établissements ne propose pas aux résidents la coordination médicale que peut proposer une résidence autonomie bénéficiant du forfait soins.

Autre différence, les béguinages et résidences seniors ne sont pas à vocation sociale. En effet, ces derniers sont des établissements lucratifs alors que les résidences autonomies, qu'elles soient gérés par des CCAS ou par des organismes privés à but non lucratif sont à vocation sociale.

Les béguinages et résidences seniors ne sont pas des établissements habilités à l'ASH. Ainsi, en aucun cas le département peut venir en aide d'un point de vue financier à un résident qui présente des difficultés à financer son hébergement.

Les béguinages et résidences services ont fait face à la « digitalisation » des nouvelles générations de résidents et proposent des logements disposant d'équipements internet, mais aussi des innovations technologiques à visée préventive. Les résidences autonomie quant à elle, qui ont connu les générations de résidents « non connectés » ne disposent que très rarement d'un accès internet dans les logements. Monsieur Walther, directeur

---

<sup>59</sup> HOSPIMEDIA. *Les résidences services aspirent désormais à accroître leur visibilité et sécuriser leur modèle [en ligne].* (10/2017) Disponible sur : <<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180614-qualite-le-secteur-des-residences-services-espere-gagner>>

général de Domitys explique que « *depuis cinq ans, si on ouvre une résidence sans internet haut débit, nous nous faisons prendre à partie* »<sup>60</sup>.

D'un point de vue financier et d'après une étude réalisée par logement-seniors.com en 2017, le coût moyen de l'hébergement en MARPA s'élève à 1300€ mensuel, alors qu'il est compris entre 450€ et 1 000 € en résidence autonomie. Le budget à prévoir en résidences services est quant à lui compris entre 923 € et 1 528€ mensuel. Il semblerait ainsi que les résidences services attirent des populations à revenus plus aisées que les résidences autonomie mais leurs tarifs tendent à diminuer ces dernières années pour atteindre un tarif de plus en plus similaire aux résidences autonomie.

#### **1.4 Implantation des résidences autonomie sur le territoire**

A l'heure actuelle, la répartition des résidences autonomie en France métropolitaine est la suivante<sup>61</sup> :

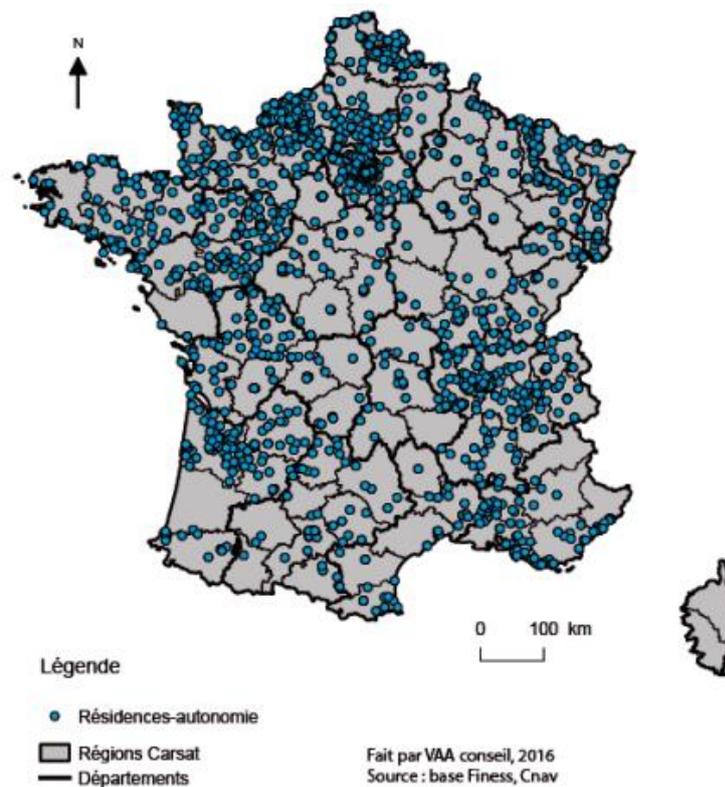
- 428 RA en Ile de France
- 562 RA dans le Nord-Ouest
- 493 RA dans le Nord Est dont 151 dans le Nord pas de Calais
- 322 RA dans le Sud-Ouest
- 442 dans le Sud Est

Cette répartition est reprise sur la figure ci-dessous :

---

<sup>60</sup> EHPA.FR. *La lettre des résidences seniors* [en ligne]. (07/2017) Disponible sur : <[https://www.ehpa.fr/newsletter/news\\_residences\\_seniors/news\\_RSS\\_0020/news\\_RSS\\_0020\\_full.html#ancre\\_2](https://www.ehpa.fr/newsletter/news_residences_seniors/news_RSS_0020/news_RSS_0020_full.html#ancre_2)>

<sup>61</sup> ACTION SOCIALE. *Annuaire résidences autonomie* [en ligne]. (2018) Disponible sur : <<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/personnes-agees/logement-foyer-202.html>>



**Figure 6** : Répartition des résidences autonomie en France métropolitaine – CNAV  
(<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-referance/552002-Residences-autonomie-besoins-attentes.pdf>)

En comparaison avec la figure 5 reprenant l'implantation des résidences seniors en France, on peut constater que la plus grande concentration de résidences autonomie se trouve dans la partie Nord du pays alors qu'à l'inverse, les résidences seniors sont plus concentrées sur la partie Sud du pays.

La répartition de la population âgée de plus de 60 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2018 en France métropolitaine est la suivante :

REGIONS	POPULATION FRANCAISE DE 60 ANS ET PLUS
Auvergne-Rhône-Alpes	2 039 567
Bourgogne-Franche-Comté	824 737
Bretagne	946 700
Centre-Val-de-Loire	738 694
Corse	100 587
Grand Est	1 461 877
Haut- de-France	1 425 988
Île-de-France	2 438 037
Normandie	921 283
Nouvelle-Aquitaine	1 803 938
Occitanie	1 683 767
Pays de la Loire	994 505
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 458 626
<b>France métropolitaine</b>	<b>16 838 306</b>

**Tableau 2** : Répartition de la population de plus de 60 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2018 – Clémentine JOUANNE (<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/regions-departements/>)

Si l'on croise ces données, on peut très vite identifier que les régions les plus peuplées, que sont l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Île de France, la Nouvelle Aquitaine et l'Occitanie sont les régions où l'on trouve le plus de résidences seniors. A contrario, les régions les moins peuplées, que sont la Normandie, les Haut-de-France et les Pays de la Loire, sont les régions qui comptent le plus de résidence autonomie. Face à ce constat, il semblerait que les résidences seniors répondent davantage à la demande de la population en termes de répartition géographique, alors que les résidences autonomie ne semblent pas en adéquation avec celle-ci.

Cette répartition de la population âgée s'explique principalement par le phénomène migratoire des personnes âgées<sup>62</sup>, qui s'effectue principalement vers le sud-ouest et l'Île-de-France. Celui-ci entraîne une répartition des personnes âgées par rapport au reste de la population inégale sur le territoire français, comme le démontre la carte présentant la « Part de retraités parmi la population de chaque région » en **annexe 6**. Ces mouvements

<sup>62</sup> POPULATION & AVENIR N°739. *La répartition inégale des personnes âgées* (04/2018)

migratoires s'expliquent par différents facteurs. Tout d'abord, l'allongement de l'espérance de vie favorise ces migrations, avec des personnes âgées qui cherchent à organiser leur nouvelle vie, dans des maisons plus adaptées, et dans des régions plus ensoleillées et plus calmes, à proximité de services. Ces mouvements migratoires entrent en cohésion totale avec le positionnement des résidences services (figure 5) et non pas l'implantation des résidences autonomie.

Malgré ces constats d'inadéquation des résidences autonomie avec la démographie actuelle et le vieillissement des bâtis, les résidences autonomie se doivent d'évoluer et d'adapter leurs modes de prise en charge afin d'assurer leur pérennité.

## 2. Les anciens établissements s'adaptent

Pour faire face à cette concurrence agressive des promoteurs immobiliers qui proposent des établissements accessibles et modernes, les résidences autonomie doivent se concentrer sur leurs atouts et s'adapter à l'évolution de prise en charge des personnes âgées. Les résidences autonomies telles qu'elles étaient au moment de leur construction sont des modèles obsolètes.

Tout d'abord, les résidences autonomie ont cette **accessibilité sociale** que n'ont pas les résidences seniors et les béguinages et peuvent toucher ainsi une partie de la population inaccessible pour ses concurrents. Pour cela, les résidences autonomies pourraient notamment développer des partenariats avec des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, CHRS<sup>63</sup>. Ces centres ont pour mission d'accueillir et d'accompagner à l'insertion sociale des personnes connaissant de graves difficultés sociales en vue de recouvrer leur autonomie, que ce soit personnelle ou sociale. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, ces missions peuvent être poursuivies au sein d'une résidence autonomie. La résidence autonomie l'Orée du Bois, de la Fondation Partage et Vie, a accueilli plusieurs résidents issus de CHRS. Anciens Sans Domicile Fixe ou personnes présentant des difficultés liées à l'alcoolisme, ces personnes ont pu être placées sous tutelle et bénéficier de l'ASH, leur permettant d'intégrer la résidence autonomie. Elles ont su découvrir et appréhender la vie en collectivité et retrouver leur autonomie grâce à un accompagnement personnalisé. Chaque établissement médico-social peut être habilité à recevoir des

---

<sup>63</sup> ACTION SOCIALE. *Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – Registre Française du Social et du Médico-Social [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement--reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html>>

résidents relevant de l'ASH, à condition d'en faire la demande auprès du département. Un établissement obtient une autorisation pour un nombre de places limité ou peut être habilité à 100%. Si ces résidences autonomie se concentrent davantage sur ce type de population, il pourrait être intéressant d'étendre leur habilitation à l'aide sociale. L'association La Sauvegarde du Nord dispose de 3 CHRS sur le département du Nord. La Sauvegarde du Nord<sup>64</sup> accompagne, depuis 1957, des enfants, adolescents, adultes et familles qui se retrouvent en difficulté psychique, psychologique, scolaire ou sociale ou en situation de grande précarité. Suite à un échange avec le CHRS Les Tisserands à Aniche, dont Monsieur Bourel est le directeur, j'ai pu obtenir différentes données concernant les trois CHRS du Nord : en 2016, les 3 CHRS ont accueilli 278 personnes sur l'année. Parmi eux, plus de 75% sont des femmes, pour la grande majorité accompagnées de leur(s) enfant(s) (seulement 21 femmes sans enfant ont été prises en charge par l'un des CHRS de la Sauvegarde du Nord en 2016). Seulement 1,58% du public accueilli était âgé de 55 ans ou plus, soit seulement 4 personnes, alors que près de la moitié est âgé de moins de 18 ans. Ces 4 personnes auraient pu relever d'un accueil en résidence autonomie de par leur niveau de dépendance dans le cadre de notre projet d'inclusion. Un lien est ainsi envisageable entre les CHRS et les résidences autonomie afin de pouvoir proposer ces places à un public plus jeune et d'accueillir ces personnes plus âgées dans un lieu de vie adapté à leurs besoins, avec une prise en charge financière par le département via l'ASH. Pour rappel, cette prise en charge financière n'est pas envisageable en résidence seniors ni en béguinage.

**L'ouverture sur l'extérieur**, facilitée par le forfait autonomie dont une partie est destinée aux personnes extérieures à la résidence, doit également avoir pour vocation des résidences autonomie de se faire connaître du grand public. Nombreux sont les béguinages et résidences seniors qui assurent leur communication extérieure par un salarié commercial, alors que les résidences autonomie doivent appréhender différemment leur communication. Le budget alloué à la communication étant relativement restreint dans ces structures, cette opportunité d'ouverture sur l'extérieur doit davantage se développer pour permettre le repérage de la fragilité des personnes à domicile, souvent en situation d'isolement, et ainsi identifier de futurs résidents potentiels. Ces nouvelles technologies peuvent être un levier à

---

<sup>64</sup> LA SAUVEGARDE DU NORD. *Qui sommes-nous ? [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://www.lasauvegardedunord.fr/sauvegarde/>>

l'ouverture des résidences autonomie sur l'extérieur. Pour exemple, la résidence autonomie l'Orée du Bois, de la Fondation Partage et Vie, a organisé des échanges avec la plateforme de répits du Douaisis autour du vélo virtuel COTTOS et avec des personnes extérieures à la résidence. Sur le même principe, la découverte d'innovations technologiques et des ateliers numériques peuvent être mis en place. Ce vélo virtuel, qui est à la disposition de la résidence via un contrat de location est financé par le forfait autonomie. Cet exemple concret souligne ainsi que le forfait autonomie peut avoir vocation à intégrer des nouvelles technologies pour le maintien de l'autonomie, ce qui est un réel atout budgétaire dont ne bénéficient pas les résidences services.

Les **conventions de partenariats** avec les SAD, SSIAD et SPASAD doivent davantage se développer au sein des résidences autonomie. Rendue obligatoire par la loi ASV, ces conventions permettent de faciliter les interventions auprès des résidents mais aussi de leur apporter une facilité de prise en charge. Le développement de ces conventions est d'autant plus favorable aux résidences autonomie depuis que la loi ASV a modifié le régime juridique des SAAD, faisant évoluer leur agrément au profit d'autorisation, évolution qui entraîne des difficultés d'interventions au sein de résidences seniors et béguinages. Luc Broussy, directeur du cabinet EHPA-Conseil, explique que *« beaucoup de conseils départementaux ont du mal à autoriser des services dans le périmètre d'action des résidences »*<sup>59</sup>, ce qui s'oppose aux obligations émanant de la loi ASV en termes de personnalisation de service.

Il en est de même pour les conventions de partenariats avec les EHPAD. Les résidences autonomies sont un réel tremplin entre le domicile et l'EHPAD et doivent en ce sens développer leurs partenariats. Pour exemple, les résidences autonomie de la Fondation Partage et Vie accordent aux résidents dont l'état de santé se dégrade et nécessite une prise en charge médicalisée une place prioritaire au sein d'un EHPAD de la fondation. Réel argument de vente, ces partenariats existent peu en résidences services et béguinages. Domitys commence seulement à se rapprocher d'EHPAD pour créer des partenariats mais ceux-ci sont pour le moment très peu développés. Aussi, autre avantage de travailler en partenariat avec les EHPAD, ceux-ci ont un accès à la plateforme VIATRAJECTOIRE, qui permet l'orientation des personnes en recherche d'une solution d'hébergement (EHPAD, SSR ou HAD) et d'y déposer directement le dossier administratif et médical. Grâce aux conventions partenariat et comme il est déjà fait au sein de la fondation Partage et Vie, toutes les personnes faisant une demande d'hébergement au sein d'un EHPAD mais dont le niveau de dépendance coïncide avec la prise en charge proposée en résidence

autonomie est envoyé à l'une d'entre elle. Ainsi, la personne âgée est accueillie dans une structure adaptée à son niveau de dépendance, permet de maintenir son autonomie et un lien social, et lui assure une place prioritaire en EHPAD lorsque son état de santé et de dépendance ne correspondra plus aux capacités de la résidence autonomie. Ainsi, l'outil VIATRAJECTOIRE peut être utilisé comme véritable outil de repérage de la fragilité et concoure à la poursuite des missions de prévention, de maintien de l'autonomie et de l'ouverture vers l'extérieur des résidences autonomie. Cette pratique permet également de réduire les listes d'attente des EHPAD et de proposer aux personnes en recherche une solution plus rapide.

Autre type de partenariat, cette fois avec les hôpitaux, cliniques et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les résidences autonomie proposent de plus en plus de séjour de « **convalescence** » avant le retour au domicile, afin que ce temps de convalescence soit effectué dans un environnement plus proche du domicile. Ces séjours de convalescence sont envisageables grâce aux appartements temporaires dont disposent les établissements. Cependant, les nouvelles constructions Domitys réservent 10% de leur capacité d'accueil aux séjours temporaires avec ce même objectif de séjour de convalescence. L'argument de la présence d'une infirmière ou d'une aide-soignante, permise par le forfait soins, devrait avantager les résidences autonomie par rapport aux résidences seniors. Ces chambres domotisées, comme l'EHPAD la Quiétude de la Fondation Partage et Vie est en train de mettre en place pour une phase d'expérimentation, permettent aux résidents de découvrir un chez-soi moderne et innovant, proposant des innovations technologies qui visent à faciliter et sécuriser leur quotidien. En plus de permettre une découverte et une prise en main de ces outils, ceux-ci sont transposables au domicile de la personne. Ainsi, ces chambres domotisées entrent parfaitement dans le cadre du maintien de l'autonomie et favorise le retour au domicile de la personne.

De manière plus générale, les résidences autonomie doivent parvenir à développer une **couverture médico-technique** pour leurs résidents, afin de leur assurer la proximité de médecins, de professionnels de santé, d'hôpitaux, d'établissements de santé, et d'organisme d'accompagnement des aînés. La présence de cette couverture médico-technique poursuit l'objectif de maintien de l'autonomie des résidences autonomie. Celle-ci peut être rendue plus accessible grâce au système de télémédecine, et peut s'avérer encore plus bénéfique en cas de désertification médicale.

Les directeurs des résidences autonomie devraient davantage se concentrer sur ces 4 axes, afin de contrer la concurrence des béguinages et résidences services. Comme le précise Monsieur Fournet, cofondateur du groupe Domitys, nous sommes face à une évolution de la demande : « *Il y a quelques années, ils [les résidents] venaient principalement chercher dans nos établissements une certaine "sécurité", qui est devenue aujourd'hui un dû. Nos atouts se trouvent désormais dans notre capacité à développer et respecter les liens sociaux, la convivialité, la liberté et les projets de nos résidents* »<sup>65</sup>. Cette constatation est valable aussi bien pour les résidences services que pour les résidences autonomie, qui accueillent un public similaire. Les établissements se sont concentrés depuis ces dernières années à développer une prise en charge adaptée à la perte d'autonomie, tout en offrant un cadre sécurisant, alors qu'aujourd'hui la demande est totalement différente. Les résidences autonomie se sont adaptées de diverses manières à ce besoin de sécurité, comme par exemple avec la mise aux normes PMR des établissements, le désamiantage, l'accès à un dispositif de sécurité 24h/24, l'installation de système de sécurité incendie, ou encore la présence 24h/24 d'un salarié dédié.

Depuis 2017, un groupe de travail regroupant les directeurs des résidences autonomies du Douaisis a été créé, qui se composent des directeurs des résidences autonomie de la Fondation Partage et Vie et les directeurs des résidences autonomie gérées par les CCAS, ainsi que la directrice du CLIC du Douaisis. Ce groupe de travail, qui se réunit au moins une fois par an, a pour objectif de répondre au questionnement partagé sur les perspectives et l'avenir des résidences autonomie, sur l'inoccupation grandissante des logements, leur méconnaissance auprès du grand public, le manque de reconnaissance pour l'accompagnement au quotidien des résidents par les équipes. Lors de la première rencontre, en septembre 2017, les directeurs ont pu échanger sur leurs pratiques d'utilisation du forfait autonomie et mettre en place des actions mutualisées entre établissements, notamment pour ceux qui n'avaient pu bénéficier du forfait autonomie. Lors de la journée départementale d'échanges de pratiques du 6 juillet 2018, intitulée « Les résidences autonomie : une dynamique de changement engagée en faveur de la prévention de leur perte d'autonomie », organisée par le Département du Nord, en partenariat avec le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) des Haut-de-France et le

---

<sup>65</sup> FOURNET JEAN-MARIE. *Les résidences services sont encore loin d'avoir pris toute leur place dans l'habitat des séniors [en ligne]*. (01/2017) Disponible sur : <<http://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/43535>>

Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Haut-de-France, il a été rappelé que le montant du forfait autonomie destiné à la mutualisation des actions de prévention ne pouvait en aucun cas être destiné aux résidences services ou béguinages. Seules des actions mutualisées avec d'autres résidences autonomie sont autorisées. La seconde rencontre du groupe de travail des résidences autonomie a eu lieu en mars 2018, avec la présence de Madame Charlotte Lecocq, députée du Nord (6<sup>ème</sup> circonscription) et de Monsieur Frédéric Minet, chargé de mission Financement et Contractualisation au Département du Nord. Lors de cette rencontre, chaque résidence autonomie a pu faire un point sur sa situation au regard du forfait autonomie : certaines résidences ont vu leur demande de forfait autonomie refusée et ne bénéficient d'aucune action mutualisée avec d'autres résidences, d'autres ne bénéficient pas du forfait autonomie mais profitent d'actions mutualisées et enfin, les autres résidences bénéficient du forfait autonomie et proposent des actions de mutualisation. Madame Lecocq a pu expliquer qu'une mission d'évaluation de la loi ASV avait été réalisée et a pu mettre en avant que la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie constitue le pilier institutionnel de la loi ASV en matière d'anticipation de la perte d'autonomie. Charlotte Lecocq souligne l'importance de se concentrer sur le résident lui-même, ses besoins, ses attentes, son parcours, en d'autres termes proposer une prise en charge personnalisée. Cela met bien en évidence l'importance d'une démarche cloisonnée, avec la constitution d'un réseau d'acteurs, d'où la nécessité de ces groupes de travail entre résidences autonomie mais aussi la réalisation de conventions de partenariat avec les acteurs de santé environnant. Aussi, il a été mis en avant la possibilité d'utiliser les appartements temporaires pour des séjours de convalescence, des périodes de vacances, ou faciliter le retour à domicile suite à une hospitalisation. Autre perspective à développer, les résidences autonomie peuvent accueillir depuis la loi ASV de nouveaux publics : des étudiants, des jeunes travailleurs et des personnes en situation de handicap. Ces deux axes pourraient permettre de désengorger les services gériatriques des hôpitaux et des SSR et faciliter le retour à domicile de la personne âgée. De manière générale, ces nouveaux modes de prise en charge visent à faciliter la prise en charge sanitaire et médico-sociale et ainsi veiller à la qualité et à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes accueillies. Ces axes de travail répondent ainsi non seulement à un besoin des résidences autonomies, qui doivent palier l'inoccupation de leurs logements, mais aussi au besoin des personnes âgées qui se trouvent en situation de vulnérabilité et pour qui un accompagnement en structure et la réalisation d'actions de prévention et de maintien de

l'autonomie permettra un retour plus facile au domicile et enfin, répondre aux besoins sanitaires du secteur, avec des services de gériatrie et des établissements de santé qui se trouvent fréquemment engorgés. Ainsi, de manière générale, ces modes de prise en charge proposés par les résidences autonomie permettront d'améliorer la prise en charge des personnes âgées du territoire. A la vue des différents échanges entre les directeurs et responsables de résidences autonomie, ceux-ci ont pleinement conscience de la situation actuelle de leurs établissements et réfléchissent ensemble à de nouvelles solutions et innovations pour pallier ces difficultés.

Une réunion d'échange a également eu lieu le 17 mai 2018, organisée par l'UDCCAS du Nord et l'URIOPSS, afin de faire un rappel réglementaire au sujet des foyers logements devenus résidences autonomie et d'échanger sur les pratiques d'utilisation du forfait autonomie.

A la vue des différentes rencontres organisées, à l'initiative de plusieurs organismes, cela permet de mettre en avant la solidarité des résidences autonomie face aux difficultés rencontrées.

Malgré l'évolution de nos établissements accueillant un public âgé, qu'il s'agisse des résidences autonomie ou des résidences services et des béguinages, face à l'évolution de la demande, nous restons sur un produit identique, qui ne s'est pas particulièrement adapté à la demande, comme le souligne Monsieur Fournet. Au-delà des besoins actuels et de l'arrivée des nouvelles technologies, les établissements doivent dorénavant et déjà réfléchir aux modèles de prise en charge nécessaires pour les générations à venir, avec des populations qui auront baigné dans les nouvelles technologies, aussi bien dans leur vie professionnelle que dans leur vie personnelle.

Comme nous avons pu le souligner à plusieurs reprises, l'un des plus gros désavantages des résidences autonomie est la vétusté des bâtis, face à une concurrence qui construit des bâtiments neufs, modernes et adaptés à la perte d'autonomie. Conscient de cette divergence, il a été décidé que sur les 700 millions d'euros alloués chaque année par l'Etat

dans le cadre de la loi ASV, 40 millions d'euros seraient dédiés, sur trois ans, à la rénovation, la réhabilitation et la modernisation des résidences autonomie<sup>66</sup>.

Outre toutes ces adaptations, c'est grâce aux **nouvelles technologies** que les résidences autonomie pourront se démarquer des autres établissements et proposer des prises en charge modernisée malgré la vétusté des bâtis. L'intégration de ces nouvelles technologies ne doit pas pour autant impacter le coût mensuel pour les résidents, au risque de perdre de futurs résidents potentiels, et notamment ces résidents aux faibles revenus qui ne peuvent intégrer les résidences seniors et béguinages. C'est pourquoi il apparaît essentiel que les résidences autonomie répondent à des appels à projet afin d'obtenir des subventions leur permettant de soutenir financièrement ces projets innovants. Aussi, par l'intermédiaire du forfait autonomie, des ateliers numériques par exemple peuvent être financés, ainsi que la location d'outils technologiques. Ces innovations technologiques doivent principalement avoir vocation à maintenir le lien social des résidents, nouvelle demande de la population, comme nous avons pu le mentionner précédemment. Pour exemple, la résidence l'Orée du Bois de la Fondation Partage et Vie a pu prendre en location un vélo virtuel, de la société COTTOS. Au-delà d'en faire bénéficier les résidents de la structure, ce vélo virtuel a été mutualisé avec d'autres établissements médico-sociaux ainsi qu'avec des personnes âgées extérieures à l'établissement.

Un projet de résidences services nouvelles générations a été lancé par l'association Santélylys, nommé Homilyls<sup>67</sup>. Celui-ci tente de répondre à la volonté de plus en plus forte de maintien au domicile de la population âgée, couplée d'une augmentation de la dépendance de celle-ci. Pour répondre à cela, Santélylys a imaginé un nouveau prototype de résidences service où se conjuguent domotique et télé suivi par le biais de logements individuels adaptables à la perte d'autonomie. Chacun d'entre eux est notamment doté de capteurs au sol, d'outils permettant la gestion de la luminosité, l'ouverture et la fermeture des volets, des plans de travail adaptables en hauteurs, etc., le tout contrôlable via une tablette adaptée et sous la surveillance d'une équipe Santélylys de télé suivi. L'objectif est de proposer un logement individuel, non stigmatisant, permettant de limiter les hospitalisations et de

---

<sup>66</sup> UNIOPSS. *Loi d'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]*. (04/2016) Disponible sur : <<http://expertise.uriopss-bfc.fr/resources/bour/pdfs/2016/ReunionsBFC//ASVPresentationUNIOPSS260416.pdf>>

<sup>67</sup> HOSPIMEDIA. *L'association Santélylys concrétise dans le Nord son projet « innovant » de résidences services [en ligne]*. (12/2017) Disponible sur : <<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20171214-offre-medico-sociale-l-association-santelys-concretise-dans>>

retarder l'institutionnalisation, le tout dans un cadre sécurisant bien qu'autonome. A cela s'ajoute des prestations collectives, telles que des prestations de restauration et d'animation. Ces premières « maisons connectées », issues de constructions neuves ou de réhabilitation, seront disponibles à la location dès la fin de l'année 2018. Ces innovations sont parfaitement adaptables à l'offre des résidences autonomie, qui peuvent adapter leurs anciens bâtis afin de proposer ces équipements domotiques et connectées, permettant d'appuyer davantage le maintien de l'autonomie des résidents. Cependant, ces adaptations sont coûteuses et des solutions de financement doivent être trouvées pour que les résidences autonomie puissent évoluer et s'adapter à la demande.

## Conclusion

Pour conclure ce mémoire, ce cursus universitaire et cette année de contrat au sein d'une résidence autonomie au cours de laquelle j'ai pu appréhender les difficultés que présentent l'évolution des modèles de prise en charge, l'évolution de la demande des personnes âgées avec l'arrivée de nouvelles générations de résidents, et la montée d'une concurrence agressive, la réponse à la problématique « **Comment adapter nos résidences autonomie face à la concurrence agressive de promoteurs immobiliers ?** » semble être **l'évolution**. Cette évolution, qui passera principalement par l'arrivée en masse des nouvelles technologies dans les établissements d'hébergement mais aussi au domicile permettra de proposer une prise en charge plus adaptée et plus sécurisée, qui permet de pallier les difficultés humaines et les défaillances actuelles du système. Celles-ci pourront se développer dans un contexte où les bénéficiaires ont connu tout au long de leur vie ces nouvelles technologies.

Ces nouvelles technologies sont une opportunité considérable pour les personnes âgées : sécurité, santé, maintien de l'autonomie, maintien du lien social, autant de bénéfices qui sauront faciliter l'accompagnement par les professionnels de santé mais aussi soulager les aidants familiaux. Les risques mentionnés au cours de ce mémoire au sujet des nouvelles technologies tels que la déshumanisation ou la sécurisation des données personnelles sont toutefois à garder continuellement à l'esprit pour permettre une intégration réussie de ces nouveaux outils.

Nos résidences autonomie, modèle de plus en plus obsolète, doivent inévitablement évoluer et s'adapter face aux nouveaux établissements, qu'il s'agisse des résidences services ou des béguinages, qui s'emparent agressivement des potentiels résidents des résidences autonomie. Face à elles, les résidences autonomies ont deux possibilités : soit elles s'adaptent, soit elles ferment.

Dans cette même optique d'intégration des nouvelles technologies, la reconstruction dans de bâtis neufs et modernes, ne peut être que bénéfique pour les résidences autonomie.

Il est essentiel que les directeurs de résidences autonomie, alliés du département, des autorités de tutelle et des politiques, poursuivent leur réflexion sur l'évolution de ces établissements, qui apparaissent malgré leur obsolescence grandissante, comme une solution indispensable au vieillissement de la population, qui ne cesse d'augmenter en France. Les résidences autonomie doivent réussir à s'imposer comme réel intermédiaire

entre l'EHPAD et le domicile, avec un EHPAD qui tendra de plus en plus vers l'accueil de personnes âgées en situation de très grande dépendance.

Comme abordé au cours de ce mémoire, les résidences autonomes doivent réussir à prendre la place d'un des maillons indispensables de la couverture médico-technique proposée aux personnes âgées, avec notamment des séjours de convalescence, un accompagnement dans le retour à domicile et un tremplin avant l'entrée définitive en EHPAD.

## Bibliographie

1. INSEE. *Estimation de la population au 1er janvier 2018 [en ligne]*. (01/2018)  
Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>>
2. Organisation Mondiale de la Santé. *Vieillesse et santé [en ligne]*. (02/2018)  
Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>>
3. INSEE. *Projections de la population à l'horizon 2060 [en ligne]*. (10/2010)  
Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>>
4. ARS Hauts de France. *Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 [en ligne]*. (07/2018) Disponible sur : <<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>>
5. INSEE. *L'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en termes de prise en charge et d'emploi [en ligne]*. (02/2012) Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290678>>
6. DREES. *Projection des populations âgées dépendantes [en ligne]*. (09/2013)  
Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>>
7. ASSOCIATION ESPOIR ALZHEIMER ET HANDICAP NEUROLOGIQUE. *Les malades jeunes [en ligne]*. (01/2011) Disponible sur : <<http://espoir-alzheimer.com/les-malades-jeunes/malades-jeunes/>>
8. DREES. *Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées [en ligne]*. (10/2017) Disponible sur : <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-les-aides-apportees-aux-personnes-agees>>
9. DREES. *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? [en ligne]*. (03/2016)  
Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ddd1.pdf>>
10. UNION DEPARTEMENTALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. *La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie [en ligne]*. (2011) Disponible sur : <<http://udaf55.fr/La-prise-en-charge-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie>>

11. Gilles NEZOSI. *Du cinquième risque à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]*. (06/2016) Disponible sur : <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/rub1871/du-cinquieme-risque-adaptation-societe-au-veillissement.html>>
12. SILVERECO.FR *A propos du cinquième risque [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://www.silvereco.fr/a-propos-du-5eme-risque>>
13. SILVERECO.FR SILVERECO.FR *Silver Economie : définition [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<https://www.silvereco.fr/silver-economy>>
14. PRAHALAD C.K *The Fortune at the bottom of the pyramid – eradicating poverty trough profits*. Wharton School Publishing. (08/2004)
15. CNSA. *Analyse statistique n°4 : analyse des tarifs en EHPAD [en ligne]*. (06/2017) Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016>>
16. LEGIFRANCE. *Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]*. (12/2015) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/12/30/AFSA1526771D/jo/texte>>
17. CNSA. *Etude nationale des coûts en EHPAD : des coûts moyens stables entre les exercices 2015 et 2016 [en ligne]*. (06/2018) Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/etude-nationale-de-couts-des-ehpad-des-couts-moyens-stables-entre-les-exercices-2015-et-2016>>
18. HUMANIS. *Résidences autonomie (ex logements foyers) : quels sont les frais à prévoir [en ligne]*. (01/2017) Disponible sur : <<https://essentiel-autonomie.humanis.com/trouver-maison-retraite-ehpad/preparer-entree/Residences-autonomie>>
19. MARPA. *Le Projet MARPA [en ligne]*. (2017) Disponible sur : <<https://www.marpa.fr/le-reseau/le-projet-marpa-2/>>

20. LEGIFRANCE. *Décret n° 2017-552 du 14 avril 2017 relatif à la formation des accueillants familiaux [en ligne]*. (04/2017) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/14/2017-552/jo/texte>>
21. FEHAP. *10 ans de la loi 2002-02 : Une décennie de rénovation du secteur social et médico-social ? [en ligne]*. (01/2012) Disponible sur : <[http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/6\\_1\\_2012\\_18\\_33\\_3\\_plaquette\\_finale\\_ok.pdf](http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/6_1_2012_18_33_3_plaquette_finale_ok.pdf)>
22. LEGIFRANCE. *Loi n° 57-908 du 7 août 1957 tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs [en ligne]*. (08/1957) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000315837&categorieLien=id>>
23. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE. *Constitution du 4 octobre 1958 [en ligne]*. (10/1958) Disponible sur : <<http://archives.assemblee-nationale.fr/1/qst/1-qst-1962-02-24.pdf>>
24. CHAPON Pierre-Marie. *Résidence autonomie Quels besoins ? Quelles attentes ? [en ligne]*. (07/2017) Disponible sur : <<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-reference/552002-Residences-autonomie-besoins-attentes.pdf>>
25. ACTION SOCIALE. *Résidences autonomie [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/personnes-agees/logement-foyer-202.html>>
26. GEROSCOPIE. *Top 20 des groupes privés non lucratifs : le classement 2018 révélé* (04/2018)
27. DREES. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 [en ligne]*. (07/2017) Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>>
28. JOURNAL OFFICIEL. *Circulaire DDSC/DGAS/DGUHC no 2007-36 du 15 mai 2007 relative au classement et à la réglementation sécurité incendie (habitation ou ERP) applicable aux établissements accueillant des personnes âgées, y compris les logements-foyers pour personnes âgées [en ligne]*. (05/2007) Disponible sur :

<<http://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/fiches/BO200711/A0110057.htm>>

29. LEGIFRANCE. *Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées [en ligne]*. (05/2016) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/5/27/AFSA1603650D/jo/texte>>
30. HOSPI MEDIA. *Les résidences autonomie bénéficieront en 2017 d'un budget de 40M€ au titre de leur nouveau forfait [en ligne]*. (03/2017) Disponible sur : <<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/44440>>
31. LEGIFRANCE. *Arrêté du 1er février 2018 fixant le montant des concours alloués aux départements au titre de la conférence des financeurs pour 2018, pris en application du a du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036593431>>
32. CNSA. *Aide à l'investissement [en ligne]*. (07/2018) Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/allocation-de-ressources/aide-a-linvestissement>>
33. GRUNSPAN Jean-Pierre. *Les logements-foyers pour personnes âgées [en ligne]*. (07/2002) Disponible sur : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000226/index.shtml>>
34. DEPARTEMENT DU NORD. *Le Nord : l'autonomie pour la vie* (10/2017)
35. CAPON Marie-Pierre. *Il faut sauver les résidences autonomie [en ligne]*. (11/2016) Disponible sur : <<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-162811-il-faut-sauver-les-residences-autonomie-2044415.php>>
36. AGE VILLAGE PRO. *Gérontologie – Silver Economie [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <<http://www.agevillagepro.com/n3-gerontechnologie-silver-economie-271>>
37. LAROUSSE. *Domotique [en ligne]*. Disponible sur : <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domotique/26402>>

38. VIATTE Juliette. *La domotique au service de la perte d'autonomie* **[en ligne]**. (09/2015) Disponible sur : <<http://www.agevillagepro.com/article-7048-1-La-domotique-au-service-de-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees.html>>
39. UNAIDE. *Aide à domicile, préservons le lien* **[en ligne]**. (02/2018) Disponible sur : <<https://unaide.fr/>>
40. KORIAN. *3ème baromètre européen du bien vieillir Korian* **[en ligne]**. (06/2016) Disponible sur : <<http://fondation-korian.com/wp-content/uploads/2016/09/CP-Barometre-seniors-IBVK.pdf>>
41. AUTONOM'LAB. *Activateur de projets innovants pour l'autonomie des personnes* **[en ligne]**. (2018) Disponible sur : <<http://www.autonom-lab.com/>>
42. TISSERON Serge. *Jouets régressifs ou auxiliaires thérapeutiques : quelle place pour les robots auprès des personnes âgées ?* **[en ligne]**. (02/2018) Disponible sur : <[https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-serge-tisseron/poupees-regressives-ou-auxiliaires-therapeutiques-quelle-place-pour-les-robots-aupres-des-personnes?utm\\_campaign=Echobox&utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook](https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-serge-tisseron/poupees-regressives-ou-auxiliaires-therapeutiques-quelle-place-pour-les-robots-aupres-des-personnes?utm_campaign=Echobox&utm_medium=Social&utm_source=Facebook)>
43. DONNASSON Sylvie. *Le Big Data dans la Santé : réalités et perspectives en France* **[en ligne]**. (11/2016) Disponible sur : <<https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-162778-le-big-data-dans-la-sante-quelles-realites-et-perspectives-en-france-2043994.php>>
44. EDF. *Smart Grid, le réseau intelligent* **[en ligne]**. (06/2012) Disponible sur : <<https://www.edf.fr/groupe-edf/espaces-dedies/l-energie-de-a-a-z/tout-sur-l-energie/l-acheminement-de-l-electricite/smart-grid-le-reseau-intelligent>>
45. SOLIDARITES SANTE GOUV. *Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme* **[en ligne]**. (05/2018) Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>>
46. EHPAD'MAG n°38. *Les TIC créatrices de liens sociaux* (11/2015)

47. HAS. *Comment repérer la fragilité [en ligne]*. (05/2013) Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
48. HOSPIMEDIA. *Les EHPAD expérimentent les multiples facettes de la réalité virtuelle [en ligne]*. (04/2018) Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20180430-e-sante-les-ehpad-experimentent-les-multiples-facettes/20180430-de-nouvelles-pistes-pour-l-accompagnement-des-personnes>
49. COTTOS MEDICAL. *Cycleo, un vélo d'aujourd'hui pour mieux vieillir demain [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <https://cottos.fr/>
50. DOMODEP. *Une autre idée de l'autonomie [en ligne]*. (2018) Disponible sur : <http://www.domodep.com/>
51. LA VOIX DU NORD. *Mad et Tech, les «architectes de l'électricité moderne» [en ligne]*. (02/2014) Disponible sur : <http://www.lavoixdunord.fr/archive/recup/economie/mad-et-tech-les-architectes-de-l-electricite-moderne-ia0b0n1949533>
52. SOLIDARITES SANTE GOUV. *La télémédecine [en ligne]*. (02/2018) Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
53. EHPAD'MAG n°40. *La télémédecine, un outil possible pour augmenter la coordination* (02/2016)
54. FRANCE INFO. *Les nouvelles technologies accompagnent la perte d'autonomie des personnes âgées [en ligne]*. (12/2014) Disponible sur : [http://www.francetvinfo.fr/france/video-les-nouvelles-technologies-accompagnent-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees\\_763809.html](http://www.francetvinfo.fr/france/video-les-nouvelles-technologies-accompagnent-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees_763809.html)
55. LES MAISONS DE RETRAITE n°179 – *Les EHPAD à l'heure des nouvelles technologies* (03/2015)
56. BENABID SANDOSS. *L'Économie du siècle : Les nouvelles technologies de l'information et de la communication : un instrument potentiel au service de l'économie sociale ?* (01/2003)

57. SILVERECO.FR. *Béguinage* **[en ligne]**. (12/2016) Disponible sur : <https://www.silvereco.fr/beguinage/3171734>
58. VIVAMEDIA. *Le coût de la location d'un logement en résidences seniors* **[en ligne]**. (02/2018) Disponible sur : <https://www.logement-seniors.com/articles-residences-seniors/le-cout-de-la-location-d-un-logement-en-residence-seniors.html>
59. HOSPIMEDIA. *Les résidences services aspirent désormais à accroître leur visibilité et sécuriser leur modèle* **[en ligne]**. (10/2017) Disponible sur : <http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180614-qualite-le-secteur-des-residences-services-espere-gagner>
60. EHPA.FR. *La lettre des résidences seniors* **[en ligne]**. (07/2017) Disponible sur : [https://www.ehpa.fr/newsletter/news\\_residences\\_seniors/news\\_RSS\\_0020/news\\_RSS\\_0020\\_full.html#ancre\\_2](https://www.ehpa.fr/newsletter/news_residences_seniors/news_RSS_0020/news_RSS_0020_full.html#ancre_2)
61. ACTION SOCIALE. *Annuaire résidences autonomie* **[en ligne]**. (2018) Disponible sur : <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/personnes-agees/logement-foyer-202.html>
62. POPULATION & AVENIR N°739. *La répartition inégale des personnes âgées* (04/2018)
63. ACTION SOCIALE. *Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – Registre Française du Social et du Médico-Social* **[en ligne]**. (2018) Disponible sur : <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-hebergement---reinsertion-sociale--c-h-r-s---214.html> ->
64. LA SAUVEGARDE DU NORD. *Qui sommes-nous ?* **[en ligne]**. (2018) Disponible sur : <https://www.lasauvegardedunord.fr/sauvegarde/>
65. FOURNET JEAN-MARIE. *Les résidences services sont encore loin d'avoir pris toute leur place dans l'habitat des seniors* **[en ligne]**. (01/2017) Disponible sur : <http://www.hospimedia.fr/actualite/interviews/43535>
66. UNIOPSS. *Loi d'adaptation de la société au vieillissement* **[en ligne]**. (04/2016) Disponible sur : <http://expertise.uriopss-bfc.fr/resources/bour/pdfs/2016/ReunionsBFC//ASVPresentationUNIOPSS260416.pdf>

67. HOSPIMEDIA. *L'association Santélyls concrétise dans le Nord son projet « innovant » de résidences services [en ligne].* (12/2017) Disponible sur : <  
<http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20171214-offre-medico-sociale-l-association-santelys-concretise-dans>>

## Table des figures

<b>Figure 1</b> : Répartition par revenu et par source de financement du plan d'aide APA (participation moyenne par mois).....	10
<b>Figure 2</b> : Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA depuis 2002.....	11
<b>Figure 3</b> : Positionnement géographique des résidences autonomie en 2015.....	24
<b>Figure 4</b> : Les six axes de la conférence des financeurs.....	28
<b>Figure 5</b> : Implantation des résidences seniors en France métropolitaine.....	47
<b>Figure 6</b> : Répartition des résidences autonomie en France métropolitaine.....	50

## Table des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Offre des plus grands groupes de maison de retraite.....	25
<b>Tableau 2</b> : Répartition de la population de plus de 60 ans au 1 <sup>er</sup> janvier 2018.....	51

## Table des annexes

Annexe 1 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection).....	I
Annexe 2 : Grille AGGIR et définition des GIR.....	II
Annexe 3 : Pronostic de l'évolution de la population par la DREES.....	IV
Annexe 4 : Transformation de l'accompagnement du vieillissement à l'horizon 2060.....	VI
Annexe 5 : nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011.....	VIII
Annexe 6 : Part de retraités parmi la population de chaque région.....	IX

## Annexes

### Annexe 1 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +		
1960	45 465	32,3	51,0	5,1	7,3	4,3	298,9	140
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7	308,1	180
1980	53 731	30,6	52,4	3,0	8,3	5,7	253,3	44
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8	236,2	80
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2	243,9	70
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5	263,9	100*
2015	64 514	24,2	51,0	6,2	9,3	9,3	201,5	100
2020	65 962	23,9	49,6	6,0	11,0	9,4	173,2	100
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9	154,1	100
2030	68 532	23,0	47,5	6,0	11,1	12,3	142,1	100
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6	120,0	100
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7	82,4	100
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16,0	31,9	100
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2	+ 30,6**	100

\* Solde migratoire issu de la projection.

Source : « Projections de la population à l'horizon 2060 » OCTOBRE 2010 – INSEE

## Annexe 2 : Grille AGGIR et définition des GIR

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie :

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants  - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,  - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,  - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Exemple de grille AGGIR :

Variables Discriminantesssss				A	B	C
1	<b>Cohérence</b>	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<b>Orientation</b>	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels ...		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<b>Toilette</b>	Se laver seul, habituellement et correctement, le haut et le bas du corps.	<b>Haut</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Bas</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			AA=A; CC=C; Autres=B			<input checked="" type="radio"/>
4	<b>Habillage</b>	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	<b>Haut</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Moyen</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Bas</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			AAA=A; CCC=C; Autres=B			<input checked="" type="radio"/>
5	<b>Alimentation</b>	Se servir et manger seul, correctement. <u>On considère que les aliments sont déjà préparés.</u>	<b>Se servir</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Manger</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			AA=A; CC,CB,BC=C; Autres=B			<input checked="" type="radio"/>
6	<b>Elimination</b>	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.	<b>Urinaire</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<b>Anale</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			AA=A; CX,XC=C; Autres=B			<input checked="" type="radio"/>
7	<b>Transfert</b>	Pouvoir passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans les 2 sens.		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<b>Déplacement intérieur</b>	Se déplacer seul à l'intérieur du domicile (même avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Source : [http://www.aidesociale.com/Dossiers/calcul\\_du\\_gir.htm](http://www.aidesociale.com/Dossiers/calcul_du_gir.htm)

Annexe 3 : Pronostic de l'évolution de la population par la DREES

Taux de dépendance moyen \* selon trois hypothèses de projection

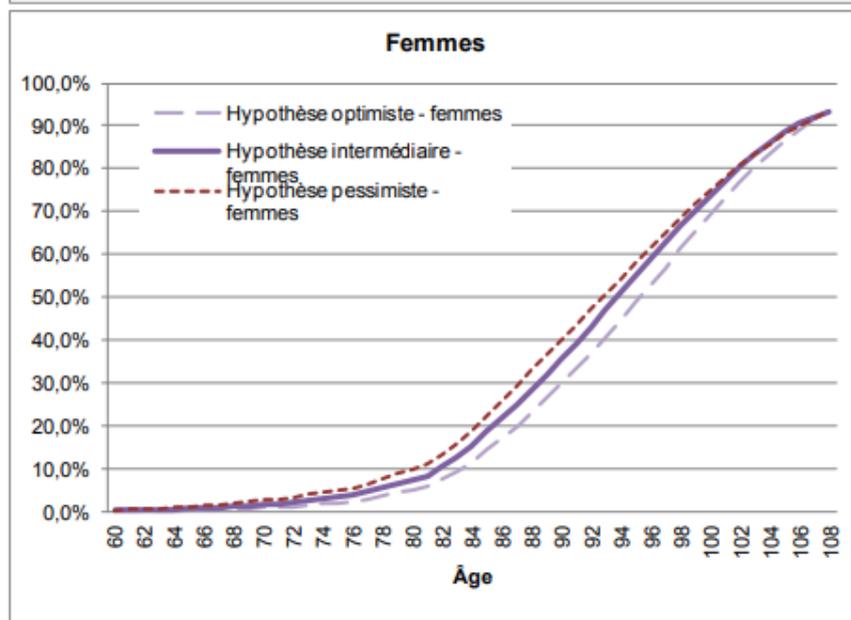
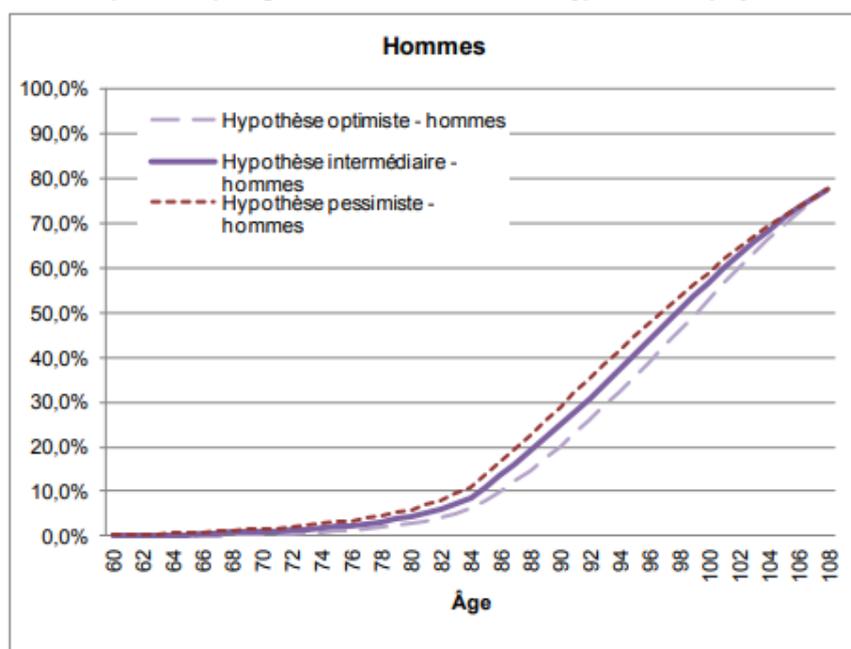
	2010	2060
Hypothèse optimiste	7,8%	7,8%
Hypothèse intermédiaire	7,8%	9,8%
Hypothèse pessimiste	7,8%	11,4%

\* Rapport « Population dépendante au sens de l'APA / Population de 60 ans et plus ».

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

Taux de dépendance par âge et sexe en 2060 selon trois hypothèses de projection



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

## 6 A Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection

au 1 <sup>er</sup> janvier	Hypothèse optimiste	Hypothèse intermédiaire	Hypothèse pessimiste
2010	1 122 004	1 122 004	1 122 004
2015	1 227 690	1 261 881	1 284 223
2020	1 294 182	1 365 573	1 413 509
2025	1 325 811	1 436 276	1 513 820
2030	1 374 622	1 529 757	1 643 857
2035	1 494 704	1 705 196	1 865 771
2040	1 644 478	1 913 023	2 122 708
2045	1 747 802	2 068 320	2 322 523
2050	1 794 364	2 160 861	2 459 458
2055	1 814 126	2 223 759	2 565 691
2060	1 815 919	2 263 649	2 647 052

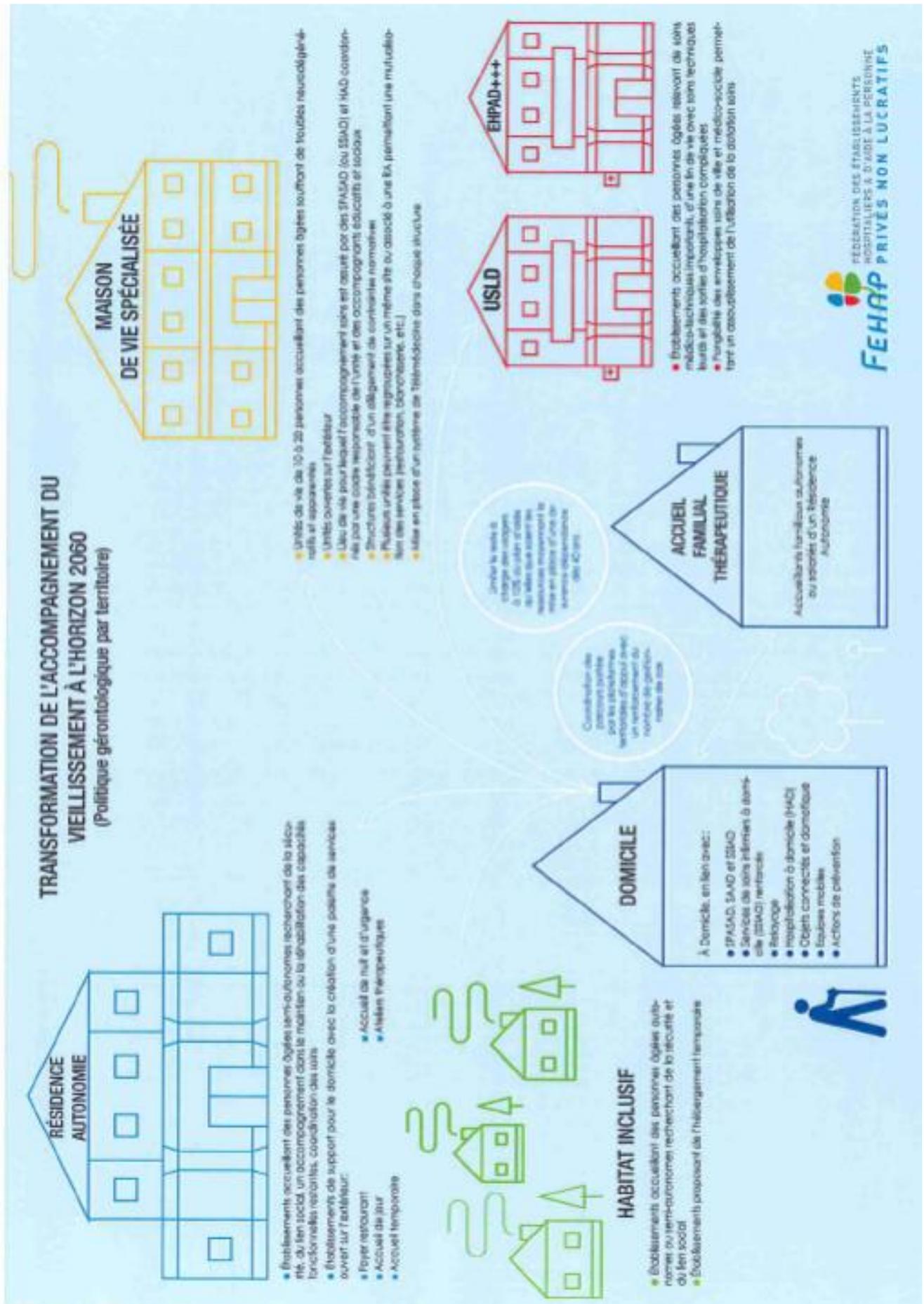
## 6 B Taux d'évolution annuel moyen des effectifs de bénéficiaires de l'APA selon trois hypothèses de projection

	Hypothèse optimiste	Hypothèse intermédiaire	Hypothèse pessimiste
2010-2020	1,5%	2,0%	2,4%
2020-2030	0,6%	1,1%	1,5%
2030-2045	1,6%	2,0%	2,3%
2045-2060	0,3%	0,6%	0,9%
<b>2010-2060</b>	<b>1,0%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,7%</b>

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

## Annexe 4 : Transformation de l'accompagnement du vieillissement à l'horizon 2060



Annexe 5 : nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011

**Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011**

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31 décembre 2015	Nombre de résidents au 31 décembre 2011	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2011 et 2015	Évolution du nombre de places entre 2011 et 2015
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	<b>585 560</b>	<b>547 020</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,2%</b>
EHPAD privés à but lucratif	125 640	110 180	14,0%	12,4%
EHPAD privés à but non lucratif	169 030	155 570	8,7%	7,6%
EHPAD publics	290 890	281 270	3,4%	2,8%
EHPAD publics hospitaliers	127 070	125 320	1,4%	0,8%
EHPAD publics non hospitaliers	163 820	155 950	5,0%	4,4%
<b>Logements-foyers<sup>1</sup></b>	<b>101 880</b>	<b>102 770</b>	<b>-0,9%</b>	<b>0,5%</b>
Logements-foyers privés à but lucratif	3 790	3 350	13,1%	11,6%
Logements-foyers privés à but non lucratif	27 390	28 060	-2,4%	-0,7%
Logements-foyers publics	70 700	71 360	-0,9%	0,5%
<b>EHPA (non EHPAD)</b>	<b>7 700</b>	<b>8 630</b>	<b>-10,8%</b>	<b>-11,2%</b>
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 120	2 370	-52,7%	-38,0%
Maisons de retraite privées à but non lucratif	4 790	4 660	2,8%	-3,5%
Maisons de retraite publiques	1 790	1 600	11,9%	8,4%
<b>Unités de soins de longue durée<sup>2</sup></b>	<b>32 790</b>	<b>33 490</b>	<b>-2,1%</b>	<b>-2,5%</b>
<b>Autres types d'établissement<sup>3</sup></b>	<b>-</b>	<b>1 070</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Ensemble<sup>4</sup></b>	<b>727 930</b>	<b>692 980</b>	<b>5,0%</b>	<b>4,5%</b>

1. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, des résidences autonomes.

2. Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

3. Résidences d'hébergement temporaire (catégorie inexistante en 2015) et établissements expérimentaux (classés dans les EHPA non EHPAD en 2015).

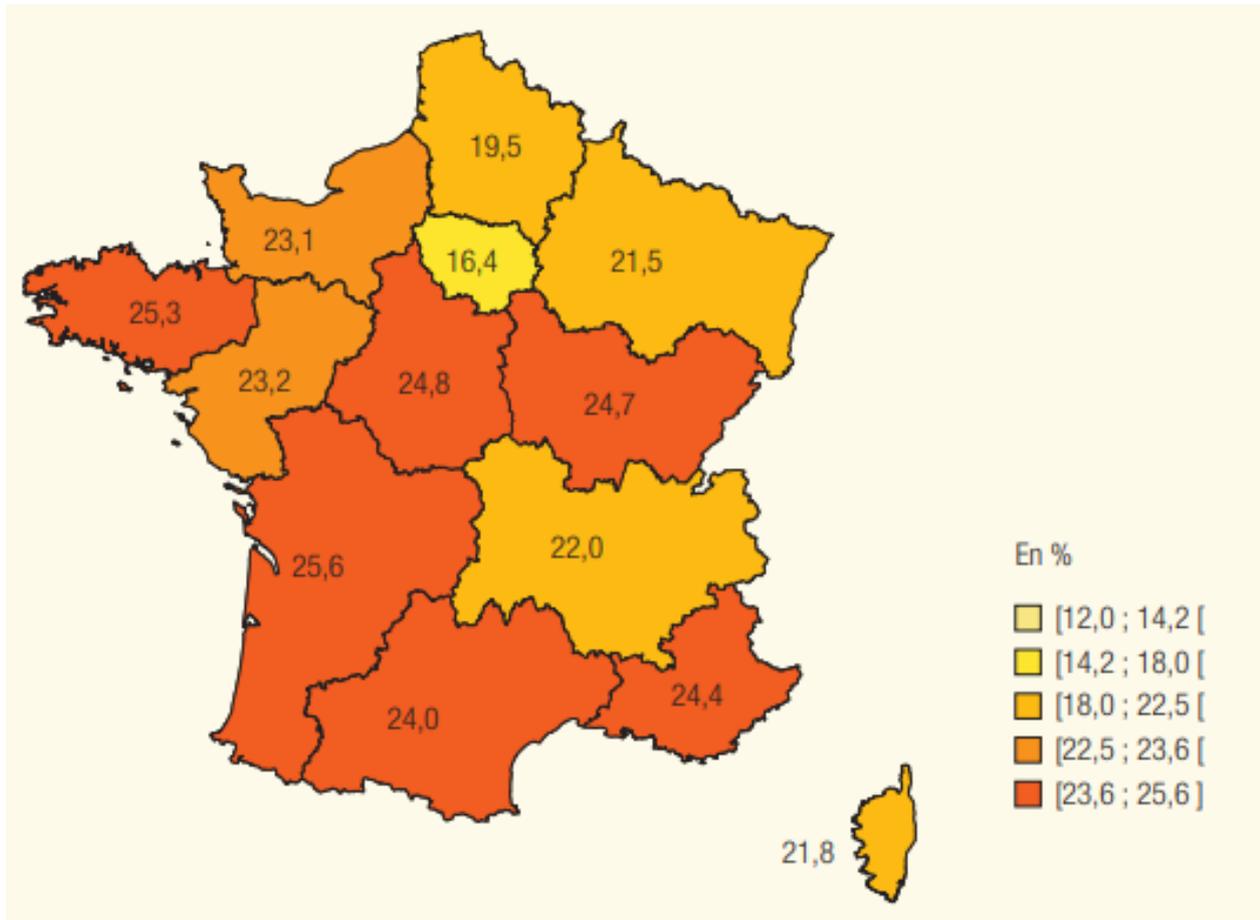
4. Les sous-totaux ont été arrondis. De ce fait, la correspondance avec le total n'équivaut pas à la somme des sous-totaux.

**Lecture** • Au 31 décembre 2015, 585 560 personnes âgées sont hébergées en EHPAD.

**Champ** • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

**Source** • DREES, enquête EHPA 2015.

Annexe 6 : Part de retraités parmi la population de chaque région



Source : [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-retraite\\_par\\_re\\_gion\\_1209\\_-\\_valide\\_-\\_hq.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-retraite_par_re_gion_1209_-_valide_-_hq.pdf)

## **Les nouvelles technologies pour le maintien de l'autonomie en Résidence Autonomie**

L'avancée en âge de la population française et l'**augmentation de la dépendance** des personnes âgées nous oblige à revoir nos modes de prise en charge. Ce mémoire a pu exposer les limites du **maintien à domicile** et la nécessité de faire évoluer nos résidences autonomie pour répondre au mieux aux besoins de la population actuelle, face à une concurrence agressive de **promoteurs immobiliers** qui proposent des résidences services et béguinages pour personnes âgées. Pour assurer l'adaptation à la demande mais aussi la **pérennité** de nos résidences autonomie, l'intégration des **nouvelles technologies** semblent être l'une des solutions les plus intéressantes et adaptées. Ce mémoire a permis de mettre en avant les freins et les leviers de l'intégration de ces nouvelles technologies, ainsi que leurs bénéfices. Ce mémoire tentera de mettre en avant diverses solutions pour assurer la pérennité des résidences autonomie, dans un objectif de **sécurité** et de bien-être de nos aînés.

Mots-clés : augmentation de la dépendance, maintien à domicile, promoteurs immobiliers, pérennité, nouvelles technologies, sécurité

### **New technology for the independence of seniors in residential home for the independent seniors**

With an ageing French population and an **increasing dependency**, we should develop our approaches. This dissertation describes in detail the limit of the **home support** and the necessary to develop our residential home for the independent seniors to meet the needs of the population, in front of an aggressive competition of the **property developer** who develop housing for elderly. To ensure adaptation of the needs of the population and **sustainability** of residential home for the independent seniors, integration of **new technology** appear to be the best solution. The dissertation spotlights brakes and levers of integration of new technology, and their benefits. We will try de spotlight solutions to ensure sustainability of residential home for the independent seniors, with an objective of **security** and well-being of our elderly.

Key-words : increasing dependency, home support, property developer, sustainability, new technology, security