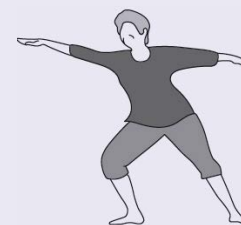


# La prévention des chutes des personnes âgées

## Volume 1/2 : Étude-Action

Avril 2023

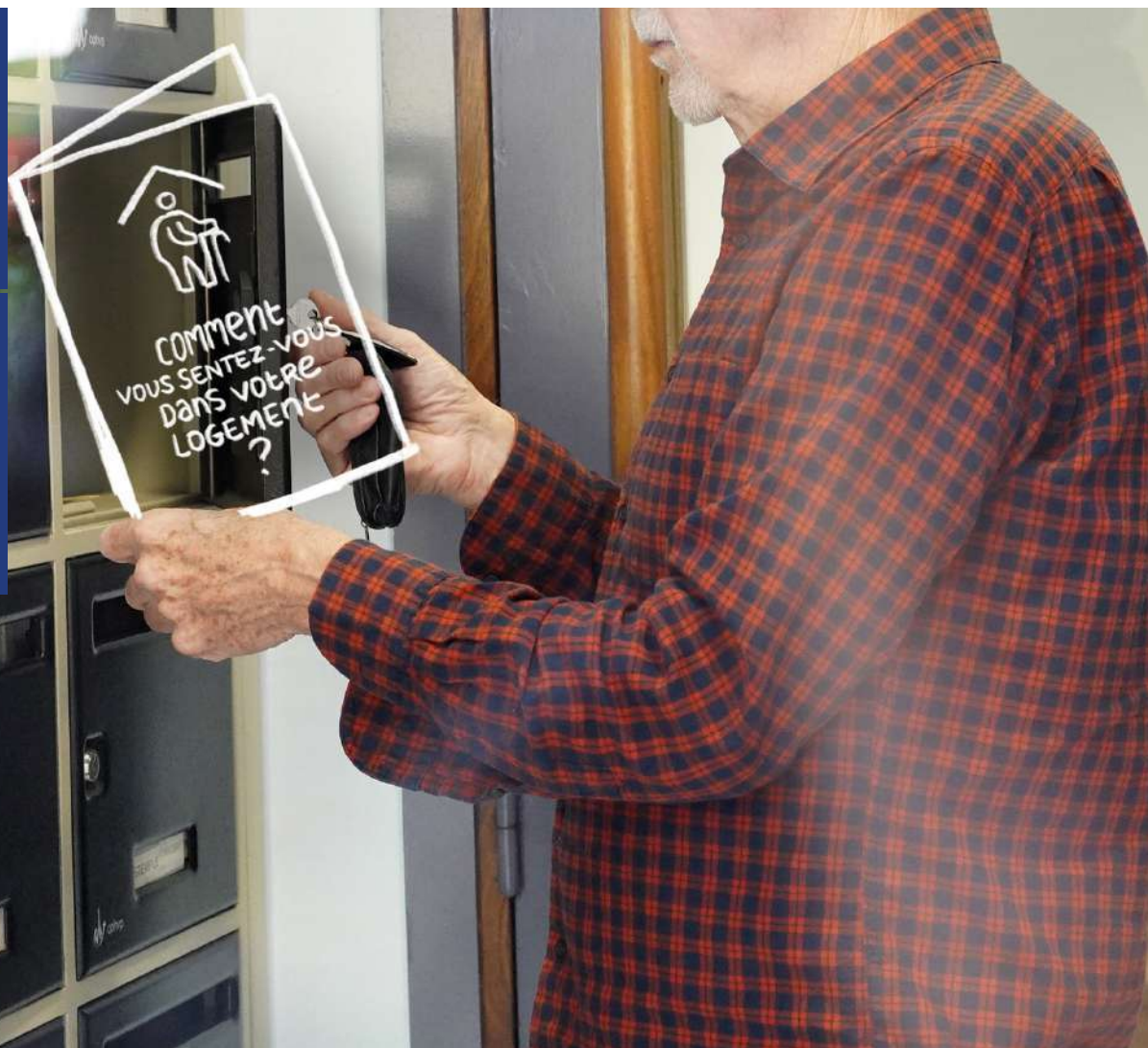


**Partie 1 : Guide pratique,  
pistes d'actions pour les acteurs  
de la prévention des chutes des  
personnes âgées**

**Partie 2 : Enquête de terrain,  
à la rencontre des usagers (p.82)**

## Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes des personnes âgées

Sélection d'actions pour réduire les chutes des personnes âgées à domicile, dans le cadre du Plan antichute des personnes âgées du ministère de la Santé et de la Prévention et du ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées - Avril 2023



PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

## LA DITP

La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pilote **le programme de transformation publique** défini par le Gouvernement pour **une action publique plus proche, plus simple et plus efficace**.

L'objectif : améliorer concrètement la vie des Français et des agents publics.

Les équipes de la DITP ont 4 missions principales :

- **assurer la mise en œuvre des politiques prioritaires du Gouvernement** sur tout le territoire,
- **coordonner l'action des administrations** pour simplifier les démarches et améliorer la qualité du service pour les usagers,
- porter, avec ses partenaires interministériels, **l'innovation, le développement des compétences, la transformation des organisations, des pratiques managériales et de la gestion publique**,
- **accélérer les projets à fort impact des administrations** avec l'appui de ses équipes de consultants internes et d'experts, ainsi que du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP).

En savoir plus :

<http://www.modernisation.gouv.fr>

Cette étude portée par la **Direction générale de la cohésion sociale**, est un projet lauréat de " **l'Appel à défi pour une action publique co-construite avec les usagers et les agents** " (été 2022), piloté par la **Direction interministérielle de la transformation publique**, au sein de l'équipe Design avec le concours de son prestataire **Vraiment Vraiment**, et financé par **France Relance**.



## ÉDITO

Chaque année, **2 millions de chutes de personnes âgées** de plus de 65 ans sont responsables de plus de **10 000 décès**. Cela entraîne plus de **130 000 hospitalisations** et représente la première cause de mortalité accidentelle. Agir sur les leviers pour **réduire ce fléau**, tel est l'objet du **Plan national antichute des personnes âgées, porté par le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et la ministre chargée de l'Organisation Territoriale et des Professions de santé**, suite au lancement du plan par la ministre en charge de l'Autonomie en février 2022.

La communauté médicale et médico-sociale sait qu'en concentrant nos efforts sur des **actions de prévention, en premier lieu le dépistage, l'exercice physique, mais aussi sur la nutrition, l'aménagement du logement et des espaces publics, l'accès aux aides techniques et le bon usage de la téléassistance, on peut réduire le risque de chutes d'environ 20%**.

Les élus, les travailleurs sociaux, les aidants, le savent aussi. Ils ont contribué à la conception de ce plan national, qui depuis un an se développe sur tout le territoire.

Mais l'important est de bien identifier les acteurs et leur maillage sur le terrain et de les aider dans leur action auprès des personnes âgées afin d'éviter les chutes, les rechutes, aux conséquences médicales et sociétales graves. **Comment sensibiliser les publics au bon moment et sous la bonne forme ? Comment préfigurer une boîte à outils adaptée aux besoins ?**

Au travers de l'usage des dispositifs de télé-assistance, moins connus, moins utilisés en France que dans d'autres pays d'Europe, est engagée également une réflexion sur les pistes pour développer les potentiels de prévention des rechutes.

**Comment s'informer, comprendre et prendre une décision pour choisir le dispositif le mieux adapté aux besoins de la personne ? Comment faire évoluer les dispositifs de téléassistance pour renforcer leur rôle de prévention des chutes et rechutes ?**

Les travaux présentés ici tendent à répondre à ces questions.

**Christine ABROSSIMOV**

**Coordonnatrice nationale du Plan antichute des personnes âgées**

**Direction générale de la cohésion sociale**

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

# UNE DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE VÉCU DES USAGERS



Basée sur **des enquêtes en immersion auprès d'usagers, aidants et personnes âgées réalisées en Mayenne, Haute-Savoie et Essonne**, après une analyse documentaire approfondie, les travaux de recherches, de concertations et d'échanges ont été suivis lors de comités de pilotage réunissant la Direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CARSAT de Rhône-Alpes.

Les travaux se décomposent en 2 grandes parties :

## La prévention des chutes des personnes âgées Volume 1 : Étude-action

### • Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes

Le guide pratique propose des pistes d'action utiles pour les acteurs de la prévention, avec la préoccupation plus particulière du développement de la téléassistance comme potentiel de prévention des rechutes.

### • Enquête de terrain à la rencontre des usagers

L'enquête rapporte et analyse le vécu d'usagers de la téléassistance, d'aidants et de personnes âgées pour mieux comprendre les parcours de prévention des chutes des personnes âgées.

## La prévention des chutes des personnes âgées Volume 2 : État des lieux sur la téléassistance

### • Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe

### • Analyse documentaire et identifications d'opportunités

Ces deux documents comparent les systèmes de téléassistance au Royaume-Uni, en Suède, en Espagne, aux Pays-Bas et en France, en dressent un panorama et analysent les questions de prévention des chutes des personnes âgées.

## 9 PISTES d'ACTION



L'étude-action propose **9 pistes** pour améliorer la prévention des chutes des personnes âgées à domicile, notamment grâce à un usage plus efficace de la téléassistance.

Ces pistes s'inscrivent comme des **réponses aux enjeux et problématiques mis en lumière par les travaux d'enquête avec des usagers** et des experts, d'analyse documentaire et de parangonnage. Elles sont proposées aux acteurs de la filière de la prévention, de l'accompagnement médico-social et du soin à domicile, ainsi qu'aux acteurs institutionnels pilotes de la déclinaison du Plan antichute sur les territoires.

Elles ont vocation à **inspirer de nouvelles initiatives et modes d'action**, ou de prioriser des chantiers en cours. Ces pistes d'action doivent être travaillées, affinées avec les professionnels concernés et avec les usagers, afin de définir les contours de leur mise en œuvre.

Si certaines de ces actions sont déjà amorcées ou déployées sur certains territoires, elles ne sont aujourd'hui pas la norme : **l'enjeu est de diffuser un socle d'initiatives communes pour améliorer la prévention des chutes sur tous les territoires, au prisme du vécu réel des personnes âgées et de leurs aidants.**

Ces actions s'appuient sur un parti-pris fort : **la prévention des chutes est indissociable de la prévention du vieillissement dans toutes ses facettes — nutrition, activité physique, lien social, etc.** L'enjeu de **lien social et d'accompagnement humain**, de personne à personne, auprès de la personne âgée, est fondamental : **la filière de l'accompagnement à domicile est la pierre angulaire de la prévention des chutes à domicile** et du maintien à domicile des personnes âgées.

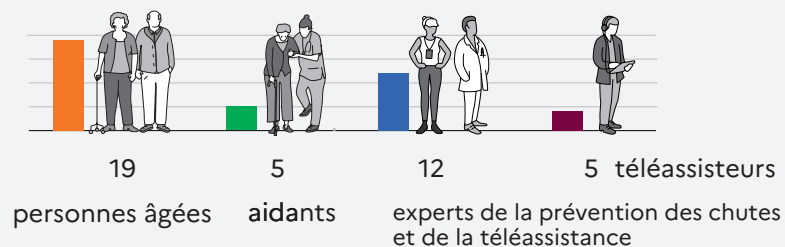
Les pistes d'action proposées sont donc indissociables d'un travail de fond sur la revalorisation/le renforcement de la filière professionnelle afin qu'elle soit à la hauteur des besoins d'accompagnement à domicile amenés à s'accroître, et pour résoudre l'inégalité d'accès sur les territoires.



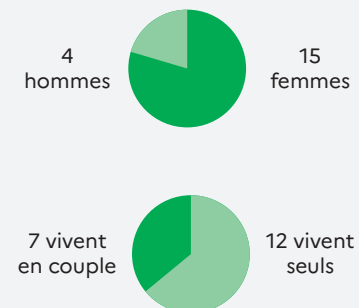
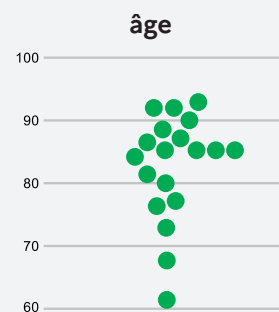
# L'étude-action s'appuie sur une enquête qualitative en immersion chez des personnes âgées et leurs proches aidants

L'enquête de terrain a été menée dans trois départements français : **Mayenne, Essonne, Haute-Savoie.**

## Les profils des personnes rencontrées



## Détail des profils des usagers rencontrés : lieu de vie, âge, sexe et situation de vie





**« C'est ma fille qui m'a poussée pour que je prenne la téléassistance. » Colette, 80 ans**

**"Je n'ai pas envie d'aller en maison de retraite."**



La canne, souvent à proximité. Ici, au domicile de Marie-Thérèse B.



*Voir les détails de l'enquête en partie 2*

# Rappel : 10 grands enseignements issus des enquêtes et analyses



## 1. Le fait de vieillir est invisibilisé et stigmatisé dans la société

Se préparer à bien vieillir, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, conditionne l'acceptation des dispositifs de prévention des chutes.

## 2. Réussir la prévention des chutes est conditionné par différentes étapes d'acceptation.

La prévention doit prendre en considération le processus sensible et vécu de la personne aidée et de son aidant (accepter de vieillir, accepter ses fragilités, accepter l'aide).

## 3. La chute est souvent le symptôme d'une fragilisation physique et/ou sociale, ce n'est pas qu'une cause.

La prévention des chutes est indissociable de la prévention des conséquences du vieillissement en général, leur distinction ne fait pas sens pour l'utilisateur.

## 4. La prévention des chutes se fait majoritairement de manière informelle, par les proches.

L'impact de la prévention dépend de la confiance accordée aux acteurs qui la délivrent.

## 5. L'aidant est l'acteur de proximité et de confiance qui a le plus d'impact auprès de l'aidé.

Son rôle n'est pas suffisamment outillé. Il est aussi lui-même sujet à une succession d'étapes d'acceptation. Les outils de prévention doivent également s'adresser à l'aidant.



## 2. Réussir la prévention des chutes est conditionné par différentes étapes d'acceptation



# Rappel : 10 grands enseignements issus des enquêtes et analyses



## 6. Les acteurs institutionnels de proximité/du quotidien, qui offrent un cadre de confiance sont les premières portes d'entrée de la prévention.

Les mairies et professionnels de santé (médecins, kiné...) peuvent être mieux outillés pour "aller vers" — sensibiliser, informer, accompagner.

## 7. Il n'y a pas de parcours de prévention, mais une cohabitation de dispositifs préventifs multiacteurs.

La logique de parcours reste à construire en outillant la mise en réseau des acteurs de proximité, afin d'éviter la multiplication des parcours et les ruptures de parcours.

## 8. Les messages et activités de prévention parviennent à ceux qui ont la capacité à s'informer.

Le vrai problème n'est pas l'ergonomie de l'information mais l'inégalité d'accès à l'information et à la prise en charge (fractures territoriales et socio-économiques).

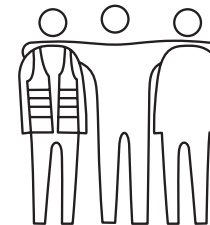
## 9. Le lien social est la pierre angulaire de la prévention

La prévention la plus efficace est la relation.

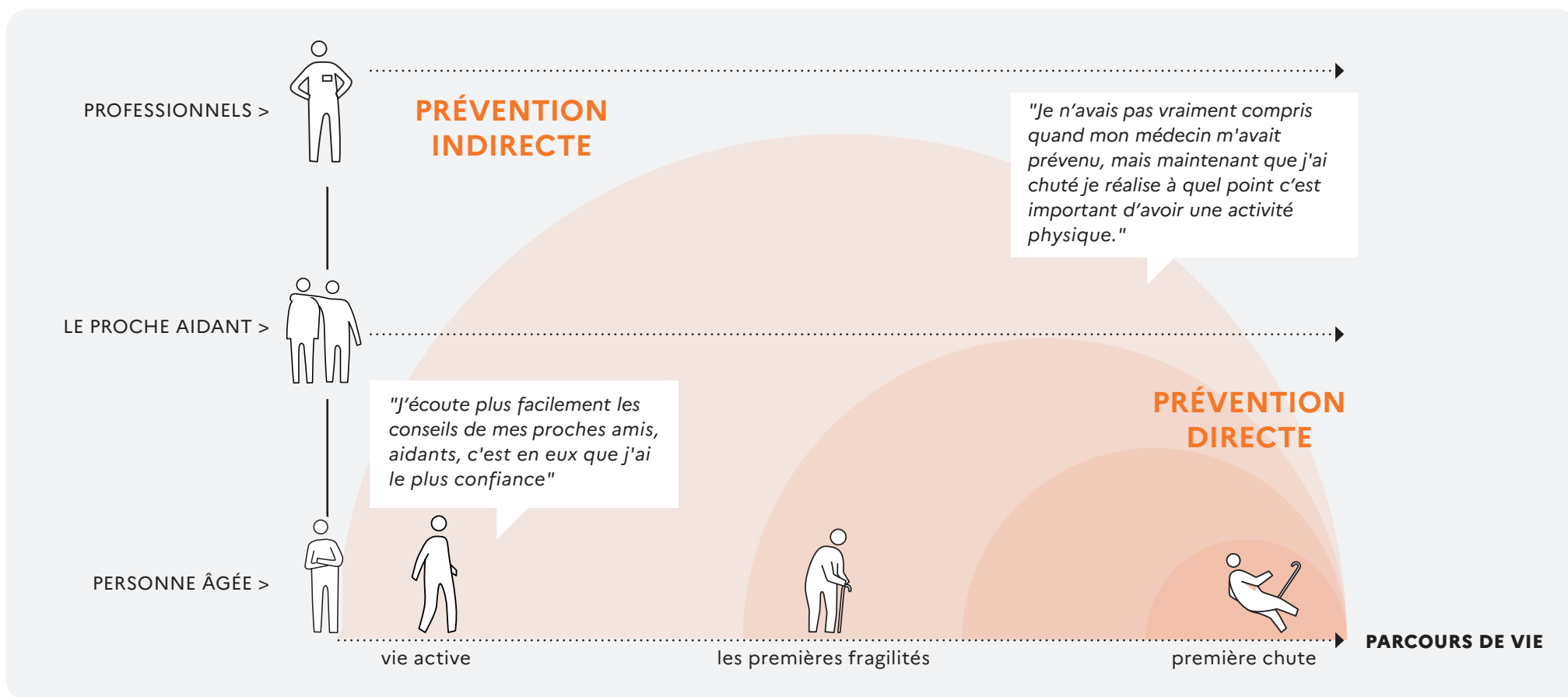
Sortir jouer aux cartes avec ses amis aura plus d'impact que les actions de communication institutionnelle. Le lien social est une opportunité de mieux articuler l'offre pléthorique existante, dans une logique de prévention intégrée.

## 10. Le recours à la téléassistance intervient souvent comme outil de réassurance post-chute plutôt que comme outil de prévention.

Il y a peu de frein au recours, peu de complexité à la souscription, mais beaucoup de non-usage et mésusages. On pourra toujours améliorer son recours mais la condition pour déployer son potentiel de prévention est de revoir le cahier des charges de la téléassistance (gouvernance, financement, offre de service...).



# Des actions de prévention directe et indirecte



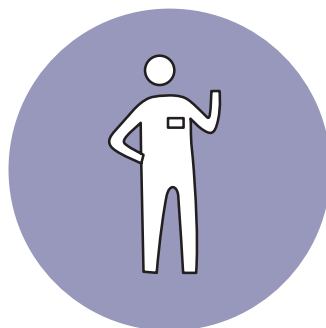
Les actions de prévention peuvent se répartir sur deux axes. **La proximité temporelle avec l'événement de la chute** : plus la prévention se rapproche du moment de la chute, plus elle peut avoir un effet direct sur la chute. **La proximité physique** : plus la prévention

cible la personne, plus elle a d'impact. Néanmoins, la proximité temporelle ou physique ne sont pas garant de l'impact. Les actions qui touchent les aidants ou qui interviennent en amont de l'événement de la chute peuvent avoir un impact tout aussi important.

**L'idée n'est donc pas de se rapprocher systématiquement de la cible et de la chute mais de combiner plusieurs actions qui permettent de couvrir différents publics et différents moments d'intervention.**

# Les 5 chantiers pour améliorer la prévention des chutes

*"Moi, à risque ? Certes je suis moins vaillant mais j'ai toute ma tête et je suis loin d'avoir besoin d'une canne. Un jour peut-être je me poserai la question de tous ces dispositifs, mais aujourd'hui ce n'est pas pour moi tout ça, pas encore."*



## SENSIBILISER

Comment **changer de regard** sur le vieillissement et la chute dans la société pour amener l'utilisateur à se sentir concerné ? **aller vers l'utilisateur** pour en parler ?

*"Oui, j'ai déjà chuté, mais ce n'était rien de grave. Du coup je n'en ai jamais parlé, ni à mon médecin ni à personne... Je n'avais pas envie d'étaler ça et d'alerter toute la famille. Ça arrive, ça ne veut rien dire, non ?"*



## DÉTECTER

Comment **détecter le plus tôt possible** le risque de chute, en mobilisant tous les acteurs de premier niveau, second niveau et en croisant les données ?  
Comment **faciliter le diagnostic** et l'autodiagnostic ?



*"C'est franchement un **parcours du combattant**, je ne sais pas même si l'énergie dépensée à être baladé d'institutions en institutions en vaut la peine. Je fais confiance à ma fille : lorsque je n'aurai plus le choix, elle m'aidera à trouver une solution. Et puis mon médecin ne m'a rien dit."*

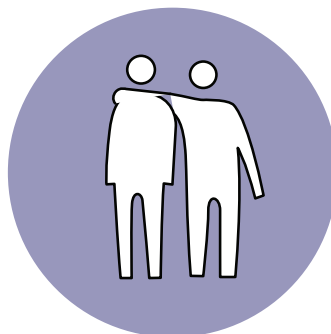


## INFORMER

Comment et où mettre à disposition une **information claire, lisible, accessible** aux personnes âgées et aidants (y compris pour les plus isolées, socialement ou géographiquement) sur les risques de chute ?

Comment ne pas faire **reposer la prise d'information sur les capacités des proches** à trouver les bons lieux/les bonnes personnes ?

*"**Papa ne veut pas aller en maison de retraite**, moi non plus. De toute façon, on n'en a pas vraiment les moyens. J'aimerais bien qu'une aide à domicile passe, mais elle ne remplacera jamais la visite de ses petits-enfants. Sans eux, il ne ferait plus rien. "*



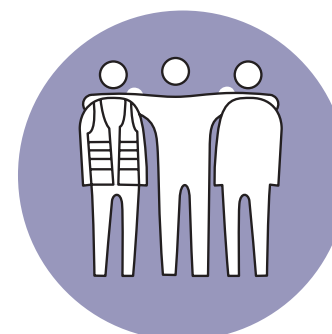
## ACCOMPAGNER

Comment **accompagner les parcours de vie**, ne pas essentialiser «la» personne âgée ?

Comment **s'appuyer sur les réseaux** existants (de professionnels, d'associations, d'aidants...) pour instaurer la confiance ?

Quelles solutions privilégier pour **répondre aux usages** et cadre de vie de chacun ?

*"Le problème, c'est que personne n'a le temps de se parler. On a déjà mille couches de coordination, on sait que les autres existent, mais de là à se coordonner au quotidien, c'est utopique."*



## METTRE EN RÉSEAU

Comment **faciliter la mise en lien** des actions (individuelles et collectives) et des acteurs sur un territoire ?

Quels outils permettraient de faciliter la **continuité du parcours usager** entre les acteurs d'un territoire (en matière de santé, retraite, action sociale...) ?

# Des pistes d'action co-construites avec une communauté d'experts et de professionnels

## Participants ayant contribué tout au long de la démarche

- .Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (**CNSA**)
- .Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (**CARSAT**) de Rhône-Alpes
- .Centre Communal d'Action Social (**CCAS**) de Laval Centre
- .Gériatrie du Centre Hospitalier d'Annecy
- .Gérontopole de Normandie, de Pays de la Loire
- .Maison Départementale de l'Autonomie (**MDA**) de Laval
- .Mon espace santé

- .Ma Boussole Aidants
- .Association générale des institutions de retraites des cadres (**AGIRC**)-Association des régimes de retraite complémentaires des salariés (**ARRCO**)
- .Présence Verte
- .Le réseau Aide à Domicile en Milieu Rural (**ADMR**) de Laval
- .Filien ADMR .Paris Habitat .Siel Bleu .Vieillir Vivant
- .Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (**TASDA**)
- .Tunstall Vitaris
- .des aidants ou anciens aidants



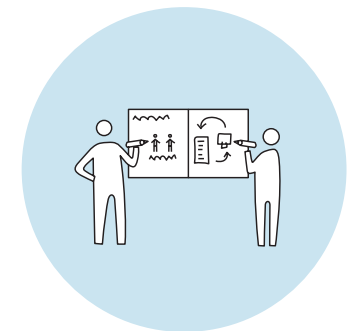
4 ateliers de co-conception avec des professionnels de l'autonomie et de la téléassistance



2 ateliers de débats sur les propositions



10 entretiens avec des experts



Finalisation et présentation des pistes d'action à un ensemble d'acteurs de la prévention

# Des pistes d'actions qui touchent la multitude d'acteurs de la prévention des chutes



L'acteur institutionnel, permet l'opérationnalité des politiques publiques de santé liées au vieillissement, n'interagit pas avec la personne âgée ou seulement en cas de besoin et de façon extrêmement encadrée.



L'acteur encadrant, n'interagit pas ou que ponctuellement avec la personne âgée, ne la connaît pas personnellement mais l'aide individuellement.

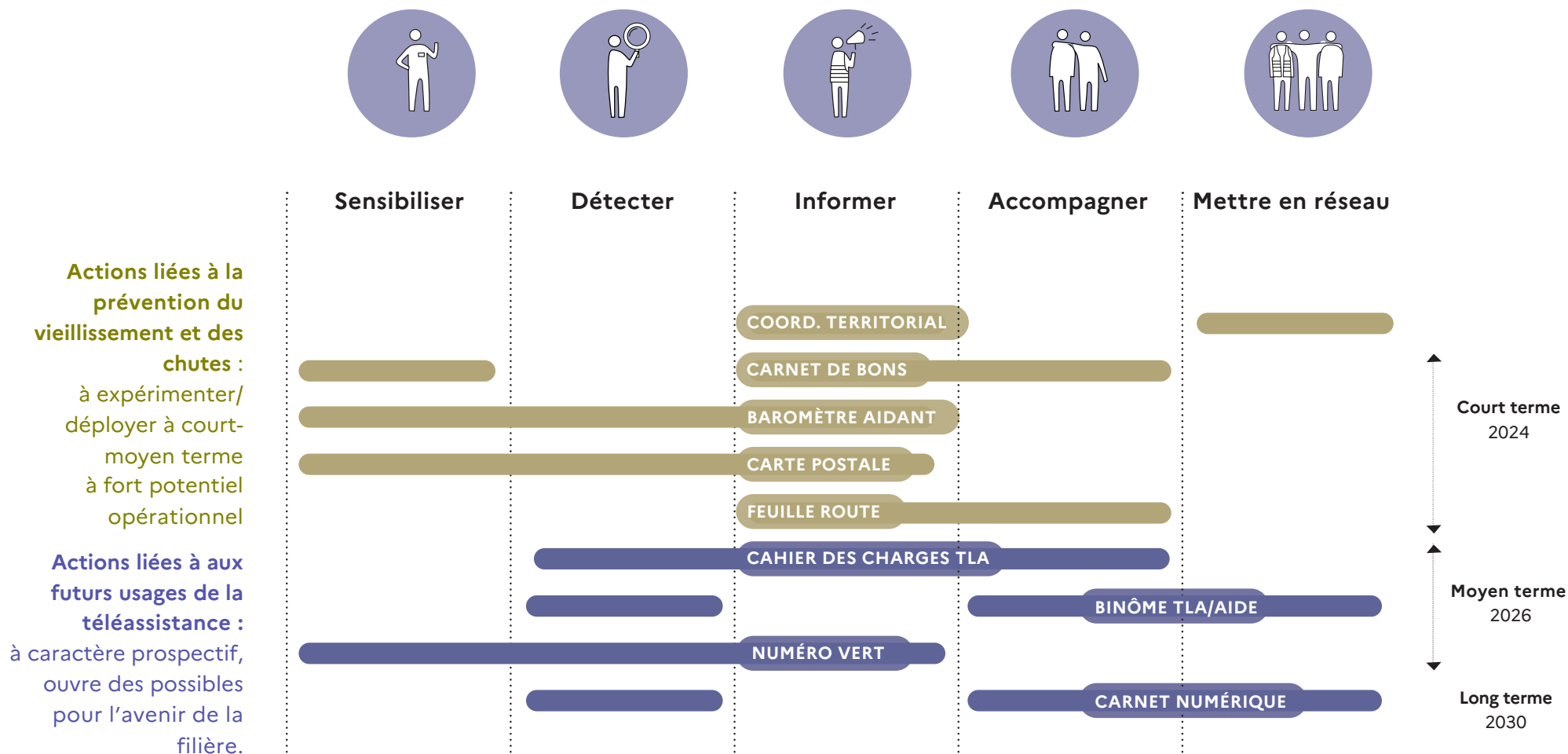


L'acteur de proximité, dans le quotidien de la personne âgée, la connaît personnellement.

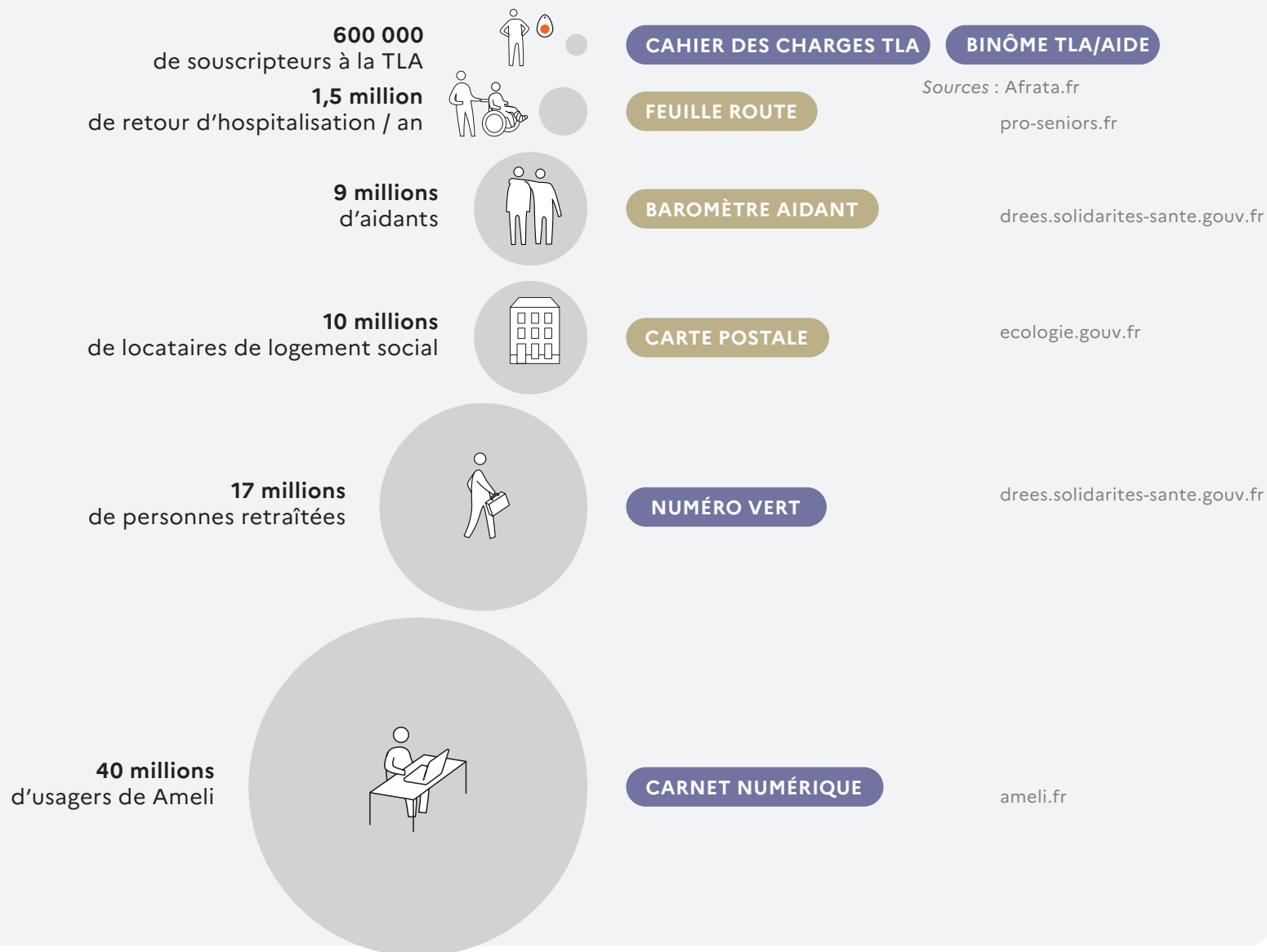


La personne âgée, son cercle intime.

# 9 pistes d'actions pour 5 chantiers de prévention



# 9 actions pour toucher un maximum de publics



# Pistes d'actions : améliorer la prévention des chutes



**1** La carte postale du bailleur



**2** La feuille de route de l'aidant



**3** Le baromètre de l'aidant



**4** Le carnet de bons



**5** La conférence des financeurs

# Pistes d'actions : la téléassistance (TLA) comme outil de prévention



**6** L'homogénéisation  
des services TLA



**7** Le binôme TLA/  
professionnels de  
santé



**8** Le numéro vert



**9** Le carnet de santé  
numérique

# LA CARTE POSTALE DU BAILLEUR SOCIAL

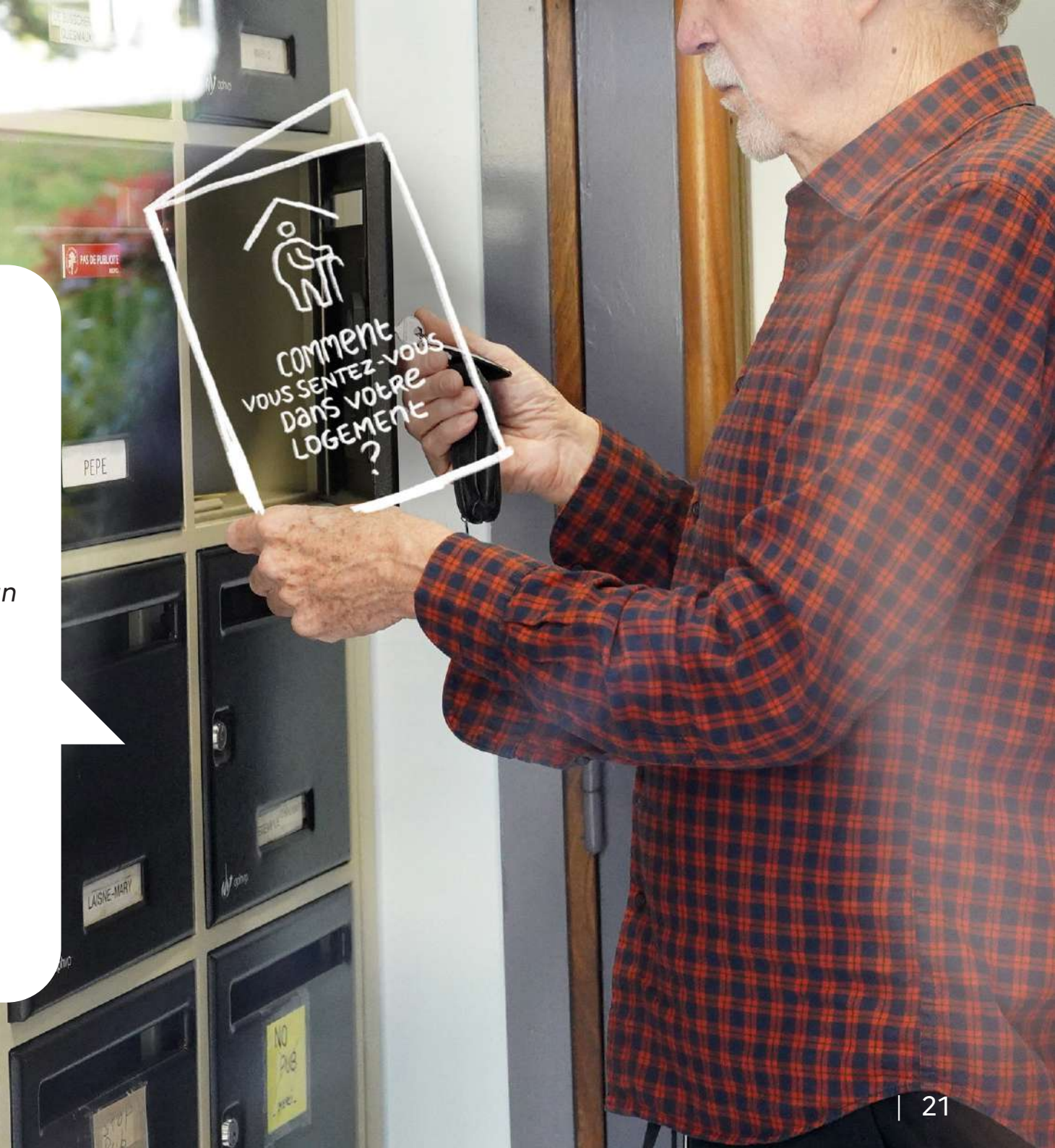
*→ Faciliter le recours aux aides  
et capter les besoins des locataires  
de logements sociaux*



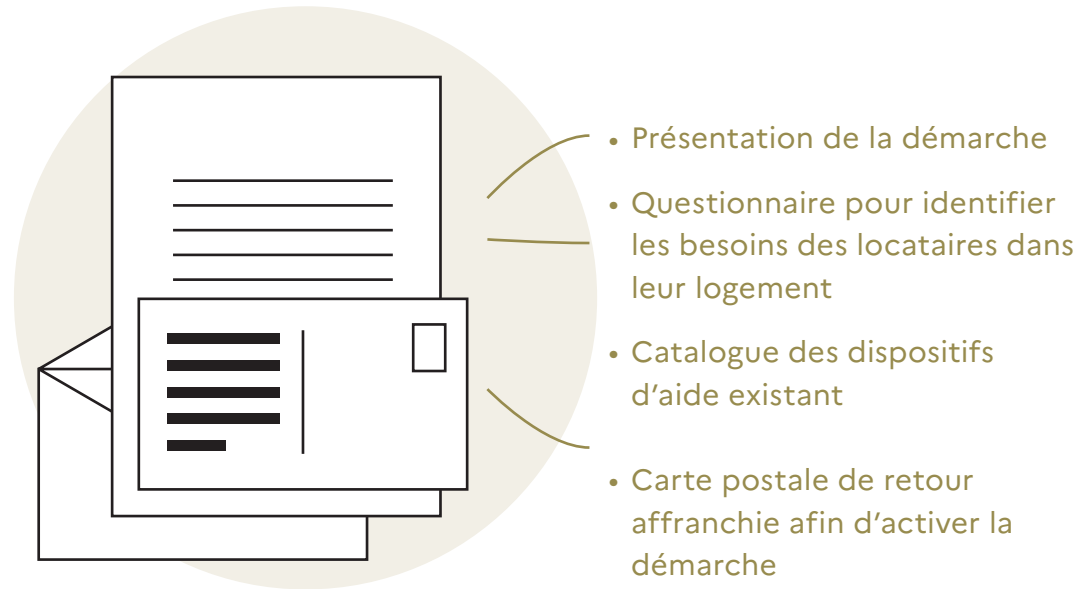
février 2024

*J'ai reçu ça dans mon courrier le mois dernier, ça tombait plutôt bien parce que j'ai de plus en plus de mal à monter dans la baignoire... Alors je leur ai retourné la carte et quelqu'un va passer la semaine prochaine pour parler de ça avec moi. Si mon logement peut s'adapter à mes vieux jours et que ça m'évite de déménager... C'est formidable !*

**Hamed, locataire d'un logement social**



# LE SCÉNARIO



**Envoyer aux locataires de logement social de plus de 65 ans une carte postale de leur bailleur** leur proposant de prendre du recul sur leur quotidien dans leur logement (sentiment de sécurité, besoins d'adaptation, etc).

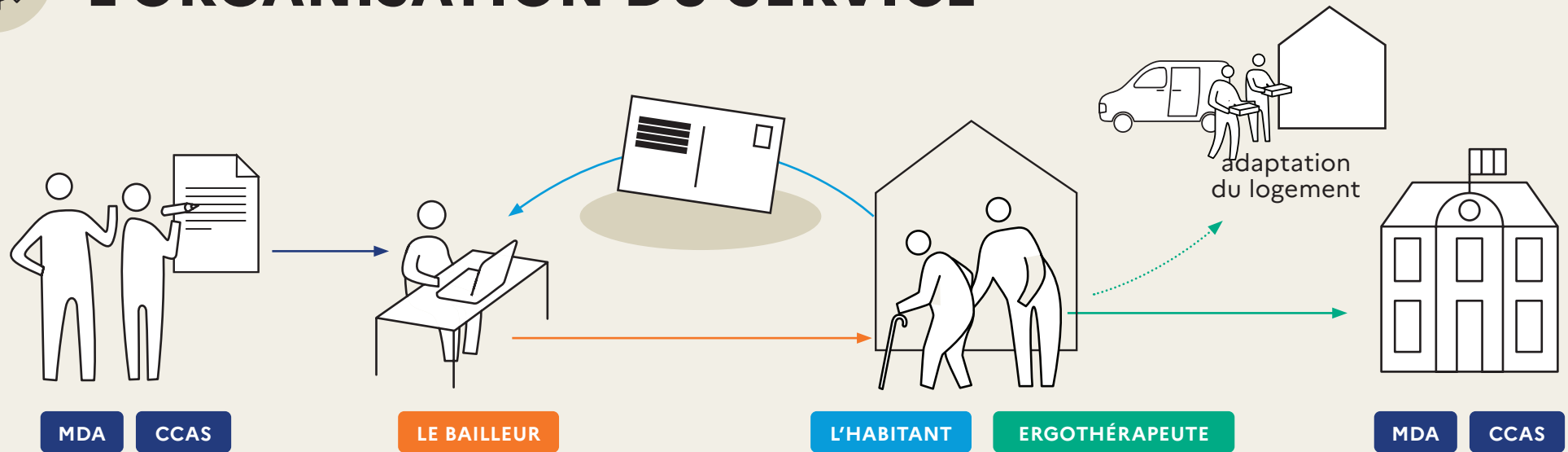
**Cette carte informe les locataires que le bailleur peut les accompagner dans l'évolution de leur logement,** ainsi que dans

la redirection vers des acteurs de maintien à domicile.

**Si l'utilisateur est intéressé** il peut, sur un simple retour de carte au bailleur, faire savoir qu'il est intéressé pour lancer un processus d'accompagnement à l'adaptation de son logement.



# L'ORGANISATION DU SERVICE



## Rédaction du courrier et préparation de l'envoi

La MDA et les CCAS du département rédigent ensemble le modèle du courrier, afin de recenser les différentes modalités d'accompagnement disponibles localement (en particulier Ma Prime Adapt'). Ce modèle est transmis au bailleur, qui identifie les locataires concernés et programme l'envoi de la carte postale.

## Prise de contact par l'utilisateur

En cas de retour de la carte par le locataire grâce à un affranchissement prépayé, le bailleur déclenche une visite du domicile par un spécialiste (ergothérapeute) afin d'établir un diagnostic des besoins.

## Partage des données sociales

L'ergothérapeute transmet son diagnostic au bailleur et au CCAS et à la MDA locale, afin de contribuer au recensement des seniors fragiles. L'adaptation du logement ou autre prise en charge sont lancées en fonction des préconisations.



# LES CARACTÉRISTIQUES

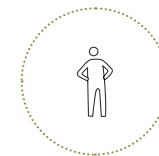
## LE CONTEXTE

Les bailleurs ont une connaissance très fine de leurs locataires grâce aux données sociales qu'ils récoltent, en faisant ainsi un véritable veilleur permettant de repérer des personnes âgées fragiles, voire en danger de chute. Si certains bailleurs lancent des expérimentations de veille sociale et contribuent à l'ouverture de démarches de droit commun grâce aux travailleurs sociaux, tous les bailleurs n'ont pas systématiquement de politique de suivi social, et beaucoup d'informations récoltées ne remontent pas jusqu'aux acteurs médico-sociaux.

Il y a donc un double enjeu d'aller à la fois au-devant des locataires seniors pour les diriger vers la diversité des dispositifs existants, et d'éviter la perte d'informations récoltées par les bailleurs.

## LES LEVIERS D'IMPACT

Offre de service enrichie		Nouvelle offre de service
Métiers et structures existants		Évolution des métiers et structures
Prévention indirecte		Prévention directe
Court terme		Long terme



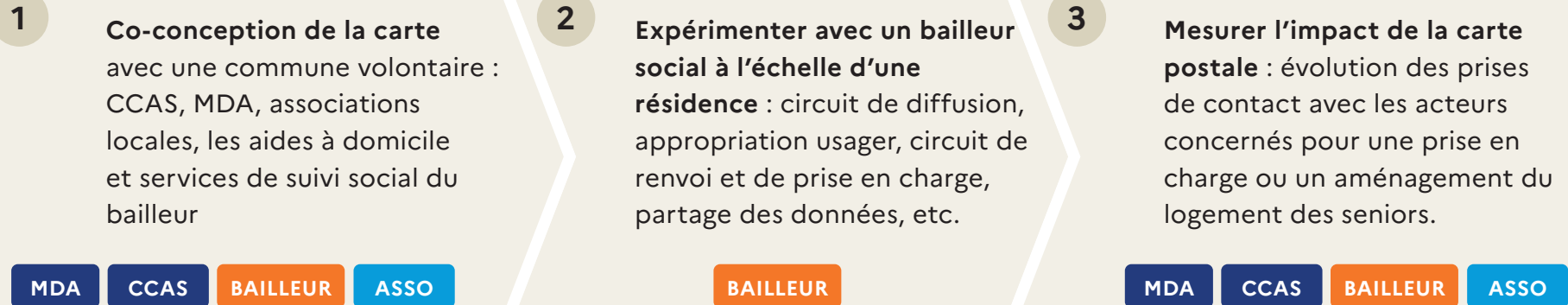
**10 millions**  
de locataires de logement social

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Les courriers des bailleurs adressés nominativement aux locataires.
- Le travail des chargés de suivi social et leurs instruments pour rediriger vers les partenaires, leurs pratiques de traitement des données sociales, etc.



## Les conditions de réussite

- **Permettre aux travailleurs sociaux de renvoyer leurs locataires vers le droit commun** via un outil simple.
- **La capitalisation des informations captées lors des visites de l'ergothérapeute** est un élément essentiel de la démarche, afin d'éviter que des signalements ou des informations clefs sur un parcours santé soient perdus.
- Une vigilance devra être portée sur le fait que les services locaux de droit commun ne sont pas toujours en capacité d'absorber un flux croissant de demandes.

# LA FEUILLE DE ROUTE DU RETOUR À DOMICILE

→ *Guider l'aidant pour préparer  
le retour à domicile*

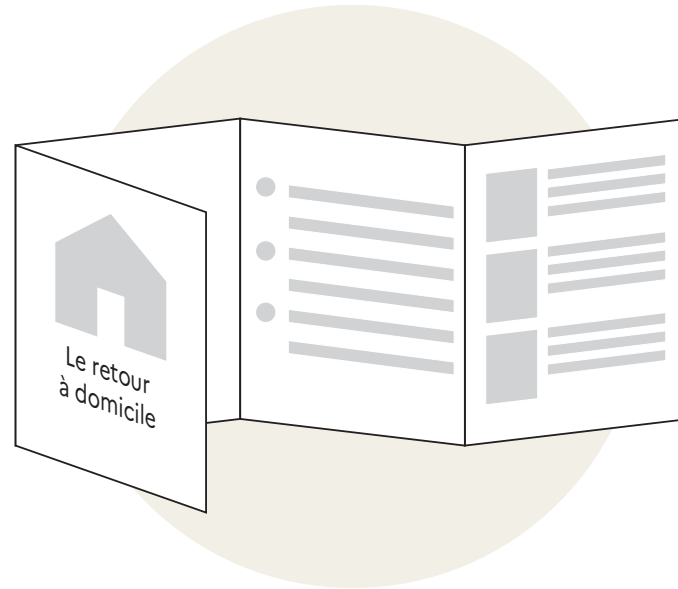
janvier 2024

La dernière fois que Papa avait été hospitalisé, on était un peu perdu en rentrant à la maison... Cette fois avec la feuille de route, ça nous a fait comme une to do list, et on a pu se partager les tâches avec mon frère c'était beaucoup plus simple et moins stressant, je savais qu'on allait dans la bonne direction.

**Joséphine, aidante**



# LE SCÉNARIO



- Les démarches à faire et les questions à poser
- Contact des structures de proximité
- Détecter les fragilités
- Les conseils aux aidants

**Fournir à l'aidant – dès l'entrée à l'hôpital de son proche – une feuille de route qui l'aidera à anticiper le retour de son proche à la maison.**

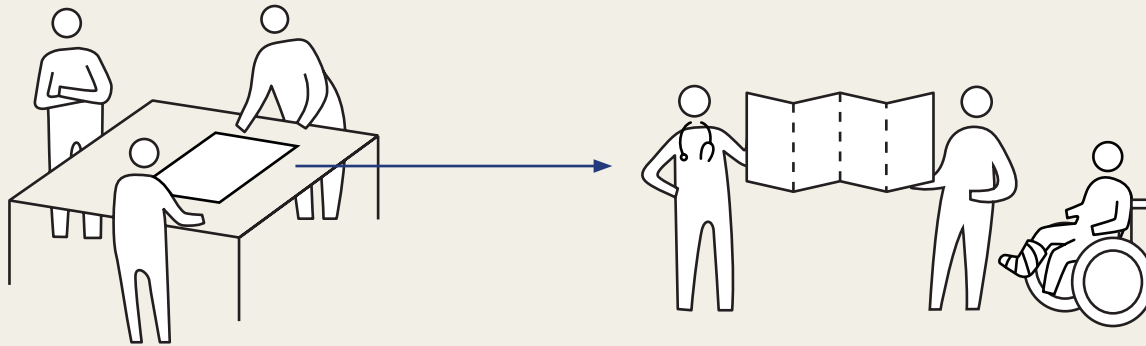
L'aidant et la personne âgée trouvent sur cette feuille **un ensemble de conseils permettant de cadrer les échanges avec les équipes médicales** et ainsi de diminuer la charge et le stress des usagers en :

- **les aidant à poser les bonnes questions** (que commander ? Que mettre en place ? Quelles démarches faire pour poursuivre celles entamer par l'hôpital ? etc)
- **les sensibilisant sur les signes de fragilités à détecter au quotidien** (observation des niveaux d'autonomie, symptômes, etc).





# L'ORGANISATION DU SERVICE



AIDANTS

PERSONNEL HOSPITALIER

ASSISTANTS SOCIAUX

PRADO

PERSONNEL HOSPITALIER

AIDANT

MÉDECIN TRAITANT

ASSO

PATIENT

## Construction de la feuille de route

Le modèle de la feuille de route nationale sera élaborée avec un groupe de travail composé d'aidants, de personnel soignant hospitalier, d'assistants sociaux et de professionnels du Prado.

## Déploiement et appropriation

La feuille de route est donnée en main propre à l'aidant au moment de l'admission directement à l'hôpital, mais est aussi disponible auprès du médecin traitant et des associations d'aidants en dehors de l'hôpital.



## Un vocabulaire commun

La feuille de route doit permettre de faciliter la transmission d'informations par les équipes soignantes, qui peuvent s'assurer que les informations sont bien prises en note et s'adresser à des usagers rassurés, qui savent quoi faire ensuite.



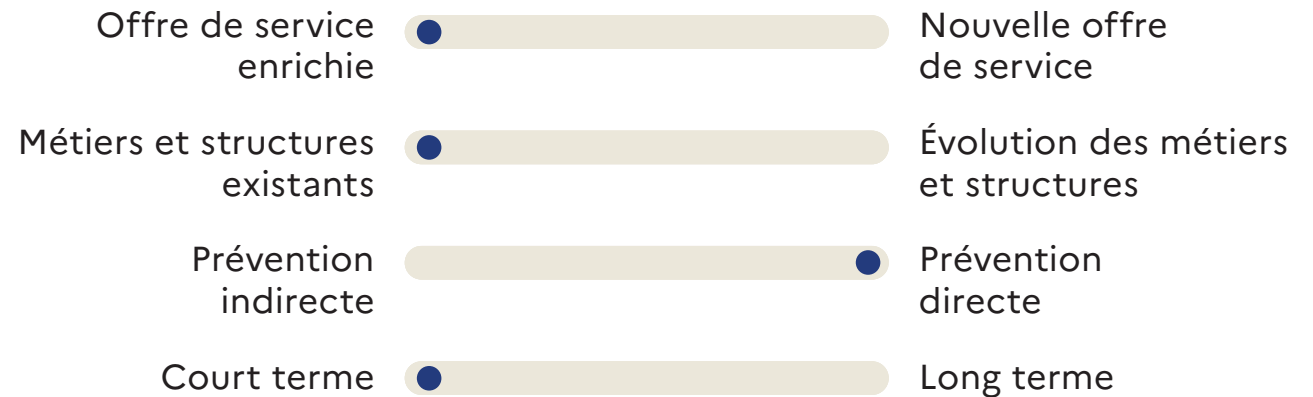
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Alors que moins d'un tiers des personnes hospitalisées de plus de 75 ans qui retournent à leur domicile consultent un médecin dans les jours qui suivent, le suivi post-hospitalisation est pourtant un enjeu clé pour éviter le risque de chute et de rechute à domicile. Le service du Prado ne se déploie malheureusement pas sur l'ensemble du territoire et ne se prolonge pas au-delà d'un mois de suivi.

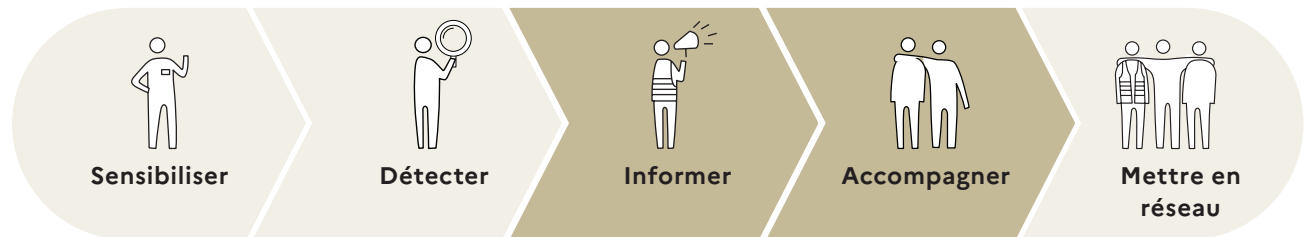
C'est alors l'aidant, ou la personne âgée seule qui doit s'assurer du bon encadrement de ce suivi, et leur capacité à faire face à cette charge est déterminante dans la détection de fragilités suite à une hospitalisation.

## LES LEVIERS D'IMPACT



**1,5 millions**  
de retours d'hospitalisation / an

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- **S'appuyer sur les services sociaux des hôpitaux**, les associations des jeunes géiatres, les médecins généralistes et l'association française des aidants, pour composer, diffuser et distribuer la feuille de route.
- Penser une éventuelle **déclinaison au format numérique sur Mon Espace Santé** quand l'outil sera davantage déployé et disposera d'un profil dédié à l'aidant.



## Les conditions de réussite

- **Produire un outil simple** qui vient fluidifier le dialogue entre les soignants et les aidants et créer un cadre rassurant et facilitant pour tous.
- L'objet doit être, tel un pense bête, **facile à comprendre**, à retrouver et à prendre en main.

# LE BAROMÈTRE DE L'AIDANT

→ *Un outil de prévention grand public  
pour aider au passage à l'action*

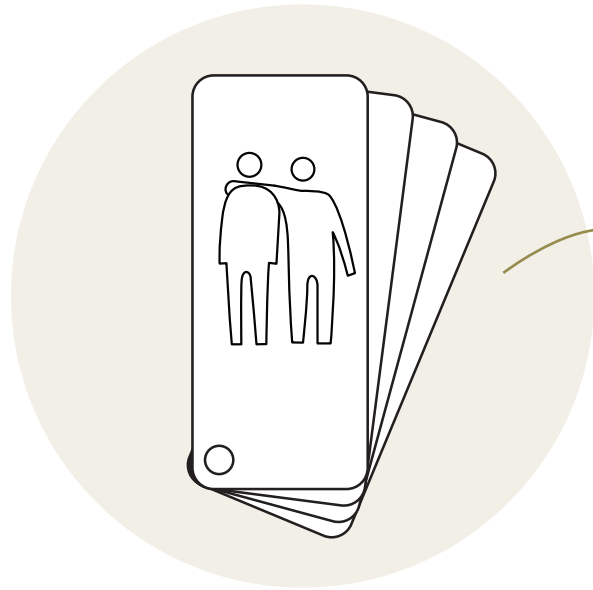
janvier 2024

*Je l'ai trouvé à la pharmacie puis je l'ai parcouru sur le trajet du retour... C'est là que je me suis dit qu'aider mon père au quotidien ça a un impact sur ma vie personnelle... Je n'ose pas m'en plaindre ! Si il existe des structures qui peuvent l'aider, je pourrais peut-être me décharger un peu sans culpabiliser... Je vais appeler ce CCAS dont ils parlent, pour voir ce qu'ils proposent.*

**Clément, aidant de son père**



# LE SCÉNARIO



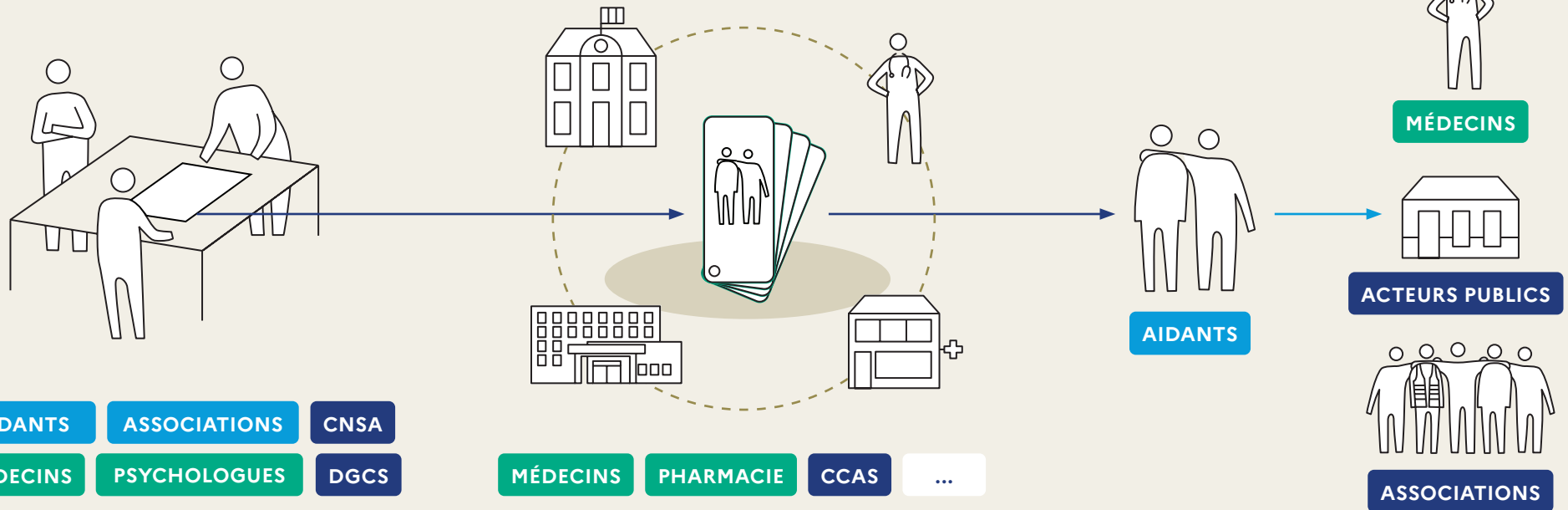
- Quels droits avez-vous ?
- Les tabous à déconstruire
- Échelle de mesure de la fatigue
- Les conseils pour ne pas craquer
- Détecter les premiers signes de dépendance
- Les conseils pratiques
- Les points de contacts locaux types

**Mettre à disposition du grand public le baromètre dans les lieux quotidiens relatifs à la santé** ( officines, cabinets médicaux, hôpitaux,...). **Conçu pour éveiller l'attention de l'aidant, le baromètre l'invite à prendre du recul sur la situation dans laquelle il se trouve** : s'identifier en tant qu'aidant, reconnaître son niveau de sollicitation et de fatigue personnelle, l'apparition de fragilités...

Cette projection doit pouvoir **l'aider à se sentir légitime d'aller chercher de l'aide en cas de détection d'un besoin d'accompagnement ou de soutien**. Sans être un annuaire des aides disponibles, le baromètre pointe les acteurs types à contacter pour avoir recours aux dispositifs visant à soulager l'aidant dans son rôle (MDA, un ergothérapeute, un hôpital, CCAS, asso...).



# L'ORGANISATION DU SERVICE



## Co-conception du baromètre

Les acteurs nationaux co-conçoivent le baromètre avec la communauté des aidants, les associations accompagnatrices, les médecins et les psychologues afin de construire un auto-diagnostic pertinent, permettant une identification aux critères énoncés en un coup d'oeil.

## Mise à disposition dans les lieux de soin

Les acteurs de la santé et de proximité (pharmacie, médecin traitant, médecin du travail, CCAS, etc.) mettent à disposition et distribuent cet outil auprès des aidants.

## Facilitation de la prise de contact

L'outil n'étant pas un annuaire des acteurs et dispositifs locaux, il permet simplement l'identification des points d'entrée classiques vers les recours existants. Ainsi les institutions (CCAS, MDA, etc) sont mieux identifiées par les aidants, et peuvent plus facilement travailler à leur recensement et à celui de leurs aidés.



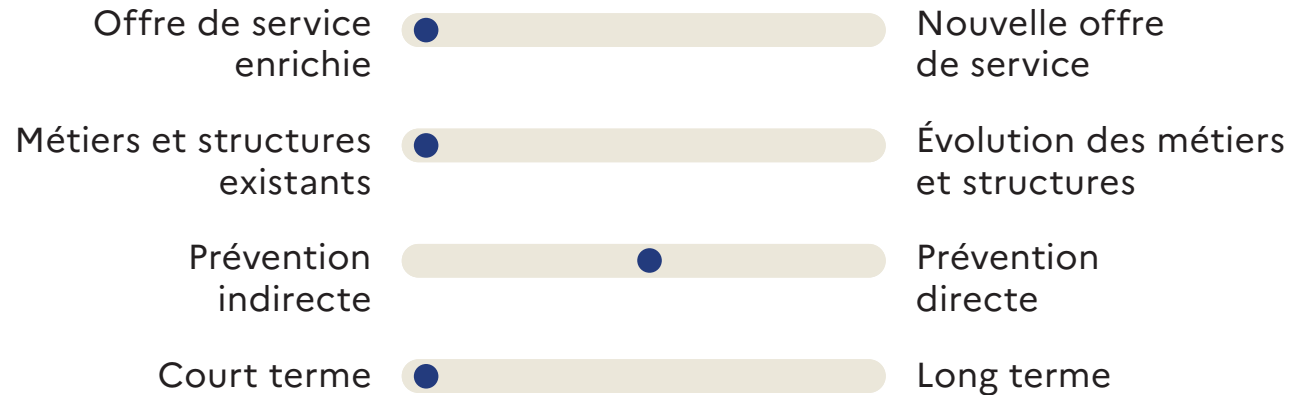
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Les aidants, souvent sur-sollicités, peuvent se trouver en difficulté pour naviguer dans un écosystème complexe d'acteurs et de dispositifs qui se cumulent. **La prévention antichute s'appuie sur de nombreux acteurs**, ce qui complexifie les démarches de prises d'informations et d'appropriation des outils disponibles, et limitent donc leur impact bénéfique aux personnes âgées.

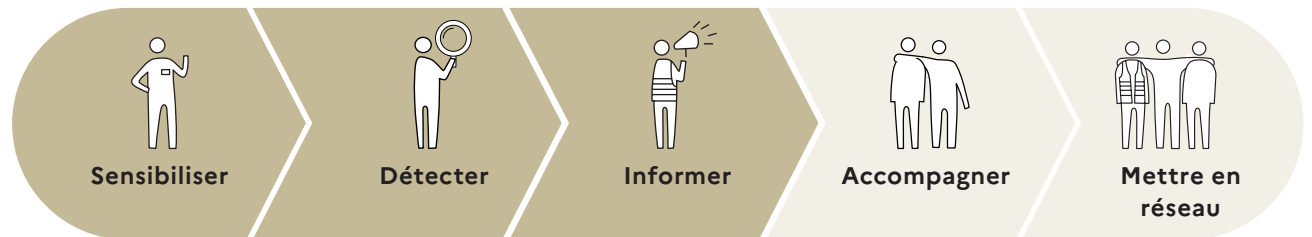
Malgré des associations aujourd'hui très actives dans l'accompagnement de l'aidant, **ces besoins sont encore peu visibles dans le débat public** et les messages de santé publique. Cela peut entraîner **un épuisement dans l'aide** et à terme mettre à son tour l'aidant en danger.

## LES LEVIERS D'IMPACT



9 millions d'aidants

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION







# PLAN D'ACTION

1

**Concevoir un outil simple et léger qui s'emporte** et se lit très rapidement ; sélectionner et faire apparaître les structures locales

CNSA

DGCS

ASSOCIATIONS

2

**Tester l'outil auprès d'utilisateurs cibles volontaires** et expérimenter en local avant diffusion à l'échelle nationale.

CNSA



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- **Les actions de la CNSA** (numéro unique et fiches-repères, entre autres)
- **Le guide des aidants** testé avec le dispositif MAIA
- Les informations de sensibilisation déjà éditées par les structures telles que «**Soutenir les aidants**» ou «**Ma Boussole Aidant**», nécessaire à la co-conception du baromètre
- Les applications mobiles (Tous aidants, Tilia, Lili Smart, ...)
- Le principe du violentomètre existant



## Les conditions de réussite

- **Rédaction au niveau national et réorientation vers les bons points de contacts de proximité**, afin d'être rapide à prendre en main et inciter les aidants à échanger avec les acteurs locaux directement.
- Afin d'assurer son impact à grande échelle, **les partenariats avec les lieux de diffusion devront être structurés et valorisés** : officines, cabinets médicaux, hôpitaux, CCAS...

# LE CARNET DE BONS DE LA COMMUNE

→ *Un service à l'échelle de la commune, en lien avec les intercommunalités et le département*

février 2024

*Je me suis enfin décidée à aller à l'aquagym ! J'ai toujours eu envie d'essayer, il paraît que c'est bien pour rester tonique... Alors quand j'ai reçu une invitation à participer à un cours d'essai à la piscine communale je me suis dit, c'est maintenant ou jamais ! Si ça me plaît j'ai une réduction sur le premier mois d'abonnement !*

**Véronica, bénéficiaire du carnet de bons**



# LE SCÉNARIO



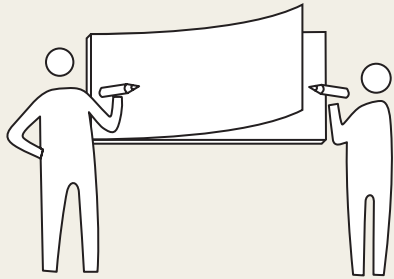
- Listes des adresses de proximité organisée par type d'activité et calendrier des évènements
- Bons pour accéder à des services gratuits
- Les contacts utiles
- Bons et contacts pour faciliter la mobilité

**En complément de services similaires existants dans certaines communes, envoyer à tous les citoyens, un carnet de bons d'activités offertes par leur commune à leur 55 ans (puis tous les 5 ans).** Ces bons donnent accès à des loisirs variés et stimulants, proposés par des acteurs locaux : expositions, musique, cinéma, sport, club de lecture, peinture...

Les habitants sont libres de choisir les activités et peuvent s'en servir à tout moment. Les bons proposent notamment de participer plusieurs fois à l'activité, ou de bénéficier d'un abonnement, afin de contribuer à **la création d'une nouvelle habitude dans le quotidien de leur bénéficiaire.** Ils facilitent l'accès aux **services de mobilité pour seniors (via un bon de transport disponible localement),** afin de permettre à tous de participer.



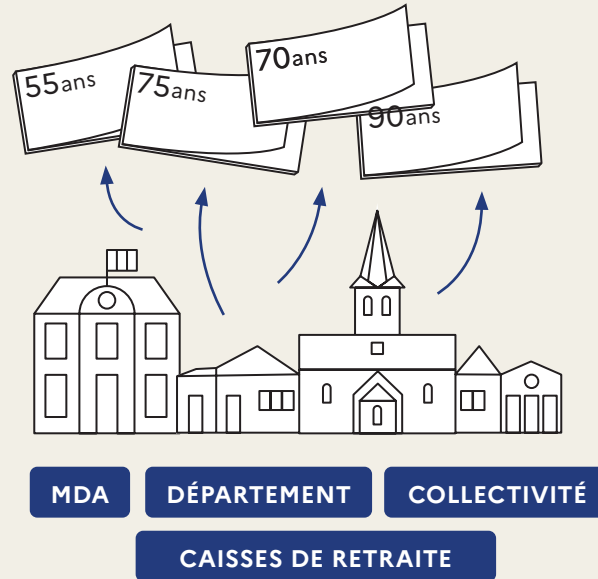
# L'ORGANISATION DU SERVICE



CNSA

## Conception du carnet

Les modèles de carnets de bons sont en amont élaborés avec notamment la CNSA afin d'en cadrer le contenu et d'assurer des activités bénéfiques à la prévention des risques de chutes.



## Montage du contenu local

Les départements, MDA, collectivités locales et caisses de retraite se saisissent ensuite du modèle de carnet afin de le compléter avec les activités disponibles à l'échelle communale ou intercommunale. Les activités sont adaptées aux différents âges des seniors cibles pour chaque édition du carnet : 55 ans d'abord, puis tous les 5 ans jusqu'à 100 ans.



## Distribution et utilisation

Les carnets sont distribués sous différents supports : en porte à porte afin de transmettre les messages aussi à l'oral et d'humaniser ce service, dans la boîte aux lettres, et disponibles également en version digitale pour les usagers les plus connectés et à l'aise avec ces supports.



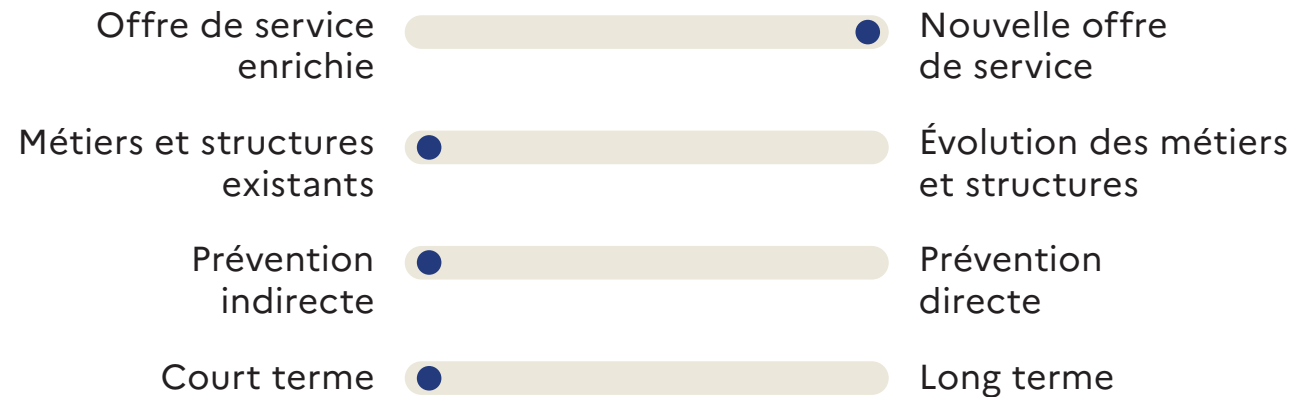
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

La plupart des communes proposent des offres de services et de loisirs destinés aux seniors de tous âges, encourageant le lien social et l'activité régulière. Malheureusement nombre d'entre elles se voient de moins en moins fréquentées, en raison de **la méconnaissance de l'offre et d'une appréhension de la nouveauté**. Les habitudes prises lors du confinement viennent aussi **banaliser une forme de repli sur soi et freinent la spontanéité à participer à un loisir** près de chez soi.

Pourtant, sortir et voir du monde reste la première **motivation individuelle à vouloir rester en forme, autonome et alerte, pour profiter au mieux de ses échanges** avec les autres.

## LES LEVIERS D'IMPACT



## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION

1

Lancer une démarche de co-conception du format et du type de contenu des carnets avec les ARS, MDA et conférences des financeurs

CNSA

MDA

2

Expérimenter le carnet de bons avec la MDA et les communes volontaires : contenu des bons, circuit de production et de diffusion, montage de partenariats locaux, etc.

DÉPARTEMENT

CCAS



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Le montage et le fonctionnement des carnets existants à destination des publics plus jeunes comme le **Pass culture et sport**.
- **S'appuyer sur les activités déjà proposées localement** et financées par le département, la région, la conférence des financeurs, les caisses de retraites, les communes.



## Les conditions de réussite

- **Faire un diagnostic des besoins des habitants du territoire** et un inventaire des ressources locales afin d'ajuster le contenu du carnet de bons aux besoins locaux
- **Articuler les financements des différentes collectivités** (région, département, intercommunalités) pour permettre un parcours entièrement financé par les services publics locaux, depuis le déplacement jusqu'à l'activité.

# LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

→ *Renforcer les équipes qui  
accompagnent les  
communes sur le terrain*



*En tant que petite commune, c'est vite difficile de trouver de l'énergie pour déployer des projets vraiment impactants... On ne connaît pas trop les outils et les possibilités de montage au niveau départemental ou régional, on s'en saisit mal...ou pas du tout. Avec la visite régulière du chargé de mission maintenant on voit mieux vers quoi on peut aller pour monter ce projet qui nous tenait à coeur depuis bien longtemps !*

**Une agente de mairie**

**Jours et horaires d'ouverture :**  
Le lundi : 9 h - 12 h et 15 h - 18 h  
Du mardi au vendredi : 9 h - 12 h et 14 h - 18 h  
☎ 04 63 28 66 00  
PRÉFÈRE LE NUMÉRIQUE



# LE SCÉNARIO



- Une équipe formée au montage de projet pour accompagner les acteurs locaux
- Une équipe qui fait le lien entre national et territorial

Il serait utile de renforcer les équipes de la conférence des financeurs afin que les chargés de mission soient en capacité d'aller vers les collectivités et les accompagner dans le déploiement de leurs projets à destination des seniors.

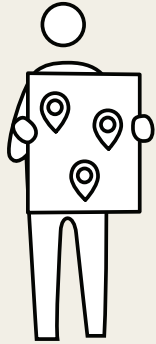
Véritable **courroie de transmission** entre les ambitions nationales de prévention et l'action territoriale, ils aident les structures communales à **s'approprier les outils**

**disponibles à l'échelle nationale et régionale** afin de faciliter le montage des projets au niveau local.

Les chargés de mission connaissent à la fois précisément les ressources de montage de projet disponibles et les besoins territoriaux des populations locales.



# LE PRINCIPE TRANSVERSAL



CONFÉRENCE DES FINANCEURS

## Déploiement territorial

Le chargé de mission pourrait couvrir une ou plusieurs zones géographiques, à l'échelle intercommunale, métropolitaine ou départementale, en fonction de la densité de population de seniors vivant sur le territoire.

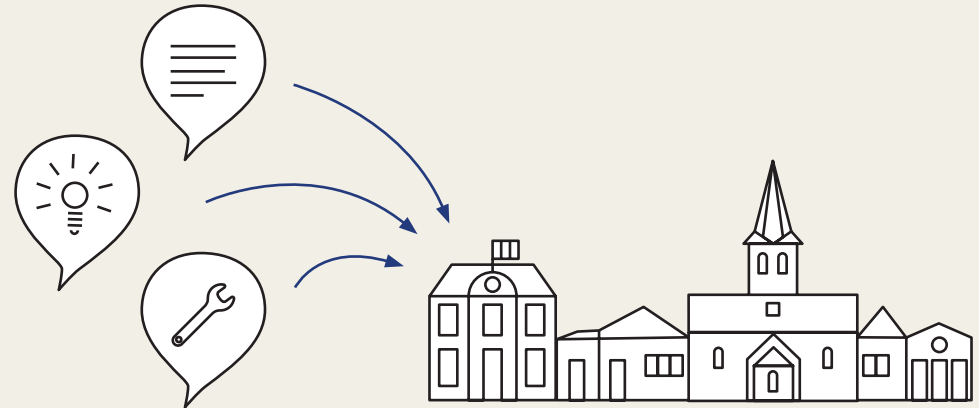
Il serait formé pour cela à l'accompagnement des collectivités dans le montage de projets destinés à ce public.



CHARGÉ DE MISSION

## Mise à jour constante

Les chargés de mission maîtrisent parfaitement les outils disponibles pour monter et déployer des projets : financement, accompagnement, conseils, aide à la communication... En cas d'évolution des ressources et des actions, ils sont les premiers à en informer les collectivités qu'ils accompagnent.



MAIRIE CCAS INTERCO  
MÉTROPOLES COMMUNAUTÉ DE COM.

## Suivi et accompagnement

Les chargés de mission pourraient alors répondre aux besoins des collectivités qu'ils accompagnent et assurer l'aboutissement des projets lancés. Ils sont la garantie qu'aucune énergie de déploiement ne sera perdue et que les projets lancés pourront bien exister. Le chargé de mission pourraient par ailleurs accompagner à l'évaluation de l'impact du projet.



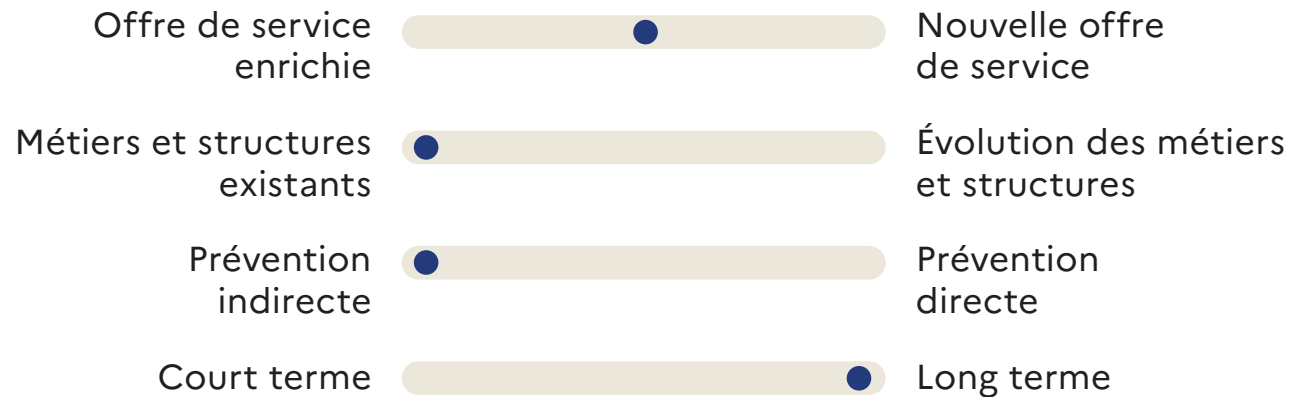
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Les territoires ne disposent aujourd'hui pas tous des mêmes ressources pour accéder aux outils de déploiement de projets pour l'autonomie des seniors et se les approprier, outils mis à disposition par le département, l'ARS ou la CNSA (dispositifs de financements, appels à projet, accompagnement, ...). cela vient freiner les potentielles dynamiques locales.

Si les instances de coordination territoriales se renforcent grâce au dispositifs d'appui à la coordination (CLIC, CTA, PTA, Maïa, Réseau de santé...), à la conférence des financeurs ou encore à la création des centres de ressources territoriaux, ces réseaux ne se déploient pas de la même façon sur tous les territoires aux côtés des communes. Pour cela il serait intéressant de ré-allouer des moyens pour faire levier du côté des conférences des financeurs.

## LES LEVIERS D'IMPACT



## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION

**1** Faire une étude d'opportunité et co-concevoir la fiche de poste avec des CCAS, la MDA, la conférence des financeurs, le DAC...

MDA

CCAS

CONF FIN.

DAC

**2** Concevoir les outils à destination des chargés de mission pour l'accompagnement des communes (support de communication, animation de réseaux territorial, etc.).

CONF FIN.



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Le rôle déjà existant des chargés de mission.



## Les conditions de réussite

- Bien **périmétrer le rôle et la fiche de poste des chargés de mission** pour quadriller tout le territoire et optimiser l'impact de leurs missions.
- **Assurer la constante transmission d'informations** à propos des évolutions des dispositifs de financement et des actions disponibles aux équipes des chargés de mission.
- **Articuler les missions de cette équipe avec celles des structures de coordination existantes.**

# L'HOMOGENÉISATION DES SERVICES DES OPÉRATEURS

→ *Prérequis à l'évolution  
des services de téléassistance*

oct 2026

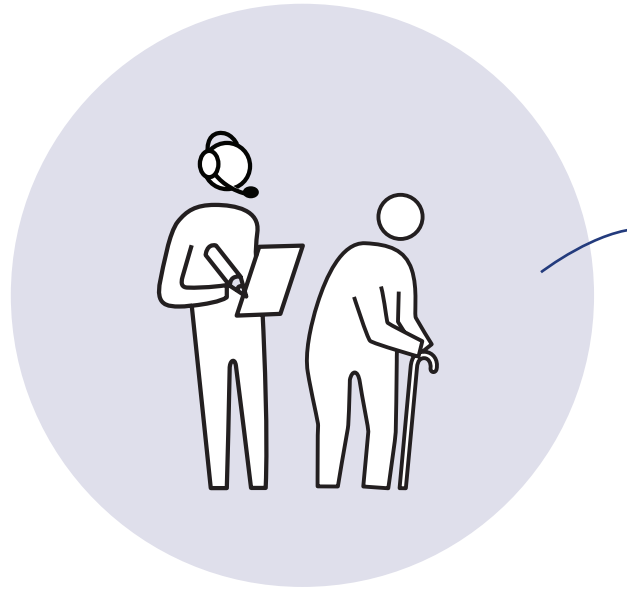
*Depuis que les téléassisteurs sont tenus de respecter le nouveau cahier des charges du département, on a le sentiment d'avoir rajouté une bonne pièce au puzzle. Ils viennent s'inscrire dans la continuité de notre action en rendant plus solide le lien entre le CCAS, le bénéficiaire et nous.*

*Grâce à ce service, nous sommes mieux informés sur les difficultés que traversent les bénéficiaires et nous pouvons mieux jouer collectivement notre rôle de «veilleur».*

**Suzanne, opératrice de téléassistance**



# LE SCÉNARIO



Les opérateurs veillent désormais au quotidien sur les personnes âgées de manière continue et pro-active afin de prévenir les risques.

Les opérateurs missionnés par les départements au travers d'un marché public, verront leur rôle évoluer au quotidien.

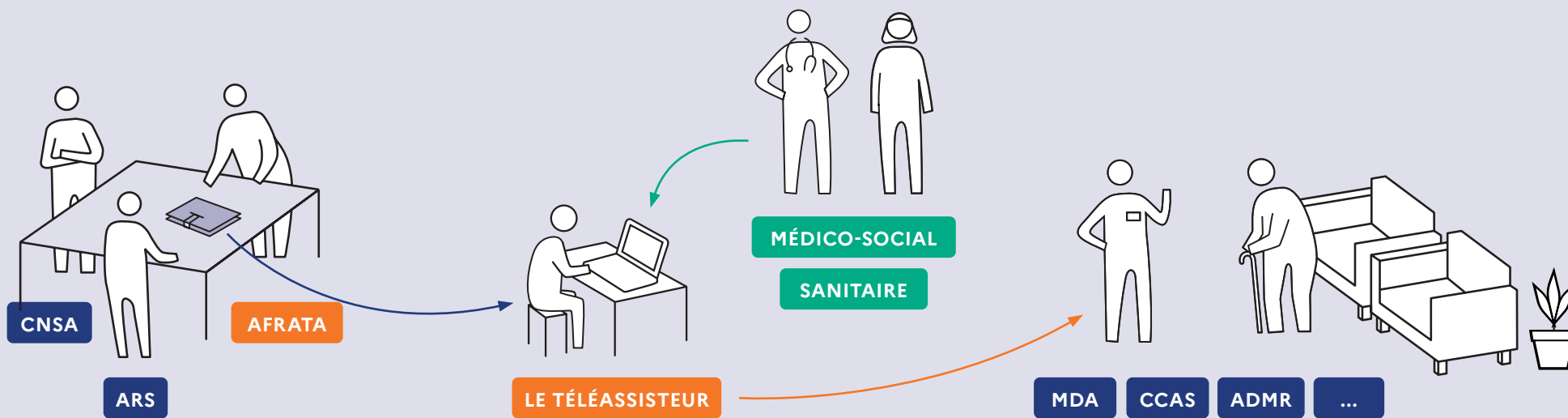
Directement tiré des attentes émises dans le cahier des charge du service de téléassistance départemental, **le poste de l'opérateur prend une dimension de veille sociale et d'accompagnement quotidien** renforcée :

- contribuer à la **programmation de soins et de services au domicile** en partenariat avec d'autres acteurs du médico-social
- partager activement **les données de détection de fragilités** avec les acteurs locaux
- faciliter **la construction du parcours de santé** des bénéficiaires en croisant les données récoltées.





# LE PRINCIPE TRANSVERSAL



## Co-rédaction du cahier des charges départemental

Ajouter un socle commun de services dans les cahiers des charges des marchés publics départementaux à destination des opérateurs de téléassistance. Objectif : s'ajuster au mieux aux besoins territoriaux et objectifs de politiques de prévention des chutes.

## Réception, traitement et partage de la donnée

Le téléassiste reçoit un ensemble d'informations permettant d'alimenter un historique complet du parcours santé d'un usager. Ces éléments pourront être accessibles à d'autres acteurs du sanitaire et du médico-social, afin de gagner en cohérence et pertinence dans le suivi de la personne.

## Déclenchement d'actions adaptées

Le croisement de ces informations permettra notamment au téléassiste de déclencher la mise en place d'accompagnement adapté (aide à domicile, apport de médicaments, accompagnement administratif) en partenariat avec la MDA, le CCAS, et les associations locales.



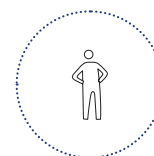
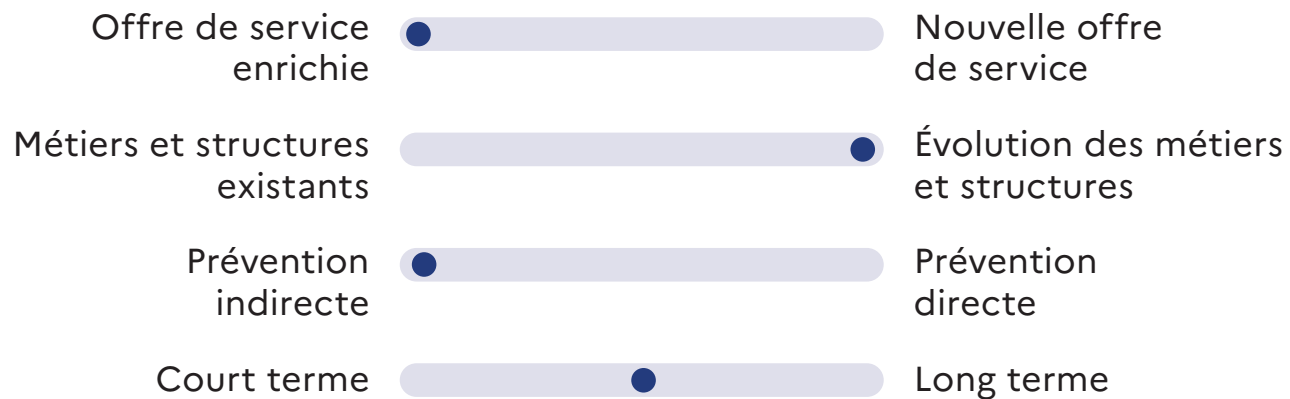
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Dans certains départements, les marchés conclus permettent un **haut niveau de collaboration entre opérateurs et acteurs publics de la prévention** (département, CCAS, mairies...). Comment intégrer ces bonnes pratiques dans les futurs cahiers des charges ?

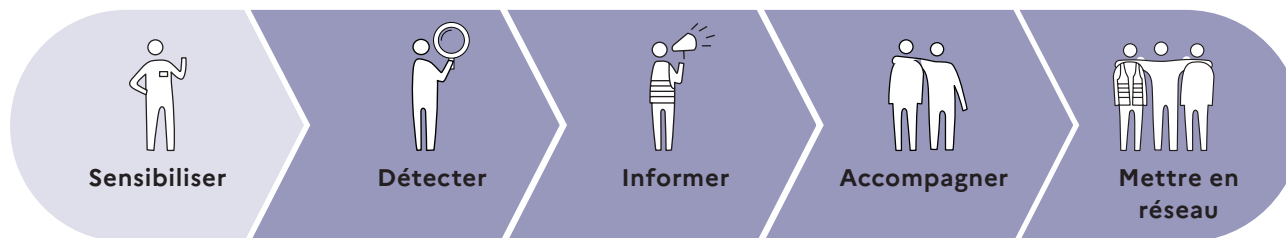
Ces marchés publics sont aujourd'hui très hétérogènes, et malgré l'existence d'une norme Afnor (Association française de normalisation) depuis 2013 encadrant les services de téléassistance, soumise à une «application volontaire», les services proposés par les opérateurs n'ont à ce jour pas le même niveau d'intégration dans le circuit de prévention territoriale selon les départements.

## LES LEVIERS D'IMPACT



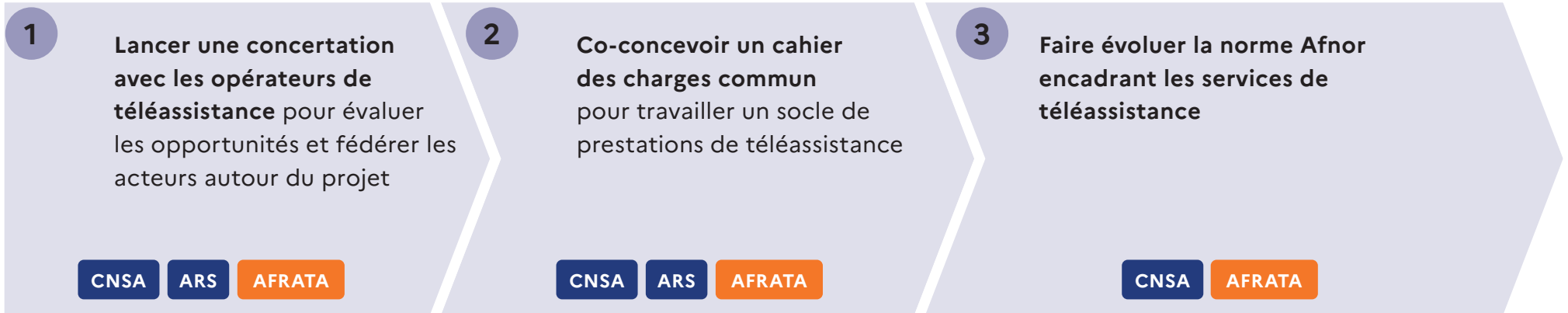
**600 000**  
souscripteurs à la TLA

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

Des cahiers des charges bien construits qui proposent déjà certaines de ces dimensions :

- Département du **Val de Marne**
- Département de **l'Essonne (partenariat avec Tunstall)**
- Département des **Landes**



## Les conditions de réussite

- **Travailler avec les opérateurs** et les représentants de la filière pour construire ce socle de services, afin de faire évoluer le métier de téléassisteuse et l'offre en anticipant les impacts sur le marché.
- **Assurer une coordination** du déploiement de ces cahiers des charges à l'échelle nationale.
- **Animer une communauté professionnelle** permettant le partage de bonnes pratiques.

# LE BINÔME TÉLÉASSISTEUR - PROFESSIONNELS DE SANTÉ

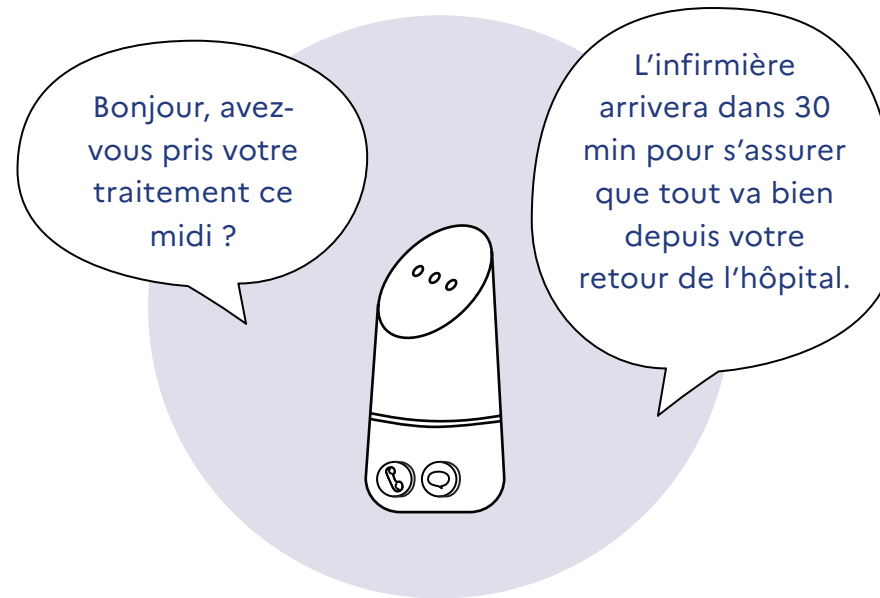
→ *Un suivi personnalisé au domicile  
(scénario prospectif)*



*Monsieur Plancheau a un nouveau traitement qui impacte son sens de l'équilibre. Pour l'instant ça se passe bien, mais j'ai prévenu le téléassisteuse pour qu'il appelle le matin, s'assure qu'il se soit bien levé, qu'il ait pris son médicament habituel et qu'il se sente bien. Même si je passe dans tous les cas le voir en début d'après midi, ça évite quand même de le laisser sans surveillance trop longtemps...*

**Emile, aide à domicile**

# LE SCÉNARIO

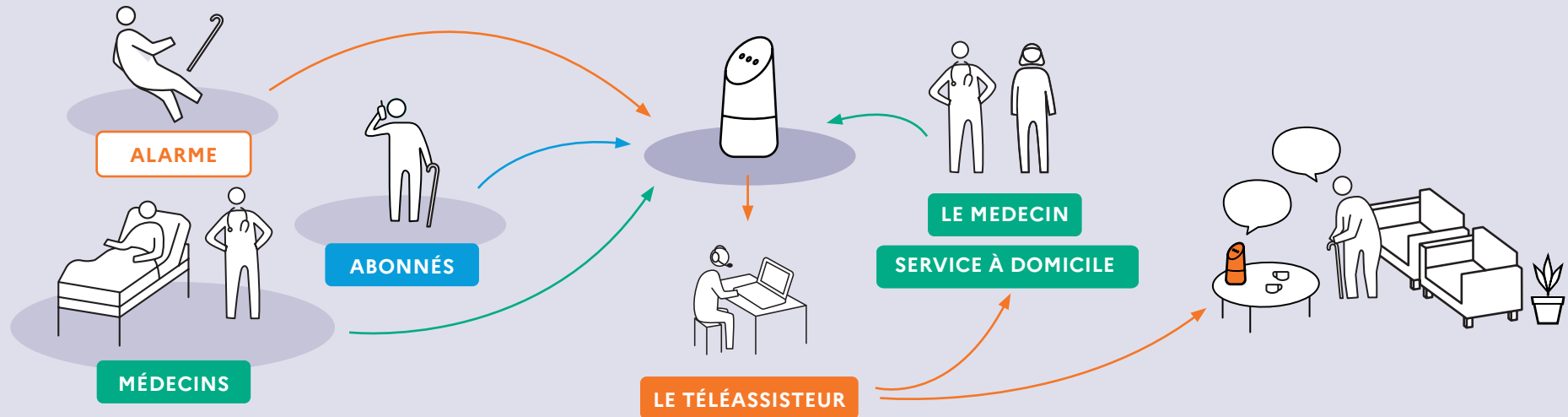


**Evolution des services de téléassistance** proposés aux abonnés en fonction de leur parcours santé : aides à domicile, médecins et équipes hospitalières peuvent utiliser la ligne de téléassistance comme **interface pour partager des informations sur la santé de l'abonné**, et en faire ainsi un véritable **outil de prise de relais**.

L'utilisateur abonné bénéficie d'un **service sur-mesure dans ses échanges avec son téléassiste**, qui intervient en complément des points d'attention et prescriptions transmises par les équipes de terrain.



# L'ORGANISATION DU SERVICE



## Communication autour d'un évènement marquant

Lors d'un évènement tel qu'une chute, le déclenchement de la téléalarme, ou encore une hospitalisation, les professionnels de santé, l'entourage de l'utilisateur informent le téléassiste en utilisant la ligne de téléassistance comme une boîte vocale.

## Transmission d'informations au quotidien

Les acteurs du quotidien comme l'aide à domicile ou le médecin traitant, peuvent aussi informer le téléassiste d'un changement et d'un besoin d'accompagnement spécifique, dans le prolongement de l'action de terrain.

## Ajustement de l'accompagnement

Le téléassiste, en concertation avec les professionnels de santé ajuste sa prestation pour répondre au mieux aux besoins de l'utilisateur et faciliter le suivi des équipes de terrain.

Le téléassiste pourra à son tour transmettre des informations sur ses échanges avec l'abonné en cas de détection de fragilités par exemple.



# LES CARACTÉRISTIQUES

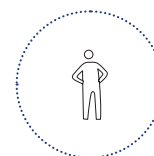
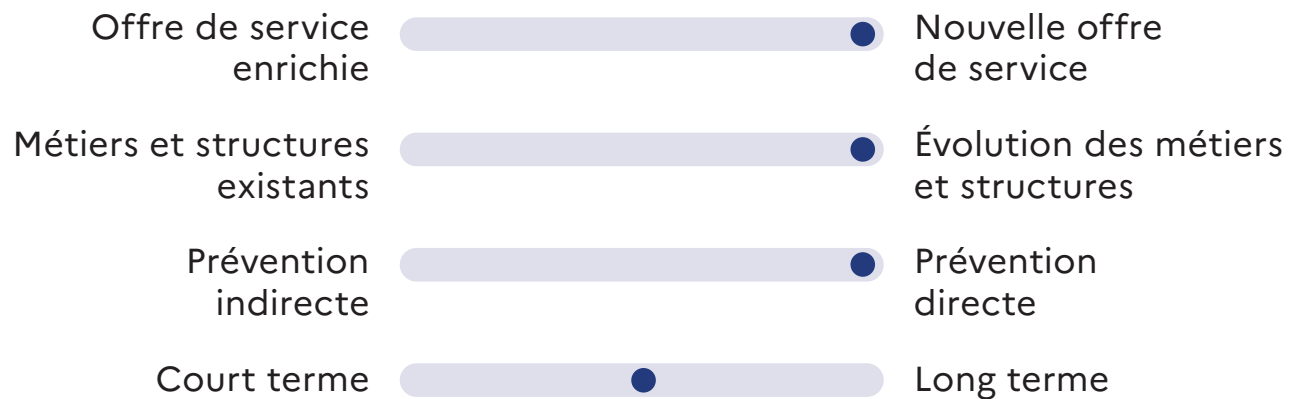
## LE CONTEXTE

Faute d'équipement et d'outil commun, le partage d'informations entre les différents acteurs entourant un senior à risque de chute n'est aujourd'hui pas systématisé (notamment entre les acteurs de santé, sociaux, solidarités).

Un déclenchement d'alarme, une chute ou rechute, l'apparition d'une pathologie, un nouveau traitement, l'évolution de l'état psychique, un manque d'appétit récurrent, sont pourtant **des éléments clés du bon suivi global de l'évolution de la santé de la personne âgée. Ils sont essentiels à la prévention des risques de chute et de re-chute.**

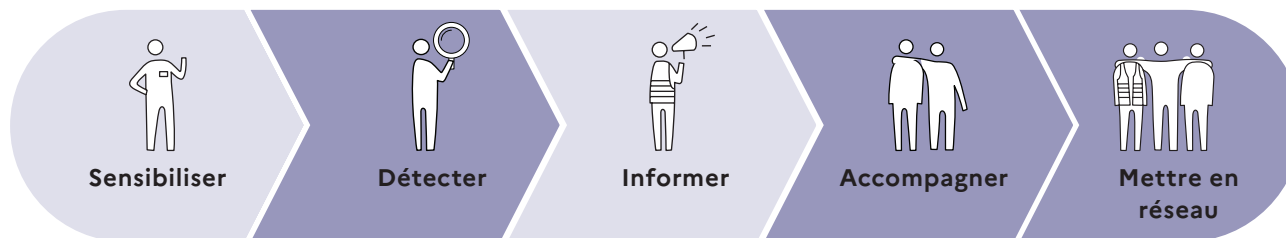
Cette discontinuité se trouve par ailleurs accentuée lors des ruptures de soins à domicile durant les week-ends notamment.

## LES LEVIERS D'IMPACT



**600 000**  
souscripteurs à la TLA

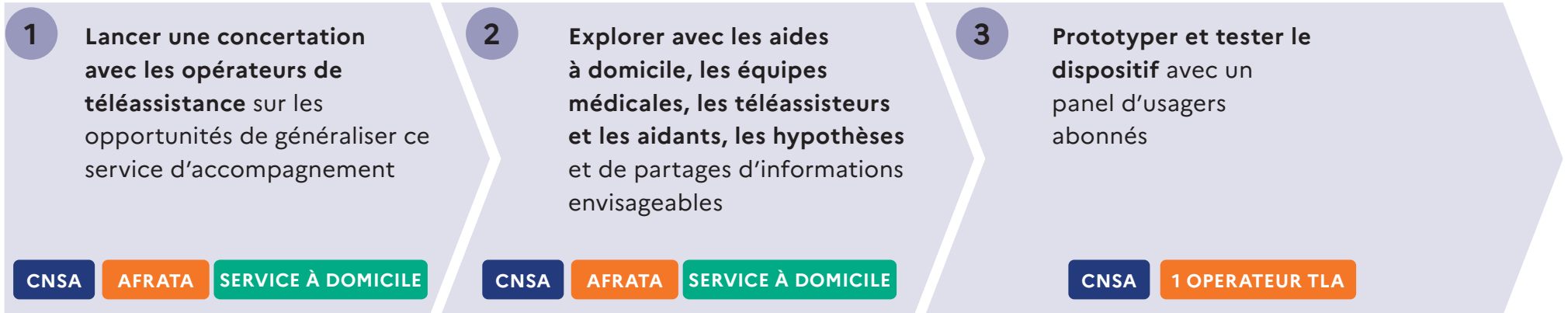
## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION







# PLAN D'ACTION



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Les collectivités ayant déployé la **fonctionnalité de «veille sociale»** avec leur prestataire local de téléassistance : **Val de Marne, Ville de Marseille...**
- Le principe de la visite de l'opérateur au retour à domicile suite à une hospitalisation déclenchée par un appel sur la téléalarme pour :
  - . s'assurer que l'abonné dispose bien d'un bouton d'appel fonctionnel et à sa portée
  - . programmer un nouveau rythme d'appels en fonction des besoins de l'abonné pour assurer sa sécurité



## Les conditions de réussite

- **Créer une culture partagée** d'accompagnement et de partage d'informations, en concertation avec les téléassisteurs et les aides à domicile.
- **Encadrer et sécuriser le partage des données** patients.
- **Développer de nouvelles fonctionnalités** du boîtier de téléassistance en garantissant la facilité d'usage et de prise en main, pour ne pas alourdir l'accompagnement des professionnels de la santé.

# LE NUMÉRO VERT «AUTONOMIE INFO SERVICES»

→ *Le standard d'information départemental  
hébergé par les opérateurs  
(scénario prospectif)*

sept 2026

*Entre les papiers de la retraite, ceux de la mutuelle, mon ordonnance médicale, ce que m'a dit le pharmacien... Je n'arrivais plus à savoir ce que je devais faire pour ma demande d'aide à domicile. J'ai trouvé ce numéro et alors j'ai pu expliquer mon cas à un conseiller qui m'a clarifié la marche à suivre. J'ai pris le temps de noter qui aller voir et j'ai pris rendez-vous à la mairie pour d'autres questions.*

**Achile, jeune retraité**

AUTONOMIE  
INFO  
SERVICES  
05.12.58.07.12  
lundi-vendredi  
14h-18h



# LE SCÉNARIO



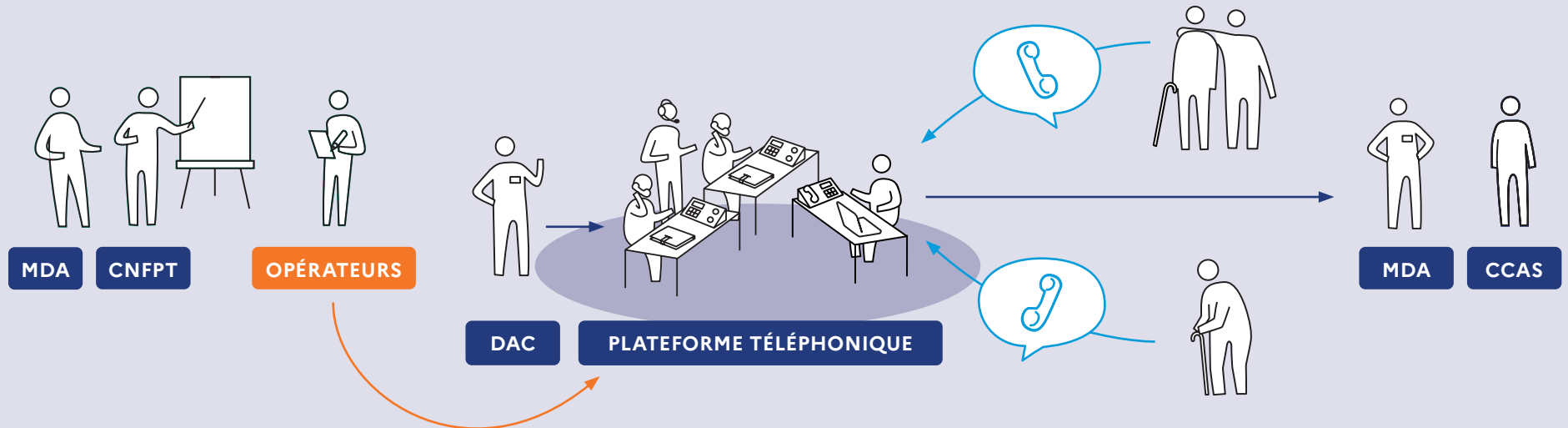
**Permettre à tous les citoyens de s'informer sur les aides et les services liés au maintien de l'autonomie** via un numéro vert disponible localement dans chaque département.

Les aidants et les seniors pourront contacter ce numéro et poser leurs questions relatives aux possibilités d'accompagnement en fonction de leurs besoins.

Les opérateurs départementaux avec qui les usagers seront mis en contact, se chargeront alors de les **orienter vers les services et acteurs locaux adéquats**, afin d'**entamer des démarches en frappant directement à la bonne porte**.



# L'ORGANISATION DU SERVICE



## Création de la plateforme

Le numéro vert sera propre à chaque département. Les téléassisteurs mobiliseront alors leurs plateaux téléphoniques et les opérateurs seront formés à l'accueil téléphonique des seniors et des aidants pour les rediriger vers le bon interlocuteur local. La formation pourrait être homologuée au niveau national.

## Constante actualisation

Les opérateurs seront par ailleurs régulièrement tenus au courant d'éventuelles évolutions des dispositifs locaux par les MDA, afin d'assurer la pertinence des informations transmises aux usagers.

## Transmission des détections

Les personnes âgées et leurs aidants ainsi identifiés au travers de la prise d'informations, seront signalés à la MDA et au CCAS, afin de faciliter la détection des habitants les plus fragiles et de mieux les accompagner par la suite, notamment en déclenchant d'éventuelles prises en charge en fonction du risque perçu.



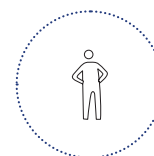
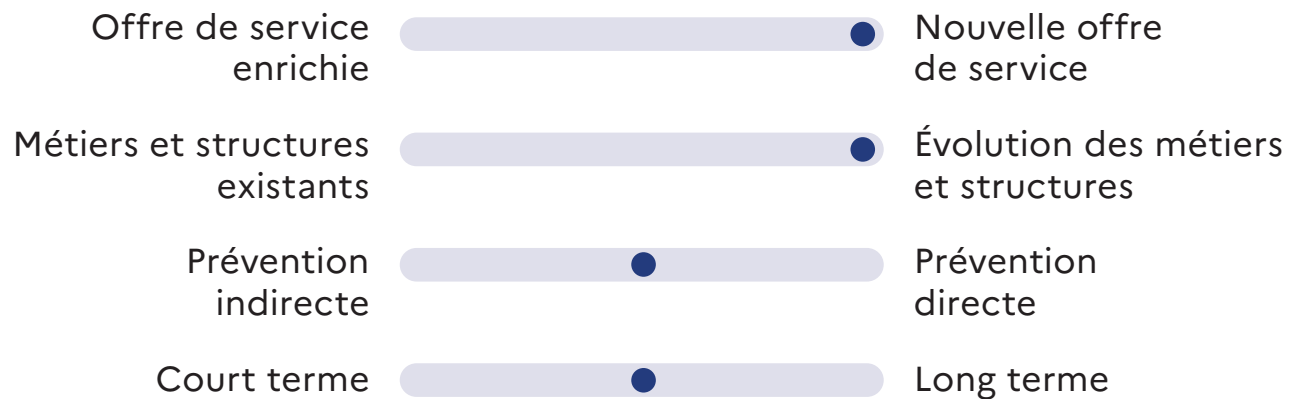
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Beaucoup de personnes âgées et d'aidants n'ont aujourd'hui pas recours aux services auxquels ils auraient droit, notamment en raison de la **difficulté d'identification du bon interlocuteur**, une étape parfois si chronophage qu'elle empêche l'aidant de s'occuper plus directement de son proche. Cette entrée complexe dans un parcours d'accompagnement peut être décourageante et **générer un fort non-recours, ou faire intervenir trop tard des solutions d'accompagnement** de la personne âgée.

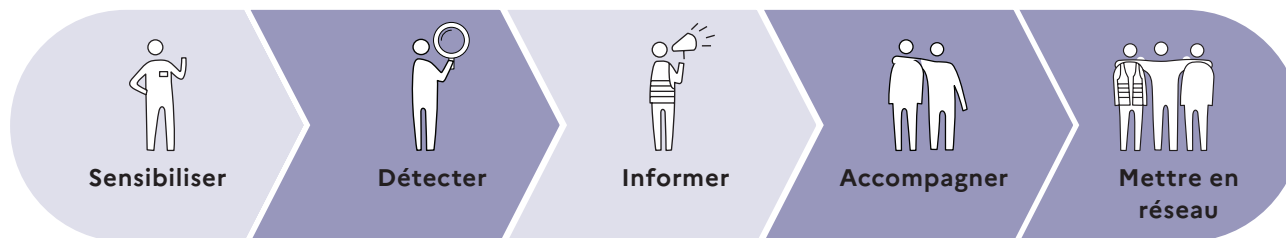
Il s'avère par ailleurs que les usagers ont tendance à **privilégier la prise d'informations auprès d'acteurs qui leur inspirent confiance habituellement**, comme leur mairie ou leur service départemental. Ainsi la **prise d'information au niveau local**, semble être un vecteur rassurant pour les aidants comme les aidés.

## LES LEVIERS D'IMPACT



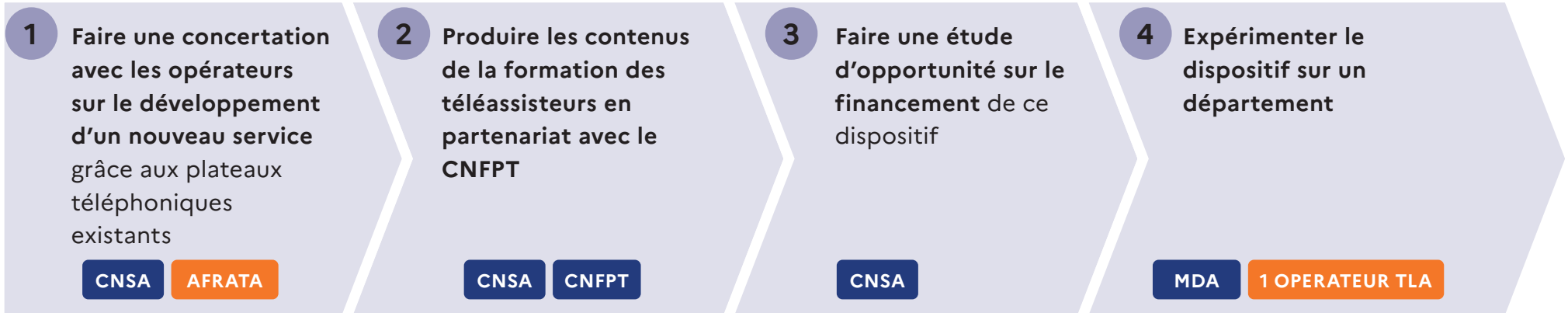
**17 millions**  
de personnes à la retraite

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Le **dispositif Maïa**, mis en place avec les secrétaires de mairies, qui propose une grille de questions permettant d'outiller la réponse de premier niveau et de mieux orienter l'utilisateur.
- Le site et le numéro **Ma Boussole Aidants**.



## Les conditions de réussite

- **Encadrer la mission des téléassisteurs** qui se voient confier une mission de service public, en établissant et transmettant la déontologie de la profession et de ce rôle.
- **Encadrer le partage de données** de signalement avec le Gérontopôle et la MDA.
- **Assurer la bonne visibilité du dispositif** à l'échelle nationale.

# LE CARNET DE SANTÉ NUMÉRIQUE PARTAGÉ

→ *La contribution des téléassisteurs  
à mon espace santé  
(scénario prospectif)*



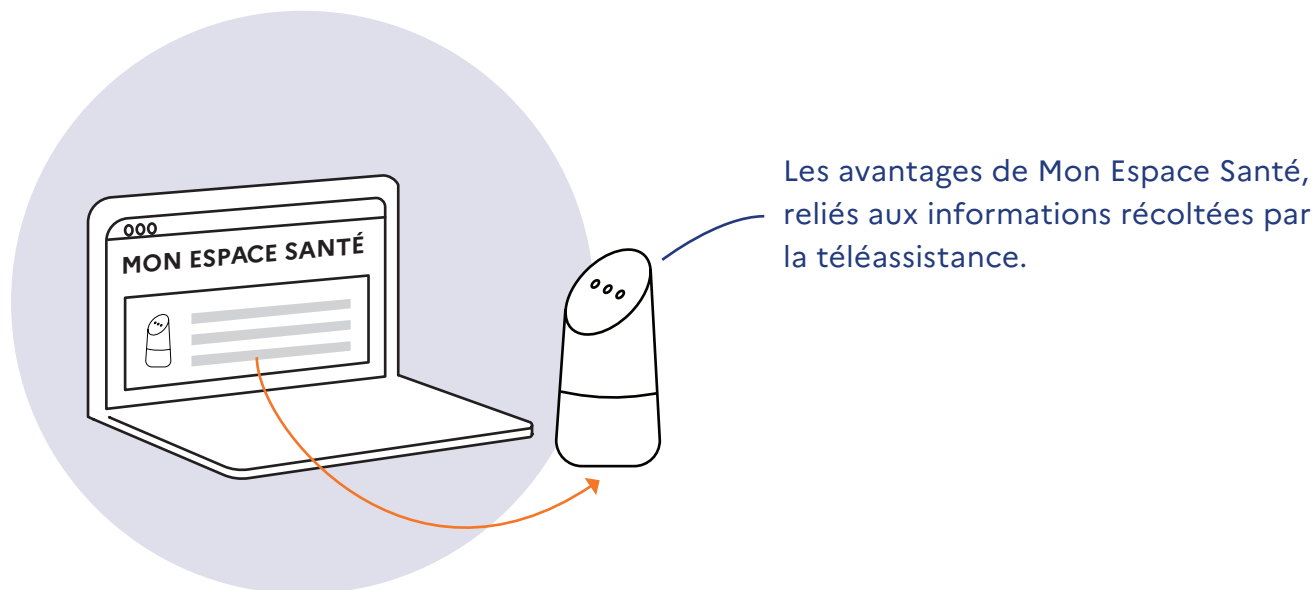
mai 2026

Quand j'ai amené ma mère chez le médecin la semaine dernière, il a pu voir dans l'historique de son carnet de santé qu'elle avait déclenché la téléalarme quelques semaines plus tôt. Moi je ne le savais pas elle ne m'en avait pas parlé... On a pu aborder le sujet tous ensemble pour comprendre ce qu'il s'était passé à ce moment-là. Ça va nous aider à éviter qu'elle ne se retrouve à nouveau dans cette situation.

**Roman, proche aidant**



# LE SCÉNARIO



Si la personne l'autorise, le service propose de **relier la téléalarme d'un abonné à son Espace Santé** en ligne. Ainsi chaque déclenchement d'alarme, qu'il s'agisse d'une chute ou non, sera **enregistré dans le profil de l'abonné et accessible aux professionnels de santé qui l'entourent**.

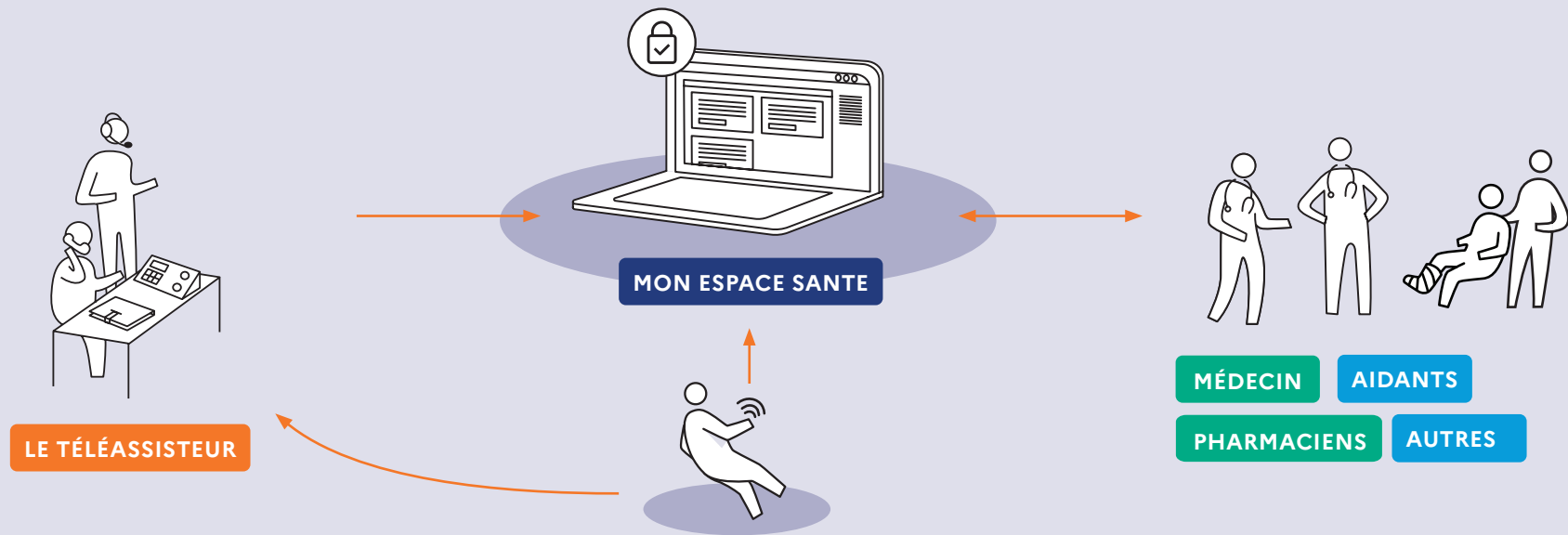
En cas de prise en charge ou d'intervention au domicile, les professionnels pourront

considérer cet historique lors des consultations. L'abonné aura également plus de **facilités à se rappeler de ses utilisations de la téléalarme**, ce qui facilitera ses échanges avec les différents acteurs qui l'entourent.

L'aidant pourra également, via un profil spécifique sur Mon Espace Santé, accéder à ses informations et ainsi **être mieux outillé et conseillé dans le suivi et l'approche à avoir avec la personne âgée**.



# L'ORGANISATION DU SERVICE



## Liaison de la téléassistance à Mon Espace Santé

L'évolution de Mon Espace Santé pourrait rendre possible la contribution et le versement de données par la téléassisteur sur l'espace personnel de l'utilisateur. Le patient choisirait les modalités de partage des informations stockées dans Mon Espace Santé et les paramètres d'accès aux informations de son profil par les professionnels et son aidant.

## Enregistrement des appels et détection des fragilités

Les événements du domicile enregistrés par le téléassisteur (déclenchements, chutes, discussions préoccupantes, etc.) font l'objet d'un signalement dans le profil Mon Espace Santé de l'abonné.

## Partage des données et consultations

Afin de mieux identifier les risques – et en fonction de leur qualification et des accès autorisés – les professionnels qui accompagnent l'utilisateur peuvent consulter les données transmises par les téléassisteurs afin d'approfondir leur diagnostic. Ils peuvent également les affiner et les compléter à leur tour lors des consultations et prises en charge.



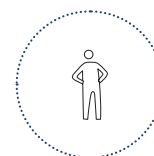
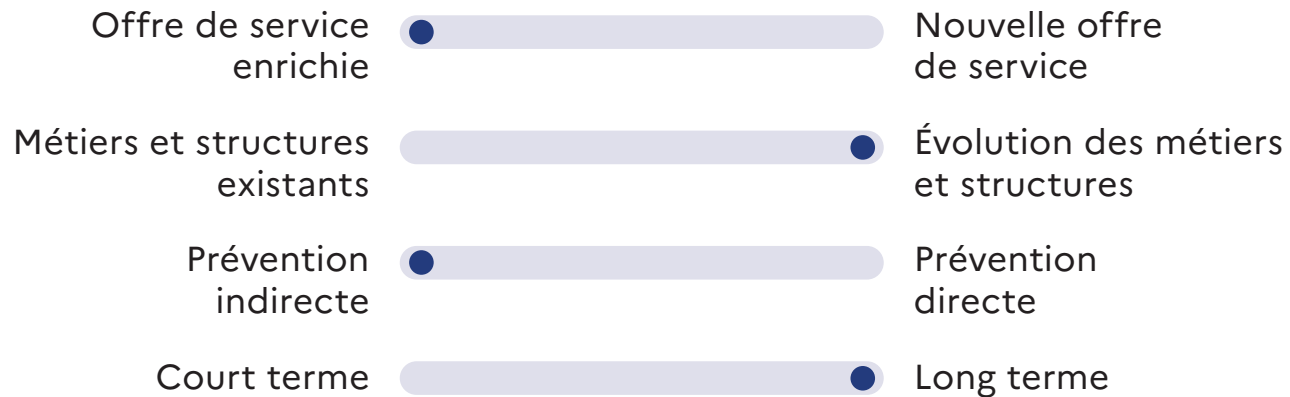
# LES CARACTÉRISTIQUES

## LE CONTEXTE

Suite à une première vague de déploiement auprès des professionnels de santé, Mon Espace Santé vise à **intégrer les acteurs du médico-social afin d'alimenter l'historique du parcours de soin de façon plus complète**. À ce jour, **les téléassisteurs ne sont pas inclus** dans ce déploiement. Pourtant le croisement des données récoltées au travers de leurs missions constitue **un élément déterminant dans la détection et l'évolution des fragilités** des personnes âgées à leur domicile.

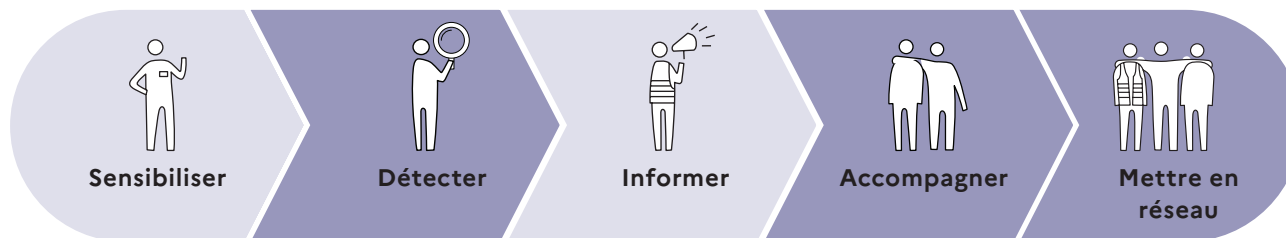
Aujourd'hui le manque d'outil commun entre les différents acteurs (hôpital, médecin, pompiers, pharmacien, opérateur...) peut mener à **enregistrer plusieurs fois une même chute sur différents supports sans que le médecin traitant ou l'aidant ne soit mis au courant** par exemple. Cette multiplication des canaux ne permet pas d'inscrire l'évènement dans un parcours de prise en charge cohérent.

## LES LEVIERS D'IMPACT



**40 millions**  
d'utilisateurs du service Ameli

## LES CHANTIERS DE PRÉVENTION





# PLAN D'ACTION

**1** Développer la plateforme de **Mon Espace Santé** et y intégrer **des acteurs médico-sociaux**, dont les téléassisteurs, en accord avec les autorisations RGPD et la CNIL

MON ESPACE SANTE

CNIL

TLA

**2** Créer des accès différenciés **par profession**, d'interfaces dédiées à chaque profession et de canal de mise en commun en fonction des modalités d'accès choisies par l'utilisateur

**3** Expérimenter le dispositif avec **des professionnels de santé**, des téléassisteurs, des aidés et des aidants

MON ESPACE SANTE

MDA

TLA



## Les initiatives sur lesquelles s'appuyer

- Le mode de déploiement de Mon Espace Santé, en s'inscrivant dans ces modalités d'adaptation sur le terrain.
- L'expérimentation en cours pour permettre aux intervenants à domicile d'entrer leurs données sur Mon Espace Santé pourra servir d'exemple à une expérimentation avec les téléassisteurs.



## Les conditions de réussite

- La réussite de ce dispositif réside en grande partie dans la **systématisation de l'utilisation de l'outil Mon Espace Santé**, aussi bien dans l'action de versement d'informations que de consultation par les différents professionnels de santé et acteurs médico-sociaux.
- Avant de pouvoir contribuer sur Mon Espace Santé, **les téléassisteurs devront être homologués** par le dispositif et répondre à un ensemble de conditions.

# Nous les remercions pour leur participation à l'élaboration de ces pistes d'action.

- .Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (**CNSA**)
- .Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (**CARSAT**) de Rhône-Alpes
- .Centre Communal d'Action Social (**CCAS**) de Laval Centre
- .Gériatrie du Centre Hospitalier d'Annecy
- .Gérontopole de Normandie, de Pays de la Loire
- .Maison Départementale de l'Autonomie (**MDA**) de Laval
- .Mon espace santé

- .Ma Boussole Aidants
- .Association générale des institutions de retraites des cadres (**AGIRC**)-Association des régimes de retraite complémentaires des salariés (**ARRCO**)
- .Présence Verte
- .Le réseau Aide à Domicile en Milieu Rural (**ADMR**) de Laval
- .Filien ADMR .Paris Habitat .Siel Bleu .Vieillir Vivant
- .Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (**TASDA**)
- .Tunstall Vitaris
- .des aidants ou anciens aidants

**Paris Habitat**

Charlène Caillou

Caroline Lacaud

Camille Bonnard

**Présence Verte**

Michèle Marceau

**Siel Bleu**

Aurore Desfargues

**Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (TASDA)**

Julie Charvet

Véronique Chirié

**Tunstall Vitaris**

Jeremy Capaces

Thomas Leroy

**Vieillir Vivant**

Solene Champoy

**Des aidants ou anciens aidants**

Monika

Jacqueline



Ce rapport a été réalisé par  
la Direction interministérielle de la transformation publique

[www.modernisation.gouv.fr](http://www.modernisation.gouv.fr)

contact : [ditp.inno@modernisation.gouv.fr](mailto:ditp.inno@modernisation.gouv.fr)

Avril 2023



**Partie 1** : Guide pratique,  
pistes d'actions pour les  
acteurs de la prévention des  
chutes des personnes âgées

**Partie 2** : Enquête de terrain,  
à la rencontre des usagers

# La prévention des chutes des personnes âgées

Volume 1/2 : Étude-Action

Avril 2023

Enquête de terrain  
à la rencontre  
des usagers

Synthèse illustrée d'entretiens  
en Mayenne, Haute-Savoie et  
Essonne : abonnés à la  
téléassistance, habitants  
retraités, aidants

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

# LA DITP

La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pilote **le programme de transformation publique** défini par le Gouvernement pour **une action publique plus proche, plus simple et plus efficace**. L'objectif : améliorer concrètement la vie des Français et des agents publics.

Les équipes de la DITP ont 4 missions principales :

- **assurer la mise en œuvre des politiques prioritaires du Gouvernement** sur tout le territoire,
- **coordonner l'action des administrations** pour simplifier les démarches et améliorer la qualité du service pour les usagers,
- porter, avec ses partenaires interministériels, **l'innovation, le développement des compétences, la transformation des organisations, des pratiques managériales et de la gestion publique,**
- **accélérer les projets à fort impact des administrations** avec l'appui de ses équipes de consultants internes et d'experts, ainsi que du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP).

En savoir plus :

<http://www.modernisation.gouv.fr>

Cette étude portée par la **Direction générale de la cohésion sociale**, est un projet lauréat de " **l'Appel à défi pour une action publique co-construite avec les usagers et les agents** " (été 2022), piloté par la **Direction interministérielle à la transformation publique**, au sein de l'équipe Design avec le concours de son prestataire **Vraiment**, et financé par **France Relance**.



# ÉDITO

Chaque année, **2 millions de chutes de personnes âgées** de plus de 65 ans sont responsables de plus de 10 000 décès. Cela entraîne plus de 130 000 hospitalisations et représente la première cause de mortalité accidentelle. Agir sur les leviers pour **réduire ce fléau**, tel est l'objet du **Plan national antichute des personnes âgées, porté par le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et la ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé**, suite au lancement du plan par la ministre en charge de l'Autonomie en février 2022.

La communauté médicale et médico-sociale sait qu'en concentrant nos efforts sur des **actions de prévention, en premier lieu le dépistage, l'exercice physique, mais aussi sur la nutrition, l'aménagement du logement et des espaces publics, l'accès aux aides techniques et le bon usage de la téléassistance, on peut réduire le risque de chutes d'environ 20%**. Les élus, les travailleurs sociaux, les aidants, le savent aussi. Ils ont contribué à la conception de ce plan national, qui depuis un an se développe sur tout le territoire.

Mais l'important est de bien identifier les acteurs et leur maillage sur le terrain et de les aider dans leur action auprès des personnes âgées afin d'éviter les chutes, les rechutes, aux conséquences médicales et sociétales graves. Comment sensibiliser les publics au bon moment et sous la bonne forme ? Comment préfigurer une boîte à outils adaptée aux besoins ?

Au travers de l'usage des dispositifs de téléassistance, moins connus, moins utilisés en France que dans d'autres pays d'Europe, est engagée également une réflexion sur les pistes pour développer les potentiels de prévention des rechutes. Comment s'informer, comprendre et prendre une décision pour choisir le dispositif le mieux adapté aux besoins de la personne ? Comment faire évoluer les dispositifs de téléassistance pour renforcer leur rôle de prévention des chutes et rechutes ?

Les travaux présentés ici tendent à répondre à ces questions.

**Christine ABROSSIMOV**

**Coordonnatrice nationale du Plan antichute des personnes âgées**

**Direction générale de la cohésion sociale**

# UNE DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE VÉCU DES USAGERS

Basée sur des enquêtes en immersion auprès d'usagers, aidants et personnes âgées réalisées en Mayenne, Haute-Savoie et Essonne, après une analyse documentaire approfondie, les travaux de recherches, de concertations et d'échanges ont été suivis lors de comités de pilotage réunissant la Direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CARSAT de Rhône-Alpes.

Les travaux se décomposent en 2 grandes parties :

## La prévention des chutes des personnes âgées Volume 1 : Étude-Action

- Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes

Le guide pratique propose des pistes d'action utiles pour les acteurs de la prévention, avec la préoccupation plus particulière du développement de la téléassistance comme potentiel de prévention des rechutes.

- Enquête de terrain à la rencontre des usagers

L'enquête rapporte et analyse le vécu d'usagers de la téléassistance, d'aidants et de personnes âgées pour mieux comprendre les parcours de prévention des chutes des personnes âgées.

## La prévention des chutes des personnes âgées Volume 2 : État des lieux sur la téléassistance

- Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe
- Analyse documentaire et identifications d'opportunités

Ces deux documents comparent les systèmes de téléassistance au Royaume-Uni, en Suède, en Espagne, aux Pays-Bas et en France, en dressent un panorama et analysent questions de prévention des chutes des personnes âgées.

# INTRODUCTION : POURQUOI UNE ENQUÊTE USAGERS ?

Le Plan antichute des personnes âgées présenté en février 2022 vise à réduire le nombre de chutes à domicile et d'hospitalisations, afin de préserver la qualité de vie des personnes vieillissantes, prévenir la dépendance et réduire le nombre de décès prématurés survenant suite aux complications liées à des chutes.

Il existe aujourd'hui de nombreux **leviers de prévention des chutes à domicile, reposant sur des initiatives de sensibilisation et de facilitation de l'activité physique des personnes âgées, d'aménagement du logement, de stimulation du lien social, d'aide à l'alimentation...**

**La téléassistance**, définie comme un système d'alerte d'urgence en cas de chute, est un **levier complémentaire majeur pour prévenir les complications liées aux chutes à domicile**. L'ensemble de ces leviers sont déployés au titre des 5 axes du Plan national.

Afin de mieux comprendre les opportunités offertes par les dispositifs de téléassistances pour mieux prévenir les chutes à domicile, et de mieux transmettre des messages de

prévention aux personnes âgées, une enquête auprès des usagers de la téléassistance, des personnes âgées et de leurs aidants est lancée dans le cadre de cette étude.

L'objectif de cette approche par les usages et le design de services est de **mieux comprendre l'appropriation réelle des dispositifs de téléassistance, en allant rencontrer les usagers** (personnes âgées abonnées, aidants, bénévoles installateurs...) **chez eux**, et de déceler les opportunités d'amélioration du dispositif dans une perspective de prévention.

Ce document présente les enseignements de l'enquête menée en Mayenne auprès de différents profils d'usagers (abonnés à la téléassistance, habitants retraités, aidants) ainsi que les pistes d'amélioration des démarches de prévention qui en découlent.

# La méthode

L'enquête usagers devait permettre de répondre aux questions suivantes.

## Sur la téléassistance ...

- Quel est le parcours d'accès et d'abonnement à la téléassistance, et comment faciliter son recours ?
- Pourquoi les usagers ont-ils recours à la téléassistance, quelles sont leurs motivations, leurs craintes ?
- Les freins au recours sont-ils liés à une réticence d'usage, à des difficultés financières, à l'absence d'aidant, à l'objet lui-même... ? Comment lever les obstacles au recours ?
- Quels sont les usages réels, quotidiens, du service de téléassistance par les personnes âgées ? Quels usages inattendus pourraient permettre de déployer son potentiel ?

## Sur la prévention ...

- Comment les personnes âgées sont-elles touchées dans leur quotidien par les messages de prévention des chutes ? Avec quels autres sujets de prévention la prévention des chutes cohabite-t-elle ?
- Comment ces messages sont-ils perçus, à quel point sont-ils efficaces ?
- Existe-t-il un parcours de prévention type ? Quels en sont les protagonistes ?
- Quels canaux de prévention sont ou seraient les plus efficaces ? Quels seraient les messages, les outils, les dispositifs adéquats ?
- Quelle mutualisation possible entre la prévention des chutes et les autres dispositifs de prévention médico-sociale ?
- A quel point la téléassistance peut-elle contribuer à la prévention des chutes, et à la prévention de l'autonomie de manière générale

Nous tenons à remercier les différents partenaires professionnels qui, sur les territoires, nous ont permis d'identifier et de contacter les usagers mais également l'ensemble des personnes que nous avons rencontrées, pour le temps qu'elles nous ont accordé et pour leurs témoignages précieux et sincères sur leurs expériences.





**Cette enquête a été menée avec les outils et méthodes du design de services :**

- **des entretiens semi-directifs** : l'intention de cette rencontre est avant tout de faciliter l'échange et de mettre l'utilisateur en confiance ; ainsi un pense-bête vient guider la conversation et assurer le passage en revue de tous les sujets de notre enquête, sans pour autant fermer ni rythmer la discussion, qui reste spontanée.
- **des entretiens individuels**, en couple, en présence des proches aidants (la fille de la personne âgée, par exemple) : toujours afin de permettre une atmosphère de confiance et éventuellement d'accompagner la personne âgée dans la structuration de ces propos.
- **des cartes à réactions** : un ensemble de représentation de personnes âgées, pour faire réagir les personnes et échanger autour de leur perception du vieillissement.
- **une enquête photographique** : prise de photos pour illustrer l'environnement de vie, l'usage des bracelets de téléassistance, les pratiques et habitudes du quotidien...
- **des outils de prises de note** pour alimenter des parcours usagers pré-construits.

Le sujet d'étude nécessitant une observation *in situ* des usages, **les entretiens ont été systématiquement menés en présentiel**. Cela a permis à l'équipe de faciliter les échanges avec un public sensible au contact humain,

notamment pour **fluidifier les discussions sur des thématiques plus personnelles et intimes**. À chaque début d'entretien, le sujet de l'étude et son contexte ont été présentés et expliqués aux usagers pour leur permettre de mieux cadrer leurs récits.

**La présence de l'équipe projet sur place** a également permis d'observer un grand nombre d'éléments contribuant à notre analyse : **aménagement du domicile et position de la téléassistance, quelle place prend cette dernière dans le quotidien et l'environnement de vie, les médaillons sont-ils portés ou bien rangés, avec quels autres dispositifs cohabite la téléassistance, etc.**

**L'observation des lieux de vie est riche d'enseignements** : elle permet de mieux comprendre les gestes du quotidien, l'ajustement du cadre de vie de chaque personne à ses propres capacités, et ainsi d'illustrer et de comprendre la diversité des usages existants pour un même objet/outil.

Cette étape d'observation a fait l'objet d'une série de photographies des lieux et d'une série de portraits. Ces photographies ont notamment permis de mettre en avant la posture de la téléassistance dans le quotidien : souvent perçue comme un dispositif technique, les images donnent à voir la manière dont le boîtier est porté ou non, en laissant toute sa place à l'utilisateur qui le porte et aux enseignements qu'il a à nous transmettre.

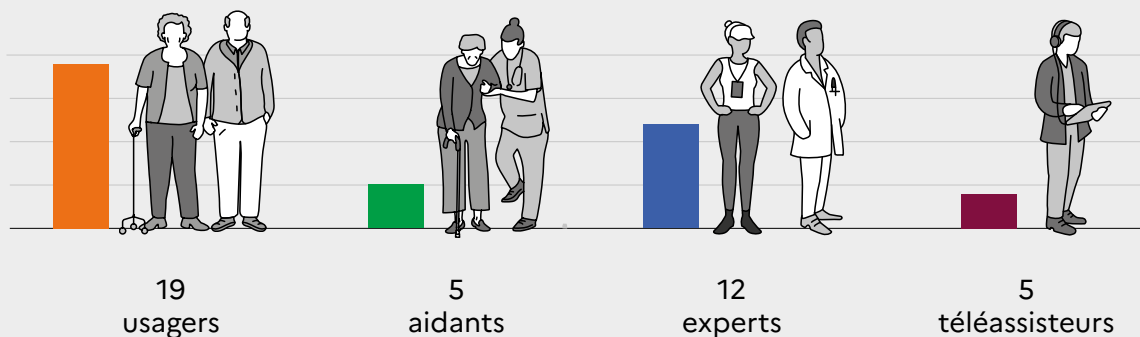
## Le panel

L'enquête usagers a été menée auprès d'un panel de 25 personnes, habitant en Mayenne, Haute-Savoie et Essonne . Si ce panel est trop réduit pour former un échantillon représentatif de la diversité des situations des personnes âgées en France, il permet de rendre compte d'**une grande diversité de profils** : en termes d'âge (de 62 à 92 ans), de genre, de cadre de vie (rural / urbain), et d'usages de la téléassistance (souscripteurs/aidants).

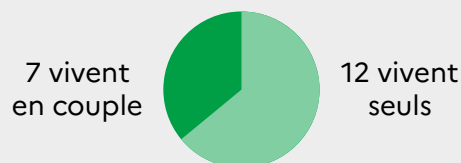
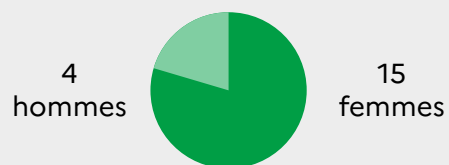
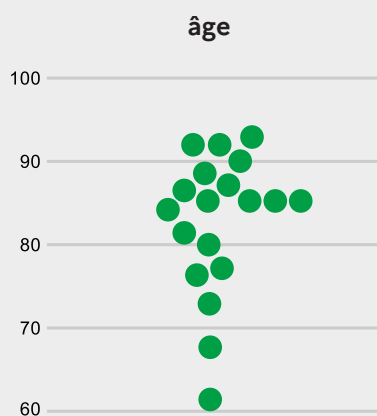
Au total, **19 personnes âgées et 5 aidants** (associations ou individus) ont été rencontrés.

Plus largement, **cette enquête questionne ce que signifie "vieillir"** : la prévention des chutes et l'usage de la téléassistance sont encadrés dans le sujet des représentations du vieillissement.

## Les profils des personnes rencontrées



## Détail des profils des usagers rencontrés : lieu de vie, âge, sexe et situation de vie



# STRUCTURE DU DOCUMENT



# 1. Avant la chute, la prévention

Cette partie revient sur la **période d'avant-chute**, une période large et diffuse n'ayant pas réellement de point de départ. Nous ne revenons pas sur les étapes du parcours d'avant-chute, mais sur les sujets qui déterminent la perception et l'attitude face

à la prévention. Cette première partie s'intéresse à la place de l'activité physique, aux différentes formes de la prévention, à la communication et aux acteurs qui sensibilisent, à la vie sociale et à l'accompagnement médical.

## 2. La chute

Cette seconde partie s'attache à décrire **le moment de la chute et ses conséquences** : la période de déni, de peur et de désarroi qui s'en suit, puis la phase de recherche de solutions. Cette étape rappelle qu'entre la chute et la recherche d'aide, il y a un processus plus ou moins long, mais toujours douloureux d'accepta-

tion : l'acceptation de sa fragilité, puis l'acceptation de l'aide. Le recours à l'aide est accéléré par des événements marquants (un accident, un séjour à l'hôpital, le décès d'un proche). Cette période est également conditionnée par une peur omniprésente de la maison de retraite et de son possible accueil.

## 3. La téléassistance

Cette troisième partie fait le focus sur **le recours à la téléassistance**. Le recours à cette solution dépend de plusieurs facteurs : la connaissance du dispositif, mais surtout la maturité du processus d'acceptation de l'aide. Divers déclencheurs influencent le recours : réaliser son isolement, vouloir rassurer ses proches,

réagir suite à une chute marquante. Une fois acceptée, puis installée au domicile, la présence de la TLA apporte une réassurance pour les personnes âgées comme pour les aidants éloignés. Cependant, elle peine à trouver une place et un usage dans le quotidien des usagers.

## 4. L'aide & les aidants

Cette quatrième partie revient sur le **processus d'aidance** : le rôle des aidants dans la prévention, l'accompagnement par les proches aidants et les aidants professionnels. Bien que les aidants aient une place

centrale dans le parcours de vie des personnes, leur rôle dépend de l'acceptation de leur présence dans le quotidien des aidés, tout comme leur propre capacité à accepter leur rôle d'aidant.

# SOMMAIRE

## Synthèse de l'enquête ..... 17

## 1. Avant la chute, la prévention ..... 36

A. L'activité physique, révélateur de son état de santé global ..... 38

B. L'utilisateur, premier acteur de sa prévention et tout au long de la vie .... 40

C. Les proches, un vecteur de prévention à part entière..... 42

D. Le lien social, premier levier de prévention..... 44

E. La confiance, condition de réussite de la prévention..... 48

## 2. La chute..... 52

A. Taire et minimiser la chute, premier réflexe à déconstruire..... 54

B. Adapter son logement n'est pas encore un réflexe..... 58

C. Repousser l'aide matérielle pour nier ses vulnérabilités ..... 62

## 3. La télé-assistance (TLA) ..... 66

A. Pas d'appropriation de la TLA sans acceptation de l'aide ..... 68

B. Les événements de vie obligent le recours aux aides matérielles..... 70

C. Les proches, des acteurs clés dans le recours à la TLA..... 74

D. Le parcours d'abonnement aux services de TLA, un parcours sans obstacle ..... 78

E. La simple souscription est en soi un facteur de réassurance .....	80
F. La souscription n'est pas synonyme de bonne compréhension du dispositif.....	82
G. Malgré la souscription, un non-usage massif .....	86

## **4. L'aide et les aidants..... 90**

A. Devenir aidant, un long processus.....	92
B. L'aidant, premier acteur de l'accompagnement et de la prévention ...	94
C. Devenir aidant, un apprentissage solitaire .....	98
D. La difficile acceptation du rôle d'aidant.....	102
E. L'aidant, pivot d'une prévention globale de l'autonomie .....	104

## **Conclusions ..... 108**

## **Annexe : Portraits des usagers rencontrés ..... 112**





La canne, souvent à proximité.  
Ici, au domicile de Marie-Thérèse B.





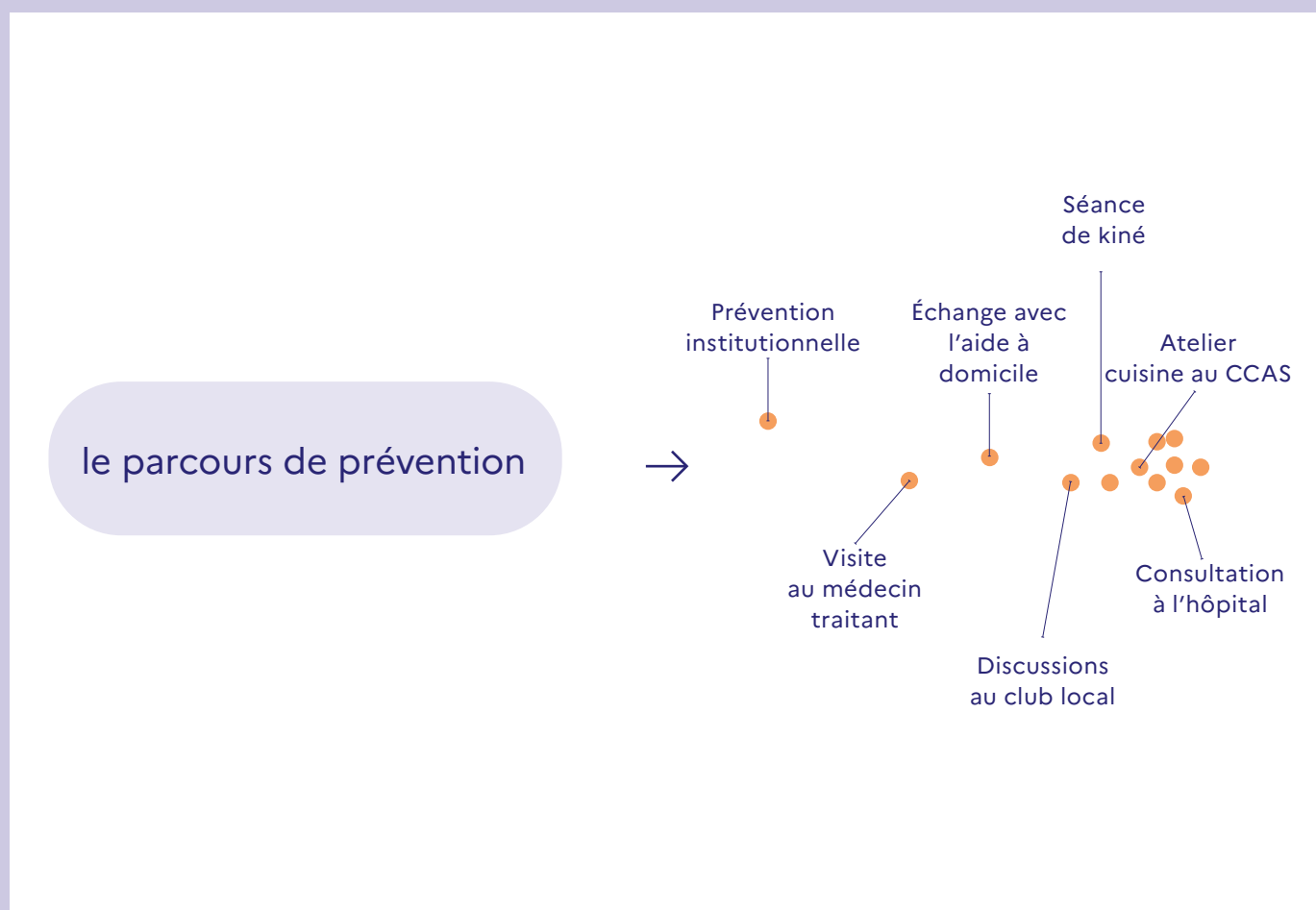
# Les grands enseignements de l'enquête

# Il n'y a pas de «parcours» de prévention des chutes mais des actions de prévention non-coordonnées

Il n'existe pas de parcours de prévention à proprement parler : il s'agit plutôt d'une cohabitation de dispositifs préventifs proposés par une grande diversité d'acteurs publics, privés et associatifs. Les messages de prévention sont véhiculés par le médecin, le CCAS, les proches, dans la salle d'attente du centre social... La prévention s'effectue par de multiples canaux, de manière formelle

(messages de santé publique exprimés par des acteurs institutionnels, soignants et experts) et informelle (de proche en proche, par une connaissance, un enfant...).

La logique de parcours reste donc à construire pour éviter les ruptures de parcours et le chevauchement de parcours non coordonnés, notamment en outillant le réseau d'acteurs de proximité.



# Il n'y a pas une prévention des chutes, mais des préventions aux différentes causes de vulnérabilité

La chute est souvent un symptôme d'un processus de fragilisation physique et/ou sociale, ce n'est pas qu'une cause. La prévention des chutes est indissociable de la prévention du vieillissement au sens large, leur distinction ne fait pas sens pour l'utilisateur : aussi, en vue

de prévenir des chutes et des rechutes, il est nécessaire de faire le lien avec les autres sujets de prévention.

prévention des chutes



les préventions...

dénutrition

isolement social

hyper-médication

adaptation au logement

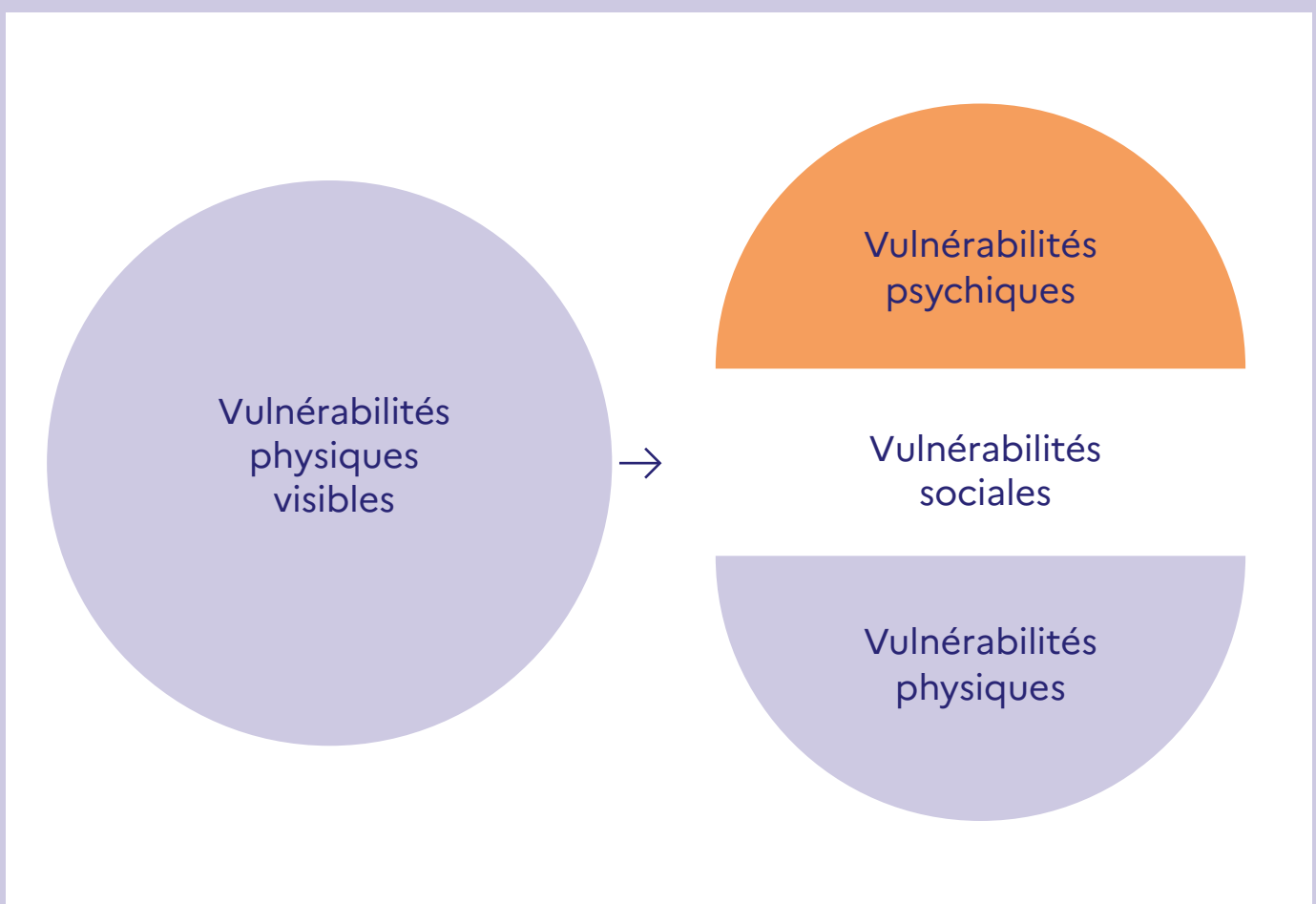
pathologies chroniques

fragilités musculaires

# Les facteurs de vulnérabilité sont aussi psychiques et sociales que physiques

Aborder la prévention des chutes par une approche uniquement physique ne fait pas sens pour les personnes âgées, dont la fragilisation faisant suite ou provoquant la chute est souvent aussi physique que psychique.

Prévenir le risque de chute, c'est avant tout prévenir l'isolement social, qui peut avoir un impact énorme sur le corps (réduction de l'activité physique, ne plus avoir envie de sortir de chez soi, ne plus prendre ses repas...).



# Le parcours de vieillissement est double : celui de l'aidé et de l'aidant

L'aidant est l'acteur de proximité et de confiance avec le plus d'impact auprès de l'aidé (sensibilisation, détection, acceptation...), sans que son rôle ne soit outillé, ou qu'il soit lui-même perçu comme pouvant être fragilisé par son statut d'aidant.

Il est aussi lui-même sujet à une succession d'étapes d'acceptation : accepter de devenir aidant ne va pas de soi, il est nécessaire de prendre conscience de son rôle et d'accepter de le tenir. Les outils de prévention doivent également s'adresser à l'aidant.

le parcours de vie de la  
personne âgée



le parcours de l'aidant

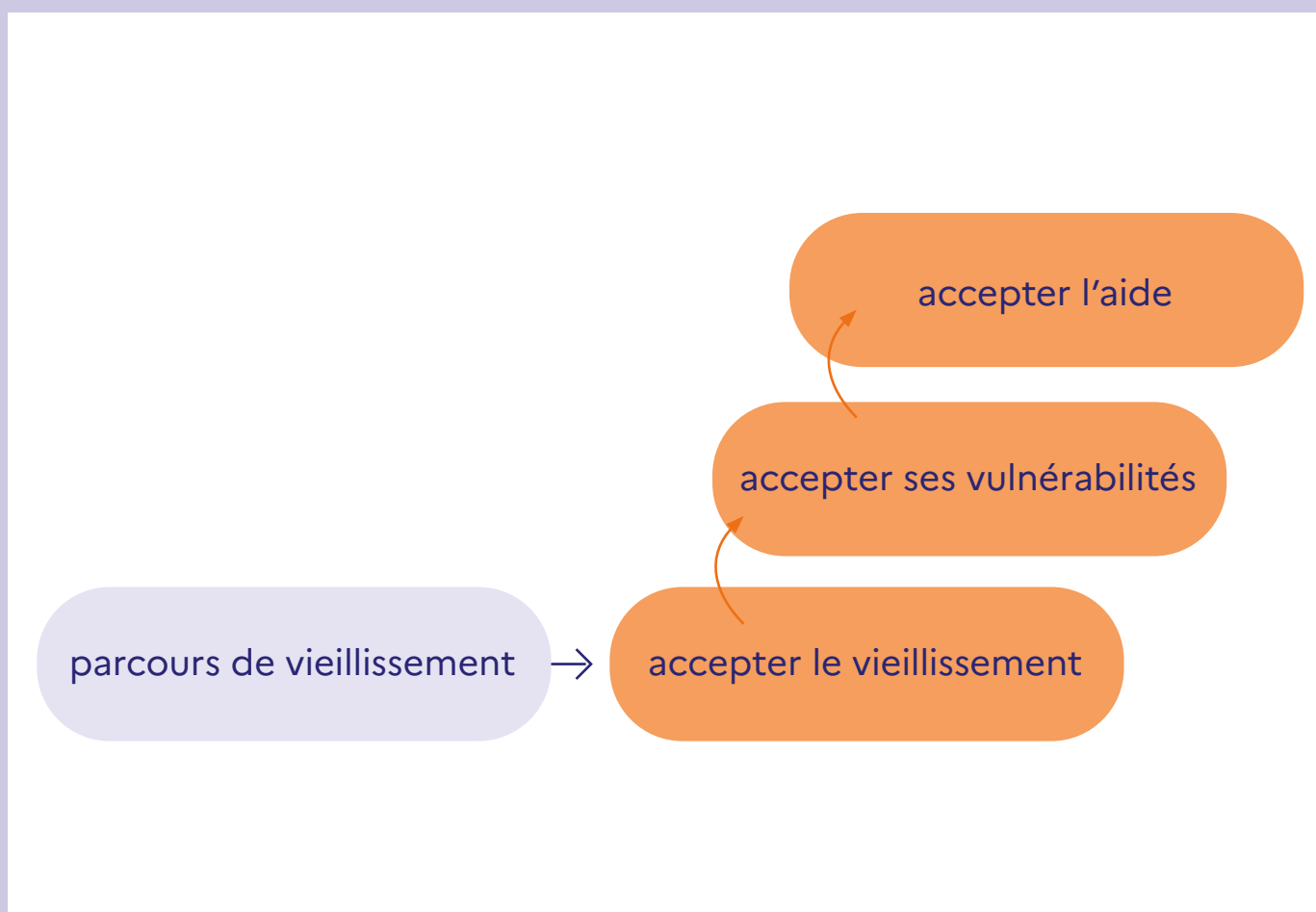
le parcours de l'aidé



# 3 étapes non-linéaires structurent le parcours de vieillessement

Le parcours de vieillissement n'est pas linéaire, il est structuré en 3 processus d'acceptation : le processus d'acceptation de son vieillissement, de ses vulnérabilités (après une chute), et de l'aide (matérielle ou humaine). La préparation au bien vieillir, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, détermine le parcours d'acceptation.

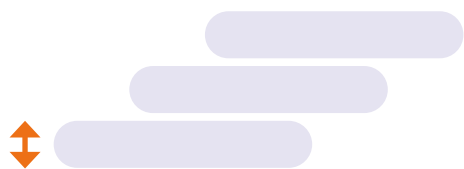
La réussite de la prévention est conditionnée à différentes étapes d'acceptation : de la fragilité, du diagnostic, de son aidant... Ces 3 processus ne sont pas séquentiels mais cumulatifs.



# Le cumul brutal des étapes rend l'effort à fournir plus important

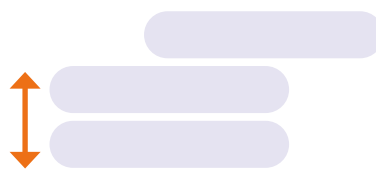
Le processus d'acceptation du vieillissement se fait de manière plus ou moins douce :

- Doucement quand il y a anticipation, préparation de la personne
- Difficilement quand l'acceptation n'est pas anticipée, mais forcée par des événements tragiques (une chute, le décès d'un proche)
- Brutalement quand l'acceptation est forcée par un événement et qu'il n'y a pas acceptation des processus précédents.



## Les processus s'échelonnent

Les processus d'acceptation sont amorcés progressivement les uns après les autres.




## Certains processus se superposent

Certains processus d'acceptation ne sont pas anticipés, ils s'additionnent demandant alors plus d'effort aux personnes. La marche à franchir est plus importante qu'au départ.



## Tous les processus se superposent

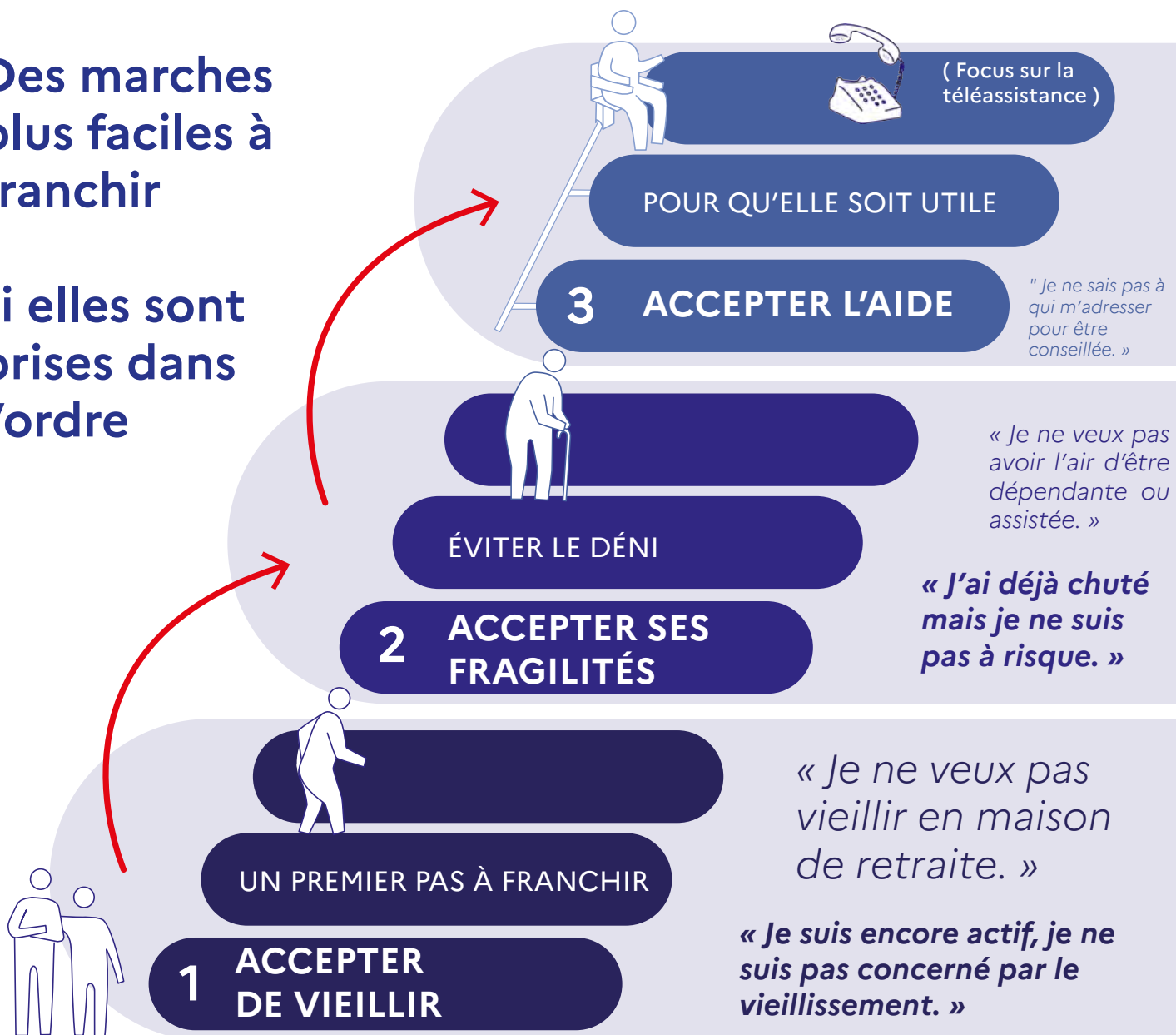
Les processus d'acceptation ne sont pas du tout anticipés, ils se superposent tous demandant aux personnes des efforts considérables. La marche à franchir est beaucoup plus importante qu'au départ.

 importance de l'effort

# Accepter les changements liés à son vieillissement : des freins à lever à chaque étape clé

Des marches plus faciles à franchir

si elles sont prises dans l'ordre



**S'informer, ...**

« J'ai déjà un téléphone »

« Je ne sais pas qui est au bout du fil. »

**" Les technologies ce n'est pas pour moi."**

**« J'ai peur pour la confidentialité des infos. »**

**S'équiper, ...**

« Je n'ai pas internet. »

**« Je ne sais pas comment m'abonner. »**

**... Utiliser la téléassistance**

« Je ne veux pas le porter. »

« Je suis tombée et j'ai oublié d'appuyer sur le bouton. »

**« Je ne sais pas l'utiliser. »**

« Je ne veux pas le déclencher sans faire exprès. »

« Je ne savais pas qu'il pouvait aller sous l'eau. »

**« J'oublie de le porter. »**

**« Je vois moins de gens mais je ne me sens pas isolée. »**

« La chute ce n'est pas si grave. »

« Chuter, ça m'est déjà arrivé mais ce n'est rien au final. »

**« Je ne parle pas de mes chutes à mon médecin. »**

**« Je n'ai pas la forme d'avant mais je ne me sens pas vulnérable. »**

**« Les informations de prévention ce n'est pas pour moi. »**

« Je suis en très bonne santé, je ne suis pas concernée. »

Accepter ces différentes étapes est d'autant plus difficiles si elles ne sont pas anticipées, ou si elles sont forcées par des événements de vie :

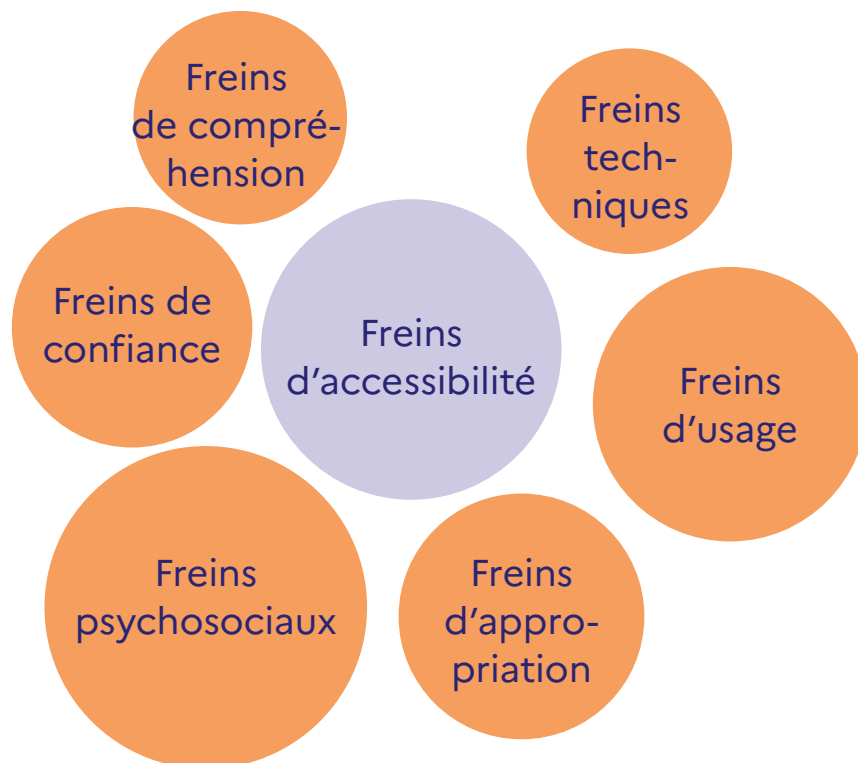
**le décès d'un proche, une chute, un accident**



# Les freins au recours à la téléassistance sont plus complexes que des freins d'ergonomie

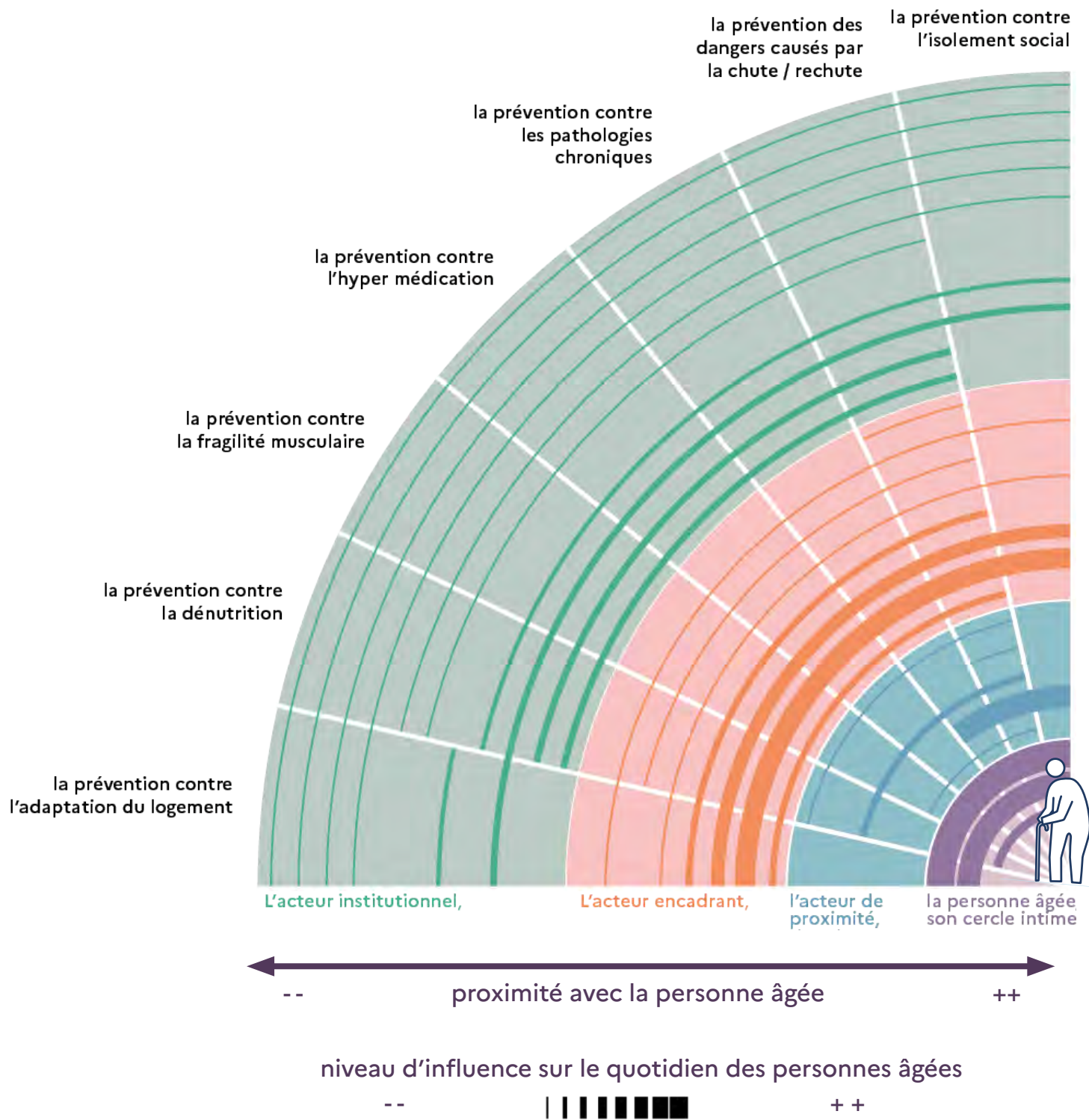
Dans un contexte où chaque parcours de vieillissement est structuré en processus successifs d'acceptation, l'acceptation de l'aide matérielle ne se résume pas à des enjeux d'ergonomie. Le recours à des dispositifs de prévention (dont la téléassistance) et leur

usage sont conditionnés par un enchaînement de freins pouvant advenir en amont du choix d'une aide matérielle.





# Des acteurs plus ou moins proches des personnes âgées : de multiples interactions



CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)  
 CNAS (Caisse Nationale d'Action Sociale)  
 ARS (Agence régionale de santé)  
 Conférence des financeurs  
 DAC (CTA, CLIC, PTA, MAIA)  
 CPTS (communauté professionnelle territoria )  
 Agence Nationale de l'habitat



**L'acteur institutionnel,**  
 permet l'opérationnalité des  
 politiques publiques de santé  
 liées au vieillissement, n'interagit  
 pas avec la personne âgée ou  
 seulement en cas de besoin et de  
 façon extrêmement encadrée.

Conseil Départemental, MDA, équipe gériatrique  
 CPAM

CARSAT, CNAV

SDIS, pompiers

EQLAT & CICAT

CH, CHU

gérontopole

Mutuelles, assurances, MSA, autres régimes spéciaux

Mairie, Communauté de Communes

CCAS

Agirc-Arrco Centre de prévention

Cliniques privés, SSR, services de gériatrie

Opérateurs téléassistance

Professionnels de santé et maison de santé

Professionnels APA, indépendants ou associations (ex : Siel Bleu)

Établissements médico-sociaux (EHPAD, maison médicalisée)

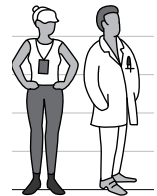
Les proche aidants

Les amis, les pairs

Aides à domicile



**L'acteur encadrant,**  
 n'interagit pas ou  
 que ponctuellement  
 avec la personne  
 âgée, ne la connaît  
 pas personnellement  
 mais l'aide individuellement.



**L'acteur de  
 proximité,**  
 dans le  
 quotidien de la  
 personne âgée,  
 la connaît personnellement

**la personne âgée  
 son cercle intime**

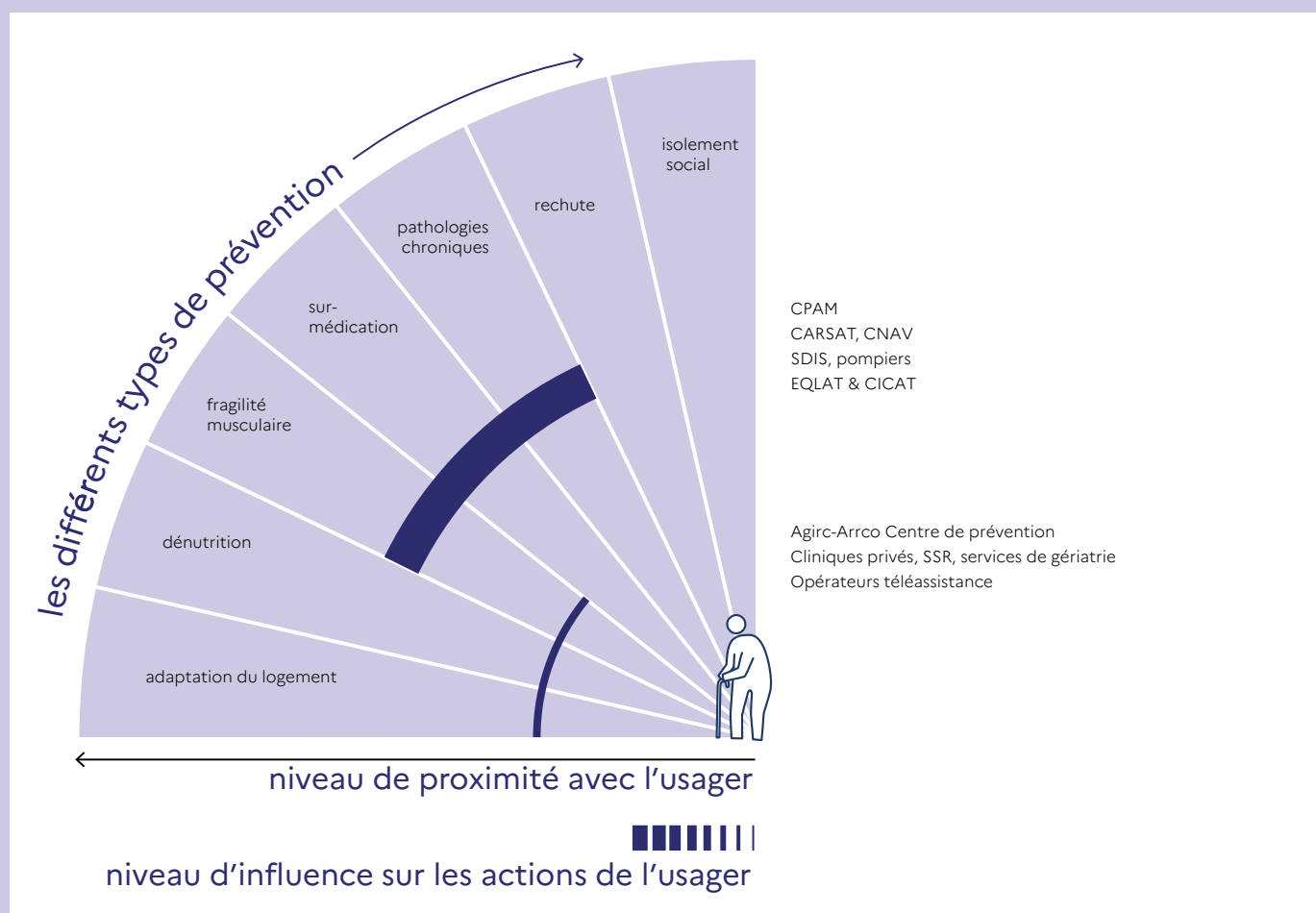




# Le niveau d'influence n'est pas déterminé par la proximité, mais par la confiance accordée

Le niveau d'influence d'un acteur sur les actions de la personne âgée ne dépend pas de sa proximité avec elle, mais du niveau de confiance que celle-ci accorde à cet acteur. Ainsi un acteur que la personne âgée ne côtoie pas au quotidien et qu'elle ne connaît pas personnellement, peut malgré cela générer un sentiment de confiance dû à

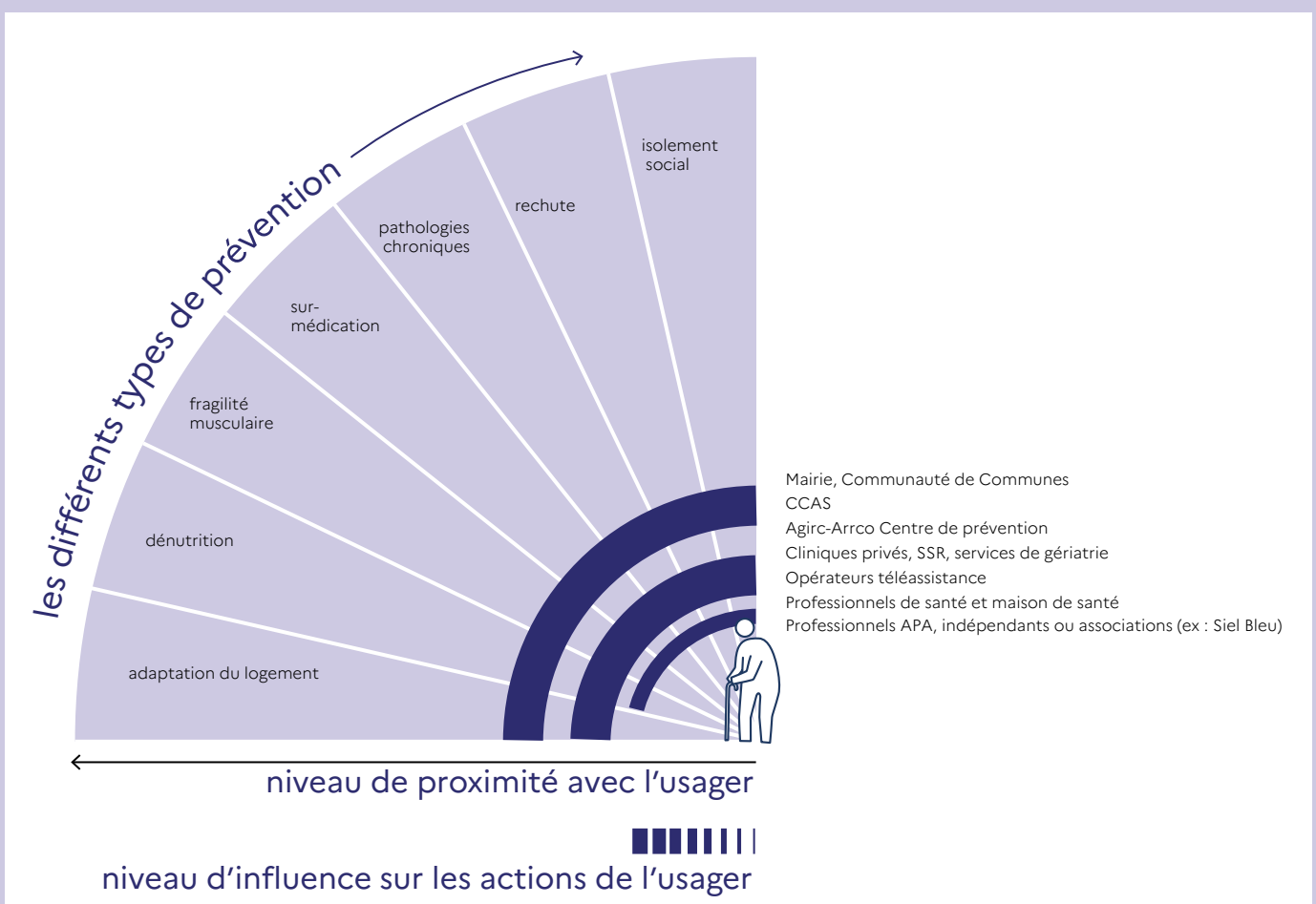
l'image de légitimité et de fiabilité de la parole de cet acteur (lié au statut institutionnel, médical, ou familiarité). Ainsi, les acteurs publics locaux reconnus tels que la mairie ou le conseil départemental, bénéficient d'une grande crédibilité sans pour autant être en contact régulier avec l'utilisateur.



# Plus un acteur est présent au quotidien, plus son action est multi-préventive

Les acteurs présents dans le quotidien des personnes âgées font face à une multitude de sujets composant la vie de celles-ci. Qu'il s'agisse des gestes de soin du quotidien, de l'entretien de l'environnement de vie, de l'accompagnement administratif, l'ensemble

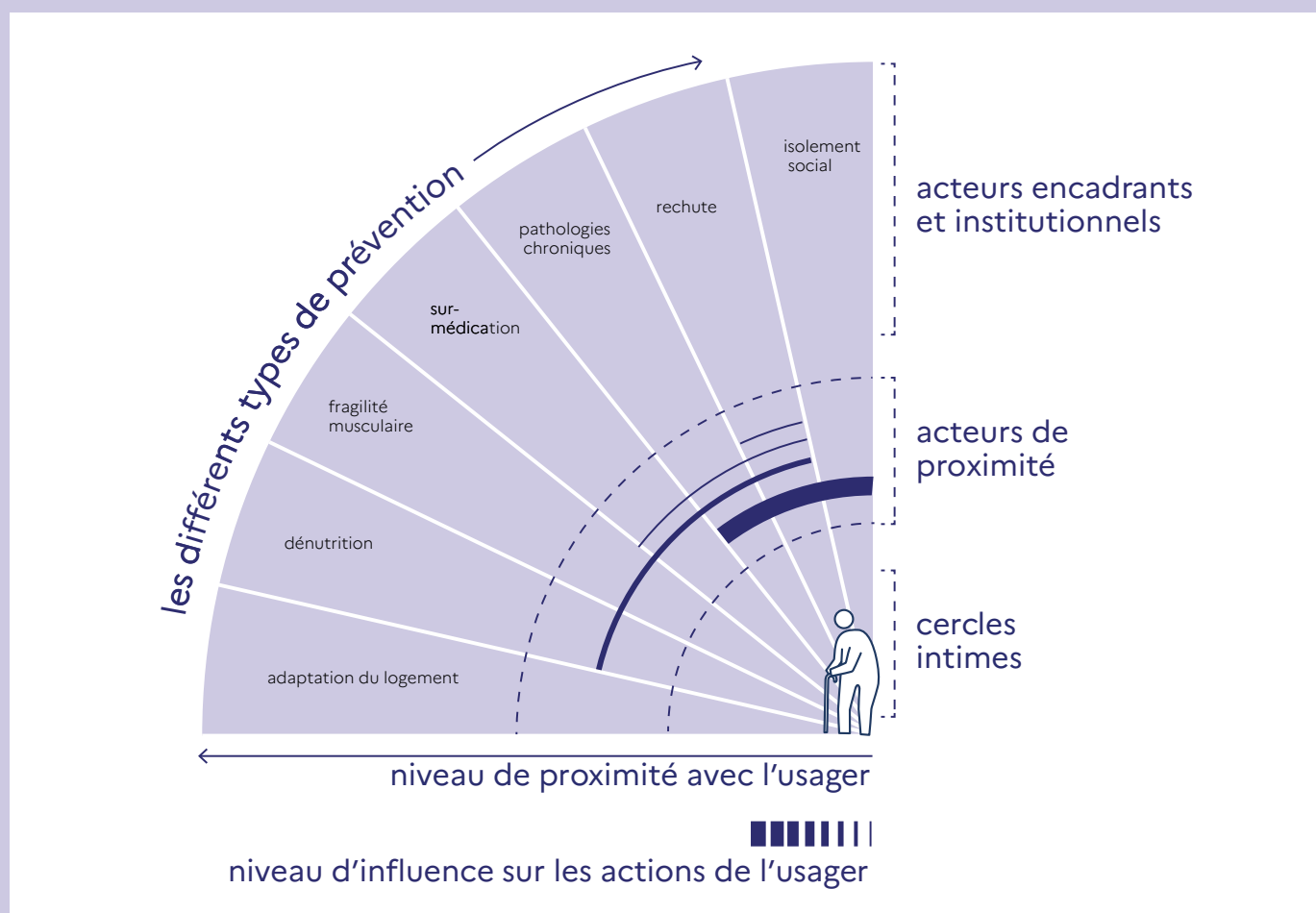
des sujets composant la vie de la personne âgée sont concernés. Ainsi leur vigilance et les actions préventives qu'ils déploient vont être particulièrement transversales et ne pas se limiter à un seul sujet ou aspect de la vie.



# Les acteurs de proximité viennent en relais des proches aidants sur des sujets précis

Les acteurs de proximité connaissent individuellement et personnellement les personnes âgées : elles les suivent et les accompagnent sur des sujets spécifiques qui nécessitent une expertise très ciblée. Ainsi ces acteurs ont

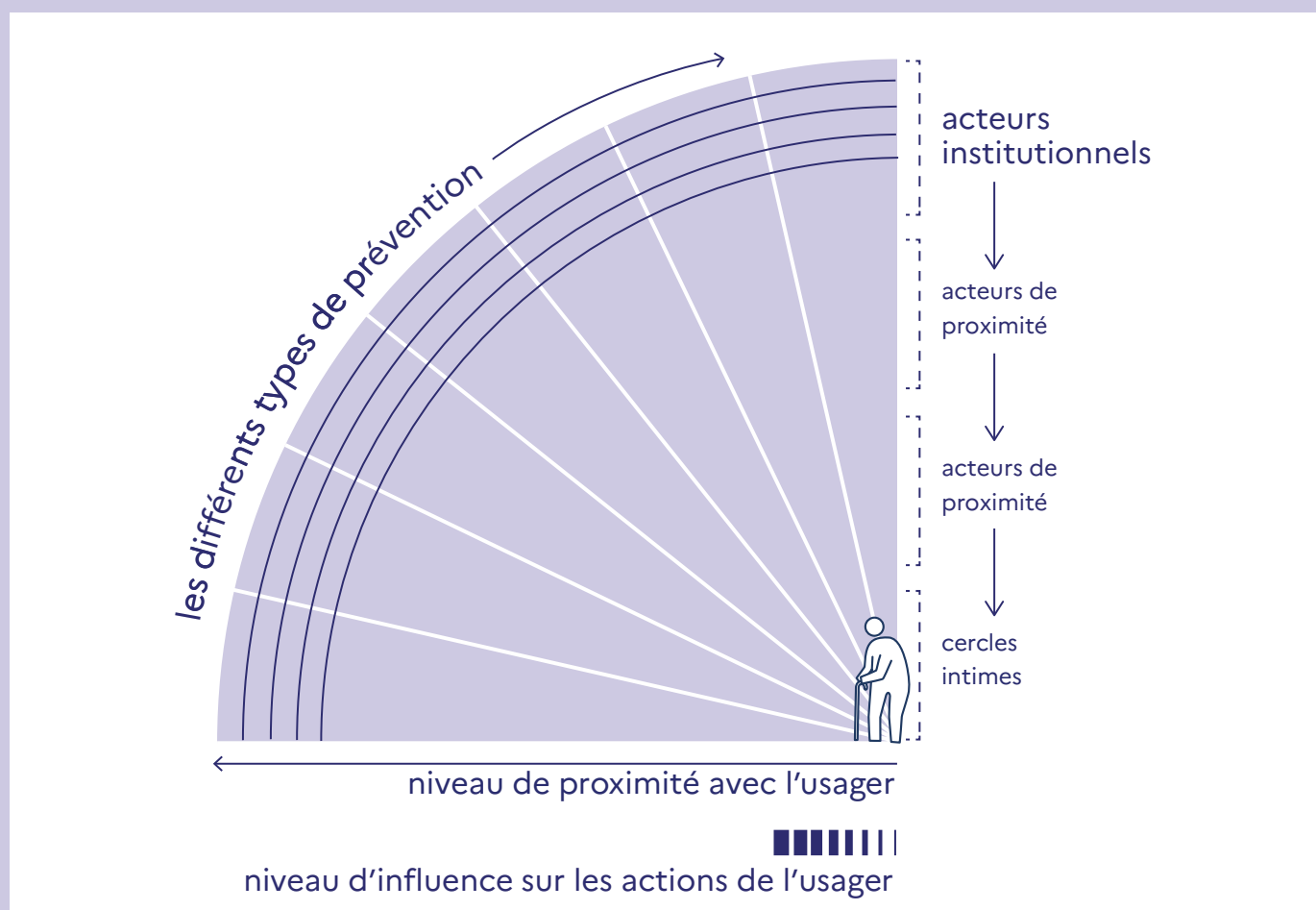
un champ d'action préventive plus limité, défini par leur domaine de compétences. Ils interviennent généralement comme un relais du proche aidant, qui vient solliciter leur expertise sur une thématique donnée.



# Les acteurs institutionnels s'appuient sur l'action de tous les autres acteurs pour induire l'action préventive

L'acteur institutionnel n'a pas de contact avec la personne âgée, qui inversement ne l'identifie pas et ne l'intègre donc pas aux acteurs qui pourraient contribuer à des actions préventives qui lui seraient bénéfiques. Inversement, l'acteur institutionnel ne connaît pas personnellement la personne âgée et

ne cherche pas à entrer individuellement en contact avec elle. Pourtant, ces acteurs éloignés cadrent et structurent un ensemble de politiques publiques qui rendent possible à l'échelle locale et individuelle des actions préventives essentielles au maintien de l'autonomie de la personne âgée.





# Avant la chute, la prévention

À quel moment commence-t-on à prêter attention à une éventuelle diminution de ses moyens ? Que faire alors pour s'en prémunir ? La phase de prévention est certainement l'étape la plus floue que nous ayons identifiée lors des rencontres avec les usagers. L'âge de la retraite doit-il être le moment de veiller à l'évolution de sa santé ? Un âge plus avancé est-il mieux approprié ? Lequel ? Doit-on attendre d'être confronté à un premier problème de santé avant de s'en préoccuper ? À quel niveau de gravité ?

Il n'existe pas de déclencheur de prévention mais un ensemble d'éléments qui, mis bout-à-bout, viennent soit marquer un moment de prise de conscience chez l'individu, soit l'informer progressivement, de façon irrégulière et spontanée, de l'importance à accorder à son état de santé tout au long de sa vie. La prévention s'exprime à travers plusieurs médiums, elle s'appuie sur plusieurs canaux et dispositifs, présentés dans cette partie.

# A. L'activité physique, révélateur de son état de santé global

Tous les usagers rencontrés perçoivent leurs **capacités physiques comme étant un élément central de leur autonomie**. Pouvoir pratiquer une activité physique, pouvoir marcher autant qu'on le souhaite, pouvoir maintenir un rythme constant d'activités et de déplacement constituent de véritables objectifs : **bien vieillir, c'est pouvoir se mouvoir sans que son corps soit une limite ou un**

**obstacle**. A ce titre, l'activité physique agit comme un véritable baromètre du niveau de santé et du niveau d'autonomie perçus.

Ainsi, les diminutions de capacités et les handicaps même naissants sont perçus comme des entraves lourdes, marqueurs d'un vieillissement difficile à accepter et non désirable.

## Pratiquer une activité physique pour anticiper les limites liées à l'âge

« On essaye de faire attention, je sais que mon activité professionnelle est très sédentaire...Il faudrait que je pratique une vraie activité physique. » **Monika, aidante**

« On fait du sport pour s'activer, mais surtout pour le loisir avant tout. Ça permet de rester en forme, de **préserver toutes ses capacités physiques.** » **Patrick**

« C'est important de s'entretenir, de sortir de chez soi, de bouger. Et puis les mouvements que j'apprends en cours de sport ensuite je les refais à la maison. » **participante au cours Siel Bleu**

« Je suis très active oui, il faut ! Avec les copines des fois on fait 7 ou 8 kilomètres. Dans le temps, on marchait un peu plus, mais on le fait quand même ! » **Joséphine**

## Les limites de l'activité physique : la confrontation à la mesure de son état de santé

« Je fais du vélo d'appartement. Par contre c'est trop dur de faire tous les mouvements au sol que je fais avec le kiné. Ça ne me plaît pas de me retrouver au sol comme ça. Ça n'est pas possible de poursuivre le sport comme avant. **Ça me vexé trop de ne plus y arriver.** » **Danielle**

« Je faisais du vélo d'appartement, c'est bon pour tout, les muscles, le coeur...Mais je n'y arrive plus depuis un an... » **Solange**

**« Il y a des gens qui ont peur de se mettre au sol, ça les renvoie au fait qu'ils n'arriveront pas à se relever seul, et c'est impossible pour eux alors. »**

Christine, animatrice Siel Bleu



# B. Être le premier acteur de sa prévention et tout au long de la vie

**La prévention peut être un processus autonome plus ou moins conscient, qui se construit au fur et à mesure des étapes de vie d'une personne.**

Dès lors qu'un individu fait des recherches et s'informe par lui-même autour de sujets liés à son maintien en bonne santé, il contribue à préparer un environnement stable et sûr pour son vieillissement. Certaines personnes veilleront à leur état de santé avant même l'âge de retraite et débiteront ainsi un parcours de prévention avant tout signe de vieillissement marquant.

Ces gestes de prévention, incarnés au travers de pratiques quotidiennes et d'un certain mode de vie (alimentation, sport, relation aux médicaments, méditation, etc) sont transmis

entre proches, via des conseils donnés aux amis, aux aînés, aux enfants, qui impactent sur long terme leur mode de vie de façon positive. **Les personnes vieillissantes sont donc acteurs de leur propre prévention**, et pas uniquement des bénéficiaires passifs d'une prévention prescrite. **Ils sont aussi des passeurs de messages** : ils conseillent les autres (amis, proches, voisins...) sur ce que l'on a appris.

Ainsi **la prévention est directement dépendante de la situation sociale et individuelle des usagers**, c'est-à-dire de la façon dont ils choisissent individuellement de s'informer ou bien de la façon dont ils sont entourés ou non de proches qui les conseilleront et leur transmettront des informations bénéfiques à leur santé.

« On a branché une amie sur des médecines alternatives, des lectures...**ça l'a incitée à changer son alimentation** notamment. On mange bio, déjà quand les enfants étaient petits, on a toujours eu une alimentation équilibrée, on sait que ça a un impact direct sur notre santé. » **Odile P.**

La prévention autonome :  
s'informer par soi-même  
tout au long de sa vie

« On se renseigne, via des revues de santé, sur internet, à la radio... Sur France Inter on écoute cette émission "Grand bien vous fasse". C'est vrai que c'est plus Odile [son épouse] qui est moteur dans tout ça, **moi je profite de ce qu'elle apprend du coup.** »

**Patrick**

« C'est important de rester ouvert, on a toujours fait attention à ça. On s'intéresse à ce qu'il se passe, on échange. La relation à l'autre est importante. » **Odile L.**

# C. Les proches, un vecteur de prévention à part entière

La prévention peut également se faire par l'intermédiaire d'échanges d'informations et de conseils **avec des personnes intégrées à sa vie quotidienne** : une aide à domicile qui conseille une personne âgée, un spécialiste qui propose la mise en place de certaines actions bénéfiques à la santé de ses patients, un encadrant d'activité physique adaptée qui transmet des exercices à réaliser au quotidien... Ces canaux sont autant de formes de prévention possibles qui interviennent **dans des moments informels ou complémentaires à des parcours de santé qui ne sont pas directement liés au vieillissement.**

Bien que ces messages de prévention se trouvent alors éparpillés et qu'ils ne soient pas nécessairement perçus par les usagers comme de la prévention *stricto sensu*, ils bénéficient d'une **écoute plus attentive** car ils s'inscrivent davantage dans les quotidiens des usagers, et qu'il sont transmis par des **tiers de confiance.**

La prévention diffuse de proximité : recevoir des messages par les professionnels qui entourent l'utilisateur

« On n'a jamais reçu d'informations spécifiques pour Papa, mais lorsque mon mari a été opéré, aux séances de suivi de cardiologie il y a eu des **petits stages organisés avec la diététicienne de l'hôpital**. J'ai été invitée aussi et là on a compris plein d'éléments sur la nutrition, ça nous a permis d'apprendre à équilibrer les repas et je fais pareil pour Papa maintenant. »

**Marie-Christine, aidante**

Christiane expliquait ne jamais avoir reçu de prévention autour des sujets de nutrition, et pourtant, elle raconte :

**« C'est Brigitte, mon aide à domicile avec qui je fais les courses, qui m'aide à équilibrer les menus. On fait attention aux repas que je prends, je sais que je ne dois pas manger trop de flans caramels. »**

**Christiane**

# D. Le lien social, premier levier de prévention

Tous les usagers perçoivent les **contacts avec les autres** (famille, amis, voisins, praticiens, commerçants...) comme étant des événements positifs dans leur quotidien. Qu'il s'agisse de contacts intimes pouvant notamment leur apporter une aide ou une assistance, ou bien de contacts plus superficiels, de courtoisie, tous ont conscience de **la stimulation que ces échanges sociaux permettent**.

Les personnes rencontrés ont, par conséquent et pour la très grande majorité, fortement **subi l'isolement contraint de la crise de la COVID**. Cet épisode a contribué à **normaliser des liens sociaux distendus, irréguliers**, voire inexistants, et à installer dans le quotidien de certains une accoutumance à **la solitude, perçue comme une fatalité** allant de pair avec le vieillissement.

Ainsi, la corrélation entre la situation d'isolement et le ressenti de bonne santé des usagers est apparu clairement : la stimulation sociale force un déplacement, une activité physique induite par celui-ci, une attention portée à soi et à son apparence, une curiosité nécessaire aux discussions, la diversification de son alimentation, la capacité à garder un rythme plus soutenu dans une journée (être à l'heure, organiser son temps, concilier plusieurs contraintes...), etc. **Les activités sociales sont, en soi, des dispositifs de prévention**.

Ces moments sont par ailleurs souvent les lieux de prévention par les pairs ou par les proches, adressés de manière non descendante, au travers d'une activité qui procure du plaisir. C'est pourquoi les expériences sociales contribuent à informer et à ouvrir certaines portes de la prévention.

## Le basculement progressif dans l'isolement

Monique et son mari Paulin fréquentaient beaucoup d'amis au travers de la communauté malgache locale et recevaient beaucoup chez eux. Monique a cessé d'aller à la messe quand son état de santé s'est dégradé, de peur que ses connaissances ne la jugent. Paulin a lui aussi **progressivement cessé d'y aller**, étant naturellement plutôt entraîné par les activités de son épouse. Le lien qu'ils entretenaient avec leurs amis s'est alors dissipé et ils ne reçoivent aujourd'hui plus personne depuis longtemps.

« Je n'ai plus l'habitude d'aller dehors. »

**Paulin**

« On sortait beaucoup avant, mais depuis que Paulin ne peut plus conduire on ne sort pas. On reste à la maison. » **Monique**

## La COVID accélérateur de l'isolement

« **J'ai pris l'habitude avec la COVID de rester chez moi...** Avant on faisait du Scrabble les unes chez les autres, et j'allais au club de personnes âgées, mais là je joue au Triomino toute seule. » **Marie-Thérèse G**

« L'atelier de cuisine c'était le seul moment pour rencontrer des gens. Maintenant qu'il n'y a plus ça, il ne me reste plus que les moments avec les aides soignantes, quelques sorties rares. » **Christiane**

« Je faisais de la gym douce avant la COVID, mais je n'ai pas envie d'y retourner... » **Marie-Thérèse G**

« Avant je faisais du yoga, j'aimais bien, et ça permettait de voir du monde. **Mais j'ai arrêté à cause de la COVID** et je n'ai pas eu envie de reprendre parce que j'étais la seule femme âgée. » **Monique**

“ C'est-à-dire qu'à partir du moment où vous ne pouvez plus vous déplacer, il faut appeler un taxi à chaque fois que vous voulez sortir... C'est trop contraignant. ” **Claude**



Suzanne et Joséphine.

## Le pair-à-pair : être à l'écoute de ceux qui vivent les mêmes choses que nous

« C'est mon beau père qui tentait de convaincre mes parents parfois ; **le fait qu'ils aient le même âge** sans doute leur permettait d'accorder beaucoup plus de valeur que ce que moi je disais. Mon père me prenait pour une

adolescente insolente de 15 ans. Donc ce que je disais, il n'y accordait pas de valeur devant moi en tous cas. » **Jacqueline, ancienne aidante**

**« Mes amies ont plus confiance en moi qu'en leurs enfants parfois... Les enfants ils vont dire tout le temps "tu n'avais qu'à faire attention, je te l'avais dit"... Moi je ne leur donne pas de conseils, j'essaye juste d'être présente. »** **» Joséphine**

Odile est particulièrement active, son agenda hebdomadaire est rythmé de nombreuses activités dans lesquelles elle prend une part importante. Si elle nous partage une certaine fatigue par moment, elle est aussi consciente des bénéfices que cela apporte sur sa vivacité.

« Je participe aux moments de convivialité du club. Je suis parmi les responsables et alors j'aide à transporter les gens, je tiens les gens au courant, je m'occupe d'eux. J'essaye d'être à l'écoute, les gens qui ont des problèmes de mémoire notamment ça leur fait du bien. » **Jacqueline, ancienne aidante**

## Le contact quotidien : le lien social comme stimulateur

« **La première sécurité c'est les enfants.** Les gens nous le disent, c'est quand ils ont leurs enfants à côté et qu'ils les voient souvent qu'ils restent en forme » **André, bénévole téléassistance ADMR**

« Y'a toujours du monde chez moi, ils viennent prendre une tisane ou un café et y'a toujours

un petit gâteau de prévu ! » **Joséphine**

« Les petits garçons de mes voisins ils m'aiment bien, ils viennent me voir souvent ! Ça je suis vraiment bien entourée ! Mon cousin qui m'aide il me dit que ça le tranquillise de savoir que je m'entends si bien avec eux. » **Paulette**



# E. La confiance, condition de réussite de la prévention

**Se rendre régulièrement chez le médecin ou chez un spécialiste pour vérifier l'état de sa santé n'est pas un réflexe répandu** chez les usagers rencontrés, et mène progressivement à une **rupture dans le parcours de prise d'informations**.

Parce que se rendre chez le médecin est compliqué, parce que l'on a perdu confiance dans son médecin ou parce qu'on a vécu une expérience difficile avec un praticien (erreur médicale, manque de pédagogie, choc émotionnel...); différents facteurs poussent à un éloignement du suivi médical, par rejet conscient ou abandon progressif des démarches.

Les messages de prévention transmis par les praticiens ne sont alors plus reçus, ou reçus avec scepticisme, le lien de confiance étant rompu.

Ce manque de contact avec le monde médical mène aussi, bien entendu, à l'impossibilité de détecter à temps des débuts de pathologies ou de fragilités pouvant mener à une réelle dégradation de l'état de santé.

## Un suivi manqué : le point de rupture entre le patient et le praticien

« Je vais chez le médecin tous les 3 mois pour tout regarder. Mais c'est jamais le même docteur depuis un an, que des remplaçants... Oh et puis ça ne m'intéresse pas. J'avais dit au docteur que j'avais des problèmes de déséquilibre. Mais rien n'a été fait. » **Marie-Thérèse**

**G**

« Je pense qu'on peut être compétent et chaleureux. Je comprends qu'on soit débordé et qu'on veuille se préserver mais par rapport à des personnes âgées mais il y a quand même des limites. Quand on a rencontré la gériatre pour la première fois, ma mère était pleine de confiance, elle m'a dit "C'est la première fois que je vois un médecin qui me touche c'est formidable." **Jacqueline, ancienne aidante**

**« Je n'ai pas tellement confiance dans mon médecin, c'est une inquiétude latente. Mon médecin précédent je le connaissais depuis 25 ans, il voyait ma personne en entier. »**

**Odile L.**

## Une incompréhension de son suivi : alimenter le manque de confiance face à des informations mal comprises

« On m'a prescrit un traitement contre l'ostéoporose mais ça me fait peur, ça peut vite virer à l'infection si il y a un problème... Non ça me fait trop peur je ne le prend pas. » **Danielle**

« Ils sont cash au niveau du diagnostic. Je n'ai pas reçu d'information. C'est l'association derrière qui détaille tout. **Sur le coup quand on vous annonce ça on ne comprend rien.** »

**Françoise, aidante**

« J'ai essayé de supprimer mon traitement contre le cholestérol, j'avais peur de la surmédication. Je préfère me soigner avec de l'homéopathie, on a toujours fait ça » **Odile L.**



Atelier d'activité physique adaptée, animé par l'association Siel Bleu à Saint-Berthevin (53)





# La chute

Le sujet de la chute existe de différentes manières : chuter sans raison ou chuter à cause d'un élément extérieur ; chuter sans se faire mal ou chuter en se blessant voire en se blessant gravement ; chuter en se relevant ou chuter sans pouvoir se relever seul ; chuter en comprenant pourquoi ou chuter sans savoir expliquer ce qu'il s'est passé ; chuter en étant secouru rapidement ou chuter en restant seul au sol très longtemps...

**Ces différentes façons de chuter conditionnent la perception de la chute** : elle peut être banale ou choquante, anecdotique ou honteuse, dissimulée ou déclencheuse d'une réflexion, oubliée ou traumatisante.

**Le contexte de la chute et les conséquences qui s'ensuivent vont être déterminantes dans le parcours de la personne âgée** : soit la chute devient un signal de fragilité et va progressivement amener le chuteur à une démarche préventive, soit la chute n'est pas prise en compte et va petit à petit porter le chuteur dans un déni de ses fragilités.

Aucune des deux situations n'est irrémédiable : les usagers qui peuvent se trouver dans un premier temps dans une situation de déni, peuvent par la suite mesurer le danger de la chute et faire en sorte de les prévenir. En revanche, en rencontrant les usagers du panel de notre enquête, nous identifions clairement **un ensemble d'étapes de considération de la chute**, qui viennent former un ensemble d'éléments à mettre bout-à-bout pour comprendre systématiquement la relation qui existe et évolue entre l'utilisateur et la chute. Ces étapes sont détaillées dans ce chapitre.

Par ailleurs, **la chute n'existe pas seule mais en relation avec différentes perceptions du vieillissement et du parcours de vie au-delà de la retraite**. Dégradation de l'état de santé, apparent manque d'autonomie, choix du lieu de vie, équipement de son quotidien, intensité de la vie sociale... sont autant d'éléments qui viennent marquer une nouvelle étape dans la vie des personnes et déterminer par ailleurs la considération qui sera faite du sujet de la chute.

# A. Taire et minimiser la chute, premier réflexe à déconstruire

**Aucun usager rencontré n'a considéré la chute comme étant un risque ou un événement représentant un danger pour sa santé, avant d'y être confronté.** Si le potentiel de la chute est connu de certains, aucun ne se sent concerné avant de s'être trouvé au sol sans pouvoir se relever seul.

Une fois la première chute survenue, celle-ci n'est pas nécessairement considérée comme étant un élément déclencheur ou vecteur d'une prise de conscience. Au contraire, **elle déclenchera plutôt une phase de déni.**

Ainsi, la considération de la chute se fait donc en **trois étapes**. Tout d'abord **le rejet**, en minimisant les preuves et les dangers identifiés, pour se prémunir de la fatalité de ce risque. Une fois que celui-ci est considéré,

souvent suite à plusieurs chutes successives et des preuves de danger alors plus évidentes, **la peur** apparaît, faisant de la chute un déclencheur concret d'aggravation de l'état de santé et d'une forte diminution de l'autonomie. Cette peur **entraîne fatalement le choix d'une diminution de l'activité physique** et des sorties pour éviter de se confronter au risque de chute, sans mesurer les possibles conséquences d'un tel repli sur soi, voire d'un assignement à domicile que s'imposent les usagers eux-mêmes.

Une fois cette seconde étape passée, la personne fait face à une **grande incompréhension** des raisons de sa chute, et à un **désarroi** très fort face à son état de santé objectivement dégradé, sans qu'il n'ait pu anticiper cette dégradation.

## Le déni :

« **Les petites chutes je ne les compte pas...**  
Du moment que je ne me casse rien ! »

**Marie-Thérèse G.**

« Je ne suis jamais tombée non ! Y'a bien la fois où j'ai glissé puis j'ai pas réussi à me relever mais je ne me suis pas blessée donc ça va. **Oh je ne suis pas allée chez le médecin après cette petite chute non, si il fallait toujours tout dire !** » **Paulette**

« Je n'y pense pas dans la journée. Je suis beaucoup tombée, dans la salle de bain, les escaliers... Je me suis fait de gros bleus... Je n'en parle pas à mon médecin, non pas besoin, une fois que c'est passé, c'est passé, je ne me fais pas mal. » **Colette**

« **Moins je pense à ça, mieux ça vaut. Pas trop envie qu'on m'en parle régulièrement.** »

**Danielle**

## La peur :

« Faut éviter de tomber. Juste après le décès de mon mari, j'avais souvent mes nièces à la maison, et elles me disaient "surtout évite de tomber, surtout évite de tomber", et à force de me dire tout le temps ça... Moi j'y pensais pas avant, **maintenant je suis dans la crainte**, faut pas nous dire des choses comme ça. » **Paulette**

« **J'ai peur de tomber... Alors je préfère ne pas trop bouger, c'est plus prudent.** Mais c'est dans la tête. Mon mari n'a pas peur de tomber lui alors il marche. » **Monique**

« Je suis tombée violemment dans le bus, c'était un gros accident. Ça a fait un bazar pas possible...La honte... **Alors maintenant je ne veux plus prendre le bus.** Fatalement je sors moins parce que dans mon quartier y'a rien à faire... » **Nicole**

« **Si je tombe ça sera la fin.** » **Zehira** est très inquiète des problèmes de santé qui pourraient suivre une nouvelle chute, une fragilité dans sa colonne vertébrale pouvant entraîner une paralysie.





Le désarroi :

*« Je suis restée une  
heure assise par  
terre comme ça à ne  
pas pouvoir me re-  
lever. Je rouspétais !  
**Je pensais que si je  
tombais j'arriverais  
à me relever, plus  
jeune on tombait  
et on se relevait ! »***

**Paulette**

*« Comment je suis tombée ? Je ne sais pas...  
**Je me suis retrouvée par terre comme ça...**  
C'est dingue comme on peut devenir... »*

**Suzanne**

## B. Adapter son logement n'est pas encore un réflexe

Les personnes que nous avons rencontrés vivent à leur domicile individuel, en dehors de tout environnement médicalisé. **Rester chez soi est en effet une option privilégiée**, permettant de conserver le plus longtemps possible une forme d'autonomie en restant maître du choix de son lieu de vie, en conservant ses repères, son statut social et ses relations de proximité. Choisir de rester chez soi, c'est choisir d'aménager son logement pour éviter la maison de retraite.

En effet, l'alternative au maintien à domicile reste dans la grande majorité des cas **la maison de retraite, une perspective très peu désirable** pour les personnes rencontrées, qui la perçoivent comme étant le synonyme d'un repli sur soi, d'une situation de non-retour absolu.

**Afin d'éviter cette option qui apparaît donc comme étant la pire, les usagers font de nombreux efforts** visant à adapter leur domicile ou à choisir un domicile mieux adapté à leur état de santé pour que celui-ci n'entraîne pas de chute dangereuse. Cet enseignement est à relier directement à celui de la peur de

la chute dans le chapitre précédent "la peur : craindre de tomber car craindre ce qui va suivre".

Cependant, **il est extrêmement rare que les usagers procèdent à ce type d'aménagement de façon préventive**. En effet, tant que les déplacements et les mouvements dans son domicile se font bien, aucun aménagement spécifique n'est envisagé. Cela intervient lorsque de premières fragilités se font ressentir uniquement, même si le projet est évoqué bien plus tôt au cours de la vie des usagers.

Il est à noter par ailleurs que les usagers rencontrés qui seraient prêts à aller en maison de retraite, **ne peuvent pas aujourd'hui assumer financièrement cette option** et font alors de leur mieux pour mettre en place un maximum de solutions leur permettant de rester chez eux, le domicile étant alors leur seul lieu de vie possible. Ces usagers sont souvent atteints d'un ensemble de pathologies plutôt lourdes et ne sont plus autonomes chez eux, ce qui les amène à accepter l'idée de l'établissement médicalisé.

## L'aménagement pour la sécurité :

**Paulette** est consciente que **les quelques marches qui vont de son salon à sa chambre représentent un danger pour elle**. Son cousin, qui s'occupe d'elle quotidiennement, a contacté un entrepreneur pour faire installer une plateforme électrique qui lui permettrait de changer de niveau sans prendre l'escalier.

*« On avait fait mettre les toilettes plus hautes avant que mon mari ne tombe malade, on s'était dit qu'en vieillissant ça serait bien. Et puis la douche aussi, y'a pas de marche et un siège. Tout le monde me dit que je suis moderne, y'a bien des personnes âgées qui n'ont pas ça ! » **Paulette***

*« Les portes de la maison ne sont pas faites pour le fauteuil roulant. »*

**Marie-Christine, aidante**

*« Je me tiens à mes meubles, et puis quand y'a pas de meubles, j'ai fait installer des barres, comme ça je me tiens tout le temps. Et quand y'a pas de barres, j'ai mes cannes. » **Paulette***

*« On a fait refaire la douche, installer des rampes partout chez nous. À l'extérieur on avait quatre petites marches, on a fait mettre une rampe pour pouvoir passer en fauteuil. » **Françoise***

*« J'ai pu faire installer du matériel dans ma douche par le bailleur ! » **Nicole***

## Ne pas percevoir le risque, l'envie de ne rien changer

*« Une amie a fait mettre sa chambre au rez-de-chaussée parce que ses enfants le lui ont demandé...Ça m'a paru dingue ! Je suis sûre qu'on a plutôt intérêt à conserver sa chambre à l'étage et à monter l'escalier tous les jours, que c'est vecteur de jeunesse ! » **Odile P.***

*« Les volets à la main au moins ça fait les bras ! On ne va pas passer au tout électrique au contraire. » **Patrick***



Odile

## Le refus catégorique de la maison de retraite :

« La maison de retraite ça sera vraiment quand on ne pourra plus du tout s'occuper de papa... Avec sa petite retraite et la nôtre il n'aura pas les moyens d'aller dans une maison un peu chic... On appelait ça des mouroirs pour mes grands-mères, je n'ai pas envie de voir papa dans cet état là. » **Marie-Christine, aidante**

« La maison de retraite c'est pas mon fort... faudrait vraiment qu'il se passe quelque chose de terrible... Je préfère avoir de l'aide chez moi et rester chez moi. » **Paulette**

« Mon fils m'a suggéré qu'on mette mon mari en maison, mais je lui ai dit on ne place pas les gens comme ça, y'a des années que je suis avec son père je ne vais pas faire ça... C'est une décision très lourde à prendre... **Et puis nos retraites ne suffiraient pas**, ce qui veut dire qu'il faudrait que je vende la maison. » **Françoise**

« Quand on est en maison de retraite, il n'y a pas deux sortes de vieilles... Elles sont toutes au même niveau maintenant. Parfois quand elles rentrent elles sont très bien, et puis après... elles deviennent toutes pareilles. **En six mois elles vieillissent de 7 ou 8 ans.** » **Joséphine**

« **Je préfère mourir chez moi à petit feu que d'aller en maison de retraite. Je n'ai pas envie.** » **Nicole**

## LE CONTRE-EXEMPLE :

**Le contre exemple :** Odile et son mari ont déjà choisi leur maison de retraite pour ne pas être sur liste d'attente quand le moment sera venu. Cette perspective est bien vécue par Odile et son mari qui mesurent les bénéfices potentiels d'être pris en charge dans un établissement. Bien qu'il soit ressenti préférable de l'éviter, le fait de pouvoir choisir soi-même son établissement selon ses goûts et ses envies, permet de grandement faciliter l'acceptation de cette étape si elle devient une nécessité.

# C. Repousser l'aide matérielle pour nier ses vulnérabilités

Face au risque de chute dans un environnement où l'utilisateur vit seul ou sans assistance permanente, et se déplace seul dans son domicile ou autour de son domicile, la **nécessité d'être assisté par un dispositif anti-chute apparaît rapidement** : une canne ou un déambulateur pour se retenir et éviter la chute, se stabiliser et faciliter la marche, et ainsi maintenir un niveau de mouvement et d'activité physique bénéfique à la santé de l'utilisateur.

**Mais accepter d'utiliser un tel dispositif, c'est accepter d'être sujet à la chute.** Comme vu précédemment (section 2A), le processus d'acceptation de la chute comme étant un risque bien réel est une succession d'étapes complexes, dans lesquelles l'utilisateur doit reconnaître ses fragilités et les accepter pour mieux les anticiper.

Par ailleurs, le fait de s'équiper d'une canne s'appuie bien entendu sur ses étapes d'acceptation, mais vient également demander à l'utilisateur d'afficher sa fragilité. En effet, utiliser

une canne ou un déambulateur, c'est montrer que l'on a du mal à se déplacer, et que l'on a donc besoin d'aide. Ainsi, **accepter du matériel anti-chute ou tout autre dispositif de soutien ou d'aide, c'est assumer publiquement et intimement ses fragilités liées au vieillissement.**

La plupart des usagers ont du mal à passer cette étape d'acceptation particulièrement forte, qui acte le fait qu'ils ne peuvent plus être pleinement autonomes, étant donné qu'ils ont besoin d'un objet pour les soutenir, les aider. Si cela ne fait pas partie de leur mission *stricto sensu*, ces moments sont en revanche extrêmement appréciés des usagers et de leurs aidants, qui voient alors dans cette relation un naturel et une sincérité plus saine, permettant d'autant plus de faire accepter l'aide reçue (voir section 4A). La dimension sociale du rôle de l'aide à domicile est ainsi fondamentale dans l'accompagnement quotidien de la personne âgée.

## Le refus des dispositifs d'aide :

**Paulin** porte des appareils auditifs, qu'il oublie parfois de mettre. Paulin porte également un dentier et des semelles orthopédiques qu'il ne met que si son aide à domicile ou ses enfants lui rappellent de les porter. Paulin n'utilise pas sa canne. "J'ai des appareils auditifs, un dentier, et une canne, et un bracelet de téléassistance. Je n'utilise pas tout ça moi !" Quand nous avons rencontré Paulin, il ne portait que son appareil auditif.

*« Je n'utilise pas ma canne... Je la laisse dans la voiture, je sais où elle est ! »*

**Marie-Thérèse G**

*« J'avais une seule béquille au début, maintenant deux... Je ne peux pas faire un pas sans ça. Bon, c'est comme le reste, on s'habitue. »* **Suzanne**

*« Je ne me vois pas avec une canne. »*

**Danielle**

## Le manque d'ergonomie et de praticité des dispositifs :

*« J'ai des chaussons spéciaux qui ne glissent pas. Mais je ne les mets pas trop parce que ça prend trop de temps à mettre les scratchs, et avec mes mains qui sont raides je n'y arrive pas. »* **Zehira**

*« J'ai deux déambulateurs, mais celui de la sécurité sociale est trop lourd je préfère l'autre, que j'ai acheté par téléphone. Je me déplace tout le temps avec et je ne suis plus jamais tombée depuis que je l'ai. »* **Solange**





Transformer son intérieur pour se sécuriser : ici, chez Paulette.



3

# La télé- assistance

Une fois le risque de chute considéré, la **téléassistance apparaît rapidement comme étant un dispositif venant répondre au besoin de prévenir les risques de chute**. Mais savoir que la téléassistance existe et choisir de s'en équiper sont deux étapes bien distinctes chez l'ensemble des usagers rencontrés.

S'équiper de téléassistance nécessite en effet de passer par un ensemble de phases d'acceptation de son vieillissement, du sujet de la chute, du fait d'être aidé, et du fait de voir son environnement de vie évoluer. Ces phases sont très interdépendantes les unes des autres et vont progressivement amener l'utilisateur à s'équiper ou non de téléassistance, dans un réel parcours d'acceptation du dispositif. **Ce parcours doit pouvoir constituer un véritable projet de vie** permettant un sentiment de confort et de sécurité, et doit être soutenu par un ensemble d'éléments connexes à une prise de décision.

**L'environnement de l'utilisateur va jouer un rôle particulièrement déterminant dans**

**cette décision**. La confiance accordée dans l'interlocuteur, la perception des proches sur le dispositif, la façon dont cela peut influencer la relation entre l'utilisateur et ses proches, sont autant d'éléments qui vont progressivement influencer le parcours psychologique d'acceptation de la téléassistance chez l'utilisateur, et déclencher ou non son désir de s'en équiper.

Enfin, l'appropriation du dispositif s'appuiera largement sur le contexte de vie de l'utilisateur et le potentiel accompagnement dont il bénéficiera pour utiliser au mieux le dispositif, combiné à son cheminement personnel vers l'acceptation de sa situation de vieillissement et de ses fragilités.

Au croisement des besoins médicaux (motricité, équilibre, ...), des réactions mentales et émotionnelles (rejet, désirabilité, acceptation, ...), l'équipement en téléassistance et son usage nécessitent un alignement de plusieurs paramètres complexes, explorés dans cette partie.

# A. Pas d'appropriation de la TLA sans acceptation de l'aide

Les usagers que nous avons rencontrés savent tous ce qu'est la téléassistance, soit pour en avoir déjà entendu parlé, soit pour en être eux mêmes équipés. En revanche, **connaître l'existence de la téléassistance ne déclenche pas immédiatement l'idée d'y avoir recours** : pour vouloir s'équiper, il faut d'abord se considérer comme en ayant besoin. Le fait de ne pas avoir recours à la téléassistance ne réside donc pas nécessairement sur la méconnaissance du dispositif.

**Le choix de recourir à la téléassistance dépend de deux processus d'acceptation : accepter de se sentir concerné par le risque de chute, et accepter d'être aidé et équipé** de dispositifs aidants. L'aboutissement de ces processus d'acceptation coïncide rarement avec la démarche préventive, c'est-à-dire que l'acceptation avant la chute, au moment où les premières fragilités apparaissent, est rare. Les personnes se trouvent régulièrement dans un paradoxe très fort d'avoir besoin de téléassistance, mais de refuser de s'en équiper, n'ayant pas accepté leur perte d'autonomie.

## Le rejet du dispositif :

« J'ai entendu parler de téléassistance, mais comme je peux me déplacer seule je n'en ai pas besoin. Mais si ça se dégrade peut-être que j'en prendrai une. » **Christiane**

« Je ne voulais pas reprendre la téléassistance de ma femme au début, je ne me sentais pas mal, je pensais que je n'en n'avais pas besoin. » **Albert**

« J'ai été démarchée par des vendeurs de téléassistance mais **je ne me sens pas concernée**. À chaque fois que je fais les carreaux et que je monte sur un escabeau, je me dis que ça va être la dernière fois...et puis en fait non ! » **Joséphine**

« Je n'en n'avais pas envie et je n'en voyais pas l'utilité. Et puis c'est un bracelet ou un médaillon... Non c'est vraiment moche. Ah le médaillon surtout pas non » **Danielle**

## Le rejet du dispositif :

« **Le bracelet je n'en veux pas ! Si je tombe on me retrouvera par terre et puis voilà c'est tout ! Je voudrais avoir quelque chose de beaucoup plus discret, je peux porter des bijoux légers, sinon ça fait mal à la nuque ça étouffe. Et puis je voudrais pouvoir choisir la couleur.** » **Nicole**

## B. Les événements de vie obligent le recours aux aides matérielles

Si s'équiper de téléassistance nécessite d'accepter et de reconnaître ses fragilités, **cette prise de conscience intervient quasi systématiquement suite à un événement marquant** : un accident, un décès, un changement de situation familiale...

L'accident, qu'il s'agisse d'une chute ou non, conduit généralement à une hospitalisation qui vient mettre l'utilisateur face à ses fragilités. Soit cet accident vient largement diminuer son autonomie et ses capacités physiques, soit il vient mettre en évidence le danger de la chute. Ces deux facteurs, souvent cumulés, font réaliser à la personne que son maintien à domicile dépend de sa bonne santé, et donc de l'intérêt de ne pas revivre un accident brutal à nouveau, **sous peine de se voir refuser le retour à son domicile**, si les conséquences d'un futur accident venaient à diminuer trop fortement son autonomie de l'utilisateur.

Ce principe de réalisation se produit également face à un **changement de situation au sein du domicile** : le décès du conjoint ou sa progressive incapacité à assumer une posture aidante pour son partenaire mettent l'utilisateur face à la nécessité de recevoir de l'aide extérieure.

Ces différentes formes de constatation de la nécessité d'être aidé sont **soutenues par les proches aidants des usagers**, qui, dans une posture de recherche de solutions, vont rapidement proposer le principe de téléassistance à leurs parents (ou grands parents), afin de leur permettre de rester à domicile tout en ayant les moyens de signaler un besoin d'assistance plus facilement, sans avoir à faire face seul à un accident grave.

## L'accident :

*« Au début Papa n'en voulait pas. Maman l'avait mais quand elle est décédée il n'a pas voulu le reprendre pour lui. Puis quand il a chuté et qu'il est resté au sol plus de deux heures tout seul, là il a compris que c'était nécessaire. »* **Marie-Christine, aidante**

*« Je suis tombée dans mon jardin et je me suis cassée le col du fémur. Il était 20h, j'ai crié mais personne ne m'entendait, j'ai cru que j'allais passer la nuit dans le jardin. Je ne pensais qu'à une chose c'était à me relever. J'ai tellement essayé de me relever sans cesse que je me suis abîmée le coude. J'ai subi un vrai traumatisme. Et en plus maintenant je ne peux plus faire tout ce que je faisais avant. Évidemment quand on m'a parlé de téléassistance j'en ai vu l'utilité. »*  
**Danielle**

*« Mon mari ne peut pas rester seul à la maison sans surveillance. J'ai donc voulu qu'on s'équipe rapidement. Avec la téléassistance je peux recommencer à sortir un peu à nouveau, ça nous rassure. »* **Françoise, aidante**

## Les enfants :

*« Ma fille m'a encouragée, elle travaille déjà avec les personnes âgées, et puis je connaissais déjà Monsieur Guerillon (bénévole ADMR téléassistance. Donc j'ai accepté de prendre la téléassistance pour ma fille, pour qu'elle se sente en sécurité. »*  
**Marie-Thérèse G**

*« Ça nous rassure. On a une petite résidence secondaire en Bretagne, et en saison on part 8 jours par mois. Avec la TLA, je sais que si il y a un souci je suis tout de suite au courant.. »* **Marie-Christine, aidante**

*« C'est ma fille qui a poussé pour que je prenne la téléassistance. »* **Colette**

*« C'est des amis qui en ont parlé à ma fille, leurs parents avaient la téléassistance et donc ils se sont dit que ça serait bien pour moi. Pour moi c'est comme si j'avais rien, ça n'est pas gênant, et puis c'est rassurant pour ma fille. »* **Albert**





## L'insécurité :

*« J'ai bien compris qu'il fallait que je m'équipe en téléassistance. C'était ça ou ne pas rester chez moi. »* **Monique P.**

*« Les filles qui viennent à domicile elles me le disent bien, il ne faut pas tomber. Si tu tombes tu vas à l'hôpital et après tu ne rentres pas dans ta maison. Au moins avec la téléassistance je peux essayer d'éviter l'hôpital. »* **Paulette**

*« J'ai vu une publicité à la télévision. J'ai compris que c'était pour les personnes comme moi, qui sont seules chez elles et qui ont besoin de sécurité. J'ai appelé et ils sont venu installer, tout ça m'a paru évident. »*

**Nicole** est la seule usagère que nous ayons rencontré qui a fait la démarche seule. Il est à noter que Nicole n'a pas du tout de famille et a souscrit à une offre de télésurveillance, ce qui rend son cas particulier.

## L'isolement :

*« Après le décès de mon mari, je n'ai pas été contre quand la dame de la mutuelle m'a parlé de téléassistance ! Elle m'a dit même quand on est jeune on peut tomber alors vous qui êtes seule depuis le décès de votre mari, c'est plus prudent. »* **Paulette**

*« Si elle [son épouse] tombait il faudrait que je l'entende pour pouvoir appeler les secours...*

*Mais j'entends très mal... Donc la téléassistance c'était une bonne idée. »*

**Claude**

*« Un médecin m'avait parlé de la téléassistance avant, mais quand on vit à deux ça n'est pas très utile... Je pouvais aider mon mari ou prévenir quelqu'un si lui il tombait. Maintenant que je suis seule, c'est bien de l'avoir. »* **Monique**

*« Ça me rassure. Ça a remplacé mon mari qui n'était plus là. Ce que je veux dire c'est que si j'ai un problème, je sais qui appeler. »* **Nicole**

# C. Les proches, des acteurs clés dans le recours à la TLA

Une fois la nécessité de s'équiper de téléassistance acceptée, **le passage à l'action, c'est-à-dire le fait de s'abonner concrètement, doit s'appuyer sur de nouvelles ressources.** Cette fois-ci, le passage à l'action n'est pas soutenu par une réflexion personnelle ou un processus de représentation de la téléassistance, mais plutôt par les acteurs qui le conseillent ou le prescrivent.

**La notion de confiance est ici la clef du passage à l'action** : si les usagers accordent de la confiance à l'interlocuteur qui leur parle de téléassistance et peut les accompagner à s'en équiper, alors ils se laisseront porter, convaincus des bénéfices de l'équipement. Ainsi, **les acteurs intermédiaires entre l'opérateur de téléassistance et l'utilisateur jouent un rôle clef** dans le passage à l'action et dans le processus d'abonnement, en en faisant une étape rassurante.

### L'acteur public :

*« Le fait de souscrire à la téléassistance en passant par le CCAS ça met en confiance. Je sais qu'il en existe des moins chers mais ça met en confiance, ils ont quand même le code de la porte d'entrée c'est pas anodin... »*

**Marie-Christine, aidante**

*« On a été au département, on a été très très bien renseigné. C'est eux qui nous ont parlé de téléassistance, et qui nous ont conseillé pour l'escalier électrique aussi. »* **Claude**

*« Pour avoir des informations sur la téléassistance j'ai appelé le Conseil Départemental qui m'a orienté vers la mairie, puis les services d'ergonomes. C'est un réflexe maintenant de se tourner vers la mairie, vers les services aux seniors, pour avoir des informations. Le fait que mes beaux-parents sortent moins a aussi vraiment centralisé leur prise en charge en quelques sortes, et fait de la mairie un interlocuteur de taille depuis une dizaine d'année. »*

**Monika, aidante**

### L'acteur associatif :

*« Je connaissais déjà l'ADMR pour l'aide ménagère. J'ai appris à l'hôpital qu'ils proposaient aussi de la téléassistance et sur Laval en plus ! Je ne savais pas, c'est une dame là-bas qui me l'a dit. J'ai tout de suite téléphoné en rentrant chez moi. C'est très bien et en plus les prix sont très bas. La mutuelle et la banque ils ne m'ont parlé de rien. Mais c'est bien comme ça au moins c'est moi qui ai choisi ! »* **Suzanne**

### La connaissance :

*« Je connaissais déjà Monsieur Guerillou [bénévole ADMR téléassistance], il est né dans mon village ! Alors quand j'ai choisi de m'équiper en téléassistance, je lui ai téléphoné. Il m'a présenté tout ce qui existait, et puis il est venu même avant l'installation pour m'expliquer, ils ne font pas ça normalement ! »* **Marie-Thérèse G**



## LE MÉDECIN

« Il connaît tout mon parcours médical. Il a 75 ans ! J'ai confiance en lui. Donc il m'a dit que la téléassistance c'était une bonne idée, ça m'a confortée. » **Suzanne**

### UNE SITUATION PARTICULIÈRE : LA MISE SOUS TUTELLE CONDITIONNE LE PARCOURS DE SANTÉ

Un point spécifique est apparu lors de notre rencontre avec Christiane, qui est sous tutelle. **Le rôle du tuteur est déterminant dans le parcours de prévention et de soin de l'utilisateur.** En effet, c'est lui qui prendra *in fine* la décision d'un recours ou non à un dispositif de téléassistance, puisqu'il s'agit d'un acte administratif de souscription, qui doit obligatoirement passer par le tuteur.

Or, cette souscription est l'aboutissement d'un long parcours : sensibilisation, information, acceptation, etc. **Le tuteur n'est pas associé à ce parcours**, celui-ci se composant d'étapes informelles et de rencontres avec des acteurs médico-sociaux durant lesquelles le tuteur n'est pas présent.

Comment permettre alors aux personnes sous tutelle de pouvoir bénéficier de l'aide du tuteur et de sa vision sur la situation, sans se baser uniquement sur le parcours administratif lié à la souscription à la téléassistance ?

# D. Le parcours d'abonnement aux services de téléassistance, un parcours sans obstacle

Une fois la décision prise de s'équiper de téléassistance, il apparaît que, contrairement à une idée reçue face à la quantité d'offres disponibles, **le processus de souscription se fait facilement, sans grande difficulté ou sans obstacle majeur**. En effet, le futur bénéficiaire étant, dans la grande majorité des cas, accompagné par un acteur social ou un proche, les démarches administratives sont encadrées et réalisées sans encombres particulières.

Par ailleurs, le choix face à la diversité de l'offre se fait également facilement, **les bénéficiaires et leurs proches se focalisent essentiellement sur ce qui est proposé par l'acteur de confiance de leur choix**.

Une fois la décision d'abonnement prise, le facteur prix ne semble pas jouer en défaveur de la souscription finale.

## La fluidité du parcours

*« Pour faire tous les papiers d'abonnement ça s'est super bien passé ! Le bénévole de l'ADMR a été super. Tout a l'air d'être bien suivi ! »* **Suzanne**

*Aucun usager que nous ayons rencontré n'a soulevé de difficulté quant au processus d'abonnement.*

## L'accessibilité financière :

*« C'est pris en charge en partie. Je ne sais pas combien ça coûte mais ça doit aller puisque mon fils s'est dit que j'aurais les moyens de payer ! »* **Colette**

*« Je crois que c'est autour d'une trentaine d'euros par mois, il faudrait que je vérifie. Mais je trouve ça correct. »* **Marie-Christine, aidante**

*« Je ne sais plus exactement le tarif de l'abonnement, 35€ par mois il me semble, mais il y a une partie couverte par ma mutuelle. Et puis ça les vaut, pour la sécurité que ça apporte. »* **Monique**



# E. La simple souscription est en soi un facteur de ré-assurance

**La téléassistance, une fois installée chez le bénéficiaire, constitue un élément de réassurance fort pour l'utilisateur.** Souscrire à la téléassistance est une action positive, synonyme d'une attention portée à sa santé, et d'une responsabilisation des bénéficiaires, qui acceptent un dispositif nouveau dans leur environnement.

Que celui-ci ait pleinement saisi les modalités d'utilisation de ce dispositif ou non, il semble que la prise en charge que le service de téléassistance incarne soit suffisante pour **générer un sentiment de sécurité fort chez**

**l'utilisateur.** Le fait de pouvoir éventuellement contacter de l'aide rapidement, vient directement répondre à un besoin de sécurisation et ainsi satisfaire les usagers. Ce gain de confiance pourrait contribuer à davantage de dynamisme chez les bénéficiaires, et à **la reprise de certaines activités chez soi dans un contexte plus sécurisé, alors en faveur d'une réduction du risque de chute.**

## Le sentiment de sécurité

« J'ai un petit porte-clef avec moi, et quand j'appuie dessus ça appelle la police, la voisine, et un proche. Je le porte autant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Mon mari était gendarme, j'ai toujours vécu en sécurité. Maintenant qu'il n'est plus là, **c'est ça qui me protège**. Je pense que ça dissuade les gens de voir que j'ai ça avec moi, et qu'il y a l'alarme chez moi. »

Il est à noter que **Nicole** a souscrit à un dispositif de télésurveillance, répondant à tous types d'appels et pas nécessairement à une alerte de chute. Être équipée de ce dispositif lui permet de poursuivre des activités qu'elle n'oserait pas faire sans, de peur d'être en danger sans pouvoir contacter de l'aide.

## Le contact humain :

« Les services de téléassistance m'ont appelé la semaine dernière pour faire un test. Ils m'ont demandé comment ça allait. **Au moins ça montre qu'ils s'occupent de moi.** »

« L'autre fois j'ai appelé sans faire exprès et ça a drôlement bien marché ! Ils ont répondu en deux minutes ! » **Suzanne**

« Y'a des essais une fois par mois, on me demande si tout va bien et j'appuie sur le bouton d'alarme, c'est bien. **Ça me rassure**. Quand je vais dans ma famille je ne le porte pas parce que je suis entourée. Alors je préviens les services de téléassistance, et je suis libre de m'en servir quand je veux. »

**Colette**

« J'ai glissé dans ma chambre, je suis allée jusqu'au lit et impossible de me relever ! J'étais sur les fesses pourtant. Alors j'ai appuyé sur le bouton d'alarme, ils m'ont demandé ce qu'il se passait, ils ont appelé mon cousin et il est venu me relever. »

**Paulette**

« Je m'étais sentie mal une fois après le vaccin, alors j'ai appuyé sur mon porte-clef, et ils ont appelé les secours qui sont venus ensuite. » **Nicole**

# F. La souscription n'est pas synonyme de bonne compréhension du dispositif

Le fait que l'abonnement soit géré par un tiers génère une forme de passivité de la part des bénéficiaires, qui apprécient d'être accompagnés mais n'ont pas, en conséquence, toutes les informations qui leur permettraient de pleinement se saisir du service de téléassistance. **L'incertitude planante autour de ses fonctionnalités peut conduire à une posture de méconnaissance qu'ils acceptent, quitte à ne pas bien utiliser ou à ne pas utiliser le dispositif.**

Les bénéficiaires se posent peu de questions sur le fonctionnement concret du dispositif, ou occultent d'éventuels doutes et questionnements en continuant de s'appuyer sur la confiance accordée à la personne qui les a accompagnés dans la souscription.

Enfin, **le flou entretenu autour du dispositif se normalise et ne permet pas une appropriation complète** de celui-ci, générant des mésusages au long terme, voire installant progressivement une posture de doute et de remise en question de l'efficacité du dispositif. Dans certains cas, les expériences connexes (déclenchement involontaire, test de fonctionnement) à la cohabitation avec la téléassistance peuvent même pousser certains usagers à en oublier les bénéfices et à rejeter le dispositif, considéré alors comme une gêne.

## Les incompréhensions sur les fonctionnalités

« J'explique aux gens que peu importe le nombre d'appels vers leur téléassisteuse, ils paient la même chose ! Avant, avec le téléphone on payait à la communication, mais maintenant que ça passe par internet c'est fini ça ! » **André**

« On n'a reçu aucune info... par exemple je ne savais pas qu'on pouvait le mettre sous la douche. On ne sait jamais si ça marche ou pas en fait, on ne sait même pas si il y a encore des piles dans le bracelet ! »

**Marie-Christine, aidante**

« Je ne sais pas moi si il y a encore des piles par exemple... Comment je fais pour savoir ? Je sais pas trop comment faire si j'ai une question... » **Albert**

« Y'a la photo des filles qui répondent dans le dossier de ma téléassistance. Mais elles sont où toutes ces personnes en fait ? »

**Suzanne**

« Je ne sais pas qui on a quand on appelle... Du personnel du département peut-être ? À partir du moment où on n'en n'a pas l'utilité on a du mal à savoir quels sont les avantages ou les inconvénients... » **Claude**

« Je ne sais pas qui j'ai au bout du fil si j'appelle... Je ne connais pas les gens... Est-ce que c'est des gens formés pour ça ? Je ne sais pas... »

**Monique P.**

## Le dysfonctionnement

« Une fois le dispositif s'est déclenché pendant que j'étais sur le parking en bas de chez moi. Comme personne ne leur a répondu, les pompiers sont venus et ils ont cassé ma fenêtre ! Vous vous rendez compte ! » **Zehira**

« Ah c'est très désagréable quand on le déclenche sans faire exprès, ça crie dans tous les sens ! »



## Les més-appropriations :

« Je l'enlève dans la douche oui, sinon je ne me lave pas bien. » **Marie-Thérèse G.**

« **La nuit j'enlève le collier, je le mets sur la table de nuit, je ne veux pas dormir avec parce que sinon je pourrais appuyer dessus sans m'en rendre compte. Donc je ne l'ai pas quand je vais aux toilettes la nuit du coup.** » **Paulette**

## Le manque d'ergonomie :

« *Et je fais comment si j'ai la main prise ? Si je suis tombée sur ma main ? Je ne peux plus activer le bouton...* » **Danielle**

« J'en ai vu tellement des mamies équipées de téléassistance, le soir je les laissais, et le matin **je les retrouvais elles étaient tombées à plat et alors là c'est impossible d'appeler.** » **Joséphine**

## La peur de déranger :

« Quand je fais mon lit je butte dans le bracelet alors ça les appelle... Je leur dis que c'est une erreur mais **ça m'embête de les déranger pour rien...** » **Marie-Thérèse G.**

« *J'ai des angoisses nocturnes. Mais j'essaye de me débrouiller toute seule. Je ne vais pas appeler pour ça.* »

**Danielle**

« Ils m'ont dit que je pouvais appeler tous les 7 jours pour vérifier si ça marche mais bon moi je n'ose pas. On n'a pas été habitué comme ça nous, à réclamer. » **Suzanne**

« Je crains de déclencher un appel inopiné, j'ai peur de m'accrocher. Quand on est valide il n'y a pas de problème mais **quand on n'est très peu valide comme moi, on s'accroche partout** alors j'ai peur de déclencher sans le vouloir... » **Solange**

« Je préfère appeler uniquement si je tombe ! Comme ça, si j'appelle, alors ils savent que c'est parce que je suis tombée et que c'est urgent, que ça n'est pas juste pour papoter. » **Colette**

## G. Malgré la souscription, un non-usage massif

Chez les usagers bénéficiaires de téléassistance que nous avons rencontrés, **une scène se répète très largement : dès lors que nous demandons aux usagers de nous montrer leur dispositif porté de téléassistance, ils se lèvent pour aller le chercher, puisqu'ils ne le portent pas sur eux.**

Cela dénote bien entendu un problème majeur : si le dispositif n'est pas porté, alors il ne peut pas servir. Les usagers semblent cependant ne pas directement faire le lien entre ces deux éléments, étant persuadés qu'en cas de force majeure, ils pourront de toute façon atteindre le bouton, en rampant après la chute. Or, les récits de chute montrent en général l'impossibilité de se mouvoir après s'être trouvés au sol.

Cette pratique de ne pas porter le bouton sur soi se trouve déclenchée par un **rejet esthétique de l'objet, ou bien un rejet symbolique** : porter un bouton d'alarme, c'est afficher sa fragilité face à la chute et sa dépendance à une aide extérieure (voir section 2C).

Par ailleurs, le dispositif de téléassistance, bien que rassurant, reste un dispositif extérieur à son environnement quotidien et familial, et peut alors être mal approprié (voir section 3F). **Ce sentiment d'étrangeté peut conduire à la non-utilisation du dispositif : l'utilisateur ne se rappelle même pas qu'il est équipé, ou ne pense pas, dans l'urgence de la situation, à l'utiliser.** Le contact avec un proche familial restera le réflexe de base (appeler un enfant, un voisin...), relayant le dispositif de téléassistance au second plan.

## Le rejet esthétique :

« Le bracelet moi je n'en veux pas, si je tombe on me retrouvera par terre et puis c'est tout ! **Je voudrais un objet beaucoup plus discret : une chaîne, une médaille.** » **Nicole**

« Quand j'ai vu que Marie-Thérèse avait une montre j'ai demandé la même, parce que bon le bracelet ou le collier quand même c'est pas terrible... » **Monique P.**

## Le non port de l'objet :

« **J'oublie de porter le bracelet quand je sors de la maison...** mais au final j'ai mon portable à ce moment-là. » **Danielle**

« Je n'ai pas pris l'habitude de porter le bracelet... **Je ne sais pas où il est...** Il est je crois là où je suis tombée la dernière fois, pas loin. Mais j'imagine qu'il suffit qu'on ne l'ait pas pour tomber... » **Solange**

« Comme on ne se sert pas du service on envisage d'arrêter l'abonnement. **De toute façon si je ne porte pas mon bouton j'ai le téléphone...** » **Claude**

**Paulin** ne se souvient pas qu'il possède un bracelet de téléassistance. Il ne le porte donc jamais. Paulin ne peut pas être en mesure d'utiliser le dispositif de téléassistance de façon autonome.

## La préférence pour les proches :

« **Si j'ai un problème j'appelle ma fille d'abord. La téléassistance oui mais après ma fille.** » **Danielle**

« Si je me sens mal j'appelle un proche oui, je ne déclenche pas ma téléassistance. J'ai bien vu les pompiers ils mettent des heures à arriver, t'as bien le temps de passer de l'autre côté. » **Suzanne**

« **J'en ai vu beaucoup ne pas s'en servir, elles tombaient et elles n'avaient jamais eu l'idée d'appeler !** Ça ne leur venait simplement même pas à l'esprit. » **Joséphine**

« Si je ne me sens pas bien, j'appelle ma fille. » **Danielle**





« C'est ma fille qui m'a poussée pour que je prenne la téléassistance. » Colette



4

# L'aide et les aidants

**La diminution du niveau d'autonomie des personnes âgées implique nécessairement une aide extérieure**, qui peut prendre forme de différentes façons.

Qu'il s'agisse d'une aide prodiguée par un organisme d'aide à domicile ou bien d'une aide venant d'un proche, il s'agit à nouveau d'une étape particulière dans la vie de la personne âgée. Se faire aider, recevoir un support dans la réalisation de gestes quotidiens, devoir s'appuyer sur les ressources d'un autre pour pouvoir répondre à ses besoins, c'est accepter une évolution de son niveau d'autonomie et y faire face quotidiennement.

**Ce passage de relais réside également dans une grande confiance apportée en l'aidant, qu'il soit professionnel ou soit un proche intime**, en laissant un tiers entrer dans sa vie et prendre en charge plusieurs éléments de celle-ci. Qu'il s'agisse d'un accompagnement lié à la santé (soin, hygiène, suivi médical, prise de repas, ...), de l'entretien de son domicile (ménage, courses, préparation de repas...) mais aussi du suivi administratif que cela implique (demande d'aide financière, suivi des dossiers, impôts, ...), l'aide apportée peut être plus ou moins forte mais nécessitera une forme de passation de l'aidé à l'aidant.

# A. Devenir aidant, un long processus

Comme décrit précédemment (section 2C), le fait de recevoir de l'aide à domicile nécessite pour le bénéficiaire de passer une étape d'acceptation. Se faire aider, c'est reconnaître ses fragilités et le fait de ne plus pouvoir être pleinement autonome. Mais **c'est également accepter de se faire aider par une personne que l'on ne connaît pas, et qui va subitement entrer dans son intimité.**

Ainsi, **le processus d'acceptation de l'aide à domicile se fait souvent via le proche aidant,** qui aide son parent ou son proche à voir les bénéfices du dispositif.

## Le processus d'acceptation

« Elle est sortie de l'hôpital après trois mois et est retournée à la maison avec pour obligation d'avoir de l'aide à domicile pour les soins, le ménage... **Il a fallu que la gériatre la menace de ne pas la laisser sortir si elle n'acceptait pas de se faire aider à domicile par un professionnel.** » **Jacqueline, ancienne aidante**

« Normalement elle devait avoir quelqu'un qui venait la faire marcher une fois par jour et elle a réussi à faire en sorte que la personne ne vienne que 2 fois par semaine en manipulant son monde et en déformant les paroles de son médecin, sans le dire à ses enfants. **Et on ne peut pas faire autrement parce que c'est sa volonté à elle.** » **Jacqueline, ancienne aidante**

« Mes parents étaient instituteurs et ils étaient beaucoup dans le « on dit aux autres ce qu'il faut faire et on ne le fait pas nous-mêmes ». Une stature de savoir et d'enseigner, et de ne pas être un élève. » **Jacqueline, ancienne aidante**

« Avant c'était les enfants qui s'occupaient des parents. Moi jamais j'aurais pu dire que je n'avais pas le temps de m'occuper de mes parents parce que j'avais un travail. » **Zehira**

## Le processus d'acceptation

« **Faut accepter le fait d'avoir du monde chez soi [les aides à domiciles], qui ne viennent pas à heure fixe, et qui viennent transformer un quotidien. Même si c'est pour nous aider évidemment, ça peut faire bizarre au début.** » **Françoise, aidante**

## B. L'aidant, premier acteur de l'accompagnement et de la prévention

L'aide à domicile vient prendre le relais des proches aidants pour permettre aux personnes âgées de rester vivre chez elles, dans de bonnes conditions de santé et d'hygiène. En effet, soit l'aide nécessaire devient trop importante et ne peut plus être fournie par les proches aidants, soit la personne âgée n'est pas entourée de membres de sa famille ou d'amis à proximité qui pourraient l'aider au quotidien.

Au-delà de sa mission de soins, **l'aide à domicile permet, tout comme un proche, de procurer au bénéficiaire un sentiment de sécurité et de familiarité lorsqu'il reçoit une visite.** La simple présence d'une tierce personne dans son domicile peut lui procurer un sentiment de sécurité, et lui permettre d'effectuer des tâches qu'il ne peut plus réaliser en étant seul, de peur de chuter ou de se blesser sans surveillance.

La présence d'une aide à domicile offre à l'aidé une opportunité d'autonomie sur certaines tâches. L'aide à domicile permet en effet de combler certaines difficultés et obstacles rencontrés par les aidés, sans pour autant que ceux-ci ne soient mis dans une posture d'assistés : la marge d'autonomie encore disponible est considérée comme étant une opportunité stimulante pour l'utilisateur.

**L'aide à domicile se trouve par ailleurs être un relais pour formuler un diagnostic sur l'état de fragilité de la personne âgée,** grâce à sa proximité quotidienne avec la personne. L'évolution de l'état de santé et l'apparition de fragilités se détectent dans un rapport régulier, quotidien ou hebdomadaire, en apportant une attention fine aux usages et aux gestes du quotidien. Dans la très grande majorité des cas, **la posture de l'aide à domicile vient donc compléter l'attention que les proches aidants peuvent porter à leur parent ou proche,** en apportant un regard professionnel et extérieur à l'entourage proche.

**Les aides à domicile prêtent par ailleurs une attention aux bénéficiaires qui va au-delà du soin :** en prenant le temps de discuter, de jouer, d'échanger, de créer des moments de sociabilité avec les personnes âgées qu'elles entourent. Si cela ne fait pas partie de leur mission *stricto sensu*, ces moments sont en revanche extrêmement appréciés des usagers et de leurs aidants, qui voient alors dans cette relation un naturel et une sincérité plus saine, permettant d'autant plus de faire accepter l'aide reçue (voir section 4a). La dimension sociale du rôle de l'aide à domicile est ainsi fondamentale dans l'accompagnement quotidien de la personne âgée.

## Le gain de sécurité pour rester actif

« Quand l'aide ménagère est là, j'en profite pour prendre ma douche. Comme ça si jamais je glisse par exemple, elle peut m'aider, mais en attendant je prends ma douche moi-même. » **Colette**

« Moi j'aime la cuisine Algérienne, j'ai ma façon de faire. Alors les filles me coupent les légumes, elles épluchent, parce qu'avec mes mains je n'y arrive plus, mais **par contre après c'est moi qui cuisine.** » **Zehira**

« Je le laisse faire la vaisselle, parce qu'il aime bien ça ! Je mets tout dans l'évier et c'est lui qui s'en occupe, ça lui plaît, alors je ne vais pas le faire à sa place. » **L'aide à domicile de Paulin et Monique**

« Mon tuteur et mon infirmière m'ont beaucoup parlé des aides à domicile pour les courses et le ménage, j'ai quelqu'un maintenant pour ça. Moi je suis ravie que quelqu'un fasse ça pour moi ! Mais **on va faire les courses ensemble comme ça je choisis ce que je mange et je sors un peu.** » **Christiane**

## Le diagnostic

« On avait une aide ménagère qui venait une fois par semaine, et Maman était tellement fatiguée qu'on lui a demandé de l'aider pour sa toilette également. **Alors c'est là qu'elle a vu que maman n'arrivait plus à marcher du tout...** Du coup elle en a parlé à ses collègues dans les bureaux du CCAS directement et c'est comme ça qu'on a réussi à obtenir une aide quotidienne pour les soins et les repas. »

**Marie-Christine, aidante**

## Une mission facultative

« Elles ne sont pas payées pour faire la discussion. Il y en a qui le font mais elles ne sont pas censées le faire. Une fois je me suis faite reprendre comme ça en demandant si c'était possible d'avoir plus d'heures pour augmenter le temps de présence, et **on m'a dit qu'elles n'étaient pas là pour faire une présence, mais là pour effectuer des actes techniques auxquels elles sont formées.** » **Monika**





Les repas de Monique et Paulin sont cuisinés par la cousine de Monique et servis par l'aide à domicile, mais Monique et Paulin mangent seuls.

## Le relais des proches

« **Je suis là pour prendre le relais des aides à domicile.** J'essaye de passer quand elles ne sont pas là, comme ça il y a toujours du monde. » **Monika, aidante**

« Je fais moi-même ces ECBU [examen des urines], je me médicalise avec le temps. J'ai la chance que les aides soignantes qui interviennent chez nous soient comme ça, qu'**elles m'expliquent comment faire.** Hier encore elle m'a expliqué le verticalisateur à nouveau, je me suis entraînée, ça n'a pas trop mal fonctionné. On discute, si je peux leur rendre service je le fais, sans trop en faire, c'est leur métier. »

**Françoise**

« Je mets toujours un fruit et un yaourt en dessert à Papa. Alors parfois un des deux est oublié... Alors je mets des gros "plus" en rouge sur les menus pour les filles, mais il faudrait qu'on ait plus de temps pour se parler.

Cette semaine par exemple **il y a cinq aides à domicile différentes qui viennent à la maison, c'est compliqué de faire le suivi.** »

**Marie-Christine, aidante**

« J'ai cette chance d'avoir des supers aides soignantes, d'avoir de super ergothérapeutes qui ont mis beaucoup de choses en place. Elles font régulièrement des formations, ça apporte plein de nouvelles pratiques, **ça enrichit beaucoup l'aide, on a de nouvelles méthodes, de nouvelles solutions.** » **Françoise**

## La stimulation sociale

« L'aide à domicile s'est attachée à Paulin et Monique. **Parfois ils en ont une autre qui ne leur parle pas trop, et ça ils n'aiment pas ils nous le disent.** » **Monika, aidante**

« **Parfois je joue un peu avec l'aide ménagère. Je préfère qu'elle ne fasse pas les carreaux mais qu'on ait le temps de faire un petit jeu de société vous voyez. Vingt minutes comme ça, ça me fait plaisir.** » **Colette**

# C. Devenir aidant, un apprentissage solitaire

Être aidant est une mission complexe dans le sens où il n'existe pas une seule façon de procurer de l'aide à ses proches : chaque situation de santé, chaque situation individuelle mènera à des formes particulières d'accompagnement. Ainsi, **le rôle de l'aidant n'est pas délimité et ne permet pas aux personnes concernées de se préparer, d'anticiper, d'organiser leur vie personnelle en fonction de ce rôle de façon claire et prédéfinie.**

C'est dans ce flou que se construit progressivement le rôle de l'aidant, ce qui ne facilite pas par la suite son cheminement au travers de toutes les étapes d'accompagnement de son proche.

## La diversité des missions

« **On ne se prépare pas à être aidant**, je ne sais pas pourquoi, on ne se dit pas que ça va arriver si tôt. » **Monika, aidante**

« **Le terme aidant n'est pas vraiment suffisant...** parce qu'on aide quand quelqu'un nous demande de l'aide, mais là, personne ne formule de demande d'aide. C'est plus une nécessité. » **Monika, aidante**

« C'est difficile de s'arrêter à la moitié ; si vous achetez le déambulateur vous ne vous arrêtez pas là, **un truc en amène un autre tout le temps.** Ça se fait naturellement de poursuivre. » **Monika, aidante**

## La charge quotidienne

« **S'occuper de deux générations à la fois, mes enfants et mes beaux-parents, ça c'était pas prévu.** » **Monika, aidante**

## La culpabilité

« Pour la demande d'APA, il fallait prouver la dégradation de leur état, donc on a été faire un bilan gériatrique avec gériatre, ergonome, nutritionniste et infirmière.

C'est là qu'a été diagnostiqué chez mes deux beaux-parents un état de dénutrition sévère. **On a ressenti un immense sentiment de culpabilité** parce qu'on était persuadés qu'ils mangeaient bien et qu'ils étaient en forme. » **Monika, aidante**

« **Moi je ne peux pas sortir toute seule avec lui ça n'est plus possible, je n'ai pas la force de le tenir si il perd l'équilibre. Donc Papa ne sort pas vraiment...** » **Marie-Christine, aidante**



## La charge quotidienne

« Si je n'aidais pas du tout mon mari dans le soutien de ses parents, alors je ne le verrai presque pas, vu comme c'est prenant. »

**Monika, aidante**

« Je n'arrive pas à être partout... »

**Marie-Christine, aidante**

« *L'année prochaine notre fils va repartir en voyage, donc nous n'aurons personne pour prendre le relais si on part en week-end* »

**Marie-Christine, aidante**

« Ça dépend du tempérament de la personne, moi je suis plutôt une battante, **mais il faut tout penser, tout anticiper, tout chronométrer, faut penser à la personne qui est malade avant de penser à son loisir.** C'est une charge qui est lourde. » **Françoise, aidante**

« Mes beaux-parents se sont occupés des enfants quand ils étaient petits, ils les gardaient la moitié de la semaine, jusqu'à ce qu'ils aillent à l'école. Donc c'est peut-être un dû finalement...je ne sais pas. » **Jacqueline, ancienne aidante**

« *C'est contraignant mais je le fais de bon cœur, c'est de mon père dont il s'agit.* »

**Marie-Christine, aidante**

## D. La difficile acceptation du rôle d'aidant

Pour une personne âgée, le fait qu'un de ses proches devienne son aidant est une nouvelle étape de vie à accepter. S'il s'agit à nouveau de reconnaître ses faiblesses pour pouvoir accepter de recevoir de l'aide, **la difficulté pour une personne âgée face à son aidant réside en particulier dans le fait de devoir assumer, face à une personne proche, ses difficultés et son manque d'autonomie.** C'est accepter d'en parler, de dévoiler son intimité, de se laisser accompagner.

Pour une personne qui devient aidant, il s'agit également d'un grand bouleversement : on doit s'occuper d'une personne qui elle-même nous a précédemment aidé, montré l'exemple, voire éduqué, soigné, durant des années. **Le renversement de situation peut parfois être très douloureux à vivre des deux côtés, aussi bien pour l'aidant que pour l'aidé, qui doivent chacun s'accommoder de cette nouvelle posture avec difficulté.**

## L'aidant face aux fragilités d'un proche

« Je n'acceptais pas du tout que ma mère ne suive pas sa feuille de route médicale, et parfois j'étais vraiment dans la colère, parce que je savais que j'allais encore une fois ramasser derrière. **Je les voyais glisser vers le bas petit à petit, et les problèmes arriver.** J'ai eu l'occasion d'en parler avec mon mari, je me disais **mais comment aurais-je pu faire ?** Est-ce que j'aurais dû les laisser faire et les accompagner vers leur mort sans essayer de les sauver ? »

« **Quand j'ai dû ramasser ma mère, faire sa toilette, ça a été dur pour moi, parce que je n'avais pas l'habitude de voir ma mère aussi abandonnée.** Tout à coup elle lâchait tout... C'était peut-être pour ça que j'étais en colère, moi je ne voulais pas qu'elle soit comme ça, je ne me voyais pas du tout dans le rôle de la fille qui vient prendre soin de ses parents. »  
**Jacqueline, ancienne aidante**

## L'aidant face à la responsabilité des choix

« **Je suis toute seule donc je dois décider moi-même de l'avenir de papa.** » **Marie-Christine, aidante**

« Avec ses frères et sœurs, mon mari doit tenir des conseils de famille pour savoir quel va être le devenir de ses parents. » **Jacqueline, ancienne aidante**

« J'ai été chez un dentiste vraiment très bien qui pourrait aider mon beau-père avec ses dents, ça serait vraiment mieux pour lui mais c'est loin de chez nous, et c'est 8 rendez-vous. Je ne peux pas assurer ça ça demanderait trop de temps, donc on ne va pas faire ces soins... C'est très dur de faire ce genre de choix... »  
**Monika, aidante**

## La confrontation aidé / aidant

« Ma mère acceptait que mon père s'occupe d'elle, mais elle a mis du temps à accepter mon aide. **J'aurais aimé que mes parents m'aident à les aider.** Je voulais pas forcément qu'ils soient tout le temps au top, mais je n'acceptais pas qu'ils n'acceptent pas que je les aide à bien passer leur âge. Si je leur proposais d'aller prendre une balade, il fallait que je m'agenouille devant eux pour les supplier. Je suis

allée à la maison des seniors, il y avait plein d'activités, des sorties, des jeux de sociétés, des discussions, des repas, du tricot, ... tout ce qu'on voulait. Je les ai inscrits à leur insu, je me suis faite engueuler... Je les ai entraînés là bas pour aller voir les locaux, mais **ils ont estimé que je les avait entourloupés, et ils n'ont jamais donné suite.** » **Jacqueline, ancienne aidante**



# E. L'aidant, pivot d'une prévention globale de l'autonomie

En tant qu'aidant, suivre attentivement l'évolution de la situation de son proche aidé n'est pas une tâche facile. Ce suivi s'appuie en effet sur une forte sollicitation de l'aidant, afin que celui-ci coordonne l'ensemble des actions à mener pour veiller à la bonne santé de son proche, de la prise d'un médicament au dossier de demande d'APA, en passant par l'organisation de rendez-vous médicaux.

En effet, le soutien apporté par l'aidant ne se limite pas seulement à une présence et une attention portée au bien être, mais consiste plutôt en **une véritable prise de relais de la vie médicale et administrative de l'aidé.**

**L'importance de cette tâche n'est en revanche pas ou peu soutenue ni encadrée par les institutions de santé ou de vie administratives**, ce qui conduit progressivement l'aidant dans un parcours se complexifiant avec le temps : le nombre de démarches et d'acteurs augmente généralement face à la dégradation des situations de santé des proches aidés.

Ainsi, les aidants seront souvent plus à la recherche d'un soutien leur permettant de mieux anticiper ces situations et de mieux gérer le suivi, qu'à la recherche d'un soutien psychologique.

## La complexité du parcours d'aidant :

« Ce qu'il faut faire pour aider ses proches c'est un champ tellement vaste ! On ne peut jamais se dire que ça y est, on a tout bien fait... Il n'y a pas de to-do list à terminer.. » **Monika, aidante**

*« J'ai pas de cahier où je note tout... Tout est dans ma tête, c'est une charge mentale, la fameuse. »* **Monika, aidante**

« Je n'ai pas reçu de sensibilisation. »  
**Marie-Christine, aidante**

## Le besoin de conseils :

« Je fais une formation pour les aidants, on se rend compte qu'on est pas tout seul, ça fait du bien, sinon on est isolé quand même ! »

« Je suis allée sur Facebook et j'arrive à échanger avec des gens qui sont dans mon cas. On partage nos expériences, on partage ce qu'il se passe, et ça nous aide à accepter, à mieux vivre les choses en diminuant notre inquiétude. » **Françoise, aidante**

« Je n'ai pas besoin d'un groupe de parole, aujourd'hui on a plus besoin de conseils techniques et pratiques que de parler... »  
**Monika, aidante**

## La complexité du suivi administratif :

*« Mon mari a pris sa matinée pour faire le tri dans tous les papiers et voir comment est-ce qu'on pourrait financer plus de temps d'aide. »*

« Ce qui est compliqué c'est que administrativement les parents [= les aidés] sont les employeurs, mais ils sont incapables de rentrer les heures effectuées sur internet par exemple, donc il faudrait qu'on le fasse pour eux, c'est encore une démarche supplémentaire. »

**Monika, aidante**



	JEUDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DOMINIQUE
PETIT DEJ.	1 bol de chocolat + 3 tartines grillées - beurre -						
DEJEUNER	potage porc au cresson dessert + fruit	potage porc au cresson dessert + fruit	potage poisson fraisets vert dessert + fruit	potage filet de poulet petite pomme dessert + fruit	potage d'umon d'escote vert dessert + fruit		
DINER	potage bœuf pomme de terre dessert + fruit	potage bœuf pomme de terre dessert + fruit	potage de hôte de magasin dessert + fruit	potage 1/2 litre de magasin dessert + fruit	potage filet de poulet petite pomme dessert + fruit		

MEDICAMENTS - PAPA : seulement le matin

REPAS	
POTAGE	midi et soir : 1 LOUCHE
PLATS	partager les parts en deux
DESSERTS	CRÈME OU YAOURT PLUS FRUIT OU COMPOTE



LAVAJ

Plan de semaine du 24/09/2022 au 30/09/2022 (Plan. Prévisionnel)

Date	Intervenant	Type d'intervention	Heure
<b>LUNDI 26/09/22</b>			
00h30 à 00h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
12h40 à 13h10	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
18h30 à 18h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
<b>MARDI 27/09/22</b>			
08h45 à 09h15	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
12h30 à 13h00	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
18h00 à 18h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
<b>MERCREDI 28/09/22</b>			
09h15 à 09h45	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
12h00 à 12h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
14h20 à 15h20	Marie-Christine	Aide à domicile	01h00
18h00 à 18h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
<b>JEUDI 29/09/22</b>			
08h35 à 09h05	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
12h30 à 13h00	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
18h00 à 18h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
<b>VENDREDI 30/09/22</b>			
08h35 à 09h05	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
12h05 à 12h35	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30
18h00 à 18h30	Marie-Christine	Aide à domicile	00h30

Total heures de visites : 00h30



Sur le frigo d'Albert, sa fille Marie-Christine affiche le menu de la semaine pour les aides à domicile, et le planning des visites pour que son père puisse savoir qui va venir chaque jour et à quelle heure .

## La complexité du suivi médical :

« La famille nage dans les conseils médicaux en tout genre. Il faut suivre ce qu'il se passe entre les médecins, les spécialistes... C'est une prise en charge en étoile, c'est très difficile à suivre pour les aidants. Rien ne concorde, il faut faire le lien soi-même. » **Monika, aidante**

« Il y avait tellement de médicaments qu'il fallait prendre des médicaments pour enlever les effets d'un autre médicament, et faire en sorte que tout soit en équilibre. Certains médecins étaient parfois très inadéquats. L'urologue par exemple donnait des conseils inappropriés sans lui donner de repère, sans lui donner de consignes. Il lui fallait des directives à ma mère, sinon elle était capable de elle, lui dicter ce qu'il avait à faire. Il y a beaucoup de moments où je ne me suis pas sentie soutenue. Aucune coordination entre les médecins, c'était impossible de suivre quasiment. Ma mère avait fait du nomadisme médical : à part le médecin généraliste, elle n'était suivie par personne en particulier. Elle allait chez un spécialiste, puis chez un autre, puis chez un autre... On ne sait pas à quelle porte taper, on a l'impression d'arriver comme un cheveu sur la soupe. La gériatre nous expliquait les choses, elle comprenait de notre situation, alors que les autres médecins ne voulaient même pas nous parler. On n'est pas juste bon à ramasser des morceaux. » **Jacqueline, ancienne aidante**

## La reconnaissance du statut aidant :

« Je ne suis ni leur fille ni leur tuteur, je n'ai aucun statut vis à vis d'eux, je ne peux même pas signer un papier, pourtant c'est moi qui m'occupe d'eux aussi. »  
« En tant que libéral je ne sais pas si je peux avoir droit à du temps avec une forme de compensation, comme chez un employeur. » **Monika, aidante**

# Conclusions

- **Le vieillissement est un parcours composé d'étapes d'acceptation se succédant** différemment en fonction de l'environnement de vie des usagers (contexte familial, social et géographique) : chaque personne a un parcours d'acceptation unique.
- **La perception du vieillissement que construit chaque personne détermine sa propension à être acteur de son propre vieillissement** (considérer, s'informer, accepter, agir en souscrivant à des dispositifs), et sa capacité à être réceptif aux messages de prévention (recevoir une information, comprendre, accepter une aide, un dispositif).
- **Le passage à l'action doit être systématiquement accompagné**, grâce à des relais de proximité facilement identifiables, disponibles, familiers, dignes de confiance.
- **Les dispositifs d'accompagnement** dédiés tels que la téléassistance, l'aide à domicile, les dispositifs d'aide à la mobilité, **ne peuvent être bien utilisés que si ils sont acceptés en amont par l'utilisateur**, au travers des processus d'acceptation et de passage à l'action décrits ci-dessus.

- **L'équipement de ces dispositifs et leur acceptation** comme un élément positif dans le parcours de vie, **contribuent à rassurer l'utilisateur** et l'encouragent à maintenir un niveau d'activité bénéfique.
- **Pour prévenir les risques du vieillissement, il faut accompagner l'effort de projection dans de nouvelles situations.** Cette projection est indispensable à l'action d'anticipation, au travers de scénarii rendus désirables et faisant partie d'un projet de vie global, d'horizons positifs et de lien social.
- **Le lien social est la pierre angulaire de la démarche de prévention** comme continuité d'un parcours de vie : échanger avec son entourage, se renseigner à plusieurs, monter des projets avec ses proches, s'appuyer sur les conseils d'acteurs locaux disponibles et accessibles... **La prévention la plus efficace est la relation.**



Claude ne porte pas son médaillon

HIGHLANDS  
- WILD SPIRIT







# Annexe : Portraits des usagers rencontrés



## Christiane, 62 ans

Christiane est sous tutelle.

À part sa soeur qu'elle voit une fois par semaine, elle n'a pas de famille ni d'amis autour d'elle.

Christiane chute régulièrement car elle est sujette aux vertiges. Les chutes deviennent normales dans son quotidien.

## LIEU DE VIE



Dans un appartement au 4ème étage en milieu urbain. Christiane est célibataire.

Accès aux commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Myopie : voit mal d'un œil
- Problèmes intestinaux, hypercholestérolémie, dépression et chutes de tension
- Accident au genou gauche dans le passé, difficulté à pratiquer une activité physique

## QUOTIDIEN



Les courses, avec une aide

Oui  Non

La cuisine, surtout des plats préparés

Oui  Non

→ Passe-temps : La marche, 1 heure tous les jours

## AIDE À DOMICILE



- Son tuteur vient 1 fois par mois pour : le dossier retraite, les besoins d'argent et de vêtements, et les papiers.
- Une aide à domicile vient chaque lundi (ménage) et jeudi (courses).
- Se rend chez le médecin 1 fois par mois.
- Le semainier est rempli par l'infirmière.



## Colette, 80 ans

Colette n'a pas envie d'aller en maison de retraite.

Elle ne vit pourtant qu'au premier étage de sa maison et ne peut plus ni se rendre au rez-de-chaussée ni dans son jardin.

Colette a beaucoup chuté. Cela ne l'inquiète plus, elle s'est habituée à ce que cela se produise. Ses chutes n'ont jamais déclenché de blessures graves et elle n'en tient donc plus compte.

## LIEU DE VIE



- Maison dans un village, pièces de vie à l'étage.
- Colette est veuve depuis 19 ans.

Les commerces :  
« Je n'y vais plus »

Proche  Loin

Épicerie de quartier, boulangerie, bureau de tabac, presse

## ÉTAT DE SANTÉ



- Beaucoup de médicaments, un semainier fabriqué et préparé par sa fille dans une boîte de jeu de société, pour ne rien oublier.
- Trouble de l'équilibre depuis plusieurs années, tombe énormément.
- Sort avec une canne et l'aide de ses enfants, ne sort pas sinon.

## QUOTIDIEN



Les courses : son fils les lui fait.

Oui  Non

Cuisine son repas du midi, ses enfants apportent le reste.

Oui  Non

- Passe-temps : télé, téléphone avec sa soeur jumelle et sa famille. « Avant, tous les matins j'allais prendre le café chez la voisine...mais là je ne peux plus. »

## AIDE À DOMICILE



- Sa famille lui téléphone trois fois par jour pour s'assurer qu'elle va bien.
- Son fils la visite tous les jours.
- Femme de ménage : Colette profite de sa venue pour prendre sa douche.
- Visite de sa voisine au moins une fois par jour. « Elle va bientôt déménager dans le sud... Je ne sais pas comment je vais faire... »



## Danielle, 76 ans

Danielle est une sportive de nature. Depuis sa chute et les problèmes de santé qui ont suivis, elle se trouve très limitée dans ses activités et le vit très mal. Danielle reste active et en recherche de mouvement. Danielle est

tombée dans son jardin et s'est brisée le col du fémur. Elle est restée seule longtemps, le soir, sans que personne n'entende ses appels au secours. Cette expérience constitue un moment très traumatisant pour elle.

## LIEU DE VIE



→ Dans une maison dans un village, avec son chat. Petit jardin qu'elle entretient elle-même.

→ Danielle est veuve depuis plusieurs années.

Les commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Conduit régulièrement, bonne condition physique.

→ Hypercholestérolémie

→ Angoisses nocturnes

## QUOTIDIEN



Les courses : « Je me tiens au caddie »

Oui  Non

Cuisine seule, alimentation équilibrée

Oui  Non

→ Passe-temps : tarot 1 fois/semaine avec ses amis chez elle, marche rapide, aquagym tous les lundis matin.  
→ Membre de l'association des familles en deuil.

## AIDE À DOMICILE



→ Aide ménagère 1h30 une fois par semaine





## Joséphine, 89 ans

Joséphine s'occupe de ses amies : elle va les voir en maison de retraite, elle est même parfois sur les listes de contacts pour la téléassistance. Joséphine a beaucoup voyagé depuis l'âge de la retraite et est très active.

Joséphine n'a jamais fait de chute grave ; elle raconte une chute dans son jardin mais sur une zone particulièrement pentue sur laquelle elle bricolait. Une chute que des personnes jeunes et alertes auraient aussi pu faire.

## LIEU DE VIE



- Dans une maison de plain pied en milieu urbain, avec un jardin.
- Joséphine est veuve depuis une vingtaine d'années.

Accès aux commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Excellente santé générale
- Allergie au soleil « Je ne peux plus m'exposer. »
- Aucun traitement médical, pratique l'acupuncture, voit régulièrement un magnétiseur, « Je me soigne à base de plantes. »

## QUOTIDIEN



Fait ses courses seule.

Oui  Non

La cuisine

Oui  Non

- Passe-temps : visites de proches, réception de ses amis, randonnée

## AIDE À DOMICILE



- Aucune aide.



## Marie-Thérèse G., 88 ans

Marie-Thérèse vit dans une maison neuve, qu'elle a choisi car elle est de plain-pied. Elle a donc quitté sa maison en 2010, réalisant qu'elle n'était plus adaptée à ses capacités physiques.

Marie-Thérèse a déjà chuté mais jamais sans suites compliquées. Elle a choisi de s'équiper de téléassistance sur les conseils de sa fille.

## LIEU DE VIE



- Dans une maison de plain pied en milieu rural depuis fin 2011. « J'ai déménagé pour avoir une maison faite pour moi. »
- Marie-Thérèse est veuve depuis plusieurs années.

Les commerces, surtout accessibles en voiture.

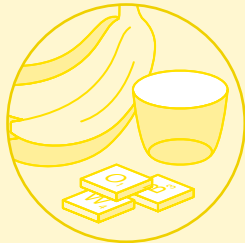
Proche   Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Suivi médical complexe : « Je me rends chez le médecin tous les 3 mois depuis 1 an pour un check complet, mais c'est toujours un médecin différent. »
- Prend quelques médicaments. Tombe assez fréquemment.
- Circule en voiture, même pour 1km.

## QUOTIDIEN



Fait elle-même ses courses quotidiennes. « Mon fils m'emmène quand je dois aller plus loin. »

Oui  Non

Cuisine seule.

Oui  Non

- « Avant je jouais au Scrabble avec des amis, depuis la COVID je joue au Triomino toute seule. »

## AIDE À DOMICILE



- Sa fille est en Loire-Atlantique et lui rend visite régulièrement.
- Auxiliaire de vie à son compte pour le ménage



## Marie-Thérèse B., 92 ans

Marie-Thérèse a tenu un café pendant 35 ans. Elle connaît bien les habitants de son village et entretient de bonnes relations avec eux.

Une de ses filles lui rend visite très régulièrement.

Marie-Thérèse a déjà chuté dans son jardin et s'est brisée le col du fémur. Elle est depuis extrêmement vigilante.

Marie-Thérèse est équipée de téléassistance.

## LIEU DE VIE



→ Dans la même maison depuis 1987, avec un escalier dès l'entrée et les pièces de vie à l'étage, une cave, un jardin. « Je prends l'escalier 3 ou 4 fois par jour. »

→ Marie-Thérèse est veuve.

→ **Les commerces** : « Je vais à la pharmacie depuis que j'ai un déambulateur. »

Proche



Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Utilise un déambulateur

→ Traitements : calcium, médicament pour les intestins, anti-douleurs

## QUOTIDIEN



« Les petites courses je les fais seule. »

Oui



Non

Cuisine seule.

Oui



Non

→ Passe-temps : rencontrer des amis, jeux de société, jardinage

## AIDE À DOMICILE



→ Visite de sa fille toutes les semaines qui vit à 30 min.

→ Femme de ménage toutes les semaines

→ De l'aide pour la douche le vendredi



## Monique, 92 ans

Monique est active et entretient de bonnes relations avec ses voisins. Ses enfants et leurs conjoints s'occupent beaucoup d'elle et lui rendent très régulièrement visite.

Monique a déjà chuté. Elle est équipée de téléassistance.

## LIEU DE VIE



- Dans le même village que Marie-Thérèse B., une maison de plain pied avec jardin en milieu rural.
- Marie-Thérèse est veuve depuis 5 ans.
- « Mon fils m'a réservé une place à la maison de retraite, au cas-où ».

Les commerces :  
« C'est juste à côté. »

Proche   Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Se déplace 2-3 fois par semaine à pied à l'extérieur. Se rend tous les jours dans son jardin.
- Utilise une canne uniquement dehors. Opération du coeur
- Masque pour respirer la nuit

## QUOTIDIEN



Fait ses courses : « Même les grosses courses. ! »

Oui  Non

Cuisine seule.

Oui  Non

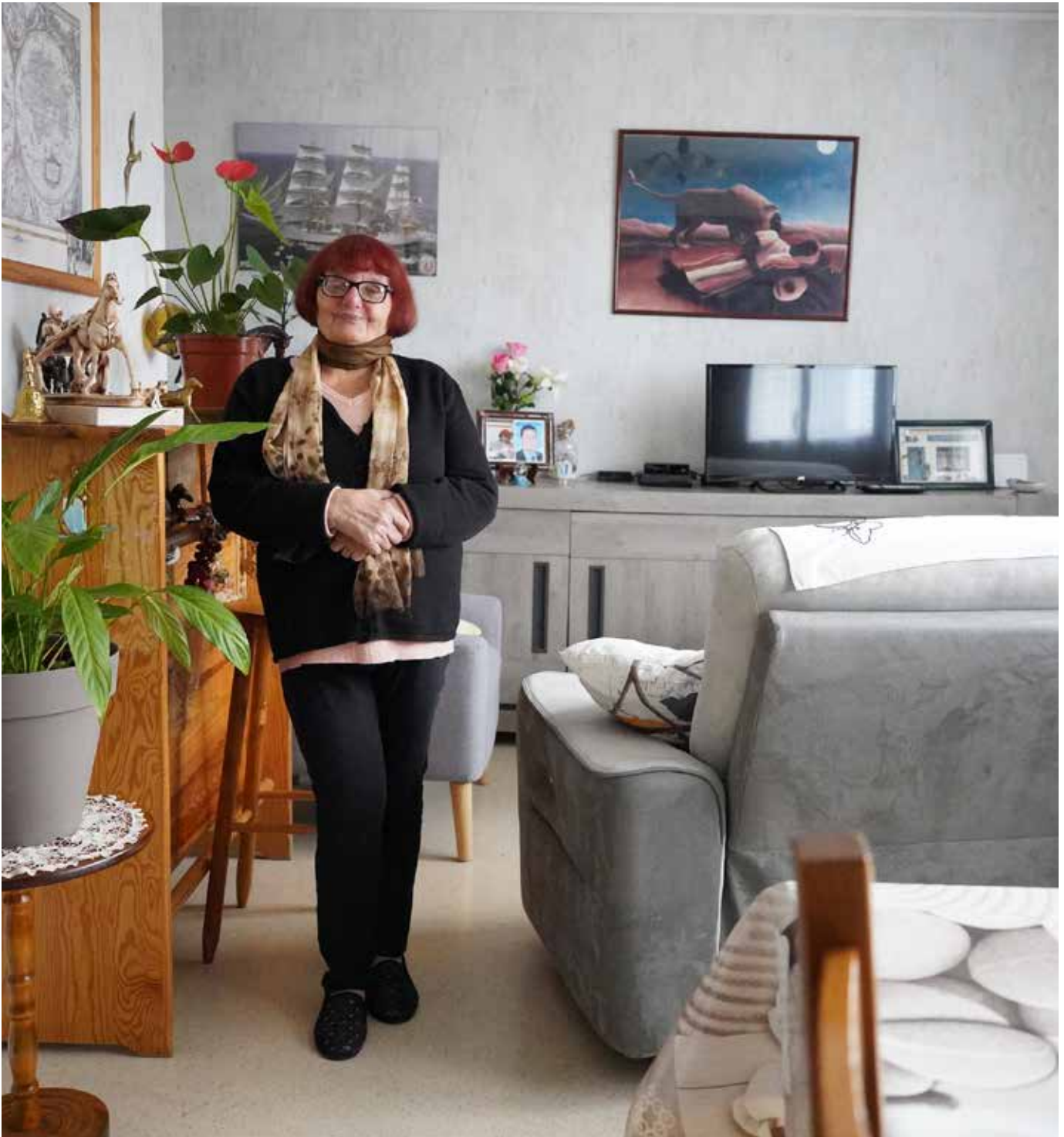
- Passe-temps : La belotte tous les mercredis, organisée chez des amis.

## AIDE À DOMICILE



- Une infirmière l'aide à préparer ses médicaments
- Le CCAS appelle au téléphone pour prendre des nouvelles (chaleur, COVID)
- Famille très présente, visites régulières.





## Nicole, 81 ans

Nicole n'est pas originaire de Laval. Depuis le décès de son mari dont elle a beaucoup de mal à se remettre, elle vit isolée et n'a pas de proches autour d'elle. Elle entretient en revanche de très bonnes relations avec ses voisins. Nicole a chuté plusieurs fois,

dont une fois en sortant du bus où elle s'est dangereusement blessée. Cette chute reste traumatisante et honteuse, et l'empêche de sortir à nouveau. Nicole est équipée de télé-surveillance.

## LIEU DE VIE



→ Vit seule dans un appartement en location au 5ème étage avec ascenseur depuis deux ans et demi, en milieu urbain.

→ Nicole est veuve.

Les commerces : « Y'a pas grand chose ici. »

Proche ——— ▼ ——— Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



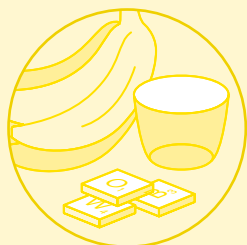
→ Très bonne mémoire.

→ Problèmes de vue : porte des lunettes avec une correction particulièrement forte.

→ Troubles de l'équilibre.

→ Manque de mobilité du bras suite à une opération, douleurs.

## QUOTIDIEN



Les courses « Oui, avec le bus pour les personnes âgées. »

Oui ——— ▼ ——— Non

« J'aurais peut-être besoin d'aide pour la cuisine mais je ne veux pas. Je n'ai pas faim de toutes façons.»

Oui ——— ▼ ——— Non

## AIDE À DOMICILE



→ Aucun de ses proches ne vit à Laval.

→ Aide à domicile pour le «ménage compliqué» (les vitres, le repassage des grosses pièces) 1 heure tous les 15 jours «Elle m'aide aussi à lire les documents et courriers que je reçois parce que je n'y arrive plus avec mes yeux.»



## Odile, 84 ans

Odile est une ancienne institutrice. Très investie dans la vie associative locale, elle dédie beaucoup de son temps à prendre soin des autres. Odile est très prévoyante et lucide face aux risques du vieillissement depuis des

années. Odile est déjà tombée mais ne s'est jamais blessée, et a toujours su se relever seule. De légères pertes d'équilibre récentes la préoccupent. Elle n'est pas équipée de téléassistance.

## LIEU DE VIE



→ Vit avec son mari dans une maison à étages, en périurbain, avec jardin réaménagé en 2002 pour des travaux d'anticipation (douche à l'italienne, rampes etc). « L'étage c'est surtout quand les enfants viennent dormir. »

« Il y a peu de commerces à moins de 2km, il faut prendre la voiture et mon mari ne conduit plus. »

Proche



Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Se déplace en voiture.
- Problèmes cardiaques.
- Beaucoup d'arthrose : prise de calcium
- Fauteuil ergonomique et lit inclinable
- Chutes : déjà arrivé mais jamais grave (s'est relevée toute seule)

## QUOTIDIEN



Fait ses courses.

Oui



Non

Cuisine seule.

Oui



Non

→ Passe-temps : Très investie dans le milieu associatif, activité sportive seule ou en club, méditation. «On voit moins nos amis depuis la CO-VID.»

## AIDE À DOMICILE



- Médecin et pharmacie à 300m.
- Aucune aide.
- Ses enfants (2 filles et 1 garçon) habitent loin : Angers, Lorient, Nantes, mais elle entretient de bonnes relations avec eux.



## Odile et Patrick, 68 et 73 ans

Odile et Patrick sont très actifs et sportifs. Pratiquant beaucoup d'activités en plein air, ils portent une grande attention à leur santé au travers d'une philosophie de vie tournée vers le bien-être et la connaissance de soi.

Odile et Patrick n'ont jamais chuté, ne se sentent pas concernés et ne sont pas équipés de téléassistance.

## LIEU DE VIE



→ Maison à étages en milieu urbain avec un grand jardin. Un van aménagé pour les vacances.

Les commerces :

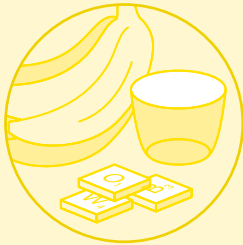
Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Odile : pas de problème de santé
- Patrick : hypertension, se remet d'un syndrome pour lequel il a du être hospitalisé ; 3 mois de kiné en rééducation.
- Analyse complète tous les ans.
- Alimentation très saine, médecines alternatives.

## QUOTIDIEN



Courses seul·e·s :

Oui  Non

Cuisine seul·e·s :

Oui  Non

- Passe-temps : ornithologie et camping
- Patrick : photo, musique, tennis de table, rando, voyage et vélo
- Odile : salle de sport, yoga, qi gong,

## AIDE À DOMICILE



→ Pas d'aide



## Solange, 85 ans

Solange a des problèmes de santé qui l'empêchent de marcher correctement. Son mari étant très malade, elle sait qu'elle sera contrainte de se rendre en maison de retraite prochainement, mais reste positive

et patiente. Solange a beaucoup chuté, chez elle et en dehors. Elle s'est équipée de deux déambulateurs. Solange est équipée de téléassistance mais ne la porte pas, surtout depuis qu'elle ne marche presque plus.

## LIEU DE VIE



→ Solange vit avec son mari Claude dans la même maison depuis 20 ans dans un milieu périurbain. La chambre et la salle de bain sont à l'étage, il y a un monte-escaliers.

Les commerces : supermarché accessible en voiture

Proche



Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Solange : a fait un AVC  
«Depuis, j'ai des difficultés pour tout.»

→ Hypertension depuis plusieurs années, avant la retraite

→ Solange ne marche plus sans déambulateur. Elle ne sort plus de chez elle sans aide.

## QUOTIDIEN



Les courses seules.

Oui

Non

La cuisine : livraison des repas le midi et le soir.

Oui

Non

→ Passe-temps : Lecture, télévision. « On reste à la maison. On est bien ici, on a une belle vue sur le jardin.»

## AIDE À DOMICILE

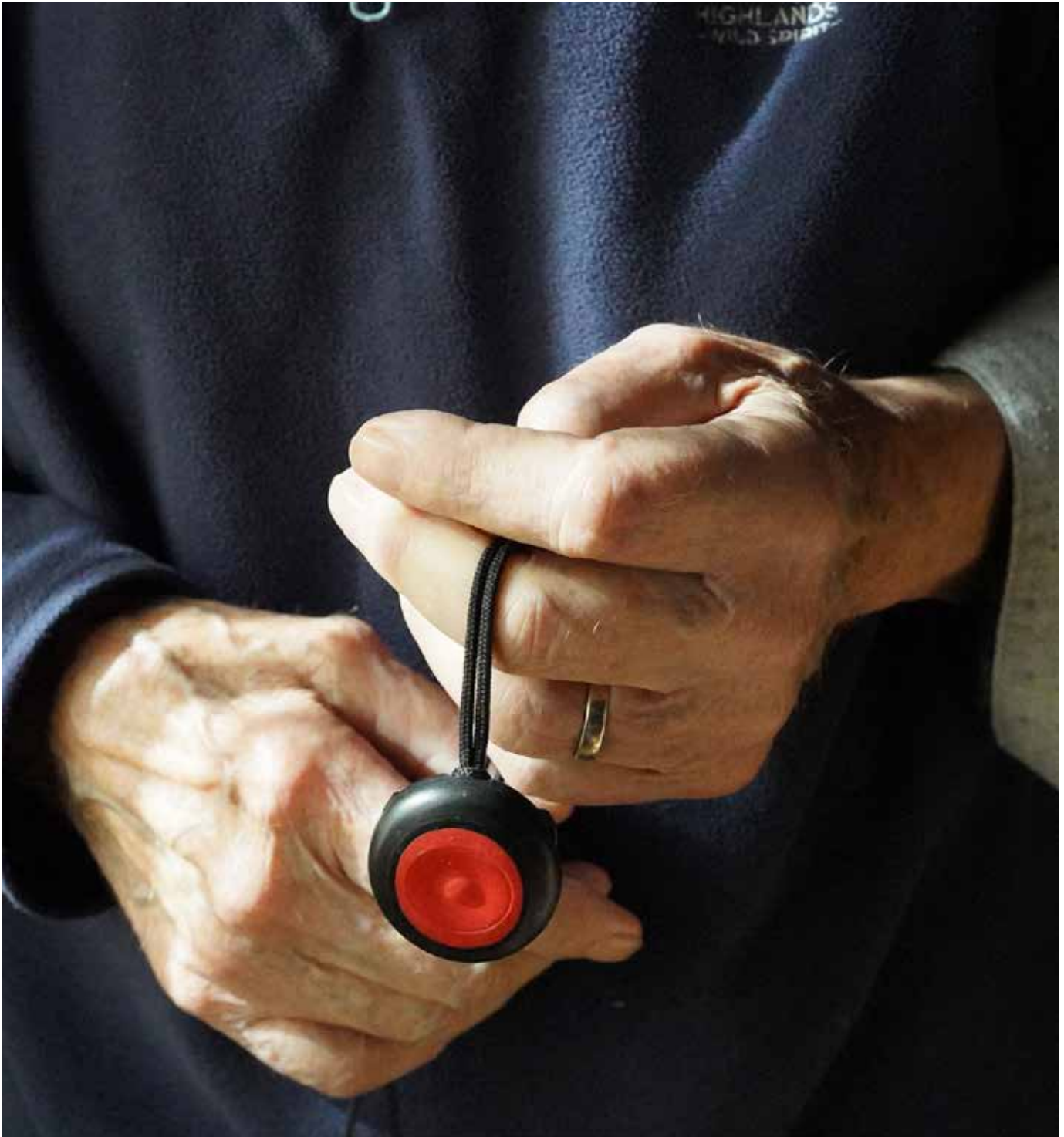


→ Les voisins viennent les voir 2 fois par semaine.

→ Le médecin se déplace chez eux. Aide pour le ménage le jeudi.

→ Pas de proche à proximité, Solange a passé toute sa vie active en dehors de Laval, pas de lien social.





## Claude, 87 ans

Claude est atteint d'un cancer et est en fin de vie. Époux de Solange, il prend soin de sa femme qui lui porte également beaucoup d'attention. Claude sait que sa femme va devoir aller en maison de retraite lorsqu'il dé-

cèdera. Claude est sujet à la chute en raison de sa maladie qui l'affaiblit mais n'a jamais chuté. Il est équipé de téléassistance mais ne la porte pas. Il avait même songé à arrêter l'abonnement, n'en percevant pas l'utilité.

## LIEU DE VIE



→ Claude vit avec son épouse Solange dans la même maison depuis 20 ans dans un milieu périurbain. La chambre et la salle de bain sont à l'étage, il y a un monte escalier.

Les commerces : supermarché accessible en voiture

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



Claude souffre d'un cancer depuis plusieurs années. Il est aujourd'hui à un stade très avancé et sait que ses jours lui sont comptés.

« Là je prends carrément ce que l'on pourrait appeler des drogues dures pour les douleurs du cancer. »

Très grande fatigue.

## QUOTIDIEN



Les courses « Je n'ai plus le droit de conduire maintenant. »

Oui  Non

« Avant je cuisinai. »

Oui  Non

→ Passe-temps : Reste à la maison.  
« Avant on allait voir les roses au printemps, on faisait les brocantes. »

## AIDE À DOMICILE



→ Les voisins viennent les voir 2 fois par semaine.

→ Le médecin se déplace chez eux.  
Aide pour le ménage le jeudi.

→ Pas de proche à proximité, Claude a passé toute sa vie active en dehors de Laval, pas de lien social.



## Zehira, 77 ans

Zehira est depuis quelques années atteinte d'une pathologie lui faisant perdre son équilibre. Ses enfants lui rendent souvent visite et elle conserve autant que possible son autonomie dans les gestes du quotidien.

Suite à une hospitalisation, Zehira s'est occupée de téléassistance à détecteur de chute pour pouvoir retourner vivre chez elle. Sans cela, elle n'aurait pas été autorisée à vivre seule.

## LIEU DE VIE



→ Dans un appartement depuis 11 ans avec 5 marches pour l'atteindre.

Les commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Suite à un accident suivi d'une lourde opération, gros problème d'équilibre.

→ Rigidité des articulations, tensions musculaires des mains.

## QUOTIDIEN



Les courses avec une aide 1h45 par semaine

Oui  Non

La cuisine : « Je demande qu'on m'épluche les légumes. »

Oui  Non

→ Passe-temps : quelques sorties avec sa fille, piscine

## AIDE À DOMICILE



→ Aide à domicile pour le ménage et les papiers (factures).

→ A beaucoup de mal à accepter de l'aide.

→ Son fils déjeune avec elle tous les midis.



## Albert, 92 ans

Albert vit dans le même immeuble que sa fille. Atteint de la maladie d'Alzheimer, il reçoit de l'aide à domicile plusieurs fois par jour et la visite de sa fille ou de son petit fils quotidiennement.

Albert a chuté une fois, chez lui, sans parvenir à se relever. Sa femme, décédée quelques mois plus tôt, était équipée de téléassistance. Il a donc choisi de reprendre le dispositif pour lui.

## LIEU DE VIE



→ Dans un appartement au 4ème étage en milieu urbain. Albert est veuf depuis le printemps.

Les commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Plusieurs traitements médicaux.  
→ Atteint de la maladie d'Alzheimer.  
→ Bon état de santé général.

## QUOTIDIEN



Sa fille lui fait les courses.

Oui  Non

Sa fille lui prépare ses repas, les aides à domicile lui donnent.

Oui  Non

→ Passe-temps : télé, lecture, journal, jardinage, bouturage

## AIDE À DOMICILE



→ Sa fille habite dans le même immeuble.  
→ Petit-fils pas loin qui lui rend visite régulièrement.  
→ Bénéficiaire de l'APA : aide à domicile pour la toilette quotidienne, prise des 3 repas et ménage.



## Suzanne, 86 ans

Suzanne entretient de bonnes relations avec sa voisine Joséphine et maintient ce lien social autant que possible.

Suzanne a chuté plusieurs fois, dont une fois très marquante où elle ne parvenait pas à

se relever, bloquée dans une pièce exiguë. Plusieurs pompiers ont dû intervenir pour l'en sortir. Cette expérience a incité Suzanne à s'équiper de téléassistance.

## LIEU DE VIE



→ Dans une maison de plain-pied en milieu urbain.

→ Suzanne est veuve.

Les commerces :

Proche  Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Prothèse à la hanche

→ Prise de 6 médicaments chaque matin

→ Se déplace uniquement avec 2 béquilles, à l'intérieur comme à l'extérieur.

## QUOTIDIEN



Les courses : 1 fois par mois avec une amie

Oui  Non

Cuisine seule.

Oui  Non

→ Passe-temps : télé, lecture, repassage, visite d'amis

## AIDE À DOMICILE



→ 2 enfants à Nîmes et Nantes, de bons contacts mais pas de visite régulière

→ Aide ménagère tous les 15 jours





## Paulette, 86 ans

Paulette entretient de bonnes relations avec ses voisins qui viennent la voir et lui rendre service, ainsi qu'avec son cousin qui l'aide au quotidien. Paulette souffre de douleurs aux jambes qui l'empêchent de marcher. Paulette

a chuté sans se blesser, dont une fois où elle n'a pas pu se relever pendant un long moment. C'est justement grâce à la téléassistance, dont elle s'était équipée par prévoyance, qu'elle a pu être secourue.

## LIEU DE VIE



→ Vit seule dans dans une maison avec un étage où elle ne monte plus, dans un milieu urbain.

→ Paulette est veuve depuis 5 ans.

De nouveaux commerces à proximité, dépôt de pain, supérette de quartier.

Proche



Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



→ Une canne depuis 3 ans

→ Des gouttes pour les yeux ; traitement pour la tension ; problème de circulation du sang

→ Visite du kiné 2 fois par semaine

## QUOTIDIEN



Fait ses courses accompagnée pour aller à l'épicerie.

Oui



Non

Cuisine seule.

Oui



Non

→ Passe-temps : «Je vais chercher le journal 2 fois par semaine, et je vais au cimetière accompagnée.»

## AIDE À DOMICILE



→ Reçoit de l'aide quotidiennement de son cousin qui habite proche de chez elle.

→ Des voisins lui font régulièrement des courses.

→ Aide ménagère depuis 3 ans.



## Paulin, 86 ans

Paulin souffre de diverses pathologies et de troubles de la mémoire. Il a du mal à accepter une partie de l'aide qui lui est prodiguée, mais plus par incompréhension que par rejet. En effet, Paulin oublie la plupart de ses soucis

de santé. Paulin est équipé de téléassistance mais ne la porte pas car il oublie qu'il dispose d'un collier.

## LIEU DE VIE



→ Vit avec sa femme Monique dans une maison avec un étage mais se rend uniquement au RDC. Des marches pour accéder à la maison et passer du salon à la cuisine

Les commerces :



## ÉTAT DE SANTÉ

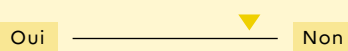


- Troubles de mémoire et d'orientation. Symptôme de la maladie de Parkinson.
- Plusieurs traitements médicaux. Lit médicalisé, canne, appareil auditif, prothèse dentaire
- Se déplace uniquement dans sa maison, et dehors si il est accompagné, pas de balade.

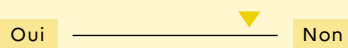
## QUOTIDIEN



Faire ses courses soi-même



Cuisine : fait la vaisselle tout seul



→ Se rend 2 jours par semaine à l'EHPAD pour les activités de jour.

## AIDE À DOMICILE



- De l'aide pour faire la toilette tous les jours, prendre ses médicaments, se préparer pour les journées à l'EHPAD, et aide le soir pour le coucher.
- Aide pour préparer les repas apportés par leur belle fille et cuisinés par la soeur de Monique qui a 80 ans.



## Monique, 90 ans

Monique ne parvient plus à marcher. Pourtant très directive et forte de caractère, la peur de la chute l'empêche de se mouvoir depuis plusieurs années. Sa belle-fille, très présente, ainsi que son fils, l'incite pourtant à bouger.

Monique porte un bracelet de téléassistance. Elle ne le retire jamais.

## LIEU DE VIE



- Vit dans une maison avec un étage avec son mari Paulin. Elle reste uniquement dans la partie de plain-pied et n'a donc pas accès ni à sa cuisine, ni l'étage, ni à son jardin.
- Marche seulement avec un déambulateur (elle en a deux chez elle).

Les commerces :

Proche



Loin

## ÉTAT DE SANTÉ



- Symptôme de la maladie de Parkinson. Très bonne mémoire et capacité cognitives. Entend bien.
- Monique angoisse beaucoup.
- Beaucoup de médicaments qu'elle parvient à prendre seule.
- Monique a déjà chuté, elle a été hospitalisée 3 mois en observation.

## QUOTIDIEN



Faire ses courses soi-même

Oui

Non

Cuisine : mange toute seule

Oui

Non

- Passe-temps : Passe la majorité de son temps dans son fauteuil. Elle ne lit pas parce qu'elle a de mauvais yeux, elle regarde la télé.

## AIDE À DOMICILE



- De l'aide pour faire la toilette tous les jours, prendre ses médicaments, se préparer pour les journées à l'EHPAD, et aide le soir pour le coucher.
- Aide pour préparer les repas apportés par leur belle fille et cuisinés par la soeur de Monique qui a 80 ans.
- Ne marche plus sans aide.



## Françoise

74 ans, retraitée

Françoise vit à Renazé, en Mayenne, avec son mari âgé de 78 ans et atteint d'une maladie rare depuis 4 ans. Françoise souffre également de problèmes de santé mineurs pour l'instant, mais qui pourraient s'accroître avec le temps.

Françoise est très active dans son rôle d'aidante et cherche à comprendre au mieux la maladie de son mari et à s'entourer afin de mieux la vivre.



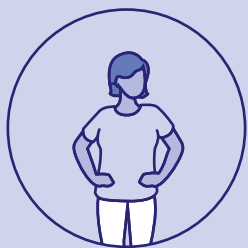
## Jacqueline

60 ans, bénévole très active

Jacqueline vit en Suisse et a longtemps aidé ses parents, installés en Essonne.

Après plusieurs années passées à prendre soin des deux, elle continuera de s'occuper de son papa devenu veuf et à faire des allers-retours réguliers pour lui rendre visite.

Ses deux parents sont aujourd'hui décédés, et elle témoigne en tant qu'ancienne aidante.



## Marie-Christine

63 ans, retraitée



## André

72 ans, Retraité et bénévole  
téléassistance ADMR

André est bénévole depuis 12 ans. Ancien technicien dans des bâtiments accueillant des seniors, ce poste lui a été proposé par le président de l'ADMR. Si il n'avait pas prévu d'être si actif pendant sa retraite, il apprécie ce rôle et le contact avec les gens, mais songe à arrêter prochainement.



## Monika

La quarantaine, ergonome

Monika vit à Châtillon et se rend plusieurs fois par semaine chez ses beaux parents en Essonne, en passant par Cachan pour récupérer des repas cuisinés par une tante. Sa profession libérale lui permet de libérer plus de temps que son mari pour s'occuper de Paulin et Monique.

Monika est très investie dans son rôle d'aidante. Elle témoigne ici aussi de la volonté d'aider à améliorer les dispositifs d'aide.





**Ce rapport a été réalisé par  
la Direction interministérielle de la transformation publique**

**[www.modernisation.gouv.fr](http://www.modernisation.gouv.fr)**

**contact : [ditp.inno@modernisation.gouv.fr](mailto:ditp.inno@modernisation.gouv.fr)**

**Avril 2023**