



Groupement valaisan des Centres médico-sociaux
Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS



INTERREG France-Suisse

« Autonomie 2020 »

Action n°2

Enquête et analyse des perceptions des besoins en technologies aidantes et innovantes auprès des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Verloo Henk, Professeur ordinaire

Thomas Kampel, Adjoint scientifique

Filipa Pereira, Adjointe scientifique

Christelle Mercier, Infirmière, Assistante de recherche

Françoise Martinet, ergothérapeute, Assistante de recherche

Nicole Vidal, Médecin gériatre

Rapport final

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	1
Financements	2
Résumé.....	3
Résumé exécutif	5
Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
1 Introduction.....	11
1.1 Problématique	12
2 But, objectifs et questions de recherche de l'étude.....	17
2.1 But.....	17
2.2 Objectifs spécifiques.....	17
2.3 Question de recherche.....	17
3 Cadre théorique	18
4 Méthode.....	19
4.1 Population et milieu	19
4.2 Recrutement des participants	19
4.2.1 Dans le département de la Haute-Savoie	19
4.2.2 Dans le Valais romand	20
4.2.3 Classification du degré de dépendance des participants	20
4.3 Collecte de données	22
4.3.1 Personnes âgées	22
4.3.2 Proches aidants	22
4.3.3 Professionnels de la santé, de l'aide à domicile et du médico-social.....	23
4.3.4 Instruments de collecte de données	23
4.3.5 Entretien par PEI comme méthode qualitative et quantitative	26
4.4 Analyse des données	27
4.5 Considérations éthiques	29
5 Résultats	30
5.1 Echantillons et données sociodémographiques des participants.....	30
5.1.1 Personnes âgées	30
5.1.2 Proches aidants	32
5.1.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile	33
5.2 Contenus des entretiens individuels et des focus groups.....	34
5.2.1 Personnes âgées	34
5.2.2 Proches aidants	44
5.2.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile	50
5.3 Sélection des technologies innovantes du catalogue PEI	56
5.3.1 Personnes âgées	57
5.3.2 Proches aidants	59
5.3.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social.....	62
5.3.4 L'ensemble des participants	64
5.4 Intégration des entretiens individuels et par PEI	64
5.4.1 Personnes âgées	65
5.4.2 Proches aidants	66
5.4.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social.....	66

6	<i>Discussion</i>	68
6.1	Personnes âgées.....	68
6.2	Proches aidants.....	68
6.3	Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social.....	69
6.4	Ensemble des participants.....	70
6.5	Forces et limites de l'étude	70
7	<i>Recommandations</i>	72
7.1	Concepteurs et industriels	72
7.2	Instances politiques et de santé publique	75
7.3	Professionnels de la gérontologie	76
8	<i>Conclusion</i>	79
	<i>Références</i>	81
	<i>Annexe 1 : Guide d'utilisation de l'échelle AGGIR</i>	85
	<i>Annexe 2 : Feuilles d'information et formulaires de consentement destinés aux participants à l'étude</i>	89
	<i>Annexe 3 : Guides d'entretiens individuels et de focus group</i>	118

AVANT-PROPOS

L'action 2 du projet INTERREG France-Suisse « Autonomie 2020 » a trouvé son origine et inspiration dans l'étude de recherche mandatée par deux structures de soins et aide à domicile en Suisse romande intitulée : « Innovations technologiques : identification et analyse qualitative des besoins des personnes âgées, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé ». Dans ce cadre, environ 120 participants ont été interrogés sur leurs perceptions et intérêts à utiliser des technologies innovantes pour renforcer le maintien à domicile des personnes âgées au bénéfice des soins à domicile.

L'action 2 a bénéficié de cette première expérience de recherche et a évolué dans la démarche de collecter des données significatives pour informer et recommander des futures pistes d'intégration des technologies innovantes dans la prise en soins à domicile afin de renforcer le maintien à domicile en toute sécurité des personnes le nécessitant.

FINANCEMENTS

Le projet « Autonomie 2020 » est soutenu par le programme européen de coopération transfrontalière INTERREG France-Suisse V 2014-2020. Le budget total est de 1 394 247,16 € soit 1 541 758,53 CHF. Pour la France, le projet bénéficie d'un soutien financier du Fonds européen de développement régional (FEDER) de 701 895,75 €. Pour la Suisse, le projet est soutenu par les fonds fédéraux INTERREG Suisse à hauteur de 187 503,34 CHF, et par les fonds cantonaux vaudois et valaisans à hauteur de 75 000 CHF et de 50 000 CHF respectivement.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population européenne s'accélère et la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus est en forte augmentation. En tenant compte que la majorité des personnes âgées souhaite rester à domicile, même celles qui présentent un déclin fonctionnel, de quelle manière les services d'aide et de soins à domicile s'adapteront à leurs besoins pour favoriser le vieillissement à domicile dans les meilleures conditions possibles ? Les technologies innovantes ont été saluées à de multiples reprises, par le monde politique et académique, comme des solutions à privilégier pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Pour mieux comprendre la place de ces technologies innovantes dans le maintien à domicile, l'action 2 du projet INTERREG France-Suisse « Autonomie 2020 » a exploré les perceptions et les besoins des technologies aidantes et innovantes à domicile auprès des usagers finaux – les personnes âgées, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Les résultats des entretiens individuels, collectifs par focus group et photo élicitation montrent que les technologies innovantes ne sont pas souvent utilisées et sont peu connues des participants. Un résultat important montre que certaines personnes âgées ne perçoivent pas l'utilité d'une technologie pour elles-mêmes, mais qu'elles projettent son utilisation pour une personne en moins bonne santé. L'ensemble des participants exprime à la fois une attitude positive et négative à l'égard de la technologie. Les attitudes positives concernent le potentiel des technologies pour apporter une aide supplémentaire dans le cadre du maintien à domicile. Les attitudes négatives sont associées à un manque d'intérêt pour la technologie ou à un rejet de celle-ci, à une crainte de la diminution des relations interpersonnelles, ainsi qu'à des difficultés financières pour acquérir une technologie. Parmi les technologies présentées, les personnes âgées privilégient celles en lien avec leur mobilité et celles en lien avec la volonté de freiner un éventuel déclin cognitif.

Les proches aidants privilégient des aides technologies adaptées pour l'aide dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que des technologies en relation avec la sécurité pour détecter des chutes et aider à localiser des personnes âgées avec des difficultés d'orientation lors des promenades à l'extérieur. Des craintes sont exprimées par les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile que l'adoption de technologies déshumanise les soins.

Les professionnels souhaitent des systèmes de communication et d'information intégrés pour mieux collaborer entre intervenants, des logements équipés avec des technologies pour gérer les soins complexes, du matériel auxiliaire performant pour les transferts des personnes avec une mobilité réduite, ainsi que des systèmes de surveillance pour assurer la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur du logement. Les intervenants professionnels s'inquiètent d'être

remplacés par la technologie, de réduire les soins à domicile à une surveillance technologique à distance et qu'aucune place ne soit donnée au relationnel entre le soignant et le soigné. Par ailleurs, la majorité des participants sélectionne des technologies qui renforcent la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur du logement en détectant rapidement les éventuelles chutes et les troubles d'orientation.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence et méritent d'être contextualisés par rapport à la validité externe de l'étude. En effet, notre échantillon comporte une sous-population de personnes âgées présentant des pertes d'autonomie et ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population âgée. Il a également été relevé par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile que dans l'avenir la proportion de personnes âgées avec des compétences technologiques augmentera et que les technologies innovantes joueront un rôle de plus en plus important pour favoriser le maintien à domicile. Par sa nature descriptive, la présente étude fournit des pistes pour le développement et l'intégration de technologies innovantes pour le maintien à domicile de la population âgée, en ce qui concerne leur pertinence clinique, leur facilité d'utilisation, leur accessibilité et leur financement.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le vieillissement de la population européenne s'accélère et la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus est en forte augmentation. Ce phénomène conduit au questionnement suivant : de quelle manière les services d'aide et de soins à domicile s'accommoderont à leurs besoins pour favoriser le vieillissement à domicile dans les meilleures conditions possibles ? Étant donné que la grande majorité des personnes souhaite vieillir à domicile, il semble important de s'interroger sur les interventions permettant de répondre à ce souhait. De plus en plus de technologies sont utilisées dans le contexte des services d'aide et de soins à domicile. Cependant les opinions des principaux concernés par l'utilisation de ces technologies dans ce contexte spécifique restent encore peu connues.

L'action 2 du projet INTERREG France-Suisse a donc réalisé une enquête avec un design qualitatif visant à explorer les perceptions sur ces technologies des personnes âgées bénéficiant de services d'aides et/ou de soins à domicile, de leurs proches aidants et des professionnels travaillant au maintien à domicile. Dans ce cadre, des entretiens individuels, par focus group et photo élicitation, ont permis de mettre en évidence que les technologies innovantes ne sont pas souvent utilisées et sont peu connues par les usagers à domicile.

Nos résultats soulignent que les perceptions concernant l'utilisation des technologies innovantes ne sont pas univoques auprès des usagers pour la prise en soins du problème de santé et/ou perte d'autonomie. Pour les personnes âgées, les technologies privilégiées sont celles qui soutiennent des interventions ciblant la sécurité des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile, l'entretien du logement, ainsi que la prévention d'un déclin de la fonction mentale. Cependant plusieurs personnes âgées ne perçoivent pas l'utilité d'une technologie pour elles-mêmes, mais projettent son utilisation pour une personne en moins bonne santé. L'environnement et les moyens des personnes âgées sont des éléments importants pour ce qui est des facilitateurs (utilisation avec membres de la famille, cadeau d'un dispositif, recommandation de la part des professionnels de la santé) ou des freins à l'introduction d'une nouvelle technologie (manque de moyens financiers ou de connaissances par rapport à l'utilisation d'une technologie, avoir déjà une stratégie qui permet d'atteindre le même but que la technologie).

Les proches aidants expriment le besoin de technologies aidant aux activités de la vie quotidienne, ainsi que de technologies veillant à la sécurité pour détecter rapidement des chutes et aider à localiser les personnes à l'extérieur. De plus, les proches aidants craignent que les technologies déshumanisent les soins par une diminution des contacts directs entre soignants et soignés.

Pour les professionnels de la santé et de l'aide à domicile, la collaboration entre les différents intervenants impliqués dans le maintien à domicile pourrait être renforcée par des technologies intégrant des systèmes de communication et d'information. Ces professionnels évoquent le besoin de logements avec des technologies innovantes adaptées pour des situations de soins complexes, comme du matériel auxiliaire performant pour les transferts de position et des systèmes de surveillance pour assurer la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur des logements. Bien qu'aucun professionnel ne soit opposé à l'utilisation de la technologie, plusieurs d'entre eux exposent leur crainte d'être remplacés par la technologie. Ils relèvent également le risque que les soins à domicile soient réduits à une surveillance technologique à distance et qu'aucune place ne soit donnée au relationnel entre le soignant et le soigné.

Les technologies innovantes liées au maintien de la mobilité à un moindre coût et avec des fonctions avancées (GPS) sont les plus plébiscitées par l'ensemble des participants. En revanche, la crainte de devenir dépendant d'une technologie, de nuire à la relation soignant – soigné, ainsi que l'accessibilité économique des dispositifs sont les principaux obstacles mentionnés pour l'utilisation de technologies innovantes. Trouver et proposer des solutions adaptées à ces obstacles personnels, encouragera les participants à adopter plus facilement les technologies innovantes. Les entretiens par photo élicitation montrent que l'ensemble des participants sélectionne plutôt des technologies permettant de détecter rapidement les chutes et d'aider à retrouver des personnes âgées qui ont des difficultés d'orientation à l'extérieur.

Des recommandations ont été formulées pour les différentes typologies d'utilisateurs afin de faciliter et d'encourager l'introduction et l'utilisation des technologies innovantes visant à renforcer le maintien à domicile :

- Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile « personnalisables », adaptées aux caractéristiques bio-psycho-sociales des personnes cibles, en partant de leurs besoins et de ceux exprimés par leurs proches aidants ;
- Concevoir, expérimenter et implanter des technologies innovantes pour le maintien à domicile en impliquant les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ;
- Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile à usage simple et intuitif afin de favoriser une utilisation quotidienne ;
- Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile adaptées aux technologies déjà adoptées et intégrées dans les routines des usagers ;
- Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile qui renforcent la sécurité des personnes âgées ;
- Informer les personnes âgées, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile des technologies existantes et disponibles ;
- Intégrer le prix de la technologie et des services d'accompagnement à l'utilisation dans l'information de divulgation des technologies innovantes à l'intention des usagers ;
- Proposer des essais gratuits avant l'achat définitif afin de permettre aux futurs usagers d'être convaincus de l'utilité d'une technologie ;
- Promouvoir les technologies innovantes auprès des personnes âgées et des proches aidants ;
- Soutenir financièrement l'accès aux technologies innovantes, auprès des personnes âgées et des proches aidants, dont les coûts/bénéfices ont été mis en évidence ;
- Considérer le contexte socio-économique des personnes âgées lors de l'introduction de technologies innovantes pour le maintien à domicile ;
- Développer une formation sur les technologies innovantes pour les professionnels de la santé et d'aide à domicile œuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Introduire et adapter les technologies existantes selon l'évolution de la situation de santé et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants ;
- Garder une veille active des technologies innovantes afin que les ressources technologiques disponibles soient connues par les structures de soins, d'aide et de maintien à domicile ;
- Programmer une phase d'intégration avec un accompagnement technique des usagers (personne âgée, proche aidant, professionnel de la santé et d'aide à domicile) lors de l'introduction d'une nouvelle technologie pour le maintien à domicile ;
- Amener les professionnels de la santé et de l'aide à domicile à se sentir concernés par l'utilisation des technologies innovantes et intégrer ces technologies au rôle et à la fonction de soignant à domicile.

Permettre à la population de 85 ans et plus de continuer à vivre à domicile est un défi particulièrement important pour notre société. Bien que diverses technologies innovantes permettent de soutenir des interventions visant à promouvoir l'indépendance de ces personnes, elles sont souvent peu ou pas utilisées au quotidien. Pour différentes raisons, peu de recherches ont démontré l'efficacité de ces technologies dans la détection rapide du déclin somatique et/ou psychique afin d'éviter une hospitalisation et de renforcer le maintien à domicile. Même si de nombreuses technologies innovantes sont à disposition des personnes âgées pour pallier ou prévenir certains déficits physiques, sensoriels, mentaux et sociaux, nos résultats affirment que des efforts sont à réaliser dans l'adéquation entre les technologies innovantes et les besoins des usagers. Cependant, il s'avère important de poursuivre des études de recherche sur l'efficacité des technologies afin de préciser les domaines d'intervention et les indications d'utilisation de ces technologies auprès de certains profils de personnes âgées et leurs proches aidants pour optimiser la prise en charge de leur problème de santé et/ou perte d'autonomie. Les avancées dans ce sens ne pourront se faire que grâce à une coopération étroite entre les experts de la technique, ceux de la santé et de l'aide à domicile et les usagers – personnes âgées / proches aidants - afin de mettre à disposition des outils technologiques répondant aux besoins et aux attentes de ces derniers.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence et méritent d'être contextualisés par rapport à sa validité interne et externe. En effet, il s'agit d'un échantillon de personnes âgées montrant des pertes d'autonomie plus ou moins importantes et qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la population âgée. Par ailleurs, il a été relevé par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile qu'à l'avenir la proportion de personnes âgées avec des compétences technologiques augmentera et que les technologies innovantes joueront un rôle de plus en plus important pour favoriser le maintien à domicile. Par sa nature descriptive, la présente étude fournit des pistes pour la conception et l'intégration de technologies innovantes pour le maintien à domicile de la population âgée, en ce qui concerne leur pertinence clinique, leur facilité d'utilisation, leur accessibilité et leur financement.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Classification des technologies innovantes pour des personnes âgées.

Tableau 2 : Technologies incluses dans la démarche PEI.

Tableau 3 : Stratégie d'analyse des entretiens individuels et de groupes et PEI.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et classes AGGIR des personnes âgées incluses dans l'étude (n= 68)

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des proches aidants interrogés (n=21)

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants aux focus groups.

Tableau 7 : Besoins d'aide exprimés des personnes âgées par groupe.

Tableau 8 : Technologies utilisées par les personnes âgées par groupe.

Tableau 9 : Perceptions sur les technologies des personnes âgées par groupe.

Tableau 10 : Facilitateurs à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe.

Tableau 11 : Obstacles à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe

Tableau 12 : Description de l'aide apportée par les proches aidants.

Tableau 13 : Besoins exprimés par les proches aidants.

Tableau 14 : Technologies utilisées au domicile de la personne âgée par les proches aidants.

Tableau 15 : Perceptions des proches aidants sur l'utilisation des technologies pour l'aide et maintien à domicile.

Tableau 16 : Perceptions des proches aidants sur les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation des technologies pour l'aide et maintien à domicile

Tableau 17 : Besoins en technologies exprimés par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Tableau 18 : Technologies utilisées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Tableau 19 : Perceptions sur les technologies innovantes par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Tableau 20 : Facilitateurs et obstacles à l'utilisation des technologies innovantes chez les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Tableau 21 : Sélections les technologies proposées pendant la PEI par groupe de personnes âgées (n=68)

Tableau 22 : Technologies sélectionnées par les proches aidants parmi le catalogue présenté.

Tableau 23 : Sélection des technologies par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social lors de la PEI

Tableau 24 : Sélection des technologies par l'ensemble des participants à l'étude (N= 121)

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle conceptuel des facteurs influençant le niveau d'utilisation de la technologie par les personnes âgées à domicile de Peek et al. (2016).

Figure 2. Conceptualisation de la collecte des données des perceptions des technologies chez les personnes âgées à domicile, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

1 INTRODUCTION

Le vieillissement de la population européenne s'accélère en proportion absolue et relative (1, 2). Un des principaux défis de notre société et de notre système de santé est de gérer ce vieillissement. La société se restructure et la pyramide des âges se transforme, si bien qu'en Suisse et en France, il se pourrait que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus augmente de plus de 80% entre 2015 et 2060. En Suisse, le nombre d'individus de ce groupe d'âge passerait alors de 1'500'000 en 2015 à plus de 2'700'000 en 2045 (3). En France au début de l'année 2018, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient au nombre d'environ 13 millions aujourd'hui, soit 19,6% de la population. Cette proportion pourrait augmenter à 25% en 2040. La proportion du groupe d'âge des 75 ans et plus passerait de 9,2% en 2018 à 14,6% en 2040 (2). Ces pays seront confrontés à des phénomènes dus à l'allongement de la longévité, mais aussi à l'arrivée de personnes âgées immigrées et au vieillissement des personnes en situation de handicap, et devront faire face à un accroissement de personnes âgées en situation de perte d'autonomie et de grande dépendance (4). Cependant, la majorité des personnes âgées (autour de 90%) souhaite rester à domicile et y mourir, même celles avec une perte d'autonomie importante (5, 6).

Compte tenu du vieillissement croissant de la population, il faut s'attendre à une forte augmentation des maladies chroniques, de la polymorbidité et des maladies neurocognitives comme par exemple la maladie d'Alzheimer (7, 8, 9). La polymorbidité est généralement définie comme la présence simultanée de deux ou plusieurs maladies chroniques chez un même patient (10). Les maladies interagissent souvent entre elles et conduisent fréquemment à des pertes d'autonomie fonctionnelle et/ou cognitive. Le traitement des personnes polymorbides est d'autant plus compliqué et complexe qu'il existe peu de lignes directrices en la matière et que les thérapies donnent souvent lieu à des polymédications. Celles-ci sont fréquemment responsables d'interactions médicamenteuses indésirables avec pour résultat des hospitalisations évitables pouvant provoquer un déclin fonctionnel substantiel (10, 11). Un autre syndrome gériatrique très invalidant est celui des maladies neuro-cognitives (MNC), dont la maladie d'Alzheimer est la plus prévalente (>70%). Cette maladie du cerveau est caractérisée par une destruction lente, mais régulière des cellules nerveuses. En Suisse, d'après une estimation de l'Association Alzheimer Suisse en 2018, près de 151'000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de MNC, mais seulement la moitié des cas serait diagnostiquée (12). En France, près de 900'000 personnes sont atteintes par des MNC (13). La fréquence de ces maladies augmente avec l'âge et selon la connaissance actuelle, environ 35% des personnes âgées de 85 ans et plus seraient atteintes d'une MNC (14, 15). Parmi ces 35%, environ 40% vivent en institutions, nommées établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France et

établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse (8). Les autres vivent à domicile, grâce à un partenariat entre leurs proches aidants (famille et/ou amis) et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Pour les premiers cités, cela représente souvent un véritable défi psychique et physique (16).

Le proche aidant est une personne de l'entourage immédiat d'un individu atteint dans sa santé et/ou son autonomie et qui requiert une assistance pour certaines activités de la vie quotidienne. Les proches aidants jouent souvent un rôle de coordinateur auprès des différents intervenants professionnels et permettent le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le proche aidant lui assure, à titre non professionnel et informel et de façon régulière, des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées, destinés à compenser ses incapacités ou difficultés voire à assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social (17, 18). Avec le vieillissement de la population, la société et les individus sont placés devant de nouveaux défis en matière de soins et d'accompagnement. Souvent, les personnes âgées, malades ou en situation de handicap ne peuvent rester vivre à la maison que grâce au soutien d'un proche aidant (19).

Le maintien à domicile de ces personnes âgées est aussi un défi pour les professionnels de la santé et d'aide à domicile. Exerçant leurs fonctions au sein d'un CMS en Suisse, d'une structure publique, associative, ou lucrative en France, ils veillent à la santé et la qualité de vie des personnes âgées, conditions essentielles pour le maintien à domicile. Des technologies innovantes au domicile pourraient représenter une source de soutien supplémentaire pour la personne âgée et un allègement de la charge de l'aidant (formel et informel). Ces technologies, se surajoutant aux aides humaines préexistantes, permettraient de pallier certains déficits cognitifs en aidant les personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne telles que des rappels de la prise des médicaments, aide à la gestion de l'agenda et du budget et à la confection des repas (20). La technologie permettrait de réduire des troubles d'anxiété, d'angoisse et de dépression de la personne âgée par un contact visuel avec la famille et les professionnels. Elle pourrait également contribuer à la sécurité des personnes âgées en détectant des chutes ou des situations d'errance et aider les professionnels de la santé et de l'aide à domicile, ainsi que les proches aidants dans la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées (21, 22, 23).

1.1 Problématique

Le vieillissement de la population bouleverse nos modes de vie et nos sociétés. Cette réalité est en constante augmentation, le vieillissement de la population ne fait que commencer et nous amène vers une société vieillissante (24, 25). La participation à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie par les générations les plus jeunes va s'accroître en

conséquence. Dans ce contexte, la prise en charge des personnes âgées est devenue un enjeu majeur sanitaire, social, économique et politique (26). De plus en plus de personnes seront dépendantes et de moins en moins de personnes seront capables de les aider (27). Les coûts des structures spécialisées dans le maintien à domicile et dans l'hébergement pour personnes âgées vont croître de façon exponentielle. Innover dans la prise en charge des soins et du médico-social est inéluctable en considérant la démographie médicale, l'allongement de la durée de vie, les enjeux économiques et les attentes d'une société en demande d'autonomie et de mobilité (28).

Parallèlement à ce vieillissement de la population, force est de constater que le monde de la technologie évolue à une vitesse extrêmement rapide (29). Aux principales problématiques rencontrées lors du vieillissement telles que la perte d'autonomie, les maladies chroniques et les MNC ou encore les chutes à domicile, des technologies peuvent apporter un certain nombre d'informations et de solutions proactives (30, 31). Ces technologies ont pour but de mettre les ressources de l'innovation technologique au service de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées fragilisées ou en perte d'autonomie (31). Cornet et Carre (2009) mentionnent que certaines technologies peuvent aider à la prévention des affections liées à l'âge, l'amélioration du lien social et la lutte contre l'isolement, la compensation de capacités déclinantes, l'aide aux proches aidants et aux professionnels de la santé et de l'aide à domicile, et enfin la lutte contre les effets du vieillissement pathologique (32). De manière générale, leur but est de maintenir une autonomie optimale et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées, indépendamment de leur niveau de dépendance (33). À ce titre, l'émergence des outils « gerontechnology » peut apporter un soutien et des solutions permettant de surveiller l'état de santé et de maintenir l'autonomie de la personne âgée vivant à domicile (33). De ce fait, la science et la technologie peuvent se mettre au service de la personne âgée et de son environnement, et ce, dans le but de promouvoir un environnement plus sûr, de surveiller l'état de santé et de contribuer à favoriser ou renforcer l'autonomie, la qualité de vie et le maintien à domicile de ces personnes et de leurs proches aidants (34, 35, 36). Ces dispositifs technologiques permettraient d'alerter les professionnels de la santé et de l'aide à domicile sur des risques de décompensation de la santé, d'anticiper et de mettre en place une stratégie interventionnelle adaptée et d'intervenir à distance auprès des personnes âgées à domicile (32). On peut affirmer que malgré l'âge, tout individu momentanément perturbé dans son fonctionnement physique, psychique ou social, tend à regagner son équilibre originel ; c'est-à-dire qu'il est capable de retrouver le niveau habituel et stable de son état de bien-être général (37, 38). De plus, des influences contextuelles peuvent agir à court et à moyen terme sur les différentes dimensions du bien-être et de l'autonomie. Dans ce cas, il est crucial de questionner, d'une part, la disponibilité des ressources internes (physiques et mentales), et d'autre part, celle des ressources externes (réseau social, technologique, professionnel) (39).

Dans ce contexte, assister l'individu et prévenir pro-activement la dépendance fonctionnelle par un outil technologique a toute sa place et offre une opportunité d'élargir le répertoire de ressources externes. D'ailleurs, les ministres des États membres du conseil de l'Europe ont formulé, dans le cadre des recommandations relatives à la dépendance des personnes âgées, la recommandation suivante :

Toutes les personnes âgées dépendantes ou susceptibles de le devenir, quels que soient leur âge, race, convictions et la nature, l'origine et le niveau de sévérité de leur état, doivent avoir droit à l'assistance et à l'aide requise pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible et par conséquent, doivent avoir accès à des services de qualité et aux technologies les plus adaptées (40).

Plusieurs études affirment que les télésantés (solutions technologiques permettant un suivi à distance de l'état de santé des personnes âgées) sont efficaces pour l'accroissement du bien-être et de la qualité de vie des usagers (41, 42, 43). Il est important de considérer que ces technologies sont des instruments permettant la participation des usagers à leur propre suivi de santé et de traitement (44). Néanmoins, la perception de l'utilité de la gérontechnologie dans le maintien de l'état de santé et du « bien vieillir » à domicile chez les adultes âgés, leurs proches et les professionnels impliqués est peu examinée simultanément. Des études antérieures documentent que les technologies innovantes sont peu utilisées par les usagers qui dans leur grande majorité ignorent leur existence (45, 46). Il existe pourtant depuis quelques années un rebond de créativité dans ce domaine impliquant la recherche, les entreprises et des sociétés savantes.

La gérontechnologie a deux objectifs principaux qui, la plupart du temps, sont complémentaires: (1) renforcer l'observation (objective) de la personne âgée par l'identification à distance d'un grand nombre de données et de paramètres, afin d'alerter les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et/ou le(s) proche(s) aidant(s) sur des risques de survenue de dépendance fonctionnelle, d'anticiper et de mettre en place une stratégie interventionnelle adaptée; et (2) intervenir à distance auprès des personnes âgées à domicile pour un premier contact par voix et/ou images (31).

Le Tableau 1 présente les différentes classes de technologies d'aide proposées par Hoffman (2012) et complétées par Fernandez-Caballero et al. (2017) (47, 48).

Tableau 1 : Classification des technologies innovantes pour des personnes âgées (48)

Classes des technologies		
Typologie	But et exemples	
Technologie d'assistance	Alarmes	
	Mobilité	Rollator Chaise roulante DéTECTEURS de chutes Guide dans les activités et les mouvements
	Compensation des déficits sensoriels	Aide visuelle ou auditive Dispositifs d'entrée Clavier à l'écran Outil de lecture Lecteurs d'écran Reconnaissance vocale
	Aide à l'alimentation et l'hydratation	
	Localisation d'objets ou de personnes	GPS Limitateur d'accès
	Entraînement et assistance cognitive	
Aide pratique pour les tâches quotidiennes	Hygiène corporelle	
	Tâches ménagères (cuisine, nettoyage)	
	Aide pour les commissions	
	Automate de nourriture	
	Pilulier électronique	
Réadaptation	Guides d'exercices	Entraînement de marche post fracture
Monitoring et surveillance des maladies chroniques	Signes vitaux	Transmission Évaluation Réajustement des traitements et des soins
Traitements à distance	Adhésion médicamenteuse	
	Suivis	
	Robotique	
Aide à la communication	Services psychologiques et psychiatriques	
	Audio / visuelle	Visio conférence Courriel Téléphone
	Traducteurs	
	Info-web patients	
	Robots d'animaux	
Stimulation et soutien émotionnel et social	Assistants	
	Partenaires de conversation	
Divertissements et loisirs	Réseaux sociaux	
	Jeux	

Ainsi, le questionnement sur l'utilité, l'utilisation réelle et potentielle, l'acceptation et les limites de la gérontechnologie reste pertinent. Tenant compte de l'évolution démographique et de l'émergence des technologies innovantes, quelle pourrait être le rôle et l'utilité de sa prolifération dans le soutien d'un vieillissement actif et en santé ? Ces technologies sont-elles perçues comme utiles ou contraignantes et intrusives dans le maintien de l'autonomie et de l'intégration sociétale des personnes âgées vivant à domicile ? Et que pensent les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile de ces technologies ? Existe-t-il une attitude positive – le cas échéant, négative - par rapport aux technologies par les personnes âgées, leurs proches et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ? Est-

il possible que la technologie soit perçue comme augmentant la qualité de vie et renforçant la résilience des adultes âgés et leurs proches ? Quel peut être le rôle perçu des technologies dans la prévention d'un déclin physique et cognitif ? Et qu'en est-il des aspects hédoniques versus addictifs des technologies ? Se poser les bonnes questions et trouver des réponses pragmatiques et opérationnelles auprès des personnes concernées, c'est l'intention de cette recherche.

2 BUT, OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE DE L'ÉTUDE

2.1 But

Cette étude avait comme but de collecter des données sur la perception des besoins en technologies innovantes et d'explorer le potentiel de ces dernières auprès des personnes âgées à domicile, de leurs proches aidants ainsi que des professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Collecter les perceptions des personnes âgées à domicile avec une perte d'autonomie variable concernant l'utilisation et le potentiel de différentes technologies innovantes ;
2. Collecter les perceptions des proches aidants s'occupant de personnes âgées à domicile avec des niveaux différents de perte d'autonomie concernant l'utilisation et le potentiel de différentes technologies innovantes ;
3. Collecter les perceptions des professionnels de la santé et de l'aide à domicile s'occupant de personnes âgées avec des niveaux différents de perte d'autonomie concernant l'utilisation et le potentiel de différentes technologies innovantes dans leurs activités professionnelles ;
4. Explorer les relations entre un échantillon de photographies de technologies innovantes sélectionnées par des personnes âgées comme technologie potentiellement intéressante pour le maintien à domicile et leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé ;
5. Explorer les relations entre un échantillon de photographies de technologies innovantes sélectionnées par des proches aidants comme une technologie potentiellement aidante pour le maintien à domicile et la typologie de la personne âgée aidée ;
6. Explorer les relations entre un échantillon de photographies de technologies innovantes sélectionnées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et leurs caractéristiques professionnelles.

2.3 Question de recherche

Quels sont les perceptions et les besoins exprimés sur les technologies pour le maintien à domicile auprès des personnes âgées à domicile, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé et de l'aide à domicile ?

3 CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique de Peek et al. (2016) a guidé l'étude, notamment dans la réflexion et l'élaboration de la discussion autour des résultats de recherche (Figure 1) (49). Le modèle s'appuie sur des composantes essentielles pour accepter une technologie, ciblées chez les personnes âgées. Le cadre comporte plusieurs items :

- Employer ou non l'assistance des technologies (utilité et facilité d'utilisation) ;
- Répondre aux besoins fondamentaux avec les technologies (besoins) ;
- Se familiariser avec les technologies et l'acceptation/intérêt (donner sens) ;
- Les technologies et la santé (retrouver ou garder son autonomie).

Ce cadre théorique a été développé aux Pays-Bas et explore les facteurs qui influencent le niveau d'utilisation de divers types de technologie par les personnes âgées vivant à domicile. Ce cadre a été construit sur une étude qualitative, impliquant 53 adultes âgés entre 68 et 95 ans durant des visites à domicile. Selon Peek et al. (2016) la technologie peut jouer un rôle pour aider l'adulte âgé à rester indépendant, actif et en bonne santé le plus longtemps possible (50). Cependant, l'utilisation de la technologie varie considérablement chez les personnes âgées. Des études antérieures indiquent que les modèles actuels d'acceptation de la technologie manquent de prédicteurs essentiels propres aux personnes âgées.

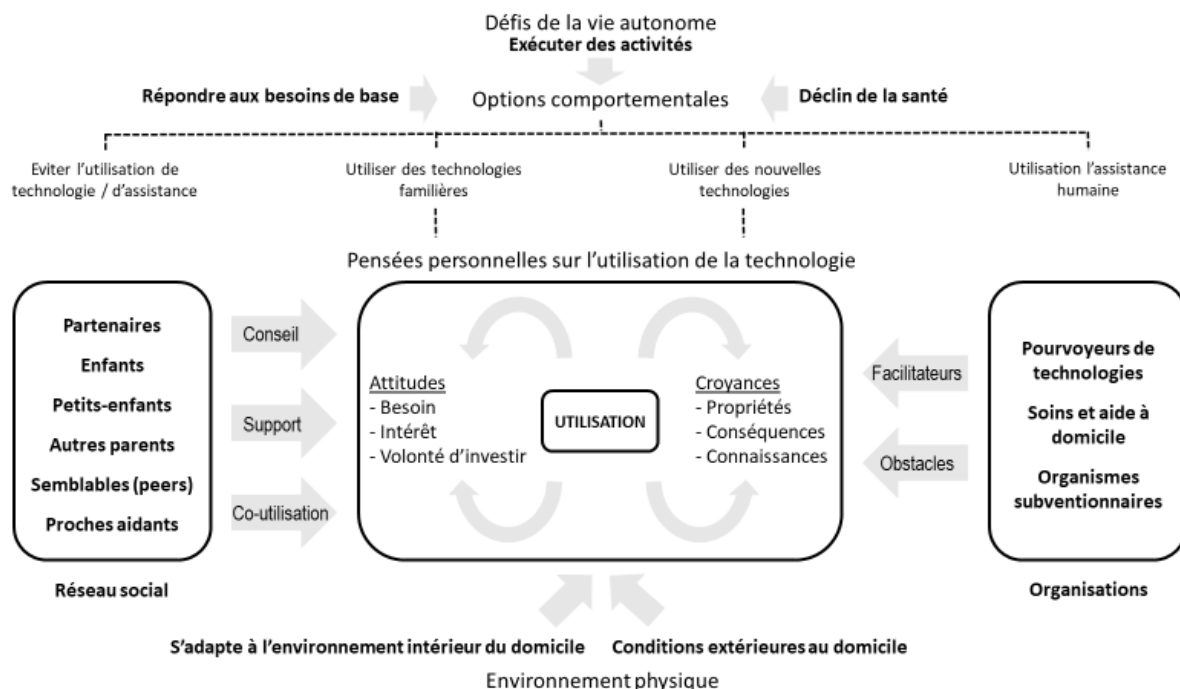


Figure 1. Modèle conceptuel des facteurs influençant le niveau d'utilisation de la technologie par les personnes âgées à domicile de Peek et al. (2016) (49) (Traduction libre ; Reproduit avec autorisation de l'éditeur).

4 MÉTHODE

Cette étude a utilisé un design qualitatif pour collecter les données par des entretiens individuels et de focus groups, suivi par des entretiens en présentant un échantillon de photographies de type photo élicitation (PEI) chez les personnes âgées à domicile, les proches aidants, ainsi que les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

4.1 Population et milieu

La population cible de cette recherche comprend les personnes âgées, hommes et femmes, de 65 ans et plus vivant à domicile dans le département de la Haute-Savoie et de la région du Valais romand avec une prescription de prestations de soins ou d'aide à domicile selon le cadre législatif français et suisse. Les proches aidants de ces bénéficiaires ainsi que les professionnels de la santé et de l'aide à domicile intervenant dans leurs situations de soins constituent également une partie de l'échantillon. L'échantillon des participants provient de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie du département de la Haute-Savoie ou d'usagers ayant eu un refus de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et des quatre centres médico-sociaux (CMS) du Valais romand qui ont la responsabilité de fournir des prestations de soins et d'aide à domicile.

4.2 Recrutement des participants

4.2.1 Dans le département de la Haute-Savoie

Le recrutement des participants a été basé sur un échantillonnage de choix raisonné. L'équipe de recherche a sélectionné 600 participants, en partant d'une base de données composée de personnes âgées de 65 ans et plus, bénéficiant de l'APA ou s'étant vu refuser celle-ci suite à leur évaluation AGGIR (échelle d'Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) ; Deux cents personnes présentant un score de Gir de 5 et 6 et 400 personnes avec un score de Gir entre 1 et 4 (la moitié avec une dépendance cognitive et l'autre moitié avec une dépendance physique) (cf. explication des GIRs dans la sous-section 4.2.3, p. 60) (51). Les personnes âgées de 65 ans et plus incapables de comprendre et parler le français, ainsi que celles incapables de donner un consentement libre et éclairé concernant leur participation à l'étude ont été exclues. Les personnes sélectionnées étaient identifiées par leur numéro SOLIS (logiciel de traitement des dossiers d'APA).

Le proche aidant significatif désigné par la personne âgée participant a été invité pour participer à un entretien individuel par PEI. Les proches aidants incapables de donner leurs consentements libre et éclairé concernant leur participation à l'étude ont été exclus.

Un échantillon de professionnels de la santé de l'aide à domicile et du médico-social impliqué dans les soins, l'aide à domicile ou l'évaluation dans le département de la Haute-Savoie a été invité pour participer à un focus group et par PEI. Le consentement libre et éclairé de ces professionnels était une condition pour participer à l'étude.

4.2.2 Dans le Valais romand

Les quatre CMS du Valais romand ont fourni à l'équipe de recherche une base de données couvrant 150 à 200 personnes âgées actives avec un identifiant (ID) unique qui ont été évaluées à travers un jugement clinique et la grille AGGIR sur le degré de dépendance physique ou cognitive ou bénéficiant uniquement des prestations d'aide à domicile suivantes : repas, entretien et/ou achats.

Le proche aidant significatif désigné par la personne âgée participante a été invité pour participer à un entretien individuel par PEI. Les proches aidants incapables de donner leurs consentements libre et éclairé concernant leur participation à l'étude ont été exclus.

Un échantillon de trois à quatre professionnels de la santé et de l'aide à domicile sélectionné par chacun des quatre CMS en Valais romand a été invité à participer à un focus group et par PEI. Le consentement libre et éclairé de ces professionnels était une condition pour participer à l'étude.

4.2.3 Classification du degré de dépendance des participants

Le modèle AGGIR, Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources, évalue les activités effectuées ou non par la personne seule, et permet de définir des "groupes iso-ressources" rassemblant des individus ayant des niveaux similaires de besoins d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le modèle comporte dix variables d'activité corporelle et cognitive (discriminantes) et sept variables d'activité domestique et sociale (illustratives). Les variables corporelles et mentales sont : toilette, habillage, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts, déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, alerte, cohérence et orientation. Les variables d'activité domestique et sociale sont : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement et activités du temps libre. Certaines variables comme la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, l'orientation et la cohérence sont codées sur plusieurs "sous-variables" (par exemple, la toilette du haut et celle du bas du corps nécessitent des capacités mentales, motrices et fonctionnelles sensiblement différentes). Dans ces cas, les règles spécifiques à appliquer sont indiquées pour chaque variable.

Six groupes iso-ressources ou Gir existent, calculés par un algorithme complexe imposant l'informatique. Le Gir 1 comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu

leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Le Gir 2 est composé essentiellement de deux sous-groupes : d'une part, les personnes qui sont confinées au lit ou au fauteuil tout en gardant des fonctions mentales non totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, une surveillance permanente et des actions d'aides répétitives de jour comme de nuit; d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices ainsi que certaines activités corporelles. La conservation des activités locomotrices induit une surveillance permanente, des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles, mais fréquentes pour les activités corporelles. Le Gir 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent pas majoritairement leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire. Le Gir 4 comprend deux sous-groupes essentiels : d'une part, des personnes n'assurant pas seuls leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement, et qui doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage, la plupart s'alimentent seules ; et d'autre part, des personnes qui n'ont pas de problèmes locomoteurs, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas. Dans ces deux sous-groupes, il n'existe pas de personnes n'assurant pas leur besoin lié à l'élimination, mais des aides partielles et ponctuelles peuvent être nécessaires (au lever, aux repas, au coucher et ponctuellement sur demande de leur part). Le Gir 5 est composé de personnes assurant seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques. Le Gir 6 regroupe les personnes indépendantes pour tous les actes discriminants de la vie courante. Le guide d'utilisation de l'échelle AGGIR est en Annexe 1.

À partir de cette grille, les infirmières responsables des CMS Valaisans et le médecin-gériatre du Département de la Haute Savoie ont catégorisé en trois groupes de difficultés dans les activités de la vie quotidienne, les personnes âgées respectant les critères d'inclusion à l'étude :

1. Sujets autonomes bénéficiant uniquement des prestations d'aide à domicile suivantes : repas, entretien et/ou, commissions (Gir 5 et 6) ;
2. Sujets présentant des difficultés physiques (Gir 2 à 4) ;
3. Sujets présentant des difficultés cognitives (Gir 2 à 4).

La sélection par bloc de 12 participants (quatre par groupe) a permis de recruter les sujets par CMS dans le Valais romand et parmi les bénéficiaires de l'APA en Haute-Savoie en tenant compte de la hiérarchie suivante : d'abord les sujets avec des difficultés cognitives, puis ceux

avec des difficultés physiques, et finalement les sujets autonomes bénéficiant uniquement des prestations d'aide à domicile de repas, entretien et/ou, achats.

4.3 Collecte de données

4.3.1 Personnes âgées

En partant de la liste fournie (selon les trois catégories de dépendance) par les structures de soins du Valais et de la Haute-Savoie, les potentiels participants ont été tirés au sort et invités à participer à l'étude. Une information écrite de l'étude a été mise à disposition pour les participants potentiels (Annexe 2). Du côté suisse, les formulaires d'information ont été déposés par les professionnels des structures de santé et d'aide à leur domicile lors d'une prestation. Après quelques jours de réflexion, les participants potentiels ont été contactés par téléphone par un assistant de recherche pour répondre à leurs éventuelles questions et obtenir leur accord verbal pour participer à l'étude. En cas d'acceptation, un rendez-vous à leur domicile a été pris par l'assistant de recherche pour donner plus d'informations sur l'étude et signer la déclaration de consentement de participation avant l'entretien. Du côté français, l'assistant de recherche a contacté par téléphone les potentiels participants et, après leur accord verbal, le formulaire d'information et de consentement leur a été envoyé. L'assistant de recherche a repris contact avec ces potentiels participants après la réception de ce courrier, afin de répondre à leurs questions et de savoir s'ils acceptaient de participer à cette étude. En cas d'acceptation, un rendez-vous à leur domicile a été pris par un membre de l'équipe de recherche pour donner plus d'informations sur l'étude et signer la déclaration de consentement de participation avant l'entretien. Le jour de l'entretien, l'interviewer a vérifié que toutes les informations et implications de la participation ont été comprises. La collecte de données s'est déroulée à l'aide d'un guide d'entretien et de dix photographies de technologies basées sur une revue de la littérature de celles actuellement disponibles dans le cadre de soins à domicile. Les entretiens par PEI ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audio.

4.3.2 Proches aidants

Lors de la rencontre avec la personne âgée à son domicile, le membre de l'équipe de recherche sollicitait le contact de son proche aidant pour l'inviter également à participer à l'étude. Après contact par téléphone avec le proche aidant significatif pour la personne âgée, des informations écrites par courriel ou courrier postal ont été envoyées (Annexe 2). En cas d'une réponse favorable à l'étude et d'accord pour signer le consentement de participation, un rendez-vous a été fixé à une date et lieu à sa convenance. Les données ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio.

4.3.3 Professionnels de la santé, de l'aide à domicile et du médico-social

En accord et collaboration avec les responsables des structures de soins à domicile, des services d'aide à domicile et des professionnels libéraux, deux focus groups dans le département de la Haute-Savoie et deux dans les CMS du Valais romand, de sept à huit personnes chacun, ont été organisés dans les locaux de leur structure respective. Les dates et heures pour les focus groups ont été proposés par l'équipe de recherche. Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile favorables à participer ont reçu la déclaration de consentement de participation avant le déroulement du focus group (Annexe 2). Les données ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur audio.

4.3.4 Instruments de collecte de données

Plusieurs types d'instruments ont été utilisés pour l'étude. Des entretiens individuels ont été réalisés avec les personnes âgées et les proches aidants. Des focus groups ont été réalisés avec les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

4.3.4.1 Guides d'entretiens individuels et pour le focus group

Des guides d'entretien pour les personnes âgées, les proches aidants et les focus groups avec les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont été développés et pré-testés (Annexe 3).

Les **entretiens semi-structurés** peuvent être définis comme une technique de collecte de données qui explore les expériences des participants et les significations qu'ils attribuent au sujet d'intérêt. Les chercheurs encouragent les participants à discuter des questions pertinentes à la question de recherche en posant des questions ouvertes. L'intervieweur pourrait reformuler, réorganiser ou clarifier les questions afin d'améliorer la compréhension de l'enquête sur les sujets présentés par le répondant. Ils peuvent également aider à identifier les facteurs potentiellement modifiables pour améliorer les soins de santé (52, 53).

Les **focus groups** peuvent être définis comme des discussions semi-structurées avec des groupes d'intervenants de 4-12 personnes qui visent à explorer un ensemble spécifique de questions. Les modérateurs commencent souvent le focus group en posant les questions générales sur le sujet d'intérêt, avant de poser des questions plus spécifiques. Bien que les participants répondent individuellement aux questions du chercheur, ils sont encouragés à parler et à interagir les uns avec les autres. Cette technique s'appuie sur la notion que l'interaction en groupe encourage les répondants à explorer et clarifier les points de vue individuels et partagés (52, 53, 54).

Pour les personnes âgées, le guide d'entretien englobe les questions suivantes : au quotidien, pourquoi avez-vous besoin d'aide ? Expliquez-moi comment se passe votre journée/semaine

habituelle. Qu'est-ce qui vous aiderait davantage ? On utilise parfois des technologies pour se faciliter la vie, qu'est-ce que vous en pensez ? Pensez-vous que certaines technologies pourraient vous aider à résoudre les problèmes dont nous venons de parler ? Qu'est-ce qui vous inciterait à les utiliser ? Au contraire, qu'est-ce qui vous retiendrait ? Est-ce que vous utilisez déjà des technologies ou des objets technologiques (but, fréquence) ? Comment avez-vous commencé à utiliser cette technologie ?

Pour les proches aidants, le guide d'entretien englobe les questions suivantes : dans quelle situation quotidienne aidez-vous votre proche (conjoint, parent, ...) ? Pratiquement, en quoi cela consiste-t-il (type d'aide, fréquence, durée) ? Pour faire face à ces situations, comment vous vous y êtes pris jusqu'à maintenant ? Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation où vous avez aidé votre proche ? Dans ces cas-là, qu'est-ce qui vous facilite la vie ? Stratégies personnelles ? Aides d'un tiers (professionnelles ou autres) ? Autres (moyens annexe et financier, aménagement, déménagement ...) ? Qu'est-ce qui vous aiderait davantage ?

On utilise parfois des technologies pour se faciliter la vie, qu'est-ce que vous en pensez en ce qui concerne l'aide que vous apportez à votre proche ? Pensez-vous que certaines technologies pourraient vous aider à résoudre les problèmes de la personne que vous aidez quotidiennement ? Comment cela pourrait vous soulager dans votre rôle d'aidant ? Qu'est-ce qui vous inciterait à les utiliser ? Au contraire, qu'est-ce qui vous retiendrait ?

Pour les professionnels de la santé, de l'aide à domicile et du médico-social, le guide d'entretien du focus group englobe les questions suivantes : racontez-nous les problèmes les plus fréquents que vous rencontrez lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile. En tant que soignant, qu'est-ce qui vous aiderait davantage lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile ? D'après votre expérience, qu'est-ce qui les aiderait davantage dans leur quotidien ? Quelles sont les technologies que vous utilisez plus fréquemment lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile ? Existe-t-il des technologies que vous utilisez particulièrement auprès des personnes ayant des difficultés physiques ? Cognitives ? Indépendantes ? Selon vous, qu'est-ce qui retiendrait les personnes âgées à utiliser ces outils technologiques ? Au contraire, qu'est-ce qui leur permettrait de les utiliser ?

4.3.4.2 Guide d'entretien PEI et photographies sélectionnées

Le guide PEI a été composé de dix photographies de technologies, sélectionnées par l'équipe de recherche et basées sur la classification de la gérontechnologie (48) et l'expertise empirique. Le Tableau 2 présente les technologies incluses dans la démarche PEI.

Tableau 2 : Technologies incluses dans la démarche PEI

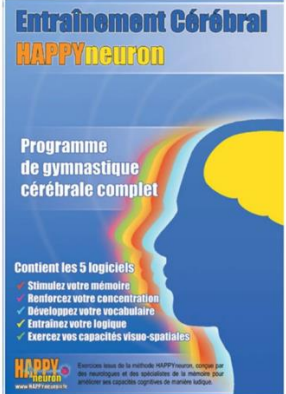
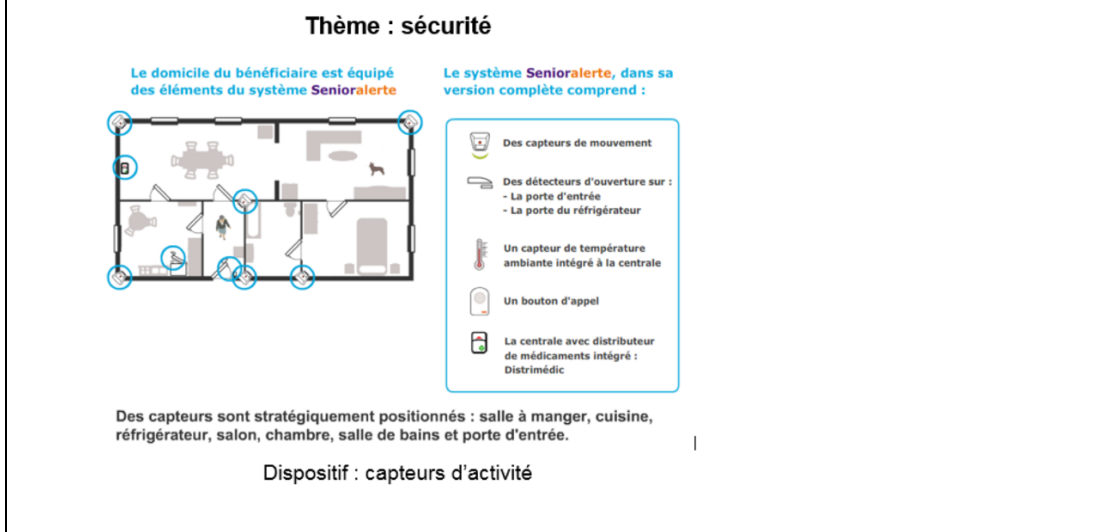
Photo 1 : Chemin lumineux Thème : sécurité  Dispositif : Chemin lumineux	Photo 2 : détecteur de chute Thème : sécurité  Dispositif : détecteur de chutes	Photo 3 : pilulier électronique Thème : sécurité  Dispositif : pilulier électronique
Photo 4 : aspirateur robot Thème : robotique  Dispositif : aspirateur robot	Photo 5 : robot de service Thème : robotique  Dispositif : robot de service	Photo 6 : bracelet GPS Thème : sécurité  Dispositif : bracelet GPS
Photo 7 : tablette tactile Thème : communication  Dispositif : tablette tactile	Photo 8 : réseau social Thème : aide aux aidants  Dispositif : réseau social	Photo 9 : entraînement cérébral Thème : entretien des capacités cognitives  Dispositif : entraînement cérébral

Photo 10 : capteur d'activité



Le guide PEI a été utilisé pour mener l'entretien et inviter le participant à sélectionner une ou plusieurs technologies jugées utiles auprès des trois groupes de participants, c'est-à-dire les personnes âgées, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Toutes les photographies ont été présentées l'une après l'autre avec l'information respective et, ensuite, étalées sur la table, suivies par les questions ci-dessous.

Pour les personnes âgées : Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie ? À quoi pourrait-elle vous servir ? Parmi toutes ces photos, pourriez-vous choisir celle(s) qui vous semble(nt) utile(s) / acceptable(s) pour votre quotidien ?

Pour les proches aidants : Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie ? À quoi pourrait-elle vous servir en tant que proche aidant ? Parmi toutes ces photos, pourriez-vous choisir celle qui vous semble la plus utile pour votre quotidien ?

Pour les professionnels de la santé et de l'aide à domicile : Qu'est-ce que vous pensez en voyant cette technologie ? À quoi pourrait-elle vous servir ? Parmi ces photos, quelle est celle que vous retiendriez, que ce soit dans l'aide qu'elle pourrait vous apporter ou dans l'aide qu'elle pourrait apporter aux personnes auprès de qui vous intervenez ?

4.3.5 Entretien par PEI comme méthode qualitative et quantitative

L'entretien par PEI est basé sur le concept d'insertion d'une ou plusieurs photographies des technologies dans un entretien de recherche afin « d'aider les personnes à voir » (55, 56). La différence entre les entretiens réalisés à l'aide d'images, et ceux utilisant uniquement des mots, est dans la façon de répondre à cette forme de représentation symbolique. Ceci a une base physique : les parties du cerveau qui reçoivent les informations visuelles sont évolutives et plus anciennes que les parties qui traitent l'information verbale. Ainsi, les images évoquent

des éléments plus profonds de l'être humain (57, 58). La conceptualisation de ce type de collecte de données se trouve dans la Figure 2.

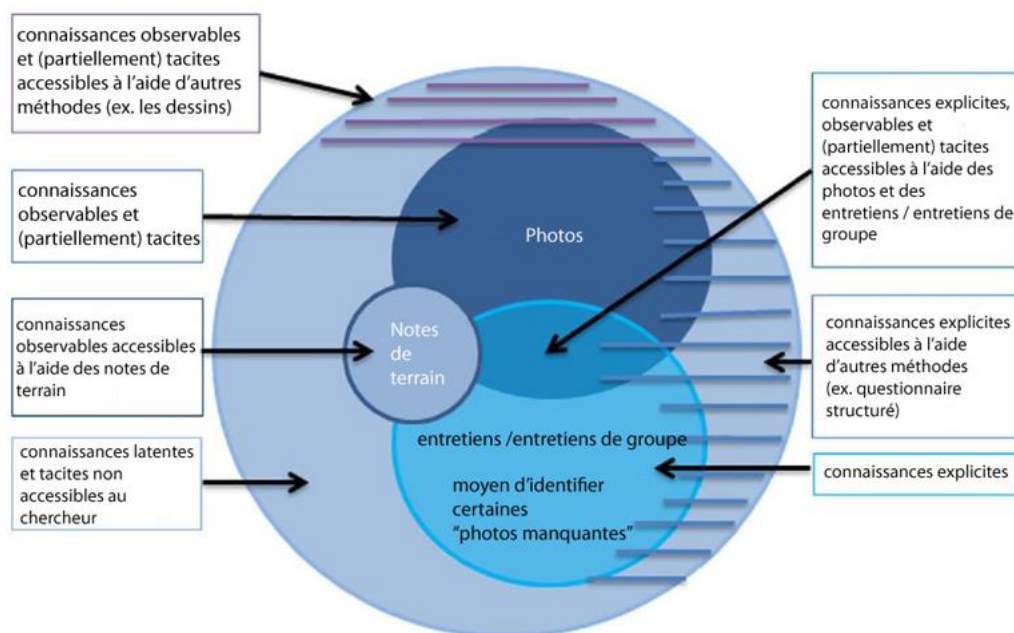


Figure 2. Conceptualisation de la collecte des données des perceptions des technologies chez les personnes âgées à domicile, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile (58) (Traduction libre, image en libre accès).

4.4 Analyse des données

Des statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques, de santé et professionnelles des participants, ainsi que la(les) photographie(s) ayant été sélectionné(es). Des statistiques exactes (test du chi carré, test exact de Fisher) ont été calculées pour explorer les différences entre les données catégorielles (caractéristiques sociodémographiques et la(les) photographie(s) sélectionnées). Les statistiques non paramétriques ont été effectuées pour explorer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et les photos (corrélations de Spearman ou de Kendall Tau selon l'échantillon). Les résultats statistiquement significatifs ont été fixés $p < 0,05$. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM Statistical Package for the Social Sciences-SPSS 25.0 (59)-

Les entretiens et PEI ont été transcrits en verbatim puis analysés selon une approche d'analyse qualitative de contenu (60, 61) en utilisant NVivo 11© QSR International (62)- L'analyse du PEI a été menée en parallèle, dans un processus itératif transversal et en développant des thématiques émergentes. L'analyse quantitative du contenu des PEI a exploré les similitudes et les différences entre les participants et les technologies choisies.

Cette analyse a le but d'être complémentaire à l'analyse thématique (63). La méthodologie d'analyse des données a été schématisées dans le Tableau 3.

Pour garantir la fiabilité des résultats, la démarche décrite par Graneheim & Lundman a été adoptée (64). Les retranscriptions des entretiens ont été lues plusieurs fois pour obtenir un sens de l'ensemble. Compte tenu du contexte, les unités de signification ont été condensées en une description proche de celle du texte, le contenu du manifeste et, dans la mesure du possible, en une interprétation du sens sous-jacent, le contenu latent. La condensation des données a été faite sous forme d'une analyse du contenu d'exploration dirigée à partir d'une construction catégorielle (dimensions du guide d'entretien). Étant donné que certaines parties du texte étaient beaucoup plus concentrées qu'un texte d'interview, il était difficile d'obtenir plus de condensation. Une fois la condensation réalisée, les unités de sens ont été considérées comme un tout et ont été abstraites en thèmes. Ce processus de réflexion et de discussion a abouti à un accord sur un ensemble de thèmes lors d'une journée de travail et mise en commun avec l'équipe de recherche. La présentation des résultats a été faite à la lumière des catégories et occurrences retenues en les illustrant d'exemples significatifs incluant notamment des verbatim issus des entretiens.

Tableau 3 : Stratégie d'analyse des entretiens individuels et de groupes et PEI (63, 64)

	Participants	
Transcriptions des entretiens		- Transcriptions de l'entretien par photo élicitation (PEI) - Base de données avec la sélection de la/les photos
↓		↓
Codage – pattern – catégorie – sous-thème – thèmes	↔ <i>Processus itératif</i> ↔	Codage – pattern – catégorie – sous thème et thèmes Similarités et différences entre le choix des photos
Analyse qualitative	↓	Analyse qualitative et quantitative
↓		↓
<i>Triangulation des concepts émergents des transcriptions des entretiens et PEI</i>		
Synthèse globale		

4.5 Considérations éthiques

Un protocole de recherche a été soumis et approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD) en Suisse et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés en France (CNIL). Toutes les données collectées ont été traitées de manière confidentielle. Les résultats ont été présentés sous forme agrégée respectant l'anonymat des participants. Aucun participant ne sera identifiable que ce soit dans les présentations ou dans les publications.

5 RÉSULTATS

Ce chapitre expose les résultats obtenus lors de l'action 2 du projet INTERREG France-Suisse « Autonomie 2020 ». Il présente en premier lieu les échantillons étudiés avec les caractéristiques sociodémographiques, de santé et professionnelles des participants. La deuxième section du chapitre présente l'analyse du contenu des entretiens. La troisième section présente la sélection des technologies proposées dans le catalogue PEI. Le chapitre se termine avec une analyse des associations entre les caractéristiques sociodémographiques, de santé et professionnels des différents groupes de participants et les sélections des technologies du catalogue PEI.

5.1 Echantillons et données sociodémographiques des participants

5.1.1 Personnes âgées

La moyenne d'âge des personnes âgées ayant participé à des entretiens est de 82,3 ans (écart type 7,2 ans). Environ deux tiers (60%) de l'échantillon réside dans un milieu urbain, versus un tiers (40 %) dans un milieu rural. A la page suivante le Tableau 4 présente les détails des données sociodémographiques et les classes AGGIR.

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et classes AGGIR des personnes âgées incluses dans l'étude (n= 68)

Caractéristiques sociodémographiques et de santé		France	Suisse	Total
Age	<i>Moyen (ET)</i>	82,51 (6,1)	82,10 (8,4)	82,34 (7,2)
	<i>Minimum</i>	68 ans	64 ans	64 ans
	<i>Maximum</i>	95 ans	95 ans	95 ans
Sexe	<i>Hommes (%)</i>	8 (12)	10 (15)	18 (26)
	<i>Femmes (%)</i>	32 (47)	18 (26)	50 (74)
Lieu de vie	<i>Rural (%)</i>	18 (26)	9 (13)	27 (40)
	<i>Urbain (%)</i>	22 (32)	19 (28)	41 (60)
Degré d'autonomie	<i>Indépendant (%)</i>	13 (19)	11 (16)	24 (35)
	<i>Difficultés physiques (%)</i>	14 (21)	9 (13)	23 (34)
	<i>Difficultés cognitives (%)</i>	13 (19)	8 (12)	21 (31)
Classe AGGIR	<i>GIR-2 (%)</i>	2 (3)	- (0)	2 (3)
	<i>GIR-3 (%)</i>	6 (9)	- (0)	6 (9)
	<i>GIR-4 (%)</i>	20 (29)	12 (18)	32 (47)
	<i>GIR-5A (%)</i>	- (0)	6 (9)	6 (9)
	<i>GIR-5B (%)</i>	4 (6)	- (0)	4 (6)
	<i>GIR-5C (%)</i>	1 (1)	- (0)	1 (1)
	<i>GIR-6 (%)</i>	1 (1)	- (0)	1 (1)
	<i>GIR-6A (%)</i>	5 (7)	10 (15)	15 (23)
	<i>GIR-6B (%)</i>	1 (1)	- (0)	1 (1)
Groupe « Indépendantes »				
<i>Femme</i>				
	<i>GIR 4 – 6B (%)</i>	12 (18)	8 (12)	20 (29)
<i>Homme</i>				
	<i>GIR 6 – 6A (%)</i>	1 (1)	3 (4)	4 (6)
Groupe « Difficultés physiques »				
<i>Femme</i>				
	<i>GIR 2-4 (%)</i>	11 (16)	- (0)	11 (16)
	<i>GIR 4-5A (%)</i>	- (0)	5 (7)	5 (7)
<i>Homme</i>				
	<i>GIR 4 (%)</i>	3 (4)	- (0)	3 (4)
	<i>GIR 4-6A (%)</i>	- (0)	4 (6)	4 (6)
Groupe « Difficultés cognitives »				
<i>Femme</i>				
	<i>GIR 2-4 (%)</i>	9 (13)	- (0)	9 (13)
	<i>GIR 4-6A (%)</i>	- (0)	5 (7)	5 (7)
<i>Homme</i>				
	<i>GIR 3-4 (%)</i>	4 (6)	- (0)	4 (6)
	<i>GIR 4-6A (%)</i>	- (0)	3 (4)	3 (4)

Note : pour les groupes difficultés physiques et difficultés cognitives des différences entre les classes AGGIR des participants français et suisses apparaissent. Ceci s'explique pour une grande partie par des différences dans la réalisation de l'évaluation clinique des participants avec la grille AGGIR et des différences dans les données de santé disponibles des participants lors de la collecte de données entre les deux pays.

5.1.2 Proches aidants

Vingt et un entretiens ont été menés auprès de proches aidants âgés en moyenne de 68,4 ans et dont la répartition hommes femmes est la suivante : 16 femmes et 5 hommes. La majorité des répondants sont à la retraite (n=13), vivent dans un milieu urbain (n=13) et prennent en charge un proche atteint de troubles cognitifs (n=12) et nécessitant une aide partielle à la toilette et à l'habillage (n=6). Les proches dont ils s'occupent sont en majorité un conjoint (n=9) ou un parent (n=9). Les proches aidants interrogés sont établis soit en Suisse, dans le Valais, soit en France, en Haute-Savoie. Le Tableau 5 présente les détails sociodémographiques des proches aidants désignés par les personnes âgées.

Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques des proches aidants interrogés (n=21)

Caractéristiques sociodémographiques des proches aidants		
Age (n=21)	Moyen (écart –type)	68,4 ans (13,4)
	Minimum	43 ans
	Maximum	88 ans
Sexe (n=21)	Homme (%)	5 (24)
	Femme (%)	16 (76)
Degré de dépendance personne aidée (n=21)	Indépendant (%)	3 (14)
	Majoritairement difficultés physiques (%)	6 (29)
	Majoritairement difficultés cognitives (%)	12 (57)
Groupe de GIR de la personne aidée (n=20)	GIR 2 (%)	2 (10)
	GIR 3 (%)	3 (15)
	GIR 4 (%)	8 (40)
	GIR 5A (%)	3 (15)
	GIR 5 B (%)	1 (5)
	GIR 5 C (%)	1 (5)
	GIR 6 (%)	2 (10)
Relation avec l'aidé (n=21)	Epoux/épouse (%)	9 (43)
	Fille/fils (%)	9 (43)
	Frère (%)	1 (5)
	Amie (%)	2 (9)
Activité	Activité professionnelle (%)	8 (38)
	Retraité (%)	13 (62)
Milieu de vie	Rural (%)	8 (38)
	Urbain (%)	13 (62)
Pays de résidence	France (%)	12 (57)
	Suisse (%)	9 (43)

5.1.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Les quatre focus groups, composés de huit participants, ont réuni 32 professionnels de la santé et de l'aide à domicile ou des professionnels médico-sociaux exerçant leurs fonctions au sein des CMS du Valais romand pour les participants suisses et au sein des Services d'Aide ou de Soins à Domicile, du Conseil Départemental ou en tant que libéral pour les participants français. Les participants avaient un âge moyen de 46,7 ans et étaient en majorité des femmes. Les soignants interrogés sont tous référents d'une personne âgée ayant participé à l'étude. Au niveau de leur rôle professionnel, les focus groups ont réuni des médecins, des infirmiers et cadres infirmiers, des auxiliaires de vie, des aides-soignantes et des assistantes en soins et de santé communautaires, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes (cf. Tableau 6, page suivante).

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants aux focus groups

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles		
Age	Moyen (écart-type)	46,7 (9,1)
	Minimum	25
	Maximum	60
Sexe	Homme (%)	3 (9)
	Femme (%)	29 (91)
Profession	Infirmiers (%)	11 (34)
	Assistante sociale (%)	2 (6)
	Ergothérapeute (%)	1 (3)
	Médecins (%)	3 (10)
	Auxiliaire de vie (%)	10 (31)
	Assistante de soins et de santé communautaire (%)	3 (10)
	Cadres de soins (%)	2 (6)
Pays de résidence	France (%)	16 (50)
	Suisse (%)	16 (50)

5.2 Contenus des entretiens individuels et des focus groups

5.2.1 Personnes âgées

Pour l'échantillon des personnes âgées interrogées, un total de 40 heures et 53 minutes d'entretiens individuels ont été effectués, avec une moyenne de plus de 36 minutes par personne âgée (écart-type = 13 minutes), un minimum de 16 minutes et un maximum de 1 heures et 16 minutes. Les contenus des entretiens sont présentés dans l'ordre suivant : les besoins d'aide exprimés, les technologies, les perceptions concernant la technologie et les facilitateurs et obstacles à l'utilisation de technologies. Chaque sous-section comprend un tableau contenant les résultats par groupe. Il est suivi par une illustration des résultats les plus souvent mentionnés à l'aide de verbatim des participants.

5.2.1.1 Besoins d'aide exprimés

Le Tableau 7 présente les besoins d'aide exprimés par les personnes âgées par groupe dans un ordre décroissant. Entre parenthèse se trouve le nombre de fois où le besoin a été mentionné dans les entretiens codés.

Tableau 7 : Besoins d'aide exprimés des personnes âgées par groupe

Besoins exprimés		
<i>Difficultés physiques</i>	<i>Difficultés cognitives</i>	<i>Indépendantes</i>
Ménage (4)	Préparation et/ou prise de la médication (7)	Ménage (7)
Chute (4)	Aide aux repas (5)	Chute (4)
Hygiène corporelle (3)	Chute (5)	Douleurs (4)
Douleurs (3)	Ménage (5)	Solitude (3)
Difficulté vision (3) et d'audition	Mémoire et/ou concentration (5)	Fatigue (2)
Aide aux repas (3)	Douleurs (4)	Equilibre (2)
Déplacement à l'extérieur (3)	Déplacement à l'extérieur (2)	Achats (2)
Faiblesse musculaire (2)	Hygiène corporelle (2)	Adaptation architecturale (2)
Préparation et/ou prise de la médication (2)	Achat (2)	Aide aux repas (2)
Solitude (2)	Solitude (2)	Vertige (2)
Habillage (2)	Régime alimentaire	Préparation et/ou prise de la médication (2)
Achats (2)	Habillage	Gestion administrative
Difficulté de préhension	Surveillance état de santé	Manque de force
Peur	Adaptation architecturale	Manque d'envie
Diabète	Tristesse	
Mémoire	Vision	
Adaptation architecturale	Gestion administrative	
Exercices de physiothérapie		
Sommeil		
Gestion administrative		
Vertiges		

Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées qui présente majoritairement des difficultés physiques, maintenir son logement propre et éviter de chuter sont les besoins le plus souvent mentionnés. Par exemple 006 nous dit :

« J'ai besoin d'aide surtout pour faire le ménage, pour balayer et laver la maison. Pour ça, j'ai besoin. Pour faire les carreaux, je peux pas, non plus. »

001 pour sa part, compte ses chutes :

« En un mois, j'ai fait 5 chutes. »

Maintenir une hygiène corporelle suffisante, les déplacements à l'extérieur, se préparer à manger et faire face aux douleurs sont également des besoins d'aide régulièrement mentionnés par les personnes âgées de ce groupe.

Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées qui présente majoritairement des difficultés cognitives, le principal besoin d'aide est de gérer sa médication. La participante 003 nous dit :

« Moi, je sais même pas ce que je prends. »

D'autres besoins ont été fréquemment mentionnés pendant les entretiens : se préparer les repas, éviter de chuter, maintenir son logement propre, faire face à des problèmes de mémoire et à des douleurs.

Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées plutôt indépendantes, le principal besoin mentionné par ces participants est celui de maintenir son domicile dans un état de propreté suffisant. Le participant 072 s'exprime en ces termes à ce sujet :

« Et pour pouvoir rester dans la maison, eh ben, il faut aider un peu, à nettoyer. Donc, je demande que 2 heures de nettoyage tous les 3 semaines. »

Éviter les chutes et faire face à des douleurs ont aussi été régulièrement mentionnés.

5.2.1.2 Technologies utilisées

Le Tableau 8 présente les technologies utilisées par les personnes âgées par groupe dans un ordre décroissant. Entre parenthèses se trouve le nombre de fois où la technologie a été mentionnée dans les entretiens codés.

Tableau 8 : Technologies utilisées par les personnes âgées par groupe

Technologies utilisées		
Difficultés physiques	Difficultés cognitives	Indépendantes
Téléalarme (5)	Téléphone portable (3)	Téléphone portable (6)
Téléphone portable (4)	Téléalarme (3)	Téléalarme (3)
Tablette (2)	Ordinateur	Tablette (3)
Ordinateur (2)	Fauteuil releveur électrique	Monte-escalier
Déambulateur (2) et béquilles	Lit électrique	Fauteuil releveur électrique
Bâtons de marche	Monte-escalier	Ordinateur
Fauteuil roulant	Déambulateur	Chemin lumineux
Micro-onde		Robot tondeuse
Fauteuil roulant électrique		Robot aspirateur
Le « Victor » (dispositif de lecture en audiodescription)		
Montre parlante		

Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés physiques, le dispositif de téléalarme a été le plus fréquemment mentionné. Le participant 051 explique :

« Je n'ai jamais employé, ils sont venus la mettre. Sans autre, une infirmière. »

Le téléphone portable est apparu régulièrement dans le discours des personnes âgées. Le participant 012 expose qu'elle l'utilise tous les jours :

« Ben, je l'ai toujours dans ma poche. »

Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés cognitives, les mêmes technologies sont principalement utilisées que pour le groupe avec majoritairement des difficultés physiques. Le participant 076 exemplifie l'utilisation du téléphone portable :

« Ouais, j'ai mon frère il est parti en... il est parti où ? Il est parti en Suède, non, il a fait un tour du monde, il est parti en Chine, il est parti au Vietnam, là-bas il y a pas les réseaux. Singapour il y a pas, [...] il m'envoyait des photos, au moins trois cents photos j'ai reçu. »

Pour ce qui est de la téléalarme, la participant 085 explique la raison qui l'a mené à utiliser cette technologie :

« Ça, ça fait un mois, ou deux, voilà. Parce que je suis tombé là, dans la cuisine »

Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées plutôt indépendantes, le téléphone portable est la technologie qui est principalement apparue lors des entretiens. Le participant 053 exprime comment ce dispositif est utilisé :

« Je l'emploie et pour téléphoner [...] mais ça s'arrête là. »

La téléalarme, comme dans les autres groupes, est utilisée par plusieurs participants. Le participant 007 reconnaît l'utilité du dispositif :

« C'est ce qui m'a sauvé la vie et deux fois. Parce que, quand je suis allée à l'hôpital, le cardiologue m'a dit c'est votre rapidité, votre téléalarme qui vous a sauvé. »

Un dispositif qui a été mentionné autant que la téléalarme est la tablette ; elle semble être surtout utilisée pour se distraire, comme le mentionne 049 :

« Eh ben, j'ai une tablette et je ne sais pas m'en servir autrement que pour jouer, voilà. »

5.2.1.3 *Perceptions des personnes âgées sur les technologies*

Le Tableau 9 présente les perceptions sur les technologies des personnes âgées par groupe dans un ordre décroissant. Entre parenthèses se trouve le nombre de fois où la perception a été mentionnée dans les entretiens codés.

Tableau 9 : Perceptions sur les technologies des personnes âgées par groupe

Perceptions sur les technologies		
<i>Difficultés physiques</i>	<i>Difficultés cognitives</i>	<i>Indépendantes</i>
Utile mais pour d'autres problèmes de santé (5)	A priori positif (4)	Incompréhension (5)
	A priori négatif (3)	A priori négatif (4)
Utile mais pas maintenant (4)	Utile mais pas maintenant (3)	Utile mais pour d'autres personnes (3)
Incompréhension (4)	Utile mais pour d'autres problèmes de santé (3)	A priori positif (3)
A priori négatif (4)	Incompréhension (3)	Utile mais pour d'autres problèmes de santé (2)
A priori positif (3)	Utile mais pour quelqu'un d'autre	Utile mais pas maintenant
		Utile maintenant

Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés physiques en considérant le besoin perçu en technologies, les participants expliquent que la technologie peut être utile mais pour des personnes qui ont d'autres problèmes de santé ou pour eux-mêmes mais seulement lorsqu'ils auront plus de difficulté dans leur quotidien. Par exemple 006 explique que l'utilisation de technologie est :

« Pour des personnes qui sont, qu'on peut pas aller de l'avant. » 063 s'imagine en avoir besoin dans le futur ; *« Pas pour le moment, en tous les cas. Peut-être dans quelques années, oui, mais pas... [...] éventuellement, admettons que je rencontre des problèmes dans quelques années, parce que j'ai... voilà, à cause de l'âge, déjà ! »*

Considérant l'intérêt pour les technologies les a priori négatifs ou positifs ont souvent été mentionnés. Une perception négative est mentionnée par 053 :

« Parce que tous ces... ces, ces technicités modernes et tout ne m'intéressent pas beaucoup. Parce que ça ne correspond pas du tout à, à ma vie passée. »

Le participant 073 a un avis opposé à ce dernier :

« Mais si quelque chose peut faciliter la vie, pourquoi pas ? À mon âge, c'est le moment ou jamais d'essayer. »

Cependant si l'on parle de la technologie en générale, c'est souvent l'incompréhension qui surgit. L'avis du participant 075 exemplifie cela :

« Des technologies, qu'est-ce que vous entendez sur technologie ? »

Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés cognitives, le discours à propos du besoin d'utiliser une technologie est semblable à celui des personnes âgées du groupe avec majoritairement des difficultés physiques. Le participant 009 explique qu'il n'en voit pas l'utilité dans sa situation actuelle :

« Ça peut servir automatiquement, hein, bien sûr, mais pour le moment, non. Pour le moment non. »

Le participant 013 pense que si elle avait des problèmes de santé plus grave certains dispositifs pourraient lui être utiles :

« Je trouve que ça, il faut j'aille vraiment mal, hein, pour mettre ça. »

L'intérêt ou non par rapport aux technologies (a priori positif ou négatif) est aussi régulièrement apparu dans ce groupe. L'a priori positif du participant 009 au sujet de la technologie est exemplaire :

« Moi je pense que c'est... on est en 2017, je pense que c'est une nécessité, hein. »

Le participant 085 s'exprime en défaveur :

« Et puis, du pas bon du tout, parce que c'est des fois complètement néfaste, comme certaines choses, qui sont mises à disposition des gens, de moi même, qui sont pas toujours en capacité de comprendre. »

Comme pour les participants du groupe avec majoritairement des difficultés physiques, le mot technologie, sans mise en contexte, n'est pas compris. Comme le dit 082 :

« Je sais pas ce qu'est-ce que ça veut dire. »

Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées plutôt indépendantes, c'est principalement le fait que la technologie soit utile à d'autres personnes qui apparaît dans le discours des participants. Le participant 007 donne son avis :

« Ben, c'est bien pour les gens qui n'ont pas beaucoup de visites, ou les gens qui ne sont pas aidés par leur famille. Et moi, c'est pas mon cas. Alors donc, non. ».

L'incompréhension du terme « technologie » est, comme pour les autres groupes, régulièrement mentionnée. Elle est exprimée par la participant 010 en lien avec un manque de connaissance :

« Je ne sais pas lesquelles, c'est ça, le problème. [...] C'est ça parce que je vois pas tout... comme ça, je vois pas bien [...] parce que, bon je sais bien qu'il existe des tas de choses maintenant, mais bon je connais pas tout non plus. »

Avec le même ordre d'importance que pour les deux autres groupes, les a priori positifs ou négatifs sont apparus dans les discours des participants du groupe plutôt indépendant. Par exemple, 072 donne son avis par rapport à internet :

« Aujourd'hui, avec quoi je ne suis pas d'accord, c'est avec internet. Ça, ça va détruire la planète. Voilà, d'une façon ou d'une autre, parce qu'il y a un grand danger avec ça, surtout pour ceux qui s'y connaissent très bien, ils peuvent mettre à plat la terre entière. Donc internet ne m'intéresse pas, mais vraiment pas ; donc l'ordinateur non plus. »

Le participant 083 partage sa perception positive :

« Si c'est plus facile pour nous, pour nous soulager, pourquoi pas, hein ? »

5.2.1.4 Facilitateurs à l'utilisation d'outils technologiques

Le Tableau 10 présente les facilitateurs à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe dans un ordre décroissant. Entre parenthèses se trouve le nombre de fois où la perception a été mentionnée dans les entretiens codés.

Tableau 10 : Facilitateurs à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe

Facilitateurs à l'utilisation de technologies		
<i>Difficultés physiques</i>	<i>Difficultés cognitives</i>	<i>Indépendantes</i>
Sentiment de sécurité (2)	Utilisation avec membre de la famille (2)	Sentiment de sécurité (5)
Aide financière (2)	Dispositif utile	Cadeau du dispositif (3)
Aide à l'utilisation d'un membre de la famille (2)	Aide à l'utilisation d'un membre de la famille	Aide à l'utilisation (3)
Recommandations de professionnels de la santé et de l'aide à domicile (2)	Utilisation facile	Facile d'utilisation (3)
Choix d'un membre de la famille (2)	Choix d'un membre de la famille	Utilisation antérieure par le conjoint
Cadeau du dispositif (2)	Cadeau du dispositif	Choix d'un membre de la famille
Cours d'utilisation du dispositif (2)	Aide financière	Solution à un problème de santé
Aide pour demande de dispositif	Recommandations de professionnels de la santé et de l'aide à domicile	Dispositif similaire déjà utilisé
En faveur du progrès	Sentiment de sécurité	Cours pour l'utilisation
Avoir travaillé avec un dispositif		Avoir travaillé avec des technologies
Connaître les dispositifs et pouvoir les essayer		Recommandations de professionnels de la santé et de l'aide à domicile
Prêt du dispositif		
Apprendre à utiliser		

Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour le groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés physiques considérant le réseau social et familial, l'aide des enfants et petits-enfants à l'utilisation d'une technologie est un facilitateur mentionné. C'est souvent eux qui offrent par exemple un dispositif qu'ils n'utilisent plus. Le fait que les enfants choisissent un dispositif, par exemple dans le cas de la téléalarme, est également un facilitateur à l'utilisation du dispositif. Si l'on se réfère à l'importance des institutions (p. ex. : soins à domicile, fondation en faveur de personnes ayant un type de problème de santé spécifique), les participants de ce groupe ont mentionné que le fait de recevoir un subside pour l'acquisition d'un dispositif est un facilitateur tout comme le fait de recevoir des recommandations de la part de professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Le participant 073 explique l'aide financière qu'elle a reçu :

« C'était marqué « si on voulait bien remplir une feuille ». [...] il nous a écrit qu'il nous remboursait la moitié. Je crois que c'est une société pour les aveugles. »

Le participant 035 exemplifie l'aide reçue de la part de professionnels de la santé:

« [...] il y a un foyer des aveugles, c'est eux, qui me l'ont proposé. [...] Et qui m'ont vendu la montre [montre parlante]. »

En ce qui concerne les croyances et les attitudes, plusieurs facilitateurs sont apparus lors des entretiens, le fait que le dispositif accroisse le sentiment de sécurité en est un. L'aide financière et le cadeau peuvent également être considérés car ils influencent la volonté d'investir dans l'acquisition d'un dispositif.

Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés cognitives, l'utilisation avec un membre de la famille d'un dispositif a été relevé lors des entretiens. Comme l'explique 076 :

« Ouais, c'est vrai. Ma petite fille déjà, elle a une tablette, et mon fils il a mis mon numéro à [prénom de la petite-fille]. Alors, des fois, elle m'appelle : « He ! Salut grand-papa, ça va ? » elle est marrante, elle m'appelle des fois. »

Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées plutôt indépendantes, le cadeau du dispositif et recevoir de l'aide sont les principaux facilitateurs provenant de l'entourage. Le participant 084 explique sa situation :

« Mais écoutez, ce téléphone portable, c'est mon fils qui me l'avait offert, moi, je voulais pas. Et c'est lui qui m'a dit : « tu vas te promener... » enfin, bref ! »

Le participant 083 exprime :

« Il faudrait quelqu'un qui vient, et puis, qui l'explique et qui le met en marche et puis qui dit : « Tu dois faire comme ceci, comme cela. » »

En considérant les croyances et attitudes facilitatrices, le fait de se sentir plus sûr en ayant une technologie est le principal facilitateur pour ce groupe. La participante 084 l'explique en lien avec sa situation personnelle :

« Et puis, je me suis sentie pas sûre, parce que j'y pensais, mais comme je dis, je remets, je remets. Et puis en plus, il y a personne, vous voyez j'ai des voisins qui sont supers, mais les jeunes travaillent et puis les vieux ils sont pas plus costauds que moi, hein. Alors j'ai dit : « Bon ben. » Et puis alors, c'est un peu une sécurité, même si comme je vous dis, j'espère que j'en aurai jamais besoin [...]. »

Les propriétés d'un dispositif, comme sa facilité d'utilisation, influencent les personnes âgées. 010 décrit l'utilisation de son monte-escaliers :

« Oui, oui, l'utilisation, vous appuyez sur un bouton, il n'y a rien de compliqué, hein. Il n'y a rien de compliqué. On a des manettes, il y en a une en haut, une en bas, donc ça dépend où on se trouve, où on se trouve eh, ben on prend la manette. Et puis, si on monte sur l'escalier, le monte-escaliers, on se sert sur l'appareil. »

5.2.1.5 Obstacles à l'utilisation d'outils technologiques

Le Tableau 11 présente les obstacles à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe dans un ordre décroissant. Entre parenthèses se trouve le nombre de fois où la perception a été mentionnée dans les entretiens codés.

Tableau 11 : Obstacles à l'utilisation de technologies pour les personnes âgées par groupe

Obstacles à l'utilisation de technologies		
Difficultés physiques	Difficultés cognitives	Indépendantes
Avoir une stratégie qui a la même utilité que la technologie (5)	Manque de connaissance (5)	Avoir une stratégie qui a la même utilité que la technologie (4)
Difficulté d'utilisation (5)	Difficulté d'utilisation (5)	Difficulté d'utilisation (3)
Difficulté financière (3)	Préférez des contacts humains (5)	Difficulté financière (3)
Pas de connexion internet (2)	Avoir une stratégie qui a la même utilité que la technologie (5)	Considérer le dispositif inutile ou inefficace (2)
Proches aidants pas disponibles (2)	Difficulté financière (3)	Coût d'entretien
Préférez des contacts humains (2)	Considérer le dispositif inutile (2)	Manque de place
Manque de connaissance	Manque d'intérêt (2)	Manque d'intérêt
Difficulté à l'apprentissage pour utiliser un dispositif	Considérer le dispositif inefficace	Manque de connaissance
Manque de temps de la personne qui aide à apprendre à utiliser	Non-approbation du proche aidant	Volonté de ne pas utiliser
Esthétisme	Manque d'envie	Pannes
Considérer le dispositif inutile	Refus de toute technologie	Impression d'être surveillé
Le dispositif perturbe la vie quotidienne	Pannes	Préfère les contacts humains
Peur	Pas d'ordinateur	Le dispositif perturbe la vie quotidienne
	Pas de connexion internet	Mauvaise expérience avec une entreprise

Pour tous les groupes un des obstacles principaux pour utiliser une technologie est le fait d'avoir à disposition une stratégie efficace qui évite l'utilisation de technologies, ou d'utiliser une technologie familière, ou de mobiliser le réseau formel et informel. Dans le cas d'éviter l'utilisation de technologies, pour ce qui est du chemin lumineux, plusieurs participants expliquent qu'ils allument une lampe de chevet et que l'éclairage est suffisant pour aller jusqu'aux toilettes. Pour ce qui est d'utiliser le réseau d'aide professionnelle, les participants ne souhaitent, par exemple, pas remplacer le robot aspirateur par la personne qui vient faire le ménage à leur domicile. Les proches sont aussi souvent mentionnés. Dans la situation du participant 013 par rapport au pilulier électronique :

« (souffle) ! Mais moi, je vous dis, j'en éprouve pas le besoin. Oh ! Si j'ai quelque chose de spécial, il y a encore ma fille qui vient. Trois fois par semaine, qui est infirmière justement. »

Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés physiques, les propriétés du dispositif qui le rendent difficile à utiliser par le participant sont les principaux obstacles. Le participant 035 explique en parlant de la tablette :

« Parce que pour la manipulation de cet appareil m'est très compliqué, hein. Il faut que je le tourne dans tous les sens pour savoir comment il est, dans quel sens il... non ça ne m'intéresse pas. »

Un autre obstacle est le coût de l'acquisition d'une nouvelle technologie, comme l'explique le participant 006 :

« Ah ! Ben oui, parce que je peux pas dire que je vais acheter quoi que ce soit, en supplément de ce qu'on a tous les jours, parce qu'on n'a pas les moyens. »

Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées avec majoritairement des difficultés cognitives, la difficulté d'utilisation est aussi le principal obstacle, tout comme le manque de connaissance par rapport aux technologies. Ces deux obstacles se retrouvent dans le discours du participant 020 :

« Alors moi, un ordinateur, j'en veux pas déjà. Ça, c'est exclu, je ne veux pas d'ordinateur. [...] Ah ben parce que je saurais pas m'en servir. Il est là. »

Également au sein du groupe avec majoritairement des difficultés cognitives, le fait de préférer des contacts humains plutôt qu'une « aide technologique » est apparu dans plusieurs entretiens. Le participant 076 s'exprime par rapport au robot de service :

« Déjà pour la personne, l'infirmière qui travaille, un robot c'est pas humain, tandis qu'une infirmière pour discuter, donner un petit mot doux, sourit un petit peu, mais un robot il est là : boum, boum. »

Les difficultés financières ont aussi été mentionnées régulièrement comme un obstacle à l'utilisation, comme le mentionne le participant 076 :

« Ouais, les robots, ouais il faut les moyens pour acheter. »

Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Pour ce qui est du groupe des personnes âgées plutôt indépendantes, c'est également les difficultés financières et d'utilisation qui ont été le plus souvent mentionnées. Pour ce qui est de l'aspect financier, le participant 010 raconte :

« Ben, disons, que c'est bien, c'est bien, mais ça doit avoir un coût. [...] Ben oui, parce que... bon, moi je paye quand même la maison de retraite, faut pas l'oublier. La pension à mon mari, malheureusement, elle n'en paye que la moitié. »

En ce qui concerne les difficultés d'utilisation le participant 010 explique à propos de la tablette :

« [...] là, je sais pas m'en servir [...], ma fille elle en a une. Mes petits-fils ils ont en une chacun, mais pour l'instant, ça m'a pas intéressé. »

5.2.2 Proches aidants

Pour les proches aidants interrogés, un total de 12 heures et 25 minutes d'entretiens individuels ont été effectués, avec une moyenne de plus de 35 minutes par proche aidant (écart-type = 13 minutes), un minimum de 13 minutes et un maximum de 1 heures et 05 minutes. Les contenus des entretiens sont présentés dans l'ordre suivant : les besoins d'aide apportée, les besoins d'aide exprimés, les technologies utilisées, les perceptions sur les technologies, et les facilitateurs et obstacles à l'utilisation de technologies. Chaque section comprend un tableau contenant les résultats, suivi par une illustration des résultats les plus souvent mentionnés à l'aide de verbatim des participants. Les résultats obtenus ont été classés par thématiques et sont présentés dans les paragraphes suivants.

5.2.2.1 Aide apportée par les proches aidants

Le Tableau 12 présente les différents types d'aide apportée par les 21 proches aidants interviewés.

Tableau 12 : Description de l'aide apportée par les proches aidants

Aide apportée par les proches aidants
Préparer/ apporter les repas (16)
Courses (14)
Administratif (11)
Ménage et entretien de la maison (11)
Surveillance et accompagnement réguliers (10)
Soins d'hygiène et habillage (9)
Médication : donner, rappeler et surveiller prise (8)
Conduire et accompagner RdV (7)
Soutien psychologique, passe-temps (2)

Cette 'aide concerne principalement les activités de la vie quotidienne, ainsi que les activités administratives :

« Eh bien je l'aide un peu pour tout, le matin déjà pour l'habiller, il se débrouille à peu près » (043) ; « [...] je l'aide un peu quoi pour s'habiller ou se changer le soir, je l'aide. J'essaie de le laisser faire tout seul, mais c'est pas, c'est pas terrible terrible quoi. » (044) ; « [...] ses documents, tout ça administratif, vous voyez le dossier, bon, je fais, sa déclaration d'impôt, tout ça, c'est moi qui fais tout [...] » (023).

Les proches aidants sont également sollicités pour un soutien à des tâches en lien avec les soins d'hygiène :

« Et une ou deux fois par semaine, je lui donne une douche. » (043).

Ainsi que certains soins et surveillances en lien avec les traitements pris par la personne âgée :

« Et puis, les piqûres, ce qui est plus, ce qui est plus à surveiller, c'est les piqûres. Parce que les médicaments, on voit s'ils sont pris, ou pas. Mais les piqûres, elles sont faites, ou pas. » (040)

L'accompagnement à des consultations a également été relevé comme une des aides apportées par les proches aidants :

« Je l'accompagne chez les médecins. Je l'accompagne à la physiothérapie et j'assiste aux séances d'ergothérapie. » (071).

De plus, certains proches aidants décrivent leur aide comme une présence et un accompagnement au quotidien :

« Elle [mon aide] est constante et au quotidien. S'il a besoin de moi, je suis là. » (029).

Pour le participant 047, son rôle est d'apporter un soutien psychologique :

« [...] moi je suis plutôt là pour l'aider moralement, [...] eh bien, des fois je repars de chez maman, je suis lessivée hein, parce que j'ai besoin de la remonter, donc je repars, moi je suis lessivée psychologiquement, mais elle, elle est bien, donc voilà. ».

Pour le proche aidant 044, son rôle est d'aider la personne âgée à s'occuper :

« [...] je lui donne des livres, mais il lit pratiquement pas. Je j'ai acheté le journal hier par exemple le journal XXX hein et ben il a lu un article, il l'a relu, il l'a relu puis je lui dis euh les nouvelles sont bonnes ? [...] ».

5.2.2.2 Besoins d'aide exprimés

Les proches aidants ont exprimé avoir besoin de technologies, mais également de l'aide de professionnels de la santé et de structures de soins pour les aider dans leur rôle d'aidant (cf. Tableau 13).

Tableau 13 : Besoins exprimés par les proches aidants

Besoins exprimés par les proches aidants
Moyens auxiliaires adaptés (monte-escaliers, rollator, lit électrique, réhausse-WC, caméra) (7)
Plus d'acceptation de la personne âgée (aide externe, téléalarme, moyens auxiliaires) (6)
Personnes externes pour aider aux AVQ, augmenter l'aide à domicile (8)
Fatigue du proche aidant (3)
Repas à domicile (4)
Animation, compagnie par personne externe (4)
Aucun besoin identifié (3)
Horaires des soins à domicile plus adaptés aux besoins (2)
Projet défini pour l'avenir (2)
Aide pour les courses (2)
Accueil de jour (2)
Organisation et relais entre proches aidants (2)
Appartement à encadrement médico-social
Lieu d'hébergement temporaire

Les technologies citées visent à suppléer aux activités de la vie quotidienne que leur proche ne peut plus effectuer seul. Il s'agit de moyens auxiliaires adaptés, des repas à domicile et de l'aide pour les courses. Pour le proche aidant 029,

« [...] ce qui nous aiderait peut-être un peu c'est des choses pour se relever ; mais là, on a commandé des fauteuils parce que quand on est dans un fauteuil, on a des difficultés à se relever. ».

Le proche aidant 060 souligne :

« [...], en tout cas le portage des repas peut-être un jour sur deux. » , tandis que pour le 023 « [...] une personne supplémentaire qui pourrait aller lui faire quelques courses. »

Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile sont cités en tant que soutien, tant de la personne âgée que de son proche aidant. En effet, les professionnels, par leur présence, soulagent le proche aidant en lui accordant une période de répit. De plus, le proche aidant 087 souhaiterait :

« [...] avoir quelqu'un...[...] pour la compagnie. Si c'est pour jouer aux cartes, si c'est pour... [...] Même les animaux. La joie d'avoir un petit moment un animal à s'occuper. Et je pense qu'en tout cas ça, ça serait un plus. ».

Quant aux structures de soins citées, elles sont perçues comme un cadre adapté et sécurisé à la personne âgée et un temps de répit pour les aidants. Les structures citées sont les appartements à encadrement médico-social ou appartements protégés et les unités d'accueil temporaire :

« [...]S'il allait deux jours [à l'accueil de jour] ce serait déjà encore plus, ça serait plus mieux[...] » (043) ; « Le côté Domino. La structure. [...] Parce qu'elle n'est pas complètement seule. Le médecin est en contact avec le CMS. S'il y a quoi que ce soit, il nous appelle. » (087).

En marge de ses éléments est également apparu le fait qu'un relai entre proches aidants est apprécié lorsqu'il est possible de le faire :

« Quand mon mari était à l'hôpital, ils [la famille] se sont relayés pour aller le voir, quelquefois à deux, quelquefois tout seuls, à tour de rôle. [...] J'ai mon équipe et en plus, mes deux amies, justement [...] pour me soutenir moralement et les enfants me soutiennent moralement et physiquement par leur présence systématique. » (088).

5.2.2.3 Technologies utilisées par les proches aidants

Les technologies que les proches aidants utilisent majoritairement concernent les moyens auxiliaires reliés à l'aide à la mobilisation, mais également les moyens auxiliaires permettant d'assurer la sécurité de la personne âgée (cf. Tableau 14).

Tableau 14 : Technologies utilisées au domicile de la personne âgée par les proches aidants

Technologies utilisées par les proches aidants
Sécurité : téléalarme (8), veilleuse (4), lumières avec capteurs de mouvements (2)
Lit électrique (3)
Fauteuil électrique (2)
Téléphone avec grosses touches (1)
Pilulier électronique
Tablette, ordinateur
Boîte à clefs
Aucune
Console Wii pour des activités sportives

Voici ce que le proche aidant 055 dit au sujet des technologies utilisées :

« [...] je pense plutôt à la téléalarme, qui est assez rassurante, parce que si elle tombe ben elle n'a qu'à appuyer sur un bouton et voilà, on est prévenu et on peut faire le nécessaire pour que ça, ça ne perdure pas dans le temps. [...] ».

L'utilisation d'outils technologiques afin de faciliter certaines activités instrumentales de la vie quotidienne et les prestations des professionnels de la santé et de l'aide à domicile est également mentionnée par les proches aidants :

« On a fait placer euh euh comment un appareil à la porte pour qu'elle puisse euh avec la clé, et un code.[...] On a aussi mis des lampes exprès pour que ça euh ça les éclaire quand elles [les professionnels] arrivent ou le matin ou le soir donc y a pas de soucis. Voilà, pour que euh faciliter le travail de tout le monde quoi. » (042) ; « [...] je lui avais acheté un téléphone mains libres, enfin mains libres vous savez avec les grosses touches et tout [...]. » (042).

Certains proches aidants n'identifient pas des technologies utilisées dans leur rôle d'aidants.

5.2.2.4 Perceptions des proches aidants sur les technologies

Le Tableau 15 montre différentes perceptions des proches aidants sur les technologies pour l'aide et maintien à domicile.

Tableau 15: Perceptions des proches aidants sur l'utilisation des technologies pour l'aide et maintien à domicile

Perceptions des proches aidants sur les technologies
Manque de connaissances, utilisation compliquée, dépassé pour les utiliser (18)
Pas nécessaire pour l'instant (11)
Utiles, favorable à l'utilisation (9)
Pas utile vu l'état de santé actuel (8)
Préfère les contacts humains (6)
Pas confiance, pas toujours sûres, parfois dangereuses (6)
Manque de motivation (4)
Important pour favoriser les contacts (3)
Atteinte de l'intimité (3)
Crainte de faire des erreurs, de dérégler, source de stress (3)
Rassurant (2)
Peut limiter l'autonomie (2)

Considérées par certains comme aidantes, d'autres comme dispensables, la perception de l'utilité des technologies semble dépendre principalement de l'état de santé actuel de la personne âgée et de son ouverture face aux technologies, ainsi que leur coût.

Voici comment les proches aidants s'expriment à ce sujet :

« [...] ce qui pourrait m'inciter, c'est dans le cas où ça irait... euh, son cas s'aggraverait. » (038) ; « On lui a déjà proposé, mais elle ne les veut pas. » (056) ; « Oui, le changement, je pense que si on change les choses je pense que ce serait compliqué pour elle ». (038) ; « Oh ben ça doit être très cher. » (043).

5.2.2.5 Facilitateurs et obstacles à l'utilisation des technologiques perçus par les proches aidants

Les proches aidants sont favorables à l'utilisation des technologies s'ils les jugent utiles (cf. Tableau 16).

Tableau 16 : Perceptions des proches aidants sur les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation des technologies pour l'aide et maintien à domicile

Facilitateurs à l'utilisation de technologie	Obstacles à l'utilisation de technologie
Aucun relevé (7)	Difficultés d'utilisation (5)
Utilité pour le maintien à domicile (7)	Réticence voire refus de la personne âgée (5)
Besoin suite à aggravation de l'état de santé de la personne âgée (2)	Encombrement (5)
Facilité d'utilisation	Coûts (5)
Demande de la part de la personne âgée	Pas de connexion internet (3)
Avoir des informations et pouvoir les tester	Préfère soutien humain plutôt que technologique (3)
Utilisé partout	Manque de connaissances sur ce qui existe (3)
	Pas dans les routines, peur du changement (3)
	Aucun relevé (3)
	Sentiment de dépendance de la technologie (2)
	Sentiment de devoir d'aidant

À ce sujet, le proche aidant 043 mentionne que :

« [...] si c'est une technologie qui peut m'aider, je la prendrai. [...] Si ça peut me soulager pour l'aider. ».

Curieusement, d'autres proches aidants préféreraient introduire certaines technologies en cas de péjoration de l'état de santé de la personne âgée :

« [...] ce qui pourrait m'inciter, c'est dans le cas où ça irait... euh, son cas s'aggraverait. » (038).

Néanmoins, les proches aidants estiment souvent manquer de connaissances pour savoir les utiliser correctement. Voici ce qui dit le proche aidant 071 :

« Je trouve bien ce côté technologique, mais j'ai juste un bémol, c'est clair que la personne qui est pas née là-dedans dans la technologie, ou qui s'est pas mis au goût du jour à 50 ans ou comme ça. Déjà, moi, je trouve que je suis souvent dépassée par rapport à... ».

Ils ont également relevé que leurs proches manquent de motivation par rapport à l'introduction de nouvelles technologies :

« Ah ben c'est sûrement très bien, mais enfin faut encore qu'il veuille le faire. [...] elle n'est pas dans le mouvement pour tout ce qui est moderne. Donc, ça, elle va dire non [...] » (043) ; « Oui, le changement, je pense que si on change les choses je pense que ce serait compliqué pour elle » (038).

D'autres obstacles à l'utilisation des technologies perçus par les proches aidants sont liés à la crainte de faire des erreurs en manipulant les différentes technologies et d'atteinte à l'intimité et à l'autonomie de la personne âgée.

5.2.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Pour les quatre focus groups, un total de quatre heures et 50 minutes d'entretiens ont été effectués, avec une moyenne de plus de 1 h 15 minutes par focus group (écart-type = 6 minutes), un minimum de 1h 11 minutes et un maximum de 1 heures et 25 minutes. Les contenus des focus groups sont présentés dans l'ordre suivant : l'aide apportée, les besoins d'aide exprimés, les technologies utilisées, les perceptions sur les technologies et les facilitateurs et obstacles à l'utilisation de technologies. Chaque section comprend un tableau contenant les résultats, suivi par une illustration des résultats les plus souvent mentionnés à l'aide de verbatim des focus groups (FG). Les résultats obtenus ont été classés par thématiques et sont présentés dans les paragraphes suivants.

5.2.3.1 Besoins d'aide technologique exprimés par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et du médico-social

L'ensemble des éléments listés au travers des quatre focus groups montrent que les besoins technologiques des professionnels de la santé et de l'aide à domicile concernent l'amélioration de la collaboration entre les professionnels travaillant au domicile et ceux à l'hôpital par le biais d'un logiciel commun et de matériel performant permettant la consultation des dossiers au domicile de la personne prise en charge (cf. Tableau 17).

Tableau 17 : Besoins en technologies exprimés par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Besoins exprimés par les professionnels
• Logiciel commun à tous les acteurs travaillant à domicile et compatible avec les logiciels des hôpitaux (permet de faire circuler les informations, évite les erreurs de retranscription) • Avoir du matériel informatique performant pour consulter les dossiers à domicile, faire ses notes au dossier à domicile • Environnement adapté pour éviter les chutes/ aménagement du domicile en général • Meilleure collaboration avec les aidants • Téléalarme facile à porter pour les personnes • Protection d'incontinence adaptable à la morphologie de chaque personne et capteur de saturation pour limiter les changes inutiles, surtout la nuit • Création d'un annuaire des professionnels qui consultent à domicile • Avoir plus de temps à disposition • Avoir moins de roulement de personnel et moins de pression des assurances
<i>Qu'est-ce qui aiderait davantage les personnes âgées à domicile dans leur quotidien ?</i>
• Transports publics adaptés aux personnes âgées et gratuit, Architecture des villes, Maison de rencontre pour les personnes âgées • Télémédecine • Domotique, aménagement du domicile • Unité de vie aménagée à louer et installer chez le proche aidant

« On doit recopier tout le traitement sur un système informatique. [...] La recopie, je trouve que c'est un temps, mais phénoménal de perdu [...] et en plus, un risque d'erreur phénoménal. » (FG 1) ; « [...] le logiciel, le même pour tout le monde sur un périmètre géographique, euh l'infirmière a son auxiliaire de vie, l'aide-soignante, le médecin et je trouve que ben là au moins, le médecin accède aux données de l'infirmière, même depuis son cabinet [...] » (FG 4)

La performance de l'outil informatique permettant également de favoriser la collaboration entre les différents professionnels de la santé et de l'aide à domicile et les proches aidants.

« [...] on a eu des problèmes d'ouverture, de fermeture, [...] de reconnexion sur les ordi portables, parce qu'on essaye de faire un point à domicile. » (FG 1) ; « [...] ça permet de mettre des choses à plat [...] pour les aidants et pour la famille et pour les aidés [...]. » (FG 4)

Les besoins de technologies des professionnels de la santé et de l'aide concernent également les éléments pouvant diminuer les contraintes en lien avec le contexte des soins à domicile et améliorer les soins directs aux personnes âgées prises en charge. Ces éléments

sont en lien avec l'aménagement du domicile, des technologies en lien avec la sécurité des personnes (téléalarme) faciles à porter et une organisation des soins permettant d'avoir suffisamment de temps auprès des personnes et moins de roulement de personnel.

« [...] on voit aujourd'hui et encore aujourd'hui hein des des maisons qui se construisent sans un sans euh chambre en rez-de-chaussée avec des accès en cf. étages [...] on pourra amener toutes les domotiques [...] » (FG 2) ; « [...] le téléalarme [...] c'est pas déjà un petit peu dépassé [...] compliquée pour certaines personnes. » (FG 2) ; « Plus de temps déjà aussi. » (FG3); « [...] moins de changement [...] dans le personnel. » (FG3); « Moins de pression des assurances. » (FG 3)

5.2.3.2 Technologies utilisées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Les technologies mises en évidence par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile tendent à prolonger le maintien à domicile des personnes âgées. Ces technologies regroupent les différents moyens auxiliaires, l'aménagement du domicile et les technologies favorisant la vie quotidienne (loupe, services adaptés, téléphone à grosses touches) et le maintien des capacités cognitives (mémo, agenda, pictogrammes) (cf. Tableau 18).

Tableau 18 : Technologies utilisées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Technologies utilisées
• Sécutel • Rampes d'accès, portes coulissantes, porte d'entrée des immeubles coulissantes (Domino), capteur de mouvement pour éclairage extérieur • Lit électrique • Téléphone avec des grosses touches • Calendriers, agendas électroniques • Verticalisateur, élévateur • Matériel d'hospitalisation à domicile
<i>Des technologies que vous utilisez particulièrement auprès des personnes ayant des difficultés</i> • <i>Physiques</i> : loupes, lampes, téléalarme, lit électrique, matelas anti-escarres, lift de bain, verticalisateur, élévateur, caméra (installé par les familles) • <i>Cognitives</i> : agenda, calendrier, mémo, pictogrammes, GPS, boîte à clefs, robinet thermique, tablettes adaptées, voile lumineux, capteur de lit, détecteur de porte, changement de plaque de cuisson (induction), caméra (installé par les familles), pilulier électronique, téléalarme • <i>Indépendantes</i> : tablettes et applications de jeux ou de communication (Skype), box TV

« [...] des téléphones adaptés, ça m'arrive d'en voir. Téléphone avec grosses touches. » (FG1) ; « [...] peut être simple, ça peut être des rollators [...] Alors matériel

auxiliaire comme des lits électriques, des rollators, fauteuils électriques, Siège de douche. Planche de bain [...] Chaises roulantes. Siège de cigogne on a quelques boîtes à médicaments qu'on peut programmer avec une alarme qui sonne au moment où le patient doit prendre ses médicaments qui est matelas, anti-escarre [...] » (FG 4) ;
« Des mémos, des fiches et des post-its. » (FG 1)

5.2.3.3 Perceptions des professionnels de la santé et de l'aide à domicile sur les technologies innovantes

Les soignants interrogés mettent en évidence leur manque de connaissance par rapport aux technologies existant sur le marché. Ils mettent également en évidence un manque de formation par rapport à cette thématique (cf. Tableau 19).

Tableau 19 : Perceptions sur les technologies innovantes par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Perceptions technologies des professionnels de la santé et de l'aide à domicile
• Manque d'information, informations passent mal • Manque de formation • Met une distance • A des avantages et des contraintes, est une opportunité et un complément au travail du soignant • Acceptée si aide le soignant et ne le remplace pas • Parfois plus pour rassurer la famille que pour aider le patient

« [...] j'ai pas une grosse connaissance [...], c'est vrai qu'une formation là-dessus ce serait pas mal [...] » (FG 2)

Si la technologie n'est pas perçue pas les soignants comme un obstacle, ceux-ci précisent que la technologie peut établir une distance dans la relation avec les personnes soignées et qu'elle doit être utilisée pour compléter le travail du soignant, sans le remplacer.

« Ça peut être que du complément [...] il faut qu'à un moment donné [...] il y ait quelqu'un quoi [...]. » (FG 2)

De plus, l'indication retenue pour le recours à une technologie spécifique ne doit pas être uniquement le fait de rassurer les proches aidants.

« [...] ce qui m'inquiète c'est [...] des situations comme ça où les enfants ont mis des caméras même [...] dans la chambre [...] pas pour surveiller les parents c'est pour se rassurer eux. » (FG 2)

Les technologies qui pourraient être introduites pour faciliter le quotidien des personnes âgées concernent l'aménagement du domicile avec des technologies de type domotique et la mise

en place de transports en communs adaptés aux personnes âgées, associée à une architecture urbaine pensée pour faciliter les déplacements des personnes âgées.

« [...] on a souvent des patients qui sont amenés à prendre des taxis ou à être véhiculés en direction de l'hôpital ou en consultation de ville [...], c'est un réel problème [...] de transport » (FG 2) ; « [...] Quinze ans en arrière, ils étaient tous chez eux, ils bougeaient pas. Maintenant on en voit, je sais pas combien, en centre-ville, de monter avec des rollators. C'est assez impressionnant. Bientôt, ils vont inventer des parkings rollators [...]. » (FG 1)

La vie urbaine pourrait également être pensée en mettant en place des maisons de rencontre pour les personnes âgées sur le même principe que les maisons des jeunes.

« [...] niveau architectural, il faudrait que ça suive aussi pour les rampes, pour les handicapés, pour les salles où elles peuvent se réunir. Comme on fait, une maison des jeunes, pourquoi on fait pas une salle pour des gens qui sont plus en difficulté, plus âgés [...]. » (FG 1)

Le prolongement du maintien à domicile pourrait aussi, selon les professionnels, passer par la mise à disposition d'unités de vie aménagées à louer et pouvant être installée chez le proche aidant.

« [...] j' imagine des maisons enfin qu'aujourd'hui il y a un engagement national, mais aussi au niveau des communes pour [...] créer des des unités de vie restreintes avec une modernité enfin une domotique moderne [...] (FG 2) »

5.2.3.4 Facilitateurs et obstacles à l'utilisation des technologies exprimés par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Les soignants mettent en évidence le fait que le contexte dans lequel la technologie est mise en place est un élément important (cf. Tableau 20).

Tableau 20 : Facilitateurs et obstacles à l'utilisation des technologies innovantes chez les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Facilitateurs à l'utilisation de technologie	Obstacles à l'utilisation de technologie
• Informer, démontrer, exercer • Impliquer la famille • Apprentissage par les pairs et transgénérationnel • Consentement de la famille • Facilité d'utilisation • Avoir utilisé la technologie avant • Avoir un but pour utiliser la technologie (Skype pour parler à ses petits-enfants) • Accepter la technologie (téléalarme, GPS) • Avoir vécu des chutes à répétition (téléalarme)	• Coûts • Résistance au changement • Peur, stress, ne veut pas déranger • Manque de connaissances, d'informations • Met en évidence la perte d'autonomie • Complexité • Pas de référent proche (téléalarme) • Démarches administratives pour obtenir la technologie • Prend de la place

[...] les personnes âgées [...] demandent qu'à s'intéresser aux nouvelles technologies quand même. Elles sont poussées par euh leurs enfants, leurs petits-enfants surtout [...] (FG 2) ; « Des fois, c'est la voisine qui dit : « Tu sais, j'ai le rollator, ça va super », eh bien, voilà. C'est pas la jeune qui vient et qui dit : « Voilà ce qu'il vous faut ! » » (FG 1)

En effet, les technologies sont mieux acceptées si les proches et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile sont impliqués.

« Parfois, ils sont obligés effectivement d'avoir le consentement de la famille pour être rassurés [...] » (FG 1)

La facilité d'utilisation entre également en jeu :

« [...] il y a certaines choses qui pourraient améliorer euh ces choses-là à condition que ça reste basique et facile d'utilisation pour les gens [...] » (FG 2)

Le point de vue de la personne âgée est également un élément qui peut être favorisant ou source de frein par rapport à la technologie. Il semblerait que les personnes trouvant un but dans l'utilisation de la technologie ou ayant été confronté à la technologie dans leur vie professionnelle acceptent mieux d'utiliser les technologies proposées.

[...] Il y en a certains qui connaissent le Skype par exemple avec des petits-enfants à l'étranger ou même dans une autre ville [...] (FG 3) ; « La population âgée qui a besoin des aides maintenant, c'est souvent une population qui n'a pas connu cette cette évolution euh numérique [...]. » (FG 4)

Si le point de vue de la personne et le contexte de mise en place de la technologie ont tendance à être des éléments favorisant l'utilisation des technologies chez la personne âgée, les coûts des différentes technologies, ainsi que les différentes démarches à effectuer pour les obtenir peuvent être vus comme des freins.

« [...] Et je trouve qu'ils ont toujours peur, parce que : « ça va coûter cher, je peux pas. » Des fois, ils savent pas aussi les moyens qu'ils ont encore, financiers, ou pas... » (FG 4)

Les émotions associées à l'utilisation de technologie peuvent également être un frein lorsqu'elles engendrent du stress et de la peur.

« Plus on met de choses, de matériels, c'est c'est source de stress hein pour le patient, pour sa famille. » (FG 4) ; « [...] on arrive à un moment donné à de la... du processus de vieillesse où les personnes sont pas forcément dans l'acceptation de cette perte d'autonomie. Et du coup, dans l'acceptation des aides éventuelles qu'on pourrait leur apporter. » (FG 4)

5.3 Sélection des technologies innovantes du catalogue PEI

La section suivante présente les technologies sélectionnées par type de participant, ainsi qu'un résumé pour l'ensemble des participants. Dans le but de mieux comprendre si la sélection d'une technologie a été influencée par certaines caractéristiques des participants, une analyse de corrélation a été effectuée pour explorer d'éventuelles associations significatives entre la sélection d'une technologie et les caractéristiques des participants. Cette analyse a été effectuée par type de participant : personnes âgées, proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Tenant compte de l'absence d'une distribution normale dans nos échantillons et que la majorité de nos données collectées sont à un niveau ordinal, une analyse avec des tests non paramétriques a été effectuée (Spearman rho ou Tau-B de Kendall pour des échantillons de moins de 40 sujets).

5.3.1 Personnes âgées

Le Tableau 21 présente les sélections des technologies proposées pendant la PEI par les personnes âgées par groupe.

Tableau 21 : Sélections les technologies proposées pendant la PEI par groupe de personnes âgées (n=68)

	<i>Difficultés physiques</i>	<i>Difficultés cognitives</i>	<i>Indépendantes</i>	Total (%)
	Nombre	Nombre	Nombre	
Chemin lumineux	2	1	4	7 (12)
Détecteur de chutes	6	6	3	15 (25)
Pilulier électronique	1	0	0	1 (2)
Aspirateur robot	2	2	3	7 (12)
Bracelet GPS	0	6	4	10 (17)
Tablette tactile	0	1	2	3 (5)
Entraînement cérébral	5	4	3	12 (19)
Capteurs d'activité	2	1	2	5 (8)
Total	18	21	21	60 (100)

Note : Le robot service et le site internet (réseau social) n'ont jamais été sélectionnés par les personnes âgées ; ils ne sont donc pas présentés dans ce tableau.

5.3.1.1 Personnes âgées du groupe « difficultés physiques »

Pour le groupe de personnes âgées avec majoritairement des difficultés physiques, ce sont le détecteur de chute et l'entraînement cérébral qui ont été le plus souvent privilégiés. Pour le détecteur de chute, le participant 073 explique son choix :

« Mais on sait pas si une fois, j'arrive à... c'est parce que j'ai un peu peur, c'est pour ça que je sors pas toute seule. J'ai un peu peur pour traverser, j'ai un peu peur, bon. Alors, c'est pour ça que c'est vraiment le [...] détecteur de chute qui me conviendrait le mieux. »

Concernant l'entraînement cérébral, le participant 063 explique :

« Ben parce que en... renforcer votre concentration, développer votre vocabulaire, notre... en tout cas, à cause des propositions qui sont là, ça, je trouve ça bien. Voilà pourquoi. »

5.3.1.2 Personnes âgées du groupe « difficultés cognitives »

Au sein du groupe des participants avec majoritairement des difficultés cognitives, les participants ont également privilégié le plus souvent le détecteur de chute et l'entraînement cérébral, mais aussi le bracelet GPS.

5.3.1.3 Personnes âgées du groupe « indépendantes »

Ces trois dispositifs ont également été le plus souvent privilégiés par les personnes âgées du groupe « indépendantes », qui ont aussi souvent choisi le chemin lumineux. Par rapport à ce dernier, le participant 010 s'exprime :

« Parce que ça, c'est quand même valable. [...] Et puis ça s'allume que quand on passe. [...] Oui, ça fait comme le truc que j'ai dans les... la montée d'escaliers qui... voilà. [...] Oui, ça, c'est sûr, que ça serait pas mal. ».

Bien qu'un recrutement d'un échantillon par choix raisonné basé sur une stratification de trois profils de problèmes de santé auprès des personnes âgées, aucune différence significative n'a été trouvée dans la sélection des technologies entre les personnes âgées indépendantes et celles avec majoritairement des difficultés physiques et cognitives ($p = 0,438$). Aucune association significative n'a été trouvée entre les données sociodémographiques et de santé des personnes âgées et la sélection d'une technologie innovante pour renforcer le maintien à domicile. L'analyse non paramétrique de Spearman rho montre les résultats suivants : lieu de vie : $r(60) = 0,122$, $p = 0,354$; sexe de la personne âgée : $r(60) = 0,088$, $p = 0,503$; âge de la personne âgée : $r(60) = -0,83$, $p = 0,529$ et le niveau de dépendance : $r(60) = 0,066$, $p = 0,618$.

5.3.2 Proches aidants

Dans l'ensemble, les proches aidants interrogés ont présenté plus d'intérêt pour les technologies liées à la sécurité de leurs proches (cf. Tableau 22). Ce résultat peut être expliqué par le fait que parmi les 21 proches aidants interviewés, 12 sont des proches de personnes âgées présentant majoritairement des difficultés cognitives. Ainsi, les technologies sélectionnées par l'ensemble des proches aidants rejoignent celles de ce groupe de personnes âgées interviewées.

Tableau 22 : Technologies sélectionnées par les proches aidants parmi le catalogue présenté

Technologie	Nombre (%)
Chemin lumineux	3 (13)
Détecteur de chutes	6 (26)
Pilulier électronique	2 (9)
Aspirateur robot	2 (9)
Robot de service	1 (4)
Bracelet GPS	4 (17)
Tablette tactile	3 (13)
Site internet (réseau social)	1 (4)
Entraînement cérébral	1 (4)
Capteurs d'activité	- (0)
Total	23* (100%)

Note : *certains proches aidants ont mentionné plus qu'une technologie

Les avis des proches aidants en lien avec les différentes technologies présentées durant la phase de PEI sont les suivants :

Pour le *chemin lumineux*, sélectionné par plusieurs proches aidants, quelques proches aidants mentionnent :

« Oui ça ça je pense que c'est vraiment bien. Ben parce que ma maman la nuit, elle se lève, elle ne trouve pas la lumière. » (042) ; « Ça, c'est bien ça, parce que je vois il se perd pour aller aux toilettes. » (044) ; « Peut-être, oui. Peut-être, ça pourrait... euh, oui, un chemin lumineux, comme ça, il... des fois pour aller à la salle de bain qui est juste derrière la chambre à coucher, donc c'est un peu ensemble. Des fois il perd sa lampe de poche et puis peut-être un chemin lumineux, ça pourrait l'aider comme ça, après... euh, je serais moins dérangée la nuit. » (058).

Voici quelques verbatim par rapport au *détecteur de chutes*, sélectionné par environ un tiers des proches aidants :

« Oui c'est ça [détecteur de chute] qui pourrait être le plus utile là. [...] par la suite y aura peut-être d'autres. » (043) ; « Peut-être plus le détecteur de chute, je dirais, voilà. Pour, détecteur de chute quand on perd connaissance en tombant. » (055).

Pour le *pilulier électronique*, les proches aidants expriment quelques réticences :

« Ah, ben, ça c'est (rires) pour ça, ça peut rendre service puisque moi je veux qu'il ait un pilulier ; les infirmières viennent mettre les pilules. Mais si lui, il y pense pas ; si moi je n'y pense pas, lui, il y pense pas ; alors, ça sert pas à beaucoup de choses. (029) » ;
« Ouais, c'est pas mal, mais je crois que c'est assez onéreux pour l'utilisation qu'on en a. Tant qu'on est là, bon ben, ça se prend au moment des repas, donc je suis là (rires). » (040) ; « [...] dans le cas de ma maman [...] elle sera incapable de les prendre ses médicaments toute seule. [...] bon là y'aura pas le problème de pris ou pas pris puisque ça se referme. Ben elle les prendra pas quoi. Elle se rappellera jamais euh » (042).

Pour l'*aspirateur robot*, les proches aidants montrent des avis divergents :

« Moi, ces robots, c'est bien. Il ne faut rien avoir au sol (rires) [...] Il ne faut pas ; ça va pas dans les coins, c'est rond (rires). » (029) ; « Ben, ça dépend de combien ça coûte, hein. » (038) ; « Pas indispensable à mon avis. » (040) ; « [...] je pense, pas non, ce serait peut être plus dangereux que utile. » (042)

Voici quelques avis sur le *robot de service* exprimés par des proches aidants interviewés :

« Oui, écoutez, oui, c'est bien, mais enfin un être humain c'est quand même mieux, hein, mon, mon sentiment, hein. » (023) ; « [...] moi je trouve que c'est plutôt stressant. » (029) ; « Ben, parce que c'est déjà... (rires) j'y vois encombrant au travers là, hein » (038).

Les avis sur l'utilité d'un *bracelet GPS* se trouve dans le verbatim du proche aidant 038 suivant :

« Ça, moi je, je suis pour ça. [...] si une fois elle décidait d'aller quelque part, qu'elle sache où elle... qu'on sache où elle est, hein. » (038)

Bien que la *tablette tactile* ait été sélectionnée par une fraction de proches aidants comme une technologie intéressante, il existe des avis divergents :

« Non, alors la maman, ma mère je... ça ne l'intéresse pas. » (023) ; « ça lui faciliterait peut-être les choses, mais comme il est pas très passionné, il a vite perdu patience. » (029) ; « Euh non (rires) là, là, je crois, ce n'est pas possible. Parce que même un téléphone portable ce serait même compliqué d'utilisation donc... Voilà, il y a la télé qu'elle arrive encore à faire marcher et et c'est tout. » (055)

Le *réseau social* pour les proches aidants semble montrer peu d'intérêt auprès le collectif des proches aidants interviewés :

« Je trouve ça bien, pour l'instant moi, je n'en ai pas besoin, parce que... euh, bon moi j'ai bon contact avec l'aide à domicile, ça se passe bien. » (023) ; « Je ne suis pas ; j'ai jamais été personne comme ça, très communicante à... ça, ça... Alors, chacun doit

dire ce qu'il fait, ce qu'il a... C'est pas... Non, pas pour moi. Après, je ne dis pas. Ça, ça rendrait service à peut-être beaucoup de personnes. » (029) ; « Oh ! C'est pas mal. Ça peut... pour quelqu'un qui se trouve seul, pour aider, oui. » (040).

La technologie pour *l'entraînement cérébral* n'a été que sélectionnée par les proches aidants, ce verbatim illustre les difficultés pour utiliser cette technologie :

« [...] elle peut pas le faire toute seule non plus. Bon les exercices de mémoire ce serait très bien, mais peut être que quelqu'un lui fasse faire comme elle pas capable à se servir d'une tablette. » (042).

La technologie *des capteurs d'activité* n'a pas été retenue par les proches aidants comme technologie prometteuse de renforcer le maintien à domicile. Voici quelques avis exprimés :

« Ah ! Ben ça, pour des gens qui habitent tout seuls, c'est très bien. » (023) ; « Ah ouais, c'est des fois qu'il a mal fermé [la porte du frigo]. C'est arrivé des fois qu'il ait mal fermé. » (029) ; « [...] elle me dira : « Tu me prends encore pas, pour une folle, hein ! » [...] tout ça, ça me fait peur, ça. » (038) ; « Oui oui, ben ça ça pourrait être euh, ça pourrait être bien effectivement, ouais parce que si effectivement en une demie heure tout peut se passer hein. » (042) ; « [...] j'aurais même pas confiance au capteur [...] » (044) ; « [...] c'est vrai que c'est des technologies qui sont super bien pour ceux qui ne sont pas en sécurité qui ont toute leur tête et tout, qui n'ont pas toute leur tête et tout leur physique ; et qui peuvent peut-être se mettre en danger euh par rapport à ça. » (055).

Une association significative a été trouvée entre la relation proche aidant / personne âgée avec un Tau-B de Kendall avec un $r(21) = 0,392$, $p = 0,043$. Concrètement, la sélection d'une technologie par les proches aidants est associée par le type de relation (époux/épouse, fils/fille, amie ou frère) avec la personne âgée.

Aucune autre association significative n'a été retrouvée entre les données sociodémographiques des proches aidants et la sélection d'une technologie innovante. L'analyse non-paramétrique de Tau de Kendall montre les résultats suivants : lieu d'habitation : $r(21) = 0,259$, $p = 0,185$; sexe du proche aidant : $r(21) = 0,010$, $p = 0,959$ et âge du proche aidant : $r(21) = -0,130$, $p = 0,439$.

5.3.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social

Les différents focus groups se sont terminés par la présentation de 10 technologies spécifiques, déjà présentées aux personnes âgées et aux proches aidants. Les avis des professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social diffèrent selon les contraintes que la technologie impose aux personnes âgées. Plus les technologies sont centrées sur la surveillance des comportements des personnes, plus ces technologies amènent à un questionnement éthique. Le Tableau 23 présente la sélection des technologies par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Tableau 23 : Sélection des technologies par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-sociaux lors de la PEI

Technologie	Nombre (%)
Chemin lumineux	9 (22)
Détecteur de chutes	15 (39)
Pilulier électronique	- (0)
Aspirateur robot	1 (2)
Robot de service	1 (2)
Bracelet GPS	8 (20)
Tablette tactile	1 (2)
Site internet (réseau social)	3 (7)
Entraînement cérébral	- (0)
Capteurs d'activité	2 (5)
Total	40* (100)

Note : *certains professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social ont mentionné plus d'une technologie

Les avis en lien avec les différentes technologies sont les suivants :

Le *chemin lumineux* a été largement sélectionné par les professionnels et le verbatim suivant illustre cet avis favorable à cette technologie :

« Une technologie qui devrait être introduite chez toutes les personnes âgées » (FG 1).

Le *détecteur de chutes* a été la technologie la plus sélectionnée par les professionnels de la santé et de l'aide de domicile :

« [...] si c'est au point ça peut être très utile [...] » (FG 2).

Les avis défavorables pour le pilulier électronique sont illustrés dans le verbatim suivant :

« [...] compliqué d'utilisation pour les soignants [...] », « [...] On déshumanise un peu le soin [...] », « [...] intéressant pour les traitements très fractionnés (Parkinson) et pour rappeler la prise des médicaments aux patients avec troubles cognitifs[...] » (FG 3).

Les professionnels expriment peu d'intérêt pour l'*aspirateur robot et le robot de service* :

« [...] *Risque de chute quand l'aspirateur est en marche* [...] » (FG 4) ; « [...] *Intéressant si c'est pour seconder les soignants (leur donner le temps de faire une autre activité pendant que le robot travaille)* » (FG 1) « *Risque de remplacer l'humain* [...] » (FG 3).

Plusieurs professionnels expriment un questionnement pour la technologie du *bracelet GPS* :

« [...] *pas pertinent si le but est uniquement de tranquilliser la famille* [...] » (FG 3) ;
« [...] *problème éthique si on utilise ce moyen pour surveiller la personne* [...] » (FG 3).

Les technologies « *Tablette tactile* » et « *Entraînement cérébral* » n'ont été que rarement sélectionnées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Certains illustrent leurs réticences dans le verbatim suivant :

« [...] *Il faut accompagner l'arrivée de la tablette dans l'environnement de la personne et que celle-ci soit intéressée à l'utiliser* [...] » (FG 4), « [...] *Intéressant de coupler au téléalarme (permettrait de visualiser l'état de la personne après son malaise si celle-ci ne peut pas/plus s'exprimer du fait de troubles cognitifs)* [...] » (FG 4) ; « [...] *difficile à proposer si la personne ne sait pas utiliser une tablette* [...] » (FG 4), « [...] *peut être un outil de prévention* [...] » (FG 3).

Bien que les technologies « *réseau social* » et « *Capteurs d'activité* » ont été sélectionnées par quelques professionnels de la santé et de l'aide à domicile, les avis montrent des discordances entre les participants :

Réseau social : « [...] *Technologie qui n'est pas forcément adaptée si l'aidant ne maîtrise pas les technologies, plutôt pensé pour les jeunes aidants* [...] » (FG 2), « [...] *Peut permettre aux aidants de se sentir soutenus* [...] » (FG 2)

Capteurs d'activité : « [...] *Pose un dilemme éthique* [...] », « [...] *la culture peut être un obstacle dans l'utilisation de cette technologie* », « [...] *technologie intéressante et installer les capteurs uniquement en fonction de besoin (ouverture du frigo en cas de canicule, lever du lit pour voir si la personne dort), peut permettre d'être un outil complémentaire dans la surveillance alimentaire si ce problème est préalablement identifié* [...] » (FG 2).

Au moment du choix de la technologie jugée la plus utile, la technologie mise en avant par les professionnels diffère selon le rôle professionnel. En effet, les médecins, infirmiers et ergothérapeutes ont choisi le détecteur de chutes. Les auxiliaires de vie, aides-soignantes et assistantes en soins et santé communautaire ont plutôt porté leur choix sur le réseau social.

Aucune association significative n'a été trouvée entre les données sociodémographiques ainsi que professionnelles des professionnels et la sélection d'une technologie innovante pour

renforcer le maintien à domicile. L'analyse non paramétrique de Tau-B de Kendall montre les résultats suivants : lieu d'activité professionnel : $r(40) = -0,128$, $p = 0,376$; sexe du professionnel : $r(40) = 0,000$, $p = 1,000$; âge de la personne âgée : $r(40) = -0,019$, $p = 0,874$ et la fonction du professionnel : $r(40) = 0,086$, $p = 0,532$.

5.3.4 L'ensemble des participants

La majorité des participants à l'étude, tous confondus, ont privilégié des technologies innovantes en relation directe avec la mobilité et la cognition. Environ 55% des technologies innovantes sélectionnées sont en lien avec les chutes (prévention et détection) et plus de 30% en relation directe avec l'état cognitif de la personne âgée (aide et stimulation). Le Tableau 24 présente un résumé de la sélection des technologies de l'ensemble de l'échantillon ayant participé à cette étude.

Tableau 24 : Sélection des technologies par l'ensemble des participants à l'étude (N= 121)

Technologie	Nombre (%)
Chemin lumineux	19 (16)
Détecteur de chutes	36 (30)
Pilulier électronique	3(2)
Aspirateur robot	9 (7)
Robot de service	3 (2)
Bracelet GPS	21 (17)
Tablette tactile	6 (5)
Site internet (réseau social)	4 (3)
Entraînement cérébral	13 (11)
Capteurs d'activité	7 (6)
Total	121 (100)

Note : certains participants n'ont pas sélectionné de technologie, d'autres en ont sélectionnés jusqu'à 3.

5.4 Intégration des entretiens individuels et par PEI

Cette étude a combiné une collecte des données sur les perceptions et besoins des technologies innovantes auprès des personnes âgées, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile en utilisant des entretiens individuels complétés avec un entretien PEI. Cette deuxième approche, décrite dans le chapitre méthode, permet d'intégrer les perceptions et vécus avec les technologies innovantes auprès des utilisateurs et d'explorer concrètement les avis sur différentes technologies innovantes basées sur un échantillon d'images des technologies pertinentes dans le cadre des soins à domicile. La sous-section suivante présente l'intégration des deux types d'entretiens par groupe de participants.

5.4.1 Personnes âgées

Les trois catégories de personnes âgées expriment des besoins d'aide éclectiques avec quelques tendances comme des difficultés par rapport à la mobilité, les pertes d'autonomie au niveau des sens, le soutien pour l'entretien du logement, ainsi que pour gérer et monitorer les maladies chroniques. Cependant, les technologies utilisées ne sont que rarement en adéquation pour combler ces besoins d'aide exprimés. Certaines explications pour cet écart entre les besoins d'aide et l'absence de l'utilisation des technologies se retrouvent dans les perceptions sur les technologies de ces personnes âgées interrogées. L'ignorance de l'existence de certaines technologies, les difficultés dans l'utilisation basée sur des expériences négatives et la complexité d'utilisation, le coût, le refus d'utiliser la technologie, l'avis réticent des proches et des professionnels de la santé et de l'aide à domicile par rapport à certaines technologies sont quelques explications exprimées durant les entretiens individuels. Cependant, la majorité des personnes âgées, indépendamment du problème de la perte d'autonomie, n'est pas opposée à la technologie. Elles exposent plutôt une ouverture envers des aides technologiques pour le maintien à domicile, mais dans la plupart des situations en faisant référence que les technologies se doivent être utiles pour les autres ou pour plus tard pour eux-mêmes. Le sentiment de sécurité, le but et le sens de la technologie et la facilité dans l'utilisation du fonctionnement ont été exprimés comme des éléments qui faciliteraient son utilisation dans la vie quotidienne. Cependant plusieurs personnes âgées apprécient les visites régulières des soignants des structures d'aide à domicile et ne souhaitent pas remplacer ses visites par des technologies.

L'entretien par PEI a permis à la personne âgée de s'exprimer sur le potentiel de certaines technologies pour renforcer le maintien à domicile. Cette approche a permis de concrétiser les technologies les plus appropriées selon les avis des participants. La sélection des technologies à travers le PEI montre une cohérence partielle avec la formulation des besoins d'aide. La majorité des personnes âgées a sélectionné une technologie qui leur permette de rester à domicile et comporte une aide pour combler la crainte majeure des personnes âgées vivant seule à leur domicile : la chute et le fait de ne plus être capable de se relever ; mais aussi d'entretenir ses facultés cognitives. Une autre fraction, bien que limitée, n'a pas sélectionné de technologie potentiellement intéressante pour le maintien à domicile. La question se pose s'il s'agit d'un refus d'utiliser la technologie, d'une crainte d'admettre une perte d'autonomie ou encore d'une crainte de voir ses visites à domicile (par les proches ou les professionnels) diminuées.

5.4.2 Proches aidants

Les proches aidants apportent majoritairement de l'aide dans les activités de la vie quotidienne sous différentes formes et soutiennent psychologiquement et logistiquement les aidés. L'aide apportée est souvent maintenue pendant de longues périodes. La majorité des proches aidants sont des femmes, épouses ou filles/belles-filles de la personne aidée.

Les entretiens montrent à plusieurs reprises une ambivalence chez les proches aidants entre la lourdeur d'assumer cette aide versus que « c'est normal ; attente sociale » de donner du temps et de l'énergie à ses proches, bien que pour certains proches aidants cet investissement signifie de sacrifier certaines activités professionnelles et/ou une partie de sa vie privée. Les proches aidants expriment de la fatigue et de l'épuisement dans le cadre de l'aide apportée, mais exposent des difficultés à accepter d'avantage d'aide par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Les proches aidants stipulent d'avoir besoin des aides par du matériel et technologies adaptés pour faciliter les soins (p.ex. planche de bain, poignée dans la douche, chaise de douche et d'autres low-tech) et d'autre part des aides structurelles sous forme d'offres de « accueils temporaires », des logements adaptés, ainsi qu'une flexibilité et un élargissement des offres de soins et d'aide à domicile. Une fraction de proches aidants mentionne le fait d'utiliser des technologies en relation avec la sécurité (chutes, orientation) et du matériel d'auxiliaire pour l'aide dans les activités de la vie quotidienne (p.ex. aide à la marche : rollator, chaise de douche, chaise roulante, cannes). Différents obstacles ont été rapportés par les proches aidants, mais le refus de la personne aidée d'accepter la technologie, l'inadaptation pour résoudre la perte d'autonomie par les technologies proposées, la complexité dans l'utilisation et le coût sont le plus fréquemment mentionnés.

La sélection des technologies corrobore les aides qui sont apportées : plus de la moitié des proches aidants choisissent des technologies en lien avec la sécurité dans la mobilité à domicile et permettant de garder un contact par un moyen numérique. En même temps, les proches aidants expriment certaines craintes de déshumaniser les soins apportés à la personne aidée. Ils trouvent les aspects relationnels entre les soignants et la personne aidée comme importants et ne souhaitent pas un remplacement des soignants par des technologies.

5.4.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social

Les professionnels de la santé, de l'aide à domicile et du médico-social évoquent des besoins d'aide en technologies dans une perspective de collaboration entre les intervenants à travers une intégration des systèmes de communication et d'information. Ils souhaitent utiliser la technologie pour documenter leurs observations et activités et ainsi assurer la continuité et la sécurité des soins. Des logements plus adaptées à disposition pour les personnes impliquées dans les situations de soins complexes, du matériel auxiliaire performant et peu encombrant

pour les transferts entre la position couchée versus la position assise pour des personnes avec une mobilité réduite, des systèmes de surveillance pour assurer la sécurité à l'intérieure et à l'extérieur de la maison, mais également une dotation de soignants suffisante pour avoir le temps d'accompagner et de répondre aux besoins des personnes âgées et proches aidants. Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile évoquent un manque de connaissance en relation avec des technologies existantes qui pourraient être bénéfiques dans la prise en soins à domicile. En conséquence, la majorité des professionnels ne sont actuellement pas assez formés pour informer correctement et objectivement les personnes âgées et les proches aidants sur l'utilité et le potentiel des technologies innovantes pour renforcer le maintien à domicile. Bien qu'aucun professionnel de la santé et d'aide à domicile ne soit catégoriquement opposé à l'utilisation de la technologie, plusieurs professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont mené un débat et une réflexion éthique et philosophique sur le risque de remplacer le soignant à domicile par la technologie. Ils relèvent notamment le risque que les soins à domicile soient réduits à une surveillance technologique à distance et qu'aucune place ne soit donnée au relationnel entre le soignant et le soigné.

Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile mentionnent plusieurs réticences, mais aussi des plus-values par rapport à la mise en place des technologies à domicile. Bien que les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont été favorables à l'utilisation de la technologie pour la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur du logement (par exemple sous forme de détecteurs de chutes ou de traceur GPS), ils ont relevé plusieurs obstacles à leur utilisation : le coût pour la personne âgée, la complexité dans l'utilisation et le changement de l'état de santé. Il ressort des focus groups des expériences traumatisantes pour les professionnels comme le fait de trouver les personnes âgées à terre à domicile après des heures ou encore des jours ou des personnes âgées désorientées qui sont sorties de leur domicile. De manière cohérente, la sélection de la technologie durant l'entretien PEI montre que plus de 80% des technologies choisies sont en lien avec la mobilité et la sécurité à l'intérieur et l'extérieur du logement. Aucune différence entre les typologies de professionnels de la santé et de l'aide à domicile n'a été trouvée ($p= 0,631$). Les technologies qui renforcent la collaboration interprofessionnelle dans toutes ses formes et les technologies abordables, adaptables et faciles dans l'utilisation en lien avec la mobilité et la sécurité à domicile ont été plébiscitées par les participants des quatre focus groups.

6 DISCUSSION

6.1 Personnes âgées

Les personnes âgées ayant participé à cette étude ont besoin d'aide de manière importante et pour de multiples activités de la vie quotidienne afin de vivre à domicile. Elles sont plusieurs à utiliser des technologies pour atteindre ce but. Cependant les avis sont divisés quant à l'utilité de l'introduction de nouvelles technologies. Plusieurs participants voient d'un bon œil l'introduction de dispositifs dans leur lieu de vie, d'autres sont, au contraire, réticents. Les résultats montrent que plusieurs participants pensent que les technologies peuvent être utiles mais dans des situations qui ne correspondent pas à la perception qu'ils ont de leur propre situation actuelle. Les technologies proposées peuvent être utiles, mais peut-être pour des personnes affrontant des difficultés différentes et plus importantes que celles que les participants affrontent dans leur quotidien. D'autres recherches ont montré que les personnes âgées reconnaissent l'utilité des technologies pour faciliter les activités quotidiennes et maintenir le lien social (65, 66). Cependant ils développent des représentations de l'utilisateur d'une technologie qui est une personne plus âgée et/ou plus malade et/ou plus seule qu'elle (67, 68, 69).

Les facilitateurs et obstacles à l'utilisation de technologies proviennent notamment de l'environnement de la personne âgée. Les proches et les professionnels jouent un rôle important dans l'introduction d'une technologie et son utilisation. Ces soutiens permettent aux personnes âgées de développer leurs connaissances et compétences par rapport aux technologies (65, 70, 71, 72). Les coûts liés à l'acquisition sont un facteur important au moment de la décision d'utiliser une technologie. En effet, selon Chen et al. (2013) les personnes âgées ayant plus de moyens financiers ont plus tendance à utiliser des technologies. Les résultats montrent aussi que si une personne âgée a développé une stratégie pour atteindre son but, il va être compliqué qu'elle remplace cette stratégie par l'utilisation d'une technologie. En accord avec des études préalables, les alternatives à l'utilisation de technologies sont une raison de ne pas utiliser une technologie (72, 73).

6.2 Proches aidants

Cette étude montre que les proches aidants sont souvent impliqués dans la prise en soin quotidien de leur personne aidée et que les technologies innovantes sont peu utilisées. De même que chez les personnes âgées, les avis des proches aidants sont divisés quant à l'utilité des technologies. Néanmoins, pour la majorité une introduction des technologies innovantes serait un moyen d'améliorer leur soutien, soit dans les soins, soit dans la relation avec les personnes âgées, afin de préserver le maintien à domicile. Ceci a été relevé comme important

tant pour la santé de la personne âgée que pour celle qui prend soin de son entourage. En effet. Cette dernière, est souvent submergée par la responsabilité des soins, ce qui peut générer stress, épuisement physique et mental (74, 75).

6.3 Professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social

Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile mettent en lumière que chaque situation est singulière, incertaine et souvent complexe. Des technologies domestiques facilement disponibles et peu coûteuses ont été utilisées pour répondre à divers besoins. L'utilisation des technologies était caractérisée par une adaptation ou une utilisation non conventionnelle pour répondre de manière personnalisée aux besoins des personnes âgées. Les soignants s'engagent souvent de manière créative en faisant recours à des technologies connues. Cependant, les soignants ne se sentent pas systématiquement soutenus dans leurs engagements, ce qui les conduit à un processus potentiellement frustrant : personne âgée et proches (en termes de réceptivité) ou institution (en termes de moyens et continuité). Les soignants expriment que les technologies doivent apporter des solutions à long terme et la conception de technologies innovantes devrait se concentrer sur la manière dont les technologies peuvent soutenir des formes de soins et d'aide à domicile plus personnalisées et adaptatives.

Les résultats des focus groups auprès les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont révélé que les participants avaient des attitudes mitigées à l'égard de la technologie, bien que la plupart des participants s'intéressaient à des technologies spécifiques pour l'usage quotidien. Ils étaient intéressés en unanimité à certains types de technologies (tels que...), ainsi qu'à aider à la mise au point de nouvelles technologies pour assister les activités de la vie quotidienne. Enfin, les obstacles à l'utilisation de la technologie par les professionnels sont le manque d'intérêt, le besoin de formation, les craintes d'être remplacé par la technologie, le risque de la déshumanisation dans la relation de soin avec les bénéficiaires, ainsi que des problèmes de conception et de coûts pour la personne âgée. En accord avec les recherches précédentes, des technologies innovantes de surveillance plus complexes (par exemple, les caméras, les détecteurs de mouvement) sont perçues comme intrusives et comportant un risque élevé de violation de la vie privée, ce qui est largement rejeté par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social. Les commentaires des participants évoquent entre autres la crainte que les données collectées soient, non seulement conservées au long terme, mais aussi accessibles à d'autres personnes (76).

6.4 Ensemble des participants

Nos résultats indiquent que les participants interrogés montrent une attitude à la fois positive et négative à l'égard de la technologie. Les attitudes positives concernaient le plus souvent les technologies liées à maintenir la mobilité à un moindre coût et avec des fonctions avancées (GPS). Les attitudes négatives envers la technologie étaient le plus souvent associées à la crainte de devenir dépendant à une technologie, diminuer la qualité de la relation soignant-soigné, d'admettre de ne plus être capable de rester à domicile et aux problèmes sociaux et économiques découlant de l'utilisation de la technologie (déranger les proches aidants et les professionnels avec des alarmes, les coûts, etc...). L'utilisation de la technologie est d'une part conditionnée par les résultats espérés (maintien à domicile) et les attentes des uns et des autres (maîtrise des risques par les proches aidants, éviter des hospitalisations/institutionnalisations et ne pas être à charge des autres) ; et d'autre part appuyée par des facilitateurs tels comme les aides à l'utilisation et à l'acquisition du dispositif provenant de l'environnement de l'utilisateur. En revanche, la non-utilisation de la gérontechnologie est liée à des obstacles personnels (p. ex., la santé et les capacités fonctionnelles et mentales), technologiques (p. ex., le coût et la complexité), et environnementaux (p. ex. l'absence de risque de chute). Pour encourager les participants à adopter la technologie, il semble important d'éliminer les obstacles sur les plans personnel (chaque situation est unique, les coûts...), technologique (flexibilité technologique adaptable à la situation) et environnemental (contexte de vie). Ces résultats corroborent ceux obtenus par les recherches menées par Chen et al. 2013 (77).

6.5 Forces et limites de l'étude

Les personnes âgées au bénéfice de prestations à domicile, leurs proches aidants et des professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont été au centre de cette étude. Un total de 68 entretiens individuels auprès des personnes âgées, 21 entretiens avec des proches aidants significatifs et quatre focus groups avec des professionnels de la santé et de l'aide à domicile ont été effectués pour explorer leurs perceptions des technologies innovantes. L'intégration de l'approche PEI dans les entretiens individuels et les focus groups a permis d'explicitier et de préciser les perceptions sur des classes technologies reconnues. Cette approche a permis d'illustrer, autant auprès des personnes âgées, que des proches aidants et des professionnels de la santé et de l'aide à domicile, les technologies potentiellement utiles dans le cadre du maintien à domicile.

L'importante hétérogénéité de la population recrutée ne permet pas une comparaison approfondie avec d'autres études retrouvées dans la littérature qui ont recruté des échantillons plus homogènes (65, 69, 78). De plus et à notre connaissance, c'est la première étude à

combiner des entretiens semi-structurés avec un entretien PEI, ce qui enrichi les résultats mais complique leur comparaison.

7 RECOMMANDATIONS

Les résultats issus de cette enquête ont mené l'équipe de recherche à élaborer des recommandations afin de proposer des pistes de solutions potentiellement applicables lorsque des dispositifs technologiques sont favorables et recommandés pour renforcer le maintien à domicile des personnes âgées. Ces recommandations s'adressent à la fois aux industriels souhaitant développer des dispositifs innovants d'aide au maintien à domicile, aux instances politiques et aux professionnels qui souhaitent développer l'usage de ces dispositifs innovants auprès du public âgé.

Plusieurs recommandations de la section 7.1 encouragent de manière directe ou indirecte les concepteurs ou industriels développant de nouvelles technologies à intégrer les utilisateurs dans les processus menant à la mise sur le marché d'un dispositif. Recherche participative, co-développement, co-construction,... Le vocabulaire est riche lorsqu'il s'agit de mentionner des méthodologies proposant d'inclure activement les futurs utilisateurs à l'innovation. Dans le cadre du projet Autonomie 2020 il nous semble important de mettre en évidence l'action 5 « Living Lab ». Les Living Labs ou Laboratoire vivants mettent en place des processus participatifs de co-construction visant à mettre en évidence des préoccupations réelles et y apporter des solutions concrètes. Plusieurs structures de ce type existent dans la région lémanique franco-suisse ou dans ses proches alentours. En ce qui concerne l'innovation en lien avec le vieillissement on peut relever en Suisse l'existence du Senior Lab. En France Le Centre hospitalier Annecy-Genevois mettra en place courant 2019 un Living Lab ciblant également à innover dans le champ de la santé des personnes âgées. Concernant la recommandation 12 (cf. section 7.3), l'action 6 du projet Autonomie 2020 vise à élaborer et mettre en œuvre un concept de formation modulaire transfrontalier sur le développement, l'utilisation et l'accompagnement nécessaires à la diffusion des technologies appliquées aux soins à domicile. L'action 6 est donc complètement en phase avec cette recommandation.

7.1 Concepteurs et industriels

Recommandation 1 : Co-construction des technologies avec le public cible

Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile « personnalisables », adaptées aux caractéristiques bio-psycho-sociales des personnes cibles, en partant de leurs besoins et attentes et de ceux exprimés par leurs proches aidants.

Nos résultats soulignent qu'il faut accorder plus d'attention à l'adaptation des technologies aux préférences des utilisateurs, mais aussi privilégier des technologies qui apportent des solutions à des problèmes individuels. Les concepteurs et les experts opérationnels des

technologies innovantes doivent prendre les opinions des usagers en considération pour co-construire des technologies afin d'inciter les différents acteurs (ingénieurs, personnes âgées, professionnels de la santé et de l'aide à domicile, proches aidants) à mieux comprendre le problème et de chercher des solutions ensemble. Le développement des technologies innovantes doit se faire en tenant compte des obstacles physiques, mentaux et comportementaux potentiels chez les personnes pouvant compliquer l'utilisation de la technologie. Cette démarche permettrait de développer des technologies qui répondent à la fois aux besoins des utilisateurs (par exemple : un dispositif fiable détectant les chutes et envoyant une alerte) et aux impératifs commerciaux permettant de rendre ces technologies accessibles à un grand nombre de personnes.

Recommandation 2 : Co-construction des technologies avec les professionnels de la santé et de l'aide à domicile

Concevoir, expérimenter et implanter des technologies innovantes pour le maintien à domicile en impliquant les professionnels de la santé et de l'aide à domicile.

Pour diminuer l'écart entre la démarche des concepteurs et les utilisateurs (personnes âgées, proches aidant et intervenants professionnels) dans le développement des technologies innovantes, il est indispensable de décloisonner les différents secteurs/acteurs, créer des partenariats (public/privé/associations), associer l'ensemble des acteurs et essayer de coordonner l'ensemble.

Recommandation 3 : Technologies pour les utilisateurs

Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile à usage simple et intuitif afin de favoriser une utilisation quotidienne.

Les personnes âgées, les professionnels de la santé et de l'aide à domicile, tout comme les proches aidants, mettent en avant la simplicité comme une caractéristique importante de tout dispositif nouvellement installé. En ce sens, il semble que l'option des dispositifs simples et automatisés soit la plus réaliste en vue d'un usage durable ; notamment pour les personnes âgées présentant de troubles cognitifs, mais également pour la plupart des utilisateurs (personnes âgées, proches aidants et intervenants professionnels). Ces derniers sont non seulement rarement intéressés à s'approprier des technologies innovantes, mais aussi faiblement capables de le faire. Tout dispositif doit donc être le plus simple possible et il serait souhaitable de les rendre soit totalement automatisés, soit, lorsque c'est possible, de favoriser une interaction simple. L'exemple d'un écran éventuellement tactile sur lequel figureraient toutes les informations nécessaires (heure, jour, date, météo, rendez-vous, prise de médicament, etc.) et remplaçant les traditionnels post-its et agendas en papier en est un exemple.

Recommandation 4 : Technologies pour les utilisateurs (bis)

Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile adaptées aux technologies déjà adoptées et intégrées dans les routines des usagers.

Les résultats obtenus montrent que les personnes âgées se montrent souvent réfractaires au changement de leurs habitudes et conséquemment à toute innovation dans leur quotidien. Une manière de faciliter l'adoption de nouvelles technologies dans les habitudes des personnes âgées est de les associer à des outils couramment utilisés et considérés comme utiles voire indispensables au quotidien.

Recommandation 5 : Technologies pour renforcer la sécurité des utilisateurs

Développer des technologies innovantes pour le maintien à domicile qui renforcent la sécurité des personnes âgées.

Le terme technologie n'évoque que peu de choses aux personnes âgées et leurs proches aidants ; ils n'associent pas le téléphone, la téléalarme ou une tablette à de la technologie. En revanche le sentiment de sécurité apporté par les deux premiers est important. Il faudrait donc augmenter les capacités techniques de ces outils pour améliorer leur capacité d'alerte et notamment passive si danger (chute, errance). En revanche l'inverse est aussi vrai: si l'utilisation d'une technologie usuelle de type téléphone portable s'est mal passée, cela rend difficile l'utilisation d'une autre technologie plus avancée.

Recommandation 6 : Communication à propos des technologies

Informar les personnes âgées, les proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile) des technologies existantes et disponibles.

Le manque de connaissance des technologies est évoqué régulièrement dans les entretiens menés auprès des personnes âgées, proches aidants et professionnels de la santé et de l'aide à domicile. Les technologies suggérées par les professionnels de la santé et de l'aide à domicile ou offertes par un membre de la famille, sont plus facilement acceptées et intégrées. Les proches aidants et les professionnels sont donc des vecteurs importants d'introduction des technologies à divulguer, pourtant ils sont nombreux à relever le fait de ne pas être suffisamment informés des offres potentielles dans le cadre du maintien à domicile.

Recommandation 7 : Information claire et exhaustive

Intégrer le prix de la technologie et des services d'accompagnement à l'utilisation dans l'information de divulgation des technologies innovantes à l'intention des usagers.

La méconnaissance des prix des technologies (faisant craindre la coût excessif) et la difficulté supposée de leur utilisation sont des freins évoqués dans les interviews. Aussi, proposer un tarif clair, complété de l'information à propos d'un service d'accompagnement à l'utilisation serait de nature à rassurer les personnes âgées et leur entourage. Si une possible aide financière peut être obtenue pour l'acquisition ou la location d'une technologie, il est important que cette information soit ajoutée à celles précédemment mentionnées. L'introduction de toute pratique (qu'elle soit technologique ou non) doit être accompagnée, autant que nécessaire. L'accompagnement et le service après-vente doivent être pensés spécifiquement pour cette population obligeant peut-être des industriels et opérateurs déjà présents sur le secteur à repenser les procédures habituellement mises en place pour le grand public.

Recommandation 8 : Introduction des technologies

Proposer des essais gratuits avant achat définitif afin de rassurer les futurs usagers et de vérifier l'utilité et la pertinence.

Les craintes exprimées lors de cette enquête par les usagers (Personnes âgées, proches aidants et les professionnels de la santé et de l'aide à domicile et médico-social) vis-à-vis des technologies pourraient en partie être levées si une période suffisante d'essai avant un achat. Les utilisateurs pourraient être davantage convaincus de l'utilité d'une technologie et, de ce fait seraient plus enclins à l'introduction.

7.2 Instances politiques et de santé publique

Recommandation 9 : Communication, aide à l'utilisation des technologies aidantes

Promouvoir les technologies innovantes auprès des personnes âgées et des proches aidants.

Étant donné l'intérêt public de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, les instances politiques et spécifiquement celles en santé publique, devraient encourager l'utilisation de technologies innovantes, notamment en visant spécialement les personnes âgées vivant à domicile et leurs proches aidants dans leurs campagnes de communication. Comme mentionné dans la recommandation 6, les informations doivent viser à améliorer les connaissances de base des potentielles utilisateurs sur les technologies, notamment celles

pouvant être utilisées dans le domaine de la santé et dans le contexte des soins et de l'aide à domicile. La recommandation 7 est également utilisable par des instances politiques.

Recommandation 10 : Aide financière à l'utilisation des technologies aidantes

Soutenir financièrement l'accès aux technologies innovantes, auprès des personnes âgées et des proches aidants, dont les coûts/bénéfices ont été mise en évidence.

Dans le même ordre d'idée que pour la recommandation 9 et afin de rendre possible l'utilisation de certaines technologies dont le prix ne permettrait pas l'intégration à la prise en charge de certaines personnes âgées aux moyens financiers réduits, les instances publiques pourraient décider de subventionner certaines technologies. Ces technologies devraient être choisies après évaluation de leur efficience.

Recommandation 11 : Prise en compte de la complexité des situations

Considérer le contexte socio-économique des personnes âgées lors de l'introduction de technologies innovantes pour le maintien à domicile

Les limites des technologies sont là où on ne les attend pas (p. ex. un dispositif approprié, mais pas utilisé ou un dispositif trop rapidement obsolète) et sont souvent autant d'ordre social que technique. Il n'existe donc pas de réponse simple à des problèmes qui sont, par définition dans le cas qui nous occupe, complexes. Il s'en suit que l'utilisation des technologies doit s'inscrire dans une signification sociale de leur usage et renforcer le maintien à domicile. Dans ce sens et en addition des recommandations 9 et 10, il semble important que les instances politiques dirigeantes puissent intégrer la question des technologies au service du maintien à domicile dans leurs planifications médico-sociales ou leurs politiques du vieillissement.

7.3 Professionnels de la gérontologie

Recommandation 12 : Formation des professionnels comprenant un axe technologique

Développer une formation sur les technologies innovantes pour les professionnels de la santé, médico-sociaux et d'aide à domicile œuvrant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il est recommandable de développer une formation initiale (ou continue pour les professionnels en poste) avec des modules à propos des technologies innovantes par une mise en synergie des ressources internes en partant d'une collaboration des différents acteurs impliqués aux niveaux opérationnels, académiques et industriels. La formation des professionnels devrait envisager les questions éthiques que peuvent poser l'utilisation de ces dispositifs, mais plus largement les pratiques professionnelles en lien leur utilisation. Il s'agit surtout de mieux

préparer les professionnels de la santé et d'aide à domicile dans des fonctions opérationnelles :

1. Pour les personnes âgées, la technologie devrait s'insérer dans la prise en charge gériatrique « globale »
2. L'intégration d'un outil technologie doit davantage tenir compte de la pratique clinique et des données utiles et mobilisées par les professionnels pour adapter les prises en charge (logique professionnelle, faire sens pour la pratique, convivialité)
3. Pour la sécurité des personnes âgées, la formation à l'utilisation des technologies des différents acteurs doit être davantage développée (gestion des alarmes d'urgence)
4. L'amélioration de la fiabilité des messages d'alertes est indispensable afin de discriminer les comportements habituels, des changements dans les situations de santé (p. ex. aggravation, changement aigu)

Recommandation 13 : Professionnels prescripteurs de technologies

Introduire et adapter les technologies existantes selon l'évolution de la situation de santé et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants.

Compte tenu d'une part, des changements générationnels, de l'état de santé, et d'autre part, des difficultés d'apprentissage de certaines personnes âgées, il est important de privilégier les technologies déjà utilisées. Si les personnes âgées atteignent un objectif avec un dispositif déjà existant, il n'est pas souhaitable de leur proposer un nouvel objet. Le professionnel qui connaît bien la personne âgée, son lieu de vie et son entourage est une personne-ressource pour préconiser une technologie et veiller à son introduction et à son évaluation régulière.

Recommandation 14 : Professionnels prescripteurs de technologies (bis)

Garder une veille active des technologies innovantes afin que les ressources technologiques disponibles soient connues par les structures de soins, d'aide et de maintien à domicile.

Les professionnels de la santé et de l'aide à domicile soulignent leur méconnaissance des ressources technologiques disponibles à domicile. Or, ils sont une des principales ressources des personnes âgées et des proches aidants pour faire connaître les dispositifs existants et accessibles. En étant informés de ce qui existe sur le marché et en étant formés à les évaluer, ils disposeront d'arguments à faire valoir en cas de volonté de la part de la personne âgée ou de ses proches aidants d'acquiescer un nouveau dispositif. La réalisation et la mise à jour d'un catalogue des dispositifs technologiques existants seraient utiles en tenant compte que les informations qu'il contient soient claires et exhaustives (voir recommandation 6).

Recommandation 15 : Éducation technologique des usagers

Programmer une phase d'intégration avec un accompagnement technique des usagers (personne âgée, proche aidant, professionnel de la santé et d'aide à domicile) lors de l'introduction d'une nouvelle technologie pour le maintien à domicile.

L'accompagnement sera déterminant dans l'utilisation et l'efficacité du dispositif. L'importance du rôle des professionnels de la santé dans l'appropriation d'un dispositif a été mise en avant par les participants âgés. Cet accompagnement peut prendre différentes formes selon les types de dispositifs implantés (par exemple une approche selon le modèle de l'éducation thérapeutique). L'accompagnement est un des facteurs clés dans l'introduction réussie de nouveaux dispositifs technologiques auprès des bénéficiaires et de leur proche aidant. Cependant, cet accompagnement exige des compétences et des connaissances. À ce titre, les professionnels de la santé et de l'aide à domicile seraient les meilleures personnes pour le réaliser.

Recommandation 16 : Les technologies dans les pratiques professionnelles

Amener les professionnels des soins et de l'aide à domicile à se sentir concernés par l'utilisation des technologies innovantes et intégrer ces technologies au rôle et à la fonction de soignant à domicile.

Devant les réticences des professionnels de la santé et d'aide à domicile à l'égard de l'utilisation de technologies pour favoriser l'autonomie, les organisations (responsables) des structures de maintien et de soins à domicile devraient fournir un effort d'information auprès de leurs professionnels, mais aussi aux proches aidants et même au niveau du grand public. Comme déjà indiqué, il conviendrait d'associer étroitement les professionnels de la gérontologie aux différentes étapes du développement et de la valorisation des technologies : conception, mise sur le marché, usage concret et suivi des technologies, etc. De plus, afin que les technologies innovantes puissent être un outil supplémentaire d'intervention – et non pas seulement un élément de substitution à un manque de main-d'œuvre –, leur introduction à domicile peut obliger à repenser l'organisation du travail des différents intervenants autour de la personne âgée. L'enjeu est bien d'organiser la coordination des différents intervenants – professionnels, proches aidants, etc. – afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

8 CONCLUSION

Le vieillissement des populations en Europe occidentale nous conduit à nous demander si les services actuels intervenant à domicile s'adapteront aux besoins futurs de la population. Les personnes âgées de plus de 85 ans représentent un défi particulier, car la croissance de cette tranche de la population est la plus rapide et présentent des taux élevés de perte d'autonomie, de comorbidités et de troubles cognitifs. En réaction à ces données démographiques, des recherches cliniques appliquées visent à explorer des stratégies pour favoriser un vieillissement à domicile sain et autonome. Malgré l'omniprésence de la technologie dans la société, la recherche sur l'utilisation de la technologie pour l'amélioration de la vie quotidienne auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est faible par rapport à l'ensemble de la population. Les technologies innovantes offrent une solution possible pour promouvoir l'indépendance de ces personnes, mais sont souvent sous-utilisées dans les soins quotidiens. Dans cette perspective, cette enquête a exploré la place des technologies innovantes dans les soins auprès des personnes âgées vivant à domicile. De nombreux projets de recherche ont été menés pour « démontrer » l'efficacité des technologies avec pour but de détecter rapidement un déclin somatique et/ou psychique pour éviter une hospitalisation et renforcer le maintien à domicile en privilégiant un design de recherche interventionnel de type expérimental ou quasi-expérimental. D'autres recherches ont été menées par des approches qualitatives en se focalisant sur ce qui est perçu comme « acceptables et utiles par et pour les utilisateurs » et les déterminants d'intérêts dans l'utilisation des technologies innovantes.

Cette enquête avait pour but d'investiguer les perceptions et les besoins des technologies innovantes auprès des personnes âgées, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé et d'aide à domicile. De nombreuses technologies innovantes sont à disposition des personnes âgées indépendantes ou dépendantes. Elles visent à pallier ou prévenir certains déficits physiques, sensoriels, cognitifs et sociaux. En aidant la personne âgée dans les activités de la vie quotidienne. Elles aident notamment à mobiliser les ressources résiduelles des personnes âgées, à réduire l'avancement des troubles psychiques en favorisant le lien social, à améliorer la sécurité du maintien à domicile ainsi qu'à aider les proches aidants et les professionnels dans l'accompagnement et la prise en charge.

Nos résultats affirment que des efforts sont à réaliser dans la mise en adéquation des technologies innovantes avec les besoins des personnes âgées, leurs proches aidants et les professionnels intervenants à domicile. Cependant, il s'avère important de poursuivre les travaux d'évaluation et de recherche de la pertinence empirique et l'efficacité des technologies afin de préciser les domaines d'intervention et les indications d'utilisation de ces technologies auprès de certains profils de personnes âgées et leurs proches aidants pour optimiser la prise en charge de leur problème de santé et/ou perte d'autonomie afin de renforcer le maintien à

domicile. L'avancement dans ce sens ne pourra se faire que grâce à une coopération étroite entre les experts de la technique, ceux de la santé et de l'aide à domicile et les usagers – personnes âgées / proches aidants afin de mettre à disposition des personnes des outils technologiques répondant aux besoins et aux attentes de ces derniers. Le développement de nouvelles technologies pour renforcer le maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie est un impératif humain, social et économique. Il doit être accompagné par le développement de compétences multidisciplinaires. Les sociétés savantes se doivent d'encadrer ce développement notamment en proposant une réflexion critique.

Mentionnons encore que certaines réalités du terrain obligeront les chercheurs en technologies innovantes et les prescripteurs à accepter l'effectivité d'un outil technologique basée prioritairement sur une approche pragmatique en dépit d'une rigueur scientifique de causalité. Finalement, la population dans son ensemble vieillit et la proportion de personnes âgées avec un niveau suffisant de compétences technologiques augmentera. Ces constats leur permettront d'afficher une attitude claire par rapport à la valeur et aux limites des technologies dans leur vie. La situation est donc très fluide et la recherche devra s'ajuster à ce processus dynamique. S'il n'y a aucun doute sur le fait que les technologies innovantes joueront un rôle de plus en plus important dans les services de soins pour les personnes âgées à domicile ainsi que pour les proches aidants, il est cependant plus difficile de prédire quelle sera l'évolution de la forme de ces interventions. Bien qu'il soit difficile d'établir des résultats probants basés sur des preuves scientifiques robustes, la recherche clinique jouera un rôle clé dans ce défi.

RÉFÉRENCES

1. Eurostat. People in the EU : who are we and how do we live? Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
2. Insee. Tableaux de l'économie française : édition 2018. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2018.
3. Kohli R, Suisse, Office fédéral de la s. Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse : 2015-2045 2015.
4. Füglistner-Dousse S, Dutoit L, Pellegrini S. Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse : évolutions 2006-2013. Neuchatel: OFS, 2015.
5. Boldy D, Grenade L, Lewin G, Karol E, Burton E. Older people's decisions regarding 'ageing in place': A Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*. 2011;30(3):136-42.
6. Eckert JK, Morgan LA, Swamy N. Preferences for Receipt of Care Among Community-Dwelling Adults. *Journal of Aging & Social Policy*. 2004;16(2):49-65.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Global age-friendly cities: A guide. Geneva: OMS; 2007.
8. Monsch AU, Büla C, Hermelink M, Kressig RW, Martensson B, Mosimann U, et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2013;9(382):838-47.
9. Perrier A, Cornuz J, Gaspoz J-M, Waeber G. Quelle organisation des soins pour le patient polymorbide. *Rev Med Suisse*. 2013;9(174):81.
10. Riat F, Rochat S, Büla C, Renard D, Monod-Zorzi S. Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides: guide à l'intention des cliniciens. *Rev Med Suisse*. 2012;8(2109):14.
11. McCusker J, Kakuma R, Abrahamowicz M. Predictors of functional decline in hospitalized elderly patients: a systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57(9):M569-77.
12. Alzheimer Suisse. Les démences en Suisse 2018. Berne: 2018.
13. Carcaillon-Bentata L, Quintin C, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Moisan F, Ha C. Peut-on estimer la prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences à partir des bases de données médico-administratives ? Comparaison aux données de cohortes populationnelles. *Bull Epidemiol Hebd [Internet]*. 2016; 28-29:[459-67 pp.]. Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_1.html.
14. Waller M, Mishra GD, Dobson AJ. Estimating the prevalence of dementia using multiple linked administrative health records and capture–recapture methodology. *Emerging Themes in Epidemiology*. 2017;14(1):3.
15. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2013;9(1):63-75 e2.
16. Von Gunten A, Gold G, Kohler M. Les proches des personnes souffrant d'une démence. *Rev Med Suisse*. 2008;4:988-93.
17. Alvira MC, Risco E, Cabrera E, Farre M, Rahm Hallberg I, Bleijlevens MH, et al. The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2015;71.
18. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11(2):217-28.

19. Wimo A, Jönsson L, Fratiglioni L, Sandman PO, Gustavsson A, Sköldunger A, et al. The societal costs of dementia in Sweden 2012 – relevance and methodological challenges in valuing informal care. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2016;8(1):59.
20. Kristoffersson A, Coradeschi S, Loutfi A, Severinson-Eklundh K. An Exploratory Study of Health Professionals' Attitudes about Robotic Telepresence Technology. *Journal of Technology in Human Services*. 2011;29(4):263-83.
21. Lapierre N, Goulet CP, St-Arnaud A, Ducharme F, Meunier J, Londei ST, et al. Perception et réceptivité des proches-aidants à l'égard de la vidéosurveillance intelligente pour la détection des chutes des aînés à domicile. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2015;34(04):445-56.
22. Gimbert V, Malochet G. Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes? Un tour d'horizon international. *Vie sociale*. 2012(4):129-45.
23. Barakat A, Woolrych RD, Sixsmith A, Kearns WD, Kort HS. eHealth Technology Competencies for Health Professionals Working in Home Care to Support Older Adults to Age in Place: Outcomes of a Two-Day Collaborative Workshop. *Medicine*. 2013;2(2):e10.
24. Goldman DP, Chen C, Zissimopoulos J, Rowe JW, Research Network on an Aging S. Opinion: Measuring how countries adapt to societal aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2018;115(3):435-7.
25. North MS, Fiske ST. Modern Attitudes Toward Older Adults in the Aging World: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Psychological bulletin*. 2015;141(5):993-1021.
26. Pruchno RA, Smyer MA. *Challenges of an Aging Society*. Boston: Johns Hopkins University Press; 2007.
27. OCDE. Ratio de dépendance démographique des personnes âgées. Paris, : 2016.
28. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & gerontology international*. 2012;12(1):16-22.
29. OECD. *Statistiques de la population*. Paris: OCDE; 2018.
30. Bouma H. Gerontechnology: emerging technologies and their impact on aging in society. *Studies in health technology and informatics*. 1998;48:93-104.
31. Franco A, Rialle V. Perte d'autonomie et maintien à domicile. *Esprit*. 2010(7):85-92.
32. Cornet G, Carre M. Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? *Gérontologie et Société*. 2009;126:6113-28.
33. Bronswijk JEMHv, Bouwhuis DG, Fozard JL, Bouma H. *Gerontechnology's basics* 2008.
34. Arcand M, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie*: Edisem- Maloine; 2008.
35. Fernandez-Ballesteros R. The concept of Successful Aging and related Terms. In: Fernandez-Ballesteros R BA, Robine J-M (Ed.), editor. *The Cambridge handbook of Successful Aging*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2019. p. 6 – 22.
36. Blaschke CM, Freddolino PP, Mullen EE. Ageing and technology: a review of the research literature. *British Journal of Social Work*. 2009;39(4):641-56.
37. Gale C. A life course approach to psychological and social well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011;65(Suppl 1):A12-A.
38. Vanhoutte B, Nazroo J. Life Course Pathways to Later Life Wellbeing: A Comparative Study of the Role of Socio-Economic Position in England and the U.S. *Journal of population ageing*. 2016;9:157-77.
39. Perrig-Chiello P, Susanne MJ, Buschkuehl M, Sta HB, Perrig WJ. Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing*. 2009;6:27-37.
40. Recommandation relative à la dépendance, N° R (98) 9 (1998).

41. Koch S, Hägglund M. Health informatics and the delivery of care to older people. *Maturitas*. 2009;63(3):195-9.
42. Or CKL, Karsh B. A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology. *The Journal of the American Medical Informatics Association*. 2009;16(4):550-60.
43. Alemdar H, Ersoy C. Wireless sensor networks for healthcare: A survey. *Computer Networks*. 2010;54(15):2688-710.
44. Franco A, van Bronswijk JEMH, Littler A. Clinical gerontechnology and its assessment. 2008.
45. Kosse NM, Brands K, Bauer JM, Hortobagyi T, Lamoth CJC. Sensor technologies aiming at fall prevention in institutionalized old adults: A synthesis of current knowledge. *International Journal of Medical Informatics*. 2013;82(9):743-52.
46. Mahoney D, Tarlow B, Jones R. Effectiveness of gerontechnology on users' knowledge of Alzheimer's disease. *Gerontologist*. 2002;42:417-.
47. Hofmann B. Ethical challenges with welfare technology: a review of the literature. *Science and engineering ethics*. 2013;19(2):389-406.
48. Fernández-Caballero A, González P, Navarro E. Gerontechnologies – Current achievements and future trends. *Expert Systems*. 2017;34(2):n/a-n/a.
49. Peek STM, Luijkx KG, Rijnaard MD, Nieboer ME, van der Voort CS, Aarts S, et al. Older Adults' Reasons for Using Technology while Aging in Place. *Gerontology*. 2016;62(2):226-37.
50. Peek STM, Wouters EJ, Luijkx KG, Vrijhoef HJ. What it Takes to Successfully Implement Technology for Aging in Place: Focus Groups With Stakeholders. *J Med Internet Res*. 2016;18(5):e98.
51. Benaim C, Froger J, Compan B, Pelissier J. [The assessment of autonomy in elderly people]. *Ann Readapt Med Phys*. 2005;48(6):336-40.
52. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
53. Liamputtong P, Ezzy D. *Qualitative Research Methods*. Victoria, Melbourne: Oxford University Press; 2005.
54. Morgan DL. *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park, California: Sage; 1988.
55. Bates EA, McCann JJ, Kaye LK, Taylor JC. "Beyond words": a researcher's guide to using photo elicitation in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2017;14(4):459-81.
56. Riley RG, Manias E. The uses of photography in clinical nursing practice and research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(4):397-405.
57. Close H. The use of photography as a qualitative research tool. *Nurse Researcher* 2007;15(1):27-36.
58. Pink S. *Doing visual ethnography: Images, media and representation in research* 2006. null p.
59. SPSS I. *Statistical Package for Social Sciences 25.0* - IBM. Somer, NY: IBM Corporation; 2016.
60. Burla L, Knierim B, Barth J, Liewald C, Duetz M, Abel A. From Text to Codings: Intercoder Reliability Assessment in Qualitative Content Analysis. *Nurs Res*. 2008;57(2):113-7.
61. Elo S. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62.
62. QSR. NVivo - version 11. 11.0 ed: QSR International; 2015.
63. Rose G. *Visual methodologies: An introduction to the interpretation of visual materials* 2001. null p.

64. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
65. Whelan S, Murphy K, Barrett E, Krusche C, Santorelli A, Casey D. Factors Affecting the Acceptability of Social Robots by Older Adults Including People with Dementia or Cognitive Impairment: A Literature Review. *International Journal of Social Robotics*. 2018;10(5):643-68.
66. Petonito G, Muschert GW. Silver Alert: Societal Aging, Dementia, and Framing a Social Problem. *Critical Gerontology Comes of Age*: Routledge; 2018. p. 146-62.
67. Steventon A, Bardsley M, Billings J, Dixon J, Doll H, M. B. Effective of telecare on use of health and social care services: findings from the Whole Systems Demonstrator Cluster Randomised trial. *Age Ageing* [Internet]. 2013; 42:[501-8 pp.]. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/4/501.full.pdf>.
68. Schulz R, Wahl H-W, Matthews JT, De Vito Dabbs A, Beach SR, Czaja SJ. Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. *The Gerontologist*. 2015;55(5):724-34.
69. Yusif S, Soar J, Hafeez-Baig A. Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*. 2016;94:112-6.
70. Chen K, Chan AH. Gerontechnology acceptance by elderly Hong Kong Chinese: a senior technology acceptance model (STAM). *Ergonomics*. 2014;57(5):635-52.
71. Peek ST, Wouters EJ, Luijkx KG, Vrijhoef HJ. What it Takes to Successfully Implement Technology for Aging in Place: Focus Groups With Stakeholders. *Journal of medical Internet research*. 2016;18(5):e98.
72. Fischer SH, David D, Crotty BH, Dierks M, Safran C. Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *International Journal of Medical Informatics*. 2014;83(9):624-35.
73. Peek ST, Wouters EJ, van Hoof J, Luijkx KG, Boeije HR, Vrijhoef HJ. Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. *Int J Med Inform*. 2014;83(4):235-48.
74. Bialon LN, Coke S. A Study on Caregiver Burden: Stressors, Challenges, and Possible Solutions. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2012;29(3):210-8.
75. Duggleby W, Williams A, Wright K, Bollinger S. Renewing Everyday Hope: The Hope Experience of Family Caregivers of Persons with Dementia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009;30(8):514-21.
76. Offermann-van Heek J, Ziefle M. They Don't Care About Us! Care Personnel's Perspectives on Ambient Assisted Living Technology Usage: Scenario-Based Survey Study. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2018;5(2):e10424.
77. Chen K, Chan AHS. Use or Non-Use of Gerontechnology: A Qualitative Study. *International Journal Environment Research Public Health*. 2013;10:4645-66.
78. Allen D, Rixson L. How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? *International journal of evidence-based healthcare*. 2008;6(1):78-110.

ANNEXE 1 : GUIDE D'UTILISATION DE L'ÉCHELLE AGGIR

GRILLE AGGIR							
NOM et Prénom de la personne âgée :				Date de naissance :			
Date de naissance :				Date de passation de la grille :			
Adresse :							
VARIABLES DISCRIMINANTES							
Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	H	C	AB C	OBSERVATIONS
TRANSFERTS se lever, se coucher, s'asseoir							
DEPLACEMENTS INTERIEURS avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant							
TOILETTE Hygiène corporelle	HAUT : visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains						
	BAS : régions intimes, les membres inférieurs et les pieds						
ELIMINATION Assurer l'hygiène et rester propre	URINAIRE						
	ANALE						
HABILLAGE Savoir choisir, préparer et enlever	HAUT : choix vêtements, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête / les bras						
	MOYEN : boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles						
	BAS : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures						
ALIMENTATION	SE SERVIR : un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper						
	MANGER : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons						
ALERTE Communication à distance							
DEPLACEMENTS EXTERIEURS A partir de la porte d'entrée sur la rue							
ORIENTATION	TEMPS : se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)						
	ESPACE : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux						
COHERENCE	COMMUNICATION communication fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne						
	COMPORTEMENT agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude						
VARIABLES ILLUSTRATIVES							
GESTION							
CUISINE							
MENAGE							
TRANSPORT							
ACHATS							
SUIVI DE TRAITEMENT							
ACTIVITES TEMPS LIBRE							

EVALUATION DE LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE GRILLE AGGIR

REMARQUES IMPORTANTES

- L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule en excluant ce que font l'entourage et les professionnels.
- En revanche les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne (lunettes, prothèse auditive, fauteuil roulant, poche de colostomie etc...)
- Il faut **cocher les cases**, quand la personne **ne fait pas**

S = Spontanément (il n'y a pas d'incitation ou de stimulation)
T = Totale (l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé)
H = Habituellement (fait référence au temps et à la fréquence de réalisation)
C = Correctement (recouvre la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et des autres)

- Dans un premier temps, pour chaque activité on va d'abord voir si la personne relève d'un C
 On cotera C dans les cas suivants :
 La personne ne fait jamais cette activité seule même partiellement même difficilement,
 Il faut faire l'activité à sa place, ou « faire faire » entièrement et à chaque fois,
 Il faut tout refaire en totalité à chaque fois.
- Dans un second temps il faudra répondre par oui ou par non aux 4 questions concernant les adverbes ce qui permettra de déterminer la modalité de cotation en A ou en B

DEFINITIONS DES VARIABLES DISCRIMINANTES

TRANSFERTS

Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ces trois positions à l'autre, dans les deux sens. Cette variable concerne les seuls changements de position et n'inclut pas les déplacements.

DEPLACEMENT A L'INTERIEUR

Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie (lieu de vie = à domicile = pièces habituelles et lieux où se trouvent les boîtes aux lettres et le local poubelle/en institution le lieu de vie inclut restaurant, espaces d'animation et de vie collective) jusqu'à la porte d'entrée sur la rue. L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur, d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements.

TOILETTE (AA=A CC=C Autres=B)

Assurer son hygiène corporelle. Cette variable inclut la préparation des affaires indispensables à sa réalisation (eau, savon, serviettes...).

Toilette Haut = toilette du visage, rasage, coiffage (coup de peigne ou de brosse) le tronc, les membres supérieurs et les mains. Le dos et les dents sont volontairement ignorés dans l'évaluation.

Toilette Bas = toilette des régions intimes des membres inférieurs et des pieds. Les ongles des orteils sont volontairement ignorés dans l'évaluation.

ELIMINATION AA=A ;

(urinaire et anale) CC=C ; CB=C ; BC=C ; CA=C ; AC=C ;

Autres=B

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale. Il ne s'agit pas de mesurer la maîtrise de l'élimination (l'incontinence est un diagnostic médical) mais d'évaluer comment la personne assure l'hygiène (la propreté) de ses éliminations. Avoir une bonne hygiène, c'est éliminer dans un lieu ou un ustensile approprié et assurer la propreté sur soi. (On peut être incontinent et assurer parfaitement la gestion de ses fuites (protections à usage unique) et rester propre.

HABILLAGE (AAA=A ; CCC=C Autres=B)

_haut, moyen bas)

Cette variable porte sur l'habillement, le déshabillage, et la présentation. Le choix des vêtements, la recherche dans le lieu de rangement, leur mise à disposition, la décision d'en changer font partie de l'activité habillage. La pose de bas de contention ayant fait l'objet d'une prescription médicale est exclue de l'évaluation de cette variable ainsi que le lavage le repassage et la couture des vêtements.

ALIMENTATION AA=A ;

(se servir, manger) CC=C ; BC=C ; CB=C

Autres=B

Cette variable concerne deux activités : se servir et manger. Ces activités concernent des aliments conditionnés et apportés sur la table et sont évaluées à partir du moment où la personne se débrouille seule.

Se servir : c'est couper sa viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre. Ou quand la personne est servie dans la salle à manger ou dans son lit à l'aide d'un plateau, se servir commence au moment où elle prépare les aliments tels qu'ils sont conditionnés avant de les porter à sa bouche et de les avaler.

Manger : c'est porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler. Pour une personne porteuse d'une sonde gastrique, on évalue si la personne assume ou non la gestion de cette sonde.

ALERTER (communication à distance)

C'est utiliser un moyen de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, télé-alarme...dans le but d'alerter en cas de besoin.

DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR

On est à l'extérieur quand on est en dehors du lieu de vie tel qu'il a été défini pour la variable déplacement à l'intérieur. (Déplacement extérieur = franchir la porte d'entrée sur la rue). Prendre l'air dans son jardin ou celui de l'institution où l'on vit, n'est pas se déplacer à l'extérieur

ORIENTATION

AA=A

Dans le temps et l'espace AB, BA, BB=B

CC, BC, CB, AC, CA=C

C'est se repérer dans l'espace et le temps :

La personne sait-elle se situer par rapport aux saisons, aux moments de la journée (matin soir) ?

Dans les lieux habituels de vie (maison, appartement, quartier, ou unité de vie ?)

Connaît-elle l'année et le mois en cours (elle peut très normalement ne pas connaître la date exacte) ?

Sait-elle (pour le repérage des lieux se situer précisément dans des lieux habituels de vie et plus globalement dans des lieux nouveaux pour elle ?

COHERENCE

Communication, comportement

AA=A

AB, BA, BB=B

CC, BC, CB, AC, CA=C

C'est communiquer (communication verbale et/ou non verbale), agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

Communication : cette sous variable évalue si la personne a un système de communication fiable et suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne avec autrui.

Comportement : cette sous variable évalue si la personne sait vivre parmi les autres et/ou assumer sa solitude (si elle n'a aucune tendance agressive vis-à-vis d'autrui ou d'elle-même si elle réagit d'une façon adaptée devant une situation dangereuse pour elle ou autrui et si elle ajuste ses réactions aux lois et aux conventions sociales de courtoisie habituelle dans notre société.

DEFINITIONS DES VARIABLES ILLUSTRATIVES

GESTION : C'est gérer ses affaires, son budget, et ses biens/reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses/effectuer les démarches administratives remplir les formulaires

CUISINE : C'est préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis

MENAGE : C'est effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants

TRANSPORTS : C'est utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel

ACHATS : C'est l'acquisition volontaire de biens, de manière directe ou par correspondance

SUIVI DU TRAITEMENT : C'est respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement

ACTIVITE DU TEMPS LIBRE : C'est pratiquer volontairement seul ou en groupe, diverses activités qui créent des événements rompant la monotonie de la vie du quotidien)

Pour plus de précision voir le décret n°2008 - 821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.

ANNEXE 2 : FEUILLES D'INFORMATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT DESTINÉS AUX PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.

Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social	
Information courte pour les personnes de plus de 65 ans	Voir détails page :
AUTONOMIE 2020. Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social	Page 1
Les raisons pour lesquelles nous nous adressons à vous : Nous travaillons actuellement sur les besoins des personnes âgées de plus de 65 ans et recevant des prestations de services de soins à domicile. Comme vous êtes actuellement ou avez été client auprès d'une structure de services de soins à domicile, nous souhaiterions vous demander de participer à notre étude. C'est la raison pour laquelle nous vous faisons parvenir cette feuille d'information.	Page 2
Les objectifs que nous voulons atteindre avec notre étude : Nous faisons cette étude afin d'explorer les besoins des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile par rapport aux technologies qui pourraient les aider dans leur vie de tous les jours. L'objectif est également d'explorer les besoins des proches aidants et des professionnels de la santé concernant ces technologies.	Page 2
Ce que votre participation à l'étude signifie pour vous : Cette étude se base sur un entretien qui aura lieu à votre domicile avec un membre de l'équipe de recherche. Après votre accord de participation à l'étude, nous vous poserons des questions sur vos préoccupations quotidiennes et sur la manière que vous avez d'y faire face. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un enregistreur audio. Avec votre accord, nous contacterons également la personne de votre entourage qui vous apporte régulièrement son aide afin de lui poser des questions similaires. Le professionnel de la santé connaissant au mieux votre situation sera également contacté pour un entretien. Les données vous concernant, que votre structure de services de soins à domicile (CMS) a en sa possession, sont utilisées dans le cadre d'analyse statistique.	Page 2 Page 3 Page 2 Page 2
Les bénéfices et les risques que l'étude représente pour vous : Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé. En participant vous pourrez faire en sorte que les technologies soient plus adaptées à ce dont vous avez besoin.	Page 3
Vos droits si vous participez à l'étude : Vous <u>êtes libre d'accepter ou de refuser</u> de participer à l'étude. Si vous décidez de ne pas participer, cela ne changera rien à votre prise en soins actuelle. Si vous décidez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision et vous retirer de l'étude. Vous n'avez pas à justifier vos décisions. Pendant l'étude, nous serons amenés à recueillir vos propos. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les enregistrements des entretiens seront immédiatement détruits.	Page 3

Vos obligations si vous participez à l'étude : Vous n'avez <u>aucune obligation</u> si vous acceptez de participer à l'étude. Lorsque la personne de l'équipe de recherche viendra à votre rencontre vous pourrez tout-à-fait lui dire que vous ne souhaitez plus participer à l'étude.	Page 3
Ce qu'il adviendra de vos données : Nous respectons toutes les dispositions légales relatives à la protection des données. Nous utiliserons vos données uniquement dans le cadre de l'étude. Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumis au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant seront codées, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la rédaction d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.	Page 3 et 4
Ce que votre consentement signifie : Cette information courte est suivie d'informations complémentaires détaillées. Celles-ci font partie intégrante de la feuille d'information destinée aux participants à l'étude. En signant la déclaration de consentement, vous déclarez accepter l'intégralité du document.	Page 1 à 5 Page 5
La personne à qui vous pouvez vous adresser : Le principal responsable de l'étude se tient à votre disposition pour tout complément d'information ou questions que vous pourriez avoir : Verloo Henk Professeur HES-SO Haute école de la santé, Chemin de l'Agasse 6, CH-1951 Sion Tél : +41 27 606 84 24	Page 4

Information longue pour les personnes de plus de 65 ans

Sommaire		Page x sur x
1	Sélection des personnes pouvant participer à l'étude	1 / 5
2	Objectifs de l'étude	1 / 5
3	Informations générales sur l'étude	2 / 5
4	Déroulement pour les participants	2 / 5
5	Droits des participants	3 / 5
6	Obligations des participants	3 / 5
7	Bénéfices pour les participants	3 / 5
8	Risques et contraintes pour les participants	3 / 5
9	Découvertes pendant l'étude	3 / 5
10	Confidentialité des données	3 / 5
11	Utilisation du matériel et des données	4 / 5
12	Rémunération des participants	4 / 5
13	Réparation des dommages subis	4 / 5
14	Financement de l'étude	4 / 5
15	Interlocuteur	4 / 5
16	Glossaire (termes nécessitant une explication)	5 / 5

Information aux volontaires –personnes âgées de plus de 65 ans

Titre de l'étude

Autonomie 2020 : Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social.

Promoteur

Cette étude est organisée par la Haute Ecole de la Santé La Source.

Madame, Monsieur,

Nous travaillons au sein de Haute Ecole de la Santé La Source, la Haute Ecole de Santé Valais/Walis et le Centre médico-social de Sierre. Je m'appelle Henk Verloo et suis responsable de l'étude AUTONOMIE 2020 : « **Enquête et analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social** ».

1. Sélection des personnes pouvant participer à l'étude

La participation à cette étude est ouverte à toutes les personnes qui reçoivent – ou ont reçu en 2016 / 2017 - des prestations de services de soins à domicile et qui sont âgées de 65 ans ou plus. Les proches-aidants de ces personnes seront également invités à participer à l'étude, ainsi que les professionnels de la santé connaissant le mieux leur situation.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude comporte deux objectifs :

1. Établir un profil sociodémographique et d'état de santé des participants utilisant des données personnelles liées à la santé ayant déjà été collectées qui auront été codées.
2. Explorer les besoins, les attentes et les perceptions des personnes âgées recevant des prestations de services de soins à domicile dans le canton du Valais, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé par rapport aux technologies innovantes à domicile.

3. Informations générales sur l'étude

- Cette étude se déroule dans la partie francophone du canton du Valais.
- Les participants sont tirés au hasard parmi les clients des quatre centres médico-sociaux (CMS) régionaux (Sierre, Sion, Martigny et Monthey) faisant parti du Groupement valaisan des Centres médico-sociaux di Valais romand (GVCMS).
- L'étude effectue une analyse à partir de deux types de données liées aux participants : des statistiques et des enregistrements sonores d'entretiens. Les statistiques sont des analyses des données issues de l'évaluation de l'état de santé des participants faites par les professionnels de santé GVCMS (échelle RAI-HC, voir glossaire, p. 5). Les enregistrements sonores contiennent l'ensemble des phrases des personnes ayant participé à un entretien par question et photo élicitation (présentation de photos) dans le cadre de cette étude.
- La durée de la participation à l'étude pour les clients, les proches aidants ou les professionnels de la santé est celle d'un entretien individuel ou de groupe. L'entretien durera au maximum 60 minutes.
- Nous effectuons cette étude dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé l'étude.

4. Déroulement pour les participants

- Les données du RAI-HC (pour des plus amples explications sur le RAI-HC, voir glossaire, p. 5) transmises à l'équipe de recherche par les CMS de manière anonyme permettront de mettre en évidence 3 groupes de personnes âgées de plus de 65 ans (des personnes avec des troubles physiques ou des troubles cognitifs ou non-dépendantes).
- Vous avez été tiré au sort parmi l'ensemble des clients des quatre CMS régionaux ayant été évalués avec le RAI-HC en 2016/2017 pour que les 3 groupes soient représentés de manière équitable.
- Après le tirage au sort, vous serez contacté par un professionnel de la structure de soins à domicile (CMS de Sierre, Sion, Martigny ou Monthey) qui déposera un feuillet d'informations écrites à votre domicile et vous informera également par oral. Après avoir déposé les informations écrites au domicile, les CMS de Sierre, Sion, Martigny ou Monthey transmettront le nom, le prénom, l'adresse et le n° de téléphone à l'équipe de recherche. Ensuite vous aurez un contact téléphonique d'environ 5 minutes avec un membre de l'équipe de recherche afin de déterminer votre volonté ou non de participer à l'étude, et de fixer un rendez-vous pour l'entretien en cas d'accord. Lors de l'entretien téléphonique, si vous donnez votre accord, il vous sera demandé de signer le formulaire de consentement ; le nom, prénom, adresse et n° de téléphone du proche qui vous aide le plus souvent et/ou le nom et prénom du professionnel de la santé référent sont obtenues afin que l'équipe de recherche puisse les contacter pour un entretien individuel ou de groupe. Entre le premier contact (dépôt des informations écrites et informations orales au domicile) et l'entretien, une durée d'au maximum un mois peut s'écouler.
- Le jour de l'entretien, après avoir répondu aux éventuelles questions restantes, l'enregistrement de l'entretien est réalisé.-
- Vous déterminerez le lieu de l'entretien. L'entretien est unique et peut durer jusqu'à 60 minutes. Pendant l'entretien, et avec votre accord, un enregistreur audio permettra de saisir tous les propos de la discussion. Les enregistrements seront ensuite écoutés et mis par écrit pour les analyser.
- L'entretien prendra la forme d'une discussion ouverte par oral à propos des préoccupations, soucis ou difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours. Le but de cette discussion est de pouvoir déterminer ce dont vous auriez besoin pour faire face aux difficultés liées à vos problèmes de santé et en vous présentant des photographies des technologies qui pourraient contribuer au maintien à domicile. Les éléments mis en

évidence permettront de déterminer quelles sont les technologies pouvant bénéficier aux différents participants.

- La fin de l'étude est prévue pour décembre 2018.

5. Droits des participants

Vous devez prendre part à cette étude uniquement selon votre propre volonté. Personne n'est en droit de vous forcer à participer ou de vous influencer de quelque manière que ce soit. Si vous choisissez de ne pas participer, les soins et services actuels se poursuivront exactement de la même manière. Vous n'aurez pas à justifier votre refus. Si vous choisissez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur cette décision. Là non plus, vous n'aurez pas à justifier votre retrait de l'étude.

Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude. Veuillez-vous adresser pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information ou à la personne qui fera l'entretien avec vous.

Après l'entretien vous pouvez également faire part du fait que vous ne souhaitez plus participer à l'étude (révocation de votre consentement) en entrant contact avec le responsable de l'étude. Les données collectées pendant l'entretien pourront être utilisées mais de manière anonyme (vos informations personnelles seront effacées de la base de données).

6. Obligations des participants

Vous n'êtes tenu à aucune obligation en participant à cette étude.

7. Bénéfices pour les participants

Si vous participez à l'étude, cela pourra éventuellement vous apporter la satisfaction de mettre en valeur votre témoignage personnel.

De plus, les résultats de l'étude pourraient se révéler importants par la suite pour améliorer les services à domicile aux personnes qui en reçoivent et faire en sorte qu'ils soient le plus adaptés à leurs besoins.

8. Risques et contraintes pour les participants

Aucun risque ou contrainte n'est prévu pour les participants de cette étude. Durant l'entretien, vous serez libre de répondre ou non à chacune des questions qui seront posées. Aucune dépense ou frais ne seront occasionnés par votre participation. Si pendant l'entretien votre état de santé devait soudainement se détériorer, le membre de l'équipe de recherche interviendra selon les pratiques habituelles et en fonction du degré d'urgence.

9. Découvertes pendant l'étude

L'entretien effectué permettra notamment de déterminer quelles sont vos préoccupations quotidiennes. Si elles ne sont pas connues de l'institution de soins à domicile de votre région, et seulement avec votre accord, l'équipe de recherche pourra les transmettre à votre soignant référent afin d'adapter l'offre en soins.

10. Confidentialité des données

La confidentialité de vos propos sera respectée. Nous serons amenés, pour les besoins de l'étude, à enregistrer les données issues des entretiens. Les propos que vous tiendrez lors de l'entretien qui pourraient permettre de vous identifier seront effacés par l'équipe de recherche. Les données personnelles vous concernant (nom, prénom, adresse, n° de téléphone) seront également codées. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier sont remplacées par un code, de sorte que les personnes ne connaissant pas ce code ne peuvent pas lier ces données à votre personne. Au sein du CMS régional, les données peuvent être consultées par les personnes autorisées et clairement désignées,

y compris sous une forme non codée. Les données codées seront gardées à la Haute Ecole de Santé Valais / Wallis. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès à ses données. Le fichier qui comporte votre nom et votre code sera gardé au Centre médicosocial. Seulement les répondants pour l'étude des Centres médico-sociaux régionaux auront accès à ce fichier.

Les enregistrements seront retranscrits intégralement par une société spécialisée. Une fois retranscrit les enregistrements seront détruits. Jusqu'à sa retranscription, l'enregistrement de votre entretien sera conservé à la Haute Ecole de Santé Valais / Wallis. Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumis au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant sont rendues anonymes, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la rédaction d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.

11. Utilisation du matériel et des données

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Les enregistrements seront détruits et vos données seront effacées de nos bases de données. Les données du RAI-HC seront utilisées pour établir des statistiques. Les données des entretiens seront étudiées à l'aide d'un programme informatique. Les données seront stockées dans un fichier sécurisé dont seulement les membres de l'équipe auront accès. Ces données seront gardées pendant une durée de 10 ans à la suite desquels ils seront détruits. L'utilisation des données se fait à des fins de recherche, elles peuvent servir à des publications scientifiques ou pour le grand public.

12. Rémunération des participants

Si vous participez à cette étude, vous ne recevrez pour cela aucune rémunération.

13. Réparation des dommages subis

Si vous deviez subir des dommages dans le cadre de cette étude, ceux-ci seront pris en charge par le promoteur de l'étude conformément aux dispositions légales applicables.

14. Financement de l'étude

Le projet « Autonomie 2020 » est soutenu par le programme européen de coopération transfrontalière INTERREG France-Suisse 2014-2020.

15. Interlocuteur

En cas de doute, de crainte ou de besoin pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'interlocuteur suivant :

Responsable de l'étude :

Verloo Henk

Professeur HES-SO

HEVS Valais / Wallis, Chemin de l'Agasse 06, CH-1951 Sion

Tél : +41 27 606 84 24

Mail : henk.verloo@hevs.ch

16. Glossaire (termes nécessitant une explication)

GVCMS : Groupement valaisan des Centres médico-sociaux

RAI-HC : HC est l'acronyme de Home Care qui peut être traduit par « Soins à domicile ». C'est un questionnaire qui permet une évaluation multidimensionnelle de la santé d'une personne. Il est utilisé par les institutions de soins à domicile pour effectuer des bilans de santé des bénéficiaires de soins.

Déclaration de consentement écrite pour la participation à une étude

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro de l'étude (au sein de la commission d'éthique compétente) :	2017-00789
Titre de l'étude :	AUTONOMIE 2020 Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social
Institution responsable (promoteur) :	Haute École de la Santé Valais / Wallis 06, Chemin de l'Agasse, 1951 Sion
Lieu de réalisation de l'étude :	Canton du Valais
Directeur de l'étude	VERLOO HENK
Participant / participante (nom et prénom en caractères d'imprimerie) :	
Date de naissance :	☐ Femme ☐ Homme
J'accepte que l'entretien soit enregistré	☐ Oui ☐ Non

- Je déclare avoir été informé(e), par le chercheur soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de l'étude sur les besoins des personnes âgées à domicile, de leurs proches aidants et des professionnels de santé par rapport aux innovations technologiques ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels. Un temps de réflexion suffisant m'a été accordé afin de me prononcer quant à la participation à cette étude.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à l'étude. Je conserve la feuille d'information dans sa version du 21 avril 2017 (deux parties) et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite. J'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur l'étude précitée.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire. Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge médicale.
- Je sais que mes données personnelles peuvent être transmises à des fins de recherche uniquement sous une forme codée. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.

Lieu, date	Signature du participant / de la participante
------------	---

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part à l'étude, je m'engage en l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'investigateur :
------------	--------------------------------

Annexe 4: Feuille d'information et formulaire de consentement destinée aux proches aidants pouvant participer à l'étude

Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des personnes âgées, de leurs aidants et du personnel médico-social	
Information courte pour les proches	Voir détails page :
AUTONOMIE 2020. Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social	Page 1
Les raisons pour lesquelles nous nous adressons à vous : Nous travaillons actuellement sur les besoins des personnes âgées de plus de 65 ans et recevant des prestations de services de soins à domicile. Vous apportez régulièrement de l'aide à une personne de votre entourage âgée de plus de 65 ans qui est actuellement client d'une institution de soins à domicile ou qui l'a été en 2016 et 2017, nous souhaiterions vous demander de participer à notre étude. C'est la raison pour laquelle nous vous faisons parvenir cette feuille d'information.	Page 2
Les objectifs que nous voulons atteindre avec notre étude : Nous faisons cette étude afin d'explorer les besoins et l'utilisation des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile par rapport aux technologies qui pourraient les aider dans leur vie de tous les jours et renforcer le maintien à domicile. L'objectif est également d'explorer les besoins des proches aidants et des professionnels de la santé concernant ces technologies.	Page 2
Ce que votre participation à l'étude signifie pour vous : Cette étude se base sur un entretien qui aura lieu dans un endroit que vous déterminerez avec un membre de l'équipe de recherche. Après votre accord de participation à l'étude, nous vous poserons des questions sur vos préoccupations quotidiennes dans l'aide que vous apportez à votre proche et sur la manière que vous avez d'y faire face. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un enregistreur audio.	Page 2
	Page 3
	Page 2
Les bénéfices et les risques que l'étude représente pour vous : Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé. En participant vous pourrez faire en sorte que les technologies soient plus adaptées à ce dont vous avez besoin.	Page 3
Vos droits si vous participez à l'étude : Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Si vous décidez de ne pas participer, cela ne changera rien à la prise en soins actuelle de votre proche. Si vous décidez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision et vous retirer de l'étude. Vous n'avez pas à justifier vos décisions. Pendant l'étude, nous serons amenés à recueillir vos propos. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données liées à votre personne et à l'entretien seront immédiatement détruits.	Page 2 et 3
Vos obligations si vous participez à l'étude : Vous n'avez aucune obligation si vous acceptez de participer à l'étude. Lorsque la personne de l'équipe de recherche viendra à votre rencontre vous pourrez tout-à-fait lui dire que vous ne souhaitez plus participer à l'étude.	Page 3

Ce qu'il adviendra de vos données : Nous respectons toutes les dispositions légales relatives à la protection des données. Nous utiliserons vos données uniquement dans le cadre de l'étude. Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumis au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant sont rendues anonymes, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la rédaction d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.	Page 3 et 4
Ce que votre consentement signifie : Cette information courte est suivie d'informations complémentaires détaillées. Celles-ci font partie intégrante de la feuille d'information destinée aux participants à l'étude. En signant la déclaration de consentement, vous déclarez accepter l'intégralité du document.	Page 1 à 5 Page 5
La personne à qui vous pouvez vous adresser : Le principal responsable de l'étude se tient à votre disposition pour tout complément d'information ou questions que vous pourriez avoir : Verloo Henk Professeur HES-SO Haute école de la santé, Chemin de l'Agasse 6, CH-1951 Sion Tél : +41 27 606 84 24	Page 4

Information longue pour les proches

Sommaire		Page x sur x
1	Sélection des personnes pouvant participer à l'étude	1 / 5
2	Objectifs de l'étude	2 / 5
3	Informations générales sur l'étude	2 / 5
4	Déroulement pour les participants	2 / 5
5	Droits des participants	3 / 5
6	Obligations des participants	3 / 5
7	Bénéfices pour les participants	3 / 5
8	Risques et contraintes pour les participants	3 / 5
9	Découvertes pendant l'étude	3 / 5
10	Confidentialité des données	3 / 5
11	Utilisation du matériel et des données	4 / 5
12	Rémunération des participants	4 / 5
13	Réparation des dommages subis	4 / 5
14	Financement de l'étude	4 / 5
15	Interlocuteur(s)	4 / 5
16	Glossaire (termes nécessitant une explication)	5 / 5

Information aux volontaires - proches

Titre de l'étude

Autonomie 2020 : Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social

Promoteur

Cette étude est organisée par la Haute Ecole de la Santé La Source, la Haute Ecole Haute Ecole de Santé Valais et le Centre médico-social de Sierre.

Madame, Monsieur,

Nous travaillons au sein de Haute Ecole de la Santé La Source, la Haute Ecole Haute Ecole de Santé Valais et le centre médico-social de Sierre. Je m'appelle Henk Verloo et suis responsable de l'étude AUTONOMIE 2020 : « **Enquête et analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social** »

1. Sélection des personnes pouvant participer à l'étude

La participation à cette étude est ouverte à toutes les personnes qui apportent régulièrement leur aide à une personne de leur entourage qui reçoit – ou ont reçu en 2016 et 2017 - des prestations de services de soins à domicile et qui sont âgées de 65 ans ou plus.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude comporte deux objectifs :

1. Établir un profil sociodémographique et d'état de santé des participants (clients) utilisant des données personnelles liées à la santé ayant déjà été collectées et qui auront été codées.
2. Explorer les besoins, les attentes et les perceptions des personnes âgées recevant des prestations de services de soins à domicile dans le canton du Valais, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé par rapport aux technologies innovantes à domicile.

3. Informations générales sur l'étude

- Cette étude se déroule dans la partie francophone canton du Valais.
- Les participants sont tirés au hasard parmi les clients des quatre CMS régionaux (Sierre, Sion, Martigny et Monthey) faisant parti du Groupement valaisan des Centres médico-sociaux di Valais romand (GVCMS).
- L'étude effectue une analyse à partir de deux types de données liées aux participants : des statistiques et des enregistrements sonores d'entretiens. Les statistiques sont des analyses des données issues de l'évaluation de l'état de santé des participants faites par les professionnels de santé GVCMS (échelle RAI-HC, voir glossaire, p. 5). Les enregistrements sonores contiennent l'ensemble des phrases des personnes ayant participé à un entretien par question et photo élicitation (présentation de photos) dans le cadre de cette étude.
- La durée de la participation à l'étude pour les clients, les proches aidants ou les professionnels de la santé est celle d'un entretien. L'entretien durera au maximum 60 minutes.
- Nous effectuons cette étude dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé l'étude.

4. Déroulement pour les participants

- Votre proche a été tiré au sort parmi l'ensemble des clients d'un des quatre centres médicaux sociaux du GVCMS (Sierre, Sion, Martigny et Monthey) qui ont eu une évaluation RAI-HC en 2016 et/ou 2017. Il a accepté de participer à l'étude et que vous soyez contacté, puis l'équipe de recherche vous a téléphoné afin de déterminer votre volonté et disponibilité de participer à l'étude. La présente feuille d'information vous est envoyée suite à ce premier contact téléphonique. Dans un laps de temps d'une semaine après l'envoi, un nouveau contact téléphonique sera effectué afin de déterminer si vous êtes toujours intéressé à participer. Si c'est le cas, vous signerez le formulaire qui atteste de votre consentement à la participation à cette étude et un rendez-vous sera pris pour l'entretien.
- Vous déterminerez le lieu de l'entretien. L'entretien est unique et peut durer jusqu'à 60 minutes. Pendant l'entretien un enregistreur audio permettra de saisir tous les propos de la discussion. Les enregistrements seront ensuite écoutés et mis par écrit pour les analyser.
- L'entretien prendra la forme d'une discussion ouverte à propos des préoccupations, soucis ou difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours. Le but de cette discussion est de pouvoir déterminer ce dont vous auriez besoin pour mieux aider votre proche. Les éléments mis en évidence permettront de déterminer quelles sont les technologies pouvant bénéficier aux différents participants.
- La fin de l'étude est prévue pour décembre 2018.

5. Droits des participants

Vous devez prendre part à cette étude uniquement selon votre propre volonté. Personne n'est en droit de vous forcer à participer ou de vous influencer de quelque manière que ce soit. Si vous choisissez de ne pas participer, les soins et services que votre proche reçoit actuellement se poursuivront exactement de la même manière. Vous n'aurez pas à justifier votre refus. Si vous choisissez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur cette décision. Là non plus, vous n'aurez pas à justifier votre retrait de l'étude.

Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude. Veuillez-vous adresser pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information ou à la personne qui fera l'entretien avec vous.

6. Obligations des participants

Vous n'êtes tenu à aucune obligation en participant à cette étude.

7. Bénéfices pour les participants

Si vous participez à l'étude, cela pourra éventuellement vous apporter la satisfaction de mettre en valeur votre témoignage personnel.

De plus, les résultats de l'étude pourraient se révéler importants par la suite pour améliorer les services à domicile aux personnes qui en reçoivent et faire en sorte qu'ils soient le plus adaptés à leurs besoins et aux vôtres.

8. Risques et contraintes pour les participants

Aucun risque ou contrainte n'est prévu pour les participants de cette étude. Durant l'entretien, vous serez libre de répondre ou non à chacune des questions qui seront posées. Aucune dépense ou frais ne seront occasionnés par votre participation.

9. Découvertes pendant l'étude

L'entretien effectué permettra de déterminer quelles sont vos préoccupations quotidiennes. Cela permettra notamment à l'équipe de recherche d'effectuer des recommandations à l'institution de soins à domicile de votre région afin qu'elle puisse adapter son offre à vos besoins.

10. Confidentialité des données

La confidentialité de vos propos sera respectée. Nous serons amenés, pour les besoins de l'étude, à enregistrer les données issues des entretiens. Les propos que vous tiendrez lors de l'entretien qui pourraient permettre de vous identifier seront codés par l'équipe de recherche. Les données personnelles (nom, prénom, adresse, n° de téléphone) vous concernant seront également codées. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier sont remplacées par un code, de sorte que les personnes ne connaissant pas ce code ne peuvent pas lier ces données à votre personne. Au sein du CMS régional, les données peuvent être consultées par les personnes autorisées et clairement désignées, y compris sous une forme non codée. Les données codées seront gardées à la Haute Ecole de Santé Valais / Wallis. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès à ses données. Le fichier qui comporte votre nom et votre code sera gardé au CMS régional participant. Seulement les répondants pour l'étude du CMS régional auront accès à ce fichier.

Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumises au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant sont codées, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier si ce n'est l'équipe de recherche. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la rédaction

d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.

11. Utilisation du matériel et des données

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Les enregistrements seront détruits et vos données seront effacées de nos bases de données. Les données des entretiens seront étudiées à l'aide d'un programme informatique. Les données seront stockées dans un fichier sécurisé dont seulement les membres de l'équipe auront accès. Ces données seront gardées pendant une durée de 10 ans à la suite desquels ils seront détruits. L'utilisation des données se fait à des fins de recherche, elles peuvent servir à des publications scientifiques ou pour le grand public.

12. Rémunération des participants

Si vous participez à cette étude, vous ne recevrez pour cela aucune rémunération.

13. Réparation des dommages subis

Si vous deviez subir des dommages dans le cadre de cette étude, ceux-ci seront pris en charge par le promoteur de l'étude conformément aux dispositions légales applicables.

14. Financement de l'étude

L'étude est intégralement financée par les fonds INTERREG Autonomie 2020.

15. Interlocuteur

En cas de doute, de crainte ou de besoin pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'interlocuteur suivant :

Responsable de l'étude :

Verloo Henk

Professeur HES-SO

HEVS Valais / Wallis, Chemin de l'Agasse 06, CH-1951 Sion

Tél : +41 27 606 84 24

Mail : henk.verloo@hevs.ch

16. Glossaire (termes nécessitant une explication)

GVCMS : Groupement valaisan des Centres médico-sociaux

RAI-HC : HC est l'acronyme de « Home-Care » qui peut être traduit par « Soins à domicile ». C'est un questionnaire qui permet une évaluation multidimensionnelle de la santé d'une personne. Il est utilisé par les institutions de soins à domicile pour effectuer des bilans de santé des bénéficiaires de soins.

Déclaration de consentement écrite pour la participation à une étude

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro de l'étude (au sein de la commission d'éthique compétente) :	
Titre de l'étude :	AUTONOMIE 2020 Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social
Institution responsable (promoteur) :	Haute École de la Santé Valais / Wallis 06, Chemin de l'Agasse, 1951 Sion
Lieu de réalisation de l'étude :	Canton du Valais
Directeur de l'étude	VERLOO HENK
Participant / participante (nom et prénom en caractères d'imprimerie) :	
Date de naissance :	☐ Femme ☐ Homme
J'accepte que l'entretien soit enregistré	☐ Oui ☐ Non

- Je déclare avoir été informé(e), par le chercheur soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de l'étude sur les besoins des personnes âgées à domicile, de leurs proches aidants et des professionnels de santé par rapport aux innovations technologiques ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels. Un temps de réflexion suffisant m'a été accordé afin de me prononcer quant à la participation à cette étude.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à l'étude. Je conserve la feuille d'information dans sa version du 7 juin 2017 (deux parties) et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite. J'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur l'étude précitée.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire. Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge médicale.
- Je sais que mes données personnelles peuvent être transmises à des fins de recherche uniquement sous une forme codée. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.

Lieu, date	Signature du participant / de la participante
------------	---

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part à l'étude, je m'engage en l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'investigateur
------------	------------------------------

Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social	
Information courte pour les professionnels de santé	Voir détails page :
AUTONOMIE 2020 : Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social	Page 1
Les raisons pour lesquelles nous nous adressons à vous : Nous travaillons actuellement sur les besoins des personnes âgées de plus de 65 ans et recevant des prestations de services de soins à domicile. Vous êtes le référent de situation d'une personne âgée de plus de 65 ans qui est actuellement client d'une institution de soins à domicile ou qui l'a été en 2016/2017, nous souhaiterions vous demander de participer à notre étude. C'est la raison pour laquelle nous vous faisons parvenir cette feuille d'information.	Page 2
Les objectifs que nous voulons atteindre avec notre étude : Nous faisons cette étude afin d'explorer les besoins des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile par rapport aux technologies qui pourraient les aider dans leur vie de tous les jours. L'objectif est également d'explorer les besoins des proches aidants et des professionnels de la santé concernant ces technologies.	Page 2
Ce que votre participation à l'étude signifie pour vous : Cette étude se base sur un entretien de groupe (focus group) qui aura lieu dans un endroit déterminé ultérieurement avec un membre de l'équipe de recherche. Après votre accord de participation à l'étude, nous vous poserons la participation d'un entretien de groupe sur vos préoccupations quotidiennes dans votre travail auprès des personnes de plus de 65 ans. L'entretien de groupe sera enregistré à l'aide d'un enregistreur audio.	Page 2 Page 3 Page 2
Les bénéfices et les risques que l'étude représente pour vous : Cette étude ne comporte aucun risque pour vous. En participant vous pourrez faire en sorte que les technologies soient plus adaptées à ce dont vous avez besoin.	Page 3
Vos droits si vous participez à l'étude : Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Si vous décidez de ne pas participer, cela n'aura aucune conséquence sur votre travail. Si vous décidez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision et vous retirer de l'étude. Vous n'avez pas à justifier vos décisions. Pendant l'étude, nous serons amenés à recueillir vos propos. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, les données liées à votre personne seront immédiatement détruits.	Page 2 et 3
Vos obligations si vous participez à l'étude : Vous n'avez aucune obligation si vous acceptez de participer à l'étude. Lorsque la personne de l'équipe de recherche viendra à votre rencontre vous pourrez tout-à-fait lui dire que vous ne souhaitez plus participer à l'étude.	Page 3
Ce qu'il adviendra de vos données : Nous respectons toutes les dispositions légales relatives à la protection des données. Nous utiliserons vos données uniquement dans le cadre de l'étude. Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumis au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant sont rendues anonymes, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la	Page 3 et 4

rédaction d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.	
Ce que votre consentement signifie : Cette information courte est suivie d'informations complémentaires détaillées. Celles-ci font partie intégrante de la feuille d'information destinée aux participants à l'étude. En signant la déclaration de consentement, vous déclarez accepter l'intégralité du document.	Page 1 à 4 Page 5
La personne à qui vous pouvez vous adresser : Le principal responsable de l'étude se tient à votre disposition pour tout complément d'information ou questions que vous pourriez avoir : Verloo Henk Professeur HES-SO HEVS, Chemin de l'Agasse 5, CH-1951 Sion Tél : +41 27 606 84 24	Page 4

Information longue pour les professionnels de la santé

Sommaire		Page x sur x
1	Sélection des personnes pouvant participer à l'étude	1 / 5
2	Objectifs de l'étude	2 / 5
3	Informations générales sur l'étude	2 / 5
4	Déroulement pour les participants	2 / 5
5	Droits des participants	3 / 5
6	Obligations des participants	3 / 5
7	Bénéfices pour les participants	3 / 5
8	Risques et contraintes pour les participants	3 / 5
9	Découvertes pendant l'étude	3 / 5
10	Confidentialité des données	3 / 5
11	Utilisation du matériel et des données	4 / 5
12	Rémunération des participants	4 / 5
13	Réparation des dommages subis	4 / 5
14	Financement de l'étude	4 / 5
15	Interlocuteur(s)	4 / 5
16	Glossaire (termes nécessitant une explication)	4 / 5

Information aux volontaires - professionnels de la santé

Titre de l'étude

Autonomie 2020 : Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social

Promoteur

Cette étude est organisée par la Haute Ecole de la Santé La Source, la Haute Ecole Haute Ecole de Santé Valais / Wallis et le Centre médico-social de Sierre.

Madame, Monsieur,

Nous travaillons au sein de Haute Ecole de la Santé La Source, la Haute Ecole Haute Ecole de Santé Valais et le centre médico-social de Sierre. Je m'appelle Henk Verloo et suis responsable de l'étude AUTONOMIE 2020 : « **Enquête et analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social** »

1. Sélection des personnes pouvant participer à l'étude

La participation à cette étude est ouverte à toutes les personnes qui apportent régulièrement leur aide à une personne de leur entourage qui reçoit – ou ont reçu en 2016/2017 - des prestations de services de soins à domicile et qui sont âgées de 65 ans ou plus.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude comporte deux objectifs :

1. Établir un profil sociodémographique et d'état de santé des personnes de plus de 65 ans bénéficiant de prestations de la part de structure de soins et de maintien à domicile utilisant des données personnelles liées à la santé ayant déjà été collectées et qui auront été codées.
2. Explorer les besoins et les perceptions des personnes âgées recevant des prestations de services de soins à domicile dans le canton du Valais, de leurs proches et des professionnels de la santé par rapport aux technologies innovantes.

3. Informations générales sur l'étude

- Cette étude se déroule dans la partie francophone du canton du Valais.
- Les participants sont tirés au hasard parmi les clients des quatre CMS régionaux (Sierre, Sion, Martigny et Monthey) faisant parti du Groupement valaisan des Centres médico-sociaux du Valais romand (GVCMS).
- L'étude effectue une analyse à partir de deux types de données liées aux participants : des statistiques et des enregistrements sonores d'entretiens. Les statistiques sont des analyses des données issues de l'évaluation de l'état de santé des participants faites par les professionnels de santé GVCMS (échelle RAI-HC, voir glossaire, p. 5). Les enregistrements sonores contiennent l'ensemble des phrases des personnes ayant participé à un entretien par question ou un entretien de groupe dans le cadre de cette étude.
- La durée de la participation à l'étude pour les clients et les proches-aidants est celle d'un entretien individuel et durera au maximum 60 minutes. Les professionnels de la santé participeront à un entretien de groupe (focus group) qui durera au maximum 60 minutes.
- Nous effectuons cette étude dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé l'étude.

4. Déroulement pour les participants

- La personne dont vous êtes le référent de situation a été tirée au sort de manière anonyme parmi l'ensemble des clients d'un des quatre centres médicaux sociaux du GVCMS (Sierre, Sion, Martigny et Monthey) qui ont eu une évaluation RAI-HC en 2016 et/ou 2017. S'il accepte de participer à l'étude et s'il accepte que vous soyez contacté l'équipe de recherche vous téléphonera afin de déterminer votre volonté et disponibilité de participer à l'étude. Si vous acceptez de participer, un feuillet d'informations écrites vous sera envoyé par courrier postal. Dans un laps de temps d'une semaine après l'envoi, un nouveau contact téléphonique sera effectué afin de déterminer si vous êtes toujours intéressé à participer. Si c'est le cas, vous signerez le formulaire qui atteste de votre consentement à la participation à cette étude et un rendez-vous sera pris pour l'entretien de groupe (focus group).
- Le lieu de l'entretien de groupe (focus group) vous sera communiqué dans les plus brefs délais en concertation avec les autres participants. L'entretien de groupe est unique et peut durer jusqu'à 60 minutes. Pendant l'entretien de groupe un enregistreur audio permettra de saisir tous les propos de la discussion. Les enregistrements seront ensuite écoutés et mis par écrit pour les analyser.
- L'entretien de groupe prendra la forme d'une discussion ouverte à propos des préoccupations, soucis ou difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours. Le but de cette discussion est de pouvoir déterminer ce dont les participants auraient besoin pour mieux aider leur proche. Les éléments mis en évidence permettront de déterminer quelles sont les technologies pouvant bénéficier aux différents participants.
- La fin de l'étude est prévue pour décembre 2018.

5. Droits des participants

Vous devez prendre part à cette étude uniquement selon votre propre volonté. Personne n'est en droit de forcer à participer ou de vous influencer de quelque manière que ce soit. Si vous choisissez de ne pas participer, le travail que vous effectuez actuellement se poursuivra exactement de la même manière. Vous n'aurez pas à justifier votre refus. Si vous choisissez de participer, vous pourrez à tout moment revenir sur cette décision. Là non plus, vous n'aurez pas à justifier votre retrait de l'étude.

Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude. Veuillez-vous adresser pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information ou à la personne qui fera l'entretien de groupe avec vous.

6. Obligations des participants

Vous n'êtes tenu à aucune obligation en participant à cette étude.

7. Bénéfices pour les participants

Si vous participez à l'étude, cela pourra éventuellement vous apporter la satisfaction de mettre en valeur votre témoignage personnel.

De plus, les résultats de l'étude pourraient se révéler importants par la suite pour améliorer les services à domicile aux personnes qui en reçoivent et faire en sorte qu'ils soient le plus adaptés à leurs besoins et aux vôtres. Les résultats vous seront transmis une fois celle-ci terminée.

8. Risques et contraintes pour les participants

Aucun risque ou contrainte n'est prévu pour les participants de cette étude. Durant l'entretien de groupe, vous serez libre de répondre ou non à chacune des questions qui seront posées. Aucune dépense ou frais ne seront occasionnés par votre participation.

9. Découvertes pendant l'étude

L'entretien de groupe effectué permettra de déterminer quelles sont vos préoccupations quotidiennes.

10. Confidentialité des données

La confidentialité de vos propos sera respectée. Nous serons amenés, pour les besoins de l'étude, à enregistrer les données issues des entretiens de groupes. Les propos que vous tiendrez lors de l'entretien de groupe qui pourraient permettre de vous identifier seront codées par l'équipe de recherche. Les données personnelles (nom, prénom, n° de téléphone) vous concernant seront également codées. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier sont remplacées par un code, de sorte que les personnes ne connaissant pas ce code ne peuvent pas lier ces données à votre personne. Au sein du centre médicosocial, les données peuvent être consultées par les personnes autorisées et clairement désignées. Votre employeur n'aura pas accès directement au contenu de l'entretien de groupe. Les données codées seront gardées à la Haute Ecole de Santé Valais / Wallis. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès à ses données. Le fichier qui comporte votre nom et votre code sera gardé au centre médicosocial. Seulement les répondants pour l'étude du centre médicosocial auront accès à ce fichier. Tous les membres de l'équipe de recherche sont soumis au secret professionnel et les informations vous concernant seront gardées confidentielles. Toutes les données vous concernant sont rendues anonymes, c'est-à-dire que personne ne pourra vous identifier. Les résultats de l'étude pourront être utilisés pour la rédaction d'articles à paraître dans des journaux scientifiques. Aucune information de l'article ne permettra de vous identifier.

11. Utilisation du matériel et des données

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude si vous le souhaitez. Les données des entretiens de groupes seront étudiées à l'aide d'un programme informatique. Les données seront stockées dans un fichier sécurisé dont seulement les membres de l'équipe auront accès. Ces données (enregistrement et retranscription écrite de celui-ci) seront gardées pendant une durée de 10 ans à la suite desquels ils seront détruits. L'utilisation des données se fait à des fins de recherche, elles peuvent servir à des publications scientifiques ou pour le grand public.

12. Rémunération des participants

Si vous participez à cette étude, vous ne recevrez pour cela aucune rémunération.

13. Réparation des dommages subis

Si vous deviez subir des dommages dans le cadre de cette étude, ceux-ci seront pris en charge par le promoteur de l'étude conformément aux dispositions légales applicables.

14. Financement de l'étude

L'étude est intégralement financée par les fonds INTERREG Autonomie 2020.

15. Interlocuteur

En cas de doute, de crainte ou de besoin pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'interlocuteur suivant :

Responsable de l'étude :

Verloo Henk

Professeur HES-SO

HEVS Valais / Wallis, Chemin de l'Agasse 06, CH-1951 Sion

Tél : +41 27 606 84 24

Mail : henk.verloo@hevs.ch

16. Glossaire (termes nécessitant une explication)

GVCMS : Groupement valaisan des Centres médico-sociaux

Focus group : Entretien de groupe

RAI-HC : HC est l'acronyme de Home Care qui peut être traduit par « Soins à domicile ». C'est un questionnaire qui permet une évaluation multidimensionnelle de la santé d'une personne. Il est utilisé par les institutions de soins à domicile pour effectuer des bilans de santé des bénéficiaires de soins.

Déclaration de consentement écrite pour la participation à une étude

- Veuillez lire attentivement ce formulaire.
- N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions.

Numéro de l'étude (au sein de la commission d'éthique compétente) :	
Titre de l'étude :	AUTONOMIE 2020 Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social
Institution responsable (promoteur) :	Haute École de la Santé Valais / Wallis 06, Chemin de l'Agasse, 1951 Sion
Lieu de réalisation de l'étude :	Canton du Valais
Directeur de l'étude	VERLOO HENK
Participant / participante (nom et prénom en caractères d'imprimerie) :	
Date de naissance :	☐ Femme ☐ Homme
J'accepte que l'entretien soit enregistré	☐ Oui ☐ Non

- Je déclare avoir été informé(e), par le chercheur soussigné, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement de l'étude sur les besoins des personnes âgées à domicile, de leurs proches aidants et des professionnels de santé par rapport aux innovations technologiques ainsi que des effets présumés, des avantages, des inconvénients possibles et des risques éventuels. Un temps de réflexion suffisant m'a été accordé afin de me prononcer quant à la participation à cette étude.
- J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à l'étude. Je conserve la feuille d'information dans sa version du 21 avril 2017 (deux parties) et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite. J'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur l'étude précitée.
- Je prends part à cette étude de façon volontaire. Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer à l'étude, sans que cela n'ait de répercussion défavorable sur la suite de ma prise en charge médicale.
- Je sais que mes données personnelles peuvent être transmises à des fins de recherche uniquement sous une forme codée. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter mes données brutes afin de procéder à des contrôles, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.

Lieu, date	Signature du participant / de la participante
------------	---

Attestation de l'investigateur : Par la présente, j'atteste avoir expliqué au participant / à la participante la nature, l'importance et la portée de l'étude. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette étude conformément au droit en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation de l'étude, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement du participant / de la participante à prendre part à l'étude, je m'engage en l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Signature de l'investigateur
------------	------------------------------

ANNEXE 3 : GUIDES D'ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DE FOCUS GROUP

« Autonomie 2020 – Action A2 – Enquête »

Guide personnes âgées

Version n°2 du 06 juin 2017

1. Question « porte d'entrée »

Au quotidien, pourquoi avez-vous besoin d'aide ?

1. Questions de relance (besoin d'aide)

Expliquez -moi comment se passe votre journée/semaine habituelle.

Qu'est -ce qui vous aiderait davantage ?

2. Question ciblant la technologie

On utilise parfois des technologies pour se faciliter la vie, qu'est-ce que vous en pensez ?

2. Questions de relance (technologie)

Pensez-vous que certaines technologies pourraient vous aider à résoudre les problèmes dont nous venons de parler ?

Qu'est-ce qui vous inciterait à les utiliser ?
Au contraire, qu'est-ce qui vous retiendrait ?

Est-ce que vous utilisez déjà des technologies ou des objets technologiques (but, fréquence) ?

Comment avez-vous commencé à utiliser cette technologie ?
(celle mentionnée par l'interviewé-e pendant l'entretien)

3. Utilisation du catalogue

Le catalogue doit être utilisé avec précaution. La personne interviewée ne doit pas avoir l'impression de passer un test ou de faire l'objet d'un démarchage publicitaire. Toutes les photos doivent être présentées une après l'autre avec l'information respective suivies des questions ci-dessous.

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

4. Conclusion

Étaler toutes les photos sur une table.

Parmi toutes ces photos, pourriez-vous choisir celle qui vous semble la plus utile pour votre quotidien ?

« Autonomie 2020 – Action A2 – Enquête »

Guide pour le/la proche-aidant-e

Version n°2 du 6 juin 2017

1. Question ciblant « aide apportée »

Dans quelle situation quotidienne aidez-vous xxx (conjoint, parent, ...) ?

1. Questions de relance (« aide apportée »)

Pratiquement, en quoi cela consiste (type d'aide, fréquence, durée) ?

Pour faire face à ces situations, comment vous vous y êtes pris jusqu'à maintenant ?

Pouvez-vous me donner un exemple d'une situation où vous avez aidé xxx ?

Dans ces cas là, qu'est ce qui vous facilite la vie ?

Stratégies personnelles

Aides d'un tiers (professionnelles ou autres)

Autres (moyens annexe et financier, aménagement, déménagement ...)

Qu'est ce qui vous aiderait davantage ?

2. Questions ciblant la technologie

On utilise parfois des technologies pour se faciliter la vie, qu'est-ce que vous en pensez en ce qui concerne l'aide que vous apportez à XX?

2. Questions de relance (technologie)

Pensez vous que certaines technologies pourraient vous aider à résoudre les problèmes de la personne que vous aidez quotidiennement ?

Comment cela pourrait vous soulager dans votre rôle d'aidant ?

Qu'est ce qui vous inciterait à les utiliser ?

Au contraire, qu'est-ce qui vous retiendrait ?

3. Utilisation du catalogue

Le catalogue doit être utilisé avec précaution. La personne interviewée ne doit pas avoir l'impression de passer un test ou de faire l'objet d'un démarchage publicitaire. Toutes les photos doivent être présentées une après l'autre avec l'information respective suivies des questions ci-dessous.

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Cette photo (p.X) représente (information respective). Qu'est-ce que vous pensez sur cette technologie? A quoi pourrait-elle vous servir ?

4. Conclusion

Étaler toutes les photos sur une table.

Parmi toutes ces photos, pourriez-vous choisir celle qui vous semble la plus utile pour votre quotidien ?

« Autonomie 2020 – Action A2 – Enquête »

Guide pour le focus groupe avec 6 professionnels

Version n°1 du 27 février 2017

Informez au début du focus groupe que celui-ci durera environ 45' et sera axé sur leur expérience professionnelle auprès de la personne âgée à domicile.

1. Question ciblant « aide apportée »

Racontez-nous les problèmes les plus fréquents que vous rencontrez lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile.

1. Questions de relance « aide apportée »

En tant que soignant, qu'est-ce qui vous aiderait davantage lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile ?

D'après votre expérience, qu'est-ce qui les aiderait davantage dans leur quotidien ?

2. Questions ciblant la technologie

Quelles sont les technologies que vous utilisez plus fréquemment lorsque vous soignez/intervenez auprès des personnes âgées à domicile ?

2. Questions de relance (technologie)

Existent-ils des technologies que vous utilisez particulièrement auprès des personnes ayant des difficultés physiques ? cognitives ? indépendantes ?

Selon vous, qu'est-ce qui retiendrait les personnes âgées d'utiliser ces outils technologiques ?

Au contraire, qu'est-ce qui leur permet de les utiliser ?

3. Utilisation du catalogue

Le catalogue doit être utilisé avec précaution. Le groupe ne doit pas avoir l'impression de passer un test ou de faire l'objet d'un démarchage publicitaire. Il doit être utilisé seulement si les questions 1 et 2 n'ont pas comblés les 45 min.d'entretien.

D'après les problèmes que vous venez de présenter,

Qu'est-ce que vous pensez en voyant cette technologie (p.X) ? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Qu'est-ce que vous pensez en voyant cette technologie (p.X) ? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Qu'est-ce que vous pensez en voyant cette technologie (p.X) ? A quoi pourrait-elle vous servir ?

Qu'est-ce que vous pensez en voyant cette technologie (p.X) ? A quoi pourrait-elle vous servir ?



AUTONOMIE 2020

Une enquête et une analyse des perceptions des besoins des aînés, de leurs aidants et du personnel médico-social

Liste des photos utilisées lors des entretiens (photo élicitation)

Instructions	2
Thème : sécurité.....	3
Dispositif : Chemin lumineux	3
Thème : sécurité.....	5
Dispositif : détecteur de chutes.....	5
Thème : sécurité.....	7
Dispositif : pilulier électronique	7
Thème : robotique	9
Dispositif : aspirateur robot.....	9
Thème : robotique	11
Dispositif : robot de service.....	11
Thème : sécurité.....	13
Dispositif : bracelet GPS.....	13
Thème : communication	15
Dispositif : tablette tactile	15
Thème : aide aux aidants	17
Dispositif : réseau social	17
Thème : entretien des capacités cognitives	19
Dispositif : entraînement cérébral	19
Thème : sécurité.....	21
Dispositif : capteurs d'activité	21

Instructions

Ces photos sont à utiliser à la suite du guide d'entretien. Elles doivent être imprimées en format A4 et plastifiées (un rappel des descriptifs et des questions se trouvent au verso de chaque photos).

Elles doivent être utilisées avec précaution. La personne interviewée ne doit pas avoir l'impression de passer un test ou de faire l'objet d'un démarchage publicitaire. Toutes les photos doivent être présentées une après l'autre avec l'information respective suivies des questions.

A la suite de la présentation de toutes les photos, la question de conclusion est la suivante :

Parmi toutes ces photos, pourriez-vous choisir celle qui vous semble la plus utile pour votre quotidien ?

A ce moment, s'il est possible, il faudrait étaler toutes les photos sur une table.

Attention n'oubliez pas que l'entretien est enregistré seulement en audio !

1

Thème : sécurité



Dispositif : Chemin lumineux

Cette photo représente un chemin lumineux.

Il permet d'éclairer automatiquement les déplacements nocturnes.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

2

Thème : sécurité



Dispositif : détecteur de chutes

Cette photo représente un détecteur de chutes.

Il permet de détecter automatiquement une chute brutale et de donner l'alerte si la personne ne le fait pas de façon volontaire.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

Thème : sécurité



Dispositif : pilulier électronique

Cette photo représente un pilulier électronique.

Il permet d'alerter automatiquement pour la prise de médicament et d'alerter ses proches si la prise est oubliée.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

4

Thème : robotique



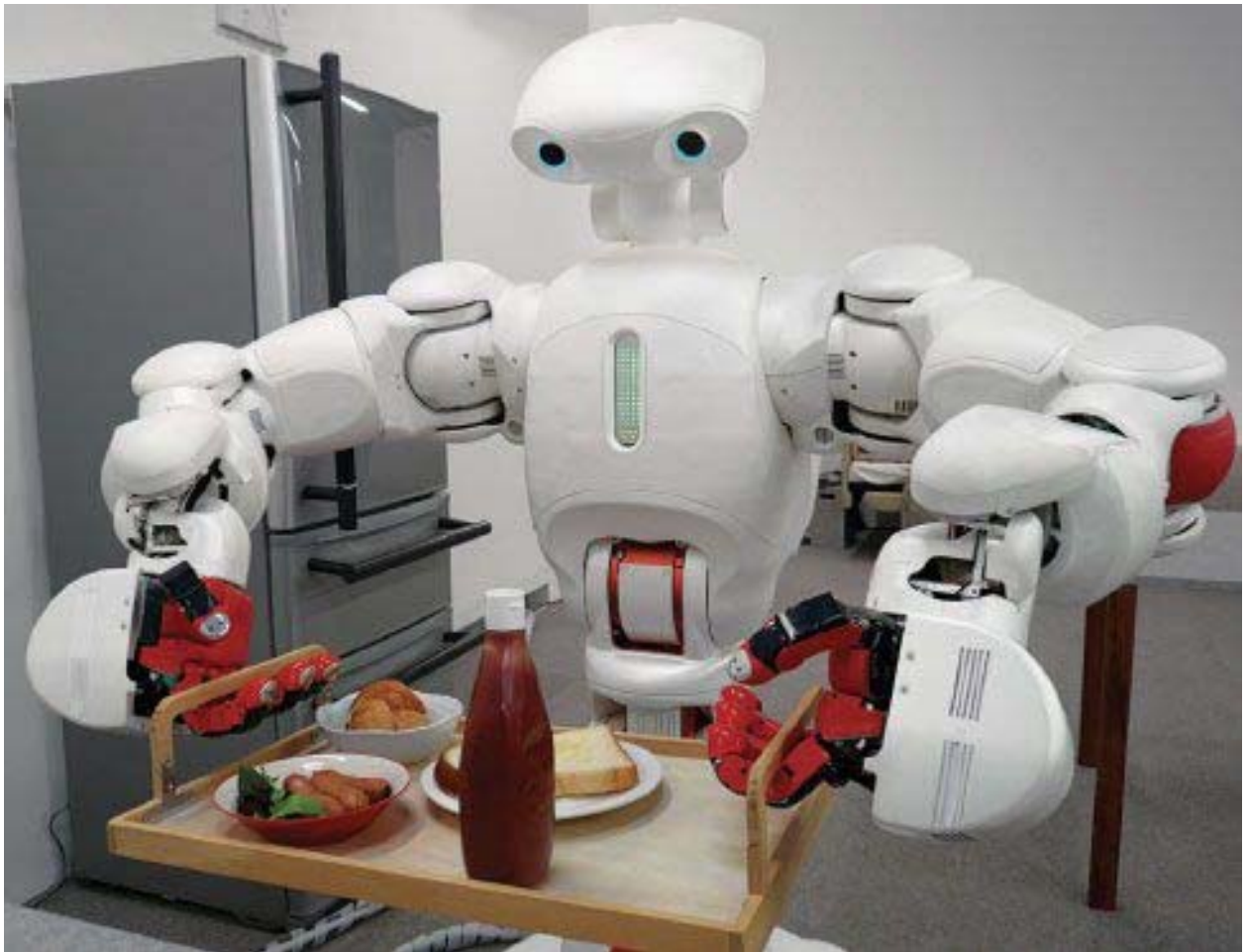
Dispositif : aspirateur robot

Cette photo représente un aspirateur robot.
Il permet d'aider dans les tâches ménagères.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?
A quoi pourrait-elle vous servir ?

5

Thème : robotique



Dispositif : robot de service

Cette photo représente un robot de service.

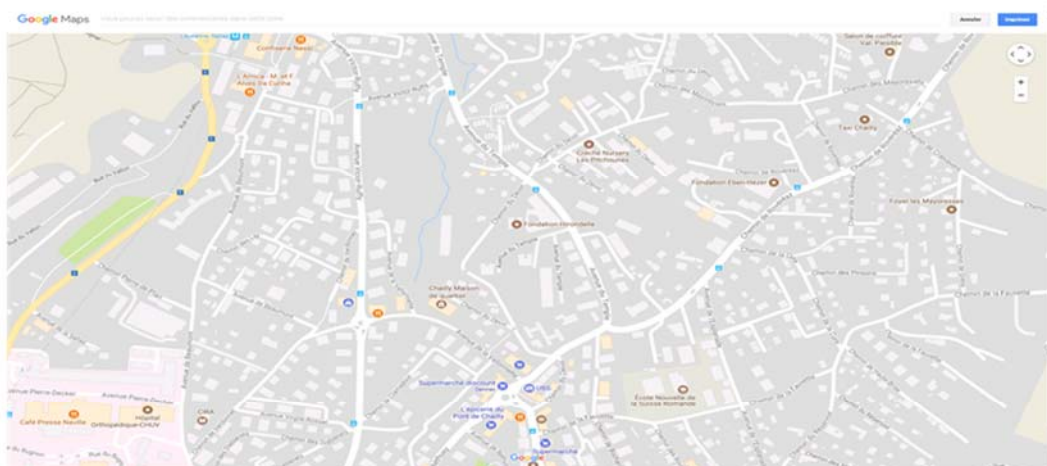
Il permet d'aider dans les tâches quotidiennes comme le déplacement, l'aide au service des repas, des rappels des tâches ; des liens avec les soignants ou sociaux.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

6

Thème : sécurité



Dispositif : bracelet GPS

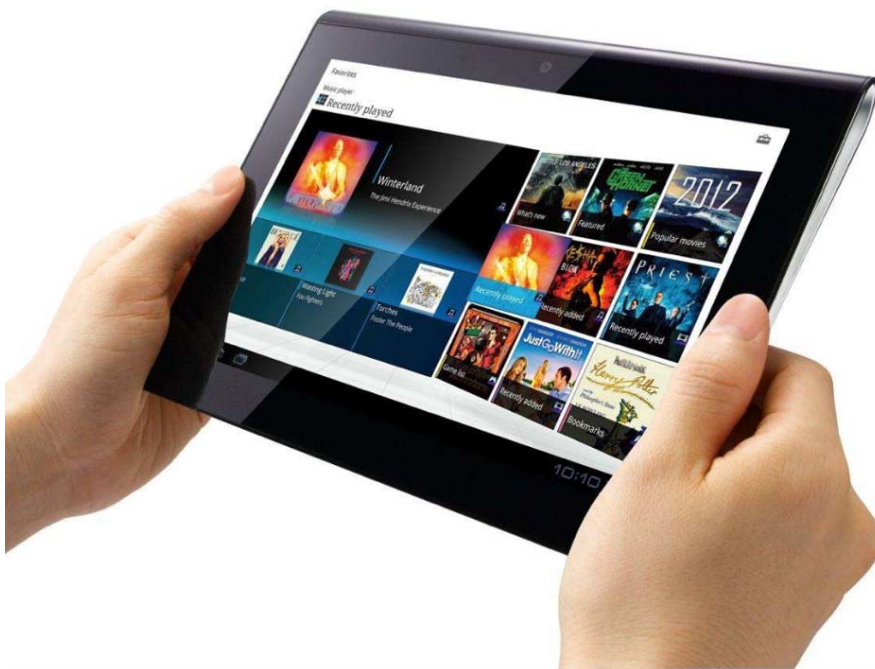
Cette photo représente un bracelet GPS

Il permet de garder ses habitudes de sorties extérieures quand on a des troubles de mémoire. Il alerte ses proches si besoin et indique la position géographique.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

Thème : communication



Dispositif : tablette tactile

Cette photo représente une tablette tactile.

Elle permet de s'informer et d'échanger: d'établir des liens avec sa famille, son entourage et si nécessaire avec les professionnels. Elle facilite la collaboration et la coordination entre les proches aidants et les intervenants professionnels.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

8

Thème : aide aux aidants



Dispositif : réseau social

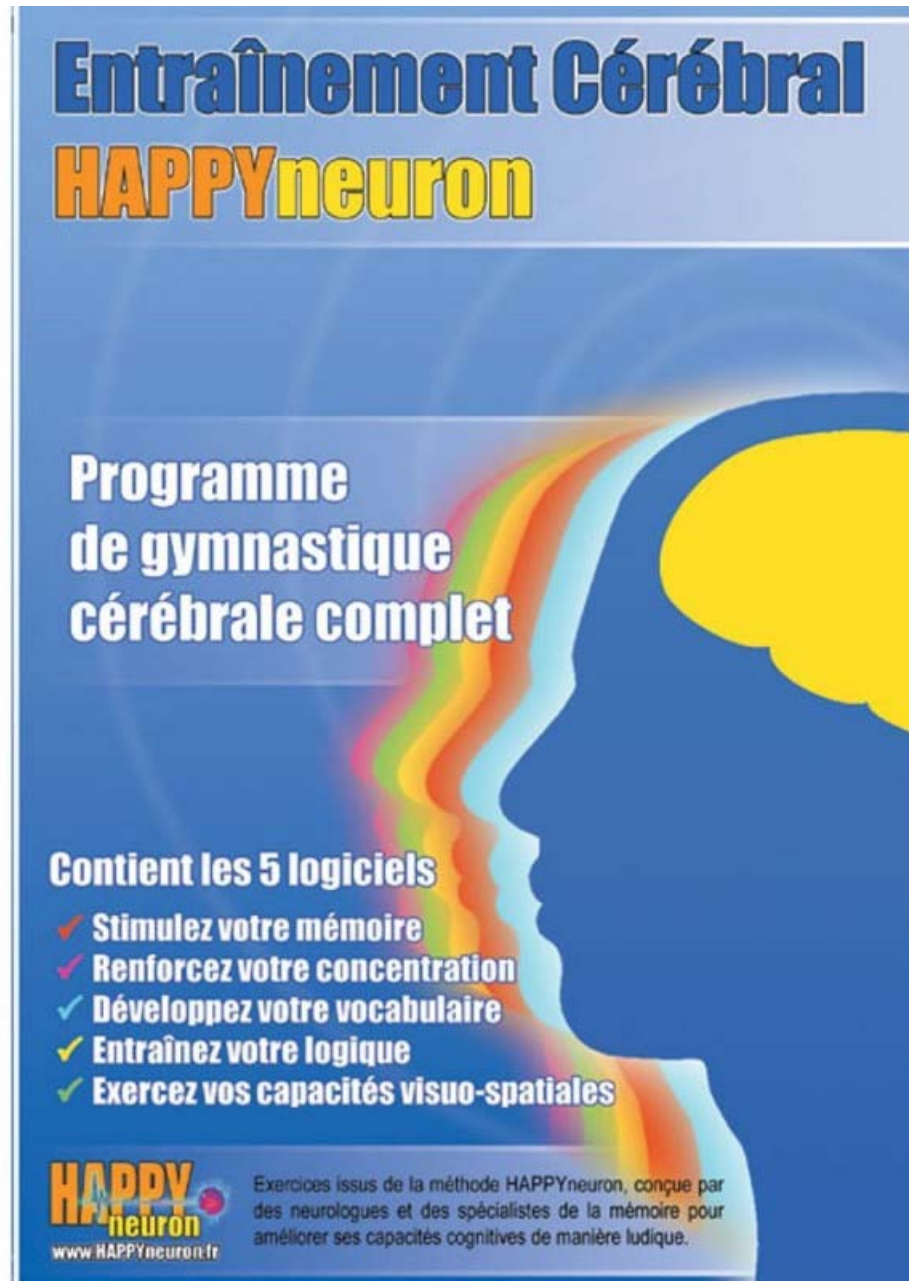
Cette photo représente un site où des aidants familiaux, bénévoles, professionnels peuvent communiquer, échanger entre eux ,se rencontrer et s'entre aider .

Il s'utilise grâce à une application sur téléphone ou tablette.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

Thème : entretien des capacités cognitives



Dispositif : entraînement cérébral

Cette photo représente un logiciel d'entraînement cérébral

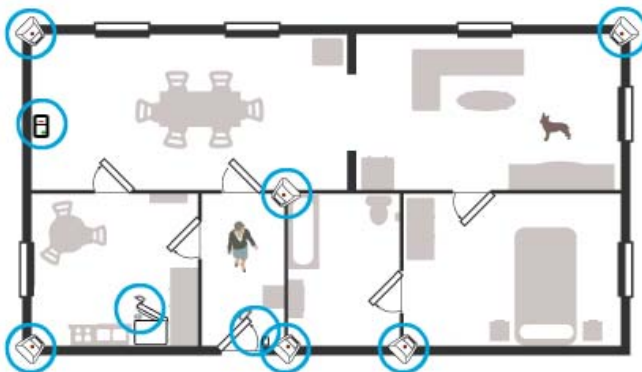
Il permet de stimuler les activités cérébrales et pourrait prévenir les pertes de mémoire

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?

Thème : sécurité

Le domicile du bénéficiaire est équipé des éléments du système Senioralerte



Le système Senioralerte, dans sa version complète comprend :



Des capteurs de mouvement



Des détecteurs d'ouverture sur :

- La porte d'entrée
- La porte du réfrigérateur



Un capteur de température ambiante intégré à la centrale



Un bouton d'appel



La centrale avec distributeur de médicaments intégré :
Distrimédic

Des capteurs sont stratégiquement positionnés : salle à manger, cuisine, réfrigérateur, salon, chambre, salle de bains et porte d'entrée.

Dispositif : capteurs d'activité

Cette photo représente des capteurs d'activité.

Ils permettent de suivre l'activité au domicile, les déplacements, l'ouverture des portes, les températures, ... Et d'alerter ses proches si des anomalies sont repérées.

Qu'est-ce que vous pensez de cette technologie?

A quoi pourrait-elle vous servir ?