



HAL
open science

L'optimisation de l'environnement pour les personnes âgées

Coraline Legrain

► **To cite this version:**

Coraline Legrain. L'optimisation de l'environnement pour les personnes âgées. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03426462

HAL Id: dumas-03426462

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03426462v1>

Submitted on 12 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 23 juin 2021

Par Coraline Legrain

L'OPTIMISATION DE L'ENVIRONNEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES

JURY

Président : - Docteur CHILLON Jean-Marc

Membres : - Docteur RHALIMI Mounir

- Docteur REGNIER Honorine

Thèse n° :

Remerciements

À Monsieur CHILLON Jean-Marc, Pharmacien Professeur des universités-praticien hospitalier, directeur de l'UFR de Pharmacie à l'Université de Picardie Jules Verne d'Amiens. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

À Monsieur RHALIMI Mounir, Pharmacien gériatre au centre hospitalier de Chaumont-en-Vexin. Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir soutenue dans mon projet. Merci de votre implication dans cette thèse et pour tous les conseils que vous avez pu m'apporter.

À Madame REGNIER Honorine, Pharmacien adjointe à la Pharmacie de Flavy. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté depuis le début de mes stages en pharmacie. Merci pour le soutien, la confiance et la bienveillance que vous avez eu envers moi. C'est, et restera un plaisir de pouvoir travailler et évoluer à vos côtés.

À Madame YVES Christine, Médecin chef du service de gériatrie 3 du centre hospitalier de Saint-Quentin. Merci pour ces 6 mois de stage à vos côtés qui m'auront permis d'évoluer et de voir l'avenir différemment. Merci de m'avoir transmis une partie de votre savoir et de votre compassion.

À Monsieur BIBAUT Frédéric, co-gérant de la société FB Rénov. Merci pour votre analyse, votre investissement et vos conseils en matières de rénovation.

À l'ensemble du corps enseignant de l'UFR de Pharmacie. Merci de m'avoir instruite durant mes 6 années passées à vos côtés.

À Monsieur CARETTE Robin et à Monsieur LORGERÉ Alan, Pharmaciens titulaires de la Pharmacie de Flavy. Merci de me faire confiance depuis ma 2^{ème} année de pharmacie, d'avoir pris le temps de me transmettre votre savoir et de me permettre d'évoluer dans un environnement de travail exceptionnel.

À *mes parents*. Merci de m'avoir offert l'opportunité de suivre des études de pharmacie. Merci de m'avoir toujours soutenue dans les bons, comme dans les mauvais moments. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui car, sans tout l'amour et la force que vous m'avez donnés, je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui.

À *ma petite sœur Méline*. Merci pour ta joie de vivre et pour les moments passés ensemble, merci pour ta confiance et ton soutien. Merci aussi pour le plus merveilleux des cadeaux que tu puisses me faire, être la marraine d'Albane.

À *mon petit frère Enzo*. Merci pour l'aide que tu m'as apportée sur ce projet et merci de m'avoir motivée.

À *toute ma famille*. Merci de m'avoir encouragée, soutenue et motivée pendant toutes ces années.

À *mes amis* qui sont là en toutes circonstances. Merci Bastien, Benjamin, Marina, Pauline et Perrine pour tout, vous êtes la famille que j'ai choisie.

À toutes et à tous, un grand merci.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire.....	5
Liste des abréviations.....	7
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Introduction.....	10
I Généralités.....	11
A) Au niveau national.....	11
B) L'état des lieux dans l'Aisne.....	12
C) La notion de fragilité.....	14
D) Le parcours de soins.....	17
E) Le dossier médical partagé.....	18
II Vers une habitation idéale pour les séniors.....	20
A) Un modèle d'habitation adaptée.....	20
1) L'optimisation de l'environnement.....	20
2) La chambre à coucher.....	21
3) La salle de bains.....	23
4) La cuisine.....	26
B) Les aides financières allouées aux personnes âgées.....	29
1) L'APA.....	29
2) La PCH.....	31
3) Les CCAS.....	36
4) Les caisses de retraite.....	37
C) Les nouvelles technologies au service de la santé.....	37
1) Les smart plugs.....	38
2) Les ampoules connectées.....	39
3) Les appareils électroménagers.....	41
4) Les thermostats.....	41
III Le rôle des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes âgées.....	42
A) Le rôle du pharmacien.....	42
B) Le rôle des médecins.....	44

C) Le rôle des infirmiers et des aides-soignants.....	45
D) Le rôle des masseurs-kinésithérapeutes.....	46
E) Le rôle des assistants sociaux.....	46
F) Le HAD.....	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51

Liste des abréviations

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

EPAC : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante

SHARE: Survey of health, ageing and retirement in Europe

GIR: Groupes iso-ressources

AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

DMP : Dossier médical partagé

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

EMS : Équipe médico-sociale

PCH : Prestation de compensation du handicap

LPPR : Liste des produits et prestations remboursables

CCAS : Centres communaux d'action sociale

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

ASH : Aide sociale à l'hébergement

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

Liste des tableaux

Tableau 1 : Taux de pauvreté en %.....	14
Tableau 2 : Score GIR.....	18
Tableau 3 : Montant mensuel maximum de l'APA selon le GIR.....	31
Tableau 4 : Taux de prise en charge de l'aide humaine.....	33
Tableau 5 : Taux de prise en charge de l'aide technique.....	33
Tableau 6 : Taux de prise en charge de l'aménagement du logement.....	34
Tableau 7 : Taux de prise en charge de l'aide au transport.....	35
Tableau 8 : Taux de prise en charge de l'aide exceptionnelle.....	35

Liste des figures

Figure 1 : Évolution de la population par tranches d'âges.....	13
Figure 2 : Lit médicalisé.....	22
Figure 3 : Fauteuil garde-robe.....	23
Figure 4 : Baignoire à porte.....	24
Figure 5 : Receveur avec pompe de relevage.....	25
Figure 6 : Lavabo réglable en hauteur.....	25
Figure 7 : Cuisine adaptée aux séniors.....	28
Figure 8 : Déroulement d'un bilan de médication partagé.....	43

Introduction

En France il fait bon vivre ! Pays aux paysages et à la gastronomie riches et variés, il est l'un des plus appréciés d'Europe. Pourtant, sa population est vieillissante et les habitations des français ne sont pas toujours adaptées aux nouvelles conditions physiques de leurs habitants ce qui peut entraîner des chutes avec de graves complications.

Les accidents domestiques sont très fréquents chez les personnes âgées. La lutte contre ces derniers est donc un enjeu majeur en termes de santé publique. En effet, une personne âgée ayant eu un accident de la vie courante peut se retrouver hospitalisée pour une durée plus ou moins longue, avec parfois une incapacité à revenir vivre à son domicile.

Les hôpitaux n'ayant pas toujours en quantité suffisante le personnel nécessaire à la bonne prise en charge des patients âgés, une perte d'autonomie peut s'installer suite à l'immobilisation des personnes pendant une longue période.

Comment éviter les accidents de la vie quotidienne ? Quelles sont les différentes aides financières et humaines qui peuvent être proposées aux personnes âgées ? Quels rôles les professionnels de santé peuvent-ils jouer dans le retour et le maintien à domicile des personnes âgées ?

Ce travail va apporter des éléments de réponses à ces questions en s'appuyant sur des statistiques gouvernementales, sur l'avènement des nouvelles technologies ainsi que sur les expériences professionnelles de personnes de différents secteurs.

D) Généralités

A) Au niveau national

La France est un pays peuplé de 65 235 843 habitants au premier janvier 2021 d'après les chiffres de l'INED (1). Parmi cette population, nous recensons 13 660 525 personnes âgées de 65 ans ou plus soit presque 21% de la population totale du pays. Parmi elles, nous dénombrons 1,5 millions de personnes de plus de 85 ans. L'INSEE prévoit que d'ici 2050 il y aura plus de 4,2 millions de personnes âgées de plus de 85 ans en France (2).

Au sein de cette population, certains individus seront victimes d'accidents de la vie courante. Il s'agit de traumatismes non intentionnels survenant dans un cadre domestique (maison ou abords immédiats), ou à l'extérieur (trottoirs, magasins...). L'EPAC est une étude réalisée par l'institut de veille sanitaire montrant que les accidents de la vie quotidienne sont responsables de 5 millions de recours aux urgences, de plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et de 20 000 décès par an en France.

Cette enquête met en évidence les principales causes d'accidents pour les personnes âgées. Il s'agit tout d'abord des chutes responsables de 80% des accidents de la vie courante chez les plus de 65 ans. Elles sont dues en majorité aux troubles de la vision et de l'équilibre des personnes âgées, à l'isolement et à un lieu de vie non adapté à leurs conditions physiques. La fragilité des os des personnes âgées, surtout chez les femmes, entraîne une augmentation du risque de fractures. Les chutes mortelles sont survenues pour 75% chez des personnes de plus de 75 ans.

La suffocation est aussi une source d'accidents chez les personnes âgées. Elles ont été multipliées par 3 depuis le début des années 80 chez les plus de 65 ans notamment à cause des maladies du système nerveux (démence, troubles mentaux, maladies vasculaires cérébrales

...) qui sont des facteurs de risque. Deux tiers des suffocations totales sont survenues chez les plus de 75 ans.

Les intoxications sont aussi une source d'accidents, surtout les intoxications médicamenteuses dues à un surdosage ou une erreur d'administration des médicaments. Les personnes âgées sont souvent polymédicamentées ce qui accroît le risque de se tromper dans la prise de leurs traitements.

B) L'état des lieux dans l'Aisne

L'Aisne est un département de France comportant 534 490 habitants, d'après le dernier recensement de la population par l'INSEE au premier janvier 2019 (4). Parmi cette population, nous dénombrons 109 794 personnes âgées de plus de 65 ans, dont 49 393 personnes de plus de 75 ans (Figure 1). Un quart du département, soit 26,4% de la population est peuplé par des seniors. Une estimation de l'INSEE monte à 27,9% le nombre de plus de 60 ans dans le département pour l'année 2020. Le département axonais est le plus grand département des Hauts-de-France. Il en est néanmoins le moins peuplé et comporte une population vieillissante

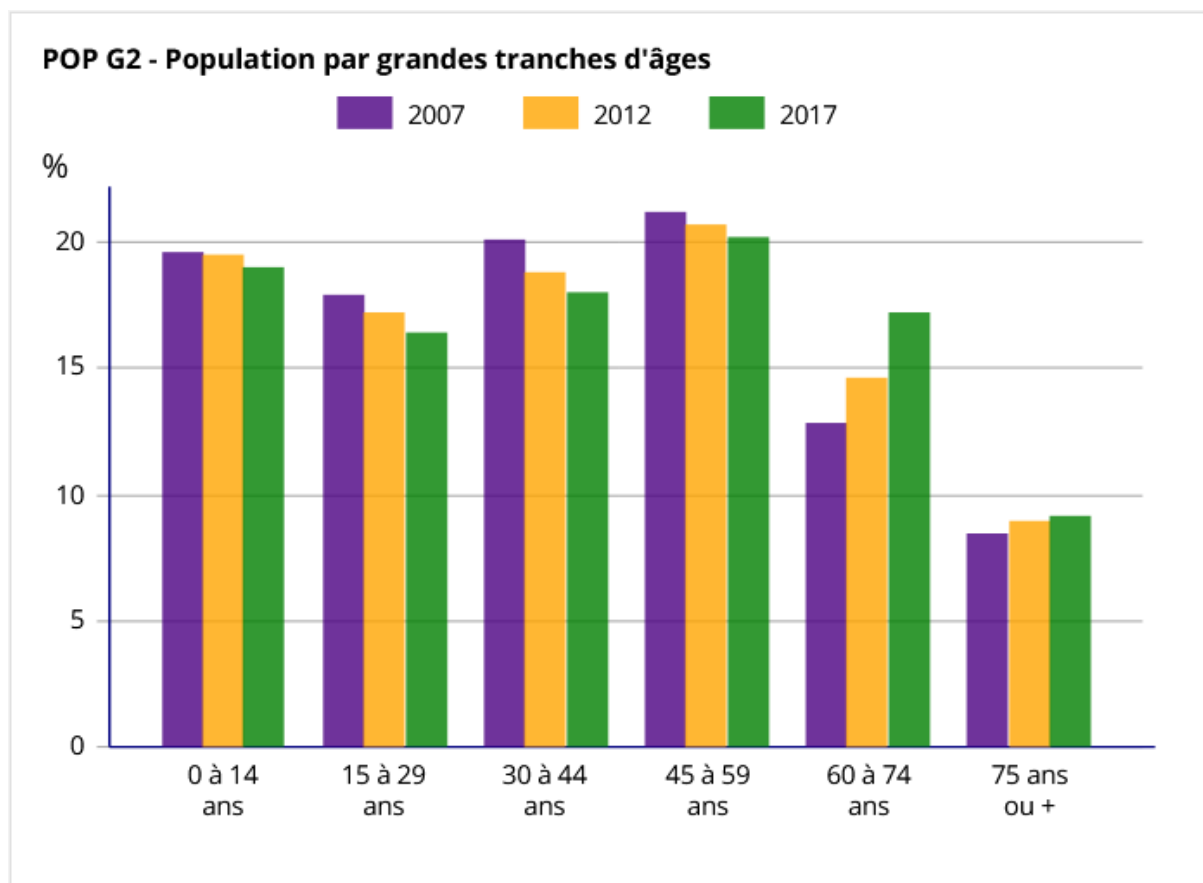


Figure 1 évolution de la population par tranches d'âges

D'ici 2050, l'INSEE prévoit une diminution de la population dans l'Aisne avec, cependant, une augmentation de la population âgée. C'est à dire que 28,4% des habitants seraient des personnes de plus de 65 ans (5).

Il s'agit d'un département relativement pauvre avec un taux de pauvreté de 18,4% en 2018 (Tableau 1), ce qui est supérieur au taux moyen observé en France (14, 5%). La majeure partie de la population pauvre se situe au nord-est du département où les offres d'emploi sont moins nombreuses. Le revenu moyen de la population était inférieur à 18 345 € par an en 2013. Un habitant sur dix vit avec moins de 9 874 € par an.

	Taux en %
Ensemble	18,4
Moins de 30 ans	29,7
De 30 à 39 ans	22,8
De 40 à 49 ans	21,2
De 50 à 59 ans	18,4
De 60 à 74 ans	11,6
75 ans ou plus	9,5

Tableau 1 Taux de pauvreté en %

C) La notion de fragilité

La fragilité des personnes âgées reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère le mécanisme d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social. L'adaptation du sujet aux éléments stressants de la vie étant plus compliquée, il devient plus à risque d'avoir une perte d'autonomie. Il s'agit d'un marqueur de risque de mortalité et d'accidents potentiels comme les chutes, les incapacités, les hospitalisations ou encore les entrées en institutions.

La fragilité est donc un état instable avec risque de perte de fonctions motrices ou mentales mais aussi un processus réversible, si elle est identifiée tôt. L'instabilité et la réversibilité soulignent toute l'importance du diagnostic de fragilité. En effet, c'est à ce stade que les interventions peuvent être les plus efficaces ; le but de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi.

Les données épidémiologiques européennes montrent qu'environ 30% des sujets de plus de 65 ans sont pré-fragiles et 15% fragiles (6). Les travaux de ces dernières années ont surtout démontré que le dépistage de la fragilité et l'organisation de mesure préventives permettaient de ralentir le déclin fonctionnel. Dépister et traiter la fragilité semble être une réponse pertinente à la prévention de la dépendance. De plus, les facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux constituent des comorbidités.

La prévention de la fragilité est possible si l'on sait repérer un sujet à risque. Le groupe de travail sur la fragilité, de la société américaine de gériatrie, a adopté la définition de Fried et al (7) qui considère la fragilité comme un syndrome clinique défini par l'apparition d'au moins 3 des symptômes suivants :

- Perte de poids involontaire d'au moins 4 kg en un an
- Sensation subjective d'épuisement rapportée par la personne elle-même
- Diminution de la force musculaire
- Vitesse de marche lente (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres)
- Activité physique réduite (grande sédentarité)

La présence d'un ou deux symptômes traduit un état de pré-fragilité et la présence de 3 ou plus, un état de fragilité. Il est donc essentiel de mettre en place des moyens afin de lutter contre les éventuelles pertes d'autonomie futures dès le dépistage de la personne fragile.

A cette classification, nous pouvons ajouter d'autres modèles intégrant la dimension cognitive et sociale comme la démence, la perte de mémoire ou encore l'isolement. La prévalence de la fragilité des personnes âgées varie en fonction des modèles de dépistage utilisés. Selon l'enquête SHARE (8) en 2011, 10 à 20% des personnes âgées de plus de 65 ans seraient considérées comme fragiles et cette proportion s'élèverait à 40% chez les plus de 85 ans.

L'espérance de vie sans incapacités qu'elles soient physiques ou psychologiques ne progresse plus en France depuis 2009. C'est à dire que le nombre d'années de vie avec des affections fragilisant les personnes après 65 ans augmentent, surtout chez les femmes.

La population vieillit, le « bien vieillir » est désormais une priorité pour le gouvernement depuis la loi du 28 décembre 2015. En effet, cette loi prévoit d'agir précocement sur la préservation de l'autonomie chez les personnes âgées en agissant sur le cadre de vie et le

soutien à domicile. De plus, les personnes âgées vivent de plus en plus souvent seules à leur domicile et souhaitent rester indépendantes le plus longtemps possible.

La récente loi d'adaptation de la société au vieillissement (9) convie l'ensemble des pouvoirs publics à se mobiliser en faveur du grand âge en donnant un caractère prioritaire au développement des politiques de prévention.

Le plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015 (9) met en évidence la possibilité de retarder, ou tout au moins de limiter la perte de l'autonomie en développant la prévention des maladies liées à l'âge et des incapacités entraînées par les maladies chroniques. Pour ce faire, une intervention sur l'environnement des personnes âgées est nécessaire afin d'adapter leur espace de vie avec les nouvelles affections.

La prévention doit se développer à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il faut agir précocement sur les comportements favorables à la préservation de l'autonomie en privilégiant l'activité physique et la nutrition. L'adaptation de l'environnement est aussi nécessaire pour éradiquer les pertes d'autonomies évitables comme les chutes. La lutte contre l'isolement est une mesure importante dans la prévention de la fragilité, tout comme l'action sur le cadre de vie et le soutien au domicile. Un des enjeux forts est d'organiser le repérage et le traitement particulier des groupes les plus vulnérables et les plus éloignés de l'accès à l'information, à la prévention et aux soins.

La perte d'autonomie d'une personne âgée peut être évaluée grâce au GIR, groupe iso-ressources. Le GIR est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (10). Il existe six GIR, le GIR 1 représente la perte d'autonomie la plus forte alors que le GIR 6 est le plus faible. Seules les personnes classées GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante

Tableau 2 Score GIR

D) Le parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés a été institué par la loi du 13 août 2004. Il a pour objectif de faciliter l'accès aux soins à chacun. Chaque usager peut depuis bénéficier d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse de son dossier médical et d'une prévention personnalisée.

Il consiste à confier à son médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical (11).

Pour se faire, il est essentiel de déclarer un médecin traitant qui doit être consulté en premier lieu avant de consulter un spécialiste pour des soins complémentaires ou des examens. Si le parcours de soin n'est pas respecté, le montant des remboursements est diminué de 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1) ou bien de 10 euros pour tout acte supérieur à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1).

Cependant, certains professionnels de santé peuvent être consultés sans passer par le médecin traitant. C'est le cas des gynécologues, des ophtalmologues, des psychiatres et stomatologues sous certaines conditions. Dans certains cas (éloignement, urgence), il est possible de consulter un autre médecin sans pénalisation financière.

Enfin, les soins dentaires ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant.

E) Le dossier médical partagé

Le 6 novembre 2018, la Ministre de la santé a annoncé la généralisation de dossier médical partagé, ou DMP, à plus de 40 millions de personnes dans un délai de 5 ans. Il s'agit d'un carnet de santé virtuel permettant de faciliter la communication entre les professionnels de santé. Mis en place en 2016 par la Caisse Nationale de L'assurance Maladie (CNAM), il est conçu pour mettre à la disposition de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie un carnet de santé électronique sécurisé, accessible par internet, qui conserve toutes les informations médicales le concernant (12). Il est ouvert à l'ensemble des assurés à partir de 16 ans.

Le DMP peut contenir les informations suivantes (12): l'historique des soins des 24 derniers mois, les résultats d'examens (radios, analyses biologiques), les coordonnées des proches à

prévenir en cas d'urgence, les antécédents médicaux (pathologies, allergies), les comptes rendus d'hospitalisation et les directives anticipées de fin de vie.

L'objectif des pouvoirs publics avec le DMP est d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins, de lutter contre les interactions médicamenteuses dangereuses et d'éviter les redondances d'examens médicaux ou de prescriptions. Il est donc un outil majeur dans le dépistage de la fragilité chez les personnes âgées.

II) Vers une habitation idéale pour les seniors

La majorité des seniors ne souhaite pas quitter leur lieu de vie. L'adaptation de leur domicile est donc une priorité pour leur permettre de conserver leur autonomie sans mettre en danger leur santé.

A) Un modèle d'habitation adaptée

Les habitations sont souvent pensées pour des personnes en pleine forme, sans troubles physiques ou psychologiques. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'effectuer quelques travaux de réhabilitation de l'environnement pour les personnes âgées.

1) L'optimisation de l'environnement

L'habitation idéale est de plein pied afin d'éviter d'avoir à monter et descendre des escaliers qui sont à risque de chutes. La personne doit avoir au même niveau sa chambre à coucher, sa cuisine, ses toilettes et sa salle de bain.

Toutefois, s'il est impossible de mettre sur le même étage les pièces indispensables de la maison, un monte escalier peut être installé. Il s'agit de chaises sur rails permettant de monter et descendre les escaliers assis. Il en existe plusieurs modèles qui s'adaptent à tous les types d'escaliers, droits ou tournants, sans nécessité de réaliser de gros travaux.

Si la personne est en fauteuil roulant et que les transferts du fauteuil à la chaise élévatrice sont impossibles, il existe des plates formes élévatrices et des élévateurs d'intérieur.

Les plates formes élévatoires s'adaptent sur les escaliers, droits ou tournants, sans avoir besoin de réaliser de gros travaux contrairement aux élévateurs d'intérieur. En effet, les élévateurs s'apparentent à des ascenseurs sans cages. Il faut donc réaliser une ouverture dans le plafond suffisamment grande pour pouvoir faire passer le fauteuil et l'élévateur. Il existe aussi des ascenseurs de maisons avec cage qui ne nécessitent pas d'entretien et de visite de maintenance comme les ascenseurs d'entreprises.

Il faut surtout enlever tout ce qui peut favoriser les chutes comme les tapis, et rendre plus fluide l'espace de circulation. Il est donc nécessaire de pousser les meubles qui encombrant la pièce le long des murs de façon à pouvoir circuler avec un déambulateur ou un fauteuil roulant sans risquer de heurter un obstacle.

2) La chambre à coucher

La chambre à coucher d'une personne âgée ne doit pas être encombrée de meubles ou de bibelots qui pourraient entraîner la chute de son occupant. Les tapis doivent, ici encore, être retirés.

L'installation d'un lit médicalisé est primordiale pour éviter les chutes. En effet, le lit médicalisé est équipé d'un moteur permettant de le relever ou de le rabaisser et il est équipé de barrières ce qui permet ici de diminuer grandement le risque de chutes.

Il est aussi possible pour les personnes de dormir en position semi assise, grâce au relèvement buste, pour éviter les suffocations. Les personnes souffrant de troubles de la circulation sanguine peuvent utiliser le relèvement jambe intégré au lit pour soulager leurs douleurs.

Les lits médicalisés sont le plus souvent livrés avec une télécommande permettant à la personne de gérer elle-même les différentes positions du lit pour augmenter son confort.

Le lit doit être placé de façon à ce que la personne âgée puisse accéder facilement à son déambulateur, sa canne ou son fauteuil roulant mais aussi sa table de chevet et son fauteuil garde-robe.



Figure 2 Lit médicalisé

Afin d'éviter les chutes nocturnes il est intéressant d'équiper les personnes âgées d'un fauteuil garde-robe entreposé à proximité immédiate du lit. Il s'agit d'une chaise percée équipée d'un seau avec un couvercle qui va permettre à la personne de pouvoir faire ses besoins sans avoir à sortir de sa chambre jusqu'au matin.



Figure 3 Fauteuil garde-robe

3) La salle de bains

La salle de bain est une pièce majeure de la maison. Elle en est aussi une des plus dangereuses. En effet, les risques de chutes y sont de 46% : il s'agit de la pièce la plus à risque de chutes de l'habitation.

Pour diminuer le risque de chutes, la première chose à modifier est l'espace de douche. Une baignoire avec ouverture par une porte d'accès sur le côté permet de diminuer les risques de chutes à l'entrée ou à la sortie de la baignoire. Il n'y a plus besoin d'enjamber les parois pour entrer et sortir, il suffit juste d'ouvrir la petite porte pour pouvoir utiliser sa baignoire en toute sécurité.

À cette baignoire, il est possible d'ajouter un siège permettant à la personne de pouvoir se laver en étant assise et donc de réduire encore une fois le risque d'accidents.

Des tapis antidérapants peuvent être ajoutés pour éviter les glissades quand la personne se relève.

L'installation d'une barre de maintien pour sortir du bain est aussi un outil intéressant. En effet, elle permet à la personne âgée de pouvoir se relever et sortir plus facilement de sa baignoire ou de sa douche.



Figure 4 Baignoire à porte

Si la salle de bain de la personne âgée est trop petite pour pouvoir y installer une baignoire médicalisée, il est aussi possible d'installer une douche sans bac, ou douche à l'italienne. L'avantage de cette douche est que le receveur est au même niveau que le sol, il n'y a donc pas de petite marche où une personne à mobilité réduite pourrait trébucher. Il est possible ici aussi d'installer une barre et un siège de douche pour optimiser la sécurité de l'environnement.

Quand les personnes âgées n'ont pas la possibilité d'installer un monte escalier ou un ascenseur au sein de leur domicile et que la construction d'une salle de bain au rez-de-chaussée est impossible, il existe des douches à installer partout. Il s'agit d'un receveur de douche avec une pompe de relevage pour évacuer l'eau sans avoir besoin d'effectuer de gros travaux.



Figure 5 Receveur avec pompe de relevage

Les lavabos peuvent aussi être à risque pour une personne âgée qui n'a plus la même mobilité qu'avant. En effet, rester debout dans la même position peut s'avérer compliqué voire impossible pour une personne présentant diverses douleurs.

C'est pour cela qu'il existe des lavabos réglables en hauteur par commande électrique. Il est donc possible de pouvoir s'asseoir devant son lavabo et faire sa toilette sans risque. Certains meubles sous vasques de salle de bain ont un siège intégré que l'on peut tirer lorsque nous en avons besoin permettant ainsi d'optimiser les espaces restreints.



Figure 6 Lavabo réglable en hauteur

Les mitigeurs doivent aussi être adaptés puisque la force de préhension diminue avec l'âge. Il vaut mieux privilégier les mitigeurs à longues poignées à la place des mélangeurs à vissée. Avoir un mitigeur à thermostat réduit aussi grandement le risque de brûlures.

Les toilettes peuvent aussi être à risque d'accidents. Pour les éviter il est possible d'installer une barre ou des rails pour aider les utilisateurs à se relever.

Les rails sont des châssis à rajouter sur le côté des toilettes de façon à avoir des accoudoirs permettant d'utiliser la force de ses deux bras pour aider à se relever.

Il est aussi possible d'utiliser un rehausse W.C pour augmenter la hauteur des toilettes. Il s'agit d'un coussin épais qui s'installe sur la cuvette des toilettes pour éviter à la personne âgée de devoir trop s'abaisser.

Il existe aussi des toilettes réglables en hauteur par commande électronique. Ce sont des toilettes suspendues pouvant se lever et se baisser sur plusieurs centimètres.

4) La cuisine

La cuisine est un endroit très important dans une maison. Cependant, elle peut être dangereuse quand elle n'est pas adaptée. De nombreux accidents domestiques ont lieu dans cette pièce de la maison comme des chutes ou des brûlures.

Pour éviter les chutes, l'espace doit être dégagé, il ne doit pas y avoir de tapis ou d'obstacle dans le passage. La cuisine doit avoir un passage d'une largeur minimale d'un mètre cinquante entre les appareils électroménagers, les meubles fixes et les murs. Il faut ajouter à cette distance l'amplitude d'ouverture des portes des différents appareils ou meubles.

Des tapis antidérapants peuvent aussi être installés au pied des éviers afin d'éviter de glisser sur les éclaboussures d'eau. Il est aussi important de laisser un espace sous l'évier ainsi que

sous les plaques de cuisson pour permettre aux personnes en fauteuil roulant de pouvoir accéder à ces endroits. Pour éviter les chutes d'une manière générale, il est possible d'utiliser un revêtement antidérapant pour le sol possédant la norme R10 pour plus de sécurité. Il est aussi possible d'installer des barres de maintien un peu partout dans la pièce.

La luminosité de l'espace est un critère important dans la sécurité ; un espace sombre est à risque de chutes. L'installation de lampes LED qui s'allument automatiquement, ou par commande vocale, sous les meubles hauts et dans les tiroirs ou les placards permet donc d'éviter les accidents.

Ici aussi l'installation de mitigeurs à longue poignée est intéressante. En effet la personne n'aura pas à se pencher et pourra utiliser son point d'eau plus facilement. Il faut aussi installer des éviers peu profonds pour que la personne âgée n'ait pas à se baisser pour attraper la vaisselle qui se trouve dans le fond.

Le choix de l'électroménager est primordial puisque l'utilisation d'appareils non adaptés entraîne un risque de mésusage et donc d'accidents. Le four doit être surélevé par rapport au sol de cinquante à soixante centimètres pour permettre à tous les types de personnes de pouvoir s'en servir. Il est intéressant ici de privilégier un four avec ouverture latérale qui est plus simple à ouvrir et plus sûr puisque la personne n'a pas à se pencher pour sortir son plat, le risque de brûlures est donc diminué. De manière générale, l'électricité doit être préférée au gaz car elle est moins dangereuse. Le gaz peut avoir des fuites et provoquer une intoxication chez son utilisateur qui peut s'avérer mortelle.

L'utilisation de plaques de cuisson à induction ou vitrocéramique est une meilleure option que les plaques au gaz car le risque de se brûler est moindre. De plus, les plaques à induction comme les vitrocéramiques peuvent être équipées de voyants de chaleur lumineux indiquant la température aux utilisateurs. Les plaques de cuisson refroidissent plus vite et sont plus faciles à nettoyer. Un autre avantage de ces plaques est qu'elles sont à niveau du plan de travail ; il est donc possible pour une personne ne pouvant pas soulever son plat de le faire glisser sur le plan de travail sans risque de renverser sa préparation et donc de se blesser.

Les meubles de rangement ne doivent être ni trop hauts ni trop bas. La hauteur idéale se situe entre cinquante centimètres et un mètre cinquante de hauteur pour que la personne âgée n'ait pas à se baisser, se mettre sur la pointe des pieds ou utiliser un marche pieds pouvant être à l'origine de chutes. Les meubles à angles pointus doivent être évités. Si toutefois la personne souhaite garder ses meubles, les angles doivent être recouverts de protections d'angles.

Tout doit être à portée de main et accessible sans efforts. Qu'il s'agisse de petits ou de gros ustensiles la personne âgée ne doit pas se baisser exagérément ou monter sur un marche pieds pour atteindre l'accessoire dont elle a besoin. Certains meubles peuvent se baisser et se relever par commande électrique ou manuelle afin de permettre l'accès aux éléments rangés en hauteur en évitant les chutes.

Le plan de travail doit être pensé pour pouvoir s'asseoir en cuisinant de façon à éviter les chutes dues aux étourdissements. La pierre est à privilégier puisque elle est résistante au chaud. Il est donc possible de poser directement ses plats qui sortent du four ou de la plaque de cuisson directement sur le plan de travail.



Figure 7 Cuisine adaptée aux seniors

B) Les aides financières allouées aux personnes âgées

Les travaux de remise à niveau de l'habitation sont coûteux et ne peuvent être réalisés par la majorité des personnes âgées. C'est pourquoi l'État a mis en place différentes subventions pour aider financièrement les personnes âgées à réaliser les réfections de leurs habitations afin qu'elles puissent rester à domicile le plus longtemps possible.

1) L'APA

L'une de ces subventions est l'APA, allocation personnalisée d'autonomie (19). Cette allocation comporte deux axes. Le premier permet de subventionner en totalité ou en partie les dépenses nécessaires au maintien à domicile: il s'agit de l'APA à domicile.

Le second prend en charge une partie du tarif dépendance de l'établissement médico-social d'hébergement (comme les EHPAD), il s'agit de l'APA en établissement.

Pour bénéficier de l'APA, il faut avoir au moins 60 ans. Il faut aussi avoir une perte d'autonomie suffisante, c'est-à-dire avoir besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie courante, ou un état de santé nécessitant une surveillance constante.

La perte d'autonomie est mesurée par la grille AGGIR qui définit plusieurs degrés de perte d'autonomie allant du GIR 1 à 6. Seules les personnes étant classées GIR 1 à 4 peuvent recevoir l'APA.

Il existe une condition de résidence pour pouvoir bénéficier de l'APA. Tout d'abord, il faut résider en France de manière stable et régulière. Il faut résider soit à domicile, soit au domicile d'un proche hébergeant, chez un accueillant familial ou dans une résidence autonomie (anciennement foyer-logement).

L'APA ne peut pas être cumulée avec certaines autres prestations comme l'allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées, les aides des caisses retraites, les aides de rémunération pour les aides à domicile, la prestation de compensation du handicap, la majoration pour aide constante d'une tierce personne et enfin la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne.

Pour valider le dossier, un professionnel de l'équipe médico-social (EMS) du département se déplace à domicile. Il détermine durant cette visite le degré de perte d'autonomie sur la base de la grille AGGIR et évalue la situation et les besoins. Si le membre de l'EMS détermine un GIR entre 1 et 4 de la grille AGGIR, il propose un plan d'aide.

Il peut prévoir, entre autres, des aides techniques et des mesures d'adaptation du logement, des aides concernant le transport et le portage des repas, la rémunération d'une aide à domicile ou d'un accueillant familial, de l'accueil temporaire (en établissement ou en famille d'accueil).

Le professionnel peut également proposer d'autres mesures d'aides qui ne sont pas prises en charge par l'APA dans un objectif de prévention ou de soutien aux proches aidants (membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide).

L'attribution de l'APA est accordée par le département, mais si le score GIR des personnes est de 5 ou 6, elles ne peuvent pas bénéficier de l'APA. Il est toujours possible de demander une aide auprès de la caisse de retraite.

Le montant de l'APA varie en fonction du score GIR. L'APA à domicile est égale au montant de la fraction du plan d'aide utilisé moins une somme restant à charge qui correspond à la participation financière.

Montant mensuel maximum variable en fonction du groupe iso-ressources (Gir) de rattachement	
Gir	Montant mensuel maximum
Gir 1	1 747,58 €
Gir 2	1 403,24 €
Gir 3	1 013,89 €
Gir 4	676,30 €

Tableau 3 Montant mensuel maximum de l'APA selon le GIR

Le montant de l'APA est plafonné, il ne peut dépasser un montant maximum par mois. À l'inverse, si le montant est inférieur à 30,75 € l'APA n'est pas versée (20).

Cependant, il peut y avoir des majorations dans certains cas comme une majoration pour dispositifs de répit. Cette majoration intervient lorsque le proche aidant a besoin de répit à condition qu'il soit indispensable au soutien à domicile du bénéficiaire de l'APA et qu'il ne puisse être remplacé par une autre personne qui ne soit pas un professionnel. Cette majoration sert à financer des dispositifs de répit (accueil de jour, hébergement temporaire, ...). Le montant maximum de la majoration est fixé, pour une année, à 509,76 €.

Le second cas est une majoration en cas d'hospitalisation du proche aidant. Les conditions sont les mêmes que la majoration en cas de besoin de répit. Cette majoration sert à financer des solutions de relais (aide à domicile, accueil temporaire, ...). Le montant maximum de la majoration est de 1 012,76 € par hospitalisation (20).

2) La PCH

Il existe aussi la prestation de compensation du handicap, ou PCH, qui est une aide financière versée par le département. Elle permet un remboursement des dépenses dues à la perte d'autonomie liées au handicap comme par exemple l'aménagement du logement ou du véhicule, ou encore le recours à une tierce personne pour les activités du quotidien (21).

La PCH comprend 5 formes d'aides : humaine, technique, aménagement du logement, transport, aide spécifique ou exceptionnelle et enfin animalière. L'attribution de cette subvention dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence des personnes. Elle doit être renouvelée, sauf si l'état de santé ne peut s'améliorer elle est attribuée à vie.

La perte d'autonomie est un critère d'attribution de la PCH. Il faut rencontrer une difficulté absolue dans la réalisation d'une activité importante du quotidien comme faire sa toilette ou ses repas. La difficulté est absolue quand l'action quotidienne ne peut pas être effectuée du tout par la personne. La perte d'autonomie peut aussi être qualifiée de grave lorsque la réalisation d'au moins deux activités importantes du quotidien ne peuvent être effectuées sans difficultés.

L'âge est aussi un critère d'obtention. En effet, il faut avoir moins de 60 ans pour faire une demande de PCH. Cependant, une demande peut être effectuée après 60 ans si la personne remplissait déjà les conditions d'attribution avant 60 ans ou si elle continue à travailler.

La PCH est attribuée sans conditions de ressources mais le montant de l'aide varie en fonction des revenus. Si les revenus ne dépassent pas 27 033,98 € par an, le taux maximum de prise en charge de la PCH est de 100% des montants par type d'aide. Si les ressources sont supérieures, le taux maximum de prise en charge sera de 80% (22).

Pour percevoir la PCH, il faut résider en France. Pour les résidents étrangers, il est nécessaire de vivre en France depuis au moins 3 mois, sauf pour les étudiants ou les formations exceptionnelles. Il faut tout de même avoir un titre de séjour en cours de validité.

La PCH peut être perçue par les personnes vivant à domicile ou en institution.

Les aides humaines permettent de rémunérer un service d'aide à domicile ou de dédommager un aidant familial.

Taux de prise en charge de l'aide humaine		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Emploi direct d'une tierce personne	100 % dans la limite de 14,21 € l'heure ou 14,91 en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <i>aspirations endo-trachéales</i>	80 % dans la limite de 14,21 € l'heure ou 14,91 en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <i>aspirations endo-trachéales</i>
Recours à un service mandataire	100 % dans la limite de 15,63 € ou 16,40 € en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <i>aspirations endo-trachéales</i>	80 % dans la limite de 15,63 € ou 16,40 € en cas de réalisation de gestes liés à des soins ou <i>aspirations endo-trachéales</i>
Recours à un service prestataire agréé	100 % dans la limite de 17,77 € l'heure ou dans la limite du montant fixé entre le service prestataire et le département	80 % dans la limite 17,77 € l'heure ou dans la limite du montant fixé entre le service prestataire et le département
Aidant familial	100 % et dédommagement à hauteur de 3,99 € l'heure ou 5,98 € l'heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle	80 % et dédommagement à hauteur de 3,99 € l'heure ou 5,98 € l'heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle

Tableau 4 Taux de prise en charge de l'aide humaine

L'aide technique attribuée par la PCH peut servir à financer l'achat ou la location de matériel compensant le handicap comme des déambulateurs ou des fauteuils roulants. Le niveau de remboursement varie en fonction de l'appartenance, ou non, des dispositifs sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de la Sécurité Sociale. Pour connaître le taux de prise en charge, il faut s'adresser à la caisse d'assurance maladie.

Taux de prise en charge de l'aide technique		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Aide figurant sur la LPPR	À 100 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans. Lorsque l'aide technique est tarifée à au moins 3 000 €, cette limite est majorée des montants des tarifs concernés après déduction de la prise en charge accordée par la Sécurité sociale.	À 80 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans
Aide ne figurant pas sur la LPPR	À 75 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans	À 75 % dans la limite de 3 960 € par période de 3 ans

Tableau 5 Taux de prise en charge de l'aide technique

L'aide à l'aménagement du logement sert à la prise en charge, totale ou partielle, des travaux destinés à compenser une perte d'autonomie définitive ou provisoire. Dans le cas d'une limitation d'activité provisoire, l'attribution de l'aide ne peut être accordée que pour une limitation d'activité prévisible d'au moins un an.

Taux de prise en charge de l'aménagement du logement		
Aides	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Travaux jusqu'à 1 500 €	À 100 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans	À 80 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans
Travaux supérieurs à 1 500 €	À 50 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans	À 50 % dans la limite de 10 000 € par période de 10 ans

Tableau 6 Taux de prise en charge de l'aménagement du logement

L'aménagement du domicile d'un proche aidant peut être pris en charge si la personne réside chez un ascendant (parents, grands-parents ...), descendant (enfant, petits-enfants ...) ou collatéral (frère, sœur, neveu, nièce sont des collatéraux privilégiés ou oncle, tante, cousin, cousine qui sont des collatéraux ordinaires) jusqu'au 4ème degré de sa famille ou de celle de son conjoint, concubin ou partenaire de Pacs.

Toutefois, lorsque l'aménagement du logement est impossible, ou trop coûteuse, et que le choix adéquat soit celui du déménagement dans un logement répondant aux normes d'accessibilité, les frais peuvent être pris en charge à hauteur de 3000€ par période de 10 ans.

L'aide au transport de la PCH comprend l'aménagement du véhicule et les surcoûts liés aux trajets. Il faut posséder un permis de conduire contenant la mention restrictive d'un poste de conduite adapté pour en bénéficier. Les surcoûts liés aux trajets peuvent également être pris en charge lors de transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés ainsi que lors de déplacements entre le domicile et l'établissement médico-social dès lors qu'ils sont effectués par un tiers ou lorsque la distance aller-retour est supérieure à 50 km.

Taux de prise en charge de l'aide au transport		
Aide	Prise en charge à taux plein	Prise en charge à taux partiel
Frais d'aménagement du véhicule jusqu'à 1 500 €	À 100 %	À 80 %
Frais d'aménagement du véhicule au-delà de 1 500 €	À 75 % dans la limite maximale de 5 000 € sur une période de 5 ans	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans
Surcoût lié au trajet en voiture particulière	À 100 % dans la limite de 0,50 € par km et de 12 000 € sur une période de 5 ans	À 80 % dans la limite de 0,50 € par km et de 12 000 € sur une période de 5 ans
Surcoût lié au trajet avec d'autres moyens de transport	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans	À 75 % dans la limite de 5 000 € sur une période de 5 ans

Tableau 7 Taux de prise en charge de l'aide au transport

Il existe aussi des aides spécifiques ou exceptionnelles. Les aides spécifiques correspondent aux dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap et non prises en compte par un autre élément de la PCH. Il peut s'agir des frais d'entretien d'un fauteuil roulant.

Taux de prise en charge de l'aide spécifique ou exceptionnelle	
Aides	Prise en charge à taux partiel et plein
Charges spécifiques	À 75 % dans la limite de 100 € par mois
Charges exceptionnelles	À 75 % dans limite de 1 800 € par période de 3 ans

Tableau 8 Taux de prise en charge de l'aide exceptionnelle

À l'inverse, les charges exceptionnelles sont des dépenses ponctuelles liées au handicap comme, par exemple, la réparation d'un lit médicalisé.

La PCH prend aussi en charge une aide animalière destinée à l'achat et à l'entretien d'un animal comme un chien d'aveugle. Dans ce cas, l'animal doit avoir été dressé par un éducateur spécialisé. Le remboursement peut aller jusqu'à 100 % des frais en cas de prise en charge à taux plein (80 % à taux partiel) dans la limite de 3 000 € par période de 5 ans.

3) Les CCAS

Les CCAS, Centres Communaux d'Action Sociale sont en charge des actions sociales dans les communes de plus de 1500 habitants. Quand les villages sont moins peuplés, il est possible de s'adresser directement en mairie (23).

Leurs rôles est d'attribuer des aides financières, d'aider les personnes âgées dans la gestion de l'hébergement ou de services à domicile. Ils mettent aussi en place des animations afin de lutter contre l'isolement, de maintenir un lien social, des actions de préventions sur les dangers du quotidien et sur l'adaptation du logement.

Les CCAS luttent contre l'exclusion et favorise l'accès aux droits pour les personnes vulnérables en réalisant des démarches pour des dossiers d'aides sociales, pour une aide alimentaire ou encore pour combattre la précarité énergétique (rénovation de l'isolation, installation de pompes à chaleur, rénovation du système de chauffage, ...).

Ils accompagnent aussi les personnes dans leur perte d'autonomie en instaurant des services d'aides à domicile, comme le SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile), en maintenant un lien social ou encore en les aidant dans la gestion des établissements d'hébergement. Ils organisent donc le soutien au logement et à l'hébergement en adaptant l'habitat des personnes pour qu'elles puissent rester au maximum à leur domicile, mais aussi en mettant en place des logements ou des hébergements d'urgence en cas de problèmes.

Les CCAS permettent aux personnes âgées d'obtenir des informations sur leurs droits, les aides sociales dont elles peuvent bénéficier. Ils s'occupent de formuler les demandes APA, d'ASH (Aide Social à l'Hébergement) en cas de patients placés en EHPAD, et des demandes d'aides extralégales.

Les aides extralégales sont un ensemble d'aides, attribuées par les mairies et les conseils départementaux, pouvant être financières ou en nature comme par exemple une aide pour le portage des repas, une participation aux frais de téléassistance, une aide financière exceptionnelle pour faire face à un imprévu. Ces aides sociales plus favorables que celles prévues par la loi sont attribuées au cas par cas en fonction des difficultés sociales et financières de chaque individu.

4) Les caisses de retraite

Les caisses de retraite développent une politique d'action sociale destinée à prévenir le risque de perte d'autonomie des personnes âgées. Leur rôle est de favoriser la participation sociale des personnes âgées pour leur permettre de mieux prendre soin de leur santé (24).

Les caisses de retraite mettent en place un accompagnement renforcé des personnes âgées en situation de fragilité sociale ou physique, c'est-à-dire qu'il s'agisse d'un veuvage ou d'un retour à domicile compliqué après une hospitalisation.

Des aides financières et matérielles sont mises en place par les caisses de retraite pour les personnes fragilisées comme par exemple le financement de barres d'appui ou de marches antidérapantes ou encore le financement du passage d'une aide à domicile. Ces aides ont pour but de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles.

Lorsque la personne âgée possède, ou est éligible à l'APA, les aides des caisses de retraite ne peuvent pas être perçues si elles portent sur la même aide.

Des aides pour la rénovation de l'habitation peuvent aussi être accordées par les caisses de retraite afin d'adapter le logement aux conditions physiques de la personne. Elles peuvent donner des conseils sur l'aménagement de l'espace de vie, financer des travaux d'isolation thermique, financer des aides techniques et même les travaux d'adaptation.

C) Les nouvelles technologies au service de la santé

Les nouvelles technologies ont un rôle majeur dans la santé aujourd'hui. En effet, la majorité des personnes est équipée de smartphones capables de regrouper toutes les informations de santé de leurs propriétaires. Certains sont même capables d'être utilisés comme lecteurs de glycémie. C'est le cas avec les capteurs de glycémie Freestyle libre: le laboratoire Abbott® a mis au point une application disponible sur Android® et sur l'Apple store® afin de pouvoir utiliser son smartphone comme lecteur de glycémie simplement en le posant sur le capteur (25).

La plupart des smartphones possèdent aussi un contrôle vocal qui peut se révéler très utile en cas de chute. En effet, la personne âgée se retrouvant au sol dans l'incapacité de se lever n'a qu'à interpeller son téléphone et lui demander d'appeler les secours. Cette fonctionnalité est aussi bénéfique chez les individus mal voyants.

L'émergence de nouvelles technologies a fait apparaître des outils qui se révèlent utiles dans la vie de tous les jours pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. L'arrivée des enceintes connectées comme la Google home®, l'Amazon écho® ou encore la HomePod® chez Apple permettent de contrôler l'environnement.

A l'heure actuelle, il est possible de contrôler les lumières, la température ou même ses appareils électroménagers rien qu'en utilisant sa voix.

Pour se faire, il est toutefois nécessaire de se procurer des accessoires compatibles avec les appareils permettant le contrôle vocal

1) Les smart plugs

Le premier accessoire, le moins onéreux, est la prise de courant connectée ou smart plug allant de 20 € pour les modèles de base à 100 € pour les multiprises. La smart plug permet tout simplement de transformer votre appareil électronique classique en un objet connecté, soit par la voix, soit par une application smartphone en fonction des modèles choisis. Il est donc possible de déclencher sa machine à café, sa lampe de chevet, son lave-linge par un simple geste.

L'avantage de la prise intelligente est qu'elle ne nécessite pas d'achats complémentaires pour fonctionner: il suffit seulement d'avoir un smartphone avec une connexion Bluetooth et/ou wifi.

La mise en place de la smart plug est des plus simples puisqu'il suffit de remplacer la prise électrique classique de l'appareil que vous souhaitez connecter par la prise domestique (qu'elle soit encastrée ou non). Une fois la prise installée, il faut la connecter en wifi ou en Bluetooth suivant le modèle choisi. La possession d'un smartphone n'est pas nécessaire pour le fonctionnement de certaines prises. Cependant, avoir un smartphone relié par une

application à sa smart plug permet de pouvoir la contrôler à distance. De ce fait, un personne âgée ne sachant pas se servir de cette technologie peut tout de même en bénéficier par l'intervention d'un proche contrôlant à distance l'activation de la prise et donc des appareils qui y sont connectés.

L'activation de la smart plug peut aussi être programmée. Ainsi le chauffage électrique peut être prévu en cas de vague de froid ou encore les appareils électroménagers à forte consommation électrique peuvent être programmés pour fonctionner en heures creuses, où l'électricité est à prix réduit.

2) Les ampoules connectées

Il existe aussi des ampoules connectées, en wifi, en Bluetooth ou en Zigbee, qui remplacent les ampoules classiques. Il s'agit de lumières LED pouvant être pilotées par smartphones ou tablettes tactiles et par la voix. Cependant, toutes les ampoules ne disposent pas simultanément de ces trois connexions.

Les ampoules à connexion Bluetooth utilisent un mode de connexion basé sur la proximité, c'est à dire qu'il est impossible d'allumer la lumière à distance; il faut rester dans un périmètre très restreint. De plus, la connexion Bluetooth ne permet pas d'intégrer plusieurs ampoules dans un même système de commande.

Une ampoule peut être connectée grâce au réseau wifi. Cette méthode de connexion est simple d'utilisation et accessible en prix; il suffit juste d'avoir une box internet relativement récente, de télécharger l'application de commande de l'ampoule et d'ajouter l'ampoule sur l'application. La connexion wifi permet de commander les ampoules depuis n'importe où: plus besoin d'être chez soi, elle permet aussi l'utilisation d'application de contrôle vocal. Il faut cependant s'assurer que le réseau wifi est bien protégé par un mot de passe afin d'éviter le piratage et que la puissance du réseau est suffisante pour optimiser le fonctionnement de l'ampoule.

Une dernière technologie est utilisée pour connecter les ampoules: il s'agit de Zigbee (26). C'est un protocole de connexion de haut niveau grâce à de petits émetteurs radios à faible consommation qui créent donc un réseau de communication pour les ampoules grâce à une box: le Zigbee, aussi appelé pont ou hub. Ce boîtier se branche en connexion ethernet sur la box, peu importe le fournisseur d'accès, et crée ainsi le lien entre les ampoules et les objets de commande (smartphone, tablette, télécommande ou interrupteur). Le Zigbee permet, comme le wifi, de piloter les ampoules de n'importe quel endroit.

Pour fonctionner, une ampoule connectée doit être alimentée en permanence. Si l'interrupteur est en position éteinte l'ampoule ne peut plus être utilisée à distance que ce soit par la voix, par smartphone ou par télécommande.

L'interopérabilité entre les différents fabricants d'ampoules connectées est quasiment inexistante. En effet, même s'ils utilisent la technologie Bluetooth ou Zigbee, les applications d'utilisations sont spécifiques à chaque fabricant.

À l'inverse, la connexion en wifi est à privilégier en cas d'interopérabilité. La plateforme Homekit d'Apple® permet de réunir tous les objets connectés et de piloter l'ensemble à la voix grâce à Siri. Les assistants vocaux Google® et Amazon® peuvent aussi interagir avec les ampoules.

3) Les appareils électroménagers

Des appareils du quotidien peuvent maintenant être connectés afin d'éviter les accidents domestiques. C'est le cas des aspirateurs ou même des tondeuses à gazon.

Leur utilisation peut être programmée, déclenchée par application sur smartphone ou à la voix. En cette période de coronavirus, de nombreuses entreprises ont vu leurs activités réduites et certaines personnes âgées ont suspendu la venue des organismes les aidant à l'entretien de la maison et des extérieurs.

Les robots aspirants et nettoyeurs peuvent être un avantage dans ce cas. Ils sont simples d'utilisation, peuvent être contrôlés à distance et programmés pour fonctionner la nuit ou lorsque la personne n'est pas à son domicile, de sorte à éviter que l'appareil ne la fasse chuter.

De même, l'entretien des espaces extérieurs peut être réalisé par des robots tondeuses évitant de ce fait les possibles accidents domestiques.

4) Les thermostats

Des thermostats connectés sont aussi disponibles pour aider les personnes à gérer leur consommation et maintenir une température constante au sein de l'habitation. Le réglage de la température dans les maisons peut parfois s'avérer problématique pour les personnes âgées ayant des problèmes de vue ou de mobilité.

Avec les thermostats connectés il leur est possible de gérer la température globale de la maison, voire même pièce par pièce en fonction des modèles utilisés, grâce à la voix ou à leurs smartphones. Le contrôle à distance des thermostats rend possible la remise en route du chauffage après une hospitalisation de longue durée.

5) La vidéosurveillance

Des caméras de vidéosurveillance peuvent être installées au domicile des personnes âgées à l'extérieur comme à l'intérieur du domicile. Les caméras extérieures, comme les interphones avec vidéo, sont utiles aux habitants puisqu'elles vont permettre de savoir qui se présente à leur domicile sans avoir à se déplacer ou à ouvrir la porte à des inconnus.

Le problème se pose sur la mise en place de caméras de surveillance à l'intérieur de la maison car la vie privée de la personne devient publique pour ses aidants. Elles sont avantageuses puisqu'elles permettent la diffusion d'images de l'habitation en temps réel, donc, de surveiller que la personne âgée va bien, qu'elle n'est pas tombée. Or, le risque de chute est majoré dans des endroits intimes de la maison comme la salle de bains, la chambre à coucher ou encore les toilettes.

III) Le rôle des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes âgées

Les professionnels de santé que rencontrent les personnes âgées sont multiples. Qu'il s'agisse de pharmaciens, de médecins, d'infirmiers, ou encore de kinésithérapeutes, les interactions entre professionnels et patients sont nombreuses. Par contre, la communication entre chaque professionnel n'est pas toujours aisée.

Une synergie entre les professionnels de santé est nécessaire afin d'optimiser le parcours de soin des patients au maximum. Le contact entre les professionnels de santé doit être étendu pour pouvoir proposer une qualité de soin optimale.

Il est fréquent de voir émerger des maisons de santé. Ceux sont des structures regroupant plusieurs professionnels de santé libéraux différents (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens ...) élaborant ensemble un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé établissent avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avant tout versement d'une aide financée par l'agence. On dénombre en France en juillet 2020 1617 maisons de santé et 451 maisons en projet (27).

A) Le rôle du pharmacien

Les pharmaciens jouent un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage de la fragilité chez les personnes âgées. En effet, ils s'inscrivent en première ligne dans le parcours de soin puisqu'ils dispensent aux patients leurs traitements tous les mois.

Certains patients ne voient leurs médecins traitants que tous les 3 mois et leurs spécialistes qu'une fois par an. Il est donc nécessaire que les pharmaciens interagissent avec les patients. En effet, il est plus aisé de confier à son pharmacien qu'à son médecin que certains médicaments ne conviennent pas, que des écarts sont faits dans le traitement ou encore que certains médicaments ne sont plus pris. Il est primordial de rappeler au patient le principe de son traitement, les bonnes pratiques d'utilisations et, surtout, les mésusages possibles.

C'est pour cela que depuis janvier 2018 les pharmaciens peuvent effectuer des bilans partagés de médication (28). Il s'agit de réaliser plusieurs entretiens avec les patients dans le but de réduire le risque d'effets indésirables dus aux médicaments, de répondre aux questions que peuvent se poser les patients par rapport à leur traitement et donc d'améliorer l'observance thérapeutique. Le bilan se déroule en plusieurs parties : la première année, les patients éligibles (de plus de 65 ans avec une ALD et au moins 5 traitements au long cours depuis plus de 6 mois ou des patients de plus de 75 ans avec au moins 5 traitements au long cours de plus de 6 mois) vont avoir un entretien de recueil d'informations (traitements, bilans sanguins, coordonnées du médecin traitant,) avec le pharmacien qui va ensuite réaliser l'analyse des traitements avant de retrouver le patient pour l'entretien "conseil", où il va lui présenter son analyse. Un suivi de l'observance sera réalisé dans les 6 mois suivants l'entretien conseil.

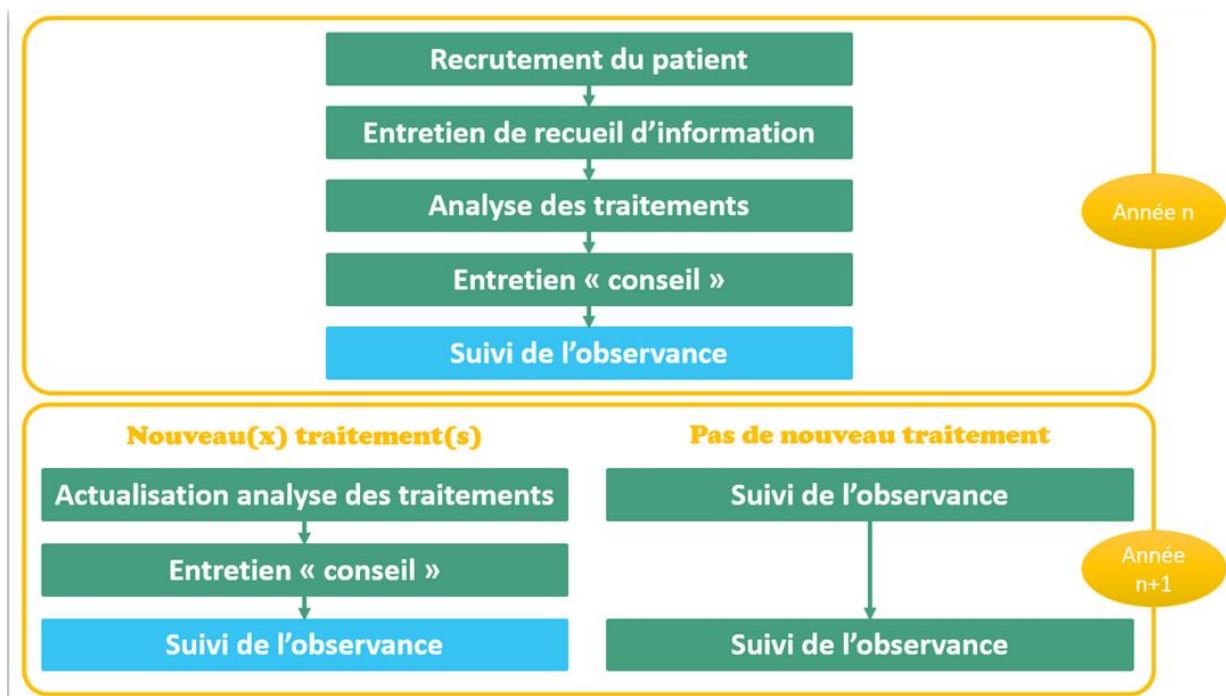


Figure 8 Déroulement d'un bilan de médication partagé

Les résultats du bilan de médication peuvent être partagés avec le médecin traitant du patient de façon à adapter le traitement pour optimiser l'observance et le bon usage du médicament. Ainsi, par exemple, un comprimé trop gros peut être remplacé par un médicament dispersible.

Le dialogue entre les pharmaciens et les médecins est primordial. En effet, lorsque le pharmacien détecte un patient fragile, il doit pouvoir orienter ce dernier vers son médecin et

lui proposer des solutions pour l'accompagner dans sa perte d'autonomie. Un patient ne venant plus à la pharmacie car il ne peut plus se déplacer seul doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire afin de préserver l'autonomie qu'il lui reste et donc son maintien à domicile.

C'est pour cela que la communication avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes est aussi importante. En effet, un patient ayant des problèmes de vue l'empêchant de prendre correctement ses médicaments peut se voir proposer le passage d'un infirmier à domicile pour la réalisation d'un pilulier. De même, un patient présentant un trouble de la marche peut être orienté vers un kinésithérapeute pour préserver, voire même récupérer tout ou une partie de ses capacités motrices.

Le pharmacien joue un rôle de pivot dans le parcours de soin du patient. Il ne fait pas que réaliser la dispensation des médicaments, il peut aussi assurer l'installation de matériel médical au domicile du patient comme par exemple: un lit médicalisé, un déambulateur, une barre de douche, un rehausse WC ou encore une chaise percée pour éviter tout risque de chute.

B) Le rôle des médecins

Les patients âgés ont souvent un médecin traitant mais aussi de nombreux spécialistes comme par exemple un cardiologue ou un endocrinologue. Là encore la communication, pourtant au sein d'une même profession, n'est pas toujours optimale puisque de nombreux patients ne parlent pas de leur rendez-vous chez les spécialistes à leurs médecins traitants. Les courriers des professionnels ne sont pas toujours transmis à leurs confrères, tout comme les ordonnances et les bilans biologiques.

En novembre 2018, l'ouverture du dossier médical partagé, ou DMP, est accessible à tous (12). Il s'agit d'un carnet de santé virtuel regroupant les données de santé du patient comme

l'historique des traitements sur 24 mois, les résultats d'examen, les antécédents médicaux, les compte-rendu d'hospitalisation ou encore les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgences. Il peut être consulté par les professionnels de santé sur présentation de leurs cartes de professionnels et par les patients par connexion sur le site du DMP. Les patients peuvent choisir de masquer certaines informations concernant leurs parcours de soin. Ils peuvent aussi choisir les professionnels de santé ayant accès à ses informations. Ils ne peuvent néanmoins pas les masquer à leur médecin traitant puisqu'il est leur principal coordinateur de soins. Le médecin traitant peut compléter, à sa demande, le DMP du patient, il peut aussi ajouter un volet de synthèse médicale qui permet à ses confrères de prendre connaissance de l'historique médical du patient lors d'une première rencontre voire même en cas d'urgences.

Les médecins, en particulier les médecins traitants, jouent aussi un rôle important dans les démarches de prises en charge sociales. En effet, la majorité des personnes âgées ne sait pas qu'elle peut bénéficier d'aides sociales. Le médecin traitant accompagne ces personnes dans leurs démarches en remplissant des dossiers d'aides, en les rassurant et en les accompagnant jusqu'à l'aboutissement de leurs demandes.

C) Le rôle des infirmiers et aides-soignants

Dans certains cas, les personnes âgées ne sont plus capables d'effectuer seules des tâches du quotidien comme par exemple préparer ses médicaments, se faire à manger ou encore faire sa toilette. C'est à ce moment que le passage quotidien d'infirmiers, d'aides-soignants ou d'aides à domiciles devient nécessaire.

Les infirmiers vont confectionner les piluliers à la journée ou à la semaine, en fonction du degré de dépendance des patients, vont réaliser les injections nécessaires, effectuer les prises de sang et les pansements directement au domicile du patient. De cette façon, ils évaluent de façon régulière l'autonomie et l'indépendance des patients.

Les aides-soignants et les aides à domicile ont un rôle plus social que médical qui n'est toutefois pas négligeable. En effet, ils sont là pour aider les personnes âgées à réaliser des tâches, à priori, simples du quotidien mais qui deviennent compliquées en vieillissant. Ils vont aider les patients à faire leur toilette, à s'habiller, à manger et même à entretenir leurs maisons. Il existe des organismes qui gèrent tout ceci : c'est le cas du SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile) qui contribue au maintien à domicile des personnes âgées. L'intervention du SSIAD est prise en charge en intégralité par l'assurance maladie sur prescription médicale. Ce passage permet de prévenir la perte d'autonomie des patients, d'éviter les accidents domestiques, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et donc de retarder au maximum l'entrée des patients en EHPAD. Le passage des infirmiers et aides-soignants permet aussi de soulager les aidants des patients.

D) Le rôle des masseurs-kinésithérapeutes

Le passage régulier de kinésithérapeutes permet de maintenir l'autonomie des personnes âgées voire même de récupérer une motricité perdue.

En effet, grâce à des exercices adaptés à la condition physique des patients, il est possible de travailler la marche, la coordination des mouvements, les transferts assis/debout et même l'équilibre qui est la clé du maintien à domicile puisque une personne qui n'a plus d'équilibre est à risque de chute, donc d'accident et d'hospitalisation.

Les kinésithérapeutes peuvent prescrire le matériel médical dont ils ont besoin pour les exercices comme des déambulateurs, des rollators 4 roues et des fauteuils roulants.

E) Le rôle des assistants sociaux

Lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, les personnes âgées peuvent bénéficier de rendez-vous avec des assistants sociaux afin de les orienter et de les aider à effectuer des demandes d'aides. Ils jouent un rôle important dans la prise en charge des patients en leur évitant le stress des recherches et des dossiers. Il est possible de contacter un assistant social

grâce à plusieurs organismes comme les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, les services sociaux du CCAS des villes qui en disposent, les services sociaux départementaux, les services sociaux des hôpitaux, les services d'actions sociales des caisses de retraites et les services sociaux de l'assurance maladie.

Ces différentes organisations ont pour but de soulager le patient dans ses démarches administratives et de lui apporter l'aide qui lui sera la plus bénéfique. Les services du CCAS vont pouvoir faire les demandes d'aides ménagères ou d'ASH (aide social à l'hébergement). Ils vont aussi transmettre les dossiers aux organismes compétents comme, par exemple, le conseil départemental en cas de demande d'ASH.

Dans les services sociaux départementaux, il y a différentes structures comme les unités d'action sociale qui sont polyvalentes et accompagnent les personnes pour leur faire connaître leurs droits sur l'accès aux soins, au logement, sur le surendettement et qui vont les orienter vers des services plus spécialisés si besoin.

Il y a aussi l'assistant social de l'équipe médico-social de l'APA du conseil départemental qui va, avec les autres membres de l'équipe, évaluer la perte d'autonomie de la personne, ses besoins et sa situation.

Il existe aussi l'assistant social de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) qui informe les personnes en situation de handicap sur leurs droits et demande des aides comme la PCH.

Après une hospitalisation de courte ou longue durée, les personnes âgées et leurs aidants se retrouvent souvent perdus dans les démarches administratives à engager pour pouvoir avoir un retour à domicile serein. C'est pour cela que les hôpitaux ont un service social qui va aider les personnes dans leur démarche d'accès aux soins et organiser la sortie d'hospitalisation de la personne dans de bonnes conditions en assurant le suivi des soins. Ce service travaille en collaboration avec les services de villes et les organismes d'aides à la personne. De cette

façon il peut organiser un placement en hébergement temporaire, initier une demande d'aide financière comme l'APA ou même organiser les portages de repas.

Les caisses de retraites ont un service social qui permet de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Pour ce faire, elles proposent un accompagnement social, des aides financières, des aides matérielles comme des barres d'appui, des marches antidérapantes, une téléassistance ou encore la prise en charge du passage d'une aide à domicile.

Le service social de l'assurance maladie peut, lui aussi, apporter une aide financière pour les soins, faire valoir les droits des patients, aider à l'obtention d'une complémentaire santé et donner des informations sur les différentes aides permettant le retour à la maison d'une personne âgée hospitalisée.

F) Le HAD

Lorsque les conditions physiques ou psychologiques des patients ne permettent pas un maintien à domicile optimal car ils ont besoin de continuité de soins et d'une équipe de coordination multidisciplinaire avec infirmiers, éducateurs, assistante sociale, psychologue diététicien ou encore médecin, la mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) peut être mise en place. Le HAD est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle tous les soins médicaux sont effectués au domicile du patient. Le HAD ne peut être mis en place que par un médecin (hospitalier ou le médecin traitant). Néanmoins, l'accord du médecin traitant est nécessaire car il prend, pendant tout le parcours de soin en HAD, la responsabilité des soins, avec éventuellement ses confrères spécialistes.

Les soins réalisés par les organismes de HAD représentent pour 25% les soins palliatifs et pour 20% des pansements complexes.

Le séjour en HAD est en principe à durée déterminée, mais cette durée est révisable selon la nature des soins requis et l'évolution de l'état de santé de la personne. Certains séjours peuvent donc être très courts et d'autres très longs.

Conclusion

La population française est vieillissante. La lutte contre la perte d'autonomie et la dépendance est donc une priorité pour que les patients puissent rester indépendants et en bonne santé le plus longtemps possible.

Une personne âgée n'a plus les mêmes capacités physiques que lorsqu'elle était jeune. L'environnement doit donc être rénové pour être en adéquation avec les nouvelles capacités motrices de l'individu. Pour se faire, de nombreuses aides sont mises à disposition des seniors comme des aides financières pour aider les personnes dans la rénovation de leur habitation, mais aussi des aides sociales qui ont pour but de lutter contre l'exclusion des personnes âgées. La rénovation de l'habitation est un point essentiel du maintien à domicile des seniors puisqu'elle va permettre de sécuriser l'espace de vie des personnes âgées afin d'éviter les accidents de la vie courante qui peuvent avoir des conséquences dramatiques pour des personnes fragilisées.

L'émergence de nouvelles technologies est une aide précieuse au maintien à domicile des personnes âgées. La maison connectée offre une sécurité supplémentaire pour les seniors ainsi que pour leurs proches.

Les professionnels de santé jouent un rôle clé dans le bien vieillir des patients, notamment les pharmaciens. En effet, nous sommes les acteurs de la santé que les gens consultent le plus : il est donc important que nous sachions détecter une personne fragile afin de l'orienter vers les services qui pourront prévenir, voire même corriger cette fragilité.

Bibliographie

1. Institut national d'études démographiques, (page consultée le 28/05/21), Population par sexe et âge au premier janvier 2021 [en ligne], <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/population-sexe-ages/>
2. INSEE, (page consultée le 28/05/21), Projection de la population pour la France métropolitaine [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2530035?sommaire=2530059#documentation-sommaire>
3. Ministère de l'économie, des finances et de la relance, (page consultée le 15/12/20), Enquête permanente sur les accidents de la vie courante [en ligne], <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Securite/Accident-de-la-vie-courante/Quelques-chiffres>
4. INSEE, (page consultée le 28/05/21), Recensement dans l'Aisne au 1 janvier 2018 [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-02#chiffre-cle-1>
5. INSEE, (page consultée le 28/05/21), Projection de la population dans l'Aisne en 2050, [en ligne], <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3571472>
6. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009; 64: 675-81
7. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: 146-56
8. Dauphine université de Paris, (page consultée le 11/11/20), SHARE enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, [en ligne] <https://share.dauphine.fr/>
9. Ministère des solidarités et de la santé, (page consultée le 05/01/21), Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, [en ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/accompagnement-des-personnes-agees/article/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
10. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, (page consultée le 05/02/21), Fonctionnement de la grille AGGIR, [en ligne], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>
11. Service-public.fr, (page consultée le 16/04/21), Médecin traitant et parcours de soins, [en ligne], <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

12. L'assurance maladie, (page consultée le 01/05/21), Tout savoir sur le dossier médical partagé, [en ligne], <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>
13. Photo lit médicalisé <https://www.vitadomia.com/-/grand-public/catalogue-GP/domaine-18/article-1579>
14. Photo fauteuil garde-robe <https://www.vitadomia.com/-/grand-public/catalogue-GP/domaine-39/article-117>
15. Photo baignoire à porte https://www.banio.fr/baignoires-acrylique-a-porte/11-21-baignoire-a-porte-baselica-pour-personne-a-mobilite-reduite-pmr.html?gclid=EAIaIQobChMIuZnu3siC8QIVGIfVCh2BnQ6XEAQYByABEgJgovD_BwE#/coins-droite
16. Photo receveur avec pompe de relevage <https://www.maisonapart.com/edito/amenager-son-interieur/salle-de-bains/amenager-une-salle-de-bains-pour-une-personne-agee-9485.php>
17. Photo lavabo réglable en hauteur <https://www.ergotechnik.com/solution/eleveur-de-lavabo-pmr-electrique-baseline-415/>
18. Photo cuisine adaptée aux seniors <http://www.planete-ergo.fr/amenagement-personne-handicapee-pmr-senior/cuisine-therapeutique-ergonomique/>
19. Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, (page consultée le 27/10/20), L'APA, [en ligne], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
20. Service-public.fr, (page consultée le 27/10/20), Allocation personnalisée d'autonomie, [en ligne], <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
21. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, (page consultée le 27/10/20), La PCH, [en ligne], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/la-pch-prestation-de-compensation-du-handicap>
22. Service-public.fr, (page consultée le 27/10/20), Prestation de compensation du handicap, [en ligne], <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
23. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, (page consultée le 27/10/20), Le centre communal d'action sociale (CCAS)/ la Mairie, [en ligne], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-centre-communal-daction-sociale-ccas-la-mairie>
24. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, (page consultée le 27/10/20), Quelles sont les aides des caisses de retraite ?, [en ligne], <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>

25. Abbot, (page consultée le 09/03/21), Freestyle libre link up, [en ligne], <https://www.freestylelibre.fr/libre/produits/application-mobile-librelinkup.html>
26. Planète domotique, (page consultée le 09/03/21), Top 10 : avantages et raisons de passer au protocole Zigbee, [en ligne], <https://www.planete-domotique.com/blog/2019/11/20/top-10-zigbee/>
27. Ministère des solidarités et de la santé, (page consultée le 16/01/21), Les maisons de santé, [en ligne], <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
28. Pharmacie-clinique.fr, (page consultée le 16/01/21), Qu'est-ce que le bilan partagé de médication ?, [en ligne], <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>

LEGRAIN Coraline

L'OPTIMISATION DE L'ENVIRONNEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Verne

2021

Mots clés : optimisation de l'environnement, fragilité, bien vieillir, aides financières, rôle des professionnels de santé

RESUMÉ

En France, il fait bon vivre ! Pays aux paysages et à la gastronomie riches et variés, il est l'un des plus appréciés d'Europe. Pourtant, sa population est vieillissante et les habitations des français ne sont pas toujours adaptées aux nouvelles conditions physiques de leurs habitants ce qui peut entraîner des chutes avec de graves complications. Ce travail répertorie les différentes aides proposées aux personnes âgées afin de leur permettre de vivre à leurs domiciles le plus longtemps possible et dans des conditions optimales. Nous y aborderons les aides financières et sociales apportées par le gouvernement, les travaux de réhabilitation du domicile, l'intérêt des nouvelles technologies dans le maintien à domicile des patients et le rôle des différents professionnels de santé.

JURY

Président : - Docteur CHILLON Jean-Marc

Membres : - Docteur RHALIMI Mounir

- Docteur REGNIER Honorine