



HéviVA

Des liens. Des lieux. La vie!

Symposium

**LE FUTUR DES
INSTITUTIONS MEDICO-
PSYCHO-SOCIALES**

Lausanne, le 25 septembre 2019

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| Allocution introductive | 3 |
| LES REPRESENTATIONS DE LA VIEILLESSE À TRAVERS L'HISTOIRE | 4 |
| Atmosphère des EMS : une affaire d'hôteliers | 10 |
| Expérience des étudiants de l'EHL : une affaire d'hôteliers..... | 13 |
| La recherche action collaborative pour des innovations sociales ajustées | 14 |
| Gérontechnologies et innovations entre domicile et EMS : challenges ou opportunités ?..... | 16 |
| Place de l'innovation disruptive dans l'accompagnement des seniors | 18 |

Prologue

Ce document résume certaines des présentations tenues dans le cadre du symposium « Futur des institutions médico-psycho-sociales » organisée le 25 septembre 2019 par HéviVA.

Réalisé sur la base de notes personnelles, le contenu de ce document n'engage en aucun cas les personnes et institutions citées.

Les présentations originales de la journée peuvent être téléchargées sur le site de HéviVA (www.heviva.ch).

Impressum

Editeur : HéviVA, Renens

Auteur : Camille-Angelo Aglione (camille-angelo.aglione@heviva.ch)

Relecture : Sabah Latif (sabah.latif@heviva.ch)

Edition : Septembre 2019 (1^{ère} édition)

Distribution : Document publique

ALLOCUTION INTRODUCTIVE

Carol Gay, Vice-présidente de HéviVA

Grâce aux progrès scientifiques et technologiques, la population suisse peut espérer vivre plus longtemps et en bonne santé. Ces évolutions associées à une solide politique de maintien à domicile repoussent l'âge moyen d'entrée en EMS. La transformation qui s'opère peu à peu interroge le modèle actuel d'accompagnement des personnes âgées au sein de nombreux cantons. Pour leur part, les acteurs du système socio-sanitaire vaudois tentent collectivement d'identifier des pistes de solution. Adapter les prestations et les missions des institutions médico-psycho-sociales et tirer avantage de l'ensemble de leurs compétences est indispensable pour faire face aux défis liés au vieillissement de la population car les besoins en soins de santé augmentent et, parallèlement, les attentes évoluent tout autant.

Fort de ces constats, nous avons estimé nécessaire de prendre le temps d'une journée pour y réfléchir en organisant un symposium.

En janvier 2019, nous avons été séduits par ce titre et l'article paru dans le 24heures :

« La vieillesse est un formidable progrès, pas une catastrophe »

A l'heure où les conséquences du vieillissement de la population agitent tous les pans de la société, l'historien vaudois Dominique Dirlwanger propose un détour bienvenu par le passé. Nous nous sommes alors intéressés à son livre, « les couleurs de la vieillesse » et nous l'avons rencontré. Aujourd'hui nous vous proposons de l'entendre. Il nous apparaissait intéressant de faire se détourner et d'avoir un regard différent.

La suite du programme nous l'avons voulu pluri-professionnel, afin d'avoir une vision à multiple facette du futur des institutions.

Dès lors, nous vous souhaitons à tous la bienvenue pour cette journée de réflexion et vous remercions de votre présence.

LES REPRESENTATIONS DE LA VIEILLESSE À TRAVERS L'HISTOIRE

Dominique Dirlwanger, Historien

Je vais vous présenter rapidement les grands chapitres de mon livre « Les couleurs de la vieillesse ».

Je ne suis pas un historien des phénomènes sociaux. Mes premiers livres sont des publications historiques un peu austères. Au départ je m'intéressais à l'AVS. Avec l'introduction de la retraite, la vieillesse a changé de visage. Cet âge qui était traditionnellement associé à la pauvreté, la relégation au banc de la société, devenait un nouvel âge. C'est avec l'introduction de l'AVS que s'est ouvert un nouveau débat. En même temps que l'on introduisait ce système de retraite on a assisté à une formidable élévation de l'espérance de vie. C'est aussi une belle leçon sur les débats actuels sur l'AVS. Par rapport à la situation actuelle vous voyez le courage dont il a fallu faire preuve à l'époque, au sortir de deux guerres mondiales, pour introduire le système de retraite. En commençant l'histoire des retraités j'ai réalisé que la thématique était bien plus large que le seul système de financement de la retraite.

Cette transformation polymorphe de la vieillesse, je l'illustre par des couleurs. Mon corpus s'appuie sur deux niveaux de représentations : des représentations scientifiques (à l'instar des rapports de l'OMS), des ouvrages et des revues. C'est un premier niveau et j'ai ajouté les productions médiatiques, notamment avec les archives de la RTS et de l'ina.

Pour résumer de manière succincte les grandes conclusions de ma recherche : la vieillesse est structurée autour de trois pivots :

- 1) La vieillesse retraite des années 45 ;
- 2) La vieillesse troisième âge des années 60 ;
- 3) La vieillesse active dès 1975.¹

Les dix ans qui suivent la Seconde Guerre mondiale sont marqués par une euphorie concernant le vieillissement démographique. Ce qui est intéressant c'est que la domination de la vieillesse dans les médias sort pile au moment du baby-boom. D'où l'importance de remettre les éléments en perspective.

Si on prend l'outil Google Books et que l'on consulte le nombre d'occurrences dans les publications des termes *vieillesse* ; *troisième âge* et *quatrième âge* par exemple, on constate qu'en 1970 on passe d'une série d'années où on parlait de la vieillesse à une augmentation des termes troisième et quatrième âge. Le concept de centenaire décline dès les années soixante.

Dans l'après Deuxième Guerre mondiale le discours médical sur la vieillesse est porté par un champ professionnel : celui de la gériatrie et de la gérontologie. Ce pan de la médecine est considéré comme le pendant de la pédiatrie. La vieillesse est alors perçue comme le déclin et elle est colorée de **gris**.

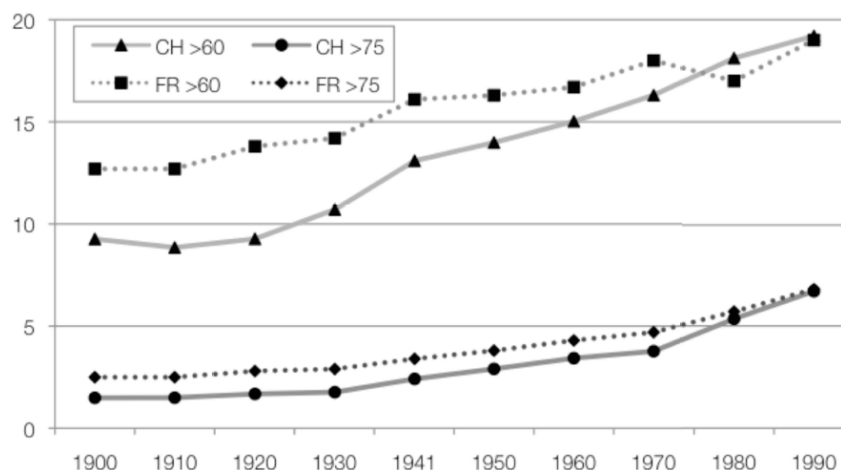
C'est en 1920 qu'Alexandre Lacassagne, criminologue, s'interroge sur les éléments qui fondent une vieillesse en bonne santé. Il rédige alors « la vieillesse **verte** », rapidement best-seller. Ce livre offre un regard neuf et positif sur la vieillesse.

Gris contre vert, nous avons donc deux regards et deux premières couleurs de la vieillesse. Il y a une autre couleur associée à la vieillesse c'est la couleur **mauve**. C'est une couleur que je dois à ma grand-mère. C'était une personne très portée sur l'étiquette et dès que ses cheveux sont devenus gris, elle a décidé de les teindre en mauve. C'est une couleur qui m'a marqué étant enfant et c'est une manière de rendre hommage à une personne qui n'était pas féministe mais avait cette touche d'excentricité.

¹ L'apparition du concept de vieillesse est à mettre en regard avec l'introduction au début des années 1900 des statistiques démographiques nationales.

La vieillesse féminine connaît ses aléas et d'ailleurs pendant de nombreuses années on ne parle des centenaires qu'au masculin alors que dans les faits, seules les femmes vivent aussi longtemps. La vieillesse mauve ce sont ces femmes qui vivent leur émancipation par le veuvage et découvrent ainsi une nouvelle partie de leur vie.

Les travaux de gérontologie et de gériatrie vont remettre du vert dans la palette de couleurs. Puis les politiques du troisième âge qui se penchent sur la vieillesse introduisent le **vert-de-gris**, c'est une vision avec un côté positif (on vit plus longtemps) et un côté négatif (la maladie et la perte d'autonomie).



Quelques éléments pour vous permettre de mesurer ces évolutions. Le premier graphique illustre les citoyens les plus âgés de Suisse et de France, ce sont les deux courbes en haut. Vous constatez que la France en 1920 vit un vieillissement plus important lié à la Guerre qu'elle vient de vivre. On voit que les débats qui ont lieu en France dans la décennie 30-40, repris en Suisse au sortir de la Seconde Guerre mondiale traduisent une situation similaire. Ce qui est intéressant c'est que cette différence d'âge disparaît par la suite.

L'avantage de travailler sur la seconde moitié du XIXe siècle c'est que nous avons de nombreuses sources audio-visuelles. Ces archives au contraire des documents écrits, sont vivantes, on a un sentiment d'immersion. Le premier extrait on le doit à Pro Senectute, il date de 1958 et il marque un changement dans la politique de l'association, puisqu'avec l'introduction de l'AVS, les activités philantropiques de l'association deviennent obsolètes. L'introduction d'un régime de retraite entraîne cependant la question de la manière d'occuper son quotidien lorsque l'activité professionnelle s'interrompt.

Dans ce film, il y a différentes séquences dont celle qui présente les logements pour vieillards. C'est une production qui met en lumière une réalité plutôt sombre de la vieillesse, celle de l'isolement et de la solitude. C'est aussi le sujet de l'essai « La vieillesse » de Simone de Beauvoir. C'est un ouvrage paru en 1970 qui n'a pourtant pas connu la même notoriété que « Le deuxième sexe ». Le récit de Simone de Beauvoir est teinté de gris. C'est une salve très négative sur la vieillesse, en particulier sur la vieillesse féminine. Elle fait une critique très sévère des politiques de la vieillesse.

Tout cela pour vous montrer la prégnance du gris. Mais il y a un autre discours. Le 9 septembre 1983 la télévision suisse diffuse le reportage « la vieillesse dorée ». C'est un reportage sur des retraités qui vivent dans une résidence du 3^e âge, au sud de l'Espagne. La retraite est alors perçue comme « les grandes vacances de la vie ».

Voilà la conclusion à laquelle je souhaitais arriver. L'histoire nous offre des perspectives et permet de percevoir les nuances des couleurs de la vieillesse. La vieillesse met en évidence cette frontière qui ne cesse de reculer et la réalité d'un âge qui ne cesse de se modifier à mesure que l'espérance de vie augmente et que la démographie se transforme.

« PARCOURS DE SANTÉ : DES ACTEURS MÉDICO-SOCIAUX COORDONNÉS »

Philippe Schaller, Médecin

Nos secteurs sont en crise. Malgré les moyens dont nous disposons, nous sentons les pressions de toutes parts et le besoin d'innover.

La question c'est « que disent nos aînés ? ». Nous avons beaucoup travaillé avec nos collègues de l'EMS Beauregard et nous nous sommes posés la question des trajectoires de vie. La personne âgée a ce besoin d'autonomie et cette préoccupation doit être le cap de notre orientation. Alors que les moyens financiers sont limités, il faut créer la possibilité pour les aînés de rester chez eux.

Pour pouvoir garder quelqu'un à domicile, il faut un certain nombre de forces. Celles de la personne âgée elle-même pour lui permettre de continuer à participer au réseau social et celles des proches et des citoyens. C'est sur ce second angle que nous avons travaillé.

Le parcours consiste en une prise en charge globale du patient dans son histoire au sein d'un quartier. On doit se poser la question : « Comment les professionnels que nous sommes, nous mettons-nous ensemble pour tisser une organisation qui vient en support à l'autonomie de la personne âgée pour lui permettre de rester à la maison ? ».

Que nous disent les politiques ? J'ai osé, vous ne lui direz pas, emprunter quelques slides à Madame Monod et nous constatons en effet que les statistiques entraînent à penser que le besoin de lits d'EMS et de lits hospitaliers va exploser au-delà des possibilités du système. La démarche de Mme Monod consiste ensuite à mener des réflexions de redéfinition du produit santé. En tant que médecins nous sommes axés sur la santé. Or vous le savez, garder une personne en santé, ce n'est pas que les soins. Garder une population en bonne santé c'est mettre en place des éléments organisationnels pour permettre à cette personne de rester en santé. Aujourd'hui vous le savez, beaucoup de politiques parlent de santé durable. On va aussi, sans exclure les nouvelles technologies, se reposer la question du sens des soins et du coût que l'on injecte dans le système de santé.

On sait que 30% de ce que l'on fait dans les hôpitaux est tout à fait inutile. Pas que ce soit volontaire mais nous n'avons simplement pas encore d'alternative. C'est l'enjeu du développement des soins primaires. Mais vous savez comme la fermeture d'un hôpital coûte au niveau politique à celle ou celui qui prend la décision.

Je pense qu'à un moment donné il faudra que la population ait le courage de prendre l'argent là où il est inutile. Les soins primaires c'est tout au long de la vie, c'est mettre en route ce système pour la communauté.

Quelles sont les nouvelles approches ? Où sont les possibilités de redonner du sens à votre action ? On voit que dans le cadre politique vaudois il y a toute une réflexion pour dire « innovez, changez ! ». Ce sont des mots, mais il faut qu'on vous donne les moyens. On doit se poser la question de cette innovation et chercher le sens notre utopie. On ne doit pas cesser, non pas de quémander mais de stimuler, de proposer.

Que nous dit CURAVIVA ? Je pense que l'association a fait un énorme travail ces dernières années et j'aimerais rappeler quelques-uns de ses messages. Dans son document « Modèle d'habitat et de soins 2030 » l'association dit que les institutions médico-sociales ne sont plus conçues comme des grands bâtiments mais comme des entreprises de services destinées à offrir de l'autonomie aux personnes dans l'environnement de leur choix.

L'environnement occupe une place déterminante, l'action est constamment placée sur le maintien à domicile. Le modèle accorde plus d'importance au contexte de vie de la personne âgée.

On voit que le secteur bouge beaucoup. Les EMS, à tout le moins leur faîtière nationale, s'est engagée pour des institutions qui apportent des soins et sortent des murs. Je pense que c'est important car c'est là qu'on va pouvoir innover.

Pour la suite, j'aimerais vous parler de ma maman. En juin 2004 maman avait 74 ans. Ma maman était toujours en bonne santé mais a eu un petit problème et souhaitais voir son médecin-traitant. Evidemment il n'était pas disponible et maman s'est donc rendue aux urgences. Elle a dû y passer la nuit, avant d'être transférée dans un service dans lequel elle est restée deux jours. Evidemment on lui a demandé à de multiples reprises de raconter les mêmes histoires, avant de la confier à une grande suite de spécialistes.

Cette histoire m'a particulièrement touché car ce que je connaissais théoriquement devenait désormais une réalité vécue. Je me suis donc engagé pour inventer autre chose et c'est ainsi que je me suis intéressé aux maisons de santé que l'on connaissait déjà aux Etats-Unis et en France notamment. Nous avons donc pu créer en juin 2004 un projet pour enfin ouvrir en 2012 Cité générations.

Quand on regarde la littérature qui nous entoure aujourd'hui on voit que tous les systèmes de santé s'occupent de ce parcours de santé. Nos institutions aujourd'hui sont organisées pour programmer des soins au moment où cela les arrange, mais le but serait que ce soit les gens qui décident quand ils déclenchent le projet de soins.

En 2017 différents événements ont fait que j'ai réalisé le potentiel de l'EMS dans la réponse communautaire. Mon épouse étant directrice d'un petit EMS Alzheimer, nous nous sommes associés pour développer une prestation qui soit une conjugaison de nos approches respectives, de la maison de santé et de l'EMS : le portage de repas.

Les outils nous les avons développés et Denise, ma maman, a désormais vingt ans de plus. Son parcours se complexifie mais en mettant en œuvre notre organisation, nous lui permettons d'éviter un séjour hospitalier. Pour pouvoir mettre cette chaîne en route il faut évidemment un magicien/une magicienne, c'est le coordinateur. C'est une personne qui a la connaissance du quartier et du réseau, qui a la capacité de trouver rapidement les ressources et de les mobiliser. On a besoin d'avoir des professionnels qui réagissent et se parlent pour répondre dans l'immédiat.

En allant plus loin on m'a demandé de travailler sur un quartier qui va accueillir plus de 10'000 habitants et je leur ai proposé un projet de pôle santé-social. Mon idée c'était de mettre au centre du quartier, du dispositif, cet EMS, ce pôle de prestations.

Je pense que comme le disait Mme Monod, le vieillissement n'est pas un désastre c'est une belle opportunité. Pour ma part, je ne me vois pas partir à la retraite. Je ne me vois pas devenir un « gentil grand-papa ». Nous sommes vivants et nous devons aller chercher cette vivance dans les quartiers. Le rôle du quartier solidaire c'est exactement celui-ci.

Quelle réponse des institutions ? L'institution a toutes les cartes en main pour offrir les meilleures prestations locales pour le maintien à domicile. Sans compter l'importance des infirmiers et leur valorisation dans le fonctionnement du réseau de santé. L'EMS est proche des gens, au sein d'un quartier, c'est là où les personnes âgées se sentent chez elles. L'organisation locale est également plus efficace et la coordination des services plus efficace. En étant proche des gens, les actions de planification des soins, de prévention et d'information ont également plus de chances d'aboutir.

Nous devons donc être convaincus que les institutions peuvent être une réponse et que les défis du vieillissement sont une opportunité.

NOUVEAUX PROFILS DES ÉQUIPES : "LA MUTUALISATION DES FORCES, UN PARI GAGNANT"

François Matt, Directeur Le Home, Les Pins

Jean-Luc Tuma, Directeur UniQue Care Santé et Soins à domicile

Jean-Luc Tuma : Notre histoire a commencé par une sensibilité à l'innovation. En ce qui me concerne, j'ai choisi un jour de rejoindre une organisation de soins à domicile (OSAD) qui avait envie de sortir d'une certaine routine, d'une certaine façon de penser. A partir de ce moment-là puisqu'on a la possibilité d'innover il faut trouver un sujet et dans notre métier, le sujet ce sont nos patients. Ces derniers ne sont pas malades uniquement entre 8h à 20h, alors nous les avons interrogés sur leurs besoins au-delà de 20h. Nous avons alors découvert qu'il y avait des couche-tôt et de couche-tard. Nous nous sommes aperçus que si pendant la journée le réseau était très dense, la nuit c'était plus complexe. Nous avons donc décidé de créer une équipe de soins la nuit.

Entre temps j'avais rencontré une personne qui m'avait sensibilisé aux équipes mobiles et nous avons implémenté une nouvelle technologie qui a changé notre façon de prendre en charge les patients qui nous confient leur capital santé et leur confiance.

Et puis un jour je rencontre François Matt et ce dernier me propose d'étudier nos prestations dans le cadre d'une intervention en EMS. J'ai pris le temps de réfléchir et je lui ai présenté un projet dont il va vous parler.

François Matt : Dans un EMS on se rend compte qu'à partir d'un moment les soins deviennent complexes. A l'époque on « *outsourçait* » en envoyant à l'hôpital. Cette stratégie n'est plus en vogue, heureusement et à l'époque déjà nous avons envisagé d'engager à des moments précis et ponctuels une infirmière spécialisée. Nous avons aussi collaboré à l'époque avec une entreprise qui offre des services, pour tenir la main à un résident entre 20h et 21h. Nous avons donc déjà fait quelques tests.

Ce qui a fait que c'était mûr c'était de réaliser que nous avons de plus en plus de difficultés avec les piquets de nuit. Il s'agit donc d'une personne qui doit être disponible et qui puisse intervenir. Soit un service à CHF 1'300 par mois. Ce que j'ai constaté c'est que certains mois, cette somme était intégralement payée alors qu'aucune prestation n'était consommée. En fait l'équipe de nuit, est une équipe très stable, et ils évitent de faire venir l'infirmière de piquet. Au final, ce sont dix passages par années, que vous payez 12 fois CHF 1'300.-.

À la recherche de solutions, j'ai proposé que le piquet soit partagé entre les deux institutions. Les infirmières se sont révoltées argumentant qu'elles ne connaissaient pas les résidents lors de leur intervention.

Jean-Luc Tuma : En effet, l'équipe en place connaît très bien la situation du patient sur son lieu de vie. C'est quelque chose qui est très rassurant pour nos équipes d'intervention. De notre côté, nous nous sommes formés pour intervenir sur le moment précis où une personne est en crise.

La journée le patient est très souvent très bien pris en charge mais la maladie intervient souvent de manière problématique pendant la soirée, moment où le personnel auxiliaire est compétent mais a besoin d'un soutien pour les accompagner. L'équipe UniQue Care passe chaque semaine dans les sites et échange avec les équipes. On s'aperçoit avec six mois d'expérience qu'il y a un renforcement de compétences. L'autre aspect, c'est que nos équipes ne vont pas venir chaque fois qu'un collaborateur de l'EMS nous appelle. L'originalité, c'est un outil qui se trouve sur le smartphone et qui permet de rapprocher le patient et le professionnel.

Comment ça se passe ? On a un collaborateur d'un EMS qui nous appelle et indique que le patient a un problème. On peut utiliser l'application pour une conversation téléphonique mais aussi pour réaliser une visio-conférence. Cela nous permet de nous faire une idée plus précise de la situation et déterminer s'il y a nécessité à intervenir sur site.

François Matt : Du point de vue du directeur c'est une opération intéressante pour les soins, avec le seul bémol du point de vue de certains soignants : la réduction de revenus de certains soignants liée à la suppression des piquets.

ATMOSPHÈRE DES EMS : UNE AFFAIRE D'HÔTELIERS

André Mack, Ecole Hôtelière de Lausanne

L'Ecole hôtelière de Lausanne est active notamment dans l'enseignement mais aussi dans le consulting et c'est justement le cœur de mon activité. Nous intervenons de plus en plus dans le monde de la santé et, de plus en plus également, dans le monde de la Silver Economy. C'est quelque chose qui nous attire et pour lequel nous avons des choses intéressantes à dire.

Bon, je vais vous parler de l'avenir. Le probable d'abord, le futur de l'année prochaine. Le possible ensuite. Evidemment tout est possible mais moi je vais vous parler d'un avenir qui est plausible. Plausible c'est basé sur des éléments plutôt macro-actuels, afin de déterminer dans quelle direction cette économie pourrait aller.

Certains me diront : c'est du grand n'importe quoi. D'autres se diront « pourquoi pas ». D'autres encore me diront « oui mais c'est déjà fait ». Ce sont les trois réactions classiques.

En fait, si on se base sur des éléments que l'on connaît on peut arriver à un avenir plausible. Pourquoi est-ce important ? C'est en fait la possibilité de se préparer à ces scénarios, différents. La réponse en général est assez simple : travailler sur les ressources humaines, devenir agile, etc.

OK, mais soyons plus spécifiques. Si je regarde l'industrie du logement. Je commence par les hôtels, c'est essentiellement du logement, avec presque pas de soins. Ensuite il y a les logements avec services, ensuite il y a l'autre, c'est le vent d'air frais qui a fait pour nous et vous, beaucoup de bien : Air BNB. Nous hôteliers on n'arrêtais pas d'en parler et aujourd'hui on s'y est fait, on l'a intégré. L'opérateur hôtelier qui a le plus de stock à-travers le monde c'est Air BNB, ce sont 2 millions de chambres. Marriott, qui est le plus grand opérateur hôtelier mondial c'est 1 million. Air BNB continue de grandir tandis que Marriott doit trouver des investisseurs. Ensuite nous avons les soins. La tendance c'est que les soins viennent à la maison. Ensuite, l'extrême, c'est l'EMS, qui vient de plus en plus tard. Là, on a un service hôtelier qui a une certaine importance, mais c'est une fonction hôtelière, pas un esprit, j'y reviendrai.

Nous recevons de plus en plus de demande de l'industrie des soins, dans laquelle j'inclus également le vieillissement, qui nous demande de développer des modèles d'affaire permettant d'améliorer l'accueil. Cela implique pour certains des investissements hôteliers. De l'autre côté, nous avons des hôteliers qui tentent de diversifier les propositions pour élargir leur clientèle et ils sont en train de s'intéresser aux soins.

Si on regarde l'accueil, que se passe-t-il dans cette industrie ? Nous sommes en train d'identifier des catégories de générations auxquelles nous allons proposer des prestations. Parlons des chaînes hôtelières qui développent par exemple pour le groupe Accord, la prestation Joe&Joe. Dans ce service vous allez peut-être recevoir une chambre, au pire vous aurez un hamac, mais dans tous les cas vous serez ensemble avec une série de prestations numériques. Bref, on divise les générations pour attirer un potentiel de clientèle de plus en plus pointu. Le client lorsqu'il arrivera dans cet endroit trouvera une prestation qui lui ressemble et pour laquelle il sera fier de dépenser de l'argent.

D'autres tendances se développent à l'instar de l'accueil hyperconnecté ou les hôteliers qui misent sur l'effet de surprise permanent, avec des packages « black box » où vous ne savez pas ce qui vous attendra.

Prenons maintenant la maison comme modèle d'affaire. On va y inviter des gens que l'on ne connaît pas et les faire dormir chez nous. Couchsurfing par exemple. Je pensais qu'à Lausanne, pays riche, personne n'accepterait de prêter gratuitement son canapé. Et bien à ce jour il y a 7'000 places disponibles à Lausanne.

On pourrait s'imaginer que la vieillesse devienne un des segments de l'industrie hôtelière. Qu'elle soit considérée comme un modèle d'affaire. Ce n'est pas tout à fait le cas pour l'instant.

Les hôteliers ont la possibilité de segmenter leur clientèle de manière très précise, grâce au support de la technologie. Cette personne ne viendra dès lors chez nous, non pas parce que nous allons la chercher, mais parce qu'elle est venue chercher un service que nous avons développé pour elle, une prestation presque sur-mesure.

Si nous regardons l'industrie de la santé, on voit que tout est transféré vers l'ambulatoire. Cependant, on a toujours un patient qui a envie aussi d'être bien accueilli. On est donc en train de mettre en place des nouvelles offres. On est par exemple en train d'aider une grande chaîne d'hôpitaux en France à améliorer leur expérience hôtelière. C'est une tendance qui devient fondamentale en Europe. Le temps où l'on recevait à l'hôpital un repas que pour se nourrir est terminé.

Que se passe-t-il pour les personnes qui ont aujourd'hui 40-50 ans ? Elles vont s'habituer à recevoir un service de qualité. Alors dans une vingtaine d'années, elles ne seront peut-être pas satisfaites de la qualité actuelle d'accueil dans les EMS. Le standard hôtelier actuel deviendra le minimum des EMS de demain.

Il est possible dans un avenir proche, disons dix ans, que le code hôtelier devienne la référence. Les deux industries sont en train de se renifler, peut-être qu'à un moment une industrie voudra prendre le pas sur l'autre.

Si l'on part du principe que c'est l'hôtellerie qui va éclipser la santé. Si on prend les codes hôteliers, qu'est-ce qui nous fait nous lever le matin ? C'est une logique de public cible. On va représenter les intérêts de cet investisseur pour aller dans le sens du public cible déterminé. Nous sommes fortement imprégnés par des systèmes de classification. Nous dépendons des benchmarkings internationaux. Ce qui permet de donner de la confiance au public. Vous allez dans les grandes villes asiatiques, les hôteliers se parlent entre eux, parce qu'ils considèrent qu'ils travaillent pour une destination, pas seulement pour un hôtel ou l'autre.

Ensuite on va parler de marketing hyperactif. Les hôteliers dépensent entre 10 et 20% dans la communication. On peut se demander si c'est pareil dans le domaine de la santé. Nous avons une logique de chaîne hôtelière. Les services centralisés vont mener notamment la recherche et développement.

On peut dès lors se dire que la vieillesse pour notre industrie pourrait être considérée comme un produit, une opportunité, commercialisable, avec un langage positif, raconter des histoires, développer des histoires autour de la vieillesse. Je n'en n'ai pas beaucoup de ces histoires positives de la vieillesse qui me sont racontées. Si on regarde nos marketeurs dans l'industrie hôtelière, le nombre de mots qu'ils arrivent à mettre pour décrire une chaîne qui ressemble quand même vachement à celle du voisin, c'est impressionnant.

Nous savons tout sur nos clients, leurs préférences, leurs consommations, leurs avis, etc. J'étais à Cancun, un staff m'a demandé ce que je faisais là, ce que j'apprécie dans l'hôtel, etc. A la fin il est allé devant son ordinateur et il a entré tous les éléments que je lui avais donné qui étaient importants pour lui.

Bref, lorsque nous gérons nos hôtels nous sommes là pour nos clients. Nous défendons deux clients : nos investisseurs et nos clients de tous les jours.

Je dirai qu'il y a trois opportunités pour décrire la suite de notre business :

- Développement de belles histoires
- Développement de nouveaux modèles d'affaire
- Passer de fin de vie à une expérience de fin de vie

Nous allons avoir des hôtels pour seniors, nous allons avoir des appartements avec services pour les seniors et nous aurons des Senior Air BNB. Evidemment les résidences privées continueront d'exister (le chez-soi à soi), mais on va y offrir de plus en plus de services, de plus en plus pointus notamment

dans les soins à domicile. Les appartements protégés disparaîtront et les EMS deviendront des RPS Resort Senior People.

Surtout n'oubliez pas que si vous me dites : « dans quel produit tu préfères investir, un produit dans lequel tu dois quotidiennement chercher de nouveaux clients ou est-ce que tu préfères investir dans un établissement où les gens résideront entre 2 et 20 ans », en tant qu'hôtelier ma préférence et mon appétit va évidemment se tourner sur la seconde option.

EXPÉRIENCE DES ÉTUDIANTS DE L'EHL : UNE AFFAIRE D'HÔTELIERS

Jamil Hebali, Ecole hôtelière de Lausanne

Avant de vous parler du produit que l'on vend, j'aimerais vous challenger en vous posant quelques questions. Peu importe le domaine dont on parle, on reste dans des organisations. Ces organisations il faut les gérer, que faut-il pour les gérer ?

Performance, Humain, Vision, Efficience, ... tout cela converge vers **la décision** !

Un bon management c'est prendre des bonnes décisions. Le problème c'est qu'il ne faut pas prendre des décisions pour demain, mais anticiper le futur et prendre aujourd'hui les décisions pour préparer le futur. Notre produit c'est donc d'aider les entreprises à prendre les décisions et se développer.

En quelques mots ce produit c'est un mixe entre les étudiants de fin d'année et les professeurs de l'EHL. Le programme dure neuf semaines et regroupe six étudiants et deux professeurs qui accompagnent une entreprise.

Les clients paient un prix qui reste symbolique mais ce paiement entraîne une attente de résultat. Cette activité existe depuis l'an 2000 et elle a été déployée dans plus de 1'000 projets pour quelques 700 entreprises.

Quelques exemples proches de votre domaine :

- EHNV : Créer un outil de mesure et d'analyse de la satisfaction des patients des eHnv basé sur les attentes de la population vaudoise.
- CHUV : réflexion sur l'accueil.
- EMS Résidence Pierre de la Fée et Jura : Développer la synergie entre les deux établissements.
- EMS Bois-Gentil : réorganisation de la cafétéria.

Notre activité se passe sur neuf semaines avec un processus rigoureux, pour garantir à la fin une qualité au client. Parfois le client n'arrive pas exprimer le problème, nous sommes donc là pour essayer d'aider l'entreprise à définir les missions. La seconde phase, consiste à développer les solutions et se conclut par une première présentation interne. Cette présentation permet d'appliquer les réorientations et la sélection d'alternatives avant de développer plus en avant les alternatives et enfin de mettre en œuvre.

Nous faisons beaucoup de Concept Développement, beaucoup de marketing et de stratégie de vente, de l'expérience client, etc. Nos clients sont principalement des start-ups, mais aussi des PME et quelques grosses entreprises et ONG.

Les prix, je vous le disais sont symboliques. L'entrée est à CHF 10'000.-, mais il y a des rabais.

Je vais vous parler de l'entreprise Bois-Gentil. La mission c'était d'élaborer un nouveau concept de cafétéria-restaurant. Le client voulait développer le concept et augmenter la fréquentation du lieu.

LA RECHERCHE ACTION COLLABORATIVE POUR DES INNOVATIONS SOCIALES AJUSTÉES

Stéphane Rullac, Professeur en innovation sociale, EESP

J'aurais presque envie de laisser tomber ce que j'ai préparé et surfer sur ce qui vient d'être dit pour le comparer avec notre milieu. Je crois que la présentation précédente permet de se rendre compte du véritable souci marketing que nous avons. Je vais être grinçant mais lorsque vous avez montré Facebook, Uber et Air BNB, ces géants bien connus ne possèdent rien concrètement en effet mais elles sont connues et reconnues comme leaders dans leurs secteurs respectifs. A l'inverse j'ai l'impression que nous, nous possédons énormément mais nous ne sommes pas connus et en tout cas pas reconnus.

Nous sommes peut-être dans une logique de type fonctionnariat. Ce qui est très drôle c'est que je m'occupe d'un module qui s'appelle « développement de projets » et je fais exactement le même produit que Jamil Hebali, mais pour des entreprises sociales. Nous, nous mettons à disposition un étudiant pendant un an et c'est gratuit. La différence c'est que nous, personne ne sollicite nos services et nous devons aller nous-mêmes chercher et surtout convaincre les institutions de bien vouloir profiter de ce service.

Comme cela a été dit ce matin, l'étincelle de l'idée c'est facile, c'est la mise en œuvre qui est difficile. Les idées ça vient naturellement mais il nous manque des supports, de type méthodologies, ingénieries, pour aller de l'avant.

Mon idée est née en France, cela fait deux ans que je suis à Lausanne. Elle est née dans le travail social mais elle est en train d'être testée dans le domaine de la santé via une collègue de l'HESAV.

Je vais redescendre à un niveau épistémologique, ce mot que seul 5% de la population comprend et dont même moi je ne suis pas sûr du sens, mais bon...

Nous avons un souci, l'univers médico-social, nous sommes en train de nous battre pour être reconnus. On en est à revendiquer des outils qui nous permettraient de créer des nouveaux savoirs, des nouveaux concepts. Je vous mets au défi de trouver un concept *made in* savoir social. Moi je me situe dans une approche de disciplinarisation de nos méthodes.

Ce matin c'était presque incroyable, on a présenté le portage de plateaux repas en se demandant presque si nous étions hors-la-loi (et le pire c'est qu'en effet c'était le cas). Du coup, une fois qu'on s'est émancipé de toutes ces interdictions, on va proposer une méthodologie qui nous convienne.

L'innovation sociale, c'est répondre à un besoin non couvert, qui doit répondre aux personnes concernées. C'est à nous de nous prendre par la main et mener l'innovation. C'est pour ça que les doctorats dans le social et en sciences infirmières doivent se développer.

Nous avons un avantage : nous n'avons rien à vendre. Mais nous n'arrivons pas à valoriser notre plus-value. Si on mettait un modèle économique à la santé ou au social, on montrerait qu'on rapporte, mais bon...une fois encore cela ne se fait pas. Alors évidemment un client qui vend c'est facile, s'il vend plus il est content, s'il vend moins il n'est pas content.

Il s'agit donc de mettre la créativité au centre de nos pratiques. Développer des savoirs agissants et utiles. Développer des recherches au service des expérimentations professionnelles.

La recherche action à une triple action et une double dimension : nous œuvrons pour nos institutions mais aussi pour le bien commun. On ne défend pas uniquement notre bout de gras. On a une fonction au niveau de la société tout entière.

Et puis la notion d'empowerment. Il faut nous libérer, se faire plaisir, répondre aux besoins que l'on voit se développer sous nos yeux. Cela paraît utopique mais il y a des moyens pour y arriver.

Une recherche action telle que je l'expérimente, se joue avant tout au niveau de l'institution. C'est au début une décision de la direction. On part du principe que tous les membres qui participent sont des chercheurs. Ils ne sont pas des objets, ils sont des sujets.

C'est un fonctionnement qui autorise à rompre avec les logiques de l'institution. Les statuts on s'en fiche. Si un directeur est là ce n'est pour son statut mais pour son savoir.

Et puis l'autogestion, l'auto-formation. Il faut donc une autorisation qui vient du haut niveau. Il faut que l'institution autorise.

Comme c'est une logique de recherche l'objectif ce n'est pas uniquement de faire pour nous, mais aussi de partager avec les autres. L'EHL en parlait avec la collaboration entre les hôteliers d'une même destination. Il faut trouver des moyens pour y parvenir.

Une innovation dans nos champs cela doit donner un certain nombre de chose. A la fois ce sont des critères d'évaluation et des critères d'action. Cela commence par une gouvernance participative, il faut une hybridation des savoirs (ce n'est pas toujours bien vu dans le domaine du social). Un ancrage territorial qui dépasse l'institution. Il faut une forte valeur ajoutée, c'est la cohérence éthique et déontologique. La créativité c'est essentiel. Enfin la réduction du risque et du non-recours.

Ce dispositif est nécessaire mais il doit être plastique. Il repose finalement sur trois savoirs à mobiliser : le savoir disciplinaire, le savoir professionnel et le savoir d'expertise d'usage (qu'on a bien senti dans le senior lab). Et puis il faut un orientateur, c'est le rôle que j'assume dans les RAC.

Tout cela se met en scène dans des séminaires participatifs.

L'orientateur c'est le seul chercheur qui ne cherche pas mais qui coache. C'est l'inverse de ce que l'on fait d'habitude.

Prenons l'exemple de ma collègue de l'HESAV. Elle a reçu une grosse enveloppe dans le domaine de l'oncologie. Elle a mis en place un COPIL, qui a décidé de créer un concours d'innovation. Un jury, sélectionne les couples chercheurs-patients. Ceux qui sont sélectionnés participent à un séminaire et sont payés pour cela. Les fonds ont donc été versés à un projet dont on ne savait pas encore quelle forme il allait prendre et comment ils allaient être utilisés.

C'est une démarche exigeante, qui prend en moyenne quatre ans. Pour devenir orientateur il faut faire l'expérience soi-même. Il faut que la direction donne du temps, au minimum deux jours par mois, au professionnel. Et puis l'on doit s'engager à diffuser les résultats.

GÉRONTECHNOLOGIES ET INNOVATIONS ENTRE DOMICILE ET EMS : CHALLENGES OU OPPORTUNITÉS ?

Luigi Corrado, Président du GT Gérontechnologies, GERONTOLOGIE CH

Je ne suis pas un vendeur, je ne suis pas un technologue. Je suis un professionnel du domaine de la santé. Tous les produits que je vais vous montrer je ne suis pas là pour vous les vendre, mais pour vous montrer ce qui existe.

La gérontechnologie a été inventée en 1920. C'est une science de l'étude de la technologie et du vieillissement pour l'amélioration réelle de la vie des personnes âgées. Bien sûr la Silver Economy est complémentaire mais ce n'est pas la Silver Economy.

Evidemment on parle de gérontechnologie vous connaissez AAL, le programme européen de recherche et de soutien aux gérontechnologies. La Suisse a pris le train en retard mais a rapidement rattrapé le niveau.

Il y a d'autres programmes comme Horizon 2020, Interreg, etc. On voit que les défis qui sont les nôtres suscitent beaucoup d'intérêts chez nos amis les ingénieurs.

Quelques mots sur le vieillissement dans la société et les besoins les plus fréquemment exprimés :

- prévention et santé ;
- sécurité ;
- mobilité et accessibilité ;
- communication et renforcement du lien social.

Quelles réalisations concrètes en Suisse ? Vous connaissez tous la télalarme, le Sécutel. Bien sûr dans les EMS vous avez de nombreux autres produits, mais à domicile, la Suisse en matière de téléassistance se situe largement en retard par rapport aux autres pays européens. Un constat à nuancer cependant car on constate des différences significatives entre les cantons.

Quelques exemples de ce qui a été novateurs ces dernières années :

- Domsafety : système qui permet avec différents objets connectés dans l'appartement de relever les habitudes de vie de la personne.
- Physilog : particulièrement utilisé pour le sport d'élite. C'est un algorithme qui permet d'analyser la marche après une opération pour savoir si la personne peut retourner à domicile ou continuer à être soignée.
- Géolocalisateur Geboa
- Tablette pour seniors Amigo : cette tablette permet de rentrer en visioconférence avec ses proches, de noter des rendez-vous etc.

Dans l'habitat intelligent, on trouve les systèmes domotiques (à l'instar d'eeDomus ou Homelive de Orange, qui a disparu). On peut se demander comment un géant comme Orange en France a pu faire faillite avec un produit comme HomeLive. Une étude a démontré que la domotique est chère et puis on voit que les technologies de domotiques sont déployées à petite échelles et restent locales. Prenez par exemple la robotique avec des exemples comme la peluche phoque Paro, le robot Nao ou le chien Aibo. Différentes études se penche sur ces produits mais aucune n'est faite sur le long terme. Sur le court-terme, les études démontrent que les utilisateurs sont satisfaits mais les chercheurs concluent que ces technologies doivent être accompagnées. Ces outils viennent en support des soins ou de l'animation. Le robot Paro peut permettre par exemple de rétablir le contact, avec des personnes atteintes de démence par exemple. Ce ne sont donc pas des solutions miracles mais des outils supplémentaires pour les soignants.

Continuons la liste des dispositifs. Vous connaissez peut-être Pillo, le module qui distribue les médicaments et alerte s'ils n'ont pas été consommés. Le robot peut par ailleurs lui-même effectuer les commandes auprès d'une pharmacie partenaire.

Un autre objet connecté c'est Gaspar, le coussin anti-escarre. Ce coussin enregistre toute une série de données qui vous permettent ensuite d'agir de manière ciblée.

On évalue à 25 milliards le nombre d'objets connectés dans le monde. C'est un marché en pleine expansion. On ne pourra pas contourner la révolution numérique. A nous alors de voir comment ces technologies pourront être utiles aux soignants et aux personnes elles-mêmes.

Il y a des pays comme la Finlande, le Danemark et la Suède, où les objets sont intégrés dans l'offre en soin. Ce n'est pas le cas en Suisse. Le simple dispositif de téléassistance n'est pas pris en charge par la LAMal. Quand vous parlez de domotique évidemment on est dans une autre gamme de prix, alors comment va-t-on pouvoir assumer tout cela au niveau financier ? S'il est certain, à mon avis à tout le moins, que ces technologies sont l'une des clés pour répondre aux défis qui se présentent à nous, la question du financement devra être réglée. C'était d'ailleurs l'objet d'une [motion déposée en mai 2019 à Genève](#).

En conclusion voici quelques raisons pour lesquelles les gérontechnologies restent à l'état embryonnaire :

La gérontechnologie demeure à l'état embryonnaire, y compris dans les EMS. Les raisons :

- Premièrement, un certain « techno-scepticisme » accompagne les innovations liées au vieillissement.
- Deuxièmement, les innovations technologiques sont les grandes absentes des politiques publiques.
- Troisièmement, la difficulté à soutenir le passage à l'échelle des solutions technologiques et numériques.

A cela s'ajoutent un certain nombre de constats :

- Il conviendrait de partir des besoins identifiés et non de l'offre ;
- Les professionnels demandent du concret ;
- Les personnes âgées, contrairement à certaines idées reçues, sont tout à fait capables d'intégrer les nouvelles technologies ;
- Les nouvelles technologies sont les grandes absentes des politiques publiques.

Et quelques recommandations :

- La mise en place d'un « pack technologique » dans les EMS, les structures pour personnes âgées et auprès des services à domicile ;
- Des outils domotiques, dispositifs de levée de doute, des dispositifs de traçabilité et d'accès effectifs aux soins et des outils favorisant le lien social.
- Un plan de financement du « pack technologique ».

PLACE DE L'INNOVATION DISRUPTIVE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES SENIORS

Astrid Stuckelberger, Scientifique, auteure, conférencière et spécialiste internationale de la santé

Je ne suis pas une spécialiste des EMS et pourtant c'est la troisième fois que j'interviens dans une conférence dédiée à des réflexions sur leur futur. Depuis 2008 j'ai modifié mon regard sur le vieillissement en travaillant notamment sur la médecine anti-âge. Je vais essayer de vous donner une analyse critique et une sorte d'algorithme critique.

Nous avons parlé du titre : innovation disruptive pour les seniors et EMS. Je vais aborder chaque thème sous l'angle de l'innovation disruptive :

- Science
- Technologie
- Conséquence de l'innovation disruptive
- Flash sur le futur des institutions et écosystèmes de soins

En ce moment la science, grâce à la technologie, va très vite. On peut mesurer, de plus en plus vite et de manière de plus en plus fine. Nous sommes dans une science qui va tellement vite que l'on n'arrive pas à adapter le curriculum de la médecine en fonction des avancées technologiques. Le défi c'est que ces deux mondes se rejoignent pour essayer de créer de l'innovation sociale. On n'arrive cependant pas encore à connecter la variabilité des situations.

Qu'est-ce qui est disruptif en science ?

Deux innovations ont un impact sur le soin : l'épigénétique et le transâge.

Prenons l'épigénétique. Auparavant on pensait que le vieillissement était lié au génome. On sait désormais que ce n'est pas vrai, à tout le moins le génome n'est responsable qu'à 25% du processus de vieillissement. Les 75% restant qui influencent le vieillissement ce sont l'environnement, le style de vie et la perception. Cela veut dire que même l'odorat influence le vieillissement. Et vous voyez directement l'importance de ce constat, quand on entre dans une institution par exemple. L'odorat c'est ce qui influence le plus notre cognition. Mais d'autres comportements influencent également la santé. Il a par exemple été démontré que le bodybuilding améliorerait la santé des résidents en EMS. De même que la subjectivité et la perception, dont le pouvoir sur la santé sont immenses. On comprend dès lors l'intérêt que peuvent représenter des approches comme la méditation en pleine conscience par exemple. A la science des 4P (prédictif, prévention, personnalisé et participatif) s'ajoute donc la science des 4R (réparer, restaurer, remplacer, régénérer). Ce que cette science nous dit c'est que l'expression d'un gène peut être changée au cours de notre vie.

La seconde disruption c'est le transâge, un phénomène similaire à celui des transgenres. On se rend compte que la définition de l'âge est incomplète. Le meilleur déterminant de l'âge ce sont les biomarqueurs et ceux-ci peuvent être modifiés. Ce qui est par exemple marquant c'est que l'on colle à l'âge des déterminants à l'instar de la perte de mémoire. A force de le dire, les personnes intériorisent et nous l'avons dit, les perceptions influencent votre santé.

Au niveau de la démographie, il faut commencer par dire que nous vivons dans une société où les âges se côtoient. À cela il faut ajouter que la technologie entre dans le corps et communique désormais avec des éléments à l'extérieur. Vous voilà prêts pour activer des manques, remplacer des déficiences, etc. Le grand saut disruptif c'est que l'on aura bientôt un laboratoire à la maison. Ces technologies disruptives se combinent et vont se connecter par l'intelligence artificielle. A cela il faut ajouter que les coûts diminuent à mesure que la technologie s'améliore.

En termes de conséquences il faut relever différents modèles possibles qui cassent complètement le modèle du vieillissement.

La conséquence pour les EMS c'est que l'on peut prendre soit le modèle pathocentrisme :c'est accompagner, vieillir sans douleur.

Le modèle 1.0, c'est le vieillissement réussi et c'est le modèle européen, mais le modèle à venir c'est celui d'un powerfull vieillissement (un vieillissement où la santé s'améliore).

Il faudra pouvoir accueillir et soutenir les générations des baby-boomers. Ils viendront en EMS avec leur sex-toys, leurs drogues, etc. Ils viendront à l'EMS comme à la maison. En ce sens des réflexions comme celles du modèle de Aalborg au Danemark, où la personne ne vit pas en institution mais chez elle, dans un quartier entièrement équipé et connecté, paraissent intéressantes à suivre.



HéviA

Association vaudoise
d'institutions
médico-psycho-sociales

Rue du Caudray 6
1020 Renens

www.heviva.ch