

ASBL
LES AMIS DE
JEAN BOETS

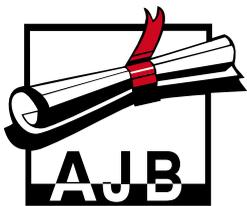


ASSOCIATION
POUR LA PROMOTION
DE LA CULTURE TECHNIQUE

COLLOQUE

QUEL AVENIR POUR LES MÉTIERS DE SOINS ?





COMMUNIQUÉ

L'ASBL LES AMIS DE JEAN BOETS est une association apolitique et inter-réseaux d'enseignement, dont la mission essentielle est de **PROMOUVOIR LA CULTURE TECHNIQUE**.

Parmi ses diverses activités, citons les colloques, conférences et débats permettant d'appréhender nombre de questions d'actualité relatives à l'enseignement, la formation et la culture technique.



Dans cette perspective, l'association a organisé un
COLLOQUE sur le thème

« **QUEL AVENIR POUR LES MÉTIERS DE SOINS ?** »

LE MERCREDI 24 AVRIL 2013 À 14H

QUAI DU BARBOU, 2 - 4020 LIÈGE

HAUTE ÉCOLE DE LA PROVINCE DE LIÈGE - CATÉGORIE PARAMÉDICALE

INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE PARAMÉDICAL DE LIÈGE-HUY-VERVIERS

INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE DE LIÈGE

Le monde change. La pyramide des âges s'inverse, avec, entre autres conséquences, des besoins — mais aussi des exigences — sans cesse accrus en soins de santé de qualité.

Notamment liés aux évolutions technologiques, de nouveaux rôles et de nouvelles compétences apparaissent aux côtés des soins de base... qui n'en sont pas moins à réinventer au vu de ce formidable défi démographique !

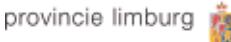
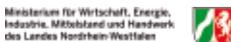
Si l'enjeu est de taille pour la société tout entière, cette importante évolution ouvre simultanément quantité de perspectives, qui peuvent notamment se traduire par une attractivité nouvelle des métiers de soins et des formations qui y conduisent.

Le colloque a été l'occasion de faire le point sur ces (r)évolutions avec le regard tourné vers l'avenir.

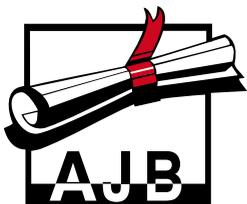
Ce colloque a bénéficié du concours de l'Espace Qualité Formation de la Province de Liège et du soutien du projet Interreg IV-a « Future Proof for Cure and Care »



Avec le soutien du Fonds Européen de Développement Régional.
La Commission Européenne investit dans votre avenir.







COLLOQUE

« QUEL AVENIR POUR LES MÉTIERS DE SOINS ? »

LE MERCREDI 24 AVRIL 2013 À 14H
Quai du Barbou, 2 - 4020 Liège

HAUTE ÉCOLE DE LA PROVINCE DE LIÈGE - CATÉGORIE PARAMÉDICALE
INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE PARAMÉDICAL DE LIÈGE-HUY-VERVIERS
INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE DE LIÈGE



De gauche à droite : M. Daniel GILLAIN, Docteur en Santé Publique, Chargé de Recherches au Service d'Informations Médico-Economiques (Simé) du CHU de Liège, Chargé de Cours adjoint à l'Université de Liège ; Mme Christel MENOZZI, Infirmière Chef de Service au CHU de Liège, Coordinatrice du Programme de Soins pour le Patient gériatrique ; M. Ivan FAGNANT, Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège, Président de l'asbl Les Amis de Jean Boets ; Prof. Dr. Jean PETERMANS, Gériatre, Chargé de Cours à l'Université de Liège, Chef de Service de Gériatrie au CHU de Liège ; Mme Pascale PITANCE, Directrice générale adjointe du Département Formation de la Province de Liège.

COLLOQUE

« QUEL AVENIR POUR LES MÉTIERS DE SOINS ? »

PROGRAMME

Allocution d'accueil

de M. Ivan FAGNANT,
*Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège,
Président de l'asbl Les Amis de Jean Boets*

Discours d'ouverture

de M. André GILLES,
*Député provincial – Président en charge de l'Enseignement, de la Formation,
des Grands Evénements, de la Communication, du Protocole et de la
Supracommunalité,*
représenté par Mme Pascale PITANCE,
Directrice générale adjointe du Département Formation de la Province de Liège

Les conséquences du vieillissement démographique sur l'offre et la demande en métiers d'aides et de soins

par M. Daniel GILLAIN,
*Docteur en Santé Publique, Biostatisticien, Chargé de Recherches au Service d'Informations
Médico-Economiques (Simé) du CHU de Liège, Chargé de Cours adjoint à l'Université de Liège*

L'évolution des métiers de soins en gériatrie : une approche pluridisciplinaire

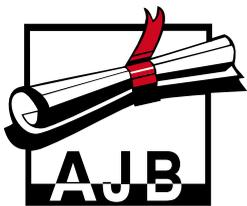
par Mme Christel MENOZZI,
*Infirmière Chef de Service au CHU de Liège, Coordinatrice du Programme de Soins pour le
Patient gériatrique*

Les métiers de soins dans le futur : la place des gérontechnologies

par le Prof. Dr. Jean PETERMANS,
Gériatre, Chargé de Cours à l'Université de Liège, Chef de Service de Gériatrie au CHU de Liège

Conclusions

par M. Ivan FAGNANT
Verre de l'Amitié



COMPTE RENDU

M. Ivan FAGNANT, Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège, Président de l'asbl Les Amis de Jean Boets

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, bonjour.

« *Quel avenir pour les métiers de soins ?* » Le thème qui nous réunit aujourd'hui est lié à ce qu'on appelle communément le vieillissement de la population et le renversement de la pyramide des âges, phénomènes qui ont des conséquences dans tous les domaines de l'activité humaine. Pour n'en citer que quelques-uns : l'urbanisme et l'aménagement des quartiers, les transports et la mobilité, la gestion et le développement de ce qu'on appelait jusqu'il y a peu des « maisons de retraite » et qu'on nomme aujourd'hui pudiquement « séniories ».



Sur ces sujets, j'avais épinglé au mois de février dernier un article du journal *Le Soir* intitulé : « *L'espérance de vie en bonne santé régresse.* » De fait, je vieillis, vous vieillissez (même si les plus jeunes d'entre vous ne s'en rendent pas encore tout à fait compte !), la société vieillit (les plus de 79 ans représentant désormais plus de 5% de la population totale), mais encore faut-il savoir comment... Interrogation centrale.

D'autres articles publiés dans la rubrique « *Références* » du même journal ont abordé ces questions d'une façon plus directement en lien avec l'emploi. J'ai retenu deux titres particulièrement éloquents :

- « *Le papy-boom booste les soins de santé à domicile : la demande de soins de santé à domicile se professionnalise.* » ;
- « *Infirmiers, gardes-malades, aides familiales, kinés, ergos (vous constaterez qu'on cite à peu près toutes les spécialités réunies aujourd'hui) : un secteur qui ne connaît pas la crise.* »

Enfin, tout récemment, j'ai encore relevé ceci : « *Aides-soignants hospitaliers : l'utilisation de nouvelles technologies va permettre de gérer la pénurie de personnel, voire de revisiter complètement les métiers de soins de santé.* »

Quel programme ! « *Espérance de vie* », « *papy-boom* », « *nouvelles technologies* »... Autant de perspectives qui peuvent déboucher sur une attractivité nouvelle des métiers de soins et des formations qui y conduisent auprès des jeunes.

Organisée à l'initiative de l'asbl Les Amis de Jean Boets, la manifestation réunissant ce jour une très nombreuse assemblée bénéficie de la collaboration de l'Espace Qualité Formation de la Province de Liège avec le soutien du projet Interreg IV-a « Future Proof for Cure and Care ». Le présent colloque va nous permettre d'entendre trois personnes actives au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Liège : un médecin, un chercheur, une infirmière. Tous trois ne manqueront pas de nous ouvrir des portes tout en nous confirmant certaines tendances.

Auparavant, Madame Pascale Pitance, Directrice générale adjointe de la Formation de la Province de Liège, représentera Monsieur le Député provincial Président André Gilles, qui n'a pas pu être parmi nous. Avant de lui céder la parole, je dois également excuser Monsieur le Directeur général adjoint de l'Enseignement de la Province de Liège, Salvatore Anzalone ; son prédécesseur Monsieur Michel Jacquart, qui a par ailleurs longuement assuré la direction de l'établissement où nous nous trouvons et a volontiers collaboré à la mise sur pied de cette journée ; enfin, Madame la Directrice de Catégorie paramédicale de la Haute Ecole de la Province de Liège, Isabel Infantes, retenue en mission à l'extérieur. Je profite de l'occasion pour saluer Monsieur le Directeur général de l'Enseignement de la Province de Liège Maurice Lecerf, que je remercie pour son soutien et sa présence.

Merci de votre attention.



Discours d'ouverture de M. André GILLES, Député provincial-Président en charge de l'Enseignement et de la Formation, représenté par Mme Pascale PITANCE, Directrice générale adjointe du Département Formation de la Province de Liège

Depuis sa fondation en 1992, l'asbl Les Amis de Jean Boets organise chaque année des colloques qui mettent en évidence l'évolution et la valorisation de la culture technique. C'est avec plaisir que je m'associe à cette volonté de promotion car, comme vous le savez, l'Institution provinciale a pour objectif de capitaliser une expertise, un savoir-faire et des moyens en matière de formation technique et professionnelle que beaucoup nous envient.

Tout d'abord, je voudrais rappeler l'effort important déployé par le Collège provincial en matière de santé, d'enseignement et d'éducation, dans un souci permanent de répondre aux besoins prioritaires de la population. En effet, depuis plus d'un siècle, inlassablement, notre Province a analysé les besoins, mais aussi les exigences, en matière de santé. Confrontée au rapide développement de la science, de la technique et du progrès social, elle a mis en place d'impressionnantes réalisations qui pouvaient être qualifiées d'avant-gardistes.

Il serait trop long de citer ici toutes les initiatives prises en matière d'institutions, mais je vais vous présenter quelques exemples qui font partie de l'histoire de l'établissement qui nous accueille aujourd'hui.

A la fin du 19^{ème} siècle, si ce que certains appellent le « soignage » était l'apanage des communautés religieuses, il existait néanmoins une école de sages-femmes à laquelle la Province annexe un cours de gardes-malades qui consistait en une heure de cours par semaine durant un trimestre ... ! Mais ce n'est que le prélude à un développement des études et à l'intégration des notions curatives et préventives de la maladie.

Aussi, en 1908, sous l'impulsion du Professeur Ernest Malvoz et déjà avec le soutien

de professeurs de l'Université, le Gouvernement provincial décide d'annexer l'école de sages-femmes et revoit l'organisation desdits cours de gardes-malades. De 1908 à 1913, les études se structurent et sont suivies par de nombreux élèves. Bientôt, les services habitués à recourir aux religieuses vont recruter ces « nouvelles » infirmières. Malgré une formation pratique limitée, ces soignantes rendent de précieux services et plus particulièrement lorsque la Première Guerre Mondiale éclate.

La tourmente passée et sous l'impulsion de l'Œuvre Nationale de l'Enfance, la Province crée les cours pour infirmières-visiteuses et enfin, en 1921, organise une vraie école d'infirmières avec home à Coronmeuse. Les études sont portées à 3 ans et organisées dans cette demeure patricienne, établissement confortable que l'on appelle à l'époque le « Home de Coronmeuse ».

Je ne vous retracerai pas toute l'évolution des études, ni tous les services rendus également par les soignants durant la Seconde Guerre Mondiale. Mais sachez que les étudiantes et leurs monitrices ont largement assuré des responsabilités de soins auprès de nombreux blessés de toutes nationalités.

Les progrès de la chirurgie en temps de guerre, l'évolution des sciences médicales, le développement de la médecine sociale, trouvent peu de personnes qualifiées. A cela s'ajoutent d'autres difficultés, à savoir la mortalité, la misère, la tuberculose, les maladies vénériennes et la multiplication des cas sociaux. Le personnel n'est pas encore suffisamment préparé aux tâches qui l'attendent. Simultanément, dès 1945, on voit se développer les sciences médico-sociales, l'avènement de la sécurité sociale. Les soignants sont de plus en plus sollicités par les services extérieurs qui se créent dans le but d'apporter à l'individu, à la famille, plus de santé, plus de bonheur.

Sur ce site du Barbou, je rappellerai que c'est le 23 décembre 1959 que les étudiants ont quitté Coronmeuse pour entrer dans ces nouveaux et spacieux locaux où nous nous trouvons aujourd'hui. En effet, l'Institut Malvoz, l'Ecole d'Infirmières et l'Ecole de Service social, bien que fonctionnant respectivement depuis 1894, 1922 et 1942, souffraient d'un certain éparpillement. Aussi les Autorités provinciales ont estimé à l'époque que ces trois institutions devaient être regroupées à Liège, à proximité de l'Hôpital de Bavière.

Par la suite, les études ainsi que les stages deviennent réglementés suivant un cadre légal. Les métiers de soins se diversifient, hospitaliers et hospitalières, techniciens et techniciennes de laboratoires, infirmiers et infirmières gradués, infirmiers et infirmières

hospitaliers brevetés, logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens et diététiciennes, sans parler de nombreuses spécialisations...

Mais je ne voudrais surtout pas oublier notre enseignement secondaire qui forme des puéricultrices et des aides-soignantes. A ce propos, on peut affirmer que les élèves ayant suivi la formation « puériculture » ont reçu un enseignement qui constitue un bagage conséquent, avec d'importantes notions de prévention, de prophylaxie, de pratiques de soins et de sécurité physique et affective. Aussi, il me paraît légitime de relayer l'insistance de leur direction afin qu'elles puissent valoriser leurs acquis et accéder à la formation « aide-soignante », ce qui n'est pas le cas actuellement.

L'enseignement de promotion sociale organise également des formations paramédicales qui rencontrent un grand succès. Citons les formations « Aide-soignant », « Accompagnement du mourant et sensibilisation aux soins palliatifs », « Bachelier en soins infirmiers » avec sa passerelle pour les infirmiers et infirmières brevetés et la formation particulière en gériatrie pour l'obtention de la qualification professionnelle.

Je me limiterai à ce tracé pour rappeler d'où nous venons et, maintenant, place à l'avenir.

Le colloque de ce jour est très important.

Le vieillissement de la population conjugué au développement technologique fait que de nouveaux besoins et de nouvelles pratiques apparaissent. Comme je viens de vous le rappeler, les Autorités provinciales ont toujours veillé à ce que leur enseignement soit adapté à l'évolution de ces besoins en matière de santé.

C'est pourquoi la spécialisation en gériatrie a été créée.

Au terme de sa formation, le diplômé spécialisé en gériatrie et psychogériatrie sera capable de réaliser une prise en charge de haute qualité s'adaptant aux besoins et demandes spécifiques des personnes âgées, quel que soit le milieu où elles se trouvent et ce, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Cette formation s'inscrit dans une politique de santé qui vise à maintenir ou à restaurer l'autonomie de la personne âgée, non seulement dans les unités d'hospitalisation, mais aussi dans le cadre de la vie à domicile.

Je saisis cette occasion pour remercier Monsieur le Professeur Jean Petermans qui a soutenu dès le départ ce projet et s'associe actuellement à son enseignement.

Aujourd'hui, nous serons particulièrement attentifs aux exposés de nos trois conférenciers qui vont nous entretenir des conséquences du vieillissement démographique, du cas particulier de la gériatrie et nous présenter pour terminer la place des gérontechnologies dans le futur.

Je souhaiterais affirmer que l'ensemble de nos formations sont concernées par cette évolution et en particulier l'ergothérapie, dont les diplômés trouvent des débouchés dans ces services. Je voudrais aussi émettre le souhait que les paramédicaux de toutes spécialités s'unissent dans leurs réflexions, leurs formations et l'exercice de leur métier, afin d'apporter ensemble, dans des équipes intégrées, les meilleurs soins de santé de qualité.

Les métiers de soins sont complémentaires et doivent répondre par des actions interdisciplinaires aux besoins physiques, psychologiques, relationnels et sociaux de notre société. Je souhaite également aux différents acteurs de la santé d'être reconnus dans leur fonction et considérés comme des collaborateurs efficaces et responsables à part entière au sein de l'équipe de soins.

La réflexion sur les nouveaux besoins liés à l'évolution démographique s'inscrit dans une dynamique qui dépasse bien évidemment les frontières de notre Province. Nos voisins européens sont également confrontés à une augmentation des besoins en soins et à une pénurie ressentie de certains profils, particulièrement des praticiens de l'art infirmier.

La Province de Liège participe à la dynamique mise en place par l'Euregio Meuse-Rhin, qui bénéficie de Fonds européens pour développer des projets communs et résoudre ensemble, de manière transfrontalière, des problématiques diverses, qu'il s'agisse de culture, de tourisme, de communication, de santé, d'environnement ou d'économie.

En septembre 2011, et pour une durée de 3 ans, l'Euregio Meuse-Rhin a rassemblé 27 partenaires autour de ce thème très actuel : le marché du travail des métiers de soins. Comment permettre la mobilité des travailleurs de la santé, tout en évitant le débauchage d'une région à l'autre ? Comment renforcer l'intérêt pour ces métiers et leur caractère « transfrontalier » ? Comment s'inspirer des pratiques de nos voisins pour optimiser les conditions de travail, favoriser la formation permanente et améliorer ainsi la rétention de ce personnel ?

« Future Proof for Cure and Care » (« Soins de santé à l'épreuve du temps »), c'est le titre de ce projet auquel participent, parmi les 27, cinq partenaires liégeois francophones : l'Espace Qualité Formation de la Province de Liège, l'Hôpital de la Citadelle, les services de soins à domicile ASD et CSD, ainsi que le Forem.

Connaissant l'implication de l'asbl Les Amis de Jean Boets pour la promotion des métiers techniques, les partenaires liégeois de « Future Proof for Cure and Care » ont proposé à l'association leur collaboration pour ce colloque consacré aux métiers de soins et à leur avenir.

Assurer d'ici une vingtaine d'années la qualité de vie des aînés (que nous serons tôt ou tard), tout en invitant les jeunes à s'orienter dans un secteur en croissance, voici un double objectif, « win-win », que doivent s'assigner les pouvoirs publics compétents, ainsi que toutes les forces vives qui soutiennent le développement économique de notre région.

M. Ivan FAGNANT

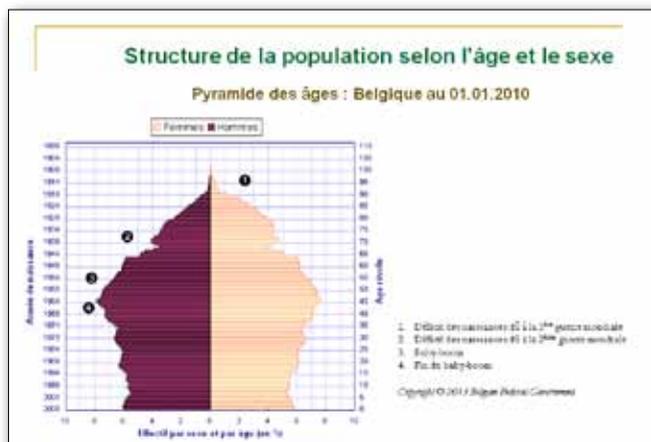
Merci Madame Pitance. Nous poursuivons avec Monsieur Daniel Gillain, qui va nous parler des conséquences du vieillissement démographique sur l'offre et la demande en métiers d'aides et de soins. Monsieur Gillain est Docteur en Santé Publique et Biostatisticien, Chargé de Recherches au Service d'Informations Médico-Economique du CHU de Liège ; il est également Chargé de Cours adjoint à l'ULg.

« Les conséquences du vieillissement démographique sur l'offre et la demande en métiers d'aides et de soins » par M. Daniel GILLAIN, Docteur en Santé Publique, Biostatisticien, Chargé de Recherches au Service d'Informations Médico-Economiques (Simé) du CHU de Liège, Chargé de Cours adjoint à l'Université de Liège

Merci, Monsieur le Président, bonjour à tous. D'abord, un grand merci à l'asbl Les Amis de Jean Boets de nous avoir invités. Je vais pour ma part vous parler des conséquences du vieillissement démographique sur l'offre et la demande en métiers d'aides et de soins. Très logiquement, nous allons d'abord mieux définir ce qu'on entend par vieillissement démographique et voir en quoi il peut poser problème.



Structure de la population selon l'âge et le sexe : pyramide des âges en Belgique au 01.01.2010



Nous démarrons avec la structure de la population belge au 1^{er} janvier 2010.

Sur un premier graphique où sont représentés, en ordonnée, l'année de naissance des populations et leur âge révolu, en abscisse, les effectifs par âge et par sexe, nous découvrons des événements historiques en divers

points (1, 2, 3, 4) de cette évolution. En effet, la démographie est une science d'autant plus passionnante qu'elle fait diversement intervenir des notions d'histoire, de sociologie, de géographie, de géopolitique, tant il est vrai qu'on ne peut prétendre apprécier l'évolution des populations sans comprendre leur environnement socio-politique.

Un premier creux correspond au déficit des naissances consécutif à la Première Guerre Mondiale, un autre apparaît au moment de la Seconde Guerre Mondiale, avec des renforcements qui trahissent des parties ou corps de population qui disparaissent. Immédiatement après ce phénomène se manifeste une réaction sous forme de pic, qu'on a appelée *baby-boom* et qui signifie une recrudescence des naissances, avec un indice de fécondité extrêmement élevé. Ce phénomène s'étend des années 45 jusqu'aux années 65 et quelques.

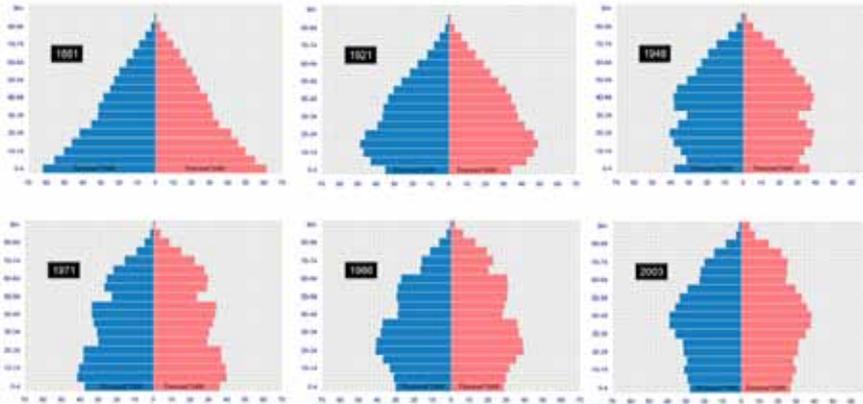
Si certains esprits feignent de croire qu'il suffit « *d'une bonne guerre* » pour régler les problèmes économiques, il est aisé de constater ce que cette vision a d'absurde au simple regard de la démographie. En effet, les guerres se révèlent être des phénomènes pour le moins perturbateurs et contre-productifs, notamment au vu des réactions qu'elles entraînent à leur suite, avec cette grande partie des naissances que nous pouvons observer et voir évoluer jusqu'à nos jours. Les naissances survenues dans les années 45 à 65 sont celles-là même qui vont, dans les vingt prochaines années, arriver massivement à la pension. C'est donc cette partie-là de la population qui, aujourd'hui, semble nous poser un véritable défi de société.

Passés les pics que je viens de mentionner, se manifeste la décroissance des cohortes suivantes, pour des causes que nous allons évoquer ensemble.

Evolution de la pyramide des âges en Belgique de 1881 à 2003

L'évolution de la pyramide des âges en Belgique de 1881 à 2003 nous montre qu'il faut remonter à près d'un siècle et demi pour observer une « vraie pyramide », dans la forme où l'entendaient nos ancêtres égyptiens.

Pyramide des âges en Belgique de 1881 à 2003



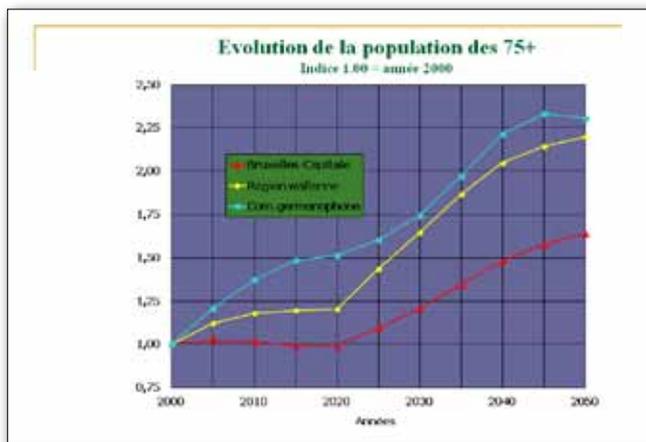
Rectangularisation de la pyramide des âges

SOURCES: Evolution démographique et avenir de la sécurité sociale en Belgique / Philippe Costen (ULB 2004)

Par la suite, l'évolution des populations belges se traduit, de graphique en graphique, par une « rectangularisation » de la pyramide des âges – phénomène qui se retrouve à peu près dans les mêmes formes et les mêmes proportions dans tous les pays occidentaux.

Essentiellement caractérisée par les diminutions des classes les plus jeunes, cette modification des structures de population est due à de multiples phénomènes, un des plus importants étant la baisse du taux de fécondité. Les indicateurs les plus souvent associés à ce phénomène sont l'arrivée des plus jeunes sur le marché du travail (celle-ci se produisant de plus en plus tard), l'âge du premier enfant, le nombre d'enfants par famille. Alors que, pour renouveler les générations, on doit normalement atteindre 2,1 enfants par famille, nous sommes aujourd'hui plus bas, à environ 1,8. Les plus performants en Europe sont les Français, qui approchent des 2 ; les derniers sont les Allemands, proches des 1,3 enfants par famille.

Evolution de la population des 75 ans et plus



Le tableau suivant propose une projection de la cohorte des personnes de 75 ans et plus pour les prochaines décennies et ce, pour la Région Bruxelles-Capitale, la Région wallonne et la Communauté germanophone.

Au départ de l'indice 1 de référence pour l'année 2000, la Région wallonne atteint pratiquement un

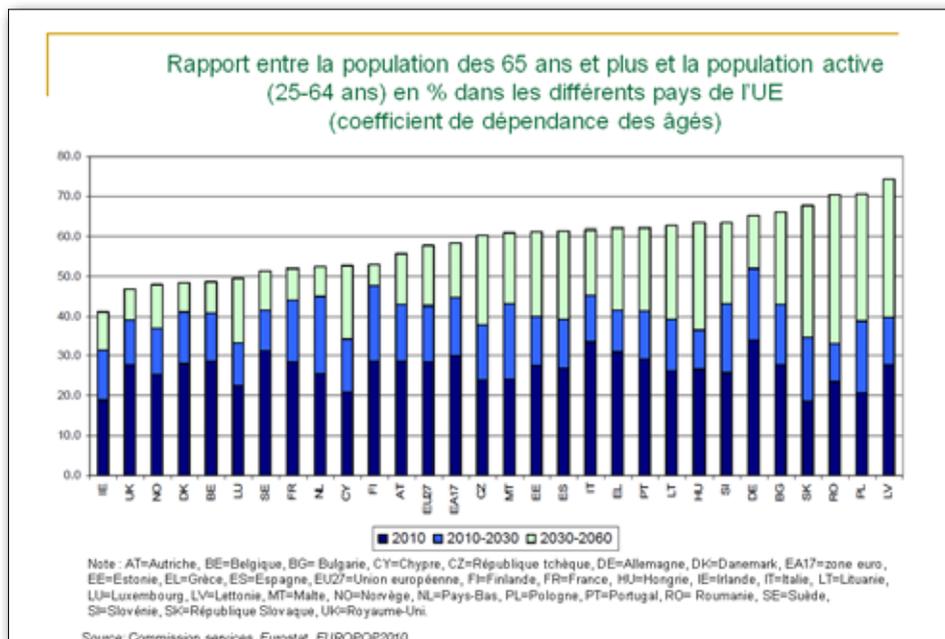
indice de 2,2 en 2050. Ainsi peut-on apprécier l'action cumulée d'un *baby-boom* et des modifications sociétales qui continuent à produire leur effet en termes de diminution du taux de fécondité. L'amélioration des conditions de vie joue aussi un rôle important.

L'effet que nous venons d'observer en Région wallonne se fera forcément moins sentir en Région Bruxelles-Capitale, où l'immigration a été plus importante. La Communauté germanophone, quant à elle, connaît une population plus vieillissante encore que la population wallonne. C'est également le cas de la Flandre, sachant que sa courbe, non présente sur le graphique, se confond pratiquement avec celle de la Communauté germanophone.

Rappelons qu'il s'agit de projections réalisées en fonction d'indicateurs actuels de tendances, « toutes choses restant égales par ailleurs », pour utiliser l'expression consacrée.

Rapport entre la population des 65 ans et plus et la population active dans les différents pays de l'UE

Particulièrement intéressantes sont les projections quant au rapport entre la population des 65 ans et plus et la population active des 25-64 ans exprimé en pourcents pour les différents pays de l'Union Européenne, avec coefficient de dépendance des âgés.



Le coefficient de dépendance des âgés provient de la répartition de la population des « inactifs » sur les « actifs » (au sens économique des termes) et reflète la proportion des 65 ans et plus sur les 25 à 64 ans (25 ans étant ici considéré comme l'âge d'arrivée au premier emploi).

Ainsi constate-t-on qu'en Belgique, en 2010, les 65 ans et plus approchent la trentaine de pourcents des 25 à 64 ans ; en 2050, nous pourrions passer à près de 50%, c'est-à-dire à 1 inactif pour 1 actif.

La situation est encore moins bonne pour l'Europe des 17 de la Zone Euro, et plus encore pour l'Europe des 27. En effet, les derniers pays à avoir rejoint l'Union Européenne, en particulier les pays venant de l'ancien Bloc de l'Est, connaissent des situations très préoccupantes. C'est le cas de la Lettonie, dont les projections pour 2050 annoncent plus de 70% de la population considérée au-delà de 65 ans.

Une fois encore, ces projections effectuées par le Bureau Fédéral du Plan et l'Institut National des Statistiques ne font qu'anticiper des situations auxquelles s'attendre dans les 20 ou 50 prochaines années « toutes choses restant égales par ailleurs ». Dans bien des cas, nous n'arriverons jamais à de tels chiffres pour la bonne et simple raison que ce serait économiquement intenable.

Si ces situations sont forcément appelées à être corrigées, ces projections sont là pour nous montrer dans quelle mesure nous pouvons et devons mener des politiques qui vont permettre de modifier les structures en cours.

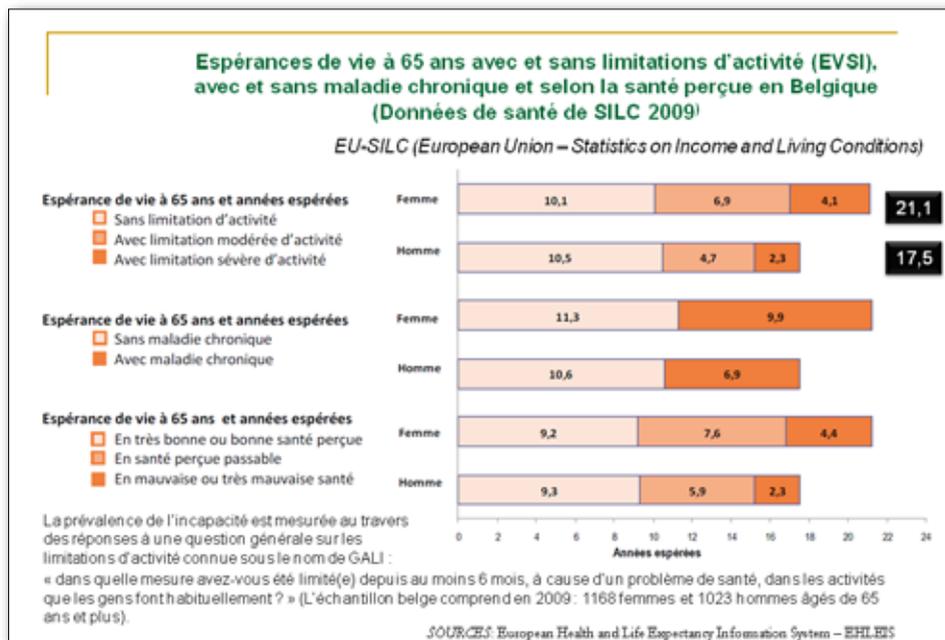
C'est ainsi que diverses publications analysant l'apparition de ces cohortes importantes de personnes âgées visent à démontrer que ce n'est pas nécessairement une fatalité, obligatoirement synonyme de catastrophe économique annoncée. Citons « *Misconceptions and misapprehensions about population ageing* » de Ellen M. Gee¹, qui tend à nous montrer combien nous en sommes encore à mésinterpréter les données relatives aux populations âgées ; avec « *Les conséquences du vieillissement démographique : et si nous retournions la médaille à l'endroit* », Marc-Antoine Busque² nous invite également à porter un autre regard sur le phénomène. L'un et l'autre insistent sur le fait que, oui, nous pouvons imaginer des leviers d'intervention et, oui, nous allons effectivement devoir les mettre en œuvre.

1 GEE E. M., *Misconceptions and misapprehensions about population ageing*, International Journal of Epidemiology, Volume 31, Issue 4, Oxford University Press, 2002, pp. 750-753.

2 BUSQUE M.-A., *Les conséquences du vieillissement démographique : et si nous retournions la médaille à l'endroit*, Dire, Automne 2006, p. 17.

Espérances de vie à 65 ans en Belgique avec et sans limitations d'activité / avec et sans maladie chronique / selon la santé perçue

Passons aux statistiques de l'Union Européenne pour la Belgique sur les espérances de vie des personnes à 65 ans.



La moyenne de ces espérances de vie (qui varient selon qu'on les considère avec ou sans limitations d'activité, avec ou sans maladie chronique, de même qu'en fonction d'un état de santé perçu) est de 21 ans pour les femmes et de 17 ans et demi pour les hommes. C'est considérable, sachant que ces chiffres ont évolué de façon extrêmement importante en seulement quelques années.

Via enquêtes par questionnaires, on peut affiner notre connaissance du phénomène et ainsi répartir les populations concernées entre personnes n'ayant pas de limitation de l'activité, ayant une limitation modérée, et ayant une limitation sévère.

Ainsi la prévalence de l'incapacité est-elle mesurée au travers des réponses à une question générale sur les limitations d'activité connue sous le nom de GALI et formulée comme suit : « *Dans quelle mesure avez-vous été limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?* » (L'échantillon belge comprend en 2009 : 1.168 femmes et 1.023 hommes âgés de 65 ans et plus.)

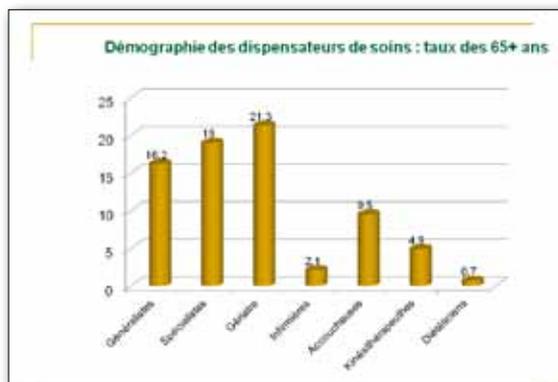
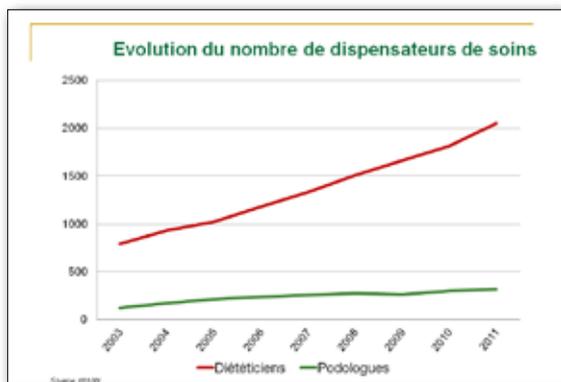
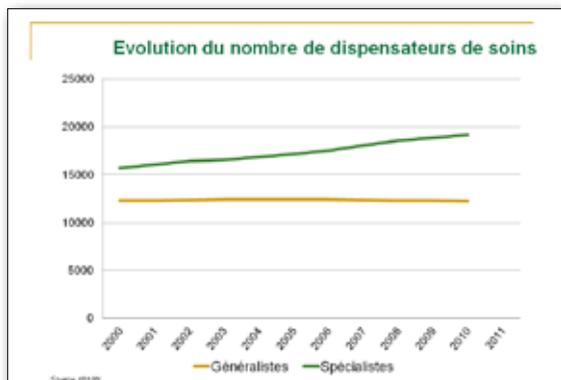
Pour en revenir aux 21 et 17 ans et demi d'espérance de vie respectivement déjà cités, nous voyons ainsi qu'ils se décomposent grosso modo en une moitié de vie « en capacité » et une autre « en incapacité ». On peut pareillement décliner les statistiques en tenant compte des maladies chroniques, ou encore de la perception que l'on peut avoir de sa santé. Les chiffres chaque fois obtenus sont relativement semblables, dès lors que l'incapacité découle logiquement de l'état de santé. Tout cela nous montre que c'est donc bien à ce niveau que nous pouvons et allons devoir agir dans les prochaines années.

Les conséquences du vieillissement démographique sur l'offre en métiers d'aides et de soins

Quelles sont les conséquences de ce vieillissement démographique sur l'offre des métiers d'aides et de soins, sachant que, dans le cadre de notre économie capitaliste, les « offreurs » de force de travail sont les travailleurs et les « demandeurs » sont les employeurs ?

Evolution et démographie de la population des dispensateurs de soins

Puisque je me trouve ici devant un public majoritairement issu du secteur paramédical, je vais essentiellement parler des professionnels de la santé et dispensateurs de soins. Ainsi allons-nous passer en revue trois graphiques relatifs à l'évolution du nombre des dispensateurs de soins de 2000 à 2011 et ce, par catégories (médecins généralistes/spécialistes, infirmiers[ères]/kinésithérapeutes, diététiciens/podologues).



Veillez noter que ces graphiques s'appuient sur des données INAMI, qui ne reprennent que les dispensateurs de soins potentiellement en capacité de tarifier des actes médicaux, l'INAMI établissant une distinction entre dispensateurs réellement en activité et ceux qui, par exemple, n'ont plus tarifié d'actes depuis 5 ans. Aussi faut-il y adjoindre, pour les médecins, les quelques professionnels plus âgés, ainsi que ceux n'ayant pas d'activités de soins directs (comme les médecins du travail).

Nous voyons qu'en Belgique, nous tournons aux alentours des 12.000 médecins généralistes potentiellement dispensateurs de soins, selon une courbe extrêmement plane qui a même tendance à légèrement fléchir. C'est effectivement dû à la situation particulière de ces médecins généralistes, qui constituent eux-mêmes une population vieillissante, bien entendu confrontée à des contraintes liées au vieillissement de la population, comme au niveau de leurs gardes de nuit et du week-end. Autant dire que le vieillissement de cette population particulière de médecins généralistes est elle-même extrêmement problématique et qu'il y a là une question importante à résoudre. La courbe des médecins spécialistes, elle, est plutôt en croissance, tant il est vrai qu'en cours de formation des futurs médecins intervient de plus en plus un choix préférentiel pour s'orienter vers une spécialité plutôt que de poursuivre la médecine générale.

Les infirmières et infirmiers ont pendant ce temps connu une progression très importante, en passant d'un peu moins de 50.000 unités en 1995 à plus de 70.000 en 2011. Sur la même période, les effectifs de kinésithérapeutes sont restés relativement stables, bien qu'il soit probable qu'ils soient destinés à augmenter.

Les diététiciens réalisent une des plus belles progressions. A noter que les chiffres les concernant démarrent en 2003 (date avant laquelle ils n'avaient pas encore de nomenclature et ne pouvaient pas tarifer), l'essor des maladies chroniques et la création du « passeport diabète » ayant rendu leur comptabilité nécessaire au niveau de l'INAMI. Idem pour les podologues (qui interviennent également dans le « passeport diabète »), dont les chiffres sont beaucoup plus stables.

Nous ne disposons malheureusement pas de telles statistiques pour les ergothérapeutes, groupés pendant longtemps avec les logopèdes pour toutes les évaluations chiffrées. Nous savons toutefois que ce sont des professions également en pleine croissance.

Démographie des dispensateurs de soins : taux des 65 ans et plus

Une analyse du vieillissement des populations de dispensateurs de soins eux-mêmes doit venir compléter notre analyse, si nous voulons nous assurer qu'un renouvellement des effectifs est effectivement en cours ou simplement possible. C'est pourquoi un tableau relatif au taux des 65 ans et plus au sein même des dispensateurs de soins est également disponible.

Il confirme que les médecins généralistes et spécialistes, et notamment les gériatres, constituent une population vieillissante. Une fois encore, attention au fait qu'on peut être médecin après 65 ans, qui est la barre prise comme charnière en termes de mesure d'activité au sens défini par l'INAMI.

Au niveau des professions paramédicales, la situation est différente, avec des personnes beaucoup plus jeunes. Pour les infirmiers et infirmières, seulement 2% d'entre eux ont plus de 65 ans : moins que pour les accoucheuses (9,5%) et les kinésithérapeutes (moins de 5%), mais plus que les diététiciens (0,7%), dont l'essor est récent.

Précisons encore que la durée de travail dans les professions paramédicales influe de façon très importante sur tous ces chiffres, avec, là aussi, des constats qui peuvent parfois être préoccupants, quand on sait combien la longueur des carrières peut être limitée, par exemple, chez les infirmières.

Les conséquences du vieillissement démographique sur la demande en métiers d'aides et de soins

Rappelons que, par « demandeurs » de métiers d'aides et de soins, nous entendons les employeurs.

Le secteur tertiaire (services) en Belgique

Comme dans la plupart des pays industrialisés, une grande partie de la population est occupée dans le secteur des services (banques, assurances, hôtellerie, fonctionnaires, ingénieurs, ...), dont font également partie les métiers de soins. Ainsi, le secteur tertiaire représente-t-il 76% de notre produit intérieur brut.

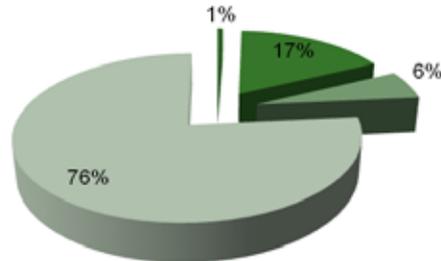
Il se décompose lui-même en divers secteurs, dont le secteur non marchand, auquel sont associés les soins de santé.

Le secteur tertiaire (services) en Belgique

Comme dans la plupart des pays industrialisés, une grande partie de la population est occupée dans le secteur des services : banques, assurances, hôtellerie, les fonctionnaires, le personnel médical, les ingénieurs, ...

Ventilation du produit intérieur brut (PIB) 2011

- Agriculture, chasse, sylviculture et pêche
- Industrie
- Construction
- Services



SOURCES: Institut des comptes nationaux

Le secteur non marchand belge

En Belgique, l'expression « secteur non marchand » désigne habituellement un ensemble d'organisations économiques qui ne se plient pas aux règles du marché. Ainsi, les critères communément utilisés pour délimiter ce secteur sont les suivants.

1. *La finalité.* Il n'y a pas d'actionnaires rémunérés. C'est le concept du non-profit.

De ce point de vue, certaines organisations d'aide et de soins ne devraient pas en faire partie, notamment les hôpitaux et maisons de repos privées. De fait, quand on connaît bien le milieu des maisons de repos du secteur privé et qu'on sait que leurs lits peuvent aller jusqu'à la cotation en bourse, on est en droit de se demander si on peut encore valablement les associer au « non marchand ».

2. *Le statut juridique*, c'est-à-dire la constitution en asbl.

Selon cette définition, diverses organisations, une fois encore, devraient en être exclues : coopératives, services publics, sociétés anonymes, etc.

3. *Les ressources*, provenant essentiellement de subsides publics.

Relevons là aussi qu'un certain nombre d'organisations bénéficient en sus d'autres ressources financières, notamment issues d'activités marchandes (tout le secteur privé en témoigne) ou de cotisations de membres.

Le fait de relever ces paradoxes ne constitue pas une critique du secteur privé. En matière de maisons de repos, par exemple, la loi organise elle-même le marché y relatif et prévoit notamment que la moitié en soit confiée au secteur privé. Mais sans doute serait-il plus simple – et plus clair – de redéfinir la notion même de « non marchand ».

Les conséquences du vieillissement de la population sur les établissements et services de santé

Parmi les établissements et services de santé, on retrouve principalement : les hôpitaux, les centres de revalidation, les soins infirmiers à domicile et le secteur des personnes âgées, où se retrouvent évidemment les maisons de repos et résidences.

Conséquences pour le secteur hospitalier

Selon un article de Robert Holcman paru en 2008, « *le papy-boom [est] une chance historique pour l'hôpital public français* »¹. Cet article se focalise moins sur le vieillissement de la population des malades que sur celui de la population des personnes qui travaillent au sein même de l'hôpital. Ce faisant, il démontre à quel point le phénomène est intéressant pour ce dernier, notamment en l'amenant à changer ses objectifs pour se concentrer sur les métiers de soins et éliminer certaines fonctions comme la stérilisation, le linge ou l'hôtellerie en les externalisant. C'est ainsi que de plus en plus d'institutions, y compris

1 HOLCMAN R., *Le papy-boom: une chance historique pour l'hôpital public français*, Revue internationale de sécurité sociale, Volume 61, Issue 3, Oxford, Juillet-Septembre 2008, pp. 103-125.

des maisons de repos, externalisent partie de leurs anciennes tâches ou fonctions.

Par ailleurs, s'il est évident que le vieillissement de la population change fondamentalement la donne au niveau de la structure même de l'hôpital, force est de reconnaître que ce dernier ne l'a pas encore réellement intégré. Le vieillissement de la population implique notamment plus de maladies chroniques et moins de maladies aiguës, donc moins d'actes directs et davantage de prises en charge multidisciplinaires et de financements par forfaitarisation. On devine déjà que bien des habitudes vont s'en trouver modifiées, voire bouleversées. C'est pourquoi, si l'hôpital ne prend pas rapidement des mesures, il risque de se retrouver au pied du mur, forcé d'intégrer ces changements à vitesse accélérée.

Des normes identiques pour toutes les unités gériatriques quelle que soit l'intensité des soins

Les normes existantes en unités gériatriques, en ce compris pour le personnel paramédical, sont les suivantes.

- Infirmières : 12.8 ETP (Equivalent Temps Plein) pour 24 lits. (Cette norme a encore augmenté depuis peu.)
- Ergothérapeutes, logopèdes, psychologues : 1.33 ETP pour 24 lits (Les normes concernent de plus en plus les intervenants paramédicaux constitués en équipes pluridisciplinaires et ce, aussi bien pour les soins de première ligne que de seconde ligne. Madame Menozzi reviendra sur le sujet dans le cadre du programme de soins gériatriques, qui exige lui aussi des normes pour un ensemble d'intervenants, avec des implications qui ne se limitent pas aux services de gériatrie, mais ont des répercussions pour tout l'hôpital.)
- Kinésithérapeutes : à l'acte. (Si les kinésithérapeutes obéissent pour l'instant à la tarification à l'acte, il est fort probable que cela aussi soit amené à changer, selon le système de forfaitarisation.)
- Gériatres : honoraires de surveillance. (Pour l'heure, les gériatres obéissent encore à la règle des honoraires de surveillance avec peu « d'actes techniques » ; cela pourrait également évoluer dans le sens de la forfaitarisation.)

- Journées justifiées : *G-fin* et *G-pot*. (Le législateur a commencé à réformer et favoriser le financement du patient gériatrique avec ce qu'on appelle le *G-fin* – système de financement du patient gériatrique pour les hôpitaux ayant un service de gériatrie – et le *G-pot* – pour les hôpitaux qui ont des patients âgés sans pour autant avoir de service G.)

Organisation et financement des soins aigus gériatriques en Belgique

Quelles sont les principales remarques que l'on peut formuler à l'analyse des normes et situations existantes ?

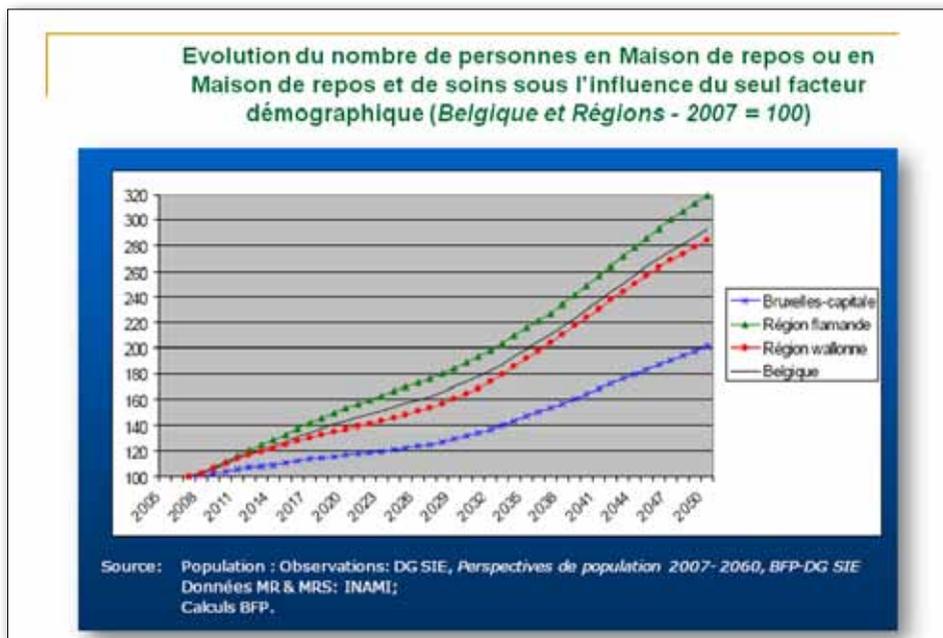
- Le nombre de lits G n'atteint pas la norme légale ;
- Le nombre de gériatres et d'infirmières spécialisées en gériatrie ne permet pas de couvrir tous les besoins ;
- Une spécialité en médecine gériatrique est reconnue depuis 2005 ;
- Par rapport à cette spécialité encore jeune, la formation des infirmières en gériatrie est encore très limitée ;
- La « médecine gériatrique » est donc un secteur vers lequel on doit attirer davantage de médecins et d'infirmiers.

Conséquences pour le secteur des maisons de repos

Un rapide tour d'horizon permet de confirmer que le secteur des maisons de repos est également très porteur.

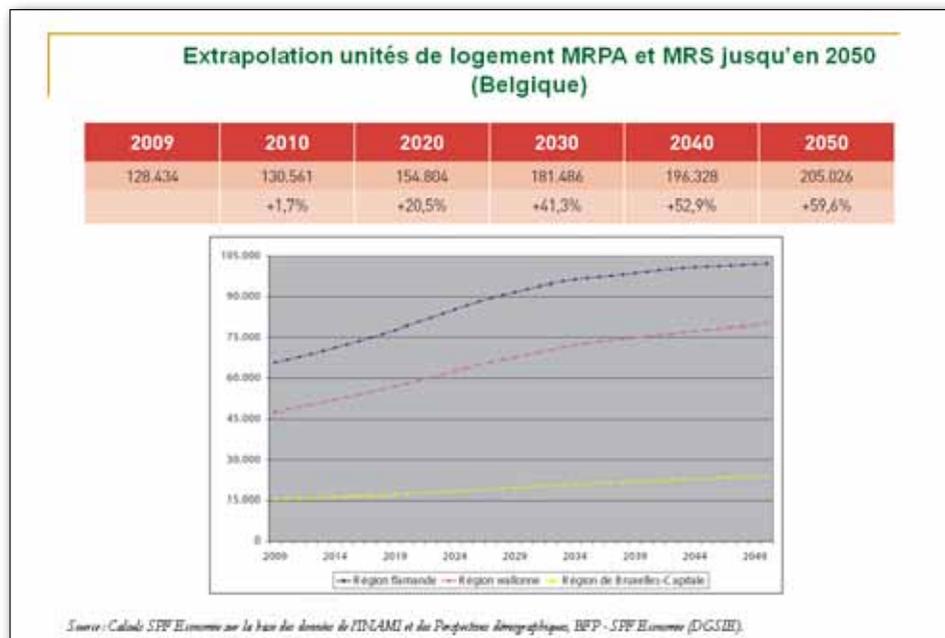
Evolution du nombre de personnes en maisons de repos ou en maisons de repos et de soins sous l'influence du seul facteur démographique

Un premier tableau illustre l'évolution du nombre de personnes en maisons de repos pour personnes âgées (MR ou MRPA) et maisons de repos et de soins (MRS) sous l'influence du facteur démographique à partir de 2007. Si on décide de démarrer à cette date au niveau 100, pour la Région wallonne, on arrive à 280 en 2050, reflet éloquent d'un secteur en pleine croissance.



Extrapolation du nombre d'unités de logement MRPA et MRS en Belgique jusqu'en 2050

Un deuxième tableau confirme cette évolution en extrapolant pour la Belgique le nombre d'unités de logement en maisons de repos pour personnes âgées et en maison de repos et de soins jusqu'en 2050. Ainsi passe-t-on de quelque 130.000 unités en 2010 à quelque 205.000 en 2050, ce qui représente une augmentation de près de 60%.



Nombre et type de résidents en Wallonie et à Bruxelles (chiffres 2005)

Un autre tableau nous permet d'apprécier la répartition pour l'année 2005 du type de résidents présents en maisons de repos et maisons de repos et de soins.

**Nombre et type de résidents en Wallonie et Bruxelles
(Chiffres 2005)**

En 2005, l'Inami payait des forfaits à 111.066 résidents dont :

- 65.993 en MR;
- 45.073 en MRS.

	Résidents	%
O	23.045	34,9 %
A	18.813	28,5 %
B	11.320	17,2 %
C	5.950	9,0 %
Cd	6.865	10,4 %
MR	65.993	100,0 %
B	11.426	25,3 %
C	8.366	18,6 %
Cd	25.253	56,0 %
Cc	28	0,1 %
MRS	45.073	100,0 %
MR+MRS	111.066	

Source: Calculs SPF Economie sur la base des données de l'INAMI et des Perspectives démographiques, DFP - SPF Economie (DG5IB).

Ces chiffres de l'INAMI portent sur les patients classés en catégories de dépendance¹. Du fait que les personnes regroupées en catégorie Cd vont jusqu'à 56% d'occupation des lits de maisons de repos et de soins et vu l'incidence des démences séniles, il est facile de prévoir qu'il s'agit du secteur qui va le plus fortement augmenter dans les projections prévues pour les prochaines années.

D'une manière générale, la répartition actuelle permet déjà d'émettre certaines projections pour le futur, accompagnées d'une diminution importante de la partie résidentielle, à savoir la maison de repos pour personnes âgées *stricto sensu*.

¹ Ces catégories vont de 0, pour les résidents totalement indépendants, tant physiquement que psychiquement, à C, par degré croissant de dépendance. La catégorie Cd est constituée de résidents C mais considérés comme déments et la catégorie Cc sont des patients comateux.

Le travail à temps partiel

Parmi les problèmes relevés pour les métiers concernés, signalons que près de deux salariés sur trois du secteur travaillent à temps partiel.

De manière plus détaillée :

- Huit aides-soignantes sur dix travaillent à temps partiel. Cette situation résulte la plupart du temps de contraintes et non d'un choix personnel. Aussi est-il logique de constater qu'un grand nombre d'entre elles souhaitent changer de statut et travailler à temps plein ; mais ceci freinerait la flexibilité recherchée.
- Quatre infirmières sur dix travaillent également à temps partiel, situation qui résulte cette fois, le plus souvent, d'un choix personnel. Parmi celles qui travaillent à temps plein, un tiers souhaiterait passer à temps partiel.

Ces disparités s'expliquent notamment du fait que la pénurie d'infirmières leur permet d'avoir d'autres exigences que les aides-soignantes.

Le taux d'absentéisme et la question des remplacements

Le taux d'absentéisme varie fortement selon le type de maisons de repos :

- Il est de 9,5% dans les maisons de repos pour personnes âgées ;
- Il est quatre fois moins élevé (2,6%) dans les maisons de repos et de soins ;
- Il est le plus élevé (12,2%) dans les petites maisons de repos (de 1 à 30 résidents).

Ce qui pourrait sembler paradoxal au premier abord (on pourrait considérer que l'activité en maison de repos et de soins est plus importante) s'explique par le fait que les deux premières données se rapportent en réalité à des personnes aux activités sensiblement différentes : les unes relevant du résidentiel, les autres du soin.

Le taux plus important au niveau des petites maisons de repos s'explique quant à lui par les conditions de travail moins optimales qu'on y rencontre. Ces dernières années, le législateur a d'ailleurs décidé de hausser le nombre de lits minimum (actuellement 50 lits) dans les maisons de repos.

Les conséquences du vieillissement de la population sur le secteur du maintien et de l'hospitalisation à domicile

Je termine sur le secteur du maintien et de l'hospitalisation à domicile, à propos duquel il est bien sûr difficile d'obtenir et d'avancer des chiffres précis.

Il est cependant clair que l'avenir se jouera essentiellement à ce niveau – ce dont mes collègues ne manqueront pas de vous parler plus longuement. Le défi que pose le vieillissement de la population devra obligatoirement se résoudre, pour une bonne part, en maintenant autant que faire se peut les personnes âgées à domicile.

Il est probable que ce maintien à domicile des personnes âgées sera essentiellement l'œuvre des paramédicaux qui vont les prendre en charge, notamment au travers de nouveaux métiers liés à ce qu'on pourrait appeler du *coaching* :

- au niveau de l'éducation physique : avec des kinésithérapeutes et autres spécialistes physiques ;
- au niveau, très important, de la nutrition : les diététiciens vont avoir un rôle essentiel à jouer pour changer une situation où la dénutrition est devenue un véritable fléau ;
- au niveau de l'ergothérapie : en vue de la réorganisation de l'espace de vie des personnes restant à domicile, par rapport aux conseils qu'ils peuvent apporter pour éviter les chutes, etc.

Un ensemble de pratiques sont ainsi appelées à évoluer.

Je vous remercie.

M. Ivan Fagnant

Merci Monsieur Gillain. Vous nous avez fourni un certain nombre de chiffres et d'observations qui démontrent combien, dans ces métiers liés au vieillissement de la population, des possibilités d'emplois sont à découvrir.

J'appelle maintenant à la tribune Mme Christel Menozzi, Infirmière Chef de Service au CHU et Coordinatrice du Programme de Soins pour le Patient gériatrique.

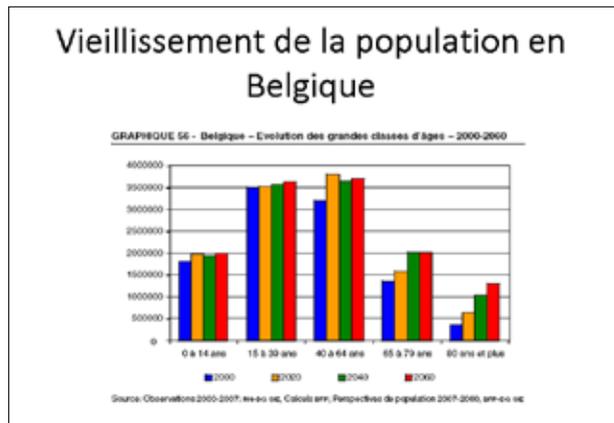


« L'évolution des métiers de soins en gériatrie : une approche pluridisciplinaire » par Mme Christel MENOZZI, Infirmière Chef de Service au CHU, Coordinatrice du Programme de Soins pour le Patient gériatrique

Bonjour à tous. Il m'a été demandé d'aborder avec vous l'évolution des métiers de soins en gériatrie, notamment au travers de son aspect pluridisciplinaire. A la suite de Monsieur Gillain, je reviens un bref instant sur le vieillissement de la population en Belgique, afin d'étayer mon exposé à partir de la situation existante.

Le vieillissement de la population en Belgique : évolution des grandes classes d'âges sur la période 2000-2060

Comme l'a expliqué Monsieur Gillain, selon les projections de l'Institut National des Statistiques concernant les perspectives d'évolution démographique, la tranche d'âge qui va connaître la croissance la plus importante dans les cinq prochaines décennies est celle des plus de 80 ans.



A partir de ces données, nous pouvons formuler deux constats :

- Le vieillissement de la population nécessite une adaptation de la nature et de la diversité des structures de soins existantes ;
- Le programme de soins pour le patient gériatrique constitue une première réponse à cette évolution.

Le programme de soins pour le patient gériatrique

Le but du programme de soins pour le patient gériatrique est de structurer la gériatrie pour tenter de répondre le plus efficacement possible au nouveau défi que pose le vieillissement de la population.

Selon l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007, le programme de soins pour le patient gériatrique (PSG) s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes : 1. Fragilité et homéostasie réduite ; 2. Polypathologie active ; 3. Tableau clinique atypique ; 4. Pharmacocinétique perturbée ; 5. Risque de déclin fonctionnel ; 6. Risque de malnutrition ; 7. Tendances à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ; 8. Problèmes psychosociaux.

On pourrait critiquer la limite d'âge inférieure arbitrairement fixée par l'A.R. du 29 janvier 2007 en arguant que diverses personnes présentent un profil gériatrique avant de l'avoir atteinte ; toujours est-il que c'est cette limite qui, à l'heure actuelle, est retenue dans les textes légaux.

Le programme de soins pour le patient gériatrique se compose : — d'un service de gériatrie agréé ; — d'une consultation de gériatrie ; — d'un hôpital de jour pour le patient gériatrique ; — d'une liaison interne ; — d'une liaison externe.

Liaison interne veut dire qu'une équipe mobile prend en charge tous les patients de plus de 75 ans qui, tout en ayant le profil gériatrique, n'occupent pas nécessairement un lit gériatrique ; cette équipe occupant une fonction de deuxième ligne, elle émet un avis aux équipes de première ligne à qui il revient de décider d'en tenir compte ou pas. Par

fonction de liaison externe, on entend que cette équipe fasse en sorte qu'un continuum puisse être assuré avec la sortie du patient, au domicile.

Attractivité pour les métiers de soins en gériatrie

L'attractivité pour les métiers de soins en gériatrie peut se résumer en quelques points :

- le patient gériatrique ;
- les différentes fonctions que suppose le programme de soins pour le patient gériatrique, avec : possibilité de mobilité professionnelle, diffusion de la culture gériatrique à l'échelle institutionnelle, suivi des patients, ... ;
- l'équipe pluridisciplinaire.

Le patient gériatrique

Quand j'ai postulé au CHU de Liège voici 11 ans en exprimant le vœu de travailler en gériatrie, j'ai dû justifier mon choix et négocier mon affectation. C'est qu'à l'époque (il n'y pas très longtemps), le service de gériatrie avait la réputation d'être le « *service des punis* », celui dont on disait qu'on risquait de vous y envoyer si vous déméritiez ailleurs.

Pourquoi voulais-je y travailler de mon propre gré ? Parce que le patient gériatrique est un patient qui présente une grande diversité de pathologies et nécessite toute une gamme de prises en charge. En outre, celles-ci ne se résument pas au seul aspect pathologique, mais englobent également tout ce qui relève du fonctionnel. En gériatrie, vous prenez véritablement le patient dans sa globalité.

Aux personnes qui nourrissent des a priori à son endroit, j'ai envie de dire qu'en faisant elles-mêmes l'expérience d'un service gériatrique, elles se rendraient rapidement compte de la diversité et de la richesse qu'on rencontre sur place.

Un programme, plusieurs fonctions

Une des volontés du service de gériatrie du CHU de Liège est de ne pas attacher les personnes à une seule fonction spécifique.

Monsieur Gillain nous a rappelé la tendance des infirmières à réduire leur temps de travail. Aussi faut-il reconnaître que, si travailler en service de gériatrie peut être physiquement endurant, travailler en fonction de liaison interne peut également l'être moralement, notamment du fait que les avis que vous émettez ne sont pas forcément pris en compte. C'est aussi ce qui explique cette volonté institutionnelle d'opter pour une plus grande polyvalence du personnel, en faisant tourner les infirmières et les divers membres des équipes paramédicales pour permettre à chacun de ne pas s'essouffler dans une fonction.

Cette pluralité des fonctions est du même coup gage de mobilité professionnelle accrue, d'opportunité de diffusion de la culture gériatrique à l'échelle institutionnelle, de suivi élargi des patients.

Par rapport à cette possibilité de diffusion de la culture gériatrique à l'échelle institutionnelle, je vous donne un exemple concret, avec la réponse donnée aux accidents constatés en service de gériatrie suite à des problèmes de confusion. Le groupe de travail qui s'est mis en place ne s'est pas arrêté à une réflexion exclusivement gériatrique, mais a proposé une réflexion beaucoup plus large, qui a abouti à la diffusion de messages d'origine gériatrique à l'ensemble de l'hôpital. Ainsi les problèmes identifiés ont-ils été pris en charge par l'ensemble de l'institution selon une façon de faire d'inspiration gériatrique. Voir diffuser à plus grande échelle ce qui est réalisé en gériatrie est bien entendu valorisant.

Par ailleurs, le fait que l'hôpital de jour soit inscrit dans le programme de soin gériatrique permet aux équipes tournantes de suivre l'évolution des patients arrivés au terme de leur hospitalisation. Ce que vous avez mis en place pour permettre leur sortie a-t-il pu être mené à bien ? Le patient garde-t-il des difficultés ? ... Ce suivi est également très valorisant et enrichissant.

« *Donner de la vie aux années et non simplement des années à la vie* » est une formule qui résume bien notre credo.

La gériatrie, une équipe pluridisciplinaire... qui tend vers l'interdisciplinarité

Qui dit gériatrie dit également équipe pluridisciplinaire. Vous n'êtes pas seul avec le patient, qui bénéficie au contraire d'une multitude d'intervenants. Ce n'est évidemment pas simple à gérer, dès lors que, habitués à leurs propres langages et objectifs, les différents acteurs doivent impérativement s'entendre sur une ligne commune à fixer pour le patient

La poursuite de cet objectif commun au service du patient par l'ensemble de ses membres fait d'ailleurs que cette équipe pluridisciplinaire tend vers l'interdisciplinarité. En gériatrie, chaque intervenant, qu'il soit ergothérapeute ou logopède, infirmier ou diététicien, doit pouvoir à la fois entendre et se faire comprendre de ses autres collègues – ce qui représente encore une autre richesse au quotidien.

Nous allons maintenant passer en revue les divers membres de cette équipe gériatrique, au premier rang de laquelle figure bien sûr le gériatre.

Le gériatre

On peut décliner l'essentiel des activités du gériatre au sein du service comme suit :

- mise au point médicale aiguë ;
- mise au point des thérapeutiques ;
- évaluation des capacités fonctionnelles (le gériatre est un des rares médecins à s'intéresser de près à tout ce qui est fonctionnel en plus des mises au point médicales) ;
- coordination des différentes fonctions du PSG (le gériatre joue véritablement un rôle de chef d'orchestre).

L'infirmier(ère)

En service gériatrique, le travail de l'infirmière (vous me permettrez de féminiser la fonction au départ de mon expérience propre) s'organise d'une façon bien particulière, que je défends ardemment. De fait, l'infirmière y travaille en « nursing global », à savoir selon une répartition de patients – et non de tâches – permettant une approche holistique rejoignant la philosophie du PSG et de la gériatrie en général.

Cela exige de l'infirmière :

- un questionnement permanent : par rapport aux objectifs de soins, par rapport aux actions à poser pour les atteindre ;
- une grande autonomie dans la prise de décisions : avec en corollaire, l'obligation pour l'infirmière d'évaluer en permanence son travail ;
- des compétences infirmières.

Nous bénéficions au CHU de Liège d'une politique institutionnelle qui veut que le service de gériatrie ne recrute que des infirmières, ceci étant précisé sans aucunement dénigrer le travail des aides-soignantes : quand j'ai commencé à travailler, j'ai moi-même été formée par des aides-soignantes qui m'ont fait profiter de toute leur expérience et expertise.

L'infirmière gériatrique, une coordinatrice des soins

Dans ce contexte de nursing global, l'infirmière devient une coordinatrice des soins.

L'infirmière gériatrique n'étant plus associée à une tâche précise (piques ou médicaments ou toilette ou pansements...), son quotidien est celui de quelqu'un qui a énormément de monde autour d'elle (médecins, kinés, ergos...). Son travail consiste à dépister et soulever les premiers problèmes ainsi qu'à relayer l'information aux différents intervenants. On est décidément très loin du cliché de l'infirmière exclusivement associée aux piqûres !

Cette polyvalence signifie aussi une qualité ainsi qu'une continuité des soins accrues. L'autre cliché mis à mal en programme de soin gériatrique est celui du patient devant

s'adresser à différentes personnes selon l'information à obtenir et ne sachant finalement plus à qui s'adresser. Ici, le patient peut véritablement compter sur l'infirmière comme personne de référence.

Tout cela implique bien entendu une responsabilisation importante de cette dernière : situation qui peut un temps l'effrayer sachant qu'elle va avoir en charge l'ensemble des actions à mener auprès du patient, mais qui, croyez-moi, représente autant une richesse pour elle qu'un confort et une satisfaction considérables pour le patient.

C'est une chance extraordinaire que de pouvoir travailler de cette manière, même si je suis bien consciente qu'au regard de la pénurie d'infirmières, il est hasardeux d'affirmer que l'on pourra indéfiniment maintenir la politique actuelle. Aussi suis-je convaincue de l'importance qu'il y a à assurer la meilleure communication possible lorsqu'on travaille avec des aides-soignantes, pour éviter toute perte d'information relative au patient.

Focus sur les compétences infirmières à travers le programme de soins gériatrique

Non content de définir le patient gériatrique, le programme de soins requiert également des compétences, notamment infirmières.

L'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 demande que, dans chaque service de gériatrie, il y ait minimum 4 ETP infirmiers spécialisés ou qualifiés pour 24 lits.

Existent deux possibilités :

- le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ;
- la qualification professionnelle particulière en gériatrie.

La première est organisée ici en plein exercice, la qualification étant quant à elle dispensée en 150 heures à horaire décalé.

Au niveau du service de gériatrie du CHU de Liège, 80% du personnel est effectivement formé. C'est vous dire la conscientisation très forte qui existe au niveau des directions des différents départements quant à l'importance de former le personnel.

Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute a également un rôle bien défini au sein de l'équipe gériatrique, avec pour principales missions :

- l'évaluation gériatrique globale ;
- le maintien de la réserve fonctionnelle résiduelle ;
- la revalidation (chute, traumatisme, longue hospitalisation) ;
- l'adaptation/instauration d'une aide technique ;
- la reprise de confiance en soi ;
- le contact avec le physiothérapeute ;
- le projet de sortie pour le patient.

Lorsqu'on sait quelle part importante des motifs d'hospitalisation en gériatrie représentent à elles seules les problématiques de chutes, on devine à quel point le rôle du kinésithérapeute est capital pour aider le patient à reprendre confiance en lui. En contact régulier avec le physiothérapeute, il est naturellement conduit à participer au projet de sortie du patient. Son regard est important pour pouvoir apprécier le devenir de celui-ci au regard des conditions de vie au domicile.

Son apport ne s'arrête pas pour autant à ces missions principales.

Par les conseils qu'il prodigue aux uns et aux autres, le kinésithérapeute est aussi celui qui peut aider le personnel soignant à installer correctement les patients, tout comme il peut aider ces derniers à maintenir leurs capacités fonctionnelles.

Le cas échéant, la personne maintiendra cette capacité comme elle le peut ! Un bel exemple est celui de la dame qui se meut à moitié pliée sur son déambulateur et pour qui c'est effectivement la seule manière de procéder pour continuer à se déplacer. Il faut savoir s'adapter. Je vous livre cette anecdote parce qu'elle résume finalement assez bien une des bonnes attitudes à avoir en service gériatrique : réfléchir au-delà des habitudes pour être capable de donner des réponses qui tiennent compte des possibilités réelles des patients.

Le psychologue

Le psychologue intervient en gériatrie dans de nombreux cadres.

Il occupe une position privilégiée pour identifier des troubles cognitifs ou thymiques. Il est essentiel pour tous les intervenants que ces troubles, qui peuvent avoir des répercussions dans la vie quotidienne des patients, soient repérés et identifiés. Dans l'ignorance d'un trouble n'ayant pas encore été mis en évidence chez tel patient, l'infirmière peut, par exemple, rencontrer des difficultés dans ses prises en charge quotidiennes.

Le psychologue peut également intervenir pour gérer des situations familiales difficiles, éventuellement conflictuelles. Par ailleurs, il n'est pas rare que les placements en maison de repos initiés par les familles soient vécus difficilement ou de façon culpabilisante. Aussi, le psychologue peut-il être amené à jouer un rôle de soutien aux familles, en plus de son attention portée au patient et de son rôle habituel d'information.

Le psychologue intervient bien entendu dans les situations de fin de vie.

Son rôle de soutien ne s'arrête pas aux patients et aux familles, mais concerne également les équipes. J'évoquais tout à l'heure le fait que le milieu gériatrique peut parfois être physiquement ou moralement exigeant.



Enfin, le psychologue participe activement aux formations des équipes soignantes. A partir du moment où chaque intervenant est susceptible d'arriver avec un vocabulaire et des connaissances non partagés, il est important que tous soient formés pour pouvoir se comprendre.

L'ergothérapeute

Les divers rôles de l'ergothérapeute en gériatrie peuvent s'énumérer comme suit :

- aider le patient à atteindre et/ou maintenir la plus grande autonomie possible ;
- soutenir la personnalité du patient ;
- apprendre à exploiter les possibilités de compensations lorsqu'un déficit subsiste ;
- améliorer et maintenir la qualité de vie à domicile ou en maison de repos ;
- maintenir et stimuler la capacité aux relations sociales ;
- prévenir la survenue d'atteintes secondaires ou consécutives à l'affection initiale.

Concrètement, l'ergothérapeute va effectuer du dépistage et notamment permettre de dresser un bilan des capacités résiduelles du patient. Il va alors proposer aussi bien des aides techniques (comme le déambulateur) que des mises en situation.

Avec une patiente qui a l'habitude de cuisiner, l'ergothérapeute peut très bien mener une activité cuisine. Il ne s'agit pas de faire de l'occupationnel, mais bien de proposer une activité thérapeutique, pour faire en sorte que le patient puisse gérer une recette, en planifier et organiser les différentes étapes.

Pareillement, l'ergothérapeute va penser au matériel nécessaire et aux dispositions à prendre pour assurer la sécurité du patient au domicile. Cela peut aller de l'aménagement des toilettes à la disposition des espaces de rangement, de l'acquisition d'un balai et d'une ramassette adaptés à la biotélévigilance. A partir du moment où il y a risque de chute, le patient retournant à domicile doit pouvoir s'y trouver en sécurité et appeler s'il a besoin d'aide. Le Dr. Petermans reviendra plus en détail sur ces questions.

Le diététicien

Monsieur Gillain l'a relevé : la dénutrition des personnes âgées est un véritable problème de santé publique. C'est dire l'importance que revêtent les différentes missions qui incombent au diététicien ou à la diététicienne.

Outre pour le dépistage de la dénutrition, le diététicien voit tous les patients pour effectuer un bilan nutritionnel. Celui-ci ne se limite pas aux échelles déjà validées, mais se base aussi sur des valeurs biologiques. Ainsi le diététicien veille-t-il à la bonne adaptation des goûts du patient hospitalisé.

Le diététicien effectue également le suivi des ingesta. Pour le retour au domicile ou en maison de repos, il dispense également des conseils pour enrichir les repas. Le patient dénutri a besoin d'apports caloriques et protéinés supplémentaires que l'on vend en pharmacie sous forme de compléments alimentaires souvent onéreux. Le diététicien est là pour donner des conseils lorsque la possibilité existe d'enrichir soi-même ses repas au domicile.

Le logopède

Le logopède intervient dans le cadre des troubles de la parole (dysarthrie) ou du langage (aphasie), de même qu'en cas de troubles de la déglutition (dysphagie).

Il peut donner des conseils par rapport aux aides techniques nécessaires, expliquer comment épaissir tel liquide, veiller à tel dosage, etc. Il agit donc en interaction constante avec l'assistant logistique, ainsi qu'avec l'infirmière ou l'aide-soignante.

Le pharmacien clinicien

Le rôle du pharmacien clinicien est d'assurer un usage aussi efficace et aussi sûr que possible des médicaments, de même que leur optimisation, qui revient à en augmenter l'efficacité tout en diminuant les effets indésirables et les coûts. Au CHU de Liège, nous avons la chance d'avoir une pharmacienne clinicienne au sein de l'équipe pluridisciplinaire, pour veiller à ce que les médicaments soient donnés au bon moment, au bon dosage et à la bonne personne.

Lorsque le patient arrive aux urgences, l'urgentiste, qui est confronté à un grand nombre de patients et à un large éventail de médicaments, n'a matériellement ni le temps, ni l'opportunité de régler ces questions avec la plus grande précision. Une des tâches du pharmacien clinicien sera donc de contacter le médecin-traitant et le pharmacien du patient pour vérifier que le traitement initialement décidé aux urgences est en parfaite

adéquation avec ses habitudes médicales, d'autant que le patient gériatrique arrive généralement avec une panoplie de médicaments pour laquelle un élagage peut et doit être fait.

Vu le très grand nombre de médicaments génériques existants, on ne peut pas toujours connaître les modes et les heures d'administration requis pour chaque médicament et chaque patient. Aussi le pharmacien clinicien apporte-t-il un soutien précieux aux différentes équipes soignantes pour préciser que tel médicament pour tel patient doit être donné, à jeun ou non, à telle heure et dans telle position.

Enfin, des études ont démontré qu'au sein des hôpitaux se produirait une erreur de médication par patient par jour d'hospitalisation (exclusion faite des erreurs portant sur le temps d'administration). Il va de soi que la présence d'un pharmacien clinicien peut efficacement contribuer à la diminution de ce taux d'erreur.

L'assistant social

L'assistant social occupe une place très importante en milieu gériatrique. Il fait partie des personnes qui vont préparer la sortie du patient, mettre en place les aides, les soins et le matériel médical nécessaires à domicile.

Le cas échéant, il fournit une aide à la recherche d'un centre de jour ou de loisirs ; idem pour la recherche d'une maison de repos et/ou de soins. Il apporte également son aide à l'organisation des transports.

Une mise sous administration provisoire de biens peut être prononcée pour un patient dont l'entourage s'est révélé malveillant, tout comme il arrive que le patient ne soit plus en mesure, de par ses troubles cognitifs, de gérer ses propres biens. Tant auprès des patients que vis-à-vis des familles, l'assistant social peut apporter information juridique et soutien administratif.

Enfin, l'assistant social peut aider par rapport à toute une série de démarches administratives, qui vont de la reconnaissance de handicap auprès du Ministère aux démarches à effectuer auprès des mutuelles, notamment pour permettre au patient d'avoir des allocations supplémentaires en fonction de son niveau de dépendance, etc.

Sans oublier...

L'aide-soignant. Le choix du CHU de Liège de privilégier le rôle des infirmiers en gériatrie ne remet pas en cause la contribution que les aides-soignants peuvent, d'une manière générale, apporter.

L'assistant logistique. C'est lui qui a en charge la commande des repas, du matériel, de tout ce qui est logistique. Il peut aussi être une source d'informations spécifique.

La technicienne de surface. Celle-ci partage souvent des moments privilégiés avec le patient, ce qui illustre parfaitement le principe selon lequel, en gériatrie, chaque intervenant a un rôle à jouer.

Le brancardier. Les brancardiers aussi peuvent être vecteurs d'informations.

...

Quand on énumère l'ensemble des intervenants, on se rend compte que cela fait beaucoup de monde, d'où l'importance des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, où chacun exprime sa position et où tout le monde se met d'accord sur un même objectif de soins pour le patient.

Les perspectives d'avenir

- De nouveaux métiers en gériatrie ? Le développement attendu de la gériatrie ne va-t-il pas générer de nouvelles synergies et de nouvelles fonctions ?

Dans certaines institutions de soins, des *éducateurs* travaillent déjà au sein ou en collaboration avec les services de gériatrie. Ceux-ci peuvent notamment permettre aux personnes âgées de rester en phase avec les évolutions de l'environnement technologique quotidien. Songeons aux GSM et ordinateurs déjà en voie d'être remplacés par des smartphones et tablettes. La certitude de partager notre quotidien de demain avec bien d'autres innovations sous-entend automatiquement la mise à jour des aînés.

Si des technologies nouvelles peuvent déjà nous aider à favoriser le retour au domicile et le maintien de l'autonomie (sujet que le Dr. Petermans développera dans un instant), cela pourrait vouloir dire qu'à terme, des *ingénieurs* et des *techniciens* auront directement leur place en milieu gériatrique.

Enfin, on peut s'attendre à la venue prochaine de *docteurs en santé publique* au sein d'équipes gériatriques.

- De nouvelles structures de soins ? Une réorganisation des soins ?

Le vieillissement de la population ne va-t-il pas exiger, à terme, que de nouvelles structures de soins gériatriques voient le jour ? L'hôpital étant déjà confronté à la terrible réalité du manque de places en maisons de repos, n'allons-nous pas être amenés à créer des structures intermédiaires entre l'un et l'autre ? On notera qu'il existe déjà des maisons de convalescence, où les places sont également limitées. C'est pourquoi on peut se demander si nous n'allons pas assister, dans le futur, à une réorganisation plus profonde des soins. Dans ce contexte, une des solutions pourrait peut-être consister en de courts séjours dans des structures nouvellement conçues en ce sens.

- La place de la prévention et de l'éducation du patient ?

En termes de santé publique, n'allons-nous pas devoir mettre prioritairement l'accent sur la prévention et l'éducation du patient ? Un des principaux objectifs à poursuivre ne sera-t-il pas d'apprendre au patient à devenir partenaire et acteur de ses soins, en le responsabilisant et le consultant davantage.

Je vous remercie pour votre attention.

M. Ivan FAGNANT

Merci, Madame Menozzi. Je ne doute pas un instant que le message que vous souhaitiez faire passer a intéressé tous les jeunes qui sont ici, tant on sent à quel point vous êtes impliquée dans ce que vous faites.

Cette équipe pluridisciplinaire dont vous parlez peut certainement faire l'objet de travaux de fin d'études concertés sur un site comme celui du Barbou, qui forme à la fois des infirmières, des logopèdes, des kinésithérapeutes, des diététiciens, ... Ce genre de travaux coordonnés peuvent apporter beaucoup aux étudiants comme à l'établissement – une idée à développer si ce n'est déjà fait.

Dr. Petermans, vous avez été indirectement introduit par Madame Menozzi, qui faisait allusion à vos talents de chef d'orchestre ; je vous laisse la parole sans plus attendre.

« Les métiers de soins et l'aide aux personnes dans le futur : la place des gérontechnologies » par le Prof. Dr. Jean PETERMANS, Gériatre, Chargé de Cours à l'Université de Liège, Chef de Service de Gériatrie au CHU de Liège

Merci Monsieur le Président et merci à l'asbl Les Amis de Jean Boets de nous avoir invités pour partager notre enthousiasme pour la gériatrie. Madame Menozzi vient de vous le dire : travailler en gériatrie est une expérience extrêmement riche, notamment du fait qu'on travaille en équipe. La comparaison du gériatre avec un chef d'orchestre est d'autant plus flatteuse pour moi que je n'ai aucun don pour la musique. Toujours est-il est que je suis effectivement dans une position où je peux profiter des accords et des apports qui me sont fournis par les différents intervenants pour en quelque sorte les mettre en musique.



Cela étant, comme nous l'a montré Monsieur Gillain, nous devons également nous positionner face au défi sociétal que représente le vieillissement de la population. Ce qui exige de nous que nous posions aussi une réflexion en matière de santé publique et que nous fassions preuve d'imagination et d'innovation pour pouvoir continuer d'avancer. Nous vivons dans une société qui évolue sans cesse, où la technologie prend de plus en plus d'importance et peut contribuer, dans bien des domaines, au développement de divers concepts comme au progrès social. Qu'en est-il dès lors en gériatrie ?

La gérontechnologie : définition

Dans ce cadre, la gérontechnologie est une approche multidisciplinaire nouvelle des technologies au service du soin et de la qualité de la vie, comme du maintien de l'autonomie des personnes âgées, fragilisées et/ou handicapées par des pathologies chroniques invalidantes.

Au service des patients, cette gérontechnologie se conçoit aussi au service de leurs aidants, qu'il s'agisse des aidants professionnels, familiaux ou plus personnels.

Qu'en est-il en Belgique ?

Force est de constater que, jusqu'ici, la gérontechnologie est encore peu développée et relativement peu connue en Belgique. A tel point qu'il est parfois difficile d'y obtenir certaines informations spécifiques sur le sujet, ce qui explique que je vais aussi vous rendre compte, pour élargir notre vision, de ses développements à l'étranger. S'agit-il d'un problème de méconnaissance ? D'intérêt limité ? Notre pays a-t-il d'autres préoccupations ? D'autres priorités ? Toujours est-il que le fait est là.

Quel type de matériel ?

Ces questions en amènent une autre, centrale, qui est de savoir quel type de matériel doit être développé pour faire de la gérontechnologie au sens où je viens de la définir :

- pour l'aide et le maintien de l'autonomie ;
- sachant qu'il existe des moyens de surveillance et de diagnostic dans les problèmes gériatriques, comme les problèmes de marche, du trouble de l'équilibre, de la prise de médicament, etc.

La biotélégilance, définition et diffusion

Pratiquement aussi vieille que la gériatrie elle-même en tant que discipline médicale spécifique, la biotélégilance existe depuis 25 à 30 ans. Elle consiste le plus souvent en un petit boîtier que l'on porte autour du cou pour pouvoir donner l'alarme en cas de problème.

Parmi les quelques données dont nous disposons, nous savons qu'en Belgique, 46% des personnes âgées de plus de 85 ans disposent d'un système de biotélégilance à la maison (chiffres SPF Santé, 2011).

Pour pouvoir donner l'alarme, encore faut-il que la personne soit capable de pousser sur le bouton prévu. Or, si nous disposons des chiffres de diffusion de ce système, nous n'avons malheureusement pas d'informations précises sur son utilité effective. Ce service permet-il de prévenir des accidents liés à des chutes ? En cas de chutes, permet-il de relever les personnes plus vite ? Permet-il d'intervenir rapidement, là où des personnes restent parfois à terre dans des situations confusionnelles qui peuvent durer des heures ? S'il paraît évident que toutes ces questions sont du plus grand intérêt, hélas, aucune étude de validité ne vient mesurer l'efficacité de ce service.

L'offre de biotélévigilance

Plus étonnant encore, d'après des données de 2009, la proposition de biotélévigilance par les organisations d'aide (notamment les services d'aides à domicile et les mutuelles) varie considérablement selon que l'on se trouve en Flandre (71%), à Bruxelles (33%) ou en Wallonie (14%).

C'est un problème pour lequel nous n'avons pas réellement d'explications, ni de réponses, ce qui a motivé Monsieur Gillain à réaliser une enquête auprès des maisons de repos wallonnes. Celle-ci a été menée dans le cadre de notre participation au projet européen Interreg IVb sur les défis du vieillissement (Interreg IVb - HDC : Health and Demographic Changes, 2007-2013).

L'étude réalisée auprès des maisons de repos en Wallonie

Le but de cette enquête était de déterminer l'influence des gérontechnologies en première ligne de soins, en recueillant l'avis des aidants.

La méthodologie utilisée a consisté en un premier envoi d'une lettre avec questionnaire aux directeurs et médecins coordinateurs de maisons de repos, suivi d'un premier rappel téléphonique un mois après et enfin d'un deuxième rappel une fois passée la date limite de retour des réponses.

Les questions posées par cette enquête peuvent se résumer en deux axes :

- Connaissez-vous la gérontechnologie et ses techniques ?
- Envisagez-vous de les utiliser ?

Le taux de réponse après 3 appels

Le premier indicateur révélé par cette enquête fut son taux de réponse extrêmement bas : moins de 10%, que ce soit au niveau des maisons de repos du secteur commercial (4,9%), que non commercial (7,4%) ou public (9,3%).

Or, tout en sachant que le taux de réponse attendu pour ce type d'enquête reste toujours très modeste, généralement il tourne quand même aux alentours des 20%. Autrement dit, ne pas atteindre la moitié de ce taux offre une première réponse sur le faible développement actuel des gérontechnologies en Belgique, et singulièrement en Wallonie.

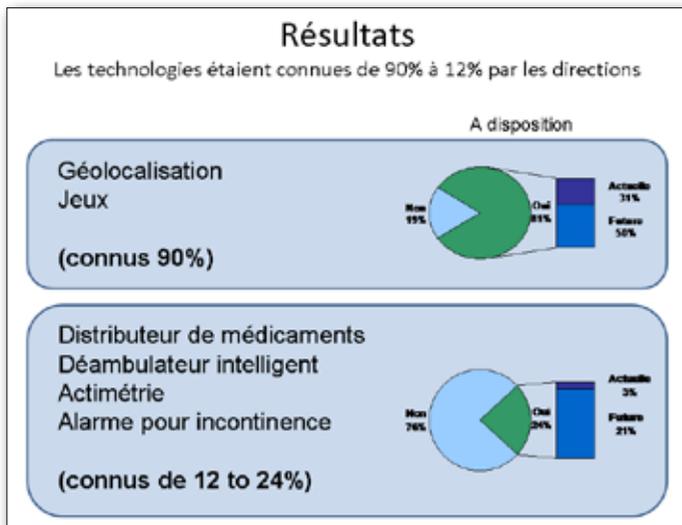
Les questions plus en détail

Voici quelques-unes des questions que nous avons adressées aux responsables contactés.

- Connaissez-vous et/ou avez-vous l'intention d'utiliser un distributeur électronique de médicaments ? (Madame Menozzi a évoqué la question des médicaments tout à l'heure.)
- Un déambulateur intelligent ? (Certains équipements peuvent ainsi avertir, voire réagir, en cas d'obstacle : klaxon ou avertisseur, frein ou arrêt éventuel, etc.)
- Idem pour l'actimétrie ? (Il s'agit d'une mesure de l'activité.)
- La géolocalisation ? (Essentiellement permise à l'aide de GPS spécifiques.)
- L'alarme pour incontinence ? (Par exemple, des langes qui changent de couleur ou se mettent à sonner lorsqu'ils sont saturés.)
- Les jeux ?
- La stimulation cognitive ?

Des résultats significatifs

Au moment de l'enquête, toutes ces technologies que je viens de citer étaient connues par 12 à 90% des directions des maisons de repos selon la technologie incriminée :



- la géolocalisation et les jeux étant connus par 90% des directions ;

- toutes les autres technologies pouvant aider à la pratique des soins étant nettement moins connues (de 12 à 24%).

Concernant leur mise à disposition :

- la mise à disposition actuelle des jeux et de la géolocalisation était quand même de 31%, avec une mise à disposition future de quelque 50% (en prenant en compte les intentions) ;
- pour toutes les autres technologies envisagées, l'enquête a révélé des chiffres beaucoup plus faibles, avec une mise à disposition actuelle de 3% et une mise à disposition future de 21%.

Autrement dit, les réponses sont également restées très timides quant à l'intention de s'informer et d'informer, comme d'investir dans ces domaines.

La question de l'accès à la communication par voie informatique

Parmi les questions posées, figurait celle de savoir si les résidents ont un accès à la communication par voie informatique. Cette question n'est pas tout à fait anodine, dès lors qu'un Arrêté Royal du 15 octobre 2009 du Gouvernement wallon, portant exécution du Décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées (Moniteur Belge du 12/11/2009, p. 71995), exige qu'un accès Internet soit possible en maison de repos, stipulant qu'un endroit soit équipé d'un ordinateur capable d'envoyer et de recevoir des messages.

Or, moins de 65% des maisons de repos proposent cet accès à l'Internet, de même, d'ailleurs, qu'à un ordinateur classique. Cela nous a permis de nous rendre compte que, même dans une matière exigée par la Loi, celle-ci est plus ou moins bien respectée.

Les conclusions de l'étude

Les conclusions de cette étude sont tout, sauf réjouissantes.

- En premier lieu, l'étude a révélé la faible participation et le peu d'enthousiasme des intervenants sollicités ;
- Ensuite, tout indique qu'une information soit indispensable, de même qu'une formation et un enseignement aux nouvelles technologies ;
- Enfin, on peut craindre qu'il faille attendre la prochaine génération de résidents pour voir imposés les changements nécessaires.

Aider les gens à vivre, être soignés et vieillir chez eux

Face aux défis posés au système de santé, il faut impérativement innover et imaginer de nouvelles approches utilisant le potentiel des technologies numériques pour aider les gens à vivre, être soignés et vieillir chez eux.

Vu la situation à la traîne en Belgique, nous ne devons pas hésiter à aller voir ailleurs et notamment en France, où existent des plateaux de réflexion sur les gérontechnologies.

Les besoins fondamentaux exprimés par les personnes âgées fragiles

Quels sont les principaux besoins exprimés par les personnes âgées fragiles ? (Frédéric Balard, 2012)¹

- *Etre chez soi*. En premier lieu, les personnes âgées demandent à rester chez elles : pour pouvoir préserver leurs repères, pour pouvoir conserver un sentiment de maîtrise sur ce qu'elles font, pour pouvoir continuer à donner du sens à leur existence, pour pouvoir préserver leur réseau social, leur façon de fonctionner, etc.
- *Marcher*. Pour pouvoir préserver tout ce qui précède, les personnes âgées doivent être capables de marcher (à ne pas confondre avec la capacité de se déplacer).
- *Ne pas être « à la merci de tout le monde »*. Ce qui est encore différent que d'être véritablement indépendant, même si cette volonté qu'ont les personnes âgées suppose une certaine indépendance et autonomie.
- *Etre utile*. Ce qui est bien différent que d'être simplement occupé.
- *Etre écouté*. Ce qui est encore différent que d'être entendu : cela étant, le fait de ne pas toujours être entendu n'enlève rien à l'importance de se savoir écouté.
- *« Avoir toute sa tête »*. L'expression consacrée suppose que l'on soit encore capable de se rendre compte de ce qu'on fait, de se rappeler ce qui compte, d'être encore en mesure d'apprécier ce qui va et ce qui ne va pas, de pouvoir interagir avec les proches.

En France, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA) reformule et segmente ces principaux besoins comme suit : maintien à domicile et en sécurité ; besoin de communication ; besoin de mobilité ; stimulation des capacités cognitives (nécessaires pour permettre aux personnes de fonctionner).

Voilà pour les besoins fondamentaux auxquels doit répondre une vraie politique d'aide et de soins aux personnes âgées, a fortiori à domicile.

¹ BALARD F., BERR C., BLAIN H., ROBINE J.-M., *La révolution de la longévité des adultes*, Médecine/Science, 28, 3, 2012.

Des équipements divers pour l'habitat

Pour permettre et prolonger le plus longtemps possible la satisfaction de ces besoins au domicile, divers équipements existent déjà.

- Au niveau de l'habitat proprement dit : domotique, contrôle d'accès, salle de bain et WC adaptés, lits médicalisés, chemins lumineux, ...
- Au point de vue mobilité et transport : système anti-errances, déambulateurs, accessibilité et véhicules adaptés, ...
- En termes de santé et bien-être : détection des chutes, suivis d'activité, musicothérapie, snoezelen (stimulation multisensorielle contrôlée), ...
- Pour la communication et le lien social : téléphonie et informatique adaptés, visiophonie, en plus d'ateliers mémoire, ...

On pourrait encore ajouter d'autres équipements à cette panoplie : détecteurs de gaz, volets roulants, pèse-personne, capteurs de mouvement, portes motorisées, automatisation des lumières, etc.

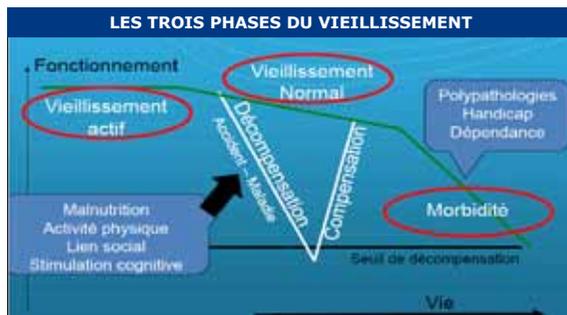
Une fois tous ces équipements énumérés, on se rend bien compte que cet habitat demeure pour l'instant largement utopique, principalement en raison de son coût. Sans forcément aller aussi loin, ce genre de configuration pourrait toutefois représenter un objectif à atteindre dans les décennies futures, avec ce que cela suppose de réflexion sur l'habitat, la ville et l'aménagement du territoire de la part des pouvoirs publics.

Le paradigme fonctionnel, une nouvelle approche de la santé et de sa prise en charge

La satisfaction des besoins dont nous avons parlé suppose une nouvelle approche de la santé : il ne s'agit plus uniquement de guérir, mais de permettre au patient et à la personne de vivre le mieux possible (de « fonctionner »). Nous sortons du paradigme médical strictement hippocratique pour entrer dans le paradigme du fonctionnel. Lorsqu'un problème survient, il ne suffit plus d'établir un diagnostic puis de donner un traitement médical ou chirurgical pour imaginer que le problème est réglé ; encore faut-il que la personne puisse « fonctionner », c'est-à-dire, dans une large mesure, qu'elle puisse vivre chez elle et en autonomie.

Dans ce contexte, une importance croissante est également accordée à la prévention comme à la gestion de la compensation. Ainsi passons-nous de l'hospitalo- au domicilo-centrisme, où le domicile acquiert un rôle nouveau, en devenant prioritairement l'endroit où la personne âgée doit non seulement continuer à vivre, mais doit être soignée, aidée, prise en charge.

Les trois phases du vieillissement



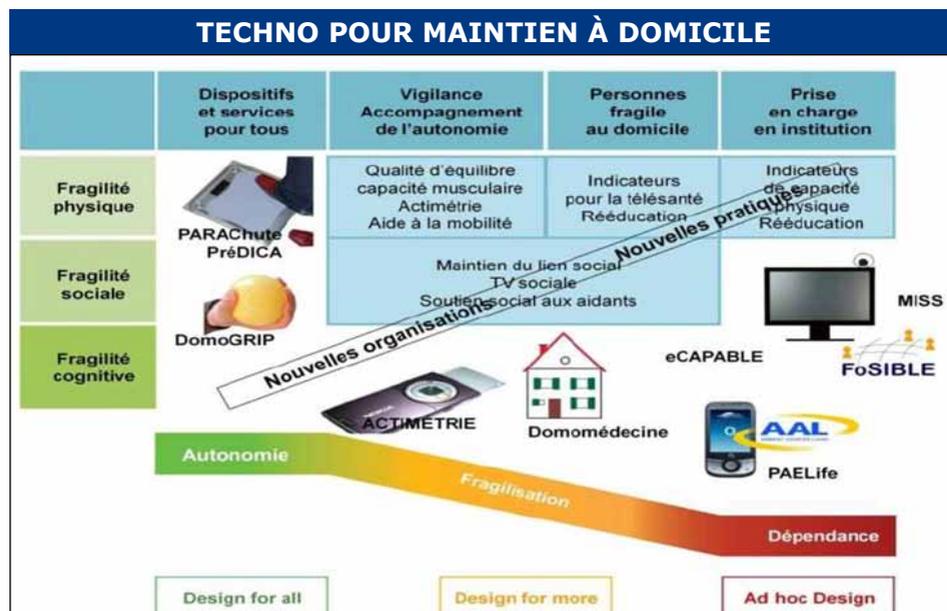
Selon le diagramme de Bouchon, nous passons d'un vieillissement actif à un vieillissement normal, suivi d'une période de morbidité :

- En phase de vieillissement actif, la personne fonctionne bien.

- A partir de 65-70-75 ans selon les individus, la personne rentre en phase de vieillissement normal, phase à partir de laquelle elle décompense progressivement. A différents niveaux (nutrition, activité physique, lien social, stimulation cognitive) commencent à se manifester des troubles divers, synonymes d'accidents ou de maladies. Durant toute cette période, des phénomènes de compensations jouent encore en faveur d'un fonctionnement diminué mais néanmoins valide.
- Ensuite, se poursuit la décompensation pour en arriver à un état polypathologique d'incapacité et de handicap, accompagné d'un état de plus en plus important de dépendance et de morbidité.

Nous avons vu avec Monsieur Gillain qu'à l'heure actuelle, les deux dernières phases représentaient à peu près la moitié de l'espérance de vie des personnes qui ont 65 ans. C'est pourquoi notre objectif est d'essayer d'augmenter le temps de vie passé en phase de vieillissement actif et de réduire le temps de vie en phases de décompensation et de morbidité.

Trois exemples de techniques pour le maintien à domicile



Sur le tableau proposé, on se rend compte que, plus on avance en âge et plus on devient fragile et dépendant, plus on peut être aidé par des techniques existantes, que ce soit : des dispositifs de surveillance d'activité et de mobilité ; des indicateurs pour la rééducation ; des indicateurs de capacité physique ; etc.

Toutes ces techniques peuvent être fortement corrélées à la fragilité (physique, sociale, cognitive), ainsi qu'à l'évolution de l'autonomie.

Dès aujourd'hui se manifestent des besoins qu'il est possible de rencontrer avec de nouveaux équipements, que je vais illustrer avec trois exemples : la géolocalisation, l'actimétrie et la robotique.

La géolocalisation

La géolocalisation au quotidien, nous l'avons attendue longtemps ; elle est désormais effective depuis 2005 et de plus en plus mise en place dans le contexte des résidences-services et des maisons de repos, mais également au domicile, où on peut désormais surveiller la circulation de la personne âgée.

Il s'agit de systèmes GPS plus précis que ceux utilisés en voiture, qui permettent de situer les personnes jusqu'à moins de 50 cm près.

A défaut d'être une technologie originale, la géolocalisation permet sans conteste d'accroître une forme de surveillance adaptée.

L'actimétrie

L'actimétrie consiste à mesurer l'activité des personnes ; c'est une technologie en plein développement, jusqu'ici essentiellement utilisée sous forme de montre ou de ceinture.

L'activité des personnes change évidemment en fonction de ce qu'elles font et se révèle très différente selon que ces personnes dorment, qu'elles sont traitées (certains traitements peuvent avoir une incidence plus ou moins importante sur l'activité) ou qu'elles manifestent des troubles du comportement. C'est pourquoi l'actimétrie se concentre principalement sur le contrôle du sommeil, l'influence des traitements et l'activité des patients déments.

C'est grâce à l'actimétrie qu'on va pouvoir mesurer l'effet réel de certains traitements : en termes d'effets positifs si l'objectif est par exemple de calmer une personne confuse ; en termes d'effets négatifs si l'objectif est de tenter de rendre la personne la plus autonome possible.

Les équipements qui la rendent possible font actuellement l'objet de nombreuses recherches et études. Ils sont appelés à progressivement remplacer les actuels systèmes de biotélévigilance et à être de plus en plus utilisés par les services d'aide à domicile.

La robotique

La robotique représente le troisième grand axe des techniques mises au service du maintien à domicile et de l'aide aux personnes âgées.

Concrètement, le robot peut être développé sous les formes les plus diverses : robot-thérapeutique qui aide, robot-animal qui anime, robot-humanoïde qui agit, mais aussi, plus simplement, robot-bouilloire, robot-baignoire, etc. Le robot à distribuer les médicaments est déjà très utilisé au Japon.

Même si la compagnie des robots est pour l'instant moins partagée dans notre culture, les opportunités existent déjà et vont continuer de se développer.

Les limites en bref

Face aux possibilités offertes par toutes les avancées techniques en cours, nous devons toutefois rester vigilants.

Tout d'abord, si nous n'y prenons garde, nous pourrions vite nous retrouver dans un environnement à la *Big Brother*, sous le feu permanent d'un contrôle et d'une surveillance sans freins. Pour préserver le respect de la vie privée et éviter certains problèmes éthiques, il va nécessairement falloir mettre en place des barrières et imposer des limites claires à ce que permettent ces nouvelles techniques.



Autre problème à prévenir : le développement de technologies-gadgets qui, en réalité, ne servent à rien... sinon à densifier inutilement cet environnement à maîtriser dont je vous parle et à compliquer encore un peu plus les choses.

La complexité est d'ailleurs le troisième grand piège à éviter pour ces technologies, qui doivent devenir et rester d'une utilisation accessible.

Enfin, toutes ces techniques doivent aussi rester abordables en termes de coûts.

A propos d'éthique

« Alors que les technologies d'assistance pour personnes en situation de handicap ont déjà acquis leurs lettres de noblesse et sont quasiment considérées comme bienfaitrices (fauteuils roulants motorisés, téléthèses, domotique, bras robotique, logiciels pour malvoyants...), les gérontechnologies semblent avoir d'abord à faire la preuve de leur moralité. On leur demande de ne pas remplacer les humains par les machines. » (Vincent Rialle, 2007)¹

Médecin bio-ingénieur de la région de Grenoble, Vincent Rialle est certainement une des personnes les plus avancées en Europe en matière de gérontechnologies. Il constate pour sa part que celles-ci doivent encore faire la preuve, non de leur efficacité, mais de leur moralité.

Nombreuses sont en effet les questions que nous nous posons à l'endroit des gérontechnologies. Celles-ci ne vont-elles pas être (trop) intrusives dans notre vie ? Ces outils et ces machines vont-elles s'adapter à notre vie ou est-ce nous qui allons devoir nous adapter à elles ? Toutes ces questions soulèvent d'importants problèmes éthiques.

Que nous dit (dicte) l'éthique ?

Je vous propose d'énumérer quelques éléments ou principes qui peuvent utilement guider l'action :

- Ne recourir à la technologie que si ce recours est clairement utile à la qualité de la vie et apporte un bénéfice au patient.
- L'usage du dispositif ne doit pas être fait « contre le malade ». Autrement dit, tout cela doit se faire et se concevoir en accord avec le patient, à défaut de quoi cet usage serait synonyme d'une restriction de sa liberté, d'un non-respect de

¹ RIALLE V., *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille*, Rapport ministériel remis le 05/05/2007, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris: La Documentation Française.

son refus exprimé sous diverses formes, d'une déshumanisation des soins, d'un usage contrôleur à la *Big Brother* (point d'autant plus sujet à débat qu'un tel usage, dans une certaine mesure, existe déjà ; ne songeons qu'aux éléments présents dans la plupart de nos GSM et smartphones capables de retracer nos déplacements, voire faits et gestes).

- Tenir compte au contraire des souhaits de la personne exprimés sous diverses formes.
- Prendre l'avis de plusieurs personnes sur l'intérêt du dispositif.
- Toujours encourager le malade à utiliser, voire à développer ses réserves cognitives.

De la contention physique et chimique à la contention virtuelle

La contention physique est celle que nous connaissons dans les hôpitaux et les maisons de repos, où chaque prescription médicale doit être justifiée et répondre à la question : pourquoi prescrivez-vous telle rétention, telle contention, à telle personne ? Encore faut-il que nous restions extrêmement vigilants par rapport à la contention chimique, qui est celle produite par les médicaments chez les personnes confuses et peut s'avérer tantôt utile, tantôt inutile.

Enfin, apparaît maintenant une nouvelle forme de contention, virtuelle, qui serait celle opérée par cette « grande surveillance » que rendent désormais possible les gérontechnologies. C'est une donnée de toute première importance que nous devons toujours garder en tête.

Si Ivan Illich reste controversé dans le milieu médical, j'estime pour ma part que la réflexion de l'auteur de « *Némésis médicale* » peut utilement nourrir la nôtre, comme c'est le cas quand il déclare, dès son ouvrage précédent : « *J'appelle société conviviale une société où l'outil moderne est au service de la personne intégrée à la collectivité. L'homme qui trouve sa joie et son équilibre dans l'emploi de l'outil convivial, je l'appelle austère. L'austérité fait partie d'une vertu plus fragile qui la dépasse et qui l'englobe : c'est la joie, l'eutrapelia, l'amitié.* »¹

¹ ILLICH I., *La Convivialité*, Seuil, Paris, 1973 ; *Némésis médicale*, Seuil, Paris 1975.

L'accessibilité technique

Parmi les limites relevées par les principaux intéressés dans les différentes études réalisées en ce domaine, la complexité d'utilisation de ces technologies par les soignants est régulièrement citée.

Ce qui est valable pour les soignants l'est aussi, dans une certaine mesure, pour les patients. Si vous devez pousser sur trois boutons en même temps ou presser trois boutons selon un séquençage différent pour chaque action, l'instrument rebute. Tout qui a déjà été amené à apprendre l'utilisation du GSM à ses grands-parents se rend parfaitement compte que la complexité d'emploi est un facteur auquel on doit rester particulièrement attentif.

Bien entendu, quelle que soit la technologie envisagée, celle-ci nécessite toujours un apprentissage, de même que tout nouvel outil exige toujours un temps d'adaptation avant que puisse être pleinement partagée et démontrée son efficacité. C'est aussi pourquoi les médecins-gériatres, les infirmiers-gériatres, et, d'une manière générale, les intervenants en gériatrie doivent participer, de concert avec les ingénieurs, à la réflexion sur l'utilité de ces technologies.

Le coût pour l'institution ou la personne âgée et sa famille

Le coût des gérontechnologies ne doit pas les réserver aux seuls nantis et créer de prise en charge à deux vitesses.

Cela implique qu'à terme, il faudra inévitablement faire porter la réflexion sur le rôle des pouvoirs publics, de la sécurité sociale, des mutuelles, en matière d'aide à l'utilisation de ces technologies.

Bien d'autres avantages

Ces limites étant précisées, il va de soi que les gérontechnologies peuvent nous procurer bien d'autres avantages en apportant une aide aux personnes, aux aidants, aux professionnels, que ce soit en matière de surveillance à distance, de communication, d'information vitale et fonctionnelle.

Enfin, les gérontechnologies peuvent nous apporter de nouvelles approches diagnostiques.

Pour en savoir plus : le réseau CNR-Santé

Les personnes qui souhaitent en savoir plus sur les gérontechnologies et approfondir les divers thèmes que nous avons abordés peuvent s'adresser au réseau CNR-Santé¹, réseau français qui travaille dans le sens d'un maintien accru des personnes âgées à domicile, avec la plus grande autonomie et la meilleure santé possible. Il regroupe un grand nombre de sociétés travaillant dans le domaine des gérontechnologies.

Retour sur la transition démographique : contrainte ou opportunité ?

La transition démographique est une réalité avec laquelle nous allons devoir, d'une manière ou d'une autre, composer.

Si elle constitue une contrainte inédite pour la société, elle peut également représenter une formidable opportunité, à condition d'en faire un nouveau socle des politiques publiques et à condition d'agir prioritairement sur la prévention.

Pourquoi ? Parce qu'il est illusoire d'imaginer que le nombre de soignants et d'intervenants puisse croître en proportion du nombre de personnes âgées attendues dans les 20 à 30 prochaines années. Par contre, si nous savons profiter de cette transition dans notre société en crise, nous pouvons créer non seulement de nouveaux emplois (SAP, production, artisans), mais aussi de nouveaux métiers, produits et services (adaptation de l'habitat, soins).

¹ Site du réseau CNR-Santé : www.cnr-sante.fr ; pour obtenir plus d'informations, contacter ou rejoindre le réseau : contact@cnr-sante.fr

Un défi nous est lancé. Il nous appartient d'en profiter pour mettre en œuvre une politique volontaire de recherche et de développement, pour créer de nouveaux emplois et services en même temps que de nouvelles technologies, et ainsi contribuer à un nouvel essor économique et social.



Dans ce contexte, il est absolument incontestable que les gérontechnologies peuvent nous apporter beaucoup et nous être extrêmement bénéfiques.

Il me reste à me tourner vers les étudiants et les plus jeunes d'entre nous pour leur dire ceci : dans votre métier et quelle que soit votre spécialité, vous allez inévitablement être amenés à côtoyer de près ou de loin les gérontechnologies, de même que vous allez nécessairement être amenés à réfléchir à de nouvelles façons de travailler. C'est une chance, et c'est tout le bien que je vous souhaite. Je vous remercie.

M. Ivan FAGNANT

Merci, Dr. Petermans. Des personnes souhaitent-elles poser des questions ou réagir par rapport à tout ce que nous avons entendu aujourd'hui ?

Comme il n'y pas de demandes d'interventions particulières, nous allons clore nos travaux en récapitulant quelques points qui ont été développés.

Monsieur Gillain a ouvert les exposés en nous apportant un grand nombre d'informations et de chiffres sur le problème du vieillissement de la population. Comme je m'en rapproche assez vite, j'ai retenu, non sans un soupçon d'appréhension, que la limite inférieure à partir de laquelle un patient peut être considéré gériatrique est de 75 ans ! Cela étant, le principal enseignement que je retiens de son exposé est que nous vivons dans une société qui a considérablement évolué depuis un siècle et continue de le faire,



comme nous le montrent des projections qui n'hésitent d'ailleurs pas à aller au-delà des années 2050. Je m'adresse à mon tour aux plus jeunes pour bien leur faire comprendre qu'en 2050, eux-mêmes auront la soixantaine, dans un contexte où l'on ne prendra probablement plus sa retraite à 60 ans. On la prendra plus tard, ce qui sous-entend que vous serez par définition des « actifs » : « actifs » dont on va effectivement prolonger la période d'activité, comme l'a bien montré le Dr. Petermans.

Avant lui, Madame Menozzi nous a parlé avec beaucoup d'engagement du travail en équipe que suppose la gériatrie. Cette gériatrie s'appuie sur une pluridisciplinarité qui s'impose progressivement comme le nouveau modèle de travail dans les hôpitaux, mais aussi, probablement, à terme, dans les maisons de repos et tous les endroits où l'on s'occupe d'une manière ou d'une autre des personnes âgées fragilisées. Comme je l'ai déjà suggéré, cette tendance peut aussi se retrouver au cœur même de divers travaux de fin d'études, dès lors que l'école et le site où nous nous trouvons aujourd'hui rassemblent de nombreuses spécialités concernées.

Quant au Dr. Petermans, il nous a parlé des apports que vont amener les gérontechnologies au service des soins, de la qualité de la vie, de l'autonomie. Cette autonomie fait sans conteste partie de ce à quoi aspirent le plus les personnes âgées. Je salue au passage Monsieur Cayet, notre Président d'Honneur, qui, à plus de 90 ans, fort de sa vitalité habituelle, nous fait le plaisir d'être parmi nous pour participer à nos travaux. Monsieur Cayet ne me contredira pas si j'affirme que ce souhait, ce besoin d'autonomie est largement lié à cet autre vœu que formule automatiquement toute personne avançant

en âge, qui est, d'abord et avant tout, de rester chez elle.

Je suis certain qu'il y a parmi vous dans la salle, notamment parmi les professeurs, des personnes qui ont été confrontées au problème de devoir placer leur maman, leur papa, un parent, en maison de repos. Parmi ceux qui l'ont personnellement vécu, tous vous confirmeront que ce sont des moments qui ne sont pas du tout évidents à traverser, parfois très durs pour la personne âgée, pour ses enfants, pour son entourage.

Des moments délicats, il y en a d'autres, comme c'est le cas lorsque votre parent éprouve de plus en plus de mal à reconnaître ses proches. Ce sont tous ces moments qu'il faut essayer d'aborder dans les meilleures conditions et le plus tard possible – ce à quoi peuvent assurément nous aider la gériatrie et les gérontechnologies dont nous avons parlé.

Concernant ces technologies, je terminerai en évoquant celles qui peuvent également être mises au service de l'assistance aux personnes handicapées physiques. En effet, c'est à l'Institut Provincial d'Enseignement Secondaire Spécialisé de Micheroux que j'ai pour ma part découvert certaines des technologies dont a parlé tout à l'heure le Dr. Petermans, en l'occurrence au service d'enfants à mobilité parfois très réduite. C'est important, je pense, de les associer à notre réflexion sur une politique de soins qui se veut à la fois efficace et respectueuse.

Dès lors, il me semble que la présente réunion a été réussie, riche de questions mais aussi pleine d'espoir.

Il me reste donc à remercier ceux sans qui cette manifestation n'aurait pu avoir lieu. D'abord, nos trois orateurs, mais aussi Mesdames Dominique Jous et Stéphanie Vandervost de l'Espace Qualité Formation, de même que les Directions du paramédical et tout particulièrement Mesdames Isabel Infantes et Dominique Lejeune, présentes sur le site, ainsi que les divers membres de leur staff et professeurs, notamment présents dans la salle, qui ont contribué à la réussite de cette journée. Si l'événement a pu bénéficier du soutien particulier du projet Interreg IV-a « Future Proof and Care », je n'oublie pas pour autant le soutien constant que ne cessent de nous manifester les Directions générales de l'Enseignement et de la Formation de la Province de Liège. Je m'en voudrais de ne pas citer Messieurs Yves Delbrassine et Christian Godin qui ont brillamment assuré la technique.

Enfin, je vous remercie toutes et tous pour votre participation attentive à une réunion qui, je l'espère, vous aura apporté beaucoup. Je vous invite maintenant à prolonger nos échanges de façon plus informelle, autour d'un verre de l'amitié.

*
* *

Les présents actes sont disponibles en ligne depuis le site de l'association :
www.provincedeliege.be/enseignement – onglet Asbl Les Amis de Jean Boets



Créée en 1974, cette A.S.B.L. a pour objectif de contribuer à la promotion de l'économie en y associant la Province de Liège, l'enseignement et les opérateurs de formation.

Elle est par vocation l'instrument privilégié pour assurer une liaison souple et efficace entre le monde économique et les opérateurs de formation.

3 pôles d'activités



Formations

Le CECOTEPE conçoit et organise des formations à destination des entreprises, des enseignants et des demandeurs d'emploi. Ses domaines d'expertise sont notamment la pédagogie, la sécurité, la logistique, la santé, la communication et l'informatique.

Du recyclage ponctuel (quelques jours) à la formation approfondie de longue durée, son expérience vous permet de trouver des solutions adaptées à vos problèmes !



Recherche appliquée

Le CECOTEPE mène différents types de recherches appliquées en partenariat avec des entreprises. Les domaines de recherche actuellement en cours sont par exemple l'aérospatiale, l'agroalimentaire, les micro-technologies.



Assistance technique

En Belgique et à l'étranger, le CECOTEPE propose une assistance technique en ingénierie de la formation professionnelle adaptée à vos besoins ! Quels que soient l'importance de votre projet et le domaine de compétence, chaque programme est réalisé par une équipe d'experts disponibles et mobiles.



Mission Régionale Huy-Waremme

Votre Solution Emploi !

CHERCHEUR
D'EMPLOI



Vous cherchez
un emploi ?

Trouvons ensemble
celui qui **VOUS**
correspond !

La MIRHW vous propose un suivi jobcoaching, des formations alternées
mais aussi un large éventail d'offres d'emploi.

ENTREPRISE



Vous êtes
en recherche
de personnel ?

Trouvons ensemble
celui qui **VOUS**
convient !

La MIRHW vous propose un soutien « RH » sur mesure:
partenariat local , aide au recrutement et formations de futurs travailleurs
au sein de votre entreprise.



RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Rue E. Malvoz, 20 - 4300 WAREMME - T : 019/33 08 81

Rue Rioul, 22 - 4500 HUY - T : 085/82 85 08

info@mirhw.be - www.mirhw.be -

AVEC LE
SOUTIEN DE :



**VOTRE ANNONCE SUR CETTE PAGE ?
C'EST DÉSORMAIS POSSIBLE**

Il ne vous en coûtera que

100 Euros la demi-page

200 Euros la page complète

pour une double parution

**Nos brochures sont largement diffusées
auprès d'un public de décideurs et d'acteurs
des milieux politiques, socio-économiques et pédagogiques**

N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER

**ASBL
LES AMIS DE
JEAN BOETS**



**ASSOCIATION
POUR LA PROMOTION
DE LA CULTURE TECHNIQUE**

**Rue du Commerce, 14
4100 SERAING
Tél. : 04 330 73 47
Fax : 04 330 73 49**

**Site : www.provincedeliege.be/enseignement — onglet Asbl Les Amis de Jean Boets
Courriel : asbl.lesamisdejeanboets@provincedeliege.be**

**Editeur responsable :
Ivan FAGNANT, Président
Rue de Battice, 38 — 4800 PETIT-RECHAIN**

Avec le soutien du Service public de Wallonie et de la Province de Liège - Enseignement



Wallonie

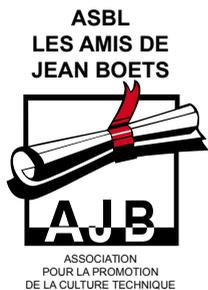


**Service public
de Wallonie**



**Province
de Liège**

Enseignement



Asbl Les Amis de Jean Boets

Rue du Commerce, 14 - 4100 Seraing

Tél. : 04 330 73 47

Fax : 04 330 73 49

Site : www.provincedeliege.be/enseignement — onglet Asbl Les Amis de Jean Boets

Courriel : asbl.lesamisdejeanboets@provincedeliege.be



Ministerium für Wirtschaft, Energie,
Industrie, Mittelstand und Handwerk
des Landes Nordrhein-Westfalen



provincie limburg



Wallonie



REGIONAL
VLAAMI - DEBATAAT



Avec le soutien du Fonds
Européen de Développement
Régional.
La Commission Européenne
investit dans votre avenir.

