



HAL
open science

Les technologies de l'autonomie et de la santé: entre progrès et régressions

Catherine Gucher, Héléna Revil, Annie Mollier, Anne-Marie Benoit

► To cite this version:

Catherine Gucher, Héléna Revil, Annie Mollier, Anne-Marie Benoit. Les technologies de l'autonomie et de la santé: entre progrès et régressions. [Rapport de recherche] SFR santé société. 2014, 214 p. halshs-01274787

HAL Id: halshs-01274787

<https://shs.hal.science/halshs-01274787>

Submitted on 16 Feb 2016

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

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



**Qualité et viabilité économique et sociale
des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile**

Rapport de recherche Juillet 2014.

C. Gucher (dir.), H. Revil, A. Mollier, A.M. Benoit.

« Cette recherche a été réalisée dans le cadre de la Convention d'études conclue pour l'année 2012 (projet n°4) entre l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES) « au service des organisations représentatives des travailleurs » et la Confédération Générale du Travail (CGT) ».

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.	P. 4
I. Dynamiques nationales et territoriales de développement du secteur des technologies de la santé et de l'autonomie.	P. 10
1.1. Inventaire des rapports nationaux : tendances temporelles, acteurs et thématiques prioritaires.	P. 11
1.2. Vers la constitution d'un réseau d'acteurs relatif aux technologies de la santé et de l'autonomie : le CNR-Santé, les Centres relais et experts.	P. 24
1.3. Des initiatives locales mêlant des acteurs hybrides : le cas de l'Isère et de la Creuse.	P. 29
II. Le développement des technologies pour la santé et l'autonomie : enjeux de politiques publiques.	P. 42
2.1. Enjeux de réorganisation de l'action sanitaire et sociale sur les territoires : vers une sanitarisation du social ?	P. 43
2.2. Enjeux économiques : entre modèle économique incertain et marché introuvable, le développement économique par les technologies en question.	P. 60
III. Enjeux professionnels de l'introduction des techniques et technologies dans le domaine de l'accompagnement et de la prise en charge du vieillissement.	P. 81
3.1. Quels outils technologiques pour quels professionnels ?	P. 82
3.2. Conditions de l'acceptabilité et impacts des nouvelles technologies pour les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires.	P. 85
3.3. Un nouveau secteur professionnel en émergence ?	P. 106
IV. Questions d'acceptabilité et d'usages chez les retraités et personnes âgées.	P. 113
4.1. Le poids des représentations.	P. 113
4.2. Reconnaissance d'un besoin, expression d'une demande : les motivations.	P. 118
4.3. Utilisabilité, usage.	P. 129

V. Enjeux juridiques et éthiques. Des cadres transnationaux aux situations de face à face.	P. 147
5.1. Enjeux juridiques.	P. 147
5.2. Les enjeux éthiques : définir un cadre normatif qui permette le respect de la personne et de ses droits.	P. 163
CONCLUSION GENERALE.	P. 177
Bibliographie.	P. 181
Annexes.	P. 190

INTRODUCTION GENERALE.

Depuis la fin des années 1990, la question de l'apport probable des technologies dans la prise en charge du vieillissement suscite un intérêt croissant, tant du côté pouvoirs publics que des industriels. L'argumentaire politique renvoie généralement au choc démographique, en termes de vieillissement des populations, connu par la plupart des pays européens, mais aussi à la problématique des coûts de la prise en charge des personnes dépendantes. En 1998, une recommandation du Conseil de l'Europe aux Etats membres positionne le recours aux technologies comme un droit complémentaire du droit aux aides humaines de soutien et d'accompagnement des problématiques du vieillissement et de la dépendance. « Toutes les personnes dépendantes ou susceptibles de le devenir, quels que soient leur âge, leur race, leurs convictions et la nature, l'origine et le niveau de sévérité de leur état, doivent avoir droit à l'assistance et à l'aide requises pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible. Par conséquent, elles doivent avoir accès à des services de bonne qualité et aux technologies les plus adaptées »¹.

En France, comme dans d'autres pays, les premières initiatives de recours technologiques se sont développées dès la fin des années 80, dans le domaine de la télé-médecine, conçue comme remède à la désertification médicale, et à l'hospitalisation abusive des personnes âgées. Dans le domaine de la médecine, l'apport des technologies, se traduit également par l'apparition de la robotique à destination chirurgicale. Mais il faut attendre les années 2000, pour que la dimension potentiellement technologique de l'aide aux personnes en situation de dépendance s'affirme avec notamment la constitution, au sein de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), d'un groupe de travail sur les « gérontechnologies ». Il devient en mai 2007 une filiale autonome de la SFGG, filiale dénommée : Société française de technologies pour l'autonomie et gérontechnologies (SF-TAG).

La mobilisation politique autour de ce sujet se développe par ailleurs². Parus en 2003, trois rapports commandés à des professeurs de médecine³ tentent ainsi d'éclairer les enjeux du

¹ Conseil de l'Europe – Comité des ministres, *Recommandation n° (98) 9 du Comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance*, 1998.

² Le lancement d'expérimentations est antérieur – milieu des années 90 – mais le relais politique n'intervient qu'une dizaine d'années plus tard.

³ Benhamou A. C., *Mission Gérontologie numérique – rapport d'étape*. Paris, ministère français des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, secrétariat d'Etat aux personnes âgées, 2003 ; Thoumie P., *Recherche*

développement de nouvelles technologies dans les situations de handicap et de perte d'autonomie. La cible n'est alors pas spécifiquement, ni exclusivement, les personnes âgées dépendantes. Cependant, les perspectives démographiques amènent les politiques, et les initiateurs du développement de ces technologies, à se concentrer de plus en plus sur le public âgé.

La perspective double, du possible développement d'un nouveau marché des technologies dans le domaine du handicap et du vieillissement et de la confortation des systèmes d'aide et de soins à domicile, dans un rapport coût/efficacité maîtrisé, justifie les initiatives impulsées tant par les acteurs étatiques que par des fondations privées⁴. Fin 2008, le ministère de l'Industrie lance ainsi un appel d'offre pour la création d'un Centre national de référence Santé à domicile et autonomie (CNR Santé)⁵, qui devient progressivement une tête de réseau pour la promotion du développement des initiatives gérontechnologiques en toutes régions de France. La vocation de cette organisation systémique est clairement énoncée : « Alors que la société française vieillit, que le libre choix du lieu de vie des personnes âgées dépendantes est réaffirmé par l'Etat et que les professionnels vont être confrontés à une réduction du nombre des aidants naturels, il convient de développer de nouveaux services à la personne, mais également et de façon complémentaire des aides techniques s'appuyant sur les nouvelles technologies, les systèmes experts ou intelligents capables d'assurer des missions de sécurisation de l'environnement, de supervision et d'assistance pour les différents types d'incapacités. »⁶

Dans cette perspective, il s'agit à travers le CNR Santé et ses correspondants régionaux⁷ de promouvoir le développement d'une **offre technologique de nature à compléter les**

technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap, ministère délégué Recherche et nouvelles technologies, secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, 2003 ; Lecomte D., *Aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge*, ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, secrétariat d'Etat aux personnes handicapées, 2003.

⁴ Voir à cet égard les appels à projets « Technologies de l'e-santé – Santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique » du ministère de l'Industrie, et ceux antérieurs émanant de de Malakoff Médéric (Prix Technologies pour l'autonomie), de la Fondation Orange (Orange Solidarité numérique) etc. Ces appels ont pour vocation de promouvoir des expérimentations, puis de passer à la phase de démonstration et enfin de générer le développement du marché des nouvelles technologies pour la santé et l'autonomie à domicile.

⁵ Nous reviendrons de manière approfondie, dans la première partie de ce travail, sur la création du CNR Santé.

⁶ Cf. Site du CNR Santé : www.cnr-santé.fr

⁷ Pour l'aider dans la conduite de sa mission nationale – aider le développement et le bon usage de solutions numériques pour la prise en charge de la santé et de l'aide à l'autonomie de la personne au domicile – le CNR-Santé lance des appels à projets pour la labellisation de centres experts et de centres relais.

organisations et services d'aide aux personnes en situation de handicap, de maladie ou de dépendance à domicile. Ces technologies auraient :

- vocation à favoriser le développement d'une offre **susceptible d'améliorer la qualité de vie des personnes, d'alléger le « fardeau » des aidants, de proposer des alternatives à l'hospitalisation**, à l'institutionnalisation, voire aux aides humaines professionnelles ;
- une **fonction de mise en ordre de la production industrielle** et technologique, de rationalisation de l'offre et de sauvegarde de certains principes éthiques.

Au-delà de cette initiative visant à positionner de nouveaux acteurs dans le champ de l'action gérontologique, la volonté de faire de la vieillesse « une source d'économie positive » s'affirme au cours de la première décennie du 21^{ème} siècle. Ainsi, le rapport « Vivre chez soi », commandé en 2008 par N. Berra secrétaire d'Etat aux Personnes âgées du gouvernement Sarkozy au Professeur Franco, se prolonge en 2013 par le lancement de la Silver economy sous l'égide de M. Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées sous le gouvernement Hollande et d'A. Montebourg, Ministre du Redressement productif. Un secteur socio-économique cherche donc à s'organiser avec le soutien politique et le support de sociétés savantes, notamment en France, la SF-TAG, et au niveau international, l'International Society of Gerontechnology, née en 1996⁸.

« Des « gérontechnologies » aux technologies pour la santé et l'autonomie ».

Le terme « **gérontechnologies** » défini dans le rapport « Société et vieillissement » de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), paru en 2011, comme « les outils technologiques qui peuvent jouer un rôle dans les soins, le soutien à l'autonomie ou le développement du lien social des personnes âgées à domicile ou en établissement »⁹, fait l'objet de nombreux débats aujourd'hui. Le terme de « **technologies pour la santé et l'autonomie** » semble peu à peu lui avoir été préféré (voir site CNR-santé). Cependant, quoiqu'il en soit de la terminologie retenue, l'ensemble ainsi désigné recouvre des domaines technologiques et d'intervention médicale et médico-sociale très divers.

L'argumentaire du programme de l'Agence nationale de la recherche (ANR) TECscan donne par exemple une définition suffisamment large et en même temps précise pour faire apparaître les possibles sous-secteurs de ce domaine. « Le programme « technologies pour la santé et l'autonomie » permet des avancées dans de nombreuses disciplines scientifiques et techniques au service de l'acte médical ou chirurgical, pour le rendre plus sûr, plus précis, moins invasif et plus efficace ; au service de l'information médicale pour optimiser la gestion des données et améliorer la prévention, l'accès aux soins et les politiques de santé publique ; au service des personnes dépendantes en raison de la maladie, d'un handicap ou de l'âge, pour leur permettre une plus grande autonomie tout en garantissant un niveau élevé de sécurité et d'assistance ».

⁸ L'ISG édite la revue *Gerontechnology*.

⁹ Annexe 4, fiche n°5.

Les trois sous-secteurs identifiés dans ce programme sont donc :

- **Les technologies contribuant à l'exercice médical** : instrumentation et biocapteurs, imagerie médicale, biomatériaux et ingénierie tissulaire, dispositifs médicaux ;
- **Les technologies de la e-santé et de l'information médicale** : dossier médicaux partagés en particulier.
- **Les technologies et les services innovants pour la rééducation, la correction ou la suppléance fonctionnelle des déficiences.**

Ces sous-secteurs ne couvrent toutefois pas la totalité du champ de la dépendance, car ils demeurent relativement centrés sur les pratiques médicales et rendent mal compte des formes quotidiennes d'aide et d'accompagnement des personnes dépendantes. Nous pouvons ainsi ajouter à la typologie précédente ce que nous pourrions nommer **les technologies de sécurisation, de confort et de bien-être et les supports de l'exercice professionnel d'aide et d'accompagnement.**

Ainsi, le développement des technologies pour la santé et l'autonomie se poursuit, sous des formes diverses et dans le sillage d'initiatives impulsées par des acteurs publics et privés, nationaux et locaux. Il fait en outre l'objet de nombreuses réflexions. La finalité de cette étude consiste à envisager les enjeux sociaux, économiques et politiques de ce déploiement et à analyser les questionnements juridiques et éthiques qui en découlent. Les technologies prises en compte dans le cadre de ce travail sont de différents types. Nous nous intéresserons en premier lieu aux technologies destinées aux personnes âgées, dans une perspective de confort, de sécurisation ou de lien social, et aux technologies destinées aux professionnels du soin et de l'accompagnement au quotidien. (Cette recherche n'a pas vocation à analyser les impacts ou enjeux du développement de technologies médicales comme par exemple les robots chirurgicaux ; certaines expériences sur lesquelles nous prendrons appui pour construire ce travail intègrent toutefois des technologies dites de e-santé, par exemple des outils d'actimétrie : capteurs cardiaques ou de tension, outils de mesure du poids à distance...).

De manière surplombante, nous nous proposons de questionner la viabilité et la qualité économique et sociale des technologies de l'aide et de la santé pour les personnes âgées, partant de la double hypothèse qu'elles :

- constituent un élément significatif de la refonte des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires du vieillissement et de la vieillesse ;
- mettent en cause les systèmes d'aide et de soins professionnels et profanes.

Notre propos consiste, en première intention, à tenter de rendre compte des dynamiques socio-politiques à l'œuvre en ce qui concerne le développement de solutions technologiques en direction des publics âgés relevant de l'action sanitaire et médico-sociale. Ce faisant, nous nous intéresserons aux logiques d'action développées par les acteurs traditionnels de l'action

gérontologique et aux incidences du positionnement d'acteurs nouveaux, issus notamment du monde économique. Nous verrons que l'émergence d'un nouveau système d'action impliquant des acteurs de diverses natures questionne quant à sa pérennité organisationnelle et à son modèle économique. Nous nous proposons de mettre en évidence les hypothèses développées à cet égard par les multiples acteurs concernés par le déploiement des technologies pour la santé et l'autonomie.

Le développement des technologies dans les domaines du soin et de l'aide est également susceptible d'impacter les pratiques et les identités professionnelles, et de bousculer les frontières d'action et les positions de l'ensemble des acteurs intervenant dans les prises en charge des personnes âgées. En second lieu, nous chercherons alors à mettre en évidence les formes de réception de ces solutions technologiques par les professionnels du *care* et à analyser l'impact de leur introduction sur les pratiques.

De même, la réception de ces technologies par les usagers directs, i.e. les vieilles personnes fera l'objet de notre analyse. La volonté de développement de ce secteur paraît jusqu'alors se heurter à une forme de non demande ou de résistance de la part des publics auxquels ces technologies sont destinées. Il importera alors de saisir les enjeux de ces comportements.

Ce faisant, nous aborderons la question fondamentale de l'éthique politique et professionnelle. Car en effet, à travers ces solutions technologiques, ce sont les modes de compensation des besoins d'aide qui se trouvent « renégociés ». Le développement de techniques, susceptibles de remplir des fonctions jusqu'alors indissociables de la présence de tiers humains -fonctions de surveillance, de présence, de lien, de soins...- ouvre le débat des choix individuels, professionnels et collectifs entre sécurité et liberté, entre autonomie individuelle et solidarités collectives, entre technicité et humanisme... Au-delà, nous interrogerons la capacité des cadres juridiques à assurer une protection adéquate des personnes, dans leur intimité, leur liberté, leurs droits fondamentaux.

Notre analyse est construite à partir de données empiriques recueillies dans des temporalités différentes. En tout premier lieu, nous nous appuyons sur une recension des rapports consacrés au sujet et publiés au niveau national depuis les années 1980.

Pour ce qui concerne les données empiriques de terrain, une partie est issue de travaux précédents ayant pour finalité l'évaluation de dispositifs technologiques. Il s'agit principalement de trois projets portés par des Centres communaux d'action sociale (CCAS) et

par un centre expert relié au CNR Santé. Ces projets concernent des technologies dites de « lien social », c'est-à-dire de communication et d'animation (visiophonie et ordinateur avec interface simplifié) ; des technologies de sécurisation et d'assistance (géolocalisation, capteurs de chutes) et des solutions domotiques (chemin lumineux). Les corpus mobilisés sont constitués essentiellement d'entretiens auprès de personnes âgées utilisatrices.

L'autre partie des données empiriques est issue du protocole d'enquête spécifique à cette recherche :

- monographies/études de cas (élaborées à partir d'une analyse documentaire et d'entretiens) concernant deux projets de développement de systèmes d'action fondé sur des technologies (domotique et assistance d'une part et bouquet de services d'autre part), portés par des collectivités territoriales ;
- enquêtes par entretiens auprès de centres relais et centres experts du CNR ;
- enquêtes par entretiens auprès de professionnels de l'accompagnement et du soin¹⁰.

Notre travail se structure ainsi autour des évolutions des politiques gérontologiques, des logiques d'acteurs, promoteurs des systèmes et professionnels concernés ; des problématiques d'usages et des enjeux éthiques et juridiques.

¹⁰ Voir en annexe présentation des corpus.

I. Dynamiques nationales et territoriales de développement du secteur des technologies de la santé et de l'autonomie

Au confluent de dynamiques et d'initiatives situés à plusieurs échelles d'action publique, un secteur relatif aux technologies de la santé et de l'autonomie paraît progressivement voir le jour en France. Nous allons, dans cette première partie, nous concentrer sur trois dimensions qui ont selon nous contribué –et qui contribuent encore- à structurer ce secteur. Cela nous permettra de mettre en exergue les acteurs qui y participent et de souligner le caractère « multi niveau » des initiatives en la matière. Ce faisant, il s'agit également de donner des points de repère au lecteur tant pour situer les différents protagonistes du secteur des technologies de la santé et de l'autonomie, que pour avoir à l'esprit quelques marqueurs temporels quant aux initiatives qui ont semble-t-il participé à la constitution du secteur. Nous nous inscrivons ainsi dans une perspective constructiviste de l'action publique, celle-ci étant entendu comme « l'ensemble des acteurs, des relations, des pratiques et des représentations qui concourent à la production politiquement légitimée de modes de régulation des rapports sociaux » (Dubois, 2009).

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux rapports nationaux officiels qui, depuis les années 1980, sont venus construire et délimiter la réflexion relative au développement des technologies en matière de santé et d'autonomie. En faisant l'inventaire de ces travaux et en en donnant quelques éléments de contenu, il est notamment possible de percevoir les acteurs qui se positionnent sur le sujet ainsi que les thématiques qui lui sont au prioritairement. Dans un second temps, il nous paraît utile de porter le regard sur des acteurs en particulier : le Centre national de référence santé à domicile et autonomie (CNR-Santé) et son réseau de Centres relais et experts ; nous reviendrons sur le contexte de leur création et sur les missions qui sont les leurs pour essayer de comprendre le rôle de ces acteurs s'agissant des technologies de la santé et de l'autonomie. Enfin, dans un troisième temps, nous présenterons des expériences locales qui tendent à renforcer l'utilisation des nouvelles technologies dans la prise en charge à domicile de populations en perte d'autonomie. Il s'agira de procéder à une description fine de ces expériences afin principalement de comprendre qui sont les acteurs qui y participent, les temporalités dans lesquelles elles s'inscrivent et les principaux enjeux dans lesquels elles s'encastrent.

1.1. Inventaire des rapports nationaux : tendances temporelles, acteurs et thématiques prioritaires

Afin de comprendre les enjeux liés à une thématique, la manière dont elle devient un centre d'intérêt pour différents acteurs et dont elle se positionne progressivement sur l'agenda public (Dubois, 2009), il peut être intéressant de mettre en exergue, sur une période délimitée, les rapports institutionnels produits sur cette thématique. Qui sont les acteurs qui rédigent les rapports ? Par qui sont-ils commandités ? Dans quels contextes et en poursuivant quels objectifs ? Quels en sont les principaux enseignements ? Suivre le fil des rapports institutionnels peut permettre de mettre à jour les acteurs qui se positionnent sur une thématique et qui participent ce faisant à la constitution d'un secteur d'action publique. Cela donne également une opportunité pour cerner les enjeux successifs qui sont associés à une thématique et qui, peu à peu, viennent la problématiser (Gusfield, 2009). Sans prétendre à l'exhaustivité et en nous concentrant sur les travaux produits à l'échelle nationale, nous allons donc ici procéder à un inventaire des principaux rapports qui touchent à la question des technologies et des populations en situation de perte d'autonomie. Nous nous situerons sur une période allant des années 1980 à 2013.

1.1.1. Une tendance temporelle quant aux populations prises en compte dans les rapports.

L'inventaire montre en premier lieu que les rapports produits dans les années 1980 concernent plus spécifiquement le domaine du handicap. C'est à la toute fin des années 1990, puis de manière plus affirmée au début des années 2000, que des rapports voient le jour dans le domaine du vieillissement.

- *Dès les années 1980 : aides techniques et personnes handicapées.*

S'agissant du domaine du handicap qui se restructure progressivement autour des acquis de la loi de 1975 (Laila, 2009), les années 1980 constituent un moment de production de rapports relatifs aux technologies et à leurs usages potentiels. Le rapport Conte datant de 1985, « Les produits pour mieux vivre : un nouveau marché. Proposition pour l'avenir du handicap », s'interroge ainsi sur l'évolution des besoins des personnes handicapées et sur la nécessaire recherche de produits adaptés à ces besoins. Le rapport établit une première classification des aides techniques et soulève la question des possibilités inégales de financement de ses équipements par les personnes handicapées (Laila, 2009).

Entre 1987 et 1989, le rapport Boucharmy, « Simulateur de Logement », prend forme sous l'impulsion de l'organisme « Prévention, mutualité, assurance maladie » (PREMATUM). L'un des objectifs de ce travail est là encore de proposer une classification des aides techniques pour les personnes handicapées. L'auteur propose donc une distinction entre aides provisoires et aides utilisées à vie ainsi qu'une catégorisation en quatre types : aide aux transferts, aide aux déplacements, aides aux manipulations et aides à la sécurité et aux soins.

En 1989, le rapport Teulade, « Stratégies de soutien à domicile des personnes à mobilité réduite en milieu ordinaire de vie » souligne la mauvaise connaissance des aides techniques par leurs usagers potentiels et l'insuffisance des lieux d'information en la matière pour les personnes handicapées. Il propose également une classification des aides en fonction de trois niveaux de besoins : les besoins de la vie quotidienne liés aux actes essentiels, les besoins d'ordre culturel et social et les besoins de soutien affectif et relationnel de la personne et de son entourage.

En 1995, le rapport Rouch intitulé « Rapport sur les aides techniques » est rendu à la Direction de l'Action sociale du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Il souligne clairement que les aides techniques sont un élément clef pour une stratégie de maintien à domicile et pour accéder à l'autonomie. Il signale parallèlement qu'elles sont au carrefour d'enjeux à la fois humains, financiers et économiques (Lecomte, 2003). Le rapport suggère également d'utiliser une nouvelle méthodologie pour délivrer les aides techniques, appuyée d'une part sur une évaluation globale et pluridisciplinaire de la situation de la personne handicapée et des besoins de compensation et, d'autre part, réalisée par un interlocuteur institutionnel unique (Laila, 2009).

La même année, le professeur Lecomte rédige un rapport pour la Direction générale de la Santé (DGS). Intitulé « Aides techniques : situation actuelle, données démographiques, propositions de classification et de prise en charge », ce travail revient en premier lieu sur le rôle des aides techniques pour la préservation de l'autonomie des personnes handicapées et le maintien dans leur cadre de vie. L'auteur rappelle que ces aides n'ont toutefois pas vocation à se substituer aux aides humaines ou animalières (Lecomte, 2003, p.10). Il propose lui aussi une classification des aides techniques par grandes classes¹¹, ainsi que des critères pour inscrire les aides sur la Liste des produits remboursables (LPR) par l'Assurance maladie. La question des financements apparaît donc à nouveau dans ce rapport, tout comme c'est le cas

¹¹ Aides à l'hygiène et aux soins corporels, aides à la mobilité, aide au repos et au maintien à domicile, aide aux fonctions sensoriels aide à la communication, aide aux tâches domestiques, aide à l'intégrité du corps et à l'esthétique, aide à la cohérence, aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs (Lecomte, 2003, p.113). http://www.emploiplus.net/pdf/hand/aides_techniques.pdf

dans le rapport Gohet, « le marché des aides techniques », paru en 2005 dans le cadre de la Délégation interministérielle aux personnes handicapées¹². Au delà des questions de financements et du champ de leur prise en charge par la solidarité collective, ce rapport analyse le marché des aides techniques et tente d'en comprendre la logique. Il s'intéresse tout à la fois à la demande et l'offre en la matière afin de déterminer les leviers actionnables pour apporter des réponses concernant les aides techniques plus adaptées aux demandes des personnes handicapées (Gohet, 2005).

- *A partir de la fin des années 1990 : technologies et personnes âgées.*

Si à cette période des rapports sont toujours produits dans le domaine du handicap, la fin des années 1990 et le début des années 2000 voient en parallèle l'attention se porter sur la question du vieillissement et du rôle potentiel des technologies dans le maintien à domicile des personnes âgées.

En 1999 et 2002, deux rapports se concentrant sur les personnes âgées sont rédigés: le rapport Guinchard-Kunstler et le rapport Colvez-Blanchard-Gay de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Ces travaux préconisent la mise en place d'un cahier des charges pour répondre aux procédures d'essais techniques des matériels. Ils évoquent aussi les problématiques liées au financement des technologies par les personnes âgées.

En 2003, Albert-Claude Benhamou, professeur au CHU Pitié-Salpêtrière et Président de « l'Université médicale virtuelle francophone » (UMVF), est chargé par le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées du ministère des Affaires sociales, du Travail et des Solidarités de faire le point sur les technologies numériques et leurs apports potentiels en matière de gérontologie. La Lettre de mission précise qu'il convient de donner une place au sein de la République numérique, souhaitée par le premier ministre dans le cadre du Plan Réso 2007, à la « gérontologie numérique » (Benhamou, 2003). L'auteur du rapport fait donc des préconisations pour le développement de l'usage des technologies par les personnes âgées, mais également par leurs aidants. Il revient en particulier sur la nécessaire formation de ces derniers aux nouvelles technologies.

En 2007, Vincent Rialle, praticien hospitalier au CHU de Grenoble, remet au ministre de la Santé un rapport sur les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille. Il précise que le néologisme « gérontechnologies », employé dans son rapport, résulte de l'association des

¹² http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_aides_techniques_2_.pdf

termes « gérontologie » et « technologie ». La gérontechnologie au singulier se situe selon lui au carrefour de ces deux domaines et désigne un champ de recherche nouveau qui vise à utiliser les potentialités technologiques dans tous les secteurs pouvant contribuer à préserver l'autonomie et la santé des personnes âgées (Rialle, 2007). Dans ce travail, l'auteur classe les besoins sociaux et médicaux auxquels les technologies sont censées pouvoir répondre, à savoir l'isolement, la perte d'autonomie, la perte de lien social, la chute, les troubles cognitifs, la fugue, l'errance, l'angoisse du malade et l'épuisement de l'aidant. Il propose également un panorama des inventions techniques susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades et de leurs aidants.

- *Des angles d'approche qui se recoupent en partie.*

Bien que les rapports précités concernent de manière distincte les domaines du handicap et du vieillissement, la manière avec laquelle ils abordent la question des technologies se recoupent en partie. Ainsi, l'objectif principal de l'ensemble de ces travaux est de classer les technologies existantes dans ces deux domaines et de caractériser les besoins des personnes handicapées et âgées en la matière, en particulier dans le cadre d'une stratégie de maintien à domicile.

Les rapports reviennent également communément sur la question des financements des technologies par les personnes handicapées et âgées. Ils soulignent l'influence des modalités de remboursement par des acteurs publics sur la demande et le choix des matériels et signalent la dispersion et l'hétérogénéité des financements existants que ce soit dans le domaine du handicap ou du vieillissement (Lecomte, 2003). En 2001, le sénateur Blanc écrit ainsi dans son rapport « que la compensation du handicap rend nécessaire une révision profonde des mécanismes actuels de prise en charge des aides techniques, fondée sur l'exigence de procédure simplifiée garantissant une prise en charge intégrale des dépenses correspondantes » (Rapport Blanc, cité par Lecomte, 2003, p. 16). Les rapports Guinchard-Kunstler et Colvez-Blanchard-Gay indiquent quant à eux la nécessité d'une refonte totale du système de financement des aides techniques pour la population âgée, notamment du fait de la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001.

En lien avec les interrogations relatives aux financements, les rapports, en particulier ceux qui voient le jour dans les années 2000, commencent à proposer des analyses en ce qui concerne le marché des technologies. Leurs auteurs s'interrogent sur l'existence de marchés spécifiques aux domaines du handicap et du vieillissement, sur le développement d'un marché commun à ces populations et, le cas échéant, sur ses caractéristiques potentielles et les leviers

actionnables pour le développer. C'est tout particulièrement le cas des rapports Gouet et Rialle.

1.1.2. Une évolution des commanditaires, une approche plus transversale, économique et médicale de la perte d'autonomie.

Les rapports précités ont principalement été commandités par des Directions ministérielles, en particulier celle de l'Action sociale et de la Santé et par les Secrétariats d'Etat aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

- *De nouveaux acteurs, une approche plus transversale et économique.*

Progressivement d'autres acteurs se positionnent sur la thématique des technologies ; nous pouvons citer le cas de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004, mais également du Conseil général de l'information et des technologies (CGTI) mis en place en 1996 par le ministère de l'Industrie et devenu en 2012 Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGEJET).

Les travaux produits ou commandités par ces acteurs ne se concentrent plus nécessairement sur la population handicapée ou sur la population âgée, mais sont plutôt relatifs aux personnes en perte d'autonomie de manière générale. Parallèlement, ils approfondissent les analyses concernant les aspects économiques liés aux technologies, c'est à dire concernant leurs modalités de financement et les leviers pour développer un marché en la matière.

Ainsi, en 2007, dans le chapitre 4 intitulé « Les aides techniques et humaines » de son rapport annuel, la CNSA signale son objectif « d'améliorer l'efficacité et le bon usage des aides techniques qui concourent globalement à l'autonomie » (CNSA, 2007, p. 42), ainsi que sa volonté « d'éclairer le marché des aides techniques et d'améliorer leur emploi par l'ensemble des populations en perte d'autonomie » (CNSA, 2007, p.45). Pour ce faire, elle annonce la création d'un Observatoire du marché et des prix des aides techniques¹³.

Dans la même logique et à la même période, la CNSA décide de piloter avec l'Agence nationale de la recherche (ANR) une étude prospective sur les nouvelles technologies pour la santé et pour l'autonomie. Celle-ci est réalisée par le cabinet d'études ALCIMED qui procède

¹³ Si la CNSA souhaite clarifier l'information sur l'offre disponible, c'est également l'un des objectifs de Société française des technologies pour l'autonomie (SFTAG), créée en 2007 par le professeur Alain Franco. Cette société savante, association loi 1901, est affiliée à la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) et s'appuie sur l'expertise de structures complémentaires comme MEDIALIS, dont le Laboratoire AGEIS a pour vocation de recenser et d'évaluer les gérontechnologies et technologies pour l'autonomie innovantes qui apparaissent sur le marché français (Cornet et Carré, 2008)¹³.

à un diagnostic des innovations technologiques du marché de la santé et à la mise en regard des technologies pour l'autonomie avec les besoins des personnes dépendantes et avec leur niveau d'acceptabilité. Le rapport produit par le cabinet décrit les applications des technologies porteuses, actuelles et industrialisables à 5-10 ans (ALCIMED, 2007). Les auteurs définissent parallèlement « cinq tendances majeures qui orientent massivement les développements actuels et futurs » (ALCIMED, 2007, p. 58). Des propositions sont également faites pour améliorer l'accompagnement du transfert des technologies et leur diffusion vis-à-vis des industriels¹⁴.

Dans la lignée de ce dernier point, plusieurs rapports pilotés par le CGTI visent à éclairer et à préciser pour les industriels et les prestataires de services les marchés potentiels des innovations technologiques, et les politiques et stratégies de développement compétitives de l'offre en partant des usages sur les lieux de vie (Cornet, Carré, 2008). C'est par exemple le cas du rapport Picard et Salgues, « Enjeux des NTIC pour l'aide à l'autonomie des patients et des citoyens en situation de handicap ou de fragilité dans leurs lieux de vie », paru en 2008 et du rapport Picard et Souzy de 2009 « Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie ».

- *Des rapports privilégiant un angle médical.*

En parallèle des travaux commandités ou/et effectués par la CNSA et le CGEIET, des rapports abordant la question des technologies par le prisme de maladies en particulier voient le jour à la fin de la première décennie des années 2000. Ils approchent le sujet en privilégiant un angle médical et s'inscrivent dans une dynamique de planification gouvernementale autour de certaines pathologies, en particulier celle d'Alzheimer.

C'est le cas du travail du professeur Ménard, professeur de Santé publique, spécialiste des maladies cardio-vasculaires et ancien Directeur général de la Santé. Son rapport, intitulé « Pour le malade et ses proches : chercher, soigner et prendre soin »¹⁵ et rendu au Président de la république en 2007, a vocation à faire des préconisations pour l'élaboration d'un Plan national Alzheimer devant être appliqué dès 2008. Un point est fait sur les technologies dans les recommandations relatives à l'aménagement et à l'adaptation de l'habitat. Plus précisément, le rapport soutient l'extension du crédit d'impôt vers les personnes souffrant de troubles cognitifs et voulant équiper leur logement en nouvelles technologies domotiques. Il

¹⁴ ALCIMED, « Etude prospective sur les technologies pour la santé et l'autonomie », rapport de recherche CNSA/ ANR, 2007.

¹⁵ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-menard.pdf>

préconise parallèlement le lancement d'un appel à projets national pluridisciplinaire pour développer l'usage de la domotique et des nouvelles technologies en faveur des personnes atteintes d'Alzheimer et l'identification d'un pôle de compétitivité tourné vers les gérontechnologies (Ménard, 2007).

En 2007, la Lettre de mission du rapport Rialle, dont nous avons préalablement parlé, commence quant à elle ainsi : « La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées concernent aujourd'hui environ 850 000 personnes, avec chaque année, 225 000 nouveaux cas (...). Il est indispensable d'encourager le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans une perspective de réduction de perte d'autonomie, d'amélioration de la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage, d'amélioration de la qualité des soins et de préservation de l'état de santé » (Bas, cité par Rialle, 2007, p.6).

Comme le suggère la dernière partie de la phrase, les réflexions sur les technologies sont de plus en plus surplombées par des considérations relatives à la nécessaire amélioration de la qualité des soins et des prises en charge médicales pour préserver l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques, telle Alzheimer, et rencontrant de ce fait une perte d'autonomie.

1.1.3. Des thématiques qui s'imposent comme prioritaires : les enjeux de réorganisation du système de santé et de développement économique.

De manière conséquente, les rapports soulignent le rôle potentiel des outils technologiques dans la modernisation et la réorganisation du système de santé en France et se focalisent de plus en plus sur la question des technologies de la télémédecine et, plus globalement, de la « e-santé ».

- *L'importance prise par la « e-santé » : une perspective de réforme du système de santé.*

En 2008, la Direction générale de l'hospitalisation et des soins (DGOS) du ministère de la Santé commande ainsi un rapport sur « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins »¹⁶. En 2009, le député P. Lasbordes rédige quant à lui un rapport intitulé : « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être ».

Au delà des rapports d'ailleurs, une dynamique nationale se met en marche concernant la e-santé qui devient peu à peu un axe principal dans l'optique d'une réforme de l'organisation

¹⁶ Rapport de Pierre Simon et Dominique Acker.

des soins en France. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009 définit, dans son article 78, la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (HPST, 2009). Chaque Agence régionale de santé (ARS) est en outre chargée d'établir un plan de télémédecine dans le cadre du Programme régional de santé (PRS).

En 2010, le gouvernement et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-Santé) lancent le portail « e-santé.gouv.fr » afin de regrouper et de diffuser l'ensemble des informations en matière de e-santé. L'ASIP a plus globalement vocation à développer, à coordonner et à participer à la régulation de ce domaine en France.

En 2012, les ministres de la Santé et du Redressement productif ainsi que le ministre délégué aux PME, à l'Innovation et à l'Economie numérique lancent l'appel à projets « e-santé 2 – Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie », dans le cadre du programme des Investissements d'avenir. Il s'agit ce faisant de soutenir des projets de déploiement expérimental de technologies et de services numériques dans le champ de la santé.

Le lancement de l'appel à projets n'est pas porté unilatéralement par le ministère de la Santé, mais conjointement avec le ministère de l'Industrie et du Redressement productif et le ministre délégué aux PME, à l'Innovation et à l'Economie numérique. Ainsi, même en dehors du champ à proprement parler de la santé, des acteurs nationaux puissants s'associent, voire pilotent, cette réflexion relative aux technologies de la e-santé. Dès 2008, le département « Numérique des territoires » de la Caisse des dépôts investit par exemple cette thématique qu'il pense porteuse de multiples enjeux (Caisses des dépôts, 2012). Il est important de préciser que le département soutient des projets de services et d'usages numériques dans les domaines du vieillissement, de la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale portés par des collectivités locales. Dans ce cadre, il rédige plusieurs rapports d'études pour apporter un regard surplombant sur ce champ en observant notamment la situation à l'internationale. L'exemple peut être pris du rapport « Technologies de l'autonomie et du soutien à domicile, comparaison internationale », paru en 2009. La Caisse tend aussi à apporter un regard pratique sur les technologies de la e-santé, à identifier les freins et les leviers de leur développement et à répondre aux questions que peuvent se poser les décideurs locaux et les porteurs de projets en la matière. C'est notamment le cas au travers du rapport d'études, « Autonomie, innovation numérique et territoires », rédigé en 2012.

La question du marché et des réglementations nationales et européennes du champ de la e-santé suscite parallèlement l'intérêt des acteurs situés hors du champ de la santé. On voit par

exemple de plus en plus s'affirmer ces orientations dans les rapports du CGEIET (ancien CGTI). En février 2012, le rapport « Bien vivre grâce au numérique » se concentre sur les différents segments de l'offre en matière de technologies de la e-santé, sur le potentiel de développement du marché jugé « informe » (Picard, 2012a, p.1) et sur les perspectives de développement économique associées à ces technologies. La même année, le rapport « Des dispositifs publics pour développer la confiance et les marchés des technologies logicielles pour la santé » porte exclusivement le regard sur les logiciels de santé, leurs fonctions – pilotage des dispositifs médicaux, aide à l'exploitation de données, assistance individualisée aux personnes- et leurs enjeux pour l'action publique. Les auteurs soulignent la nécessité de « mettre en place un cadre général et une structure de régulation du secteur afin de rendre cohérent les éléments légaux et réglementaires nationaux du secteur avec le cadre élaboré au niveau européen » (Picard, 2012b, p.2). Ils reviennent parallèlement sur la faible participation française aux instances européennes et internationales qui pilotent l'activité normative en matière de e-santé et qui ne favorisent pas, selon eux, la confiance dans la compétitivité des offres élaborées pour le marché français. Les réflexions dépassent donc le cadre national.

- *Des rapports insistant sur les perspectives de développement économique liées aux nouvelles technologies.*

Si la question de la e-santé est bien présente dans les rapports produits par des acteurs du secteur sanitaire, elle l'est donc également dans les réflexions d'acteurs tels la Caisse des dépôts et le CGEIET. Ces derniers abordent, dans une certaine mesure, cette question sous l'angle de la modernisation et de la réorganisation du système de santé. Ils donnent en revanche une place prépondérante aux perspectives de développement économique qui peuvent être impulsées par le déploiement des nouvelles technologies de la santé, et plus globalement de l'autonomie – perspectives nationales et européennes comme le montrent les rapports précités.

La thématique du développement économique s'impose, comme l'indique déjà en 2007 la conclusion du rapport Rialle au travers de laquelle on peut lire que « la facilitation du développement des nouvelles technologies pour lutter contre la perte d'autonomie et le handicap, chez les personnes âgées et à tout âge, est un impératif social et économique pour le gouvernement français » (Rialle, 2007). Cette thématique est aussi bien présente dans le « Rapport pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France », rédigé en 2008 par Jacques Attali. L'auteur consacre en effet une partie entière à la

santé et aux technologies de l'autonomie, partie intitulée « *une chance pour la croissance* » (Attali, 2008, p.70)¹⁷.

C'est également dans cette perspective économique que le Centre d'analyse stratégique (CAS) participe à la réflexion ; en 2011, il produit plusieurs rapports entièrement, ou en partie, consacrés à la question des technologies de la e-santé. Plus globalement d'ailleurs, il s'intéresse à l'ensemble des technologies pouvant permettre aux personnes âgées de continuer à vivre à leur domicile. Son rapport intitulé « Le fossé numérique en France », paru donc en 2011, comprend en effet une recommandation relative à l'intégration des personnes âgées dans la société numérique afin qu'elles puissent rester le plus longtemps possible chez elles et correspondre avec leurs proches (CAS, 2011a). Dans la foulée, le rapport « Les défis de l'accompagnement du grand âge » propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union Européenne ainsi qu'au Japon et aux Etats-Unis. Un troisième rapport du CAS cette année-là, « France 2030 : cinq scénarios de croissance », en réponse à une demande du Premier ministre, insiste sur les opportunités économiques sectorielles que le pays doit saisir. L'une de ces opportunités est selon le CAS le développement des TIC et de leurs synergies avec différents domaines, en particulier celui de la santé et de l'autonomie (CAS, 2011b).

- *Des rapports privilégiant la question du développement économique, au lancement de la Silver Economy.*

Les rapports émanant d'acteurs nationaux se concentrent ainsi de plus en plus sur les aspects économiques des nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie. Si cette dimension a toujours été plus ou moins présente dans les travaux, elle s'affirme définitivement comme prioritaire après 2010 : le rapport d'Alain Franco, président du Centre national de référence pour la santé à domicile et l'autonomie (CNR-Santé), rapport titré « Vivre chez soi » le traduit. La Lettre de mission rédigée par le secrétariat d'Etat en charge des aînés souligne en effet que « le vieillissement peut être une bonne nouvelle pour l'économie : relativement aisés, raisonnablement consommateurs et moins réticents à l'innovation que ce que suggèrent les représentations traditionnelles, les Aînés peuvent être une locomotive économique pour

¹⁷ Trois décisions peuvent être plus particulièrement extraites de ce rapport :

- Décision 72 : rationaliser les actes médicaux et développer l'hospitalisation à domicile, encourager le développement de technologies permettant le maintien ou le retour à domicile.
- Décision 73 : développer les maisons médicales et les accès de proximité à des services de pointe grâce à l'utilisation de la télémédecine.
- Décision 74 : satisfaire les nouveaux marchés de la dépendance, grâce à la prévention, aux progrès de la médecine et à la robotique.

nos sociétés si celles-ci savent développer les services et l'industrie du vivre chez soi (...). Les logiques d'innovation, de création d'emplois industriels et de services doivent être explorées. C'est aussi le sens de cette mission que de proposer des outils pour en faciliter le développement » (Franco, 2010, p.5). Dans son rapport, Alain Franco propose ainsi dix-huit mesures pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles, pour faciliter l'accès aux technologies et pour soutenir le développement d'une filière économique relative à la santé et à l'autonomie.

Le rapport de la CNSA de 2011 revient quant à lui sur les modèles économiques des nouvelles technologies et sur la formation du prix des aides techniques au regard du service rendu (CNSA, 2011). En 2011, la Caisse s'associe également avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour imaginer les conditions financières de prise en charge des aides technologiques. Les deux acteurs tendent notamment à revoir les conditions de remboursement par l'Assurance maladie, mais aussi à préciser les périmètres d'intervention des Fonds départementaux de compensation concernant l'adaptation du logement et du véhicule des personnes en perte d'autonomie. La question du modèle économique qui peut venir soutenir le développement des technologies en solvabilisant la demande est ainsi clairement posée.

En 2012, trois rapports sont commandités par la ministre des Personnes âgées et de l'Autonomie en vue de l'élaboration d'une Loi cadre sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, annoncée par François Hollande au moment de sa candidature à l'élection présidentielle. Ces travaux sont censés balayer l'ensemble des dimensions relatives aux technologies, à la santé et à l'autonomie, en particulier les aspects économiques.

Le docteur Jean-Pierre Aquino, président du comité « Avancée en âge », gériatre et directeur médical de la clinique de Porte Verte à Versailles, est ainsi chargé de réfléchir sur les questions de prévention et d'anticipation de la perte d'autonomie. Son rapport paru en 2013 insiste sur le nécessaire développement d'une culture de la prévention en France et sur l'adaptation du système de santé, pour d'une part mieux repérer les premiers signes de fragilité chez les personnes vieillissantes, et d'autre part pour apporter une réponse sanitaire et sociale à domicile davantage coordonnée. C'est dans ce double cadre que les technologies peuvent, selon l'auteur, trouver toute leur place (Aquino, 2013).

Martine Pinville, députée de la Charente, se voit quant à elle confier une mission parlementaire de « benchmarking » visant à identifier les pratiques innovantes d'autres pays en matière de vieillissement. Son rapport paru en 2013 présente des expériences en matière de

prévention des chutes¹⁸, de promotion de l'activité physique¹⁹, mais également d'adaptation du logements²⁰, dans lesquelles les outils technologiques ont toute leur place. Il revient aussi sur les initiatives de différents pays pour soutenir le développement de technologies ou de services mobilisant des outils technologiques²¹, ainsi que sur des expériences pour sensibiliser les personnes âgées aux nouvelles technologies et aux services rendus par celles-ci²².

Enfin, Luc Broussy, Conseiller général du Val d'Oise, directeur de l'Executive Master de Politiques gérontologiques à Sciences-Po Paris, prend le pilotage d'une mission interministérielle sur « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! ». Le rapport s'inscrit dans l'idée que « le vieillissement peut-être un formidable potentiel de développement économique et d'emplois » (Broussy, 2013, p.23) et signale que « de grandes entreprises ont donné leur accord de principe pour acter un « Pacte national en faveur d'une économie du vieillissement » » (Broussy, 2013, p. 24). Il présente le secteur des services à la personne comme un gisement d'emplois potentiels. De manière surplombante, l'un des défis majeurs mis en exergue par le rapport est bien celui lié à l'organisation d'une filière industrielle et de services autour des technologies et du vieillissement.

Le rapport du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP), « La Silver economy : une opportunité pour la France et ses territoires »²³, qui est également rédigé en 2013, s'inscrit dans la lignée du rapport Broussy et des considérations relatives au développement économique et à la création d'une filière. Il détermine dans un premier temps les contours de la Silver Economy ou « Economie du vieillissement » en français, en s'interrogeant sur les spécificités de la demande et de l'offre en la matière. Dans un second temps, il cherche à identifier à quel niveau l'intervention de l'État peut se justifier sur ces segments de marchés et formule un certain nombre de préconisations (Broussy, 2013). Dans ce rapport, le CGSP adopte deux partis pris. Le premier est d'accorder dans l'analyse une place décisive à la forte hétérogénéité de la population des seniors, qui se révèle à la fois dans les revenus et les patrimoines, dans l'état de santé ou l'espérance de vie. Dans une optique économique, cela suppose des différences marquées dans les besoins comme dans les

¹⁸ En Nouvelle-Zélande, Australie, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis notamment. Pour plus d'informations voir la synthèse des rapports Aquino, Broussy et Pinville : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Vieillissement.pdf

¹⁹ En Suède et au Japon par exemple.

²⁰ Au Québec et en Angleterre.

²¹ Au Royaume-Uni et en Allemagne, des labels viennent récompenser les commerces et les produits adaptés à une clientèle âgée

²² En ce sens, le Danemarck organise chaque année un « Senior surf day ».

²³ http://www.strategie.gouv.fr/blog/wp-content/uploads/2013/12/CGSP_Silver_Economie_dec2013_03122013.pdf

comportements de consommation. L'idée du rapport est donc que la Silver Economy ne peut émerger qu'en prenant appui, dans un premier temps, sur les catégories les plus solvables de la population âgée. Le second parti pris des auteurs est de chercher dans la Silver Economy ce qui peut être un levier pour l'ensemble de l'économie. Cette économie des seniors rassemble en effet des activités très diverses qui rendent difficile l'emploi du terme « filière » à proprement parler. Selon les auteurs, cette multiplicité et cette complexité imposent de se poser prioritairement la question de l'organisation de l'offre pour asseoir une véritable stratégie industrielle (CGSP, 2013).

C'est le 24 avril 2013 que le ministre du Redressement productif et la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie lancent officiellement la filière de la Silver Economy. Ils annoncent également ce jour-là la création d'un Comité de filière chargé d'aider au développement du secteur. Ils rappellent que le concept anglo-saxon de Silver Economy est pensé en France dans une acception large et qu'il concerne ainsi les personnes âgées, mais plus globalement les personnes fragiles et en situation de dépendance (Cornet, 2013). En ce sens, ce champ regroupe tous les acteurs intervenant pour et/ou avec ces populations avec l'idée directrice que l'ensemble des activités qui y sont relatives est porteur de croissance et d'emplois pour le 21^{ème} siècle. Le Comité de filière a vocation à réunir les entreprises, les fédérations professionnelles, les financeurs et tous les acteurs de l'autonomie et de la prévoyance. Il est en premier lieu chargé d'expertiser les freins relatifs au déploiement de la filière Silver Economy en France. En parallèle de ce Comité, le Centre national de référence pour la santé à domicile et l'autonomie (CNR-Santé) tend quant à lui à jouer un rôle dans la labellisation des technologies de manière à augmenter la visibilité des offres françaises et internationales.

Après avoir fait un tour d'horizon des rapports qui ont progressivement contribué à structurer une réflexion relative aux technologies de la santé et de l'autonomie, tour d'horizon pointant en particulier les acteurs qui ont rédigés ou commandités les rapports et mettant à jour les thématiques prioritairement abordées, nous allons nous concentrer sur le CNR Santé, que nous venons d'évoquer, et sur son réseau de centres experts et relais. Par qui et pourquoi ces acteurs ont-ils été créés ? Comment contribuent-ils à la structuration du secteur des technologies de la santé et de l'autonomie ? Dans quelles mesures leurs missions ont-elles pu à peu évolué pour coller au plus près des enjeux aujourd'hui pensés comme prioritaires concernant les personnes en perte d'autonomie ?

1.2. Vers la constitution d'un réseau d'acteurs relatif aux technologies de la santé et de l'autonomie : le CNR-Santé, les Centres relais et experts

Bien avant le lancement officiel de la Silver économie en 2013, les ministères de l'Economie et de l'Industrie de différents gouvernements, éclairés par une demande industrielle, ont misé sur le possible développement d'une nouvelle filière et se sont positionnés en soutien de cette émergence, notamment par la mise en œuvre d'appels à projet nommés e-santé, dans le cadre des investissements d'avenir et du développement d'une économie numérique.

Deux appels à projet e-santé ont ainsi été lancés dans le cadre de la Loi n°2010-237 de finances rectificative (LFR) pour 2010, définissant les emplois des investissements d'avenir qui affectent 4 250 M€ au programme « développement de l'économie numérique » dans le cadre du Fonds national pour la Société Numérique (FSN). « La gouvernance stratégique du FSN est assurée par le Premier ministre via le Commissaire général à l'investissement, en lien avec le ministre chargé de l'Economie numérique et les ministres partenaires et notamment le ministre chargé de la Santé. La gestion du FSN est assurée par la Caisse des Dépôts, agissant en son nom et pour le compte de l'Etat, en application de la Convention du 2 septembre 2010 relative au programme d'investissements d'avenir, « Action « développement de l'économie numérique » - Fonds national pour la société numérique », parue au Journal officiel du 4 septembre 2010 » (Présentation de l'appel à projet e-santé 2). A travers ces appels à projet, ce sont des acteurs nouveaux susceptibles d'intervenir dans le domaine de la santé et de l'action médico-sociale qui sont instituées, et dont l'emblème est le CNR santé.

1.2.1. Un pilotage national avec l'institution du CNR Santé

Issu du premier appel à projet, le Centre national de référence pour la santé à domicile et l'autonomie (CNR-Santé) a vu le jour. Il participe de cette dynamique engagée par les ministères de l'Economie et de l'Industrie, en collaboration avec le ministère de la Santé, misant sur le développement d'une filière industrielle et de services s'agissant des technologies de la santé et de l'autonomie. Le CNR-Santé est une association à but non lucratif issue de l'appel à projet de Bercy lancé fin 2008, visant la création d'un centre pour valoriser les technologies, les compétences et les activités sur la thématique « Santé à domicile et autonomie ». Plusieurs projets avaient été déposés en réponse à cet appel, notamment celui porté par quatre territoires -Limousin, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes-

et des CHU qui y sont implantés, ainsi que par des acteurs du développement économique - des pôles de compétitivité notamment, Mondial Solutions Communicantes Sécurisées (SCS), Minalogic, Elopsys et Cancer Bio santé. Le projet de ces acteurs a été retenu par un comité de sélection co-piloté par le ministère de la Santé, la Caisse nationale solidarité et autonomie (CNSA), le Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGEJET) et des personnalités qualifiées du monde de la santé et de la recherche.

Ainsi fin 2009, en lien avec les acteurs précités, le ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi (MINEFE) a lancé le CNR Santé, chargé de fédérer, au niveau national, les acteurs intervenant dans le domaine des technologies, de la santé et de l'autonomie²⁴. Le CNR a également vocation à « aider au développement et au bon usage de solutions pour prendre en charge la santé et la dépendance au domicile »²⁵ et à être le facilitateur de l'innovation par la mise en place d'un réseau national et territorial d'expertise associant tous les acteurs du secteur. Il tend parallèlement à conduire, dans le champ qui est le sien, des missions d'intérêt général d'information et de sensibilisation, à participer à la mise en place de méthodologies d'évaluation et à suivre les évolutions législatives et réglementaires. Il peut également piloter des missions d'expertise pour les pouvoirs publics ou pour des acteurs industriels, comme cela a été le cas de la mission « Vivre Chez Soi » effectuée pour le Secrétariat en charge des aînés en 2010 et pilotée par Alain Franco, président du CNR-Santé de 2009 à 2012. En 2013, le rôle du CNR a été reprecisé par les ministères chargés du Redressement productif, des Personnes âgées et de l'Autonomie pour le positionner plus spécifiquement dans le champ du « référencement et de la labellisation des produits et services numériques favorables aux solutions pour la santé et l'autonomie », l'un des piliers stratégiques de la Silver économie²⁶.

En 2009, un financement initial de 4 millions d'euros pour trois ans avait été prévu par la Direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services (DGCIS). Désormais, le CNR-Santé est co-financé par le ministère de l'Industrie -dans le cadre d'une convention- par les cotisations des adhérents et par des subventions versées par des collectivités locales. Concernant sa gouvernance, il est dirigé par un Conseil d'administration composé de

²⁴ Informations issues du site du CNR-Santé, www.cnr-santé.fr

²⁵ Communiqué de presse, juillet 2012, le CNR-Santé annonce la labellisation de 8 nouveaux centres experts et de 12 centres relais.

²⁶ Extrait du communiqué de presse CNSA/ CNR-Santé, de septembre 2013 : « une nouvelle étape dans le partenariat entre la CNSA et le CNR Santé.

représentants élus et issus de ses six collèges (Tableau 1). Le CA décide des orientations stratégiques du CNR avec l'appui de trois instances :

- le Comité d'orientation qui détient un rôle stratégique dans l'élaboration des axes de travail du centre. Il est constitué d'adhérents, de cinq ministères, de fédérations et syndicats professionnels, d'entreprises et de financeurs publics et privés.
- Le Comité scientifique chargé de l'évaluation scientifique des projets et programmes, de la veille scientifique et technologique, de la formulation de préconisations et de l'apport de conseils techniques au Réseau national d'innovation. Il est composé d'adhérents et d'acteurs du monde académique.
- L'Espace éthique qui peut donner un avis consultatif sur l'ensemble des propositions formulées par le Conseil d'orientation et doit élaborer une réflexion éthique sur la santé à domicile et l'autonomie. Il se compose d'universitaires, de sociologues, de médecins, de juristes et de spécialistes de l'éthique.

Collèges	Participants aux collèges/ Administrateurs du CNR
Offreurs	-Directeur activité e-santé/ Société Pharmagest -Président directeur général de Docapost/ Filiale du groupe La poste spécialisée dans les échanges numériques et les solutions documentaires -directeur général délégué et co-fondateur de l'entreprise Link care services -PDG du groupe Axon -chef de projet assistance à l'autonomie/ société Legrand -Président de la société Bluelinea -Directeur Orange Healthcare
Utilisateurs et promoteurs	-Directeur des opérations diabète/ société Sanofi France -Directeur de l'association Section d'assistance à domicile des insuffisants respiratoires (SADIR) -Directeur des actions auprès des familles/ association AFM-Téléthon -Directeur général du CHU de Toulouse -Directeur général du CHU de Limoges.
Formateurs et chercheurs	-Responsable du transfert de technologies dans le domaine de la santé/ INRIA -Professeur des universités, praticien hospitalier, représentant de l'Université de Nice Sophia Antipolis -Directeur du département Technologies de l'information et diffusion du savoir/ directeur de l'établissement Sophia Antipolis au sein du Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)

Financeurs de la santé et de l'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> -Vice-président et administrateur délégué de COVEA -Président du Conseil général des Alpes-Maritime -Secrétaire général du Groupe Pasteur mutualité -Président du Conseil général du Bas-Rhin
Partenaires facilitateurs	<ul style="list-style-type: none"> -Conseiller métropolitain de Nice-Côte d'Azur -Responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale/ Fédération hospitalière de France (FHF) -Professeur et Chef de service de Médecine gériatrique du CHU de Limoges/ représentant pôle de compétitivité d'Elophys -Directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) -Président du pôle de compétitivité Solutions communicantes sécurisées (SCS) -Directeur TIC et équipements/ Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)
Territoires et régions	<ul style="list-style-type: none"> -PDG de Doro, leader européen de la téléphonie à destination des séniors -Président d'Autonom'lab, adjoint au maire de Guéret, premier vice-président de l'agglomération du Grand Guéret en charge du développement économique et des programmes innovants -Président de la région Midi-Pyrénées.

1.2.2. Un maillage territorial d'acteurs.

La constitution du CNR Santé révèle dès son origine une double ambition : d'une part, positionner au niveau national une instance de référence en matière de promotion des technologies de la santé et de l'autonomie et, d'autre part, initier un maillage territorial d'acteurs afin de soutenir le développement d'une réelle filière économique dans les différentes régions de France. Conformément à cela, le CNR s'est donc fait le promoteur d'un réseau d'acteurs territoriaux, fondé sur la reconnaissance d'initiatives locales à travers la proposition de deux niveaux de labellisation : centres experts ou centres relais.

Dans le contexte de l'initiative originelle, les quatre territoires porteurs de la réponse à l'appel à projets de Bercy sont immédiatement devenus « centres experts ». Ces premiers pôles d'expertise étaient tous fondés sur le même modèle d'alliance entre un CHU, des universitaires, des collectivités locales et une composante de recherche industrielle en matière de technologies. Progressivement, au-delà de ces quatre pôles pilotes constitutifs du CNR, d'autres initiatives territoriales en matière de « gérontechnologies », ont émergé, à la faveur de dynamiques très diverses. L'existence d'un cadre national de projets et de financements a en effet amené les porteurs de projets à espérer et à solliciter de manière assez généralisée, un soutien du CNR Santé. Par la suite, huit autres pôles régionaux ont donc également acquis le

statut de « centre expert ». Ces nouveaux centres se distinguent nettement des premiers, tant dans leurs orientations, dans leurs missions que dans leur administration. Les problématiques du handicap sont fortement représentées à travers des centres initiés par l'Association des Paralysés de France (APF) ou encore l'Association Française contre la Myopathie (AFM) et le Centre mutualiste de rééducation de Kerpape. Les initiateurs sont soit associatifs, soit hospitaliers (APHP), soit universitaires (Lyon 2, CEN Stimco). La recherche semble au cœur des missions prioritaires de ces nouveaux centres experts. Le centre porté par la CCI de Rennes fait exception et se situe davantage du côté des acteurs industriels.

Le CNR Santé collabore ainsi en premier lieu avec ces équipes qu'il a labellisé « centres experts » pour leur « excellence nationale »²⁷ sur des thématiques précises : l'expertise « technologiques », l'expertise « métiers », l'expertise « besoins des utilisateurs » et l'expertise « en développement »²⁸. De manière générale, les centres experts sont chargés de renforcer la compréhension des besoins en matière de technologies dans le domaine de la santé et de l'autonomie, d'appréhender les problématiques stratégiques, organisationnelles et économiques, d'identifier les technologies et les compétences requises pour développer des solutions pertinentes. Concernant leur thématique propre, ils ont parallèlement vocation à animer le réseau territorial des acteurs concernés et à apporter leur expertise spécifique au sein des actions collectives nationales conduites par le CNR.

Alors que la mise en place de centres experts a été lancée immédiatement après l'instauration du CNR, le premier appel à candidature pour créer des centres relais a vu le jour seulement en 2011. Ces centres ont pour vocation d'être des animateurs de terrain auprès des acteurs économiques locaux, d'identifier les projets portés par les territoires s'agissant des technologies de la santé et de l'autonomie, mais également de repérer les bonnes pratiques et les acteurs avec lesquels le CNR peut collaborer. Il s'agit donc là d'un positionnement au plus près des acteurs économiques, dans une perspective de lancement ou de soutien d'une filière. Les centres relais sont actuellement au nombre de douze. Ils couvrent des domaines larges allant des services à la personne, à la robotique médicale ou la télémédecine. Leur action se développe très en lien avec les politiques économiques régionales et bénéficie généralement du soutien des acteurs locaux.

²⁷ Communiqué de presse, juillet 2012, le CNR-Santé annonce la labellisation de 8 nouveaux centres experts et de 12 centres relais.

²⁸ Communiqué de presse, juillet 2012, le CNR-Santé annonce la labellisation de 8 nouveaux centres experts et de 12 centres relais.

Le réseau du CNR Santé, que ce soit les centres experts ou relais, est fortement impliqué dans des projets locaux relatifs aux technologies visant la prise en charge de personnes en perte d'autonomie. Nous allons dès à présent revenir sur deux projets dans lesquels des centres experts sont notamment investis aux côtés de multiples acteurs de différentes natures. Porter le regard sur des expérimentations locales relatives aux technologies de santé et de l'autonomie nous paraît pertinent pour souligner dans quelle mesure les acteurs locaux contribuent eux aussi par leurs initiatives au développement du secteur des technologies de la santé et de l'autonomie.

1.3. Des initiatives locales mêlant des acteurs hybrides : le cas de l'Isère et de la Creuse

De manière générale, les politiques sanitaires et sociales sont de plus en plus élaborées et portées par « des groupes d'acteurs qui, aux différents niveaux de la société, font des propositions, expérimentent, structurent et testent des ensembles plus ou moins cohérents d'idées » (Lafore, 2010). L'action publique se fabrique, en outre, entre acteurs de diverses natures qui croisent leurs compétences et ressources « pour tester et oser sur le terrain de nouvelles manières de faire » (Lefeuvre, 2011). Les acteurs publics et privés locaux voient en effet dans l'expérimentation conjointe une possibilité « d'innover une politique, ou certains aspects de celle-ci, à petite échelle » (Lefeuvre, 2011). Sans toujours respecter les « canons » expérimentaux, ils mettent en place des démarches empruntant à l'expérimentation le fait d'avoir « une idée empirique pionnière à tester [pour que celle-ci] passe d'un mode de perception hasardeux, bricolé à un mode plus rationnel » (Chauvière, 2012) qui puisse nourrir l'action publique.

Dans cette perspective, les expérimentations locales présentent souvent une double dimension : elles participent, tout à la fois, à révéler et à connaître des problèmes, qui ne sont souvent pas reconnus comme tels par les pouvoirs publics ou qui sont mal connus, mais aussi à y apporter des réponses. Elles sont ainsi un moyen de rendre visibles, « par le bas », des problématiques et d'avancer pour y répondre (Lafore, 2010). Ceci afin de tenir compte des enseignements du terrain pour inverser, en quelque sorte, le circuit de la décision publique (Rozan, 2012) et pour construire des modèles d'action publique qui puissent potentiellement être pérennisés localement et/ou généralisés à une échelle nationale.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons porté l'attention sur deux expériences locales. La première est celle pilotée par le Conseil général de l'Isère, intitulée « [Autonom@dom](#) » ; la seconde est celle conduite par le Conseil général de la Creuse, « Domocreuse ». En nous intéressant à ces expériences, nous souhaitons comprendre la manière dont se construisent et se déploient des projets expérimentaux locaux visant le renforcement de la prise en charge à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie au moyen d'outils technologiques. Il s'agit aussi de repérer le type d'acteurs qui y participent et la manière dont les collaborations expérimentales s'organisent. Si nous procédons ici à une « description à plat » de ces expériences, elles nous seront également utiles dans la suite de cette recherche pour analyser les enjeux relatifs aux nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie.

1.3.1. L'Isère et « Autonom@dom ».

- *Un projet, des objectifs.*

Depuis 2011, le Conseil général de l'Isère porte un projet, dénommé Autonom@dom, relatif au « développement de services numériques pour la santé et l'autonomie » (Rumeau, Chirié, 2012). L'objectif est de mettre en place, à l'horizon 2016 et à l'échelle du département, une plate-forme de services intégrant une offre d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie, accessible dans l'ensemble du territoire et avec une facturation unique (Rumeau, Chirié, 2012).

La plate-forme tend à intégrer différentes technologies permettant tout à la fois d'assurer une régulation médicale –intervention en cas d'urgence-, de prévenir la perte d'autonomie et les situations « à risque médical » -les chutes en particulier-, de collecter, de partager et de traiter des données médico-sociales sur les populations et de répondre à différents besoins à domicile -par exemple l'organisation du portage de repas. La mise en place d'un ensemble coordonné de prestations a vocation à apporter des réponses à plusieurs catégories de population : les personnes atteintes de pathologies chroniques invalidantes vivant à domicile, les personnes en sortie d'hôpital et rentrant à leur domicile, les personnes âgées pour prévenir la perte d'autonomie et favoriser le bien-être. Elle vise parallèlement à décroiser les réponses déjà apportées à ces populations par différents acteurs et à améliorer par là même la coordination des professionnels qui interviennent auprès d'elles²⁹.

²⁹ Informations recueillies lors du lancement du dialogue compétitif par le Conseil général de l'Isère en mars 2013.

Le projet mené en Isère s'encadre dans les recommandations du rapport du député P. Lasbordes intitulé « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être » et paru en 2009 (Rumeau, Chirié, 2012), mais également dans le prolongement du travail coordonné par J. Giard, « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées », commandité par le Conseil général de l'Isère et la Ville de Grenoble (Giard, 2005). Il prend ainsi forme au confluent de plusieurs constats présents dans ces travaux : vieillissement de la population, augmentation du nombre de porteurs de maladies chroniques, entrées précoces dans la dépendance, ruptures dans les parcours de santé, déficit des places d'hébergement et volonté de maintien à domicile.

- *Un projet qui concerne de multiples acteurs.*

Le projet, s'il est piloté par le Conseil général de l'Isère, associe des acteurs de différentes natures (Tableau 2), et notamment le Technopôle Alpes, Santé à domicile et Autonomie (TASDA). Créé en 2009 par le CHU de Grenoble et le pôle de compétitivité MINALOGIC, le TASDA a vocation à « fédérer les forces Rhône-alpines qui contribuent au développement des technologies et des services à domicile pour l'autonomie »³⁰. Il constitue l'un des territoires fondateurs du CNR-Santé, comme nous l'avons préalablement précisé, et a été labellisé Centre expert par celui-ci.

Tableau 2	
Type d'acteurs	Projet Autonom@dom
Collectivités territoriales/ Acteurs administratifs / Etablissement publics d'Etat	Conseil général, CCAS (de plusieurs communes) et UDCCAS, CARSAT, ARS Rhône-Alpes, Caisses complémentaires de retraite...
Acteurs sanitaires et médico-sociaux	CHU Grenoble, Maison des réseaux de santé, H2AD, plateforme Vivial ESP 38, Sud Isère téléalarme...
Acteurs industriels/ économiques	Ericsson France, Audilog groupe Ericsson, ST micro-electronics, Nef Inf, Technosens, La Poste...

³⁰ Site du TASDA : www.tasda.fr

Acteurs « experts » et universitaires	Université Pierre Mendès France (UPMF), Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales et leurs réseaux (IFROSS), Technopole Alpes Santé à domicile et Autonomie (TASDA)...
Acteurs associatifs représentants des usagers	Alerte 38, ODPHI, CISSRA, CODERPA

- *La temporalité du projet.*

Le Conseil général a vocation à associer ces acteurs tout au long des avancées du projet. On peut en effet repérer plusieurs séquences temporelles à Autonom@dom : sa toute première mouture a été élaborée en 2011 en réponse à l'appel à projet de l'Etat « e-santé n°2 » du programme des Investissements d'avenir, portant sur le « Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie » (Rumeau, Chirié, 2012). Le projet Isérois, qui a connu plusieurs versions du fait notamment d'un changement concernant l'acteur industriel co-porteur du projet, n'a finalement pas été retenu par les acteurs étatiques et n'a donc pas obtenu de financements nationaux³¹.

Le Conseil général a alors décidé de lancer un appel à projets au niveau local pour engager un dialogue compétitif visant à dessiner le visage d'une plate-forme de services en matière de santé et d'autonomie. Au cours de l'année 2012, un programme fonctionnel a donc été élaboré par le CG pour schématiser l'organisation potentielle de la plate-forme et organiser le dialogue compétitif entre des consortiums souhaitant proposer leur propre projet de plate-forme³². Les consortiums sont portés par des acteurs privés, des industriels ayant une proximité avec le domaine des nouvelles technologies, et peuvent associer différents acteurs locaux des champs sanitaires, médico-social et social.

La procédure de dialogue compétitif a officiellement démarré au printemps 2013 pour une période de plus d'un an durant laquelle les consortiums élaborent leur projet de plate-forme, le soumettent au Conseil général et passent des étapes de sélection. Sept consortiums ont initialement déposé des projets ; en décembre 2013, trois ont été retenus pour poursuivre le dialogue³³. A l'issue de celui-ci –courant de l'année 2014-, le Conseil général choisira celui

³¹ Information tirée de l'entretien réalisé avec Eric Rumeau en janvier 2014.

³² Informations recueillies lors du lancement du dialogue compétitif par le Conseil général de l'Isère en mars 2013.

³³ Informations tirées de l'entretien avec Michèle Mourgues, CCAS de Bourgoin Jallieu en janvier 2014.

qui fera une démonstration de son projet de plate-forme auprès d'un panel de 2000 personnes en Isère. Cette démonstration se tiendra dans quatre territoires du département³⁴ dont la sélection s'est appuyée sur plusieurs critères : une volonté de représentativité de différents contextes de soutien à domicile (urbain, péri-urbain, montagne et rural), la prise en compte d'un historique et d'une expérience des territoires dans les nouvelles technologies pour la santé à domicile et l'autonomie et l'implication d'acteurs locaux de ces territoires. Il s'agira au terme de la démonstration de valider une organisation et un modèle économique pour la plate-forme mais aussi d'en définir la structure juridique³⁵.

- *Des « pilotes préfigurateurs » pour schématiser la future plate-forme.*

Afin d'alimenter le dialogue compétitif durant toute sa durée, le Conseil général s'appuie sur des « pilotes préfigurateurs » (encadré 1), c'est à dire sur des expériences pouvant préfigurer des « morceaux » de la future plate-forme. Ces expériences peuvent être déjà pré-existantes dans le département et portées par des acteurs locaux impliqués de longue date sur des thématiques en lien avec Autonom@dom, ou ont été lancées au moment du dialogue compétitif. Toutes constituent en tout cas des sortes de briques dont l'assemblage peut préfigurer la plate-forme de services.

En ce sens , les pilotes sont relatifs aux différents types de technologies que le CG souhaiterait inclure dans la plate-forme : technologies de téléassistance, technologie permettant le partage d'informations, technologies de suivi médical ou d'alerte. A travers cette phase de préfiguration, le CG cherche autant à comprendre les dynamiques territoriales préexistantes et à disposer d'acquis sur des expériences relatives à l'utilisation de technologies en matière de santé et d'autonomie, qu'à mobiliser les acteurs locaux s'agissant du projet [Autonom@dom](#)³⁶

Encadré 1

Zoom sur les pilotes préfigurateurs d'Autonom@dom.

1. **Pilote « maintien à domicile et monitoring de patients Insuffisants cardiaques (IC) bénéficiant d'un plan APA »** : il est porté par le pôle cardio-vasculaire et thoracique du CHU de Grenoble. Une cohorte de 25 patients bénéficiant d'un plan APA a été équipée d'un outil de suivi du poids et de la tension artérielle envoyant les données vers un serveur d'hébergement.

³⁴ Les territoires de démonstration seront donc l'agglomération grenobloise, Porte des Alpes, Vercors et Bièvre-Valloire.

³⁵ Informations tirées d'un projet d'article d'Eric Rumeau et Véronique Chirié qui nous a été fourni par E. Rumeau suite à notre entretien.

³⁶ Informations recueillies lors du lancement du dialogue compétitif par le Conseil général de l'Isère en mars 2013.

Ce pilote doit permettre d'opérationnaliser un suivi à distance par des professionnels de santé et d'expérimenter un service de régulation médicale.
http://www.tasda.fr/documents/Pilote_tele%20monito%20insuff%20card_2012_CG38%20v6%20web.pdf

2. **Pilote « Dossier médico-social informatisé »** : il est porté par le Réseau Vercors Santé (RVS) qui a mis en place un dossier médico-social informatisé pour 30 usagers ; il est accessible depuis leur domicile (affichage sur la TV du bénéficiaire) et depuis le web (pour les professionnels sanitaires et médico-sociaux). Les attendus du pilote sont relatifs à la mobilisation des professionnels du soutien à domicile autour d'un dossier partagé, à la définition des rôles, des responsabilités et des bénéfices pour chacun et à la validation des modalités de diffusion des technologies au domicile des usagers potentiels.
http://www.tasda.fr/documents/Pilote_Evolution%20RVSA_2013_CG38%20v2%20web.pdf
3. **Pilote « Analyse des usages et des pratiques pour le développement d'un Dossier médico-social partagé »**. Le pilote consiste en une étude portée par la Maison des réseaux de santé de l'Isère (MRSI) pour observer l'existant en Isère s'agissant du dossier médico-social informatisé. Il s'agit de faire le point avant de déployer un autre système d'information partagé afin de coordonner le travail des professionnels. L'étude doit permettre d'établir une synthèse des besoins et attentes des usagers ainsi que des professionnels de santé en terme de pratiques et d'outils de coordination ; d'identifier un cadre commun minimal à tous les acteurs afin de permettre un développement ultérieur de solutions.
<http://www.tasda.fr/documents/Pilote%20Observatoire%20coordination%20et%20SI%20-%20lettre%20de%20mission%20V5%20b.pdf>
4. **Pilote « Sécurisation médicale en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) »** : il est porté par la Clinique universitaire de médecine gériatrique du CHU de Grenoble. L'objectif est de limiter les conséquences des chutes chez le sujet âgé. La clinique de médecine gériatrique veut expérimenter un dispositif pour limiter les conséquences des chutes chez les personnes âgées. Trois EHPAD doivent être équipés d'un dispositif de régulation médicale les mettant en relation avec une plateforme disposant des dossiers médicaux des résidents. Durant les nuits et week-ends, les personnels des EHPAD pourront solliciter cette plate-forme pour toute question médicale en amont d'un recours éventuel aux urgences. Les attendus pour le projet autonom@dom sont la réalisation d'une évaluation de la valeur ajoutée d'une régulation médicale assise sur l'accès à distance au dossier médical des patients à distance.
http://www.tasda.fr/documents/Pilote_se_769:curisation_ehpad_2012_CG38%20v5%20web.pdf
5. **Pilote « Atelier mémoire »** : il est porté par la Caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) Rhône-Alpes, en lien avec l'Association l'âge d'or et le Centre communal d'action sociale (CCAS) de Grenoble. Il s'agit de développer et d'évaluer un processus d'accompagnement de solutions de stimulation cognitive avec des jeux informatiques visant à conserver des capacités cognitives utiles au quotidien, de pérenniser une dynamique de stimulation et de préserver le lien social.
http://www.tasda.fr/documents/Pilote_etude%20stimul%20cogn%202013%20v3%20web.pdf
6. **Pilote « Activité physique adaptée (APA) »** : il est porté par la CARSAT en lien avec des partenaires : doctorante, ligue APA concept Rhône-Alpes, Médicaire, CHU Sud... L'objectif est de définir quelle pourrait être l'offre d'APA pour des personnes fragiles ou à risque de dépendance et de voir dans quelle mesure cette offre pourrait intégrer la plate-forme.
<http://www.tasda.fr/documents/Pilote%20Act%20Phy%20Adaptee%202013%20v4%20web.pdf>

- *Une instance consultative relative aux droits des usagers.*

Le projet [Autonom@dom](#) a également vocation à s'appuyer sur une instance consultative destinée à faire valoir les droits des usagers : le Comité Consultatif des Usagers de la Santé à Domicile et l'Autonomie (CCUSDA). Le Comité est composé de représentants d'usagers et tend à développer des échanges autour de l'acceptabilité des outils, du respect des droits des usagers, à favoriser le partage d'information et à améliorer globalement la qualité du service qui sera proposé par la future plate-forme. Il s'inspire des Conseil de la Vie Sociale (CVS) en établissement médico-social et des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en charge (CRUQC) en établissements sanitaires (Rumeau, Chirié, 2012).

1.3.2. La Creuse et « Domocreuse ».

Le Conseil général de la Creuse est quant à lui engagé dans un projet intitulé « Domocreuse » qui consiste en l'installation de packs domotiques au domicile de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Il est important de revenir sur l'historique de ce projet et sur le contexte local dans lequel il s'inscrit.

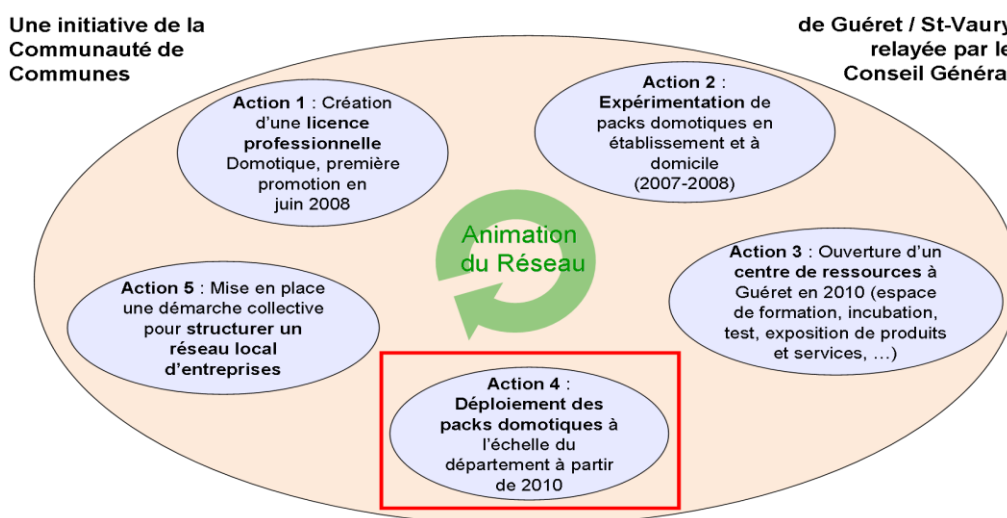
- *Les origines du projet.*

En 2002, le pays de Guéret, dans le cadre d'un dossier de candidature au programme européen Leader +, s'interroge sur la manière de garder les jeunes diplômés du BTS de domotique de Guéret sur son territoire et de promouvoir de nouveaux services. Dans la foulée, des élus de la Communauté de communes (ComCom) de Guéret Saint-Vaury décide de mener une étude prospective sur le développement économique d'un Pôle de compétence dans le domaine de la domotique pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. En 2006 forte des constats faits dans l'étude pré-citée, la ComCom répond à un appel à projets « Pôle d'excellence rural » (PER) de la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) pour obtenir le label PER et des financements à la fois publics et privés. Le PER est obtenu en 2007 et conforte une dynamique territoriale dans le domaine de la domotique et de la santé portant tout à la fois sur la formation professionnelle, le soutien à l'innovation et à l'implantation d'activités économiques ainsi que sur le développement de la domotique à domicile³⁷.

³⁷ http://www.themavision.fr/jcms/rw_261832/generalisation-et-developpement-du-pack-domotique-a-domicile-en-creuse

Dès 2008, la ComCom s'associe avec des acteurs publics et privés pour développer les différents axes du pôle dénommé « Domotique et Santé Odysée 2023 » (Schéma 1). Le Conseil régional du Limousin crée ainsi l'association « Autonomie Lab » dont l'objectif est d'expérimenter et de diffuser des solutions innovantes pour compenser la perte d'autonomie chez les personnes âgées ou handicapées. Il soutient également le développement d'activités industrielles dans le secteur de la domotique. « Autonom'Lab » a été labellisé Centre expert par le CNR-Santé. L'entreprise Legrand, leader mondial de l'équipement électrique installée à Limoges, met des ingénieurs à disposition du pôle pour travailler à la conception des produits domotiques. Les chambres consulaires réunissent des artisans au sein d'un groupement d'intérêt économique tandis que les acteurs de la formation mettent en place une licence professionnelle « domotique et autonomie ».

**Schéma 1 : Schématisation du Pôle d'excellence rurale (PER)
« Domotique et Santé –Odysée 2023 ».**



Sources : Le pack domotique à domicile. Généralisation et développement en Creuse. PDF réalisé par la Cellule domotique à domicile du Conseil général de la Creuse, janvier 2013.

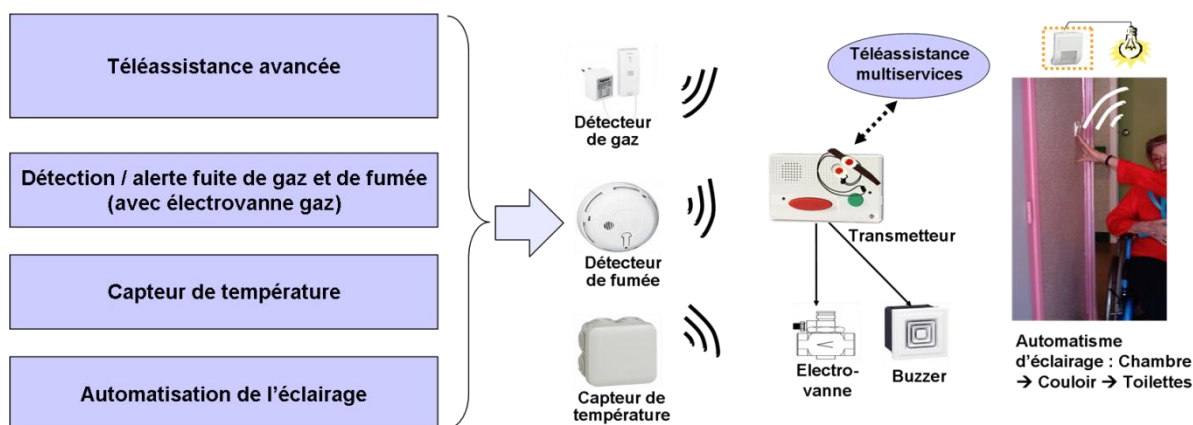
- *L'expérimentation et le déploiement de solutions domotiques : Domocreuse.*

Le Conseil général de la Creuse s'engage quant à lui dans le déploiement de solutions domotiques auprès des personnes âgées et handicapées. Il teste pendant dix-huit mois, dans dix foyers et dans un établissement accueillant des personnes âgées, un « pack domotique » développé par l'entreprise Legrand afin de vérifier son adaptation aux besoins des personnes en perte d'autonomie et son acceptabilité par celles-ci mais aussi par les professionnels

médico-sociaux. Le pack expérimental se compose d'un chemin lumineux entre la chambre et les toilettes qui se déclenche automatiquement lorsque la personne se lève, d'un détecteur de chutes et de températures extrêmes, d'électrovalves permettant de bloquer le gaz et l'eau en cas de fuites et d'un écran dialoguant.

En 2009, une évaluation est conduite par V. Rialle en collaboration avec le Laboratoire AGIM du CNRS et le cabinet Médialis afin d'envisager la généralisation de l'installation de pack, non pas en établissement médico-social mais à domicile. En 2010, le Conseil général décide de déployer les packs auprès de 2000 personnes en les couplant à un système de téléassistance (Schéma 2). Les équipements de base retenus pour constituer les packs sont ceux testés à travers la phase expérimentale ; ce sont essentiellement des outils permettant de sécuriser la personne dans son environnement, de prévenir les accidents domestiques et de faciliter l'assistance et l'aide à domicile. Tous les équipements communiquent avec un boîtier central permettant d'échanger à l'aide d'un médaillon que la personne porte autour du cou ou en bracelet avec un centre de téléassistance. Mi 2013, 600 foyers sont équipés³⁸.

Schéma 2 : le profil du pack domotique.



Sources : Le pack domotique à domicile. Généralisation et développement en Creuse. PDF réalisé par la Cellule domotique à domicile du Conseil général de la Creuse, janvier 2013.

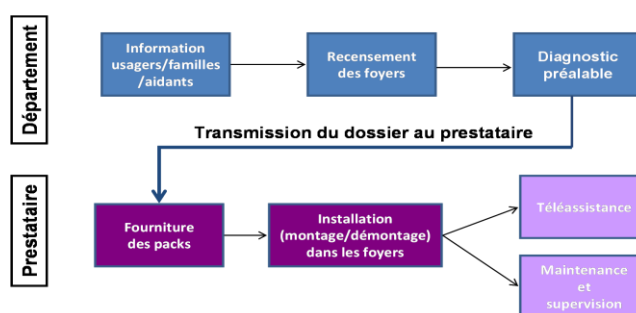
Le déploiement est confié par délégation de service public à la plateforme Sirmad Domo Assistance pour une durée de quatre ans. Basée à Naves en Corrèze, cet établissement de la fondation des Caisses d'Epargne pour la solidarité gère à cette période déjà plus de 10 000 personnes âgées et/ou handicapées sur les trois départements du Limousin. En juillet, Sirmad a donc lancé « Domocreuse », une plate forme de téléassistance de proximité à destination des

³⁸ <http://www.parolesdelus.com/les-initiatives/sante-et-social/la-creuse-fait-sa-silver-revolution>

personnes âgées en perte d'autonomie ou handicapées, opérationnelle 24h/24 et 7j/7. La plateforme installée à Guéret et composée de cinq salariés assure la commercialisation des packs domotiques et la gestion de la téléassistance -coordination avec les secours, appels de convivialité, contacts avec les personnes, avec l'entourage et la famille. Le Conseil général, à travers l'équipe domotique composée de quatre personnes dont il s'est doté, conserve quant à lui la communication et la promotion du dispositif, l'étude des demandes des personnes âgées, l'évaluation personnalisée au domicile et l'élaboration des préconisations face aux risques de la vie courante, le contrôle des installations et les enquêtes de satisfaction (Schéma 3).

Avec la Chambre des métiers et de l'artisanat de la Creuse, le CG a parallèlement mis en place une coopérative artisanale, composée d'une vingtaine d'entreprises réparties sur le territoire, afin de réaliser l'installation et la maintenance des équipements au domicile. Un dispositif de formation a été mis en place pour former les acteurs impliqués -travailleurs sociaux, associations de services d'aide à domicile, artisans installateurs- à la fois sur des aspects techniques, sur les usages des technologies et sur les spécificités de l'intervention au domicile de personnes âgées. Le dispositif s'appuie sur les trois organismes publics de formation (AFPA, GRETTA et CFPPA), sur le Centre national d'innovation, santé, autonomie et métiers (CNISAM) basé à Limoges et sur le fabricant des équipements du pack domotique Legrand³⁹.

Schéma 3 : La configuration du déploiement des packs.



Sources : Le pack domotique à domicile. Généralisation et développement en Creuse. PDF réalisé par la Cellule domotique à domicile du Conseil général de la Creuse, janvier 2013.

³⁹ http://www.themavision.fr/jcms/rw_261832/generalisation-et-developpement-du-pack-domotique-a-domicile-en-creuse

- *Des prolongements à Domocreuse.*

A côté de la diffusion des packs et de la pérennisation de la plate-forme de téléassistance, le Conseil général vise également le déploiement progressif de la télégestion dans les services d'aide à domicile. Dans ce cadre, une expérimentation a été lancée en 2013 pour compléter le dispositif existant avec des outils à l'attention des professionnels de l'intervention à domicile : un cahier de liaison dématérialisé, un service de télégestion et un service de télésurveillance clinique à domicile. L'objectif est que les personnels des services d'aide à domicile aient une meilleure visibilité sur les plannings d'intervention et que le Conseil général dispose d'informations pour renforcer l'utilisation optimale des financements, par exemple s'agissant du remboursement des prestations effectivement réalisées dans le cadre des plans d'aide APA. Cette expérimentation s'intègre au projet ICARE, porté par la société Legrand sur quatre départements dont la Creuse, qui tend à évaluer les impacts médico-sociaux, économiques et organisationnels des solutions technologiques pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Cette évaluation a vocation à être complémentaire de celle menée par le CHU de Limoges destinée à apprécier l'efficacité des dispositifs en matière de prévention, en particulier sur les chutes et leurs conséquences pour les sujets âgés.

De manière surplombante, le Conseil général s'est également engagé dans un plan de modernisation des associations d'aide à domicile et développe une politique d'accompagnement des sept Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) implantés sur son territoire. Des objectifs s'agissant de la couverture de l'ensemble du territoire, de la continuité de service et de la convergence tarifaire ont été intégrés dans les Contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre le CG et les SAAD. Une convention de modernisation des services a en outre été signée dans le cadre de la section IV de la CNSA afin de favoriser, entre autres, le développement de la télégestion. Un poste de chargé de mission a parallèlement été créé au sein du Pôle jeunesse et solidarité du Conseil général pour accompagner les évolutions des services d'aide à domicile.

- *De multiples acteurs impliqués dans les différentes phases.*

Tout comme l'expérience Iséroise, l'expérimentation « Domocreuse » relève d'une collaboration entre divers acteurs, publics, privés, associatifs, universitaires comme le signale le tableau 3 ci-dessous. De manière générale, les expériences locales visant la mise à disposition de technologies pour le maintien à domicile des personnes âgées impliquent toutes des acteurs hybrides. En fonction des territoires, les partenariats s'organisent de manière

spécifique ; le pilotage des expérimentations n'est notamment pas assuré par les mêmes acteurs et les collaborations prennent des visages tout à fait particuliers en fonction des enjeux prioritaires associés au développement de l'usage des nouvelles technologies auprès d'une population vieillissante. Dans tous les cas, les expérimentations voient se côtoyer des cultures professionnelles et des logiques d'action différentes, les acteurs ayant en outre des intérêts spécifiques à s'investir et poursuivant fréquemment des objectifs propres. Pour autant, il est tout de même possible de repérer des catégories d'acteurs généralement positionnés dans l'ensemble des expérimentations qui y sont relatives.

Tableau 3	
Type d'acteurs	Projet « Domocreuse
Collectivités territoriales/ Acteurs administratifs / Etablissement publics d'Etat	Communauté de communes, Conseil général, Conseil régional, Centre national d'innovation, santé, autonomie et métiers (CNISAM) (service de la Chambre des métiers et de l'artisanat du Limousin), Chambre des métiers et de l'artisanat de la Creuse, CCAS (de plusieurs communes), CARSAT, MSA, CNSA
Acteurs sanitaires et médico- sociaux	CHU Limoges, SIRMAD téléassistance (Fondation Caisse d'épargne pour la solidarité), SAAD
Acteurs industriels/ économiques	Legrand (et sa filiale téléassistance Intervox), Fédérations d'artisans du bâtiment, artisans électriciens, chauffagistes, d'Indépendance Royale, de MUST informatique, PME du secteur de l'électronique et de l'électrotechnique
Acteurs « experts » et universitaires	Groupe d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Compatibilité électromagnétique (GERAC), Centre de Recherche Technologique en télécommunication, électromagnétisme et électronique (CISTEME), laboratoire de l'Université de Limoges XLIM/UMR 6172, École Nationale Supérieure d'Ingénieurs de Limoges (ENSIL), Organismes de formation (AFP, GRETTA, CFPPA)
Acteurs associatifs représentants des usagers	Association des paralysés de France (APF).

Conclusion de la partie 1.

Au croisement de dynamiques nationales et territoriales, les contours d'un secteur des technologies de la santé et de l'autonomie ont progressivement émergé en France. Initialement portée par des acteurs du handicap dans une perspective de compensation, la réflexion relative aux aides techniques a progressivement circulé vers le champ du vieillissement pour devenir un axe de questionnement concernant l'ensemble des populations en perte d'autonomie. Peu à peu, à la confluence de rapports commandités par les ministères « sociaux » mais aussi par des ministères plus « économiques », plus généralement d'ailleurs par des acteurs positionnés dans les champs sociaux, sanitaires et économiques, les enjeux principaux liés au développement des nouvelles technologies se sont imposés : volonté de réorganisation du système de santé en mobilisant le levier des technologies et ambition de développement économique à différentes échelles, locale, nationale, voire européenne. Si les rapports officiels ont posé les soubassements d'une réflexion générale, la création du CNR Santé et le maillage progressive du territoire par les centres experts et réseaux ont quant à eux donner une première forme de concrétisation à l'existence d'un secteur relatif aux nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie. Ces acteurs nouveaux ont d'emblée incarné la nécessité d'une articulation entre plusieurs mondes, industriel et public notamment, pour soutenir le développement de ce secteur. Articulation qui s'est peu à peu incarnée dans des expérimentations locales en matière de technologies de la santé et de l'autonomie, dans lesquelles se positionnent en effet des acteurs publics sanitaires et sociaux -CHU, collectivités territoriales, caisses de sécurité sociale, CCAS...- des acteurs privés -industriels, entreprises de services...- des acteurs universitaires et associatifs également. Des expérimentations mêlant à ce point des acteurs hybrides ne peuvent que venir questionner fortement l'action publique locale.

II. Le développement des technologies pour la santé et l'autonomie : enjeux de politiques publiques.

Le développement des technologies de la santé et de l'autonomie, supposées compléter les dispositifs existants d'aide et d'accompagnement des personnes âgées, vient impacter les politiques publiques dans leurs orientations, leur organisation et leur fonctionnement. Si des transformations se donnent à voir au niveau national, à travers le rapprochement et l'action concertée en particulier du Ministère de l'économie et du redressement productif et du Ministère des affaires sociales et de la santé, au niveau local, plus encore, à travers les différentes initiatives poursuivies, ces transformations sont avérées. Ainsi, au croisement d'initiatives gouvernementales –création du CNR santé puis lancement de la Silver economy-, européennes –Fonds européens de développement économique des territoires ruraux (FEDER)-, régionales –contrats plan Etat-Régions- et locales –expérimentations portées par les Conseils Généraux-, l'innovation technologique engagée par des industriels, est appelée à entrer en résonance avec des formes d'innovation et d'expérimentation sociales pilotées par des acteurs publics, impliquant généralement des acteurs de différentes natures. En ce sens, le souhait politique, porté au niveau national, de voir se développer une articulation entre des mondes aux frontières jusqu'alors étanches, trouve notamment écho dans des formes expérimentales d'innovation impulsées par certaines collectivités locales. Les domaines dans lesquels se développent les technologies et les expérimentations sont, outre ceux de la vie quotidienne concernée principalement par la domotique, ceux de la santé –à travers notamment la e-santé et la robotique médicale- et de l'action médico-sociale avec les technologies dites de compensation, de sécurisation et de « lien social ».

A travers les projets expérimentaux que nous avons analysés et que nous avons précédemment présentés, nous percevons les tentatives de rapprochement entre les mondes industriels, sanitaires, médico-sociaux et politiques. Il est parallèlement possible de mettre en exergue leurs formes inabouties. Afin de réaliser notre analyse, nous avons effectué, en Isère et dans la Creuse, dix entretiens semi-directifs auprès d'acteurs impliqués dans les expérimentations locales [Autonom@dom](#) et Domocreuse. Nous avons également procédé à une analyse secondaire de quatre entretiens effectués auprès d'acteurs de la Creuse, dans le cadre d'un précédent projet de recherche portant sur l'action sociale en direction des retraités et personnes âgées (Alvarez, Gucher, Guillaud, Mansanti, Mollier, 2012). A la lumière des

matériaux empiriques recueillis, deux dimensions nous paraissent aujourd'hui constitutives de ces dynamiques de projet et d'expérimentation, qui se développent autour de l'innovation technologique. En tout premier lieu, il semble qu'un des enjeux du développement et de la pérennisation de dispositifs d'action organisés autour des nouvelles technologies, se situe dans la possible mise en convergence et le rapprochement des domaines d'action médico-sociale et sanitaire. Ces dynamiques reposent sur une volonté de positionnement de certains acteurs locaux mais aussi sur des enjeux de financement et de modèle économique des dispositifs mis en œuvre. A cet égard, la question du modèle économique de développement de ces dispositifs technico-médico-sociaux, constitue en soi une problématique essentielle qui révèle d'une part de nouvelles considérations de la part de l'utilisateur dans la prise en charge de ses dépendances, et d'autre part de nouvelles orientations de l'action publique. D'une manière plus générale, ces dispositifs innovants, font émerger de nouveaux systèmes d'action et paraissent concourir à l'émergence d'une action publique renouvelée dans un contexte de crise économique et de vieillissement de la population.

2.1. Enjeux de réorganisation de l'action sanitaire et sociale sur les territoires : vers une sanitarisation du social ?

Les propos recueillis auprès des porteurs de projets locaux et des acteurs engagés dans la promotion de dispositifs technologiques à destination des secteurs médico-social et de santé soulignent tous les difficultés de liens entre les différents acteurs de ces domaines. Ils soulignent également les dysfonctionnements qui en résultent, notamment pour ce qui concerne la qualité des prises en charge et l'efficacité des actions menées. Ces propos font écho à une certaine littérature relative à l'action publique gérontologique qui revient, d'une part, sur la qualité et les coûts des réponses proposées aux personnes rencontrant des besoins d'aide à l'autonomie (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011) et, d'autre part, sur l'enjeu de réorganisation territoriale de l'action sanitaire et sociale concernant la prise en charge à domicile de ces personnes (Bauduret, 2013 ; Bloch, Hénaut, 2014). Besoins de soins sur une longue durée, mais également besoins d'un accompagnement social pour organiser les modalités d'un retour et d'un maintien à domicile suite par exemple à une hospitalisation, aides diverses –hygiène, repas- s'agissant du quotidien à domicile, les prises en charge requièrent en effet l'action de professionnels issus tout à la fois des secteurs sanitaire, social et médico-social. La coordination de ces actions n'est pas sans poser problème.

2.1.1. Le défi de la coordination.

Dans un contexte où la coupure entre les secteurs sanitaire et social tend à perdurer (Bauduret, 2013), le défi de la coordination est de taille. Au niveau institutionnel, les pouvoirs publics tentent depuis plus de trente ans de faire évoluer le cadre de la coordination gériatrique, sans toutefois parvenir à transformer concrètement et radicalement l'organisation sanitaire et sociale pour améliorer les différents niveaux de coordination (EHESP, 2011).

- *De multiples tentatives de coordination, des effets limités*

La question de la coordination⁴⁰ des secteurs se pose en effet dès les années 1960. En 1962, suite au rapport Laroque, il est prévu d'instaurer des coordinations administratives pour assurer la planification de l'offre en réponse aux différents besoins des personnes âgées (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011). Pour autant, dans un mouvement parallèle, des textes législatifs d'envergure votés dans les années 1970 signent le cloisonnement entre les acteurs intervenant auprès de cette population. La loi portant réforme hospitalière pose ainsi le principe du recentrage de l'hôpital sur les seules activités sanitaires, du fait « d'un manque de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière social ou médico-social » (Bauduret, 2013). La loi sociale de 1975 donne quant à elle un cadre spécifique à l'action médico-sociale. Bien qu'elle marque la séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social, elle prévoit tout de même la possibilité de groupements entre institutions afin que celles-ci puissent coordonner leurs interventions respectives (Bauduret, 2013). Au niveau national, les cadres des politiques publiques continuent donc à être instaurés de façon distincte dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social.

Dans chacun de ces secteurs d'action, des formes de coordination spécifiques sont toutefois proposées. Elles fonctionnent cependant souvent en parallèle, sans trouver légitimité au regard des protagonistes professionnels de l'autre domaine. Ainsi, en 1981, en parallèle de la création des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), une circulaire annonce la création de postes de coordonnateurs dont la mission est d'assurer la liaison, au niveau local, entre les SSIAD et les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Dans les

⁴⁰ En matière de gérontologie, M. Le Sommer-Père distingue plusieurs niveaux de coordination : la coordination de proximité visant la cohérence et la continuité des interventions auprès de la personne âgée et de sa famille ; la coordination fonctionnelle ayant vocation à résorber les difficultés de coopération entre professionnels ; la coordination institutionnelle tendant à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs de prise en charge dans un souci de performance, d'efficacité et d'équité pour l'utilisateur (Le Sommer-Père, 2002)

années 1990, dans un mouvement général de création de réseaux ayant vocation à décloisonner les parcours de soins de personnes atteintes de maladies chroniques, les premières expérimentations de réseaux de santé gérontologiques sont financées : elles marquent l'implication nouvelle des acteurs du sanitaire dans des actions de coordination visant à organiser de manière plus articulée les différentes dimensions –médicale et sociale en particulier- de la prise en charge des personnes âgées (Bréchat et al., 2008). Ces propositions de coordination qui émanent du secteur sanitaire vont cependant se confronter à d'autres formes de coordination, propres au secteur social et médico-social. En 2000, les Centres locaux d'information et de coordination à caractère gérontologique (CLIC) voient ainsi le jour. Structures de proximité, lieux d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leurs familles, ils sont pensés pour devenir des centres ressources pour les professionnels et des observatoires des besoins en gérontologie (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011). Les CLIC peuvent se situer à trois niveaux d'action : de l'accueil/ information à la coordination de l'action (Alvarez, Gucher, Guillaot, Mansanti, Mollier, 2012) et être portés par différents acteurs, entre autres les villes et les centres hospitaliers.

Le développement parallèle de structures de coordination dans le secteur social et le secteur de la santé justifie les efforts développés à partir des années 2002, suite à la promulgation de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, qui vise l'harmonisation et l'unification des domaines d'action. Ainsi, la circulaire du 18 mars 2002 qui instaure les filières gériatriques, précise leurs conditions d'organisation pour créer des liens fonctionnels entre les secteurs sanitaire et médico-social. Leur logique relève d'une démarche de coopération pour favoriser, en lien avec les CLIC, les réseaux de santé et les SSIAD, les parcours de santé des personnes âgées, éviter les ruptures de prise en charge et limiter la durée des hospitalisations (Defebvre, Schapiro, 2009). En 2005, c'est la création de Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) qui est permise afin de renforcer la prise en charge coordonnée des personnes âgées et, plus globalement, des personnes en perte d'autonomie (Trégoat, 2008). Puis, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, la possibilité de mettre en place des Maisons d'accueil et d'intégration pour les malades d'Alzheimer (MAIA) émerge. Ces structures visent la mise en place de guichets uniques à destination des personnes malades et de leurs familles. Plus globalement, les MAIA tendent à fédérer sur un territoire les dispositifs de coordination existants et à favoriser une meilleure collaboration. Elles sont en ce sens représentatives d'efforts de structuration d'ensemble du champ

gérontologique et d'une amorce de processus d'intégration (Bloch, Hénaut, Sardas et Gand, 2011).

Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide médico-sociale, les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de famille et d'utilisateurs sont ainsi engagés dans un processus permanent d'innovation (Bloch, Hénaut, 2014). Dès les années 1980, puis plus nettement dans la première décennie des années 2000, les dispositifs censés permettre une réorganisation de l'action sanitaire et sociale s'agissant des personnes âgées dans les territoires s'accumulent.

- *Le département : pilote et coordonnateur légitime face à de nouveaux acteurs ?*

De manière surplombante, des textes législatifs tendent tout à la fois à préciser les champs de compétences des acteurs institutionnels impliqués dans la coordination territoriale et à poser les soubassements de l'émergence d'une sphère médico-sociale afin d'institutionnaliser le rapprochement entre l'action sanitaire et l'action sociale (Alvarez, Gucher, Guillaot, Mansanti, Mollier, 2012).

La loi d'août 2004 donne notamment au Conseil général (CG) une compétence de « coordination gérontologique ». Il devient « le chef de file » de l'action sociale gérontologique. Cette loi lui transfère parallèlement le pilotage des CLIC. En 2005, le rapport annuel de la Cour des comptes notent toutefois l'implication très hétérogène des CG dans le pilotage de ces dispositifs et des difficultés de coordination avec les équipes médico-sociales des départements chargées d'évaluer les besoins des personnes âgées et de mettre en place les plans d'aide dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011).

Le CG étant devenu le chef de file de la coordination gérontologique, l'un des volets du Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale concerne les personnes âgées. Dès 2005, ce volet tend à tenir compte des orientations fixées par l'Etat dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Institué par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le PRIAC est établi par les préfets de région en concertation avec les préfets départementaux et constitue là encore un outil de coordination institutionnelle (Alvarez, Gucher, Guillaot, Mansanti, Mollier, 2012). A partir de 2010 et du

fait du vote en 2009 de la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST), le volet gérontologique du Schéma départemental doit également s'articuler avec le Programme régional de santé (PRS) piloté par les Agences régionales de santé (ARS) et qui comprend trois schémas : organisation des soins, prévention et offre médico-sociale.

La loi HPST a en effet vocation à mettre fin aux cloisonnements entre les secteurs en approfondissant la territorialisation de la politique de santé et en unifiant le pilotage aux mains des ARS. Dans l'esprit des rapports Bur⁴¹ et Ritter⁴² insistant sur la nécessaire réorganisation de l'administration territoriale du système de santé, la création de ces instances témoigne une nouvelle fois de la volonté du législateur de voir « s'effacer les frontières entre secteurs sanitaire et social » (Alvarez, Gucher, Guillaud, Mansanti, Mollier, 2012, p. 76) et de surmonter les cloisonnements entre hôpital, soins de ville et prises en charge médico-sociales (Trégoat, 2008). Si le département est bien le pilote de l'action gérontologique locale, il n'en maîtrise toutefois pas pleinement les ressources. Les dépenses sanitaires en faveur des personnes âgées relèvent en effet de l'ARS ; il en résulte une dissociation des lieux de décision et une diversité des sources de financement (ORS Pays de Loire, 2009).

Ainsi, malgré la multiplicité des textes réglementaires, lois, décrets et l'accumulation de dispositifs et structures impliqués dans les différents niveaux de coordination, un « décalage entre le prescrit et le réel », « entre les préconisations nationales et les réalités de terrain » perdure (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011, p.52). Un écart subsiste en effet entre la volonté de réorganisation pour aller vers davantage de coordination et vers un décloisonnement des secteurs et la réalité de cette coordination et de ce décloisonnement au niveau des territoires (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011 ; EHESP, 2011 ; Bloch, Hénaut, 2014). Ainsi les auteurs du rapport de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) intitulé « La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ? », écrivent-ils que « la multiplicité et la superposition sur un même territoire de services publics et privés, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, donnent une impression de confusion et nuisent à la fluidité des parcours, à la qualité et à l'efficacité des prises en charge ». La multiplicité ne fait finalement que renforcer en permanence les besoins de coordination et attiser des

⁴¹ Rapport relatif à la création des Agences régionales de santé, déposé en 2008 par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

⁴² Rapport relatif à la création des Agences régionales de santé, pour le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

interrogations quant à la légitimité des acteurs impliqués (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011).

- *Les technologies au secours de la coordination gérontologique, entre ambition et incertitudes.*

En 2010, le rapport annuel de la Cour des comptes souligne donc à nouveau la nécessité de rationaliser l'organisation de la coordination gérontologique. Dans ce cadre, les pouvoirs publics réfléchissent aux leviers qui pourraient permettre de réorganiser l'action sanitaire, sociale et médico-sociale pour concrétiser l'objectif de coordination dans ses différentes dimensions. Les rapports de la CNSA insiste notamment de plus en plus sur le rôle potentiel des nouvelles technologies et s'inscrivent dans l'idée que les outils de télégestion et de partage d'informations peuvent en particulier venir renforcer la coordination de proximité et engager une réorganisation professionnelle et institutionnelle (CNSA, 2007 ; 2011). Des travaux scientifiques s'ancrent par la même sur le postulat que l'une des réponses institutionnelles imaginées pour favoriser la coordination et répondre aux droits des patients est l'utilisation de nouvelles technologies, au premier rang desquelles les dossiers médicaux électroniques partagés (Perrot, Baudier, Schmitt, 2005 ; Petrakou, 2009). Les propos d'un acteur impliqué dans l'expérimentation de la Creuse explicite bien cette idée, tout en suggérant immédiatement la nécessité de « garde-fous » :

« Il y a un souci de coordination entre les professionnels. Peut-être que les outils peuvent améliorer cela, mais il faut prendre des précautions importantes. Se poser aussi et surtout la question des besoins, du bien être des personnes, en leur demandant ». Entretien 10, cadre, chambre régionale des métiers.

Un projet tel [Autonom@dom](#) semble traduire cette volonté de s'appuyer sur les technologies pour réorganiser l'action sanitaire et sociale sur un territoire. S'il explicite bien le fait que cet enjeu organisationnel est partagé par les multiples intervenants du champ gérontologique, ce projet permet également de saisir la difficulté de faire avancer ensemble les acteurs, les conflits de légitimité persistants et les formes de concurrences qui peuvent complexifier la mise en place de nouveaux dispositifs de coordination et le décroisement des secteurs. Au travers d'Autonom@dom, on perçoit d'emblée l'enjeu de réorganisation de l'action sanitaire et sociale au niveau territorial. Les mots de Gisèle Pérez, première vice-présidente du Conseil général chargée de la solidarité avec les personnes âgées et les personnes handicapées,

traduisent clairement cette idée : « Avec ce projet, nous voulons lutter contre le fonctionnement en tuyaux d'orgues du système social, médico-social et sanitaire français. Nous souhaitons en effet provoquer la coopération entre tous les professionnels qui interviennent dans le parcours de vie des personnes âgées et handicapées »⁴³.

Pour ses initiateurs, le projet répond à une nécessité de réorganiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, de défragmenter les offres de soins et de services et de coordonner plus fortement les acteurs sur le territoire. « Les besoins à domicile [des personnes âgées] en termes de soin et d'aide à la vie quotidienne nécessitent l'intervention de multiples intervenants dont l'organisation est fragmentée. Cette fragmentation rend difficile les ajustements des services nécessaires et leur adaptation (...) à l'évolution de la situation des personnes accompagnées » (Rumeau, Chirié, 2012, p. 134). Les risques de rupture dans la prise en charge des personnes qui, dans la plupart des cas, se solde par une réponse inappropriée -le recours aux urgences hospitalières- et, d'autre part, la mise en place de plans d'aide pour le retour à domicile dans l'urgence, résultent aujourd'hui, selon les initiateurs, d'une organisation mal coordonnée des aides et des soins. Ce sont bien aussi les coûts de ces dysfonctionnements que les porteurs du projet [Autonom@dom](#) veulent éviter.

« Le constat c'est que les pays comme les nôtres ont avancé, mais restent dans une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins. Notre modèle est post seconde guerre mondiale, à ce moment là on était dans une forme d'urgence vitale concernant la santé, il y avait encore de nombreuses maladies infectieuses. Aujourd'hui, nous avons de nouveaux besoins, moins aigus. Nos hospitalisations sont devenues inadaptées, on a au moins 5 millions de surcoût pour des personnes qui restent coincées dans les services le temps de trouver des solutions pour qu'elles rentrent chez elles. Il faut arriver au « prendre soin » à domicile pour les personnes âgées mais pas seulement, dans une combinaison, gîte, soins, couverts et des aspects de l'ordre du social, portage de repas, aide à la toilette avec la PCH et l'APA ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Si l'ensemble des acteurs officiellement associés au projet [Autonom@dom](#) reconnaît la persistance de cloisonnements entre l'action sanitaire et sociale, des dysfonctionnements dans les prises en charge des personnes en perte d'autonomie et la nécessité de renforcer les différents niveaux de coordination pour apporter une réponse globale et articulée à leurs situation, ils sont en revanche dubitatifs quant à la possibilité d'engager des réorganisations à partir de la mise en place d'une plate-forme technologique. La plupart des acteurs de terrain

⁴³ <http://www.isere-socialiste.fr/6155-gisele-perez-presente-autonom-dom.html>

rencontrés paraît donc partager les analyses des dysfonctionnements liés à la fragmentation des systèmes d'aide.

« A la décharge du Conseil général, c'est depuis plus de 30 ans, depuis le rapport Laroque qu'on a finalement spécialisé la politique personnes âgées et on est arrivé à cette hyper cloisonnement du sanitaire et du médico social. Le balancier de l'histoire nous dirait et c'est ce qu'on voit dans tous les textes, les rapports, à travers un tas de dispositif depuis plusieurs années et aujourd'hui dans le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, que la politique personnes âgées doit être dans une politique transversale et globale. Donc à partir de là qu'est-ce qu'on fait nous les acteurs ? Parce que nous sommes en effet en échec dans nos modes communs de travail, c'est ça qui est fondamental. La technologie ce n'est qu'une chose qui ne peut pas tout faire ». Entretien 7, acteur sanitaire.

Cependant, le recours à un dispositif technologique pour résoudre les problèmes de coordination n'apparaît pas approprié pour tous les acteurs.

« On a tellement tout cloisonné qu'on a créé des besoins de coordination. Mais c'est un leurre de croire qu'une plate-forme téléphonique va gérer les problématiques locales alors que l'AS ou l'infirmière de SSIAD ou tel ou tel médecin traitant -c'est plus rare- connaissent bien le réseau d'acteurs locaux et seront plus à même de mettre en place des solutions. On va aller vers des plate-formes d'information générale, je pense qu'on va accoucher d'une souris. Le sentiment c'est qu'aujourd'hui le projet est avant tout une vitrine technologique dont l'outillage est une boîte noire. On en est au stade de la boîte noire dont la mise en service au bénéfice des usagers reste à construire. Je pense que cette étape de la mise en service et de la coordination concrète entre professionnels n'est pas créée et ne le sera peut-être jamais ». Entretien 9, cadre action gérontologique, CCAS (c).

Nous percevons à travers ces mots l'incertitude des acteurs s'agissant des effets concrets qui peuvent résulter de la mise en place d'un dispositif technologique, en terme de réorganisation de l'action sanitaire et sociale. Nous distinguons aussi la priorité que certains souhaitent donnée à des projets de coordination s'appuyant en premier lieu non pas sur la technologie, mais sur les professionnels de terrain intervenant quotidiennement auprès des personnes en perte d'autonomie. Il est fréquent que les tentatives de réorganisation attise des questionnements, en premier lieu, quant à l'appui pris sur des initiatives de terrain préexistantes dans les territoires et sur des réseaux d'acteurs déjà implantés et, en second lieu, quant à leur éventuelle disparition (Mauriat, 2008). En effet, alors que derrière la tentative d'une réorganisation de la coordination à partir de la technologie se dessine une potentielle

refonte des systèmes d'action locaux auprès des personnes présentant des besoins d'aides à l'autonomie, l'ensemble des acteurs concernés s'inquiètent des conséquences éventuelles de cette refonte. Ils s'interrogent en particulier sur les modalités de la réorganisation et sur le positionnement des porteurs des projets en ce qui concerne le déplacement des frontières entre l'action sanitaire et sociale.

2.1.2. La refonte des systèmes d'action en question.

La littérature relative à la coordination gérontologique souligne que celle-ci « s'enrichit si elle est le fruit d'une rencontre entre les dynamiques de terrain et un cadre institutionnel » (EHESP, 2011), les interactions entre de micro initiatives et des directives surplombantes permettant d'élaborer des modalités de réorganisation légitimes aux yeux des différents acteurs des mondes sanitaire et social (Bloch, Hénaut, 2014). La refonte des systèmes d'action qui tend potentiellement à découler des projets de réorganisation engage en tout cas une nécessaire compréhension du positionnement des initiateurs d'expérimentations en ce qui concerne leur représentations de l'issue du rapprochement entre action sanitaire et sociale.

- *L'offensive sanitaire des CG.*

Le pilotage des CLIC, offert aux Conseils généraux par la deuxième loi de décentralisation de 2004, qui en fait des « chefs de file » de l'action gérontologique sur leur territoire, semble constituer pour certains initiateurs de projets départementaux, tels [Autonom@dom](#) ou Domocreuse, un fondement pour élargir l'entreprise de coordination aux acteurs du secteur sanitaire, en s'appuyant sur des dispositifs technologiques.

« [Autonom@dom](#) va démontrer la possibilité d'organiser la coordination entre acteurs du social mais aussi du sanitaire, cela avec un territoire propice ; on est légitime pour ça, d'ailleurs les découloissements sont déjà engagés, on le voit et on le fait avec les CORTA et les MAIA notamment. Ce sont des instances de coopération entre les acteurs que nous pilotons et qui montrent que l'on sait faire ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Le choix des projets préfigurateurs d'Autonom@dom, présentés plus tôt dans ce rapport, témoigne de la volonté du CG d'avancer son initiative dans le domaine sanitaire. Ces projets, visant à élaborer les contours et le contenu de la future plate-forme d'aides technologiques, constituent également pour le CG un moyen de garder la main sur certains acteurs dont la

participation est nécessaire à l'aboutissement du projet, mais dont l'implication sur le long terme n'est pas garantie. C'est en particulier le cas de certains acteurs sanitaires et des CCAS.

« A travers les pilotes préfigureurs, on veut continuer à mobiliser les acteurs locaux car tous les champs de la chaîne doivent être parties prenantes dans [Autonom@dom](#). Les pilotes sont à une petite échelle, ça permet de broder finement, de mobiliser et d'aider les industriels. On est donc dans de la prescription et dans une mise à jour des logiques de fonctionnement. Il y a aussi des enjeux tactiques : avec les préfigureurs, on veut tenir une animation sur le territoire pour que l'écosystème soit impliqué et contributif. On fait aussi émerger la gamme des possibles. Les pilotes préfigureurs sont principalement financés par le Conseil général pour s'assurer qu'il soit dans le système, notamment du côté des acteurs sanitaires. Parce que l'allocation des ressources sanitaires est essentielle pour la suite ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

La revendication de légitimité de coordination et de stimulation de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, et sanitaire, est en effet parfois mal perçue et contestée par les acteurs de terrain impliqués dans les expérimentations. Plusieurs évoquent un portage et des avancées unilatérales des Conseil généraux et développent face à cela des stratégies différenciées, entre mise à distance, repli ou engagement fort dans les expérimentations. C'est particulièrement le cas d'acteurs de terrain du monde sanitaire qui pilotent des structures ou des dispositifs dont l'existence est guidée par la volonté de coordonner les acteurs du social et de la santé pour renforcer la qualité des prises en charge des personnes en situation de perte d'autonomie. Dans ce contexte, ils ne sont pas nécessairement prêts à subir des contraintes imposées par des acteurs extérieurs (Schweyer, 2005).

« Nous, réseaux de santé, nous sommes dans le cheval de bataille : c'est la coordination. Le CG, qui a une place dans la Maison des réseaux, a choisi de s'appuyer sur nous pour représenter un lien fort entre les acteurs de santé. Mais pourtant en même temps, il a fait avec nous comme il a fait avec tous les autres acteurs de la santé, il a présenté le projet, il ne l'a pas co-construit (...). C'est un très beau projet, mais qui ne peut pas se faire à n'importe quel prix et qui a un sens différent en fonction des acteurs qui y sont impliqués. Ça veut dire que d'abord pour que le projet marche, il faut que chacun donne sa vision et qu'il y ait progressivement un sens collectif. Pour l'instant on ne le voit pas. Ensuite il faut que chacun y retrouve à la fois un bénéfice en termes de facilitation, d'optimisation, d'efficience, mais également c'est très important ni perde pas une forme de narcissisme ». Entretien 7, acteur sanitaire.

En Isère, parmi les acteurs, plusieurs ont accepté de participer au projet de la collectivité territoriale essentiellement parce qu'ils le perçoivent comme une opportunité pour bénéficier de financements, dans le cadre des préfigurateurs, pour certains projets qu'ils veulent mener en matière de nouvelles technologies et d'amélioration de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Les stratégies se positionnent ainsi de part et d'autre. Tous les acteurs, en particulier ceux du monde sanitaire, ne pensent pas nécessairement rester dans le projet jusqu'à son terme.

« Du côté du CHU il y a un autre aspect c'est que certains dealent avec le CG mais en rigolant derrière. Ils profitent de financement et après ils s'en iront ». Entretien 7, acteur sanitaire.

Ils ne sont en outre pas tous disposés à voir les CG s'aventurer dans le domaine qui est le leur et expriment des réticences à se laisser dicter une ligne de conduite par le chef de file de l'action sociale locale.

« Je pense que le Conseil général malgré tous les efforts qu'il fait ne peut pas faire que de la « e-santé », de la télémédecine... Parce qu'il est CG, il n'est pas CHU, il n'est pas médecine libérale, il n'est pas association de patients et que malgré tous les efforts faits et bien il aura un peu de mal quand même à être légitime sur ces domaines ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

« Un CG qui veut faire de la coordination d'appui, en gros c'est une façon d'entrer dans le sanitaire pour occuper la place. [Autonom@dom](#) pour moi n'est qu'une manière parmi des initiatives d'un CG agressif d'investir le champ sanitaire. Mais comment voulez-vous qu'une collectivité territoriale qui est ignorée par la médecine libérale, par les infirmières libérales, par les kinés, qui n'en ont que foutre, qui ne savent même pas comment ça marche, pilotent des parcours de santé dont une grande part quand même se fait et bien avec l'infirmière libérale, le médecin généraliste etc. ? ». Entretien 7, acteur sanitaire.

Au-delà du caractère opportuniste de leur participation, certains acteurs remettent ainsi plus fondamentalement en question la légitimité et la compétence du Conseil général à piloter la réorganisation territoriale de l'action sanitaire et sociale et sa capacité à élaborer un dispositif de coordination qui puisse faire évoluer en profondeur l'action publique gérontologique sociale mais aussi sanitaire.

« Je pense qu'une des difficultés de représentation du CG c'est qu'il a abandonné les CLICS. La ville était au départ porteuse de la dynamique du CLIC et il y a une dizaine d'années, ça a été transféré au CG qui l'a repris, qui a rebaptisé ça CORTA et qui, sur le territoire de l'agglomération grenobloise, vraiment ne fonctionne pas. C'est trop lointain et ne correspond plus à rien du coup. Même si certains collègues du CG bataillent pour essayer de faire avancer les choses. Mais ils n'en ont pas les moyens et puis on est un territoire tellement vaste par rapport aux effectifs qu'ils ont aujourd'hui. Et du coup le rôle fédérateur, de chef de file de l'action médico-sociale en direction des personnes âgées du CG pour nous il n'est pas tenu. Par delà les effets d'annonce et le fait que certains se battent pour augmenter les budgets des personnes âgées, mais sur la question des pratiques, la fédération des acteurs etc. ils sont pas là ». Entretien 9, cadre action gérontologique, CCAS (c).

- *Frontières d'action et de financements entre acteurs institutionnels.*

Derrière ces questionnements relatifs à la légitimité des Conseils généraux de piloter la réorganisation de l'action sanitaire et sociale, ce sont plus globalement les incertitudes et les concurrences entre acteurs institutionnels quant à la gouvernance de l'action publique gérontologique qui transparaissent. L'une des craintes est bien que le processus d'élaboration de dispositifs technologique attise des concurrences encore et toujours prégnantes concernant les différentes dimensions de la coordination gérontologique (EHESP, 2011).

Ceci d'autant plus à l'heure où la perspective d'une réforme territoriale se profile plus nettement, avec pour horizon un repositionnement notamment des compétences des communes et des communautés d'agglomération. La réforme tend en l'occurrence à repenser globalement et à faire évoluer en profondeur les compétences des différents acteurs territoriaux, engageant des incertitudes pour les Conseils généraux et les CCAS quant aux missions qui seront les leurs auprès de certains de leurs publics « historiques ».

« Ce type de projets et leurs orientations, c'est également lié au fait que les CG vont perdre certainement dans les années à venir des prérogatives donc ils viennent occuper un territoire qui peut les aider pour la suite ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

La concurrence et les incertitudes de positionnement existent également entre les Conseils Généraux et les ARS. Les changements induits par l'instauration des ARS touchent à la cohérence d'ensemble du champ médico-social et social, par l'introduction aux côtés de l'Etat et des départements de ce nouvel acteur aux larges compétences (Trépoat, 2008). Les agences

régionales peuvent engager des décloisonnements concrets entre secteurs sanitaire et social, comme l'indique un cadre de l'ARS du Limousin :

« On va faire des groupements de coopération sanitaires et médico sociaux entre CH et EHPAD et mettre comme ça en commun des moyens ». Entretien 13, cadre, ARS.

Toutefois, la répartition des compétences entre CG et ARS n'a pas permis de détacher des blocs de compétences homogènes et claires (Bauduret, 2013). La réforme HPST a instauré des délégations territoriales de l'ARS afin de créer un cadre adapté aux relations avec les Conseils généraux sur les questions relatives à l'animation et à la gestion de l'action médico-sociale. Les relations demeurent toutefois ambiguës, largement attisées par la complexité et les croisements de certains financements comme le soulignent plusieurs personnes rencontrées en entretiens :

« Certains moyens humains des CG dont ceux qui sont payés d'ailleurs par l'Agence régionale de santé par exemple les dispositifs MAIA, premièrement il y a des conflits d'intérêts, c'est à dire quand vous êtes censés faire coopérer les acteurs, être au service de l'usager, vous ne pouvez pas définir et ça c'est une faute grave de l'Etat, dimensionner l'aide financière sur un aspect et considérer que vous coordonner tous les aspects. Parce que vous allez assujettir les autres aspects au moyen financier que vous avez et à la régulation que vous voulez de vos moyens financiers ». Entretien 7, acteur sanitaire.

« Moi j'attendrais plus du CG qu'il se rapproche fortement de l'ARS et qu'ils les poussent à travailler sur des projets qui fondent les enveloppes sanitaires et médico-sociales et que l'on arrête de saucissonner les personnes âgées parce que là c'est du sanitaire, là c'est du médico-social, là c'est du GIR 5-6 donc c'est la CARSAT, là c'est du CG parce que c'est 1 à 4. A charge pour nous de gérer les financements croisés ». Entretien 9, cadre action gérontologique, CCAS (c).

Les incertitudes de positionnement sont une réalité ; cependant, certains acteurs territoriaux veulent tout de même voir dans les projets liés aux nouvelles technologies une possibilité d'agrèger des intérêts et de mettre en commun certains financements pour avancer concrètement sur l'enjeu de réorganisation de l'action sanitaire et sociale. Ainsi le Conseil général de l'Isère souhaite-t-il mobiliser pour le financement de la future plate-forme certaines enveloppes des ARS, dans la mesure où l'agence poursuit également des projets relatifs aux technologies, notamment en matière de télémédecine.

« On doit regarder du côté des Fonds d'intervention régionaux, les FIR, ce sont des « véhicules » qui permettent de mettre ce qui est fongible. Avant les FIR étaient très fléchés. Les ARS peuvent financer au titre des FIR : les ARS se positionnent sur la question des parcours, de la fluidité des parcours, du partage des soins et de la télémédecine. Récemment l'ARS a été sollicité pour être « territoire de soins numériques » et elle a sollicité le CG pour qu'Autonom@dom soit un référent pour l'usage des TIC dans l'amélioration des parcours. L'ARS porte un projet sur le territoire des HCL et dans le Nord Isère. Vous voyez, il y a une agrégation des intérêts ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

▪ *Des orientations nouvelles au risque d'un gommage des problématiques sociales ?*

Si la nécessité de renforcer la coordination entre les secteurs est partagée, si certains intérêts liés aux nouvelles technologies et à la réorganisation de l'action sanitaire et sociale se recoupent en effet, des craintes existent néanmoins quant aux frontières organisationnelles et à la préservation de l'identité professionnelle des différents acteurs. Il est d'ailleurs fréquent que dans le cadre de processus de réorganisation visant une coordination accrue des secteurs sanitaire et social, se posent des problèmes de compatibilité de frontières (Bloch, Hénaut, Sardas, Gand, 2011). Ce sont plus particulièrement les acteurs du social qui ressentent et s'inquiètent d'une forme de « grignotage » par les acteurs du sanitaire. Dans cette perspective, les directions prises dans les expérimentations locales concernant le type de technologies à intégrer dans les dispositifs de coordination sont sujettes à controverses.

La prépondérance donnée aux outils de la « e-santé » dans [Autonom@dom](#) attise par exemple les craintes des acteurs du social locaux.

« Quand je suis allée au lancement d'Autonom@dom et que j'ai vu les expérimentations qui sont faites, les champs de recherche, ce qui me gêne un peu là dedans c'est que... Vous avez du comprendre à quel point je suis habitée par l'accompagnement social. Quelque part j'ai l'impression qu'il y a une espèce de dérive aujourd'hui car le social n'apparaît pas comme aussi important qu'il devrait l'être. Il y a une espèce de main mise par le monde médical. Alors d'accord au départ c'est un dispositif prévu plutôt dans le cadre des hospitalisations des personnes âgées, pour fluidifier les sorties etc... Mais moi je ne crois pas que ça suffit. Je suis pas en train de dire « le social, c'est plus important que le médical », mais je suis en train de dire qu'il faut de la place pour tout le monde. Surtout si on parle en permanence de coordination. Or aujourd'hui c'est pas ce que je sens. Je sens une espèce de grignotage du médical sur le champ du social ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

Le positionnement général de la collectivité territoriale concernant une orientation « e-santé » et le fait que le projet Isérois s'adresse en partie seulement au public vieillissant et plus généralement aux personnes souffrant de pathologies chroniques constituent donc des sources d'interrogation, tout à la fois du côté des acteurs du social que de ceux du sanitaire comme nous l'avons vu précédemment. Les premiers soulignent en ce qui les concerne le fait que cela conforte une tendance à la « sanitarisaiton du social », que l'on pourrait définir comme la pathologisation et la médicalisation des problèmes sociaux et la traduction au nom de la santé publique d'un phénomène social en phénomène sanitaire (Farges, 2006) « où le politique se dit dans le langage du médical » (Fassin, 1998, p. 11) :

« *Quand le CG parle on a en parallèle l'impression qu'il travaille pour l'ARS ou pour le ministère de Santé et moins pour le CG et la politique personnes âgées* ». Entretien 8, cadre action gérontologique, CCAS (b).

« *Ce qu'on peut avoir comme perception du projet c'est que ça nous paraît très sanitaro-centré, très hospitalo-centré et on a l'impression qu'on est quand même loin du médico-social, je dis nous parce qu'on est beaucoup à réfléchir là-dessus, ce qui nous apparaît loin de la vocation médico-sociale du Conseil général et on l'impression qu'il se plante un peu de cheval de bataille donc on est extrêmement critiques sur cet investissement par le sanitaire* ». Entretien 9, cadre action gérontologique, CCAS (c).

Le Conseil général exprime quant à lui assez clairement sa volonté de s'inscrire avec la mise en oeuvre de ce projet « *dans les évolutions générale du système de santé* »⁴⁴ et de « *démontrer au national l'optimum d'une organisation différente en santé* »⁴⁵. Au delà d'expérimenter des potentialités de décloisonnement de l'action sanitaire et sociale et des modalités nouvelles de coordination au niveau local, les expérimentations en matière de nouvelles technologies peuvent ainsi s'encastrent dans des enjeux nationaux, voire européens.

- *Des ambitions nationales sources d'interrogations au local.*

C'est le cas dans la Creuse où les perspectives de développement économique associées au déploiement des technologies en matière de santé et d'autonomie se positionnent localement, tout en gardant fortement à l'esprit le contexte démographique et économique européen. Nous

⁴⁴ Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

⁴⁵ Idem.

le verrons plus loin dans ce rapport. Les expérimentations peuvent également s'inscrire dans des ambitions nationales relatives aux perspectives de réformes du système de santé français.

« Le positionnement du Conseil général n'est pas l'expérimentation. On est dans une échelle de démonstration, on veut amener une innovation de rupture. Le point de départ n'est pas la gérontechnologie, le champ est bien l'innovation de rupture : on veut décloisonner, défragmenter les services de santé. L'idée d'Autonom@dom c'est de s'inscrire dans une évolution du système de santé (...). [Autonom@dom](#) veut démontrer quelle offre de services est possible, pour faire de la prévention, répondre aux besoins de santé aigus et aux besoins de santé chroniques.. On a vocation à changer le système et à apporter les évaluations nécessaires pour l'Assurance maladie par exemple. On veut être à l'échelle nationale, ne pas s'enfermer dans une problématique territoriale ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Il ne s'agit ainsi pas uniquement d'expérimenter des formes de réorganisation territoriale à partir de la mise en place de plates-formes d'aides techniques et de services, mais bien aussi d'élaborer un modèle général de réorganisation à l'heure où une réforme du système de santé se profile. Le Conseil général de l'Isère est d'ailleurs engagé dans la création d'une instance nationale –le Comité national d'orientation stratégique pour [Autonom@dom](#) (CNOSA)- pour travailler à cela. Différents acteurs nationaux au premier rang desquels la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), le ministère de la Santé, la Caisse des dépôts seront associés.

Tout comme l'orientation « santé » du projet, l'« ambition nationale » de la collectivité n'est pas toujours comprises par les acteurs locaux et peuvent même devenir une source potentielle de désengagement de certains d'entre eux. Bien qu'ils considèrent les questions soulevées par le projet comme majeures pour la prise en charge des personnes perte d'autonomie, ils ne veulent parfois pas trop s'écarter des enjeux locaux et veulent notamment préserver des partenariats avec des acteurs, notamment industriels, implantés au niveau du territoire. La crainte peut-être que les expérimentations locales viennent soutenir une stratégie industrielle globale et nationale, tout en laissant de côté des enjeux de développement économique au niveau des territoires et de soutien aux acteurs industriels, notamment ceux de taille modeste, implantés localement. Les propos d'un cadre d'un CCAS sont représentatifs de ce point de vue :

« Que notre CCAS comme beaucoup de CCAS soit soucieux de la coordination des acteurs sur le territoire, de la prise en charge aussi bien sociale que médicale des usagers de commune, c'est hyper important. Après la question c'est « est-ce que l'expérimentation ne sera pas absorbée par des enjeux et des enjeux nationaux ? ». Nous on veut conserver des prestataires locaux. L'objectif c'est de faire évoluer le modèle économique et le modèle organisationnel au local, la plus-value c'est de réviser les pratiques. Mais notre crainte c'est une trop grande extension. Le réseau local travaille avec notre CCAS. Un acteur national aurait-il la légitimité ici ? Notre objectif reste d'animer les acteurs sur le territoire Isérois, est-ce que c'est pareil pour le CG ? S'il « s'envole » vers le national, ce ne serait plus son rôle de CG ». Entretien 8, cadre action gérontologique, CCAS (b).

La perception de la nature des enjeux associés aux expérimentations technologiques, ainsi que l'échelle d'action publique à laquelle ces enjeux se positionnent, ne font pas nécessairement l'objet d'un consensus entre les acteurs concernés par les projets locaux. En fonction du statut et de la nature de ces acteurs, la perception peut considérablement varier et expliquer des formes d'engagement ou de désengagement dans les projets locaux. Cela peut bien entendu avoir des conséquences sur le déroulement des expérimentations au niveau local et sur les relations entre les acteurs. De manière surplombante, la perspective d'engager une réorganisation de l'action sanitaire et sociale en prenant pour levier des projets technologiques en matière de santé et d'autonomie pose question. Si la nécessité de trouver un moyen pour coordonner davantage les acteurs, tant d'un point de vue de la coordination de proximité que de la coordination institutionnelle, fait consensus, les perspectives d'atteindre cet objectif à partir de la mise en place de dispositifs technologiques reste incertaine. Entre conflits de légitimité quant au pilotage de la coordination sanitaire et sociale, crainte d'un grignotage forcé d'un monde par un autre, inquiétudes quant aux brouillages des frontières et à l'effacement des problématiques sociales derrière les enjeux sanitaires, le renforcement de la coordination des acteurs pour améliorer la pertinence et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie demeure un horizon incertain. Ceci d'autant plus dans un contexte où les enjeux de nature économique relatifs aux nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie sont prégnants et sont, une fois n'est pas coutume, potentiellement sources de désaccord.

2.2. Enjeux économiques : entre modèle économique incertain et marché introuvable, le développement économique par les technologies en question

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, de nombreux rapports relatifs aux technologies et à la perte d'autonomie soulignent la nécessité de s'interroger sur les enjeux économiques sous-jacents. Présentes dans une certaine mesure dès les premiers rapports, les considérations économiques ont progressivement pris une place plus importante dans les réflexions des acteurs locaux et nationaux, privés et publics, concernés par le déploiement du secteur.

Le premier axe de questionnement que l'on peut qualifier « d'économique » est relatif aux modalités de financement par les particuliers des technologies qui leur sont proposées. Dans quelle mesure des personnes présentant potentiellement des besoins d'aides technologiques ont-elles la capacité d'en assumer le coût ? Qui sont sinon les acteurs qui peuvent participer à la prise en charge ? Deux directions se présentent en effet : laisser aux personnes la charge de l'intégralité des aides ou imaginer une prise en charge totale ou partielle par divers acteurs publics. La voie choisie depuis les années 1990 est en quelque sorte médiane : les pouvoirs publics ont pris des dispositions pour financer une partie conséquente des aides technologiques et ont en parallèle laissé un reste charge aux personnes. En évoquant les modalités potentielles ou effectives de financement, on touche à ce que l'on peut appeler le « modèle économique » des technologies pour la perte d'autonomie. Peut-on aujourd'hui parler d'un modèle économique en la matière ? Quelles sont les incertitudes et les difficultés qui subsistent ?

Un autre axe de questionnement qui découle en grande partie du premier, tout autant d'ailleurs qu'il l'explique, est relatif à l'existence ou non d'un marché des technologies en matière de perte d'autonomie. Si à l'heure actuelle, des besoins d'aides technologiques sont identifiés par de multiples acteurs nationaux et locaux, privés ou publics, notamment rédacteurs de rapports sur le sujet comme indiqué en première partie, de manière notamment conséquente au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, cela ne signifie pas nécessairement la présence d'une demande en la matière (Frossard, Genin, 2001). Il s'agit ainsi de différencier la question des besoins de celle de la demande. Cette dernière est notamment contingentée par la capacité de financement de

l'aide, du produit, de l'outil qui permettrait de répondre au besoin et donc par l'élaboration d'un modèle économique. Les modalités mises -ou non- en place pour solvabiliser la demande engagent en effet fortement des possibilités de déploiement d'un marché, même si d'autres dimensions nécessitent d'être prises en compte. Dans quelle mesure les acteurs rencontrés dans le cadre ce travail perçoivent-ils l'existence d'un marché ? Quels en sont le cas échéant les contours et la taille ? Peut-on mettre en exergue des freins qui empêcherait le déploiement d'un marché ?

Les considérations relatives au modèle économique et au marché s'encastrent dans un débat plus général relatif au développement économique local, mais également national, qui peut possiblement être impulsé par le déploiement des nouvelles technologies auprès des populations en perte d'autonomie, et plus particulièrement des personnes vieillissantes. Le lancement en France de la Silver Economy, par les Ministères de l'économie et du redressement productif et des affaires sociales et de la santé, attise ainsi les préoccupations économiques, en termes notamment d'emplois et de soutien aux initiatives industrielles afin de structurer une filière.

2.2.1. Un modèle économique encore incertain.

L'élaboration d'un modèle économique qui permettrait d'assurer le financement des technologies apparaît comme un enjeu partagé par tous les acteurs impliqués dans ce secteur. Ainsi, dans le cadre des expériences locales qui ont vu le jour en la matière, les interrogations concernant la construction d'un modèle économique sont très présentes, comme les extraits d'entretiens qui suivent le traduisent :

« On a besoin d'un modèle économique, on doit penser en priorité à ça. Car, bien sûr, les financements, c'est le nerf de la guerre ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

« La question c'est : comment moi société je peux répondre à chacun et comment on finance ? ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

Dans la perspective de proposer des solutions technologiques aux personnes en perte d'autonomie, il s'agit en effet de déterminer précisément les financements potentiels de ces

solutions. Nous le voyons concernant les expériences de l'Isère et de la Creuse. Dans ces deux cas, qu'en est-il ? Quelles sont les choix qui ont été faits ? Les modalités de financement sont déjà en place dans la Creuse, dans la mesure où le déploiement des packs domotiques a eu lieu entre 2010 et 2014. En Isère, le modèle économique est en construction et les choses sont encore incertaines, à l'heure où la phase de démonstration n'est pas encore amorcée. Des voies sont bien entendu envisagées, mais dans la mesure où elles engagent un potentiel décloisonnement de financements médico-sociaux et sanitaires, le chemin n'est pas encore précisément tracé. En outre, dans les deux cas, si certains financements sont testés et si des pistes émergent, les contraintes financières rencontrées par tous les acteurs publics rendent la pérennisation de financements et de ces pistes incertaines.

- *Des financements par les acteurs du social*

Dans les cas de l'Isère et de la Creuse, il est prévu que les financements des équipements puissent venir de plusieurs acteurs, en particulier des collectivités territoriales, principalement les Conseils généraux, et des Caisses de Sécurité sociale. S'agissant de Domocreuse, « *le CG prend en charge l'installation et l'équipement* ». Entretien 11, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Le coût mensuel de l'abonnement pour le pack domotique est de 38,27 euros. Si dans de rares cas, le financement est intégralement à la charge de la personne, en général du fait du montant de leurs ressources, pour la plupart des personnes la prise en charge totale ou partielle de l'abonnement est assurée par des financeurs publics. Le Conseil Général peut notamment le financer au travers des plans de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou des plans de la Prestation de compensation du handicap (PCH). Un acteur du Conseil général souligne en effet que « *c'est bien de l'action sociale car dans la philosophie, il s'agit de viser le maintien à domicile et la sécurité et dans le financement car cela permet de solvabiliser un service et d'assurer l'équité d'accès au service* ». Entretien 11, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

La Caisse régionale d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et la Mutualité sociale agricole (MSA) peuvent également assurer le financement des packs. Pour exemple, 80% des bénéficiaires de ce dispositif ont à l'heure actuelle une prise en charge totale par l'APA ; 10% paient environ 6 euros par mois parce qu'ils bénéficient du Minimum vieillesse, le reste étant pris en charge par la CARSAT ; 3% ont une prise en charge partielle de 20 euros par mois par des Caisses de retraite complémentaires ou par d'autres acteurs par exemple l'Office national des anciens combattants (ONAC) et assument donc le reste à charge.

On comprend à la lecture des lignes précédentes que les possibilités de financement sont différentes en fonction des publics –personnes âgées ou handicapées-, en fonction aussi du rattachement à l’une ou l’autre des Caisses de base de Sécurité sociale –en fonction de la catégorie socio-professionnelle-, de l’affiliation à tel ou tel régime complémentaire de retraite, mais également en fonction du degré de la perte d’autonomie, déterminé en ce qui concerne les personnes âgées au travers de la grille AGGIR. Les Conseils généraux financent par exemple les aides technologiques pour les personnes catégorisées en GIR 1 à 4. Dans ce cadre, le pack domotique est systématiquement inscrit au plan d’aide APA, que la personne souhaite ou non l’utiliser, et peut donc être pris en charge partiellement ou totalement en fonction des besoins et des autres modalités d’aide retenues dans le plan. Il existe alors un transfert de ressources APA de l’aide humaine vers l’aide technique. La CARSAT se positionne quant à elle dans le financement des packs pour les personnes en GIR 5 et 6 présentant donc une perte d’autonomie moins importante du point de vue de la grille AGGIR. La prise en charge peut parallèlement être déterminée en fonction du niveau de ressources, par exemples pour les personnes qui sont sous le seuil du Minimum vieillesse. En fonction de leur situation, les personnes peuvent en complément bénéficier d’autres modalités de financements, par exemple par l’Office nationale des anciens combattants (ONAC) ou par des Caisses de retraites complémentaires. Enfin, s’agissant des ménages imposables, des réductions fiscales sont possibles pour les prestations de téléassistance.

En Isère, les financeurs identifiés par les porteurs du projet recoupent en partie ceux de Domocreuse. En partie seulement, car le positionnement d’Autonom@dom en matière de « e-santé » amène à envisager des financements du côté des acteurs du social mais également du côté du secteur sanitaire. Les financeurs potentiels sont donc en premier lieu le Conseil général dans le cadre des plans APA et PCH ainsi que la CARSAT, au travers des Plans d’action personnalisés (PAP)⁴⁶ comme l’explicitent les propos suivants :

« A la CARSAT, nous avons une stratégie de diversification des offres, pour être dans de la prévention de la perte d’autonomie et du maintien de la santé, et une stratégie qui consiste à dire tout ne peut pas

⁴⁶ En ce qui concerne le régime général, les plans d’aide s’inscrivent dans le cadre de la politique d’action sociale vieillesse développée par la CNAVTS au niveau national et par les CARSAT en région. Ils concernent les personnes retraitées de plus de 60 ans (ou de plus de 50 ans pour les bénéficiaires d’une pension de réversion) les moins dépendantes, mais présentant des difficultés particulières, classées en groupes d’autonomie GIR 5 et 6 Le Plan d’action personnalisé (PAP) est élaboré en fonction des besoins identifiés par la CARSAT et des structures d’aide existant dans la zone géographique concernée ; il comporte généralement des heures d’aide à domicile, mais aussi d’autres prestations si elles s’avèrent nécessaires, ainsi que des informations et des conseils personnalisés.

passer par la seule intervenante d'aide à domicile. C'est un intervenant clef mais l'on se rend compte que c'est insuffisant. C'est pour ça qu'on a voulu diversifier nos services, nous finançons par exemple déjà de la domotique dans les PAP. On veut aussi participer à l'adaptation du logement en utilisant les nouvelles technologies. On peut penser à des couloirs lumineux, à des éclairages spécifiques, à des détecteurs de chutes, tout ceci rentre bien dans notre volonté en termes de réponse au maintien à domicile ». Entretien 3, cadre action sociale et chargé d'études, caisse de Sécurité sociale.

En fonction là encore de la situation des personnes, d'autres acteurs, notamment les Caisses complémentaires de retraites peuvent se positionner, en complément par exemple des PAP des CARSAT, pour co-financer certaines aides en particulier de type téléalarme ou les équipements de domotique :

« Avec les budgets d'action sociale et en fonction du périmètre défini par AGIRC/ARRCO, nos organismes peuvent financer des projets sur différents champs, le champ des technologies en fait partie. L'idée c'est de faire dans ces domaines des essais d'action sociale modélisable. On participe donc à des expérimentations concernant les technologies et si ça fonctionne, on modélise. On finance déjà individuellement des aides technologiques, on travaille avec des conditions de ressources pour cibler individuellement certaines aides. Par exemple sur la téléassistance. On prend en charge des frais d'installation, des frais d'abonnements pour les personnes reconnues en situation de dépendance par la commission. Toutes les populations ne peuvent pas assumer les coûts pour s'équiper et ont besoin d'une aide individuelle. Le bénéficiaire peut avoir un plan d'aide personnalisé CARSAT, nous on attend que le plan se déclenche et on voit ensuite ». Entretien 6, cadre action sociale, caisse de retraite complémentaire.

A côté des financements par des acteurs sociaux, l'ambition à travers le projet [Autonom@dom](#) est d'aller chercher des financements issus du secteur sanitaire. A l'image du cloisonnement historique des secteurs dont nous avons déjà eu l'occasion de parler, les financements des secteurs restent séparés. Les Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) au travers desquels est voté chaque année l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) distinguent ainsi un ONDAM « sanitaire » et un ONDAM « médico-social ». Afin de renforcer les possibilités de réorganisation de l'action sanitaire et sociale, la loi HPST a toutefois prévu un principe de fongibilité asymétrique en vertu duquel lequel les crédits du secteur sanitaire peuvent être transférés vers le médico-social. L'inverse n'est en revanche pas réglementairement possible.

- *La volonté de « réallocation » des financements du secteur sanitaire.*

Nous avons préalablement abordé les enjeux de réorganisation de l'action sanitaire et sociale qui sous-tendent les expérimentations locales relatives aux nouvelles technologies. En parallèle de ces enjeux, se dessine la question de la réorganisation des financements et des possibilités de réallocation d'enveloppes du secteur sanitaire, plus précisément de l'Assurance maladie, pour venir solvabiliser, de manière conjointe avec les enveloppes du secteur social, les demandes potentielles relatives aux nouvelles technologies.

« A mon avis, on rame sur le modèle parce qu'on ne le cherche pas au bon endroit. Il est dans la réallocation des ressources. Donc il faut co-construire pour casser les modèles actuels. On n'est plus au grand soir de la Sécu. Maintenant, il faut faire de l'ambulatoire et surtout ne pas reproduire les erreurs du passé. Il va falloir redéployer, faire des économies d'échelle et des économies de volumes. C'est l'équation pour réduire le déficit ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Il s'agit ainsi avec une plate-forme telle [Autonom@dom](#) de minimiser l'impact des charges fixes sur le coût unitaire final en engageant une répartition des charges fixes sur un périmètre plus étendu de prestations et d'usagers. En ce sens, le modèle économique envisagé par les porteurs du projet s'apparente plutôt à une somme de modèles économiques relatifs aux différents domaines d'activités de la future plate-forme (Chirié, Rumeau, 2013). Nous avons en effet expliqué que celle-ci tend à intégrer des technologies de différentes natures pour toucher plusieurs types de populations. Ainsi, l'objectif est de répartir les charges de financement entre trois secteurs de l'action publique, la qualification des produits en tant que biens de consommation courante qui renverrait le coût des technologies à la charge exclusive de l'utilisateur n'étant en effet pas envisagée :

- celui des aides à la vie quotidienne (financements APA et PCH),
- celui de la prévention et du bien-être (financements par le PAP mais également par les complémentaires santé),
- celui du soin à domicile.

« On veut intégrer des services mais aussi intégrer des financements et pour ça aller vers une réallocation des ressources. On ne peut pas ajouter de la dette à la dette. Notre démarche doit mettre à jour des invariants financiers notamment. On est en train de créer une instance nationale autour d'Autonom@dom pour mettre toutes les bonnes fées autour du berceau. La CNAMTS par exemple et

les autres acteurs qui ont la même analyse, qui font le constat d'un système inadapté mais pas inutile ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

S'agissant des financements sanitaires, ils sont plus précisément recherchés du côté :

- de la potentielle qualification des technologies en produits médicaux et de l'inscription qui pourrait en découler sur la Liste des produits et prestations remboursés par l'Assurance maladie (LPPR),
- des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements sanitaires financés à la T2A,
- des Fonds d'intervention régionale (FIR) créés par la LFSS de 2012, ouverts à des projets impliquant des acteurs médico-sociaux et regroupant les crédits de la permanence des soins, plusieurs dotations et les crédits de prévention Etat et Assurance maladie relevant des ARS. Les FIR peuvent financer des actions et des expérimentations dans le cadre des schémas régionaux de Télémédecine pilotés par les ARS.

« Concernant les financements de l'Assurance maladie ça ne se joue pas au niveau local, il faut que les produits soient progressivement inscrits sur la Liste des Produits et des Prestations remboursés (LPPR). Et, on doit regarder du côté des Fonds d'intervention régionaux, les FIR, ce sont des « véhicules » qui permettent de mettre ce qui est fongible. Avant les FIR étaient très fléchés. Les ARS peuvent financer au titre des FIR : les ARS se positionnent sur la question des parcours, de la fluidité des parcours, du partage des soins ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

▪ *Des pistes de financements sources potentielles de désaccords*

Le décloisonnement et la réallocation de certains financements, s'ils sont un horizon souhaité, ne vont pas de soi. La discussion en la matière n'engage d'ailleurs pas seulement des acteurs locaux mais bien aussi des acteurs nationaux, en particulier ceux de l'Assurance maladie. En l'occurrence, les tentatives déjà faites pour favoriser les décloisonnements ne se concrétisent pas nécessairement. Par exemple, quatre ans après la mise en place des ARS, le principe de fongibilité asymétrique visant à attribuer des ressources du sanitaire au médico-social peine à être respecté, chacun protégeant en définitive son enveloppe (Bauduret, 2013). Ceci n'est pas propre à un territoire en particulier. Parallèlement, alors que le décloisonnement est souhaité, le regroupement de l'ONDAM « sanitaire » et « médico-social » n'a pas vu le jour. Les discussions en la matière existaient pourtant déjà en 2002 au moment de la préparation de la Loi de rénovation du secteur social et médico-social (Bauduret, 2013). Par la même, à l'heure

de la gestion du risque et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, l'Assurance maladie freine l'inscription des technologies sur la Liste des produits et des prestations remboursés (LPPR) qui engagerait de fait la mise en place de remboursements en la matière. Un cadre d'une collectivité territoriale rencontré en entretien exprime avec ses mots les tensions que peut engendrer la perspective de réorganisation de certains financements pour élaborer le modèle économique des nouvelles technologies en matière de perte d'autonomie :

« La difficulté c'est que tout le monde est dans la situation de celui qui est peut-être sur la branche qui va être sciée ou qui va devoir mettre la main à la poche ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

Lors des entretiens menés dans le cadre de ce travail, des considérations liées aux contraintes financières vécues par l'ensemble des acteurs publics sont parallèlement mises en exergue. C'est particulièrement le cas s'agissant des acteurs du social. En effet, que ce soit du côté des caisses de Sécurité sociale ou des collectivités territoriales, la nécessité de limiter les dépenses se fait ressentir et amène, d'une part, à sélectionner finement les publics pour lesquels une participation au financement des aides peut être accordée et d'autre part à prioriser le type d'aide intégré dans les plans APA ou PCH. Tous les professionnels du social ne sont ainsi pas prêts à introduire, dans les plans d'aide, le financement de technologies alors que certains besoins élémentaires peinent à être assouvis et que la consigne est bien souvent de mettre en place des plans dont le montant n'atteint pas le seuil maximal qui pourrait être attribué :

« Pourquoi pas oui financer certains outils dans les plans APA, mais il ne faut pas que ça grappille sur autre chose. Le CG veut déjà que l'on dépense moins sur l'APA. L'autre fois on avait une réunion et c'est à peu près la seule chose qui nous a été dite. Qu'on n'était pas obligé d'aller au maximum des sommes préconisées dans les plans APA, que si on pouvait faire avec moins c'est mieux. Alors pourquoi pas inclure des outils, mais il faut déjà que le minimum soit là, que les personnes puissent manger, avoir une aide dans leur toilette... C'est un tout, mais il y a des choses qui sont la base ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

« Nous avons aussi un enjeu économique, les besoins sont nombreux et nous ne pouvons pas, en tant qu'organisme de Sécurité sociale s'adressant à des publics en GIR 5 et 6 couvrir toutes les demandes. Nous souhaitons accompagner les GIR 5 et 6 « fragilisés », ça veut dire qu'au-delà de la grille AGGIR, nous mesurons un niveau de fragilité socio-économique avec des déterminants sociaux etc. pour dire « cette personne est bien celle qui a le plus de vulnérabilité ». Nos prestations là sont des

prestations extra-légales, contrairement à l'APA qui est une prestation légale. Extra-légale ça veut donc dire qu'il n'y a pas d'automatisme et qu'on analyse au cas par cas. ». Entretien 3, cadre action sociale et chargé d'études, caisse de Sécurité sociale.

Afin de mettre à plat les possibilités de financements et de lever les potentielles zones de conflit, des instances voient le jour. Il est ainsi prévu dans le cadre du projet [Autonom@dom](#) de créer un Comité national stratégique d'orientation (CNOSA), nous l'avons évoqué, afin de mettre autour de la table les acteurs concernés pour échanger sur « l'intérêt d'allouer et de redéployer les ressources de l'Assurance maladie à une telle plate-forme et d'en prescrire les modalités de mise en œuvre » (Rumeau, Chirié, 2012).

« Même s'il y a des difficultés, les acteurs ont besoin les uns des autres, c'est de la gestion d'influence. Actuellement, on est en train de mettre en place un Comité national d'orientation stratégique pour [Autonom@dom](#), le CNOSA. Il y aura la CNAMTS, la CNAVTS, l'ARS, la Caisse des dépôts, le ministère... ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Les expérimentations locales relatives aux technologies en matière de perte d'autonomie ont ainsi vocation à élaborer progressivement un modèle économique. Dans cette perspective, la direction principale est celle de la mobilisation de financements du secteur social, collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale de base et complémentaires, mais également de l'utilisation d'une partie des ressources du secteur sanitaire dans un objectif là encore de décloisonnement des actions. La réallocation des financements du monde sanitaire s'entend tout particulièrement pour des projets technologiques qui intègrent des équipements de télémédecine et plus globalement de « e-santé ».

- *Des expérimentations financées par de multiples acteurs*

La question du modèle économique envisagé pour permettre la généralisation des expérimentations et pour engager l'accès de l'ensemble des personnes en perte d'autonomie aux technologies est différente de celle relative aux modalités de financement de ces expérimentations. Qu'en est-il de ce côté ? L'une des conditions pour se lancer dans une expérimentation est bien de disposer de financements. D'où viennent-ils ? Qui sont ceux qui en supportent le coût ?

Le cas de Domocreuse est ici intéressant pour observer les différents acteurs qui peuvent intervenir dans le financement de ce type d'expérimentations. C'est dans le cadre du projet

Pôle d'excellence rurale (PER) « Domotique et Santé », porté par une Communauté de communes comme nous l'avons précédemment souligné, que le projet des packs domotiques a initialement bénéficié de financements. Les financements totaux du PER de la Creuse ont atteint 2 557 868, répartis entre des Fonds européens et des Fonds publics nationaux (149 111,16), des Fonds étatiques (864 180), des Fonds locaux issus des collectivités territoriales (région, département, communauté de communes) (1 511 326,90) et des Fonds privés (Legrand et Axione) (33 250). Sur cette somme globale, un peu plus de 350 000 euros ont été utilisés pour l'expérimentation domotique, le reste étant notamment consacré à la mise en place de l'association « Autonomie Lab », dont l'objectif est d'expérimenter et de diffuser des solutions innovantes pour compenser la perte d'autonomie chez les personnes âgées ou handicapées, et à la création, à Guéret, d'un centre ressources destiné à la formation, à l'incubation de projets technologiques et à l'exposition de produits et de services⁴⁷.

Le coût global du déploiement des packs, pour quatre années (2010-2014), a quant à lui été estimé à 5,75 millions d'euros, dont 1,6 millions sont financés par le Conseil général de la Creuse. Les autres financements sont issus de l'Europe dans le cadre des Fonds européens de développement économique et régional (FEDER) (900 000 euros), de la Région Limousin à travers le Contrat de projet Etat/Région 2007-2013 (600 000), de l'Etat par l'utilisation du Fonds national d'aménagement et de Développement du territoire (FNADT)⁴⁸ (150 000), de la fondation Caisse d'épargne pour la Solidarité (600 000) et des recettes de la Délégation de service public (1 900 000)⁴⁹.

L'exemple de Domocreuse permet de mettre en exergue le fait que les financements des projets relatifs aux technologies en matière de perte d'autonomie proviennent d'acteurs de diverses natures, à la fois acteurs privés et publics. Les financements par des acteurs publics apparaissent néanmoins ici nettement plus élevés. Cet exemple amène également à souligner

⁴⁷ <http://www.parolesdelus.com/les-initiatives/sante-et-social/la-creuse-fait-sa-silver-revolution>

⁴⁸ Le FNADT constitue l'un des éléments de la politique d'aménagement du territoire, définie par la loi du 25 juin 1999. Il soutient, en investissement comme en fonctionnement, les actions qui concourent à la mise en œuvre des choix stratégiques de cette politique notamment en termes de développement durable : développement économique, solidarité et qualité de l'environnement. Ce Fonds peut notamment soutenir des actions en faveur de l'emploi, particulièrement celles qui favorisent les démarches de développement local intégré, qui contribuent à l'organisation de systèmes productifs locaux ou qui soutiennent la création de nouvelles activités et de nouveaux services d'appui à l'économie locale et aux besoins de proximité. <http://www.arftlv.org/Fiches-techniques/Appui-au-developpement-economique/516/Fonds-national-amenagement-developpement-territoire-FNADT>.

⁴⁹ Recettes tirées de la tarification et acquittées pour tout ou partie par l'utilisateur ou par l'autorité déléguante du service public en lieu et place de ces derniers, lorsque celle-ci fait le choix dans le cadre de l'APA ou de la PCH de prendre en charge tout ou partie du coût de l'abonnement au titre des plans d'aide afférents à ces prestations http://www.correze.fr/fileadmin/user_upload/Correze_et_institution/Collectivite/Comptes_Rendus_Seances/Seance_26102012/101R.pdf, page 11.

le fait que les financements « d'amorçage » (Rumeau, Chirié, 2012) émanent d'acteurs situés à différentes échelles d'action publique : les échelons local, national et européen sont en effet mis à contribution, ce qui suggère notamment que les enjeux en la matière dépassent les frontières de la France et qu'ils se positionnent également au niveau européen.

2.2.2 Un marché qui reste à construire, des perspectives de développement économique qui s'affirment.

Derrière la question de l'élaboration d'un modèle économique et de la participation de multiples acteurs aux financements d'expérimentations, ce sont bien des interrogations quant à l'existence ou non d'un marché des « gérontechnologies » et aux modalités de son développement qui se profilent. La possibilité pour les personnes de financer les technologies et la propension à payer l'accès à des services en la matière sous-tend en effet celle de la constitution d'un marché en la matière (Frossard, Genin, 2001). Voici les propos d'acteurs rencontrés en entretiens qui soutiennent cette idée :

« La question des financements est l'une des conditions pour qu'un marché existe : je ne pense pas non qu'il y ait pour l'instant un marché sur ces technologies du vieillissement ». Entretien 11, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

« Le marché de la gérontechnologie n'existe pas notamment parce qu'on n' pas encore réglé les questions de financements ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

Les mots ci-dessus expriment également le fait que la plupart des acteurs doutent actuellement de l'existence d'un marché des « gérontechnologies ».

- *Un marché inexistant, des stratégies divergentes de développement*

Ceci n'est pas nouveau : en 2001, un travail de recherche intitulé « Les nouvelles technologies et les besoins médico-sociaux des personnes âgées : formation de l'offre et de la demande, propension à payer » souligne que les acteurs industriels estiment « qu'il existe certainement un marché potentiel mais que celui-ci est pour l'instant imprévisible et peu concurrentiel » (Frossard, Genin, 2001, p. 1). Les auteurs du rapport de recherche expliquent que les offreurs se positionnent chacun sur des créneaux très spécifiques, entraînant une concurrence monopolistique axée davantage sur l'hétérogénéité des produits et leurs spécificités que sur une concurrence par les prix ou la qualité des produits. Selon eux, c'est le stade expérimental

de la plupart des produits qui ne permet pas de déclencher une concurrence ouverte, celle-ci ne se développant en général que sur des produits qui connaissent déjà une diffusion assez large. Ils notent tout de même l'existence de niches pour certaines technologies, ce qui est par exemple le cas de la téléalarme (Frossard, Genin, 2001). En parallèle, les auteurs évoquent à l'époque les perceptions des offreurs potentiels sur l'évolution des technologies et leurs utilisations potentielles s'agissant des personnes vieillissantes. Ils soulignent le fait que si la formation de l'offre n'est alors « qu'embryonnaire, la question se posera vite de savoir si un marché est possible » (Frossard, Genin, 2001, p. 1).

Dans cette perspective, les auteurs s'intéressent à un rapport de l'Union Européenne, rédigé par E. Ballabio et R. Moran en 1999, qui indique deux scénarii envisageables concernant la construction progressive d'un marché : le premier scénario consiste à miser sur un développement de produits spécifiques pour les personnes âgées en perte d'autonomie, fabriqués en petites séries, donc chers mais de haute qualité ; le second tend à développer des produits génériques à partir d'articles de consommation grand public des technologies de l'information et des communications, fabriquées en grandes quantités, et donc moins onéreux (Ballabio, Moran, cités par Frossard, Genin, 2001). Alors que les doutes concernant l'existence d'un marché demeurent aujourd'hui encore, les deux directions de développement mises en exergue dans le rapport de l'Union Européenne semblent elles aussi toujours d'actualité.

Les informations recueillies pour construire ce travail signalent en effet que pour certains acteurs il s'agit pour participer à la création d'un marché de procéder à l'intégration des offres élémentaires répondant à divers besoins spécifiques des personnes âgées, plus globalement des personnes en perte d'autonomie, et qui se sont juxtaposées au fil du temps. Pour d'autres, il convient davantage de mettre à disposition de ces populations des nouvelles technologies déjà présentes sur un marché de masse ou destinées à ce marché. Nous rejoignons ici le concept du *design for all* ou « conception pour tous » dont « l'objectif est de concevoir des produits, services et environnements utilisables par tous, c'est-à-dire par un panel de citoyens le plus large possible, sans nécessiter d'adaptation ou de conception spécifique » (Cridelich, Franco, 2012, p. 21). Dans cette perspective, plusieurs acteurs rencontrés dans le cadre de ce travail soulignent le fait que diverses technologies destinées à la population en général peuvent être utilisées par des personnes en perte d'autonomie, et ce même si elles ne visent pas initialement cette population. L'objectif est alors d'imaginer les usages des ces

technologies par les populations vieillissantes et d'aller vers une réutilisation permettant notamment aux industriels de limiter les coûts de recherche et de développement (Chevallaz-Perrier, Blouet, 2012) :

« Qu'est ce qui existe aujourd'hui ? Un carré : la nouvelle technologie. Un autre carré : les vieux. Et quels liens on tisse ?? L'idée c'est je prends la technologie de masse et je cherche à la mettre à disposition d'une partie particulière de la population pour des usages qui ne sont pas ceux initialement envisagés ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

- *Des incertitudes et des incompréhensions qui bloquent ou stimulent l'investissement des industriels*

Les incertitudes persistantes quant à l'existence d'un marché peuvent en tout cas freiner l'investissement des acteurs industriels dans les expérimentations relatives aux technologies. C'est également le cas des incompréhensions du monde industriel quant aux partage des compétences et des financements entre acteurs publics et aux perspectives incertaines du décloisonnement entre les secteurs :

« On doit repenser la découpe des compétences et des financements, c'est certain, car pour l'instant un industriel qui voit ça crie « au fou »!! Et résultat il ne veut pas investir. Là c'est un frein majeur. En effet, l'ARS dit « il faut faire comme ça », le CG dit « il faut plutôt faire comme ça ». Le cloisonnement social/ médical existe toujours aussi. Mais le marché lui ne se coupe pas comme ça et les industriels ne se positionnent pas dans ce contexte ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

Ces problématiques ont par exemple eu des conséquences en Isère aux prémices d'Autonom@dom lorsque le Conseil général a répondu à l'appel à projets « e-santé 2 - Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie », dans le cadre du programme des Investissements d'avenir. L'investissement en demi-teinte des acteurs industriels dans la première version du projet peut en effet participer à expliquer qu'il n'ait pas été retenu par les acteurs nationaux :

« Je vous explique : à l'époque le CG rend sa copie dans les temps, mais la deadline est repoussée par l'Etat. Il fallait que tous les projets aient un chef de file industriel qui investisse massivement dans le démonstrateur. Ici, c'était X. Bon on avait du mal à les faire venir sur le médico-social et il a finalement jeté l'éponge. Donc il fallait un nouveau chef de file industriel : Z y est allé mais on l'a convaincu de force. On a fait une nouvelle candidature mais Z ne mettait que 10 %. Finalement, on

n'a pas été retenu parce que l'industriel n'était pas assez porteur ». Entretien 5, cadre action gériatologique, collectivité territoriale.

Parfois au contraire, les acteurs industriels décident de s'investir dans des expérimentations telles celles menées en Isère et dans la Creuse précisément pour lever les incompréhensions qui sont les leurs quant aux mondes sanitaire et social et à la manière dont ils sont financés. En ce sens, « l'opportunité de participer à un projet tel [Autonom@dom](#) dans lequel l'ensemble du monde sanitaire et social est présent a aussi pour but de mieux comprendre la complexité de l'écosystème sanitaire et médico-social dont le modèle économique est extrêmement difficile à appréhender» (Chevallaz-Perrier, Blouet, 2012, p. 158). Les acteurs industriels expliquent qu'ils attendent plus globalement de ces projets relatifs à la mise à disposition de technologies auprès d'un public vieillissant qu'ils participent à démontrer l'existence d'un marché. Ainsi, C. Chevallaz Perrier et P. Blouet écrivent que « seule une démonstration évidente d'un modèle organisationnel et économique viable de l'applications de ces nouvelles technologies permettra d'agréger et de susciter l'implication des acteurs industriels du domaine dans un écosystème pérenne » (Chevallaz-Perrier, Blouet, 2012, p. 148). Des propos recueillis lors des entretiens vont dans un sens similaire :

« Ce qui est un peu compliqué c'est qu'un projet comme [Autonom@dom](#) doit en premier lieu prouver qu'il y a un marché. Parce que les industriels n'y croient pas. Mais faire ça sans les industriels... ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

- *Le besoin d'alliances entre acteurs de différentes natures*

Comme le suggèrent les mots précédents, le paradoxe est néanmoins qu'il paraît difficile de démontrer l'existence d'un marché sans engager des expérimentations mêlant acteurs publics et privés. Tous ont finalement besoin de s'allier pour avancer et déterminer les différentes conditions de l'intégration et de la mise à disposition de nouvelles technologies auprès d'un public vieillissant. Les alliances apparaissent, en l'occurrence, nécessaires pour faire progressivement se rejoindre une logique de besoins, réintégrant l'utilisateur potentiel dans le processus de conception des offres, et une logique de marché, visant à introduire progressivement la technologie dans le quotidien pour familiariser les utilisateurs. En ce qui concerne les industriels, les stratégies d'alliance avec différents acteurs, notamment des acteurs publics, apparaissent en outre plus appropriée que des stratégies d'intégration verticale, dans une situation où l'incertitude et l'imprévisibilité du marché demeurent.

Incertitude lié aux coûts d'entrée dans les activités liées aux nouvelles technologies en matière de perte d'autonomie, au fait que cela demande un métier que les entreprises ne possèdent pas nécessairement et à la difficulté d'apprécier le risque d'innovation (Frossard, Genin, 2001).

Les partenariats avec des acteurs publics, mais aussi avec des représentants des usagers potentiels, apparaissent ainsi comme une voie à suivre pour développer des solutions techniques en envisageant leurs usages effectifs par certains segments de populations et en tenant compte de l'avis des relais potentiels –professionnels, familiaux, associatifs-participant de la création d'une demande par les personnes en perte d'autonomie. « L'importance de l'acceptabilité impose [aux industriels] d'être en relation de proximité avec les services sociaux et médicaux pour prendre en compte les attentes des patients et des praticiens » (Chevallaz-Perrier, Blouet, 2012, p. 148).

La construction d'un marché et le passage d'approches artisanales à une approche industrielle n'apparaissent en effet pas liée uniquement à la mise en place d'une solvabilisation de la demande, mais bien également à la captation des besoins, à la compréhension des usages potentiels, à la démonstration de la fiabilité et de l'efficacité des outils. L'ambition surplombante des alliances entre acteurs publics est privés est donc de faire émerger progressivement une demande concernant des offres que les usagers potentiels ne connaissent souvent pas et que les professionnels au contact des personnes en perte d'autonomie perçoivent par la même de manière partielle. D'où le déploiement d'initiatives telle celle du centre expert TASDA, initiative intitulée « Bien vivre son autonomie chez soi » (BIVACS), qui a vocation à faire échanger des acteurs de différents horizons sur les solutions technologiques et à présenter certains outils aux professionnels chargés notamment de l'élaboration des plans d'aide APA et PCH.

« Le TASDA va bientôt venir nous présenter sa valise avec des produits, des outils... Car mon équipe, elle n'est pas fondamentalement contre les technologies, c'est surtout qu'elle ne connaît pas bien et ce ne sont pas les premières choses qui viennent à l'esprit d'une AS au moment où on essaie de mettre sur pieds un plan d'aide ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

- *Un marché à dimensionner, des perspectives de développement économique local, national et européen.*

S'agissant du marché, les interrogations sont également relatives à ses caractéristiques potentielles, mais aussi aux contours et à la taille qu'il pourrait prendre. Des stratégies de

ciblage des populations se développent ainsi en fonction de leur capacité de financement des technologies, capacités perçues à travers d'études ou présumées par les différents acteurs. Certains voient des avantages à cibler la population handicapée pour laquelle certaines technologies peuvent être financées par l'Assurance maladie dans la mesure où elles sont inscrites sur la Liste des produits et prestations remboursés (LPPR), tandis que d'autres pensent préférable de se concentrer sur la population âgée du fait de son accroissement prévisible et du niveau présumé de son pouvoir d'achat. Le verbatim ci-dessous traduit ce point de vue :

« Les personnes âgées peuvent consacrer une partie de leur budget à ces outils, certaines ont du pouvoir d'achat quand même ». Entretien 7, acteur sanitaire.

Pour d'autres acteurs, il est au contraire indispensable de s'engager sur la voie du produit *low cost*, dans la mesure où les personnes ne disposent pas nécessairement de budgets conséquents et où elles doivent déjà faire face à toute une série de charges fixes dans leur quotidien :

« Il ne faut pas que ce soit cher, sinon la société et les personnes ne pourront pas financer. Il y a une question d'intérêt général, il faut que ce soit pour tout le monde. Certaines sortent des solutions mais inaccessibles financièrement. Il faut se battre sur les coûts pour arriver à faire du low-cost. La stratégie low cost suppose d'emblée de dépasser les frontières locales et nationales pour se tourner vers un marché à l'échelle européenne qui ne correspond bien entendu pas aux périmètres des expérimentations lancées par des collectivités territoriales ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

Ainsi que le reflètent les mots ci-dessus, les réflexions relatives aux technologies sont surplombées par des considérations économiques fortes, au niveau local mais bien au-delà de celui-ci. Malgré les éventuelles difficultés rencontrées dans les alliances entre acteurs de différentes natures, des expérimentations telle Domocreuse et [Autonom@dom](#) ont effectivement vocation à soutenir la création d'un marché qui ne serait d'ailleurs pas de dimension locale, mais nationale ou européenne. « Ces projets ouvrent des perspectives de développement économique qui pourraient, au travers d'une expérimentation dimensionnée initialement localement, s'assurer de l'acceptabilité des nouvelles technologies au niveau national et international et de la création d'un marché à ces échelles » (Chevallaz-Perrier, Blouet, 2012, p.158).

« La volonté, l'objectif c'est très clairement de faire un marché, de créer un marché à caractère international. Les gens qui sont là ont une ambition économique et ils veulent un rattachement à la Silver économie pour créer à la fois un modèle organisationnel et économique, puis aller vers un modèle industriel qui aurait ensuite vocation à répartir des charges fixes entre différents segments et de les rendre plus proches.. On a tous en tête d'être un territoire Silver économie qui soit aussi un levier pour les académiques, les industriels, les acteurs économiques... ». Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale.

Les expérimentations s'inscrivent ainsi pleinement dans les perspectives économiques que peuvent potentiellement offrir les nouvelles technologies en matière de vieillissement et de perte d'autonomie. En ce sens, elles ont contribué à la montée en force d'une réflexion en France sur la Silver Economy et s'encastrent désormais dans les ambitions de développement de cette filière au niveau national et européen, comme l'expriment un acteur positionné au croisement des secteurs sanitaire et industriel :

« Je pense que la Silver économie coupe la route d'Autonom@dom. Parce que du coup le projet devient trop petit par rapport au niveau national. En termes purement industriel, ça n'a pas d'avenir sur un territoire local. Il faut que les projets soient à un niveau européen. La structure de services va coûter chère au département car au départ il y aura peu de personnes. Puis progressivement, espérons-le, ça va s'étendre pour tirer les prix vers le bas. Ça restera compliqué. Même la région Rhône-Alpes est trop petite pour une stratégie industrielle, il faut jouer au niveau de l'Europe ». Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

L'expérimentation Creusoise s'est tout particulièrement encadrée dans une perspective de développement économique, et ce dès ses prémices, l'objectif étant initialement de créer une cinquantaine d'emplois directs et quinze entreprises et de faire augmenter le chiffre d'affaires de plus de cinq millions d'euros pour le secteur local de la domotique. *« L'idée c'était et c'est une politique qui génère une activité liée aux soins et des prestations assurées par les associations d'aide à domicile, facteur d'aménagement du territoire départemental. Autant de pistes à explorer pour une nouvelle économie – la silver economy ou “économie des tempes argentées” – qui transforme le vieillissement en atout pour l'économie de la Creuse via l'exploitation de l'évolution des technologies »⁵⁰.*

⁵⁰ <http://www.parolesdelus.com/les-initiatives/sante-et-social/la-creuse-fait-sa-silver-revolution>

« Il s'agissait de faire des vieux une ressource de développement et d'aménagement du territoire, un support pour la création d'emplois dans l'aide à domicile notamment ». Entretien 12, cadre, collectivité territoriale/communauté de communes.

Ces perspectives économiques se sont traduites par l'intégration de l'expérimentation relative au déploiement d'un pack domotique dans un cadre plus large impulsé par les financements du PER, ainsi que nous l'avons signalé dans la première partie de ce travail. A côté du déploiement des packs, un centre expert « Autonomie Lab » a par exemple vu le jour dans le Limousin pour « essayer de faire travailler les acteurs régionaux ensemble et de faire émerger des solutions innovantes pour l'autonomie dans un intérêt notamment économique ». Entretien 14, cadre action sociale, CCAS (d). Un centre ressources relatif aux nouvelles technologies a en parallèle été créé à Guéret.

En parallèle, les perspectives économiques se sont localement concrétisées par la mise en place d'un partenariat durable avec un acteur industriel, le leader mondial de la domotique et des appareillages électriques basse tension fortement implanté dans la région Limousin, et par le lancement de plusieurs Start-ups relatives à la domotique à Tulle et Guéret⁵¹ Un appui a également été pris sur la filière d'emploi électricité/électronique, dominante dans la région. Les artisans ont ainsi été directement impliqués dans l'installation et la maintenance des packs domotiques à domicile. L'idée originelle était « qu'ils puissent aussi apporter leurs services aux clients fragiles ». Entretien 10, cadre, chambre régionale des métiers. Dans cette perspective, un dispositif de formation a été élaboré, notamment par le Centre National d'Innovation Santé, Autonomie et Métiers (CNISAM), service de la Chambre régionale des métiers du Limousin⁵², afin de « travailler à la montée en compétences des entreprises artisanales, par la mise en relation avec des médecins, des ergothérapeutes... Car il ne suffit pas de mettre les packs, il faut que les artisans s'adaptent au fait de faire une installation chez une personne âgée, qu'ils expliquent aux personnes comment ça marche » Entretien 10, cadre, chambre régionale des métiers. Il s'est agi –

⁵¹ Extrait du dossier de presse de la conférence « La Domotique et le Maintien à Domicile : le Limousin, un territoire précurseur », qui s'est tenue fin 2012 à la Maison du Limousin. http://www.odyssee2023.com/IMG/pdf/Dossierpresse_expodomo_02-10-2012.pdf

⁵² Le Centre National d'Innovation Santé, Autonomie et Métiers (CNISAM), est un pôle national dédié au secteur de l'artisanat sur les questions d'autonomie et de santé des personnes. Il accompagne les entreprises artisanales dans leurs pratiques professionnelles à intégrer les aspects environnementaux, sanitaires, sociaux et réglementaires. Il est un centre de ressources pour l'ensemble du réseau des Chambres des Métiers et de l'Artisanat. Le Centre propose notamment des outils et des dispositifs dans les domaines de l'adaptation de l'habitat aux personnes âgées et/ou handicapées, de l'accessibilité des commerces, de la conception de mobilier adaptable et de l'innovation des services liés au vieillissement de la population. <http://www.cnisam.fr>

et il s'agit encore-, à travers la formation, de capitaliser sur des approches innovantes, non pas seulement en termes de technologies, mais bien aussi d'innovations organisationnelles pour soutenir le développement économique local.

Si l'expérimentation de la Creuse est surplombée par une ambition de développement économique local, le choix d'utiliser le vieillissement comme source de développement a également vocation à démontrer des potentialités pour le déploiement national et européen de la filière de la Silver Economy. Pour la plupart des acteurs de la Creuse impliqués dans le projet Domocreuse, le département a en effet une structure démographique et une répartition spatiale de sa population qui préfigurent le visage à venir de la France, « *ce qui lui permet d'être pionnier sur les questions de l'autonomie des personnes âgées et de faire figure d'espace d'innovation et d'expérimentation reconnu aussi pour les territoires européens non encore confrontés à ces thématiques* »⁵³.

Conclusion de la partie 2.

S'interroger sur les enjeux des technologies de la santé et de l'autonomie amène à réfléchir aux enjeux en termes d'action publique. Dans quelle mesure le développement des premières transforme-t-il la seconde ? Inversement, comment la seconde tente-t-elle de se réorganiser pour soutenir le déploiement et se saisir des opportunités qui peuvent potentiellement en découler ? Outre le fait déjà souligné que des acteurs publics nationaux, traditionnels ou nouvellement créés, ayant un fonctionnement vertical ou en réseau, prennent une part active pour impulser une dynamique de structuration du secteur, nombreuses sont les initiatives relatives aux technologies qui sont impulsées par le bas, entendons au niveau local, en particulier par des collectivités territoriales. Les expérimentations locales ont toutes la particularité de tisser des liens entre des acteurs qui n'ont pas nécessairement pour habitude de travailler ensemble ; acteurs publics -Conseils généraux, Caisses de Sécurité sociale, CCAS- et acteurs industriels perçoivent en effet la nécessité de se rapprocher les uns des autres pour contribuer à la naissance d'un marché des technologies de la santé et de la perte d'autonomie ; marché qui reste, à l'heure actuelle, embryonnaire et dont on pressent d'ailleurs qu'il ne peut être dimensionner à une échelle locale, le territoire national paraissant lui même trop étiqué. A l'aube de cette seconde décennie du 20^{ème} siècle, c'est bien au delà des frontières de la France que les acteurs paraissent devoir se projeter ensemble.

⁵³ <http://www.parolesdelus.com/les-initiatives/sante-et-social/la-creuse-fait-sa-silver-revolution>

Les alliances entre acteurs publics et privés interrogent en tout cas sur la nature des financements qui les rendent possible, les budgets publics étant souvent mis fortement à contribution. De plus, si les logiques d'action et les intérêts des différents acteurs à s'investir dans des expérimentations relatives aux technologies ne se recoupent que partiellement, tous poursuivent néanmoins un objectif commun dont découlerait largement la possibilité d'un marché : l'élaboration d'un modèle économique, soutenable et pérenne, qui viendrait solvabiliser la demande technologique de certaines catégories de la population et réduire les restes à charge qui peuvent empêcher l'accès de tous aux dispositifs technologiques en matière de domotique, de « e-santé », de compensation, de sécurisation et/ou de « lien social ».

Dans un contexte où les restrictions budgétaires sont le lot commun de la plupart des acteurs, il ne va toutefois pas de soi de trouver une voie de financement consensuelle. Les choix faits jusque là engagent une solvabilisation partielle ou totale par les Conseils généraux, les Caisses de Sécurité sociale et de retraites complémentaires, par les CCAS aussi dans le cadre de leur action sociale, l'Assurance maladie intervenant quant à elle dans une certaine mesure. Il ressort cependant que les acteurs présents dans ces structures s'interrogent communément sur le bien-fondé de financer des aides techniques en utilisant les budgets sociaux. Ils s'accordent sur le fait que cela ne doit pas se faire au détriment du financement d'aides humaines, celles-ci devant selon eux toujours être privilégiées dans la mesure où elles répondent aux besoins élémentaires des individus.

A l'heure où le type de technologies que les acteurs publics veulent rendre accessibles aux personnes âgées concerne de plus en plus la santé, et engage une activité médicale, ou paramédicale, le regard se tourne vers des financements issus du secteur sanitaire. Cela ne manque pas de réactiver des tensions découlant d'une frontière encore solide entre les mondes sanitaires et sociaux. En effet, alors que les pouvoirs publics tentent depuis plus de trente ans d'opérer des rapprochements pour renforcer la coordination et articuler les financements entre les secteurs sanitaires et sociaux, les cloisonnements restent une réalité. En témoigne par exemple la faible application du principe de fongibilité asymétrique instauré par la loi HPST. Là où les acteurs du sanitaire tentent de protéger leurs enveloppes budgétaires, les acteurs du social s'inquiètent quant à eux d'un effacement trop radical des frontières qui pourrait venir cacher les problématiques sociales derrière les dimensions médicales des prises en charge. La

réorganisation potentielle des financements sanitaires et sociaux à partir des technologies se loge ainsi dans des considérations relatives aux frontières institutionnelles et aux identités professionnelles.

Une conclusion s'impose : le développement de l'usage des technologies dans les prises en charge des personnes vieillissantes, et plus globalement des personnes en perte d'autonomie, reste surplombé par des enjeux tout à la fois économiques, organisationnels et institutionnels, qui peuvent en outre prendre des formes différentes d'un territoire à un autre, en fonction notamment de leur « histoire » et des relations qui existent entre les acteurs en présence.

III. Enjeux professionnels de l'introduction des techniques et technologies dans le domaine de l'accompagnement et de la prise en charge du vieillissement.

L'introduction de technologies de communication, de compensation ou de soin, dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, est le plus souvent présentée, comme susceptible de venir en support, en complément, voire en remplacement des interventions humaines. Cependant, les conditions de leur implantation dans les sphères professionnelles de l'aide et du soin, les conséquences de leur introduction et de leur usage, demeurent peu étudiées. Les effets sur les pratiques chirurgicales de l'introduction de la robotique, ont été analysées, parce qu'elles sont directement perçues comme impliquant une modification des gestes techniques, et des protocoles opératoires (Blavier, Nyssen, 2010). De même la transformation des pratiques médicales dans le cadre de consultations de télémédecine a également fait l'objet de recherches. L'ensemble des travaux (May et al., 2001 ; Mondada, 2004 ; Oudshoorn, 2009 ; Pappas, Seale, 2009 ; Mathieu-Fritz, Esterle, 2013 ; Akrich, Méadel, 2004) met en évidence la manière dont les outils technologiques nouveaux, malgré des conditions permettant de produire des situations d'interactions proches du face à face présentiel, déplacent, modifient la forme des rencontres et des échanges médecin-malade. Ils génèrent de nouveaux cadrages cognitifs et opérationnels, la mise en œuvre de protocoles d'intervention originaux et nécessitent des apprentissages nouveaux, au cours desquels la mobilisation des savoirs professionnels anciens n'est pas toujours opérante . « Pour que ces technologies puissent fonctionner conformément à ce qui est attendu d'elles, on constate qu'une série de réglages et d'ajustements dans l'organisation, dans la répartition des tâches, dans les relations avec le patient, dans les pratiques elles-mêmes sont nécessaires » (Akrich, Méadel, 2004, p. 14). Des formes de délégation de tâches, de transferts de gestes s'expriment dans le cadre de consultations de télémédecine par exemple, de même qu'une communication moins retenue entre médecins et médecin et patient se développe, qui autorise le partage d'informations ou l'évocation d'hypothèses en général tuées, dans le cadre de coopération entre spécialistes (Mathieu Fritz, Esterle, 2013). Dans le domaine de la chirurgie, la robotique entraîne de nouvelles formes de coopération également (Blavier, Nyssen, 2010).

Mais dans ces autres domaines des soins, où la technicité n'est pas au premier plan des pratiques professionnelles, l'introduction de technologies, ne semble pas appréhendée comme susceptible de modifier des pratiques professionnelles, entendues comme gestes, routines, manières de faire et formes relationnelles. Ce manque d'intérêt pour les conséquences de l'introduction des technologies dans ces sphères est-il à mettre en lien avec l'intérêt moindre de la recherche pour les professions de soin, IDE, aide-soignantes, en comparaison des professions médicales ? Doit-il se comprendre comme une difficulté à définir ce que sont ces professions dans lesquels les compétences relationnelles prennent une place aussi importante que les compétences techniques ? Ou encore comme relevant d'un implicite selon lequel les sphères techniques et relationnelles étant très séparées, l'une ne pourrait venir empiéter sur le territoire de l'autre ?

A partir de nos terrains, nous nous proposons ici de mettre au jour les conditions de l'acceptabilité et de l'usage des « gérontechnologies » par les professionnels du soin et de l'accompagnement et les conséquences probables ou avérées de cette introduction. Nous analyserons également la façon dont les promoteurs de ces technologies (porteurs de projets, industriels, collectivités...) envisagent l'utilisation de ces technologies par les professionnels en place et les nécessités de formation.

3.1. Quels outils technologiques pour quels professionnels ?

Comme nous l'avons souligné supra, l'esquisse d'une revue de littérature donne à voir la quasi absence de travaux de recherche sur la problématique de l'incidence de l'introduction d'outils technologiques dans le champ des pratiques professionnelles en gérontologie. Au-delà des possibles raisons de cette absence de travaux de recherche sur les professionnels de grande proximité, il importe de souligner une différence fondamentale de « concernement » des professionnels par l'apport technologique. Si les médecins généralistes ou spécialistes peuvent voir leurs pratiques évoluer par l'introduction d'outils technologiques, rares sont les outils technologiques de support des activités des professionnels de l'accompagnement et de la prise en charge au quotidien. Les seules évocations que nous avons recueillies auprès de professionnels, renvoient à des outils techniques (mais non nécessairement technologiques), utilisés depuis de nombreuses années, et relativement peu évolutifs dans leurs fonctions et leurs caractéristiques. Les lève-malades et verticalisateurs sont les deux types d'outil les plus fréquemment mentionnés par les professionnels du soin –IDE, aides-soignants ou auxiliaires de vie-. Dans la même gamme, ces professionnels évoquent également les draps de glisse, ou

encore les disques de transfert ou les cadres de transfert. Dans tous les cas, il s'agit d'*outils techniques* visant à faciliter la manutention et la mobilisation des personnes les plus dépendantes, les moins mobiles et parfois aussi les plus lourdes. Il s'agit donc bien là d'outils qui constituent réellement une aide pour un aspect particulier de l'exercice professionnel, qui implique une mise en jeu de la force et de l'agilité corporelle (même si certaines difficultés surgissent liées à l'utilisation de ces appareils). Aucune *technologie* mentionnée dans les échanges en groupe ou individuel ne représente un support direct à l'exercice professionnel mais ont une influence davantage sur le contexte d'intervention. Ainsi, les systèmes « anti-fuges » comme les nomment les professionnels, n'apportent pas un soutien à l'exercice du soin, mais sont présentées comme sécurisation de la situation des personnes âgées permettant un allègement du niveau de préoccupation des professionnels. C'est donc là davantage la charge morale et émotionnelle du travail de care qui est soulagée qu'une aide à l'accomplissement de tâches professionnelles. En revanche, les systèmes informatisés de transmission d'information, tels les dossiers informatisés partagés, bien que non encore développés dans les services où ont été menés les entretiens, sont présentés par leurs promoteurs comme potentiellement susceptibles d'améliorer les performances professionnelles et du point de vue des acteurs directs comme pouvant transformer concrètement une partie de leurs pratiques. Enfin, les outils technologiques destinés à favoriser l'organisation et la gestion des temps de travail –tels les systèmes de télégestion couramment répandus dans le secteur de l'aide à domicile- ne sont pas évoqués par les professionnels d'exécution comme concourant à leur exercice professionnel mais plutôt par les cadres comme support éventuel d'organisation.

Ainsi, il ressort de cet état rapide des lieux de la littérature et de nos travaux empiriques que les outils technologiques concernent diversement les professionnels du domaine social, médico-social et sanitaire, selon le contenu –en termes de tâches- de leurs pratiques professionnelles et selon leur positionnement dans la hiérarchie des métiers. Globalement, il ressort de nos recherches que le domaine sanitaire est plus manifestement concerné par l'introduction de technologies que le domaine social. Entre les deux, le domaine médico-social semble aspiré vers le sanitaire et concerné fortement par le développement de projets reposant sur la promotion d'outils technologiques, comme en témoigne par exemple le projet Autonom@dom mené dans l'Isère. La fonction d'accompagnement social, qui relève des compétences des assistants de service social ou encore des conseillères en économie et familiale et parfois par extension d'autres acteurs du travail social, tels les animateurs sociaux

et socio-culturels, ne paraît pas donner lieu, en tant que telle à n possible développement de supports technologiques. En revanche, son accroche au domaine médico-social la rend susceptible d'être porteuse d'initiatives d'innovations technologiques.

Par ailleurs, selon les types de tâches correspondant au profil professionnel et selon le degré d'autonomie et le niveau d'exécution vs encadrement sur lequel se situent ces professionnels, le panel des techniques/technologies disponibles varie et l'étendue des supports technologiques utilisables pour la réalisation du métier est plus ou moins grande. Ainsi, alors que les intervenants médicaux sont susceptibles de bénéficier d'aides *robotiques* pour la réalisation d'actes chirurgicaux ou de *systèmes d'actimétrie* pour la surveillance des constantes des malades et l' suivi des diagnostics et des traitements, les aides-soignants et les auxiliaires de vie ne disposent jusqu'alors comme aide à leur exercice professionnels que d'outils techniques relativement anciens. En revanche, nous devons souligner que le degré de proximité avec les personnes n'est pas un critère intervenant dans la distribution de l'utilisation d'outils technologiques. Dans l'exercice d'actes qui justifient une grande proximité corporelle avec les patients, les médecins peuvent voir leurs actes médiatisés par des techniques sophistiquées mais non les aides-soignants.

Ainsi, c'est tout à la fois le secteur d'activité, le type de tâches constituant la profession et le niveau d'autonomie qui influent sur la disposition de technologies.

A titre provisoire, et sous réserve d'inventaire ultérieur, nous proposons cette petite typologie.

Catégories de professionnels	Domaine	Tâches liées au profil professionnel	Techniques ou technologies disponibles
Médecins	Sanitaire	Relations Diagnostic Prescriptions Interventions Orientations	Robotiques, outils technologiques surveillance des constantes, outils informatiques
Kinés, ergothé, : professionnels de la rééducation et réadaptation.	Sanitaire/médicosocial	Observation diagnostique Prescription Appareillage Rééducation	Outils techniques et technologiques
Cadres	Sanitaire/médicosocial/social	Organisation Gestion Projet Encadrement Soutien pédagogique Interface publics/profs/institutions	Outils informatiques de gestion/télégestion/dossiers informatisés
Travailleurs sociaux	social	Ecoute	? outils informatiques de suivi ?

		Accompagnement Diagnostic Orientation Conseil Démarches	
Préposés aux bénéficiaires	Médico-social	Soins Aides Soutien aux AVQ Entretien environnement	Outils techniques

3.2. Conditions de l'acceptabilité et impacts des nouvelles technologies pour les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Les conséquences de l'introduction de technologies nouvelles dans les mondes professionnels sont analysées dans différents travaux généralistes issus d'approches disciplinaires différentes (sociologie, psychologie, ergonomie principalement). Ces contributions présentent l'intérêt de définir des modèles de compréhension de l'acceptabilité qui convergent avec les analyses des usages portées plus spécifiquement par la sociologie (Jouet, 2000 ; Proulx, 1994) dans le sens où ils appréhendent les technologies non exclusivement comme susceptibles d'avoir un impact sur les conduites des individus mais aussi comme occasion pour les personnes de développer des manières de faire autonomes et créatives, contribuant à la production de leur identité.

La notion **d'utilisabilité** est centrale dans la plupart de ces travaux (Nielsen, 1994). Telle que définie par Nielsen, l'utilisabilité repose sur 5 facteurs :

- L'efficience, comprise comme l'efficacité et la pertinence de l'outil au regard des buts proposés
- La satisfaction (subjective) comprise comme le sentiment subjectif positif développé par l'utilisateur pouvant aller jusqu'au plaisir de l'utilisation
- La facilité d'apprentissage c'est-à-dire l'absence d'obstacle à la compréhension du fonctionnement de l'outil et à son utilisation
- La facilité d'appropriation se distingue de la facilité d'apprentissage : il s'agit là davantage de la facilité de se remémorer le fonctionnement de l'outil et de la possibilité de se familiariser avec lui en tant qu'objet présent désormais dans l'univers intime ou professionnel et en tant qu'élément ordinaire des pratiques professionnelles
- La fiabilité de l'outil c'est-à-dire la possibilité de l'utiliser en toute confiance car son action est sûre et performante.

Les travaux de recherche empiriques que nous avons menés jusqu' alors ont montré que ces critères sont diversement hiérarchisés selon les utilisateurs. Par ailleurs, ils peuvent se révéler parfois incompatibles uns avec les autres. Par exemple l'efficacité d'un outil peut nécessiter de passer outre certaines caractéristiques ergonomiques pourtant jugées indispensables par les usagers.

De surcroît, ces critères modélisés de l'acceptabilité ne paraissent pas suffisants pour appréhender de manière prédictive la possibilité d'introduction de NT dans les mondes privés ou professionnels. D'autres facteurs se révèlent tout aussi essentiels.

L'acceptabilité des outils technologiques repose sur des conditions liées en tout premier lieu à la technique, l'outil ; en second lieu au contexte de son développement ; et en troisième lieu aux caractéristiques de l'utilisateur, usager potentiel.

Mais globalement, au-delà des caractéristiques spécifiques de chacun de ces niveaux, en tout premier lieu, l'outil doit avant tout, **répondre aux besoins et aux attentes** (Dubois, 2009), c'est-à-dire prendre place dans un univers caractérisé par un manque ou une situation problème non résolue. Il doit venir apporter satisfaction à des attentes jusqu' alors non satisfaites. Cependant, ces attentes et ces besoins peuvent être implicites et ils doivent alors être révélés pour que l'outil technologique trouve la reconnaissance de sa pertinence. L'outil doit apporter réponse à des besoins fonctionnels et opérationnels. Dit autrement, l'outil doit aussi démontrer son utilité. Et là encore l'appréciation de l'utilité peut varier d'un usager potentiel à un autre ou plus largement d'un contexte à un autre comme nos entretiens en apportent l'illustration.

3.2.1. Des professionnels non technophobes mais pragmatiques dans la perception de l'utilité des technologies.

Les professionnels rencontrés, notamment ceux de grande proximité, n'émettent en général, pas de jugement a priori sur l'introduction de techniques et technologies dans leur univers professionnel. Ce sont les besoins du travail quotidien qui leur servent d'indicateurs pour l'appréciation de ces outils, sur lesquels le jugement professionnel porte principalement en termes d'efficacité. Ces appréciations pragmatiques n'excluent pas cependant des interrogations sur l'impact potentiel ou avéré de l'introduction de ces outils.

▪ *Des représentations et des appréciations diverses*

Comme précédemment évoqué, tous les personnels ne sont pas également concernés dans leurs pratiques par l'introduction de technologies pour la santé et l'autonomie. De même, tous ne se représentent pas les technologies de la santé et de l'autonomie de la même manière. Ce point renvoie sans aucun doute à la segmentation des technologies selon les univers professionnels. Mais au-delà des représentations préalables, c'est l'opportunité de l'usage qui modifie considérablement les jugements portés sur les techniques.

Notre terrain d'enquête était constitué exclusivement de professionnels para médicaux et sociaux, intervenant soit à domicile, soit en établissement de type EHPAD, excluant ainsi les services hospitaliers et les professions médicales. Les technologies auxquels ils ont été confrontés ou dont ils ont entendu parler sont principalement :

- Technologies d'information et de communication : ordinateurs avec interfaces simplifiés et applications dédiées dans le cadre d'une expérimentation à vocation socio-culturelle menée par un CCAS
- Technologies de vigilance : télé assistance, géolocalisation, capteurs de chutes, systèmes d'actimétrie, systèmes anti-fugues
- Technologies de communication et de liaison entre professionnels : Dossier partagé.

Enfin, certains professionnels évoquent aussi des techniques plus anciennes mais qui interviennent en support de leur activité professionnelle : lève malades, verticalisateurs ou autres disques ou cadres de transferts...

Si les entretiens individuels font apparaître des nuances dans l'appréciation des technologies notamment entre les professionnels sociaux et paramédicaux, lors des entretiens collectifs, ces différences paraissent davantage gommées et les questions qui se posent pour les uns paraissent globalement partagées. D'une manière générale, contrairement à ce qui peut être parfois avancé, nous n'avons pas rencontré de professionnels technophobes ou hostiles par principe au développement de technologies. En revanche, leur degré de confiance et leur intérêt pour ces innovations techniques varie selon plusieurs facteurs. Des différences d'appétence pour l'accès à ces technologies se manifestent :

- En fonction du domaine d'intervention : social vs sanitaire ;
- En fonction de l'appartenance générationnelle : les professionnels plus jeunes et plus récemment formés semblent davantage prêts à

concevoir positivement l'introduction de technologies dans leur sphère professionnelle ;

- En fonction de leur parcours professionnel antérieur : les personnes ayant exercé précédemment des métiers dans des univers techniques manifestent un intérêt plus marqué pour les technologies nouvelles ;
- En fonction de la position dans la hiérarchie des responsabilités : encadrement ou exécution.
- Enfin le genre apparaît également comme un élément déterminant.

Certains de ces éléments sont habituellement retrouvés dans la littérature sur le domaine, d'autres devraient faire l'objet d'investigations plus poussées.

« L'inscription générationnelle a été souvent mentionnée comme susceptible de faire barrage à l'intégration par les vieilles personnes de technologies inscrites dans une autre ère (Delbes, Gaymu, 1995) ; le genre (Jouet, 2003), l'appartenance à certaines catégories socio-professionnelles non familiarisées au cours de la vie professionnelle avec l'utilisation de ces NT et plus fondamentalement encore l'appartenance à certaines classes sociales (Granjon, 2009) apparaissent comme des facteurs susceptibles de freiner l'adhésion et les processus d'appropriation des NT. D'autres éléments ont pu être analysés comme pouvant favoriser ou complexifier cet accès aux NT : la position dans le cycle de vie, ou encore les habitudes de vie (Kaufmann, 1992 et 1995). D'une manière générale, les déterminants socio-économiques des usages ont bien été mis en évidence (Dimagio et al, 2001). Les différents travaux, francophones et anglo-saxons, ont souligné la pluralité de situations de non-usages, et en conséquence la difficulté à élaborer des typologies qui prennent en compte à la fois des déterminants socio-économiques objectifs, mais aussi les registres plus culturels et personnels des pratiques, des expériences et des intentions, qui peuvent être en lien avec les expériences antérieures avec la technologie, le rapport au monde proche ou lointain et aussi les réseaux de liens dans lesquels les personnes sont inscrites (Boutet, Trémembert, 2009). Les modèles d'acceptabilité mis au point à partir de critères multiples (tels le modèle *Technology Acceptance Model* (Hamner, Qazi, 2009), font cependant peu de place aux enjeux identitaires⁵⁴ dont l'importance pour l'individu croît sans aucun doute avec l'avancée en âge (Caradec, 1997)⁵⁵. Car vieillir, c'est relire sans cesse le cours de l'existence et lui redonner sans cesse sens (Lalivé d'Epinay, 2012) » (Source Gucher, 2012)

- *Des logiques « top down », éloignées des modes de management participatifs.*

Il ressort de nos travaux que ce sont les cadres supérieurs qui sont a priori positivement mobilisés pour le développement de technologies dans leur domaine d'intervention. Les

⁵⁴ L'introduction des NT dans un univers familier et leur usage confrontent l'individu à ce qu'il est, i.e. à ses habiletés, à ses difficultés, à ses besoins, à ses déficits et à ses ressources, introduisant ainsi de probables perturbations dans l'image de soi.

⁵⁵ Ce travail s'inscrit dans le cadre du programme de recherches « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population » animé par la DREES/MIRE et la CNAV.

expérimentations (ENPATIC, MAATTEIS, AUTONOM'ADOM, ESTIMA, TA-NG...) sont toujours à l'initiative des personnels d'encadrement voire des directions générales des institutions ou encore des politiques (élus, membres des conseils d'administration). Aucune des expérimentations que nous avons analysées ne repose sur une initiative ou une demande à l'origine des professionnels de terrain. Assez fréquemment, l'introduction de NT repose sur une alliance ou une rencontre entre des milieux industriels et des cadres du secteur médico-social ou sanitaire. La sollicitation des milieux industriels ou leur présence sur les territoires amènent les cadres supérieurs ou les directions des services sanitaires ou médico-sociaux à envisager le déploiement de solutions nouvelles reposant sur des outils technologiques promus. Ce sont aussi parfois des événements traumatiques qui amènent au contact avec des industriels offreurs de solutions.

Ces observations signalent donc une démarche de projet spécifique lorsqu'il s'agit de l'introduction de Nouvelles technologies. Les circuits communicationnels et décisionnels habituels ne sont pas utilisés, et les modes l'introduction de ces outils s'effectue selon des modèles top down, qui n'engage pas de participation des acteurs de proximité.

« Pendant ces 6 ans, sur cet EHPAD, j'ai eu la malchance d'avoir un résident qui a fugué , -parce qu'on parlait encore de fugue à cette époque- et cela lui a été fatal. Donc je me suis payée une bonne remontée de bretelles de toute ma hiérarchie parce que bien évidemment c'était de ma faute. Et c'est à ce moment là que mon grand chef de service m'a dit de contacter Monsieur X (MCU PH engagé dans le développement des gérontechnologies) qui aurait des solutions. Je l'ai contacté et il m'a mise en relation avec des sociétés qui fabriquaient des outils de géolocalisation. J'en ai testé quelques-uns sur l'EHPAD et en parallèle je me suis dit que c'était très intéressant cette technologie et J'ai fait le DIU UJF-Paris V de technologies à usage des PA ou PH ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

- *Des attentes pragmatiques.*

Les professionnels de terrain (c'est-à-dire au contact direct des usagers âgés) rencontrés ne sont pas *a priori* demandeurs de technologies mais ils sont en mesure de considérer de façon pragmatique quels pourraient en être l'intérêt. Au-delà de l'intérêt qu'ils imaginent pouvoir être celui de leurs publics, ils distinguent, en se référant à leurs pratiques quotidiennes, ce qui peut être un bénéfice et ce qui est susceptible d'apporter complexité, difficulté ou responsabilité supplémentaires.

Les attentes à l'égard des technologies s'expriment en tout premier lieu sur le registre de la **facilitation du travail**. Cette attente de facilitation vise d'une part l'allègement des charges, le contrôle de la pénibilité ou encore **l'amélioration de la performance et de l'efficacité**. Les outils techniques de manutention entrent dans cette catégorie : ils sont appréhendés essentiellement comme susceptibles de limiter les charges et contraintes physiques supportées par les personnels de soin.

« Oui, ça dépend de l'état clinique de la personne, mais n'empêche que ces appareils nous aident beaucoup.

Oui, pour le dos y'a pas photo...

Oui heureusement parce qu'aujourd'hui on ne pourrait pas lever certaines personnes, elles resteraient alitées avec le risque d'escarres ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Par ailleurs, certains supports de liaison et de communication sont présentés comme susceptibles d'améliorer la performance mais ce qui est attendu concerne essentiellement la facilitation de l'exercice professionnel, notamment le partage d'informations concernant les coordonnées et horaires de passage des différents intervenants au domicile des personnes âgées prises en charge en SAS ou encore le contenu des Plans d'aide APA ou encore des informations ajustées sur les mouvements des personnes i.e. hospitalisation, absences...

Ce qui s'exprime de manière prioritaire est donc le besoin de création d'un outil de liaison simple et performant entre professionnels, qui permettent d'ajuster les interventions, de ne pas perdre de temps dans des interventions inutiles et d'apporter in fine un accompagnement optimum aux personnes.

« Il manque un outil informatique pour transmettre des informations... Il y a un problème avec les transmissions pour lesquelles le médecin n'est pas au courant. L'outil informatique pourrait être vraiment utile. On aurait moins de perte de temps ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

« Ce n'est pas un asservissement mais un outil dans la chaîne de la coordination. On voit une multiplication des interventions à domicile. Chacun est un maillon donc il faut relier. Pour la solidité de la chaîne. Les outils peuvent permettre de transmettre les informations aux autres intervenants si

une personne par exemple est hospitalisée, il faut pouvoir le dire. ça peut éviter à certains intervenants de faire le déplacement à domicile alors que la personne n'y est pas ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

D'autres attentes s'expriment non plus tournées en première intention vers une facilitation des pratiques professionnelles mais en tant que support d'amélioration du service rendu aux usagers. Cependant à titre secondaire, elles sont perçues comme **pouvant alléger le degré de préoccupation ou encore la charge morale** que représente par exemple la surveillance de personnes désorientées.

« Les technos ont été inventées pour soulager un peu le souci ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Les systèmes anti-fugues ou les capteurs de chutes apparaissent ainsi comme élément de sécurité supplémentaire pour les résidents, ce qui permet de relâcher la vigilance et de se fier au système.

D'autres systèmes sont perçus comme susceptibles d'améliorer l'accompagnement et le soin aux personnes. Il importe de souligner que ces évocations renvoient au constat d'une insuffisance de personnel pour faire face aux besoins des personnes âgées. Ce sont essentiellement les personnels des EHPAD qui envisagent ainsi les technologies comme palliatives d'une carence de moyens humains.

« Je sais que ça existe les sols capteurs de personnes allongées, ça pourrait nous servir parce que la nuit il n'y a une personne pour 60 résidents et sur deux étages ; C'est des capteurs qui sonnent si la personne est étendue par terre... C'est ce qui nous servirait le plus ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

A propos des capteurs de chutes :

« On a des gens qui chutent beaucoup. On navigue sur cette ligne de crête, on ne met pas de contention et on prend le risque de la chute. Et moi j'ai des résidents qui chutent beaucoup, 2 à 3 fois par jour, qui ont eu déjà des fractures et qu'on n'attachera pas, car ils ont cette envie de déambuler et ils ne supporteraient pas, ... Alors on enlève des traitements anti coagulants pour éviter les hématomes mais on prend le risque de la chute. Pour ces gens là ça pourrait rassurer. Parfois ils tombent dans une chambre au bout du couloir qui n'est pas la leur,

... Pas pour l'ensemble du service mais pour ces gens qui sont des chuteurs à répétition, ça pourrait être utile, après voilà nous on a quand même... Au niveau du nombre de soignants on est mieux doté que dans d'autres EHPAD, on a une surveillance visuelle mais cela pourrait être quand même utile pour ces trois ou quatre résidents, oui ». Entretien 30, Cadre de santé, EPHAD, unité psychogériatrique.

L'apport des « Gérontechnologies » peut également être envisagé comme une solution pour faire face à des situations ingérables qui entraînaient auparavant des pratiques difficilement assumées, notamment dans leurs conséquences.

« Ah oui on en parlait déjà. Mais c'est vrai que l'établissement était encore plus « portes ouvertes » qu'ici. Mais c'est vrai qu'on en avait qu'un sur l'ensemble des résidents, en tout cas dans mon souvenir il y en avait qu'un. Donc là c'est sûr qu'on a un public qui a évolué... Et le sujet est difficile parce que c'est vrai qu'on a déjà trop calmé des résidents parce qu'on n'avait pas le bon système et je crois qu'on se souvient tous d'une dame qui a fini par mourir.

HR : Vous dites « calmer » en termes de médication ?

Oui. Si on la calmait pas, on l'attachait, si on l'attachait pas, on la calmait... Ca a été douloureux pour tout le monde ». Entretien 29, cadre de santé, EHPAD.

Ces attentes de support de l'activité professionnelle par les outils technologiques sont également relevées par certains centres experts en lien avec les mondes professionnels.

« Ce qui me préoccupe c'est l'apport sur l'amélioration du travail des pros dans leur quotidien et donc ça impacte la qualité de l'accompagnement et c'est la vision que je veux donner car je suis agacé de ces lieux communs qu'on entend dans des conférences ou colloques de la vision les technos qui prendraient la place de l'aide humaine etc...cette question est dépassée depuis longtemps c'est vrai que certains utiliseront les technos pour remplacer aide humaine, ça , ça les regarde ces acteurs là, ce ne sont pas ceux qui m'intéressent, moi, ceux avec qui je travaille c'est ceux qui pensent que les technos peuvent apporter un confort dans le cadre quotidien de leurs personnels , derrière il y a une qualité de service pour des familles qui ont besoin de s'assurer que leurs proches sont en sécurité... ça c'est un atout concurrentiel des services et parce que c'est une réalité de notre territoire, on a besoin d'attirer des professionnels, des chercheurs, et pour ce qui est des pros qui travaillent dans des institutions, dans des services, dans des entreprises et pour ce qui est de ces professionnels qui travaillent dans des services de l'aide à domicile, pour les attirer il faut peut-être leur dire qu'ils utiliser des outils qui faciliteraient les conditions de travail...

CG : Vous pensez que les technologies pourraient être un élément d'attraction pour ces métiers ?

En tout cas, moi je le prends comme un élément d'attraction...et volontairement. J'en ai ras le bol des présentations négatives, je prends pas le contrepied en embellissant les choses plus que de raison mais

je crois que ça peut être un atout pour les acteurs... qu'ils trouveront dans les technologies un confort de travail car...il faut se rendre compte de ce qu'est un travail dans un service à domicile ou dans une institution en EHPAD...ces gens- là sont confrontés au quotidien à une réalité quand même difficile...quand on est un personnel d'un EHPAD dans lequel on n'a que des personnes atteintes d'Alzheimer, je peux vous assurer qu'à mon avis c'est lourd...j'ai vu des personnels qui étaient...d'une...d'une... qui avaient une relation avec les personnes atteintes d'une extrême correction, d'une extrême correction. Et c'est avec ces personnels dans le cadre de notre living lab qu'on a travaillé, avec eux on a réfléchi sur quels sont les outils, quels sont les dispositifs technologiques qui amélioreraient leur travail et l'accompagnement et on expérimente à travers deux protocoles cliniques une technologie basée sur la vidéo vigilance en institution, c'est bien à la demande de ces personnels et en collaboration avec eux qu'on travaille...ça fait des réunions complexes car on est souvent un peu nombreux ... ». Entretien 22, centre expert Limousin.

Ainsi, les outils technologiques sont parfois également appréhendés comme des éléments susceptibles de soutenir l'activité des professionnels, de constituer un point d'attraction vers des métiers difficiles, mais aussi parfois de compenser l'absence ou l'insuffisance de personnels. A cet égard, aucun jugement de valeur n'est porté sur cette substitution d'outils techniques aux ressources humaines, la pénurie de personnel paraît être désormais comprise comme incontournable.

L'appréciation portée sur les technologies renvoie donc à des positions très pragmatiques et non teintées de jugements a priori sur les dangers d'une possible technicisation du care. Cependant, des réserves s'expriment de manière plutôt consensuelle même si les facteurs discriminants évoqués plus haut nuancent les jugements.

3.2.2. Des réserves nuancées liées à une expérience négative.

Les réserves exprimées se situent principalement sur un registre également pragmatique mais aussi sur un registre plus éthique renvoyant à la conception du soin et de l'accompagnement. Trois raisons principales suscitent des nuances dans l'adhésion aux dispositifs technologiques : les limites de fiabilité des systèmes proposés, leur inadaptation au contexte et les références éthiques et déontologiques professionnelles.

- *L'absence de fiabilité des systèmes.*

Ce point vient en tout premier lieu dans les réserves exprimées. Il ne s'agit pas d'*a-prioris* chez les professionnels rencontrés mais de jugements liés à une expérience négative ou insatisfaisante. Les systèmes ciblés dans ces critiques sont principalement ceux qui engagent directement la sécurité des personnes. Les outils simples techniques tels les lève-malades ne sont pas exempts de ces critiques :

« Moi ça vrai quand je mets une personne sur les toilettes (avec le verticalisateur) et qu'elle commence à me parler, je lui dis attendez deux secondes, je vous mets sur les toilettes et après je...moi personnellement, je lui dis attendez, attendez, une chose à la fois, j'ai besoin d'être super concentrée, les chambres sont pas adaptées au matériel, il faut mettre d'un côté de l'autre, il y a un seuil de porte dans la salle de bain, il faut forcer, avec le poids des personnes, il faut pousser, il faut vraiment tenir l'appareil parce que c'est dangereux, des fois les personnes elles pourraient basculer ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Les utilisateurs soulignent tout à la fois le danger potentiel introduit par l'appareil et aussi les conséquences sur leurs propres pratiques professionnelles, ici le fait de ne pouvoir rester dans l'échange verbal avec une personne en raison de la concentration demandée par l'utilisation du verticalisateur. Ces difficultés qui s'expriment sur un double registre sont également mentionnées lorsqu'il s'agit de technologies de vigilance :

« Nous on est dans une chambre, on met la présence, la présence verte, si la présence sonne, soit c'est quelqu'un qui a besoin de nous et qui sonne, soit c'est quelqu'un qui fugue, alors il faut qu'on coure au panneau à l'infirmerie pour savoir si c'est quelqu'un qui sonne dans une chambre ou si c'est quelqu'un qui fugue... alors c'est vrai que c'est un système qui n'est pas facile et c'est vrai qu'au niveau de la porte, quand la personne passe avec sa montre anti-fugue...

Voilà, regardez...

Les deux sas, enfin la personne est censée rester coincée entre les deux sas mais le problème c'est que si la personne est rapide elle passe.

Voyez, regardez....

L'inconvénient de ce dernier système c'est ça et puis c'est sur un bracelet élastique, alors elles l'enlèvent.

Voyez cette dame elle a le bracelet anti-fugue, et ben on va voir ce qu'elle fait.

Elle va y aller ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Les soignants déplorent ici les dysfonctionnements du système, sa non fiabilité mais aussi les conséquences pour ce qui concerne leurs pratiques : devoir courir pour vérifier, ne pas être certaines de la fiabilité...

Ces reproches de dysfonctionnement des technologies proposées ont été également relevés pour des systèmes de télé assistance, ou de géolocalisation ou pour des systèmes plus centrés sur le développement d'une offre socio-culturelle telles la visiophonie ou les ordinateurs simplifiés.

Cependant, c'est bien lorsqu'il s'agit de la sécurité des personnes que les critiques sont les plus vives.

« Je ne vous cache pas que lorsque j'ai vu le produit qu'il m'a présenté , j'avais peu d'espoir sur l'intérêt de son produit pour la population accueillie, population âgée qui n'avait pas l'habitude de porter à la ceinture, ce qu'on porte maintenant, un portable ou je ne sais quoi dans une petite pochette. Quand j'ai vu la taille de l'appareil, 2 fois un paquet de cigarettes, rectangulaire et avec des bords contondants, je ne me voyais pas porter ça moi non plus, maintenant j'étais tellement soucieuse de mettre en sécurité ces résidents à haut risque d'errance que J'étais contente qu'on m'amène ces balises(...)Donc on s'est lancé. ça se portait à la ceinture dans une petite pochette avec un scratch...

CG : comme un holter.

Exactement, C'était comme un holter, dans les minutes qui ont suivi, les deux dames, elles ont enlevé la ceinture, forcément ça les gênait, OK, Après on a changé le système de réceptacle de la balise, le fournisseur nous a proposé de mettre des aimants, comme des antivols, la balise dans la pochette, on mettait la ceinture et on mettait des aimants pour qu'elles ne puissent pas enlever leur ceinture. Alors comme elles ne pouvaient pas enlever la ceinture, elles la découpaient, c'était pas un problème, la balise qui coûtait je ne sais combien de milliers d'euros, heureusement qu'on savait la localiser pour aller la récupérer dans la poubelle, dans le bac à fleurs...c'était cocasse hein, mais en même temps quand on avait vu le produit on avait bien compris que les résidentes ne l'accepteraient pas donc J'ai fait un retour au commercial et à X en disant que le produit n'était pas satisfaisant ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

Les attentes pragmatiques mais pressantes des professionnels se confrontent aux limites de systèmes non adaptées aux publics auxquels ils sont destinés.

- *Les problèmes d'adaptation au contexte*

Ce problème d'adaptation au contexte est fréquemment mentionné dans la littérature scientifique (Dubois, Bobillier-Chaumont, 2009). Le premier niveau de cette question

d'adaptation au contexte est très matériel, par exemple la compatibilité de systèmes de géolocalisation ou de télé assistance dans un environnement géographique ne permettant pas la réception des ondes hertziennes nécessaires à la fonction. Cependant, le contexte doit être appréhendé dans ses caractéristiques pratiques objectives, **et** dans ses dimensions symboliques et culturelles. Dans le domaine qui nous concerne, les caractéristiques des milieux de vie des personnes âgées, le plus souvent leur domicile et des milieux institutionnels comme les EHPAD, diffèrent fortement. La dimension domiciliaire est essentielle et représente un univers de formes et de sens, pratique et symbolique, totalement attaché à la personne qui y demeure (Djaoui, 2011). L'institution EHPAD présente d'autres caractéristiques, fortement liées à l'activité qui s'y déroule et aux professionnels qui l'organisent. Les registres du soin et du care caractérisent ces univers sur le plan des représentations et des symboles mais aussi sur le plan pratique.

« Il y en a, ça les culpabilise parce que ça nous donne une charge de travail en plus, je pense à Mr V. Ça le culpabilise parce qu'il pense que c'est une charge de travail en plus qu'il nous donne.

Ça veut dire qu'il est lourd ?

Qu'il a un handicap qui nous donne une charge de travail en plus.

En fait on ne peut pas entrer le verti quand on fait la toilette alors on fait la toilette puis on va chercher le verti et on...c'est cette perte de temps en gros, je le comprends parce qu'il dit je vous fais perdre du temps vous ne pouvez pas me lever sans le verti mais vous perdez du temps à aller chercher le verti, c'est plus dans ce sens là...

Mais c'est vrai que des fois c'est pénible on doit tout déménager, on sort l'adaptable, on pousse les lits, il y a les pieds de perf...

CG : vous dites que l'outil n'est pas adapté à la taille des chambres ?

Non c'est l'inverse, c'est les chambres qui ne sont pas adaptées...

CG : OK, je l'ai dit dans l'autre sens.

Moi je sais que pour tourner le verti pour les emmener aux wc, il faut voir, je me casse le dos...

Il faut forcer,

Il faut pousser, il faut forcer, il faut tourner,

Il faut faire attention au patient,

Regarder où on va, le patient, l'appareil... ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Les difficultés mentionnées ici pour l'utilisation de verticalisateurs dans des EHPAD alors que la taille et l'aménagement des chambres ne sont pas adaptés, sont le plus souvent majorées au domicile des personnes, dans des environnements organisés en fonction

d'habitudes de vie antérieures lorsque les incapacités n'existaient pas. L'exercice professionnel se heurte alors pratiquement à une triple exigence : être fidèle aux règles professionnelles, s'adapter aux contraintes issues de la technique et respecter l'univers formel et symbolique des personnes âgées.

La problématique de l'adaptation au contexte renvoie également à la qualification et aux caractéristiques des publics usagers visés et des missions professionnelles spécifiques. Ainsi certaines technologies peuvent apparaître inadaptées dans des milieux de vie et pertinentes pour des milieux de soin.

CG : « Sur d'autres systèmes, actimétrie, surveillance de la variation des constantes...est ce que vous pensez que cela a de l'intérêt dans un établissement comme celui-ci ?

« Je serai plus réservé, quand même car pour ce qui est de la variation des constantes, chez quelqu'un de 90 ans, on a de fortes variations, on n'a pas toujours de bonnes constantes, il faudrait voir le paramétrage car on n'a pas les mêmes normes, pour ce qui est de la glycémie par exemple, nous on se fie à la clinique du patient, pas forcément un chiffre mais comme on le trouve au quotidien, après peut être pour des personnes qui auraient un problème de santé aigu mais nous on passe souvent donc je serais plus réservé je ne verrai pas l'utilité, ça fait un peu penser aux écrans qu'on a en soins intensifs pour suivre l'état des patients, je ne suis pas sûr qu'on ait l'utilité de ça en EHPAD ». Entretien 30, cadre santé, EHPAD, unité psychogériatrique.

Cette problématique de l'adaptation de l'outil aux contextes recouvre également des aspects organisationnels. En effet, les modes de décision, les formes de transmission d'information, les organisations hiérarchiques : l'ensemble de ces éléments constituent un terreau plus ou moins favorable pour le développement de technologies. Dans le domaine de l'action sociale ou de la santé, les formes d'organisation, la prévalence de l'autonomie et du travail solitaire notamment à domicile, la faible formalisation pour ce qui concerne le médico-social des modes d'intervention et les types de relations professionnelles ne sont pas très favorables à l'introduction de NT (Kimberly, Evanisko, 1981 ; Lapointe, Rivard, 2005 ; Sobol, Alverson, Lei, 1999 ; Dubois, Bobillier, 2009). La question de l'inadaptation des outils technologiques aux modes de transmissions en vigueur est évoquée lors des entretiens collectifs.

A., infirmier, explique qu'il expérimente le logiciel Netsoins qu'il dit être similaire à Crystalnet, logiciel utilisé en établissement. « Normalement, l'objectif est le suivi pour chaque patient du sanitaire et du social : plans de soins, et différentes tâches... Les médecins peuvent aussi faire des

transmissions, des prescriptions. Il y a aussi un versant social pour les AS : droits, historiques, projets personnels... » Netsoins est testé dans une petite structure : Lits Halte soins santé (LHSS), 9 lits, qui accueille plutôt des patients en précarité. « J'ai l'impression avec ce logiciel d'avoir un 38 tonnes alors qu'on a besoin d'un scooter. Selon le statut, on a accès à telle ou telle fonctionnalité. Mais les Assistantes Sociales n'ont pas de statut propre dans le logiciel et sont obligées de se créer un autre statut (infirmier par exemple) pour mettre des informations. Les ASH ne peuvent pas lire le dossier médical... ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

Ici ce sont les particularités d'un exercice et d'un univers médico-social qui ne sont pas pris en compte par le logiciel de transmissions mis en œuvre. Les risques de complexification du travail pour une efficacité limitée sont également mentionnés.

« L'outil informatique n'est pas une fin en soi. ça peut permettre de partager une même info, de faire des mails à la famille. Il faut l'utiliser à bon escient pour pas que ce soit une usine à gaz. Les plateformes pour les professionnels de santé testées à l'hôpital, c'était ingérable ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

L'ensemble des professionnels, qu'ils soient soignants ou sociaux, émet donc des réserves à l'égard du développement d'outils technologiques. Ces réserves tiennent en grande partie à l'expérience vécue. Globalement, les critiques énoncées à l'égard des systèmes expérimentés tiennent à leur inefficacité ou encore à leur inadaptation aux attentes, aux pratiques des services. Mais lorsqu'on invite les professionnels à poursuivre leur réflexion, des craintes alors s'expriment qui ne sont pas exclusivement liées à des expériences pratiques mais s'ancrent également dans une incertitude assez générale concernant l'évolution de leurs métiers.

3.2.3. Les technologies, menaces pour les identités professionnelles ?

SI l'on se réfère aux travaux sociologiques sur l'identité professionnelle (Dubar, 1992), il apparaît que les réserves exprimées par les professionnels soignants ou sociaux concernant les technologies se développent autour de ce point central. En effet, trois types de craintes s'expriment : elles portent sur la désorganisation possible des pratiques ; la modification des registres de responsabilité et le sens du travail.

- *Un partage des tâches impossible et des ruptures de rythme.*

Dans les entretiens collectifs, le problème du partage des tâches apparaît à plusieurs reprises. Tout se passe comme si dans une activité professionnelle jusqu'alors presque totalement protocolisée, les technologies faisaient apparaître des zones d'incertitude quant aux comportements à tenir. Que faire, qui doit le faire ? L'introduction des outils de vigilance ouvre une brèche dans une organisation journalière des soins très ritualisée et introduit des ruptures de rythmes dans l'activité. Liées à la notion d'urgence, l'alerte transmise par un système technologique, est comprise comme devant introduire une réponse immédiate et implique en conséquence l'abandon d'autres tâches en cours. Des conflits de priorité se révèlent alors : laisser seule une personne sous la douche pour courir rattraper une personne qui est signalée comme « fugueuse » ? La question qui se pose ici est aussi celle de l'autonomie de la décision. Les personnels apparaissent dans leur expression contraints dans leurs choix par le caractère impérieux de la technique (l'alarme lancinante ne s'éteint que lorsqu'un intervenant lève l'alerte).

« Ce qui ne va pas c'est que comme il n'y a pas les numéros, il y a aussi le risque de dire c'est dans l'autre service, quelqu'un va y aller

C'est vrai que les RDC sortaient pas mal à un moment (humour)

Votre service sortait beaucoup

Oui mais il y a eu des mutations

CG : comment vs faites pour savoir si c'est à vous d'y aller

On ne sait pas

CG : alors vous vous retrouvez à 4 à la porte

Oui, bien sur

Ce n'est pas plus mal

Oui et non...

C'est ridicule

Mais c'est le temps de se dire bonjour

Brouhaha

C'est pas évident de se retrouver à 4

Mais il y a moins de vigilance du fait du système que si il n'y en avait pas

Si tu es en train de lever une personne et qu'elle est dans une position...tu fais quoi ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Cet extrait met en évidence tout à la fois l'incertitude pesant sur les réponses à apporter au déclenchement d'une alerte et la difficulté à assumer l'ordinaire du soin. Ces problèmes sont confirmés par le cadre de santé :

« Dans un premier temps, qu'est-ce qu'ils m'ont fait ? Bon j'avais bien signalé que le système ne fonctionnait et que de plus je trouvais ridicule de courir après quelqu'un pour lui dire « non, non, vous n'avez pas le droit de sortir, rentrez ! ». C'était encore plus menaçant qu'autre chose. En plus je vais vous dire les soignantes elles sont 2 et le système c'était « dès que vous entendez une fugue, vous y allez vite ». Et du coup, au risque de laisser des résidents chuter en partant comme ça... Mais probablement que la structure elle n'était pas conçue pour ça non plus au départ ». Entretien 29, cadre de santé EHPAD.

Au-delà des systèmes de détection de « fugue », les mêmes difficultés sont exprimées par les professionnels des services de soins et d'aide à domicile au sujet des transmissions d'informations informatisées. La compatibilité de la transmission d'informations continues en temps réel et d'une fonction d'alerte est mise en cause. Le dispositif génère alors une double charge : « affective » et « cognitive ». La charge affective est ici liée à la nécessité d'arbitrage entre des impératifs professionnels mais aussi moraux qui engagent un registre émotionnel fort. La charge cognitive est à relier au fait de devoir faire de nouveaux apprentissages, de nouvelles manières de penser et de faire (Dubois, Bobillier, 2009).

Ainsi, pour les professionnels le support de liaison informatisé doit répondre à deux types de besoins :

- constituer un support d'informations continues pertinent pour leurs interventions qui doit leur permettre d'ajuster en fonction de l'évolution de la situation ou des interventions des autres professionnels
- être une fonction d'alertes pour être immédiatement saisi de difficultés ou de problèmes sur lesquels ils auraient à intervenir.

Or, les outils proposés ne paraissent pas en mesure d'offrir ces deux services conjointement tout en les identifiant de manière séparée.

- Questionnement sur une fiche de liaison en continu et en temps réel.

De nombreuses craintes sont exprimées au sujet de la diffusion en permanence d'informations continues dont les récepteurs auraient de la difficulté à identifier s'ils sont concernés et si ces informations requièrent un suivi et une intervention de leur part.

Le souhait s'exprime de disposer de logiciels susceptibles de faire ressortir ce qui est urgent et nécessite une réaction rapide.

Ces questionnements concernent l'organisation du travail et la possibilité de faire place dans un quotidien routinisé et surchargé à des événements imprévus et révélés par des technologies jusqu'alors inexistantes. Le jeu et l'articulation des temporalités dans les organisations professionnelles et la définition des tâches paraissent alors essentiels.

On peut retrouver ici l'expression de la *charge cognitive*, c'est-à-dire l'investissement et le coût cognitif rendus nécessaires par l'introduction d'outils technologiques (Dubois, Bobillier, 2009). L'introduction des technologies de vigilance amène ici une densification de l'activité, une nécessité de repérage et d'analyse de nouveaux signaux donnés par les techniques et une rupture du rythme des tâches ainsi que l'apparition de nouvelles sollicitations (Truchot, 2004). En l'état du développement de ces technologies, il n'est pas possible cependant d'établir si ces « troubles » et ces incertitudes sont inhérentes au *process* d'innovation ou d'expérimentation ou si elles sont totalement liées au fonctionnement technologique.

▪ *La responsabilité en question.*

Au-delà de ces questions d'organisation pratique, l'introduction de technologies engage un questionnement sur les responsabilités professionnelles. Tout se passe comme si les technologies de vigilance étant considérées comme des moyens impliquaient alors des exigences de résultats alors qu'en l'absence de moyens jusqu'alors, la prise de risque pour les personnes âgées dépendantes ou fragiles en EHPAD ou à domicile était inhérente au fonctionnement des services.

CG : « vous ça vous enlève une responsabilité ou ça vous en rajoute ?

Ça nous en rajoute

Non

Ça ajoute parce que si elle est sortie malgré le système c'est qu'il y a eu une faille du personnel

Et nous on court, on court après

Oui mais que le système soit là ou pas, tu cours quand même

Si le système est défaillant

CG est-ce la défaillance du système qui ajoute de la responsabilité

Il n'y aurait rien du tout on les surveillerait bien quand même

C'est pour ça que moi je dis non, le système n'ajoute pas de la responsabilité en plus

Oui, mais quand il y a des portes qui sonnent, c'est nous qui cherchons, qui allons voir, ça ajoute de la responsabilité

Oui mais que le système soit là ou non ça change rien,

Si si la personne est dehors c'est qu'il y a une faute professionnelle, il y a un plus, la personne ne doit pas être dehors.(...)

Moi ça me double, si la personne il lui arrive un accident, on est en faute professionnelle

Même si on n'est pas du service quand il y a eu quelque chose dans un service on est mal

Moi il m'est arrivée de courir en plein hiver de courir après une personne, je faisais une douche, je courais les pieds mouillés

On a eu des personnes qui sortaient tous les jours, par tous les temps ils sortent

Vs donnez une douche, vs êtes dans la chaleur vous sortez, il m'est arrivé de sortir une fois par la fenêtre, les couloirs sont très longs. Pour le personnel c'est très angoissant et ça redouble notre responsabilité ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

De même à domicile, alors que l'intérêt de la transmission d'informations et la liaison entre professionnels ne fait aucun doute, la mise en place d'un système informatisé de liaison soulève de nombreuses questions, notamment de responsabilité professionnelle. Les professionnels s'interrogent sur la nature des éléments d'information devant être partagés : le risque pour eux étant celui d'une information trop importante et trop floue qui diluerait les responsabilités d'intervention et rendrait difficile le suivi et la prise de décision. Le risque d'une perte d'autonomie de décision et d'organisation, de soumission à un ordonnancement du travail imposé par la technique se fait jour. « Le dispositif peut concourir à limiter l'autonomie du salarié et à prendre une forme de pouvoir sur l'évaluation voire la prescription du travail à effectuer et son contrôle (ex des levées d'alerte) » (Dubois, Bobillier, 2009).

Plus encore, l'inquiétude paraît forte sur les implications juridiques de la transmission écrite d'informations entre différents corps professionnels car « la parole est libre, l'écrit engage ». Le partage de responsabilité fait question : les écrits échangés engagent-ils la responsabilité de tous ceux qui participent du réseau coordonné ? Qui est responsable d'une intervention et du suivi d'un problème évoqué ? Le partage des responsabilités dans des équipes pluriprofessionnelles, dont les membres ne sont pas tenus aux mêmes règles déontologiques,

fait question. Plus concrètement, certaines technologies suggèrent la présence de compétences qui ne sont pas toujours disponibles dans les formes d'organisation actuelles.

« Par exemple pour le capteur qui peut surveiller une personne sur son rythme cardiaque par exemple en maison de retraite, on ne veut pas savoir si la personne ne respire plus... parce que derrière qu'est-ce qu'on fait. Quand c'est un agent de garde la nuit qui n'est ni aide-soignant, ni infirmière, qu'est-ce qu'il doit faire, car c'est lui qui a la responsabilité donc on a modifié la fonctionnalité de ce type de capteurs par exemple

CG : Alors on ne détecte plus si la personne respire ou non ?

Disons qu'on ne va pas transmettre l'information comme ça car si on transmet l'info, ça implique d'appeler le SAMU et au bout d'un moment il ne viendra plus... ». Entretien 21, Centre expert Champagne-Ardennes.

Les questions de responsabilité émergent alors et justifient des réaménagements de la solution technologique pour la rendre compatible avec les moyens humains disponibles.

Ainsi, les technologies peuvent ici avoir un impact sur les modes et formes relationnelles et communicationnelles dans le travail : les formes de collaboration, de transmission d'information, les complémentarités ou concurrences peuvent se trouver réaménagées par ces dispositifs (Dubois, Bobillier, 2009).

« Les personnes ne réagissent pas de la même façon face aux médecins. Les infirmiers/infirmières sont régis par un décret qui leur donne un rôle d'expertise. Ils interpellent les personnes compétentes pour faire évoluer la situation. Où est la limite entre la non assistance à une personne en danger et le respect des libertés individuelles ? On est parfois à la limite entre sécurité et maltraitance ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

Mais au-delà de ces questions de responsabilité, les technologies questionnent les identités professionnelles, telles que les professionnels les conçoivent et les revendiquent.

- *Les identités professionnelles : motivations humanistes, éthique de l'accompagnement.*

Les dernières réserves exprimées renvoient aux motivations des professionnels pour leur métier d'origine qu'ils comprennent comme devant être essentiellement centrés sur l'humain. La totalité des professionnels, soignants ou sociaux, souligne la dimension essentiellement humaniste de leur exercice professionnel. Cette caractéristique des métiers est revendiquée

comme étant généralement à l'origine des motivations professionnelles et renvoie à une conception de sa place sociale, de sa relation aux autres et de son utilité.

AM : « Qu'est-ce qui vous motive dans votre travail ?

On travaille auprès des personnes

Cette relation qu'on a avec eux

Ils ont besoin de nous

On se sent très utile pour eux. Quand on dit bonne soirée ils angoissent, qui sera là pour nous, des fois on n'ose pas leur dire qu'on est de repos

Il y a de l'affectif aussi, souvent on remplace leur famille, je me souviens d'une personne qui ne reconnaissait pas son fils, elle savait qui j'étais,

On aime notre métier, heureusement car sinon on ne serait pas là

CG est ce que les technos amèneraient de la motivation en plus ?

La technique ne serait pas une motivation de plus mais une aide une sécurité

On pourrait être plus paisible ». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Les outils technologiques ne paraissent en aucune façon constituer un élément de motivation pour les professionnels mais être envisagés comme une aide pour alléger la charge physique et émotionnelle du quotidien, à condition que leur fiabilité soit avérée.

Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné l'utilisation de certaines techniques modifient le registre relationnel dans les actes professionnels. L'usage des lève-malades ou verticalisateurs en impliquant une concentration sur leur utilisation peuvent générer un empêchement à la communication. Ils introduisent une médiation dans le rapport à l'autre et sont susceptibles de techniciser la relation et l'acte de soin.

Pour les travailleurs sociaux, le risque de technicisation de l'aide se fait jour. Plus globalement, c'est la définition de l'accompagnement social qui est susceptible de varier à partir de l'introduction de technologies, annoncées comme éléments incontournables du maintien à domicile. Les formes habituelles d'évaluation des situations devraient sans doute s'ouvrir à une prise en compte des dispositifs technologiques. Par ailleurs, les travailleurs médico-sociaux sont attendus dans une posture d'expertise, de préconisation voire de prescription, non conforme aux cadres juridiques et éthiques des professions sociales.

« Les gérontechnologies ne doivent pas être au détriment du reste et du relationnel. La téléalarme c'était initialement pour rompre la solitude. Donc là, pourquoi pas la technologie ? En tout cas, comment justifier la technologie auprès des familles et des personnes ? Il faut respecter le choix des

personnes par rapport aux outils : imposer la domotique irait à l'encontre du choix de certaines personnes. Il faut accompagner les personnes avec elle. C'est la distinction par rapport aux médecins qui font des prescriptions, qui sont dans la toute-puissance. L'AS n'est pas prescripteur. Le social prend en compte les désirs, les besoins... ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales.

Cependant, pour certains professionnels cadres, les technologies devraient permettre un recentrage des soignants sur les aspects relationnels des pratiques en les déchargeant d'autres tâches pouvant être informatisés ou robotisées.

« Oui c'est ça, par exemple la technologie si on y réfléchit ce n'est pas pour que ça prenne la place, mais ça pourrait aider. Mais c'est toujours un peu compliqué, vous voyez là on parle de robotique spécifique aux hébergements mais si on était déjà délégué de plein de petites tâches, par exemple du réchauffage des plats par la robotique, ou des choses pour faire des commandes informatisées, de la robotique pour assurer aussi la préparation des médicaments, et bien on aurait largement de personnels pour s'occuper des résidents et être auprès d'eux. Bon en espérant par contre que quand on sera, si on est, informatisé sur la préparation des médicaments, on ne nous dise pas « bon et bien vous n'avez plus besoin de trois infirmières ». La robotique pour moi elle doit être dans ces tâches là pour que nous on soit au plus proche des résidents ». Entretien 29, cadre de santé, EHPAD.

L'introduction de technologies de communication, de support, de sécurisation ou de compensation paraît diversement appréhendée par les professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire. Les éléments qui discriminent leur posture sont multiples. Ils tiennent aux caractéristiques, à l'utilité et à la fiabilité des technologies pour une part. Mais ils sont également liées aux caractéristiques des professionnels : leur âge, leur sexe, leur formation, leur caractère, leur parcours de vie... Ainsi schématiquement, il est possible de dire que les professionnels du secteur sanitaire, disposant d'un niveau de formation plus élevé, de sexe masculin sont plus positifs à l'égard des technologies que leurs collègues féminines, moins formées ou du secteur social. D'une manière générale, aucun des professionnels rencontrés n'a reçu une formation spécifique dans le domaine des « gérontechnologies ». Or, chez les promoteurs de ces technologies, cette absence de formation des professionnels apparaît très fréquemment mentionnée comme obstacle au développement du secteur qu'il appelle de leurs vœux.

3.3. Un nouveau secteur professionnel en émergence ?

Un des enjeux du développement des technologies pour la santé et l'autonomie consiste en une redéfinition des sphères professionnelles de l'aide et du soin. La plupart des promoteurs de technologies interrogés, souligne ce point essentiel, au regard de ce qu'ils nomment généralement un besoin d'interface professionnel spécialisé entre le monde des besoins, de la demande sociale et le monde des solutions techniques et un besoin de formation des professionnels du secteur médico-social en vue d'implémenter les solutions technologiques dans leur registre d'action. Par ailleurs, les porteurs de projets et de dispositifs articulés à des solutions technologiques (bouquet de services par exemple) n'hésitent pas à relever ce qu'ils considèrent comme étant une inadéquation des professionnels du sanitaire et du social aux nouvelles formes d'interventions rendues nécessaires, selon eux, par le vieillissement de la population et l'accroissement de la dépendance.

3.3.1. Des professionnels d'interface.

Le développement de nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie, repose jusqu'alors sur la volonté, l'initiative et l'engagement d'acteurs locaux, qui se mobilisent autour de projets innovants. Le plus souvent il s'agit de collectivités territoriales qui viennent en soutien d'industriels locaux, porteurs de solutions technologiques, jugées comme pouvant être opportunes, dans le domaine de l'aide et du soin de personnes âgées ou en situation de handicap. Ainsi, dans la plupart des situations, il s'avère qu'une médiation institutionnelle publique est effective dans le développement d'un marché des gérontechnologies. De même, sur le terrain, l'accès des usagers potentiels à ces solutions technologiques repose le plus souvent sur des formes de médiation familiale ou sociale. Ce sont en effet les familles, et les professionnels des services de soins et d'aide intervenant qui assurent la promotion des dispositifs technologiques, à travers leurs conseils et leurs préconisations. Cependant, sur ce registre, il importe de souligner que pour certaines professions –du secteur social notamment– la déontologie interdit un positionnement sous forme de prescription et des conseils consistant à privilégier telle offre de service au détriment d'une autre.

L'accès des usagers aux supports technologiques, interroge donc la pratique des professionnels sociaux et médico-sociaux en place actuellement. La plupart des acteurs promoteurs de ces dispositifs insiste sur la nécessité de voir émerger de nouveaux profils professionnels, dédiés exclusivement au conseil technique personnalisé.

« Je ne suis pas sûre que ce soit le métier des professionnels de santé actuels, d'avoir ça en plus à faire mais il faudrait réfléchir à de nouveaux métiers. On développe à X un espace Y 2020 qui vont proposer formations sur les Nouvelles Technologies car une Personne âgée ne saura pas choisir et utiliser. Il y aura quelqu'un pour expliquer comment cela fonctionne. Ça c'est essentiel. Actuellement pour les médicaments, vous avez le pharmacien qui explique comment prendre... pour les technologies, je pense que ça devrait être pareil. Vous achetez une TV, vous avez quelqu'un qui vous explique comment vous en servir ». Entretien 23, centre expert, PACA.

Pour certains acteurs, les ergothérapeutes apparaissent comme les professionnels qui devraient à l'avenir se spécialiser sur le conseil en technologies.

« La formation oui, les ergothérapeutes qui sont les spécialistes des aides techniques, devraient devenir les spécialistes des technologies...mais il n'y a pas de module de formation lié aux gérontechnologies jusqu'à présent. C'est dans les tuyaux, pour avoir discuté avec les responsable de la formation ergo...mais il n'y a pas d'intervenant et on a peu de recul sur les solutions, sur la façon de les préconiser et de les installer, ça fait beaucoup d'inconnues, y compris sur les besoins de formation. Il faut savoir ce sur quoi former... ». Entretien 20, centre relais, Bretagne.

Cependant, le positionnement privilégié de ces professionnels apparaît venir en concurrence avec d'autres professionnels tels les kinésithérapeutes notamment. Il apparaît ainsi clairement que le secteur des « gérontechnologies » est également un espace où se jouent des conflits, des négociations, des transactions pour la définition et la préservation des professions existantes. L'extension du champ d'intervention professionnelle est toujours un enjeu de luttes et de pouvoirs qui se révèle à la faveur des ouvertures offertes par le développement de nouvelles politiques publiques (Lenoir, 1979). Pour la plupart des promoteurs de solutions technologiques, une évolution dans les domaines médico-sociaux est incontournable pour permettre le développement et l'usage idoine des technologies de la santé et de l'autonomie.

3.3.2. La formation et l'évolution des secteurs médico-sociaux.

Cette question de la nécessaire évolution des métiers du secteur sanitaire et social constitue un élément de débat pouvant être conflictuel, selon les positionnements institutionnels des parties prenantes. L'ensemble des acteurs engagés dans la promotion de dispositifs organisés autour de solutions technologiques évoque la nécessité d'une transformation et d'une évolution en

vue d'adaptation des métiers traditionnels de l'aide et du soin, mais également de certains métiers de l'industrie ou de l'artisanat.

« Je ne sais pas. Mon Président d'université pense qu'il faut aller dans la réflexion avec l'industrie pour anticiper les Métiers de demain ou nouveaux métiers. ça peut venir des services ou de l'industrie. Par exemple, l'électricien doit faire face à des systèmes de plus en plus compliqués. Il faut faire évoluer les formations sinon ils n'y arriveront pas. Vers le numérique, le réseau filaire... On a des systèmes compliqués... De même une aide-soignante est de plus en plus instrumentée, avec leurs systèmes de téléphonie, les ECT et il y en a d'autres et on va de plus en plus vers la techno et si on ne forme pas ces gens-là ils ne pourront pas s'en servir. Il faut faire évoluer les formations ». Entretien 21, centre expert, Champagne-Ardennes.

Qu'il s'agisse des responsables de projets dans les collectivités territoriales, de responsables de développement économique, ou encore des référents des centres relais ou experts du CNR Santé, tous expriment le même souhait de voir se transformer ces mondes professionnels. Dans les justifications des transformations attendues, le leit-motiv du « décloisonnement entre le sanitaire et le social » apparaît comme central.

« Là c'est de la prospective mais...les raisonnements que l'on a partout, c'est comment on va tirer partie de quelqu'un qui est sur le terrain, sans lui faire faire tout, ce n'est pas un super intervenant qui serait éduc, infirmier, ergo...par contre que dans son périmètre de compétences, il puisse élargir et être vigilant à d'autres domaines de l'accompagnement, tels que les centres d'intérêt, l'aménagement...plus d'approche systémique, d'approche globale, cette qualité de prestation qui va vers du décloisonnement, dans une approche moins standardisée mais plus sur mesure, cette notion de démarche qualité, projet de vie, une approche plus riche, et donc la techno est l'un des domaines qui va les impacter, faire remonter une info car on sait que derrière il peut y avoir une solution techno... ». Entretien 24, centre expert, Rhône-Alpes.

Les perspectives partagées par la plupart des acteurs rencontrés, renvoient à une nécessité de développer une polyvalence des fonctions, un décloisonnement des métiers, des tâches... Au fond, il ressort des entretiens un espoir implicite de voir un jour sur le terrain des professionnels médico-sociaux, c'est-à-dire avec une formation à la fois sanitaire et sociale, susceptibles d'être en lien avec l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers... et capables d'intégrer dans leur analyse de situations et dans leurs préconisations, le potentiel d'aides technologiques existant sur le marché.

Les fondements de ces attentes de décloisonnement ne sont cependant pas toujours identiques. Pour les acteurs des collectivités territoriales, les difficultés de la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à leur domicile, apparaissent comme raison première. Toutefois, à l'arrière de ces motivations aisément explicitées, d'autres motifs apparaissent, de façon nettement moins audibles mais néanmoins perceptibles, qui rejoignent les préoccupations des acteurs du secteur économique. En effet, les référentiels métiers, les codes déontologiques de certaines professions apparaissent comme empêchement au développement de certains outils technologiques. La résistance de certains professionnels, notamment du secteur social, est fréquemment évoquée pour justifier le non aboutissement de certains projets. Au-delà, ce sont les routines des modes opératoires de certains secteurs professionnels qui demandent à être transformées pour intégrer de nouveaux dispositifs. Le troisième groupe de raisons justifiant ces attentes de transformation des mondes professionnels réside dans la structure actuelle des financements des diverses formes d'aides et de soins. La difficile qualification des solutions technologiques en tant qu'outils de soins ou objets de consommation courante ou support et compensation de la dépendance, vient se confronter à des formes de financement qui reposent sur une séparation claire de ce qui relève du domaine sanitaire ou du domaine social. Ces frontières entre les financements de l'Assurance maladie et les financements de l'aide et de l'action sociale des Conseils Généraux, des caisses de retraite ou des CCAS, apparaissent comme des obstacles au développement des dispositifs technologiques.

Ainsi, les attentes d'évolution des mondes professionnels recouvrent une mise en cause des identités, des pratiques professionnelles mais aussi de la structuration de domaines d'intervention référés à des positionnements institutionnels et des cadres d'intervention politique.

Mais ces demandes d'ajustement, d'évolution et de formation concernent aussi les savoir-faire pratiques. En effet, certains acteurs soulignent les nécessaires ajustements de pratiques entraînés par l'introduction de technologies dans les domaines du soin, de la prise en charge et de l'accompagnement. Les protocoles d'intervention, la gestuelle, les formes de communication, le travail en commun voire les modes relationnels s'avèrent nécessairement transformés du fait de la médiation technique et de nouveaux apprentissages doivent avoir lieu (Akrich, Meadel, 2014). Ces problématiques de formation pratique, telles qu'évoquées, concernent pour une part les acteurs professionnels en situation d'autonomie et de décision dans leur exercice, c'est-à-dire médecins et acteurs para-médicaux.

« Ça dépend du public...auprès desquels ils interviennent. Si on se place sur la prévention de la dépendance, du repérage de la fragilité, ils doivent avoir une formation. Il faut prévoir du temps sur les outils à utiliser, basique en fonction du public selon publics, on peut aller ensuite plus loin sur certaines pathologies, il faut une formation pour détecter. Cela devrait s'inscrire dans leur cadre de formation. C'est un peu la problématique actuelle de la médecine telle qu'elle est enseignée, introduire de nouveaux modules de formation sur télémédecine...ou autre ». Entretien 25, centre expert, Midi-Pyrénées.

La question de la formation est alors envisagée comme support de l'utilisation et de l'usage par les professionnels de ces outils. Les intervenants du domicile moins qualifiés sont également concernés mais sur un autre registre par la formation aux technologies. Il s'agit là dans l'esprit des promoteurs de faire en sorte que ces professionnels de grande proximité puissent situer leurs interventions dans un environnement potentiellement modifié par l'introduction d'outils technologiques.

« Je ne sais pas ce que ça veut dire former les pros aux technos, je ne sais pas ce que ça veut dire...ils doivent être formés aux fonctions que peuvent couvrir des technos et ensuite l'appel aux technos c'est le marché, c'est l'offre...mais ces pros à domicile doivent comprendre les fonctions sur lesquelles ces technologies pourraient apporter un plus. Ces professionnels en intervenant à domicile seront confrontés demain à des questionnements sur le dispositif lui-même et sur les risques professionnels auxquels ils pourraient être confrontés...s'ils venaient à avoir dans le quotidien une action malencontreuse sur le dispositif... Tout le monde a idée de ces problématiques. Nous on a été confrontés à la question puisqu'on a des structures d'aide à domicile... là il y a un champ de formation dans la relation aux dispositifs technos...et après être formé aux technologies je ne sais pas ce que ça veut dire... mais ces structures-là, la direction de ces structures nous a dit : « moi, j'ai des employés qui sont revenus en disant là-bas il y a un dispositif, je ne sais pas ce que c'est, si je prends un risque, moi je ne veux plus y aller ... ». Entretien 22, centre expert, Limousin.

Le besoin de formation est alors ici identifié comme devant permettre une levée des obstacles et une préparation des situations de travail dans des univers où la technologie prend place. Les spécificités de l'intervention à domicile, sont amenées à évoluer dans un univers éventuellement transformé en vue du soin ? Cette transformation des domiciles, des lieux de vie, qu'ils soient institutionnels ou personnels, induisent pour les promoteurs de dispositifs technologiques des nécessités d'évolution des comportements professionnels.

« Il ne faut pas en faire des experts mais l'environnement des gens va changer et il faut qu'ils l'intègrent, cela va dans le droit fil de l'évolution des contextes de vie des uns et des autres... ».
Entretien 24, centre expert, Rhône-Alpes.

D'une manière générale, la question posée par l'ensemble des acteurs de ce secteur émergent des technologies de la santé et de l'autonomie, est celle de la spécialisation de certains professionnels sur des fonctions de conseil, de préconisation, voire de prescription. Si une part importante des acteurs interrogés pensent que ces fonctions pourraient revenir à des professionnels déjà présents dans le secteur, tous reconnaissent la nécessité de formations complémentaires et de spécialisation. Trois enjeux majeurs sont ainsi ouverts :

- D'une part l'extension du domaine d'intervention des professionnels présents : ce point constitue pour certaines professions un domaine de luttes, de conquêtes, pour étendre leur champ d'expertise et gagner ainsi une nouvelle surface d'intervention. Les ergothérapeutes semblent entrer en concurrence avec les kinésithérapeutes dans ce jeu de positionnement et de professionnalité.
- D'autre part, cette ouverture des métiers existants à des fonctions nouvelles de préconisation voire de prescription, vient déplacer les frontières des responsabilités et transformer les cadres déontologiques de certaines professions, en en modifiant ainsi substantiellement l'éthique fondatrice, notamment pour les travailleurs sociaux ;
- Enfin, le troisième défi est celui de la formation : là aussi des enjeux de positionnement se font jour entre différents promoteurs de formation. Entre les universités ou plus généralement le domaine public de la formation, les centres relais ou experts du CNRS santé qui ont avant tout une mission de développement du marché des technologies de la santé et de l'autonomie et d'éventuels promoteurs privés de formation, les contenus, les référentiels de formation proposés ne seront sans doute pas les mêmes et la place faite à la compréhension des besoins des personnes vieillissantes, aux fondements de la gérontologie, risque d'être très inégale.

Le développement des technologies de la santé et de l'autonomie, ouvre un nouveau domaine d'expertise et de positionnement pour les acteurs professionnels déjà en situation d'intervention dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées ou en situation de handicap. Une extension des missions, des motifs d'intervention paraît

envisageable et fait naître des enjeux de luttes pour un positionnement professionnel. Cependant, en l'état, la spécialisation d'un champ d'activité autonome ne semble pas se dessiner. Mais des reconfigurations du domaine médico-social sont susceptibles de s'opérer à la faveur de la promotion de la Silver economy.

Conclusion de la partie 3.

Si les entretiens individuels et collectifs menés confirment globalement les données de la littérature, ils donnent surtout à voir la circonspection et le pragmatisme des professionnels de proximité à l'égard des gérontechnologies. D'une manière assez générale, tous les outils fiables, susceptibles d'apporter une amélioration du service et de l'accompagnement des vieilles personnes, sont valorisés, à condition toutefois qu'ils ne viennent pas alourdir la charge de travail, qu'ils ne complexifient pas les interventions et qu'ils ne dénaturent pas la profession. Inversement tout outil qui viendrait faciliter le travail sans apporter d'amélioration du confort de vie des usagers, ne paraît pas souhaité par les professionnels.

Un questionnement juridique et éthique apparaît dans le champ de réflexion de ces professionnels mais les questions posées le sont surtout en termes d'identité professionnelle, et de respect d'une philosophie humaniste qui a motivé leur engagement dans les fonctions sociales ou de soin.

Cependant, malgré cette approche pragmatique des technologies, des critiques se font jour quant au faible degré de fiabilité des outils, à leur inadaptation au contexte d'utilisation. Au-delà de ce qu'expriment les professionnels, il importe également de souligner certains effets de l'introduction des technologies dans les univers médico-sociaux de l'accompagnement des personnes âgées. En effet, il semble avéré que l'introduction de ces techniques génère une modification des pratiques quotidiennes, i.e. nouvelles tâches, modification des rythmes et du séquençage des tâches, flou dans les responsabilités pratiques, autres modes de communication. De surcroît, de nouveaux domaines de responsabilité professionnelle se font jour et de nouveaux registres de questionnement éthique apparaissent. Enfin, autour de l'introduction des technologies, de nouveaux modes de management, non participatifs semblent se développer, sur la base de nouvelles alliances entre les cadres des secteurs sanitaires et médico-sociaux et des experts technologues ou industriels offreurs de solutions.

IV. Questions d'acceptabilité et d'usages chez les retraités et personnes âgées.

Les éléments empiriques sur lesquels repose l'analyse proposée ici ressortent de trois expérimentations différentes menées entre 2010 et 2014, par des porteurs différents à partir de technologies de nature diverse. Le corpus, dans sa composition et du fait de la double passation d'entretiens à 6 mois d'intervalle, permet d'appréhender de façon pertinente les problématiques d'acceptabilité, d'usages et de sens des usages.

Quelque soient les dispositifs, les mêmes problématiques d'appropriation se font jour alors que l'usage se trouve plus ou moins facilité en raison des caractéristiques techniques des technologies. Ces questions d'appropriation se fondent sur le sens de l'usage que les personnes arrivent à élaborer.

Les représentations préalables de la technologie en général, mais aussi plus précisément des dispositifs proposés, la reconnaissance d'un besoin qui ne trouve pas satisfaction sont des éléments principaux dans la motivation initiale des personnes à entrer dans les expérimentations. Cependant, après l'introduction des outils technologiques, d'autres éléments entrent en jeu, qui orientent, facilitent ou font obstacle d'une part à l'utilisation des solutions technologiques, d'autre part à une bonne familiarisation et une intégration dans le registre des habitudes quotidiennes : adaptation des « gérontechnologies » au contexte de vie des personnes, et adéquation de ces services aux enjeux de continuité identitaire que vivent les personnes âgées. Enfin, les expérimentations permettent de souligner le rôle essentiel joué par les prescripteurs ou conseillers et les médiateurs professionnels ou familiaux qui encouragent et soutiennent la familiarisation des usagers avec les dispositifs techniques.

4.1. Le poids des représentations.

Les représentations développées par les personnes autour de la technique, des technologies, du progrès, de la modernisation, constituent un terreau plus ou moins propice au développement des « gérontechnologies » et à leur appropriation.

4.1.1. Des représentations aux ancrages différents.

Les représentations sociales des personnes âgées concernant les technologies en général sont à saisir en lien avec la **période de leur socialisation** qui s'est déroulée dans un monde peu voire pas technicisé. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'acceptation des nouvelles technologies diffère selon l'inscription générationnelle. Or, pour les retraités nés dans les années 30, la machine-outil est l'emblème essentiel du développement des techniques et l'avènement de l'électro-ménager dans les années 50 consacre l'idée du progrès technologique. (Le Goff, 1994). Les conceptions du progrès techniques développées par ces personnes sont donc articulées à une vision instrumentale de la technique. Dans les représentations portées par les plus âgées domine la recherche d'usage et de sens. La notion « d'outil », au sens premier du terme, est ici pertinente pour dire une part des représentations qui entourent le dispositif. Ainsi un ordinateur est identifié essentiellement comme **outil** de dactylographie, comme outil de communication et comme outil de divertissement. Il se représente comme un condensé de la machine à écrire, du téléphone et de la télévision. Ces assimilations implicites renvoient à la sociologie des usages selon laquelle les objets doivent prendre sens pour être utilisés, c'est-à-dire doivent dénoter des « significations d'usage » (Mallein, 1994).

Le deuxième facteur clef de formation des représentations sociales des personnes âgées concernant les « gérontechnologies » est à situer du côté des discours et des pratiques véhiculées par les proches, enfants, petits-enfants mais aussi professionnels. C'est ainsi le registre de la communication ou l'information qui est mobilisé en lien avec l'instantanéité. Ces représentations mobilisent donc des registres de temporalités spécifiques, très à distance de ceux connus jusqu'alors. L'environnement relationnel, affectif des personnes, influe, à travers les interactions développées, sur leur niveau d'information mais aussi sur leur vision du monde technologique, dans lequel évoluent sans peine les jeunes générations, qui leur sont chères. Il s'agit alors d'un mouvement d'acculturation (Redfield, Linton, Herskovits, 1936)⁵⁶ qui s'opère doucement, à travers les échanges relationnels.

Enfin, le troisième facteur de représentation est à situer du côté des formes quotidiennes de la vie. Un élément essentiel intervient dans la fabrique des représentations des personnes âgées : il s'agit de l'état de santé ou d'incapacité. En effet, l'expérience du besoin d'aide et de soins

⁵⁶ L'acculturation est définie par ces auteurs comme « l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes ».

amène les personnes à faire l'expérience de la limitation du champ de leurs possibles, de la perspective de la finitude et de la relation de dépendance à autrui pour les actes ordinaires de l'existence. Ces trois types d'expériences, contribuent d'une part à modifier la perception et l'image de soi-même et d'autre part à revisiter son rapport au monde et à autrui. Ces mutations favorisent l'émergence de représentations renouvelées qui s'actualisent dans cette ultime forme de socialisation.

Au-delà de ces trois fondements essentiels, soulignons que les caractéristiques socio-économiques et socio-culturelles des individus colorent fortement leurs représentations des gérontechnologies. Plusieurs études ont mis en évidence les représentations globalement plus positives chez les personnes âgées ayant un niveau de qualification plus élevé. Ainsi dans l'étude menée en 2010 et 2011 pour le CG de l'Isère, -1500 questionnaires en retour d'une enquête par voie postale adressée à un échantillon représentatif de 6000 personnes retraitées- 54,3% des retraités ayant un niveau de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat estiment que les technologies peuvent améliorer leur vie quotidienne contre 39,6% de ceux qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat, de type CAP, BEP, certificat d'études ou autres. La proportion des sceptiques qui disent ne pas savoir ce que pourraient apporter les technologies est a contrario plus élevée chez les moins diplômés -25,9%- que chez les plus diplômés - 14,7%-⁵⁷.

Ces éléments sont à mettre en lien avec le point 1 concernant les processus de socialisation. Par ailleurs, la « charge cognitive » que représente la familiarisation avec les NT (Dubois, Bobillier 2009) nécessite la mobilisation de différentes ressources sociales et culturelles, inégalement détenues selon l'insertion sociale des personnes. Enfin, les conduites des individus, leurs formes de pensée sont fortement intriquées dans le fonctionnement social et organisationnel de l'environnement. Le système social contribue en effet à orienter les conduites des individus en hiérarchisant selon un système de valeurs produit socialement, des manières de voir, et d'agir (Beauvois, 1976) auxquelles sont supposés se conformer les individus. Or les mondes sociaux dans lesquels les personnes âgées évoluent se situent à des distances différentes des productions normatives hiérarchisées des mondes sociaux dominants. Ainsi, leurs accès aux formes de pensées socialement valorisées ne sont pas identiques. Typiquement le monde technologique et ce qu'il recouvre en termes de valeurs –

⁵⁷ Rapport d'étude de l'Observatoire des Pratiques Sociales des Retraités en Isère, 2012.

mobilité, adaptabilité, rapidité, performance- est susceptible de générer *distinction* (Bourdieu, 1979) et *fracture sociale* sous forme de fossé numérique (Michel, 2001), du point de vue symbolique des représentations et concret des manières de faire⁵⁸.

4.1.2. Des représentations évoquant des « mondes » différents⁵⁹.

D'une manière générale, les dispositifs technologiques à visée socio-culturelle ou de sécurisation, évoquent chez les personnes un **nouveau monde étrange, artificiel et magique** à la fois, dans lequel pour la plupart des personnes il est difficile d'entrer. L'absence de clefs de compréhension du fonctionnement des technologies proposées, renforce leur caractère abstrait, virtuel et magique et tend à maintenir les usagers dans le domaine des représentations, en fonction des interprétations qu'ils peuvent donner de ce qu'ils découvrent.

« Je vous dis pour moi je vis dans un monde magique, déjà un interrupteur je trouve ça magique qu'on appuie et que ça fasse de la lumière, vous voyez à quel stade je suis, alors qu'on puisse entendre de la musique en tapant sur un bouton ». Entretien n°16, corpus 2 usagers.

Pour certains, toutefois, les technologies sont associées au **monde professionnel** dans lequel ils ont évolué. Mais l'usage en milieu professionnel d'un ordinateur ou de certaines autres techniques peuvent aussi avoir induit une vision très partielle des technologies en tant qu'outil de travail et parfois des connotations a priori négatives se dégagent de cette association.

« J'étais il y a très longtemps, j'étais opératrice de saisie, vérificatrice, oui mais c'était le temps des ordinateurs qui prenaient une salle et des cartes IBM perforées alors vous voyez c'est antédiluvien ». Entretien n°16, corpus 2 usagers.

⁵⁸ D'une manière générale, le fossé numérique peut être défini comme une inégalité face aux possibilités d'accéder et de contribuer à l'information, à la connaissance et aux réseaux, ainsi que de bénéficier des capacités majeures de développement offertes par les TIC. Ces éléments sont quelques-uns des plus visibles du fossé numérique, qui se traduit en réalité par une combinaison de facteurs socio-économiques plus vastes, en particulier l'insuffisance des infrastructures, le coût élevé de l'accès, le manque de création locale de contenus et la capacité inégale de tirer parti, aux niveaux économique et social, d'activités à forte intensité d'information. Elie Michel in « Le fossé numérique. L'Internet, facteur de nouvelles inégalités ? », *Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation française, n 861, août 2001, p. 32.

⁵⁹ Référence ici à la notion de « monde social » développée par A. Strauss : chaque monde social se caractérise par au moins une activité primaire, des technologies, c'est-à-dire des « manières héritées ou innovantes d'accomplir les activités du monde social », (Strauss, 1992, p. 273), et des organisations. Les mondes sociaux se distinguent les uns des autres par les interactions spécifiques qui s'y développent et par les discours produits qui contribuent à forger l'identité de ces mondes.

La manière dont cette expérience antérieure vient colorer les représentations, peut constituer un empêchement ou au contraire un soutien à l'investissement vs adhésion dans l'expérimentation et le dispositif proposé.

Au-delà de ces représentations générales des technologies qui ont des incidences sur leur acceptation, les dispositifs à visée de sécurisation, génèrent un ensemble d'images mentales supplémentaires associées aux situations de dépendance, d'incapacité, vécues par les personnes. Elles sont associées au **monde de la maladie, du handicap**. Certaines technologies sont d'emblée évocatrices d'un âge avancé ou des défaillances physiques et corporelles. Les « gérontechnologies » sont donc appréhendées comme stigmatiques de situations qu'on se refuse à voir et à accepter (Goffman, 1975). De même que la canne peut renvoyer certaines images d'une vieillesse avancée, invalide et immobile, les technologies de vigilance renvoient des images de fragilité mais aussi de perte d'autonomie, voire parfois de perte des capacités cognitives. L'apparence extérieure des technologies, leur possible ou impossible intégration dans l'univers familial constituent des éléments essentiels de ces représentations accrochées aux visions déficitaires de son propre vieillissement.

« D'accord, vous ne l'avez jamais essayé encore ?

Faut que j'essaye... que j'essaye... il faut que j'aïlle au renouveau là... alors je vais le mettre, faut que je l'essaye... demain j'essayerai... ça me fait tout drôle de l'avoir... la petite montre c'est rien... mais bon, je mettrai une petite veste dessus, ça se verra pas comme ça... faudra bien que je l'utilise si je le garde ! sinon c'est pas la peine, c'est pas la peine...

Et vous vous en êtes déjà servi ?

Ben non... ils m'ont dit quand vous sortez vous le mettez et moi... ça me titille un peu ! parce que vous avez un truc comme ça qui vous pend ...

C'est pas agréable ?

Ah non, ah pas du tout. Pas du tout. J'ai vu une personne pareille, pareil que moi... Elle me dit moi j'aime pas que là ça vous pend l'été qu'on a des trucs décollés... d'accord, d'accord on passe, et moi, je dis, écoutez je dis la montre ben ça suffit. Alors moi la personne me dit, écoutez y a bien quand même une personne qui nous relève quand on fait une chute... j'ai dit oui, oui... oui, c'est vrai, alors elle, elle m'a pas... et alors toutes les personnes quand je dis que j'ai le médaillon, elles me disent ola la la, oh non, non, non ! Je dis pourquoi oh non ? enfin voilà, moi j'aime bien la montre... mais l'autre c'est plus grand ». Entretien n°1, corpus 2 usagers.

Enfin, les gérontechnologies peuvent également susciter des représentations liées au **monde carcéral**. Le bracelet ou la montre de géolocalisation, notamment lorsqu'ils sont installés de sorte que la personne ne puisse seule les ôter, évoquent la privation de liberté ou des formes de surveillance imposée, qui renvoient la personne à un statut infantile ou de condamné.

« Comme vous voyez y a pas Internet ici, y a rien, je ne m'entends pas avec la nouvelle technologie.

CG : Pourquoi ?

Parce que je ne la comprends pas. Ça me fait peur... Ça me fait peur parce que c'est le côté flicage du truc qui m'emmerde. Ça, j'aime pas du tout du tout ça. Peut-être parce que j'ai vécu en collectivité tout le temps et que c'était toujours le cas, pas pour les mêmes raisons dieu merci, mais bon nous avons toujours des infirmiers, des infirmières, on n'était jamais seul quoi ». Entretien n°1, corpus 2 usagers.

Ces représentations initiales qui se développent dans l'imaginaire des personnes avant leur confrontation avec la réalité de l'usage, sont amenées à évoluer au fur et à mesure de l'utilisation faite. Cependant, les caractéristiques objectives des outils technologiques – poids, tailles, *design*, présentation- peuvent raviver ou soutenir la pérennité des représentations antérieures et faire obstacle à leur développement. Par ailleurs ces représentations sont ancrées dans les parcours de vie des personnes, comme en témoigne le dernier extrait, et en conséquence, s'intègrent dans une vision du monde forgée par les « épreuves » traversées (Martucelli, 2009).

Ces manières de se représenter les technologies se développent de façon autonome, sans que le lien soit toujours établi avec les besoins de la vie quotidienne. Dit autrement, deux mondes coexistent en termes d'images mentales chez les personnes âgées : le monde des solutions probables à leurs difficultés et le monde de leur expérience quotidienne. Les deux ne se croisent pas spontanément. Ainsi les représentations ne sont pas susceptibles d'évoluer en fonction des besoins avérés mais seulement à travers l'usage.

4.2. Reconnaissance d'un besoin, expression d'une demande : les motivations.

Les motivations de recours aux solutions technologiques existantes et/ou proposées varient fortement selon le type de technologies. Ce constat peut être mis en lien avec les conceptions de l'utilité développées par les recherches psycho sociales :*« L'utilité d'une technologie

renvoie à la correspondance entre les fonctions supportées par le système et les buts que s'assigne l'utilisateur. Il s'agit de la correspondance, partielle ou totale, entre les fonctionnalités du système et les besoins actuels ou futurs de l'utilisateur » (Terade et al, 2009, p.386).

Dans cette perspective, les motivations d'accès aux « gérontechnologies » renvoient donc à la perception d'un besoin, auquel elles seraient susceptibles de répondre. Or, l'appréciation du besoin ne renvoie pas aux mêmes prises de consciences ou regards sur soi-même quand il s'agit de besoin de sécurité ou de besoin d'ouverture sur le monde et de lien. Les fonctions de sécurisation évoquent comme nous l'avons déjà souligné au chapitre précédent des besoins liés à des défaillances physiques et cognitives, qu'il n'est pas toujours aisé de reconnaître ou dont l'appréciation implique une certaine conception de ce que doit être la vie au grand âge. Les troubles cognitifs peuvent également rendre difficile la juste appréciation de sa situation. En revanche, les solutions de mise en lien, les offres de visiophonie ou d'ordinateur simplifié, renvoient à d'autres appréciations de la situation et la reconnaissance d'un besoin en est alors facilité.

Ainsi, d'une manière générale, les technologies qui se proposent de devenir supports du lien social (ordinateurs adaptés avec programmes socio-culturels spécifiques, visiophonie, ...) apparaissent davantage souhaitables et souhaitées par les usagers directs que les technologies de sécurisation. Cependant, deux ressorts communs d'adhésion aux propositions technologiques se retrouvent quel que soit le type de technologies proposées : le support du système familial et la perspective de continuité de l'existence. En revanche, des motivations spécifiques ou des raisons d'objection, se font jour, en fonction des finalités développées par les dispositifs technologiques.

4.2.1. Des motivations communes obéissant aux mêmes logiques.

La plupart du temps la motivation ne s'exprime pas de manière autonome : elle se trouve poussée et mise en forme par l'entourage. Plus encore, il apparaît que le besoin auquel doit répondre la technologie n'est pas nécessairement celui de la personne âgées mais bien plus celui d'un système interactionnel, familial et/ou professionnel. Pour ce qui concerne les solutions concernant la sécurisation des personnes –télé-assistance, systèmes de géolocalisation, capteurs de chutes-, il apparaît majoritairement que la demande initiale ou

l'acceptation n'émane pas en première intention des personnes âgées directement concernées, mais bien plus de leur environnement relationnel. Ce sont donc les jeux de dépendance et d'interdépendance (Memmi, 1979) qui amènent l'expression d'un besoin, pouvant être considéré comme besoin collectif, (de la personne et de ses proches). Pour ce qui est des technologies renvoyant à un besoin d'ouverture ou de lien social, l'intervention des proches ne se fait pas dans le registre de l'expression directe d'une demande renvoyant à un besoin avéré mais sous la forme d'une médiation pouvant permettre aux parents âgés d'accéder à des mondes dont ils pourraient être exclus. Cela étant, il s'agit aussi pour les proches d'impulser des formes de communication renouvelées et techniquement facilitées avec leurs proches âgés.

Du côté des personnes âgées, l'expression d'adhésion aux systèmes proposés repose sur la conscience de devoir contribuer à soutenir un système relationnel et parfois d'aide, familial ou mixte (familial et professionnel).

Ainsi la première motivation de recours aux « gérontechnologies » peut se comprendre comme : « **le soutien du système relationnel et d'aides** ». Cette motivation s'exprime plus spécifiquement dans le cadre des solutions susceptibles de procurer une mise en lien à distance comme les systèmes de visiophonie. Il s'agit alors le plus souvent de la volonté de venir en support à un mode familial et relationnel qui est celui de « la famille entourage dispersée » (Bonvalet, 1999). Mais il est également très présent pour ce qui concerne les systèmes de sécurisation, auxquels les personnes âgées consentent pour soulager les inquiétudes de leurs enfants ou de leurs proches.

La deuxième motivation commune réside dans « **la perspective de continuité de la vie antérieure** ». Le besoin le plus couramment exprimé par les personnes vieillissantes ou entrées dans la vieillesse consiste à pouvoir continuer à vivre conformément à ce qu'a été l'orientation générale de leur existence. L'enjeu fort de continuité identitaire n'exclut pas des transactions (Caradec, 2007), des aménagements pratiques du quotidien, rendus incontournables par les phénomènes de déprise (Clement, 1999). Cependant, l'essentiel repose dans la possibilité de poursuivre sa vie en fidélité avec des manières de voir et de faire, des principes, des valeurs qui ont guidé l'existence (Gucher, 2012). Dans certains cas, les technologies peuvent être perçues comme supports, voire condition *sine qua non* de cette

continuité. Alors la motivation génère une prise de conscience et une reconnaissance de besoins, qui devront techniquement pouvoir être satisfaits.

Ces deux sortes de motivations traversent la question de l'acceptation et du recours aux différents types de technologies disponibles. Cependant, d'autres attentes plus spécifiques s'expriment en fonction des services supposés pouvoir être rendus par les technologies envisagées.

4.2.2. Des motivations propres à chaque famille technologique.

Cependant au-delà de ces motivations transversales, qui concernent tout type de technologies, des demandes et attentes spécifiques s'expriment, notamment pour les technologies présentées comme susceptibles de favoriser les liens sociaux.

- *Pour les offres à visée socio culturelle et de lien social.*

Une typologie des motivations a pu être établie dans le cadre de l'évaluation d'un dispositif proposant une offre à visée socio culturelle (rapport d'évaluation ENPATIC).

- *« L'aménagement des relations à distance ».*

Apprendre l'informatique pour la majorité des personnes rencontrées, relève d'une problématique relationnelle concernant la famille. Faciliter le contact, réduire l'impression d'éloignement géographique, faire varier les médiums de communication en faisant de l'ordinateur un complément du téléphone et du manuscrit sont autant de motivations qui s'affichent. L'éloignement n'est pas synonyme de ruptures de liens ou de moindre solidarité mais il demande à trouver de nouvelles formes dans l'expression de ces liens. L'accès au courrier électronique peut donc ici être compris comme un support supplémentaire de ce type de relations à distance.

CG : « Pour quelles raisons avez-vous décidé de tenter cette expérience ?

« Parce que je voyais une utilité, j'ai mes enfants ils sont tous loin, j'en ai qu'un ici, j'ai deux petits fils qui sont en Guyane et à Nouméa et moi ça me permettrait d'être en contact avec eux, au lieu d'écrire. Je leur écris toutes les semaines, je bavarde avec eux toutes les semaines ». Entretien n°11, corpus 2 usagers.

« Parce que j'ai de la famille très éloignée que je ne vois pas suffisamment parce que c'est la Bretagne, c'est la Normandie, c'est Paris, c'est beaucoup de personnes loin même l'Espagne, mais enfin je n'enverrai pas de choses en Espagne ». Entretien n°13, corpus 2 usagers.

- « *Une fenêtre sur le monde : un rempart contre la solitude et le confinement* ».

L'ordinateur représente une ouverture sur le monde pour ceux qui sont seuls et qui ne peuvent plus sortir : il est un rempart contre le confinement susceptible de se produire du fait de ses propres incapacités ou de celles de son entourage. La fragilité, les pathologies, les handicaps sensori-moteurs rendent difficiles le maintien de relations avec des personnes aussi âgées que soi et atteintes des mêmes déficiences ou handicaps. Il constitue une brèche ouverte dans le huis-clos familial, qui s'organise autour de la dépendance. Mais c'est également une manière de faire face à une solitude parfois pesante. L'ordinateur permet un divertissement au sens premier du terme, c'est-à-dire un écart positif face à l'enfermement de la maladie.

« Cela fait des années que mon auxiliaire de vie me tanne pour prendre un ordinateur et ça ne me disait pas mais comme là on me l'a installé j'ai dit maintenant c'est une ouverture comme je suis seule dans la vie ». Entretien n°19, corpus 2 usagers.

L'éloignement géographique, la mobilité au cours du parcours de vie ont par ailleurs parfois mis à distance des relations électives, nouées dans la première partie de l'existence. Retrouver des amis, ou en l'absence de ceux-ci faire de nouvelles connaissances est un des fondements du développement et de la prolifération de ce qu'il est convenu de nommer aujourd'hui « réseaux sociaux ». Les plus âgés développent également cet espoir de sortir de la solitude, et de renouer des contacts perdus.

« Si, j'ai réussi à contacter deux personnes que j'avais perdu de vue par l'intermédiaire de copain d'avant ». Entretien n°26, corpus 2 usagers.

« Bon donc ça me serait utile et pour un tas de choses pour les jeux, on est tous les deux maintenant, pour les jeux pour se tenir un peu au courant de tout, pour correspondre avec les amis qu'on ne voit plus quoi ». Entretien n°23, corpus 2 usagers.

« Si, si par la suite je peux avoir des amis, ce sera très salubre ». Entretien n°16, corpus 2 usagers.

- « *Ne pas être en reste* » : l'affiliation au monde moderne et plus encore au groupe familial.

L'ordinateur renvoie dans les représentations générales à la modernité et à certaines formes de progrès. « Les innovations techniques sont des symboles de la modernité, et l'on sait que certains usages s'expliquent par la crainte d'être dépassé, de ne plus être de son temps (...) » (Caradec, 1999). La problématique est ici double : d'une part il ne faut pas être en reste par rapport à ce monde qui a changé et d'autre part, ne pas courir le risque d'être en marge par rapport à une famille qui communique essentiellement par ce biais... Selon les termes de Vincent Caradec, il s'agit donc bien d'une part de s'intégrer à la société et d'autre part d'affirmer son affiliation familiale. C'est donc une des dimensions du lien social qui s'affirme ici (Paugam, 2007). Entrer dans le dispositif comprend une dimension d'affiliation symbolique tout autant que de soutien des réseaux sociaux.

« Je me suis dit oh bien c'est peut-être l'air du siècle, il faut tout de même qu'on s'y mette parce que bientôt on ne pourra plus acheter un kilo de pain sans avoir son ordinateur ». Entretien n°5, corpus 2 usagers.

Si cette volonté de s'inscrire dans un schéma collectif est bien assumée il n'en reste pas moins qu'elle semble également parfois prendre naissance dans une forme d'obligation, de nécessité, de soumission à une norme contraignante de communication et de développement de nouveaux modes relationnels. Cette motivation n'apparaît pas également partagée par tous les milieux sociaux. Les personnes les plus à distance socialement des sphères de la modernité n'expriment pas spontanément ce besoin de demeurer en lien avec un monde qui fonctionne sur des critères et des modèles trop éloignés des leurs.

En revanche, le maintien d'une affiliation au groupe familial est une motivation essentielle. Ainsi pour certains, voir toute sa famille communiquer par un biais lui étant étranger devient dérangeant. Réussir à apprivoiser ce média est alors l'occasion d'affirmer son appartenance au groupe, de ne plus rester à l'écart sous ce seul prétexte, et de participer pleinement à la vie sociale du groupe.

« Voilà une chose aussi que j'ai apprécié, vous savez lorsque l'on prend justement ces photos numériques et lorsque mes enfants viennent à Noël ou je vais les voir, tout le monde clic et je n'ai jamais aucune photo. Alors cette fois ils m'ont envoyé les photos sur l'ordinateur et pas plus tard qu'hier on a sorti ces photos et au moins j'ai des photos récentes de mes petites filles. Alors qu'autrement on bombarde de photos et j'en ai jamais » Entretien n°8, corpus 2 usagers.

« Bien parce qu'il y a longtemps que j'en avais envie vraiment longtemps, parce que dans la famille je suis la seule, dans la famille de mon frère, nos enfants, nos petits enfants même notre arrière petite fille de 10 ans a son petit ordinateur et a son adresse e-mail. Alors je me disais qu'est-ce que je suis cloche, il faut que je m'y mette quoi ». Entretien n°4, corpus 2 usagers.

- **« S'informer, décider, agir : une question d'autonomie ».**

Les personnes interrogées envisagent l'accès aux fonctions d'un ordinateur comme devant leur permettre de rechercher les informations dont ils souhaitent disposer, soit pour satisfaire une curiosité intellectuelle, soit à des fins de pouvoir secondairement faire des choix, prendre des décisions. Etre informé leur apparaît comme une nécessité pour organiser et diriger sa vie et l'ordinateur vient alors compenser les difficultés de déplacement ou de communication à distance (au téléphone par exemple) chez des personnes souffrant de déficits sensoriels ou moteurs.

« Est-ce que depuis l'installation de l'ordinateur vos activités ont changé ?

Plus sur la recherche, euh, je, je regrette quand par exemple là il n'y a pas Internet actuellement, ça me manque considérablement, parce que dès que j'ai quelque chose pour lequel je n'ai pas d'information c'est l'Internet qui vient me... Pour le médical par exemple, parce que je suis très intéressée par le médical et dès qu'il y a quoique ce soit sur le plan médical sur quoi je trébuche hop Internet et là j'en ai des ... ». Entretien n°3, corpus 2 usagers.

- **« Découvrir, connaître, apprendre : « l'éthique de l'instruction publique ».**

Les générations concernées par le dispositif sont celles formées dans les logiques de l'instruction publique. L'ordinateur est une voie d'accès à de nouvelles connaissances, à la poursuite d'une démarche d'ouverture et à des perspectives d'apprentissage tout au long de la vie.

« Ca m'intéresse beaucoup et là justement on m'a envoyé un diaporama magnifique sur des toiles que je ne connaissais pas du tout, des peintres dont j'ignorais l'existence et c'est vraiment merveilleux. Et on m'a envoyé aussi une visite de Venise en gondole mais c'est absolument splendide ». Entretien n°8, corpus 2 usagers.

« Alors voilà une des raisons ; la deuxième raison était, je pense avoir un esprit assez curieux alors au lieu, surtout quand on m'a dit il y a l'internet alors j'ai dit comme je sais en quoi correspondait l'internet et les recherches cela me permet quelques fois d'avoir plus facilement des réponses au lieu

de chercher dans mes glossaires ou autres ouvrages, voilà une deuxième raison ». Entretien n°5, corpus 2 usagers.

▪ *Pour les offres technologiques visant la sécurisation.*

L'expression d'attentes ou de besoins est rarement le fait des personnes âgées elles-mêmes mais émanent le plus souvent de leur entourage familial ou des professionnels intervenant.

- *La « non demande » des personnes âgées vs la demande des proches*

Cette « non-demande » des vieilles personnes renvoie aux différences de perception des situations qui peut exister entre elles, leurs familles ou proches et les professionnels médico-sociaux voire les industriels. La définition normée des besoins, auxquels sont censées répondre les NT, ne rencontre pas toujours la reconnaissance de ce besoin, défini dans les mêmes termes, par les usagers.

Les principaux motifs de la demande des proches renvoient à trois facteurs pouvant être dissociés car relevant de registres bien différents. En tout premier lieu, la référence à des normes implicites de vie en sécurité (safety life), est essentielle dans l'expression du besoin par les proches. Ces normes apparaissent comme ancrées dans la contemporanéité et comportent dont une dimension générationnelle forte. Si l'aléas, le risque sont aujourd'hui perçus comme failles inacceptables dans la modernité, ils étaient partie intégrante de la vie des générations nées avant le développement des systèmes de santé, et dans un mode essentiellement agricole où l'aléa dominait l'activité économique, dans un monde où la condition salariale n'était pas encore venue protéger les travailleurs (Castel, 1999).

« Oh, je vous dirais que... j'ai toujours été... comment vous dire ça, je ne suis pas un gars qui a peur de rester seul, ça me fait rien d'être seul,... ». Entretien n°1, corpus 1 usagers.

Par ailleurs, certaines conceptions de la solidarité de voisinage et de solidarité immédiate paraissent venir faire écran à la reconnaissance d'un besoin qui signifierait qu'on ne peut plus compter sur autrui.

« Et donc vous ne connaissiez pas du tout ça ?

« Ah non, pas du tout, je ne savais même pas que ça existait... non, non. Mais oui, je dis, quand même, c'est normal que quand une personne fait une chute puis qu'elle n'est pas très éloignée de vous que vous allez l'aider à se relever quand même...». Entretien 1, corpus 1 usagers.

Aussi, les normes de vie en sécurité portées par les proches ne sont-elles pas également partagées par les anciens, qui peuvent s'accommoder plus aisément des situations de risque et des perspectives de leur finitude. De surcroît pour les professionnels intervenant, la crainte d'une impasse pouvant générer une mise en cause de leur responsabilité, associée à des cultures professionnelles –notamment dans le domaine des soins- pour lesquelles la préservation de la vie est essentielle, entraîne une hiérarchisation des valeurs et des motifs d'action autour du caractère impérieux du maintien en sécurité.

Le deuxième facteur de la demande émanant des proches et des professionnels réside dans l'appréciation portée sur une certaine fragilité des personnes âgées ou des situations considérées comme à risques. Là encore, des normes de vie en sécurité mais aussi les normes du confort moderne, induisent une perception aiguë des risques encourus ou de la faiblesse et des déficiences des personnes âgées. Ces perceptions qui peuvent rejoindre les analyses professionnelles de situations ne rencontrent pas toujours l'autoanalyse développée par les personnes âgées elles-mêmes. Les phénomènes de déprise successifs, l'accoutumance aux pertes de capacités, l'appropriation de la fragilité, font que ces personnes évaluent le plus fréquemment comme normales leur situation et ne perçoivent pas la nécessité d'une sécurisation. Il s'agit alors d'un non alignement rationnel sur des normes qui ne font pas sens pour eux, au vu de leur expérience de vie.

« Est-ce que je vous semble en difficulté ? (Rires) Malheureusement vous rencontrerez peut-être des personnes plus en difficultés, plus isolées. Il est vrai que moi je suis seule depuis toujours, donc j'ai fait mes choix hein. Quand je suis sortie de ces rails comme on dit, je me suis installée dans des endroits réfléchis. Parce que je savais que je retournerai en fauteuil (roulant) donc tout ce que j'ai fait dans ma vie, pendant les 40 ans où j'ai béquillé, y avait quand même sous mon chapeau des idées voilà. Donc j'étais prête. Et je n'ai jamais eu aucun problème on va dire de regard des autres ».
Entretien 1, corpus 1 usagers.

Parfois, certains troubles cognitifs peuvent limiter les facultés de jugement et d'analyse de la situation : le souhait des proches se trouve alors pris entre deux logiques contradictoires toutes deux dictées cependant par l'affection : respecter le refus du proche ou lui imposer pour son bien un outil destiné à le protéger malgré lui.

« Non, je pense pas parce que le fait de le voir faire ça et puis surtout il est dans le déni. Quand il sort et que je lui dis écoutes je te le mets, je te mets l'appareil quand même par ce qu'on sait jamais. Même si tu ne sauras pas répondre j'appelle moi le centre et ils vont me dire à quel endroit tu es. Non, il me dit je suis pas handicapé, il se met à hurler, voilà et moi je veux pas le contrarier parce que le contrarier ça devient encore pire, ça le perturbe encore plus. ». Entretien n°1, corpus 2 usagers.

Enfin, les logiques de protection sont au cœur de la formulation de ces demandes de sécurisation, formulées par les proches. Ce qui s'exprime ici ressort à la fois d'un besoin de se trouver tranquilisé, déchargé d'un souci, d'une préoccupation susceptible d'envahir le quotidien mais aussi et parfois surtout la crainte de la disparition du parent âgé et l'exigence d'un maintien de la vie. Ce sont alors des raisons affectives qui se manifestent ainsi.

« D'accord, donc c'était pour la sécurité de votre mari ?

Voilà, oui parce que j'avais peur, le fait qu'on l'ait trouvé à l'Isle d'Abeau deux fois entrain de délirer, il n'arrivait pas à rentrer bon ben c'est pour ça que j'ai appelé, pour en savoir un peu plus ».

Entretien n°1, corpus 2 usagers.

Les systèmes de géolocalisation sont très concernés par cette préoccupation familiale de sécurité du parent âgé dépendant. Ils sont principalement dédiés aux personnes présentant des troubles cognitifs susceptibles de provoquer une désorientation temporo-spatiale et une errance potentiellement dangereuse. Dans cette optique, elles font l'objet le plus souvent de « prescriptions externes » et le consentement des personnes, même s'il est *a priori* recherché, est loin d'être toujours acquis.

- ***Faire plaisir et soutenir ses proches.***

Du côté des personnes âgées, si la demande est rarement formulée et s'il est très fréquent de repérer une absence d'adhésion spontanée au projet de sécurisation, le consentement vient souvent, dans une double optique 1) de renforcement des liens et 2) de soutenir le réseau familial en lui consentant cette sécurisation.

Il s'agit avant tout de ne pas décevoir, de faire plaisir, tant aux professionnels déjà intervenant qu'aux membres de la famille. On repère ici un renversement de l'ordre des valeurs : l'essentiel n'est pas d'être en sécurité mais de conforter un lien en montrant une adhésion à un projet qui fait sens pour autrui.

« Mais non, c'est Mr X, il me la proposé ! Il m'a dit « dites, on met en projet bla bla bla bla bla... alors j'ai dit oui, oui, alors on m'a dit écoutez, on l'installe à l'essai, vous verrez bien, j'ai dit oui, oui, je verrai bien... Ben non, il m'a dit essayez c'est gratuit ! Moi j'étais là, je ne disais rien, il me disait vous verrez bien ! Je vais vous dire, lui il a le chic, il... il dit bien quelque chose, bien gentiment... alors j'ai dit oui, oui, puis voilà quoi ». Entretien n°6, corpus 2 usagers.

Mais d'une façon plus générale, les personnes âgées prennent conscience de la « charge » qu'elles représentent pour les proches et souhaitent pouvoir l'alléger. Ainsi dans les relations de voisinage ou dans les relations familiales, les systèmes de télé alarme constituent un support qui permet aux proches de pouvoir être aidés ou relayés en cas de besoin.

« Et qu'est-ce qui vous a amené à prendre la téléalarme au début ? Un problème de santé ? Et ben c'est parce que j'avais déjà la dame qui avait mes clefs et puis un jour je faisais ma toilette et je m'étais assise sur le bord de la baignoire et je suis tombée en arrière... Je me suis retrouvée... et je me suis retrouvée dans la baignoire et impossible de sortir... donc j'ai dû faire plein de manœuvres... et c'est comme ça que ma voisine elle m'a dit de prendre ça...

Ça fait combien de temps que vous l'avez ?

Euh... (Elle cherche son dossier) y a pas tellement longtemps hein... euh... juin 2011. Et alors y a un boîtier dehors que la dame a le code et les pompiers aussi... mais elle, elle a mes clefs au cas où... puis elle me surveille. Si elle voit les volets pas ouverts elle vient voir... une fois c'est arrivé, j'étais dans mon lit et avec le vent les volets s'étaient fermés et elle avait trouvé ça bizarre donc elle était venue me trouver. Si, je suis bien entourée. Mais quand j'étais dans l'autre bâtiment c'était une autre personne qui avait mes clefs mais bon elle est plus là et puis c'est plus pratique ici en rez de chaussée ». Entretien n°6, corpus 1 usagers.

- **« Un moindre mal pour rester chez soi et continuer à vivre comme on l'entend ».**

Le troisième type de motivation qui apparaît au fil des entretiens est lié au souhait impérieux de rester à domicile et de continuer à mener sa vie, comme on l'entend. Les personnes qui manifestent cette motivation ont conscience que leur fragilisation ou l'apparition de besoins d'aide peuvent être à l'origine d'inquiétudes majorées de leur entourage. L'issue de l'entrée en établissement devant être à tout prix évitée, elles consentent à envisager toutes formes d'aide devant leur permettre de rester à leur domicile. C'est souvent cette conscience exacerbée du risque de ne plus pouvoir résister à la pression familiale ou professionnelle qui amène les personnes, dans une dynamique de « déprise » à accepter différents systèmes d'aide humaine ou technique. Ainsi, malgré l'absence de demande initiale, les personnes âgées consentent à s'équiper dans la perspective première de continuer à vivre chez elles –

l'équipement technologique apparaît finalement comme une moindre concession pour un objectif qui fait vraiment sens- et dans le souci de ne pas être à l'origine de préoccupations chez leurs proches. L'équipement technologique n'est pas nécessairement investi par la suite, dans ses fonctions attendues, mais il représente le gage d'une transaction familiale, ayant pour issue la préservation de l'autonomie des vieilles personnes et la réassurance de leurs proches. Soulignons ici que les arguments publicitaires de vente des technologies de type domotique et sécurisation, mobilisent très fréquemment l'idée du support au maintien à domicile (cf Legrand par exemple).

Ces éléments apportent un éclairage sur la réalité de la demande des aînés vis-à-vis des gérontechnologies : ils font la preuve que lorsqu'une demande existe, il s'agit le plus souvent d'une demande de liens, de maintien d'une appartenance, et finalement nettement moins fréquemment d'une demande de sécurisation du quotidien. En revanche, la demande des familles, de l'entourage renvoie de façon marquée à des préoccupations de sécurité et de maintien en vie des proches âgés. Au-delà, il semble que le développement des « gérontechnologies » fait écho à une forme de demande sociale qui s'appuie sur les représentations sociales de ce que doivent ou devraient être les conditions de vie des aînés et les modes de réponse à apporter. Tout se passe finalement comme si les technologies étaient le témoin, signe objectif de l'attention que la société contemporaine entend manifester à l'égard de ses membres les plus âgés, tout en étant dans l'incapacité collective à signifier au travers de proximité et de présence humaines, cette préoccupation.

4.3. Utilisabilité, usage.

Les différentes évaluations de dispositifs technologiques qui ont pu être menées, mettent en évidence des problèmes d'utilisabilité des outils technologies proposés et plus encore des difficultés d'appropriation de ces outils. Dit autrement, au-delà de la faible motivation à s'équiper, lorsque les personnes disposent de ces outils technologiques, elles en font généralement un usage modéré, limité et parfois détourné, c'est-à-dire non conforme à ce qui est attendu par les promoteurs, voire les prescripteurs de ces dispositifs. Là encore, des distinctions sont notables selon les familles de technologies concernées. Mais globalement, les mêmes obstacles se font jour pour l'utilisation des outils proposés : l'apparence, l'ergonomie, les commandes, le fait que le dispositif requière ou non une intervention de l'utilisateur, l'existence de services associés, ces différents éléments apparaissent déterminants dans

l'usage et l'appropriation des technologies. Mais plus encore, la problématique de l'usage est très liée est celle du sens de l'usage : pour être utilisés, les objets ou outils technologiques doivent prendre sens aux yeux des personnes équipées, c'est-à-dire qu'ils doivent porter des « significations d'usage » (Mallein, 1994) cohérentes avec le sens général de l'existence porté par les personnes (Gucher, 2012).

4.3.1. Utilisation/utilisabilité.

Nous avons déjà évoqué dans la partie précédente, concernant les professionnels, les facteurs d'utilisabilité généralement consignés (efficacité, satisfaction, facilité d'apprentissage, facilité d'appropriation, fiabilité de l'outil) (Nielsen, 1994). Ces éléments sont également très présents pour ce qui concerne l'utilisation par les personnes âgées des outils qui leur sont proposées.

- *Efficacité.*

L'utilisation, la satisfaction et la fiabilité des dispositifs proposés sont intimement liées. Les enquêtes de terrain menées font apparaître de nombreux dysfonctionnements dans les outils technologiques proposés. Qu'il s'agisse de technologies de communication ou de sécurisation, les dispositifs expérimentés présentent de nombreuses limites et ne garantissent pas un fonctionnement sans faille. Ces dysfonctionnements, même dans le cadre d'expérimentation et de mise à disposition gratuite des outils, constituent des obstacles essentiels à l'utilisation. L'exemple du chemin lumineux est à ce titre exemplaire : conçu comme support de sécurisation des déplacements dans le domicile la nuit, cet outil domotique a présenté dans le contexte d'une expérimentation, de nombreux dysfonctionnements qui se sont traduits par un éclairage intempestif la nuit, ou encore un maintien de l'éclairage plusieurs heures... Les inconvénients apparaissent alors supérieurs aux bénéfices escomptés.

« Ils sont venus deux fois oui c'est ça deux fois, et ils devaient revenir une fois encore parce qu'ils voulaient me mettre des jolis interrupteurs donc ils sont revenus une fois, seulement le Mr, Jean Jacques, donc il est revenu me mettre mes jolis boîtiers et entre temps j'avais tout démonté parce que ça me déplaisait au possible.

D'accord, c'est vous qui avez tout démonté ?

J'ai débranché hein seulement. Qu'est-ce que je peux vous dire... j'ai tenu une semaine je crois, vraiment parce qu'il fallait que je vois, que je... compte rendu (Rires) donc voilà j'ai tenu une semaine... ». Entretien n°2, corpus 1 usagers.

D'autres systèmes, tels que la géolocalisation, présentent également des dysfonctionnements qui entraînent une gêne et des réticences à l'utilisation.

« Ben, la géolocalisation si le système il est aussi chiant que celui-là... euh, pour l'instant non, je ne vais pas le garder... par exemple, hier je l'ai posé dans la voiture, dans... Excusez-moi j'ai des problèmes neurologiques, j'ai du mal à expliquer... Dans les trucs vous savez... sur la tablette... et donc je l'ai mis dedans et le fait de l'avoir posé et ben ça s'est mis à sonner et je l'ai posé délicatement... donc voilà, je ne sais pas... ». Entretien n°7, corpus 1 usagers.

Lors des entretiens, les personnes évoquent non seulement le mauvais fonctionnement des outils technologiques, mais en déduisent leur inefficacité. Plus encore, les dérangements occasionnés pour l'installation, la mobilisation répétée de techniciens, le volume des appareils, leur coût supposé, sont mis en perspective avec les dysfonctionnements repérés. C'est alors en termes d'efficience également que les usagers apprécient ou non les dispositifs développés. Les entretiens menés soulignent également le besoin de suivi et d'information et l'insécurité que peuvent générer des systèmes inopérants ou dysfonctionnants. L'usage régresse alors et l'adhésion initiale, qui ne résulte pas toujours d'une demande liée à un besoin reconnu, se transforme peu à peu en opposition.

« Alors du coup vous en êtes où avec ce géomobile ?

Ah bah du coup on en a pas su plus. Franchement, je suis très déçue parce qu'il n'y a pas eu un bon suivi... A un moment, on m'a indiqué que c'était terminé euh...

C'était quand ça à peu près ?

Oui mais voilà on sait rien. C'est prolongé, des fois non, ça marche des fois ça ne marche pas, voilà ! Du coup, ça fait peut-être 15 jours que j'ai tout arrêté. Alors ils prolongent sans nous indiquer. Et puis des fois ça ne marche pas bien, on ne le sait même pas, ils nous disent rien... Non, le suivi a été vraiment mauvais. Si c'est pas plus rapide et mieux que ça, non ce n'est pas sérieux.. En plus, le problème c'est que pour régler l'appareil, il faut bidouiller là-bas en bas, et moi bien je ne suis plus aussi souple qu'avant... Alors quand il y a un problème, ils ne se déplacent même pas... c'est à moi de bidouiller... Alors bon, non, ça ne va pas du tout. Ce n'est pas euh... Ce n'est pas sérieux ». Entretien n°5, corpus 1 usagers.

- *Ergonomie, apprentissage et autres obstacles à l'utilisation.*

La facilité d'utilisation est une des conditions essentielle de l'usage et d'une appréciation positive portée sur les outils technologiques proposés. Les difficultés rencontrées, génèrent des phénomènes de retrait et parfois, également, sauf lorsqu'elles sont clairement mises en lien avec des dysfonctionnements techniques des outils, suscitent chez les personnes utilisatrices des jugements négatifs sur leurs propres compétences et aptitudes. Ce jugement d'incompétence porté sur elles-mêmes devient alors un élément de fragilisation de ces personnes.

- *Problèmes d'ergonomie.*

L'ergonomie des outils constitue un registre de plaintes importantes pour les utilisateurs de gérontechnologies. Qu'il s'agisse des outils de sécurisation assez fréquemment décriés en raison de leur taille, de leur poids, de leur forme, qui en rendent le port difficile ; ou des outils visant la communication ou le lien comme ordinateurs simplifiés ou visiophonies, ce sont fréquemment des problèmes d'inadaptation ergonomiques aux handicaps ou aux difficultés sensori-motrices qui en limitent l'usage.

« Et bien je vais changer d'ordinateur, je vais en prendre un autre parce que celui-là il est très clair et la journée c'est lumineux et on ne voit pas trop l'appareil, l'écriture donc je vais changer l'appareil et je vais en reprendre un et puis comme j'ai souvent besoin de photocopie je vais prendre l'imprimante laser avec ». Entretien n°9, corpus 2 usagers.

« Cela remonte à un an, quand il est arrivé avec son moniteur, ce monsieur, j'ai dit mais il a été conçu pour des personnes âgées ? C'est aberrant je vous l'avais signalé, que c'était je ne sais plus à quelle période c'était mais j'avais déjà dès qu'il est arrivé constaté que je ne pourrai pas m'en servir ». Entretien n°7, corpus 2 usagers.

« Moi je sais que il était tactile pour euh, on pensait que ça facilitait les choses et moi je ne me suis jamais servi du tactile, je me servais mieux de la souris ». Entretien n°13, corpus 2 usagers.

« Mais par contre ça m'intéresserait même si j'aurais bien aimé un appareil plus petit quand même... j'aurais préféré une montre comme on m'en avait parlé au début, et pour moi une montre ça aurait été plus simple... voilà, parce que déjà la montre y a moins de difficultés pour appuyer, ça aurait été plus simple, ça c'est super gros, porter ça, c'est un peu pénible ». Entretien n°7, corpus 1 usagers.

Qu'il s'agisse de la luminosité des écrans, de la difficulté générée par les écrans tactiles pour des personnes âgées qui ne maîtrisent plus aussi précisément leurs gestes ou qui souffrent de rhumatismes ou encore des boîtiers de télé assistance difficiles à manipuler, ces extraits témoignent d'une inadaptation des technologies aux difficultés gestuelles concrètes des personnes âgées.

- *Difficultés d'apprentissage.*

Enfin, la principale difficulté évoquée par les usagers des technologies de communication ou de lien social ne dépend finalement pas tant de paramètres techniques que de ce que les personnes mentionnent comme difficultés d'apprentissage liées à ce qu'ils jugent être leurs propres défaillances, notamment leurs problèmes de mémoire. Ces difficultés se situent à plusieurs niveaux : celui l'enregistrement de l'information et celui de la conservation de l'information concernant le mode d'emploi des ordinateurs ou systèmes de visiophonie. Majoritairement c'est ce second niveau de conservation de l'information qui pose problème.

« Enfin c'est-à-dire que des difficultés, ce qu'il y a c'est qu'à notre âge on oublie vite alors vous voyez il faut bien marquer, et bien retenir le mieux possible ». Entretien n°16, corpus 2 usagers.

« J'ai demandé à quelqu'un qui s'y entendait de me montrer comment il fallait faire pour mais ce n'est pas du jour au lendemain et en une fois que je peux, ou alors il faut que je l'inscrive tout de suite de façon à pouvoir avoir un pense-bête. Moi je pense qu'il nous manque, voilà, il nous manquerait un pense-bête c'est-à-dire que pour faire chaque opération que l'on veut faire, il faut faire ça, ça et ça ». Entretien n°1, corpus 2 usagers.

Ces éléments militent fortement pour un accompagnement approprié de l'usage des « gérontechnologies ». Des besoins de formation se font jour mais là encore, il apparaît essentiel que les formateurs soient en capacité de s'adapter aux formes de mémorisation et d'apprentissage des personnes âgées. L'apprentissage intuitif des jeunes générations ne semble pas du tout partagé par les aînés. En conséquence, d'autres supports –modes d'emploi, explications...- doivent être recherchés pour permettre une familiarisation avec les outils technologiques proposés (Kern, 2008).

- *Le coût comme élément de l'appréciation des gérontechnologies.*

Le coût des technologies proposé est un élément essentiel de la non adhésion ou du retrait des personnes/dispositifs proposés. Ce coût est bien sûr évalué en fonction des services rendus –là

encore les problèmes d'efficacité et d'efficience s'imposent – mais aussi en valeur absolue par rapport aux ressources disponibles des ménages. Lorsque les ressources mensuelles sont modestes, d'autres investissements ou dépenses peuvent également apparaître prioritaires par rapport à une location d'ordinateur ou même un support de sécurisation qui n'a pas réussi à convaincre.

« Tant que j'ai l'ordinateur oui alors on m'a dit que je pourrais l'acheter et j'aimerais bien, ça dépendra le prix, car j'ai des problèmes financiers pour un déménagement en HLM ». Entretien n°1.

« Et puis après il faut payer une location et 60 euros par mois c'est trop lourd pour moi pour ma retraite ». Entretien n°11, corpus 2 usagers.

Les prises en charges sociales développées pour certains dispositifs –exemple du pack domotique en Creuse, financé au titre de l'APA- constituent un support favorable à l'acceptation de ces dispositifs technologiques.

- *La difficile familiarisation.*

Les expérimentations qui ont servi de terrains d'enquêtes nous ont permis de constater les obstacles à l'utilisation des technologies. Au-delà des difficultés initiales de reconnaissance des besoins, des réserves liées aux défaillances techniques, la familiarisation avec les outils proposés et leur appropriation font également problème, même si entre les deux passations d'entretiens réalisées à 6 mois d'intervalle, des progrès paraissent avoir été faits.

Concernant les technologies de lien et de communication, nous avons pu observer que l'ordinateur s'est inscrit dans le quotidien des personnes dès le deuxième mois avec une légère intensification de la pratique quotidienne au cours des mois suivants. Seulement une faible part de l'échantillon (3/19) déclare ne l'utiliser qu'occasionnellement à savoir environ 3 fois par semaine. La plupart des fonctions sont désormais connues et passés les problèmes techniques de la phase 1, les personnes estiment toutes avoir progressé. Cependant, les critiques quant à l'ordinateur restent les mêmes : son inadaptation aux personnes âgées avec difficultés visuelles, son écran tactile. Enfin, les deux principales difficultés demeurent les problèmes d'apprentissage et les difficultés financières (Source : rapport d'évaluation dispositif ENPATIC).

La familiarisation avec l'outil est largement soutenue par un dispositif de cours à domicile et de communication via des supports d'animation présentés par le CCAS.

Ainsi, il apparaît nettement que dans cette expérimentation, l'acceptation et la familiarisation avec la technologie sont intimement liées à un service d'accompagnement humain qui assure une fonction de médiation et un support relationnel essentiel.

En revanche, dans le cas de la visiophonie, pour laquelle aucun service d'accompagnement ou de suivi n'a été mis en place, son utilisation est demeurée aléatoire et son utilisation a parfois été abandonnée. La familiarisation n'a pu avoir lieu.

Ainsi, la question de l'utilisation renvoie aux spécificités techniques et à leur fonctionnement, aux représentations qui entourent les technologies mais aussi aux capacités d'apprentissage de leur fonctionnement par les utilisateurs. Les entretiens menés mettent en évidence un déficit de formation des utilisateurs aux technologies qui leur sont proposées et plus généralement un accompagnement insuffisant pendant la période de prise en main et de familiarisation avec les appareils.

« Donc vous aimez plutôt bien, vous n'avez pas de peurs, d'appréhensions particulières ?

« Ma petite fille, elle a dit à son père « oh mais à mamy faut lui prendre (une chaîne HIFI) avec une télécommande parce qu'autrement ça n'ira pas ! », ah j'ai dit oui c'est vrai c'est mieux... donc les nouvelles technologies peuvent apporter oui... même qu'on a de l'âge, même qu'on a pas envie d'aller vers ces nouvelles choses parce qu'on les comprend pas... je me demande pourquoi les jeunes ils comprennent ça vite... je pense que c'est trop difficile à expliquer pour nous, parce que vous vous prenez et puis... mais vous faites tellement de choses que nous il faut saccader les choses pour qu'on les comprenne... et vous allez beaucoup trop vite... donc vous voyez pas nos difficultés parce qu'on est capable parce que voyez on a progressé mais seulement, il faut savoir apprendre... voilà tout simplement... ». Entretien n°5, corpus 1 usagers.

Pour les systèmes de télé assistance simple, le port en est admis lorsque le besoin de sécurisation est exprimé par les personnes elles-mêmes. En revanche, les situations de port aléatoire ou d'abandon du dispositif sont nombreuses, lorsque le dispositif a été installé sur la trame d'une négociation familiale et professionnelle et que la motivation initiale était plutôt d'obtenir une forme de paix en famille.

Cette difficile familiarisation renvoie également au sens que les personnes arrivent ou non à conférer aux technologies qui leur sont proposées et à la façon dont ces outils prennent place dans l'environnement matériel des personnes mais aussi dans leur organisation quotidienne.

4.3.2. *Les usages.*

Au-delà de l'utilisation, l'usage se construit à travers un ensemble d'interactions entre des mondes –mondes intimes/mondes professionnels/mondes politiques- et s'élabore dans l'entrecroisement de pratiques concrètes et quotidiennes avec des schèmes de perception, des univers de sens et de valeurs. « La construction de l'usage ne se réduit dès lors pas aux seules formes d'utilisation prescrites par la technique qui font certes parties de l'usage, mais s'étend aux multiples processus d'intermédiations qui se jouent pour lui donner sa qualité d'usage social. L'usage comme construit social est abordé à partir de plusieurs entrées qui peuvent se décliner -d'autres découpages étant évidemment possibles- selon les axes suivants : la généalogie des usages, les processus d'appropriation, l'élaboration du lien social et l'intégration des usages dans les rapports sociaux, ces axes constituant autant de problématiques qui se prêtent à une forte interpénétration » (Jouet, 2000, p.499).

Les éléments qui interfèrent dans la motivation ou l'adhésion vs non adhésion aux propositions de dispositifs technologiques (voir plus haut), participent également de la construction progressive d'usages.

- *Conditions des usages.*

Si la familiarisation est un élément incontournable au développement d'une pratique, l'appropriation constitue le socle du développement des usages. Selon S Proulx, « l'appropriation effective d'une technologie repose sur trois conditions : a) une maîtrise cognitive et technique minimale de l'objet ou du dispositif technique ; b) une intégration sociale significative de l'usage de cette technologie dans la vie quotidienne; c) la possibilité qu'un geste de création soit rendu possible par la technologie, c'est à dire que l'usage de l'objet technique fasse émerger de la nouveauté dans la vie de l'utilisateur. » (Proulx, 2001)

Deux points essentiels apparaissent à l'issue du travail empirique, dans le processus d'appropriation et de construction des usages : d'une part l'intégration des objets technologiques dans l'univers matériel familial et d'autre part son adéquation avec le système de valeurs et de sens propre aux personnes (Gucher, 2012 ; Kaufmann,1995).

- *Une place dans l'univers matériel et pratique.*

L'installation de nouvelles technologies implique en effet une place prise dans l'univers familial et des aménagements à consentir pour réordonner le domicile.

« Ben parce que je trouvais que ça faisait trop de... trop de bazar chez moi, je sais déjà pas où mettre mes... nos affaires et comme j'ai pas mal de bibelots moi ben fallait tout que j'enlève euh... ». Entretien téléphonique, personne sortie du dispositif.

L'intégration d'objets technologiques dessinent une nouvelle esthétique de l'espace et génèrent une redéfinition des frontières de l'espace de chacun des membres du couple par exemple ou encore de l'espace intime vs espace dédié aux soins ou encore aux échanges relationnels de type amical ou familial. Ces questions ont fait l'objet de travaux qui soulignent la façon dont certaines techniques utiles dans le cadre d'une médicalisation de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile viennent bousculer la dimension domiciliaire du logement des personnes (Balard, Somme, 2011).

Ce sont évidemment les technologies qui nécessitent une installation matérielle au domicile – domotique, live box, visiophonie, capteurs de chutes- qui suscitent le plus de réaménagements et qui doivent finalement trouver place dans l'univers familial des personnes. Il s'agit alors de dessiner les contours de ce que serait une juste place. Pour la plupart des personnes, ce qui est recherché est l'invisibilité du dispositif, afin que tout puisse rester comme avant. Pour certaines, lorsque la technologie est susceptible de conférer un statut attendu –celui d'être une personne dans l'air du temps ou celui d'être une personne fragile- *a contrario*, l'installation doit pouvoir être vue car elle a une fonction de signification à ceux qui pénètrent le domicile. Et dans certains cas, ce sont les espaces dédiés qui s'avèrent menacés par l'installation d'un ordinateur par exemple. Alors faute de pouvoir renégocier les rôles et les places au sein d'un couple âgé, le renoncement à la technologie pourtant attendue comme possible ouverture pour sortir d'un confinement à deux, s'avère incontournable.

« Bien moi ça ne me gêne pas mais je reconnais que je lui (son mari) ai pris toute sa place, moi je prends déjà pas mal de place et je lui en reprends encore un peu plus de place, je suis consciente ». Entretien n°2, corpus 2 usagers.

La dimension de matérialité des objets technologiques qui affecte l'organisation spatiale affecte également le registre des habitudes de vie, des routines, de l'organisation de la

quotidienneté, spécialité pour les technologies de communication. La familiarisation avec l'outil est parfois envisagée comme l'appropriation d'un nouveau partenaire, à qui il convient de faire place dans la mise en ordre et en sens du quotidien. Certaines personnes indiquent par exemple passer de longues heures sur leur ordinateur et cette activité peut devenir, pour certains très ritualisée. Ainsi, ce sont des modifications de la structure temporelle de l'existence qui peuvent intervenir.

« *Oui, ça change parce que moi le matin je me réveille très tôt donc je déjeune et je vais sur l'ordinateur* ». Entretien n°18, corpus 2 usagers.

« *Oui disons que je me couche un peu plus tard. Parce que dans la journée je suis occupée et c'est le soir que je m'y mets un peu plus* ». Entretien n°8, corpus 2 usagers.

Ces éléments indiquent assez nettement que l'introduction de nouvelles technologies ne peut se comprendre exclusivement du point de vue matériel mais doit bien s'analyser du point de vue du sens conféré à l'usage.

- *Le sens des usages : la continuité identitaire en jeu.*

Comme nous l'avons évoqué plus haut à propos des motivations, le recours à des outils technologiques de sécurisation ou de lien social, met en jeu d'une part le regard que les personnes portent sur elles-mêmes mais aussi divers registres de représentations et de visions du monde. Ce qui se joue dans l'acceptation ou le refus des technologies est très souvent en lien avec ce qui fait sens pour les personnes, avec leur parcours de vie, leurs systèmes de pensée et de valeurs. Les significations d'usages s'inscrivent le plus souvent dans l'enchevêtrement des expériences de l'existence et de leur sens. Les personnes qui expérimentent les dispositifs leur donnent sens à partir de leurs univers familiers, de leurs principes et pratiques de sociabilités et de solidarités, de l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de la façon dont elles anticipent leur avenir à partir de leur passé.

Ces significations expriment nettement le « positionnement » des personnes, tant sur le registre des temporalités -être de ce temps ou d'un temps passé- que sur le registre des sociabilités -sociabilités à distance ou sociabilités de proximité- ou encore dans leur rapport au monde -être encore acteur ou être en retrait-. La manière dont les personnes âgées intègrent l'ordinateur dans leur existence influe sur la structuration de leur temps quotidien et sur leur perception du cours de leur vie (Caradec, 2001).

- *Les formes familiales : liens et solidarités.*

Lorsque les personnes ont eu une existence construite et organisée autour de la primauté du lien familial avec une forte ritualisation des échanges (le dimanche, les fêtes de famille, les sorties...), il peut leur être par exemple difficile d'accepter la médiatisation des échanges à travers des outils technologiques perçus comme limitatifs des échanges, alibis pour une distanciation ou encore écran dans l'expression des sentiments ou des émotions. A contrario, d'autres ayant construit leur existence sur le même modèle apprécieront la contribution apportée par les technologies. Comment alors comprendre ces différentes appréciations ? C'est ici la forme du lien et des sentiments qui vont interférer dans le jugement porté : dans le cas d'un lien exclusif voire possessif, la technique apparaîtra comme « privatrice » alors que dans le cas d'un lien plus compréhensif des contraintes de l'existence des générations précédentes, la technique semblera facilitatrice.

Certaines personnes interrogées utilisent ainsi les technologies de communication pour moduler le rythme et la forme des échanges intrafamiliaux et par exemple utilisent la possibilité offerte par la communication via courriels pour différer le moment des échanges, ne pas faire intrusion dans la vie du correspondant, et rester dans une distance qui permet à l'autre de choisir le moment de la relation et sa forme.

- *« Ne pas déranger », un mail plutôt que le téléphone.*

« Les usages des objets technologiques viennent s'inscrire dans les modes de fonctionnement familiaux et ils se trouvent pris, en particulier, dans la tension constitutive de la famille contemporaine, entre autonomie individuelle et appartenance au collectif familial, tension qui conduit les acteurs familiaux à rechercher une bonne distance entre eux » (Caradec, 1999, p.17). Alors que l'appel téléphonique impose à l'autre de répondre immédiatement, les courriels comme les textos rendent possible un délai, une liberté que le téléphone ne permet pas. Cette recherche de liberté dans les modes relationnels s'inscrit dans un contexte social où la structure familiale a changé et où les modes de solidarité entre ascendants et descendants ont évolué. La solidarité du devoir, avec son caractère normatif et contraignant se trouve aujourd'hui supplantée par une solidarité plus élective dans laquelle tente de trouver sa place en imposant la distance, qui paraît nécessaire à son indépendance (Attias-Donfut, Segalen, Lapierre, 2002). Certaines personnes âgées tentent ainsi de ne pas imposer une présence qui serait dérangeante à leurs enfants et recherchent grâce aux courriels le moyen de ne pas gêner.

« Eux travaillent alors c'est à eux de choisir le moment quand ils sont libres ». Entretien n°5, corpus 2 usagers.

« Parce que des fois ils rentrent tard le soir et moi je n'aime pas téléphoner le soir tard donc au lieu qu'on se téléphone, je leur envoyais des mails ». Entretien n°13, corpus 2 usagers.

Cependant, le regret d'autres formes de relations, plus directes, plus chaleureuses s'exprime également.

« Disons c'est d'une manière un peu différente. Avec ma fille disons avant c'était par téléphone, maintenant, avec ma fille et tous nos petits-enfants c'est assez souvent par e-mail. On ne se dit pas les mêmes choses ». Entretien n°4, corpus 2 usagers.

D'autres personnes voient dans les nouvelles technologies un risque de raréfaction de visites de la part de leurs proches, sécurisés par d'autres formes de relations.

« On communique plus mais je vois avec ma belle-sœur elle venait plus et maintenant qu'il y a la web cam et qu'il y a les mails, on communique plus comme ça, donc elle vient moins nous voir. Parce qu'elle sait que ça va donc elle ne vient pas ». Entretien n°25, corpus 2 usagers.

Objectivement, il ressort de nos enquêtes que certains proches qui passaient régulièrement voir leurs parents âgés, raréfient leurs visites en y substituant mails et visiophonie. De même les systèmes de télé-vigilance en apportant une sécurisation, allègent le poids de l'inquiétude de certaines familles et concourent alors à un espacement des visites qui avaient pour motif essentiel de se rassurer quant à l'état de santé de son parent.

- *Autonomie et sécurité.*

Le deuxième domaine dans lequel l'introduction de technologies est susceptible de venir perturber les principes organisateurs de l'existence, est celui de la sécurité qui est très souvent mis fortement en lien avec la question de l'autonomie par les personnes âgées. Nous avons vu précédemment que sur le registre des représentations, les technologies pouvaient renvoyer parfois des images de « monde carcéral ». Nous avons également évoqué la fréquente « non-demande » des personnes pour ce qui concerne les technologies de vigilance. Ces deux éléments constituent des indices des problématiques de sens que soulèvent ces technologies.

La question de l'acceptation renvoie en effet principalement au sens que peut revêtir l'usage de telles technologies pour les personnes concernées. Là encore des modèles du monde différents se retrouvent. Pour certaines personnes, le besoin de vie stable, en sécurité, le refus de la moindre prise de risque ont été constitutifs de leur existence, et ces modes d'exister qu'il est possible de relier à des événements clefs du parcours de vie mais aussi à des ressorts psychologiques, vont générer une acceptation de tous les cadres, les systèmes, fussent-ils tutélaires susceptibles de garantir cette sécurité. La privation d'une certaine autonomie peut être alors considérée comme le prix à payer pour la sécurité. Pour d'autres, en revanche, la liberté et la prise de risques qui lui est inhérente ont été moteurs et tout le parcours de vie. Tout frein au sentiment et à l'expression de l'autonomie va alors être perçu négativement.

« Voilà c'est ce système. Alors, alors... oui la montre, ça c'est pour l'intérieur et l'autre c'est pour l'extérieur. Alors si, si... maintenant moi je fais plus des... y a 8 ans, moi je faisais, j'allais partout dans les bois, partout, mais maintenant, je reste en ville, je fais un grand tour, juste à côté. Alors, on m'a dit, vous tombez, vous appuyez sur le, le... bouton, et on sait où vous êtes. Et c'est rassurant ! (soupirs).

Et vous vous en êtes déjà servi ?

Ben non... ils m'ont dit quand vous sortez vous le mettez et moi... ça me titille un peu ! parce que vous avez un truc comme ça qui vous pend ... ». Entretien utilisateur géolocalisation

Les différentes enquêtes menées nous amènent à postuler que le sens des usages conféré aux technologies renvoie finalement à deux processus distincts : d'une part le phénomène de « **déprise** » qui amène les personnes à ré agencer leur existence en fonction d'un principe d'économie des forces et d'une hiérarchisation des priorités et des valeurs (Barthe, Drulhe, Clément, 1999) et un **processus d'acculturation** qui résulte de la confrontation d'univers et d'interactions multiples. Les intervenants professionnels, tout comme les proches et membres de familles, mais aussi le monde qui entretient au domicile des personnes à la faveur des soins, des aides, des relations amicales ou affectives ou encore par le canal des médias, contribuent à introduire de nouvelles manières de voir et de penser qui ébranlent les repères de sens des vieilles personnes et les amènent parfois à reconsidérer au moins partiellement leur vision du monde.

▪ *Prescripteurs et médiateurs d'usage.*

Ainsi comme nous l'avons vu, il s'avère que l'acceptation de l'installation de technologies de communication et de sécurisation, relève parfois d'une attente préalable ou de l'existence d'un besoin non satisfait, mais repose le plus souvent sur des relations préexistantes avec des services professionnels (service téléalarme ou le service social pour les autres) ou sur les interactions familiales. L'ordinateur entre chez la plupart de nos interviewés grâce à la médiation d'une famille déjà équipée qui encourage la démarche. Nous retrouvons ici la dimension sociale de la médiation en tant que « les mobiles, les formes de l'usage et le sens accordé à la pratique se ressource dans le corps social » (Jouet, 1997, p. 293).

Cette médiation fonctionnant comme « pont » (Caradec en référence à Simmel, 1988), participe à la facilitation de l'accès et/ou comme support d'usage. Elle se manifeste concrètement par des encouragements, des cadeaux, des aides à l'achat ou encore d'une aide dans l'apprentissage et le suivi :

« J'en ai parlé à la famille et ils m'ont dit mais accepte, ils m'ont dit tu verras bien au moins tu pourras nous parler on pourra s'écrire des messages, envoyer au besoin des photos si ça devient la possibilité, tout le monde accueilli ça ». Entretien n°13, corpus 2 usagers.

« On en avait discuté en famille alors je ne sais pas après ce qui la décidé, mais bon c'est vrai qu'elle nous avait posé la question de savoir ce qu'on en pensait, voilà. Oui et c'était quoi donc l'avis de la famille ? L'avis de la famille c'était justement une fenêtre sur l'extérieur, youpi voilà une bonne occasion de pouvoir s'ouvrir sur d'autres mondes ». Entretien n°5, corpus 2 usagers.

« Ce que je peux en voir parce que de temps en temps j'y vais quand même assez souvent et je regarde un peu et de temps en temps elle est perdue alors il faut lui remettre un peu le pied à l'étrier ». Entretien n°3, corpus 2 usagers.

En revanche, l'attitude des proches peut constituer un obstacle, une limitation pour l'usage.

« Parce que j'aurais pu commencer sans avant mais mon fils ne me voyait pas du tout me servir d'un ordinateur, il me disait mais non, mais non, ne t'embarrasse pas là-dedans, tu vas avoir que des problèmes tu verras et tu le regretteras tu vas racheter pour rien. Mais je ne l'ai pas entièrement acheté, d'ailleurs moi je ne peux pas alors c'est vite fait, et j'ai dit je ne suis pas plus bête que n'importe quelle autre personne quoi je voudrais en faire parce que j'ai envie ». Entretien n°2, corpus 2 usagers.

Si cette médiation familiale est essentielle pour soutenir le développement des usages, elle peut parfois se transformer en prescription, à l'instar des attitudes des différents professionnels intervenants, notamment lorsqu'il s'agit des technologies de sécurisation. Mais dans ce cas, si la prescription s'avère efficace pour l'accès à l'équipement, elle ne l'est pas pour ce qui concerne l'usage.

De même, il apparaît nettement que pour les couples dont l'un des membres souffre de troubles cognitifs, quel qu'en soit l'intensité et la gravité, la décision de tester un nouveau dispositif –ici géolocalisation– est prise par l'autre, parfois sans échanges et discussions préalables. Ce contexte d'installation ne facilite pas l'adhésion des personnes susceptibles de bénéficier directement des dispositifs et peut générer au contraire des situations de conflit, pouvant amener à un abandon du dispositif et en tout état de cause à un non usage du dispositif.

- *Esquisse d'une typologie des usages.*

Quoiqu'il en soit des conditions d'usage, au fil de nos enquêtes, il nous est apparu possible de soutenir l'existence de 4 types de situations d'usages : le non usage, l'usage conforme, l'usage passif, l'usage détourné.

- *Le non usage.*

Comme nous l'avons mis en lumière précédemment, le non usage relève de situations relativement différentes. En tout premier lieu, il concerne des personnes non demandeuses des dispositifs technologiques proposés et qui en ont accepté pendant l'implantation soit dans une forme de consentement inscrit dans la perspective relationnelle du « faire plaisir », soit qui se sont trouvées « contraintes » de subir l'installation, présentée sous forme de prescription rendue obligatoire par l'objectif du maintien à domicile. Dans ce cas, les dispositifs peuvent alors se trouver relégués dans des lieux improbables (télé assistance au fond d'un placard à chaussures par exemple...), comme oubliés ou volontairement exclus du monde ordinaire. Dans le premier cas de figure, les dispositifs demeurent présents dans l'univers familial, visibles, mais ne sont pas utilisés. Le maintien du dispositif technologique demeure un gage de sécurité et de lien, contribuant à rassurer l'entourage des familles, des professionnels, ou des proches.

La typologie de non usagers établie par Lenhart et al, met en évidence des postures différentes dans le non usage : « des *evaders* – que nous traduirons par « ceux qui se dérobent » –, les

dropouts – « ceux qui renoncent », autrement dit les abandonnistes–, les *intermittent users* –« intermittents de l’usage »– et les *truly unconnected* –pour nous « non-usagers absolus »–. Les *net-evaders* vivent dans un environnement où Internet est présent et utilisé par des proches de manière régulière mais ont choisi de ne pas avoir à faire à cette technique. Les *net dropout* ont été des usagers et ont arrêté sans reprendre. Les *intermittent users* ont arrêté durant une période plus ou moins longue et avaient repris au moment de l’enquête. Les *truly unconnected* n’ont jamais utilisé Internet avant et ne disposent pas d’un entourage familiarisé aux usages d’Internet (Lenhart et al, 2003, p.19) » (Boutet, Trémembert, 2009, p.77). Le contexte social, les croyances, les formes de pensée, l’expérience sont des éléments déterminants de ce non usage. Ce non usage peut également être compris comme forme de résistance à l’innovation, liée à la personnalité de l’usager (Ram, 1987) mais aussi aux caractéristiques propres des supports technologiques (réversibilité, clarté, efficacité, *design*...) et aux caractéristiques des mécanismes de propagation de l’innovation.

- *L’usage conforme.*

Les personnes qui développent un usage conforme aux indications des dispositifs technologiques sont celles qui en ont fait explicitement la demande ou ont exprimé une motivation à partir de la présentation des dispositifs. Elles sont confiantes dans les possibilités technologiques et aspirent à en bénéficier pour différentes raisons évoquées au point 2. Elles sont alors demandeuses de supports de familiarisation, de modes d’emploi, de formations pour s’inscrire dans un apprentissage des différentes fonctions remplies par la technique. Les deux critères déterminant l’usage sont ainsi l’efficacité du dispositif et la facilité d’utilisation et de familiarisation. Seuls le non fonctionnement ou la mise en échec dans l’apprentissage, peuvent détourner les personnes de l’usage. Globalement, le processus introduit par les nouvelles technologies est essentiellement adaptatif. « Les nouvelles techniques n’induisent pas de nouveaux usages, elles s’inscrivent dans des pratiques antérieures qui perdurent » (Flichy, 2008, p.153). Pour ce qui concerne notre public, le développement d’usages conformes chez les personnes âgées est fortement lié à leur aptitude à intégrer les outils dans leur univers habituel et à découvrir les opportunités offertes de développer, faciliter, intensifier, certaines de leurs pratiques existantes. En adoptant la technique, ils l’adaptent à leurs attentes et à leurs besoins et lui donnent sens.

- *L'usage passif.*

Les usages varient fortement selon les technologies. Un des points déterminant l'usage est la place laissée à l'initiative et à l'autonomie de l'utilisateur potentiel. Ainsi, si les technologies de communication et de liens –qu'il s'agisse d'Internet, ou de visiophonie- supposent un choix et une action des usagers, les technologies de sécurisation peuvent tout à fait être implantées dans l'univers des personnes, et générer des usages passifs, qui ne requièrent aucune intervention et ne suppose aucune maîtrise de la part des utilisateurs. Cependant quoiqu'il en soit, la compréhension du fonctionnement s'avère un seuil essentiel pour accéder aux fonctionnalités proposées.

La notion d'usage passif que nous proposons ici peut être comprise comme déclenchement d'un service en dehors de l'expression explicite du besoin ou de la volonté de la personne définie comme destinataire ou utilisatrice. Deux types de technologies se situent assez nettement dans cette catégorie : le chemin lumineux ou encore les systèmes de capteurs de chutes ou de géolocalisation. Le déclenchement automatique du chemin lumineux est fréquemment apparu comme intempestif voire inapproprié et suscite de fortes récriminations même en dehors des dysfonctionnements avérés qui ont pu être constatés... L'autonomie que les personnes souhaitent conserver s'exprime alors dans le fait de débrancher les appareils.

- *L'usage détourné.*

Certaines personnes intègrent dans leur univers quotidien des dispositifs technologiques mais n'en font pas l'usage attendu. Ainsi, le dispositif de géolocalisation initialement destiné à des personnes présentant des problèmes d'orientation du fait de troubles cognitifs, peut être utilisé par des personnes non désorientées pour un usage différent. Il est le plus souvent substitué pour une utilisation à l'extérieur, à des systèmes de télé alarme qui ne présentent pas de fonctionnalité permettant de remplir leur office en dehors du domicile.

« Et vous aviez des attentes particulières ? Vous m'avez déjà dit que ça vous permettrait d'aller dehors plus loin tout seul...

Voilà donc euh pour la géolocalisation c'était simplement pouvoir sortir plus facilement donc euh aller plus loin que aux alentours, sortir du jour comme de nuit que c'est ce que je ne faisais plus, la nuit je ne sortais pas, je prenais toujours des chemins où il y avait du monde pour éviter justement d'avoir un malaise ou de tomber comme ça m'est arrivé plusieurs fois donc voilà avant d'avoir ça, et heureusement que je suis toujours tombé en journée et qu'il y avait du monde pour me récupérer

quoi... Donc la géolocalisation, c'était le principe que je cherchais... avec des défauts ! (Rires) ».
Entretien n°7, corpus 1 usagers.

Les fonctions de géolocalisation sont ainsi détournées pour l'usage de personnes qui utilisent le dispositif afin d'améliorer leur indépendance et préserver leur autonomie. Cet exemple de détournement d'usage est également fréquemment constaté dans les dispositifs de télé alarme classiques : en effet la fonction d'appel est fréquemment utilisée pour solliciter des échanges relationnels et non dans sa fonction première de signalement de situations de chutes ou de malaises (Charue-Duboc et al, 2011). De même, l'installation d'un ordinateur à domicile peut servir de point d'attrait pour des petits enfants, dont les visites tendent à s'espacer.

Conclusion de la partie 4.

Les entretiens et observations que nous avons menées dans le cadre de trois dispositifs technologiques différents au domicile de personnes âgées, nous ont permis de mettre en évidence les différentes représentations et attitudes à l'égard de ces dispositifs. Les motivations se révèlent sur palette très différenciée et leur ancrage dans la trame des liens existants –familles, voisins, professionnels- ne doit être ni sous-estimé, ni jugé péjorativement.

Deux éléments cependant apparaissent susceptibles d'avoir une portée générale : 1). l'usage des dispositifs technologiques est intimement lié au sens de l'usage que les personnes sont en mesure d'élaborer et 2). le sens de l'usage tient aux savoirs pratiques tirés de la somme des expériences de l'existence, à la vision du monde construite à travers les « épreuves » du continuum de l'existence et aux enjeux identitaires de la dernière partie de la vie. L'acceptabilité des « gérontechnologies » ne peut donc être comprise seulement à partir des caractéristiques des dispositifs proposés mais doit s'appréhender dans une perspective interactionniste et phénoménologique.

V. Enjeux juridiques et éthiques : des cadres transnationaux aux situations de face à face.

Le développement des technologies de l'autonomie et de la santé questionne, comme nous l'avons vu précédemment, les manières d'envisager les formes d'accompagnement des personnes en situation de fragilité et de dépendance, les mises en forme des problèmes devant justifier de l'intervention des solidarités publiques, l'articulation des offres de services publics ou privés. Les différents acteurs, se saisissant d'une opportunité technologique, se positionnent en vue du déploiement de solutions qui combinent des dispositifs technologiques et des services afférents, manifestent leurs représentations de la vieillesse et initient des formes d'intervention qui interrogent les cadres juridiques de l'action publique et plus globalement *l'éthique du care* (Brugère, 2011). En deçà, à travers leurs interventions quotidiennes, les professionnels de l'action sociale et médico-sociale se confrontent à l'introduction de ces nouveaux outils dans leurs univers professionnels ; cela suscite des questionnements tant sur le registre de la responsabilité juridique que sur celui de la dimension éthique de leurs agissements. Le développement des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile amène donc à réfléchir d'une part aux formes d'encadrement juridique qui peuvent soutenir ou contenir leur utilisation et d'autre part aux valeurs et au sens que ces outils véhiculent.

5.1. Enjeux juridiques.

5.1.1. Un cadre juridique inadapté au déploiement des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile.

A la question « Le cadre juridique est-il clair ? Est-il suffisant ? », les réponses données par les responsables des centres relais et experts oscillent entre « *Je ne sais pas, cette question n'est pas travaillée dans le champ de l'autonomie* ». Entretien 21, Centre expert Champagne-Ardenne et « *Sur le juridique les choses sont claires mais pas satisfaisantes...* ». Entretien 16, centre relais PACA.

Au-delà de ces réponses se dessinent une réelle méconnaissance du cadre législatif et de l'environnement juridique, une indifférence aux normes d'encadrement des technologies d'assistance, auxquelles s'ajoute une confusion entre le droit et l'éthique. Il est tentant de faire

un parallèle avec les difficultés rencontrées par le Dossier Médical Personnel (DMP) ou Dossier Médical Partagé. Initié dès 2002, lancé en 2004, relancé en 2011 et rebaptisé en 2014 « DMP, seconde génération », le Dossier Médical Personnel peine dans ce parcours mouvementé à s'imposer comme l'outil d'amélioration de la qualité des soins par un partage des informations entre les professionnels du soin. Interpellé sur les raisons objectives de cet « échec », l'un des rapporteurs du projet regrette publiquement d'avoir sous-estimé les questionnements juridiques, laissant leur résolution se faire « au fil de l'eau », entretenant ainsi des craintes, des peurs, des réticences dont la charge pour les finances publiques n'est pas anodine.

Le coût financier du déploiement des technologies, qu'il soit en investissements pour les industriels ou en aides pour les financeurs publics et privés est une des préoccupations récurrentes qui se dégage des entretiens. Ainsi, d'une manière générale, l'interrogation sur les cadres juridiques paraît secondaire à celle qui concerne le modèle économique. Les acteurs paraissent parfois se décharger des problèmes juridiques sur les concepteurs des technologies d'assistance : « *cet aspect juridique c'est pas nous qui devons nous en préoccuper mais le fabricant final lorsqu'il va vouloir vendre et passer à la commercialisation* », tout en soulignant néanmoins la valeur normative et la fonction du raisonnement juridique : « *Je peux vous dire les juristes, ils vous donnent parfois la porte d'entrée sur des aspects économiques* ». Entretien 22, centre expert Limousin.

Fort de ce premier constat, il paraît important de réaliser une approche des technologies d'assistance par le droit. Tout d'abord, soucieux d'être en phase avec les « réalités du terrain », il convient de rappeler, pour le déplorer, le cloisonnement du droit sanitaire, médico-social et social, cloisonnement fondé initialement sur des raisons historiques, puis entretenu par la norme, consenti et défendu par les professionnels du soin. Lors d'un entretien, l'un des répondants évoquant un projet explique :

« *Ca nous paraît très sanitario-centré, très hospitalo-centré et on a l'impression qu'on est quand même loin du médico-social* ». Entretien 9, cadre action gérontologique, d'un CCAS (c).

Le clivage entre les secteurs professionnels ne peut être nié, tout au plus peut-il faire l'objet d'aménagement pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. Dans cette perspective, il est nécessaire de rappeler que le droit est utile à la régulation des rapports

sociaux, et notamment dans les relations professionnelles. Ensuite, si l'on s'éloigne d'une approche exclusivement centrée profession, les technologies d'assistance suscitent des craintes qui vont bien au-delà de la simple acceptabilité. Comment ne pas s'interroger sur l'indispensable qualification juridique des technologies d'assistance alors même que les instances européennes, soucieuses de garantir de nouveaux marchés économiques, abordent les questions de « labellisation des dispositifs médicaux », découvrant ainsi en « creux » la problématique de la responsabilité juridique des professionnels du soin, des industriels. Les technologies de la santé et de l'autonomie sont enfin au cœur des contradictions entre impératifs techniques et devoir d'humanisme, questionnant ainsi les droits et libertés des personnes âgées.

▪ *Le cloisonnement du droit sanitaire et médico-social : un cadre inopérant*

La gérontologie, dans son parcours historique, est une illustration singulière de ce cloisonnement entre le droit sanitaire, médical et médico-social. Nous avons eu l'occasion de l'évoquer précédemment dans ce rapport. C'est ainsi que « *quand on regarde l'histoire de la gérontologie, c'est quand même assez extraordinaire. La gérontologie c'est pas très très vieux finalement, on va dire que ça date de 1962 et du rapport Laroque. C'est lui qui a inventé la gérontologie. Gérontologie très sociale, puis est apparue la dépendance et on a basculé sur du médico-social. Et avec la maladie d'Alzheimer on arrive sur du médical* ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

La construction des secteurs évoqués, sanitaire et médico-social, s'est développée au fil du temps. Elle trouve son ancrage dès le Moyen Age dans la construction des systèmes d'assistance aux plus faibles. Aujourd'hui, si le droit sanitaire s'adresse aux personnes dont la santé est menacée, le droit médico-social concerne plus particulièrement les personnes dont l'état de santé est un des éléments de leurs difficultés sociales. Une telle distinction opérée par le droit et les politiques publiques conduit nécessairement à une « segmentation de la personne », à une très grande difficulté à cerner la personne dans sa globalité et à permettre la coordination des soins.

Cette remarque s'impose d'autant plus que la construction de ces deux systèmes passe par des instruments juridiques distincts. Deux codes, le Code de la Santé Publique (CSP) et le Code de la Famille et de l'Aide Sociale font œuvre de codification entre 1953-1956 et les années 2000. Ils ont été respectivement et principalement complétés par les lois du 31 décembre 1930

et 30 juin 1975 pour le secteur médico-social et la loi du 2 janvier 2002 et du 4 avril 2002 pour le droit des malades et des usagers du système de santé. Chacune de ces lois a d'ailleurs été accompagnée de son cortège de décrets, de circulaires, d'arrêtés « noyant les acteurs sous un déluge textuel confinant à la démesure » (Violla, 2012). Si la loi HPST du 21 juillet 2009 a amorcé la réorganisation des secteurs par une entrée centrée sur le territoire, il manque cependant l'affirmation par le législateur d'un service public unique.

A cette multiplicité des secteurs, à ce défaut de coordination déjà souligné et relevé par un répondant : *« aujourd'hui on voit plus de tiraillement et d'absence de coordination... que de partage d'informations. Il y aurait des gains de productivité et d'efficacité à faire davantage de coordination »*. Entretien 7, acteur sanitaire, et au-delà de leur rivalité supposée ou réelle, c'est toute la prise en charge de la personne vieillissante, vulnérable qui doit être « repensée ». L'un des entretiens évoque cette problématique : *« On a été probablement sur une réflexion anticipatrice pour décider aussi de s'intéresser à l'individu dans sa globalité, au-delà des pathologies. C'est à dire que, ... on s'est dit on est toujours très orientés sur les pathologies c'est à dire aussi par discipline, mais en fait les patients qu'on voit, ils ont des problématiques qui sont beaucoup plus larges, qui sont « bio-psycho-sociales » »*. Entretien 7, acteur sanitaire.

Instiller des technologies d'assistance dans la prise en charge de la personne âgée permet d'investir le champ de l'innovation de rupture. L'un des répondants évoque les technologies comme moyen pour *« décloisonner, défragmenter les services. Il faut apporter une réponse combinée aux besoins, faire remonter l'information, combiner les acteurs autour du parcours »*. Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale. Un autre explique que *« l'innovation sociale et organisationnelle c'est un vrai bon sujet, tout comme la place des technologies dans les organisations »*, Entretien 15, centre relais Rhône-Alpes.

Bien que de nombreux projets visent à replacer ainsi la personne au centre des dispositifs technologiques d'assistance, il n'en demeure pas moins que chacun des acteurs relèvent de dispositions législatives différentes et « dont la construction aboutit à un système peu mobile par nature et cloisonné » (Hénard, Berland, 2011). En cela les technologies d'assistance peuvent uniquement s'appuyer sur la loi HPST pour limiter les ruptures corporatives afin de redéployer par exemple des financements du sanitaire vers le médico-social. Nous avons toutefois souligné plus tôt dans ce travail les limites de ces redéploiements.

- *Une absence de qualification juridique des technologies de santé et d'assistance qui impacte les responsabilités.*

La question « qu'est-ce que vous mettez sous le terme « gérontechnologies » ? » appelle les réponses les plus diverses de la part des acteurs, témoignant de leur désarroi à qualifier les « gérontechnologies ». Cela va d'une représentation générale : « Pour moi la gérontechnologie dans ce qu'elle a de plus abouti et ce qui me fait certainement le plus peur c'est ces espèces de robots qu'ils ont construits au Japon et qui prennent la place de professionnels parce qu'ils ont trop de personnes âgées. Moi je trouve ça déshumanisant » Entretien 2, cadre action gérontologique, (a), à une distinction très nette avec la domotique ou à l'évocation de la télémedecine, A cette difficulté pour les professionnels de « cerner » les technologies de santé et d'assistance s'ajoute une absence de qualification juridique, elle-même source d'instabilité juridique en terme de responsabilité.

✓ *Les technologies de santé et d'assistance : des dispositifs médicaux ?*

Les technologies de la santé et de l'assistance recouvrent des domaines technologiques et d'intervention médicale et médico-sociale très divers. Elles peuvent être de confort, de sécurisation ou de lien social. Il est essentiel dès lors d'interpeller leur qualification juridique. Le Code de la santé publique (article L. 5211-1 tel que modifié par l'ordonnance n°2010-250 du 11 mars 2010) définit le dispositif médical comme « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ». Le même article précise que constitue « un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques ».

Ainsi définis, les dispositifs sont destinés à être utilisés à des fins bien précises (article R.5211-1 CSP) de « diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie », « de compensation d'une blessure ou d'un handicap ». Cette définition suffisamment large permet ainsi de faire rentrer les « gérontechnologies » approchées comme

des technologies d'aide et d'assistance pour les personnes âgées dans le champ d'application de la loi.

Dès lors, les technologies de santé et d'assistance relèvent d'un régime juridique destiné à garantir leur sécurité : le marquage CE, lequel conditionne leur mise sur le marché. Un dispositif médical ne peut être commercialisé ou mis en service que s'il est revêtu du marquage CE, certificat « attestant ses performances ainsi que sa conformité à des exigences essentielles concernant la sécurité et la santé des patients, des utilisateurs et des tiers » (article L.5211-3 CSP). Cette appréciation ainsi que « l'évaluation des effets indésirables et du caractère acceptable du rapport entre les bénéfices et les risques » doivent être fondées « sur des données cliniques ou des investigations cliniques ». A cet égard, le Code de la Santé Publique souligne également que les dispositifs médicaux doivent être conçus et fabriqués, « compte tenu de l'état de la technique généralement reconnu, de telle manière à ne pas compromettre directement ou indirectement l'état clinique et la sécurité des patients, la santé et la sécurité des utilisateurs ou d'autres personnes, comme la « sécurité des biens ». Ce même article précise qu'« effet secondaire et indésirable n'est admis que s'il présente un risque acceptable au regard des performances du dispositif (article R. 5211-21 CSP).

Les dispositifs médicaux, à l'exception des dispositifs implantables actifs, sont répartis en quatre classes en fonction de leur destination et du risque qu'ils représentent en relation avec leur degré d'interaction avec le patient (ainsi assimilé au danger, sans référence à l'effet de la défaillance d'un élément). Le Code de la Santé Publique distingue ainsi les dispositifs non invasifs (classe I), les dispositifs actifs échangeant de l'énergie (II), les dispositifs actifs échangeant de l'énergie potentiellement dangereuse (IIb) et les dispositifs implantables ou dispositifs invasifs à long terme (III).

La plupart des technologies de santé et d'assistance appartiennent aux classes I et II. Les logiciels informatiques commandant un dispositif ou agissant sur son utilisation relèvent automatiquement de la même classe. Selon le type de dispositif et les risques qui y sont attachés, les procédures d'évaluation de la conformité aux exigences qui détermine le marquage CE suivent des modes de preuve différents : dans le cas des dispositifs de la classe I, potentiellement à faible risque, cette vérification est faite par le fabricant lui-même. Les autres doivent être évalués par un organisme désigné par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) ou par l'autorité compétente d'un autre état

membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Enfin selon le Code de la santé publique, « les dispositifs médicaux qui sont aussi des machines » au sens de l'article R.4311-4 du Code du travail sont également conformes aux exigences essentielles « prévues par ce même code en matière de santé et de sécurité, si un risque particulier existe et si ces exigences essentielles sont plus appropriées et contraignantes que celle du présent titre » (R. 5211-17).

Ce cadre juridique est appelé à être renforcé comme le préconise l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans la perspective de l'adoption de nouveaux règlements européens⁶⁰. Le 26 septembre 2012, la Commission européenne a ainsi rendu publiques deux propositions de règlements appelés à remplacer les directives actuelles, pour des « dispositifs médicaux plus sûrs, efficaces et innovants ». Un des points du nouveau dispositif porte notamment sur le renforcement de la surveillance des organismes d'évaluation indépendants par les autorités nationales. L'objectif est d'apporter la garantie que les fabricants sont soumis à des évaluations rigoureuses et à des contrôles réguliers. A cet effet, la Commission recommande notamment l'introduction d'une identification unique des dispositifs (IUD) pour une meilleure traçabilité⁶¹.

Toute violation de ce cadre posé est de nature à engager la responsabilité des fabricants en cas de dommage corrélatif. Mais il ne s'agit là que de l'un des types de responsabilité possible en relation avec les usages des technologies de santé et d'assistance.

✓ *Pour quelles responsabilités ?*

Médecins, industriels, téléopérateurs, institutions de santé, producteurs et utilisateurs sont ainsi soumis à de multiples obligations : obligation de sécurité des matériels, obligation de résultat qui conduit à l'adoption de normes juridiques et techniques précises, engagement de la responsabilité en cas de manquement à ces différentes obligations. Les technologies d'aide et d'assistance peuvent cependant s'avérer dommageables pour les personnes en cas de dysfonctionnement. Un vice, un défaut de conception ou une défaillance de la technologie elle-même au cours de son utilisation, peuvent conduire à mettre en cause par principe la

60 ANESM, Bilan des règles applicables à la sécurité des dispositifs médicaux et propositions d'améliorations, Rapport au Parlement, septembre 2012

61 Recommandation du 5 avril 2013 relative à un cadre commun aux fins d'un système d'identification unique des dispositifs médicaux dans l'Union, (2013/172/UE).

responsabilité du producteur ou du fabricant. Une telle présomption ne saurait cependant exclure une éventuelle mise en cause de l'utilisateur –professionnel du soin, usager- du dispositif qui participerait à la réalisation du dommage.

En ce domaine, l'hypothèse la plus courante semble relever de la responsabilité sans faute du fait du défaut du dispositif médical. Les technologies d'aide et d'assistance peuvent en effet s'avérer potentiellement dangereuse en raison d'une erreur logicielle, les logiciels étant considérés par la législation comme des éléments du dispositif lui-même, d'un défaut de conception ou de dysfonctionnement. Les victimes ont, dans cette hypothèse, une situation juridiquement « consolidée » pour agir en justice. Depuis la transposition en droit interne de la directive 85/374/CEE du 25 juillet 1985 par la loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, la responsabilité liée aux produits de santé s'inscrit largement dans le cadre particulier d'un régime de responsabilité sans faute à la charge des producteurs. Il s'agit de l'affirmation du principe d'une responsabilité de plein droit, responsabilité objective, détachée de toute idée de faute ou de négligence. En conséquence, la victime d'un dommage lié à un médicament ou dispositif n'a pas à apporter la preuve d'un comportement fautif pour bénéficier de la réparation. Elle doit simplement prouver le dommage, le défaut du produit et le lien de causalité entre les deux.

Selon l'article 1386-1 du Code Civil, le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'il soit ou non lié par un contrat à la victime. Un produit est considéré comme défectueux « lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre ». Dans l'appréciation de la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre, il doit être tenu compte de toutes les circonstances et notamment de la présentation du produit, de l'usage qui peut en être raisonnablement attendu et du moment de sa mise en circulation. A ce propos, la révision en cours du régime juridique des dispositifs médicaux envisage de clarifier les droits et les responsabilités des fabricants, des importateurs et des distributeurs et de faciliter ainsi les actions en responsabilité. Le Comité économique et social européen (CESE) estime que la directive 85/374/CE sur la responsabilité des produits défectueux ne protège pas suffisamment les victimes en cas de défaillance d'un dispositif médical, car elles ne disposent pas de toutes les informations leur permettant d'établir sans conteste la défectuosité du produit. Il préconise que « lorsque le patient doit prouver qu'il a subi un préjudice du fait d'un dispositif médical défectueux, le fabricant devrait mettre à disposition dudit patient (ou du payeur tenu d'acquitter le coût du traitement) toute la documentation et les informations requises concernant la sécurité et l'efficacité du dispositif en question ». En outre, le CESE demande à

la Commission de « garantir, par des mécanismes appropriés, le versement d'une indemnisation n'entraînant pas de hausse massive du prix des dispositifs médicaux »⁶².

Cette responsabilité du fait du dispositif médical est portée, en priorité par le producteur, qu'il en soit le fabricant ou qu'il ait fourni la matière première ou l'une des composantes. A la lecture des textes, tout fabricant de dispositif médical, toute personne responsable de la conception, de la fabrication, du conditionnement, de l'étiquetage en vue de la mise sur le marché en son nom propre, est considéré comme fabricant de dispositif médical. Cette définition large permet d'englober de nombreux acteurs du système de santé.

Si les producteurs ne peuvent pas s'exonérer en prouvant qu'ils n'ont pas commis de faute ou encore que le dispositif a été fabriqué dans les règles de l'art, le législateur a néanmoins prévu des causes d'exonération à apprécier au cas par cas. Ainsi le producteur peut démontrer que, compte tenu des circonstances, le défaut qui a occasionné le dommage n'existait pas au moment où le produit a été mis en circulation ou que l'état des connaissances scientifiques ne permettaient pas de déceler l'existence d'un défaut. Ce régime a vocation à s'appliquer aux producteurs, c'est-à-dire essentiellement aux industriels, et ne devrait concerner ni les médecins, ni les établissements comme les EPHAD dès lors qu'ils n'ont pas la qualité de producteurs.

5.1.2. Des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile qui viennent percuter des pratiques et des responsabilités professionnelles.

Ces technologies et les capacités de surveillance et de contrôle social qu'elles recèlent modifient les termes de la confrontation classique de la liberté des individus et de leur responsabilité sociale. Cette dernière remarque concerne tout autant l'utilisateur (personne âgée en perte d'autonomie) des technologies de la santé et de l'autonomie, que le personnel soignant, social, médico-social qui intervient au domicile -dans l'hypothèse de maintien à domicile- ou en institution -EPHAD par exemple-. Certaines technologies de la santé et d'assistance sont en effet appelées à recueillir des données personnelles ou indirectement personnelles, des données sociales ou/et des données de santé. Ces dernières sont considérées et traitées comme des données sensibles par les textes, pour lesquelles l'interdiction de la

62 Avis du Comité économique et social européen sur la « Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif aux dispositifs médicaux et modifiant la directive 2001/83/CE, COM(2012) 542 final.

collecte est posée en principe⁶³⁶⁴. Il ne s'agit pas dès lors de s'inquiéter des risques de dommages potentiels des technologies, mais plutôt des menaces de dérive dans leur utilisation pour la personne vieillissante ainsi que pour le personnel soignant, voire pour les aidants familiaux. Le problème n'est donc pas tant celui de la technologie que de l'usage qui peut en être fait, des finalités de son utilisation, des abus éventuels d'utilisation. A cet égard les questionnements juridiques et éthiques ne sont pas nouveaux, ils ressemblent à ceux formulés vis à vis de la vidéosurveillance, du développement des RFID.

- *La collecte et le partage des données.*

Le principe selon lequel toute personne a droit à la protection des données la concernant est acquis en droit français et en droit communautaire. En droit interne, la loi 78-17 du 6 janvier 1978 définit la donnée à caractère personnel « comme toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres ». Pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens en vue de permettre son identification dont dispose ou auxquels peut avoir accès le responsable du traitement ou toute autre personne. Pour sa part, le projet de règlement européen sur la protection des données personnelles dans le domaine de la santé définit la donnée de santé comme « toute information relative à la santé mentale ou physique d'une personne ou à la prestation de services de santé à cette personne »⁶⁵

Or les données de santé sont considérées et traitées comme des données sensibles par les textes⁶⁶. Elles bénéficient comme telles d'une protection renforcée sous le contrôle de la CNIL

63 Article 8-I : « Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci. »

64 Loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; directive 24 octobre 1995, 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ; Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne, article 8 ; Travaux du groupe de travail Article 29 sur la protection des données ; Proposition de résolution européenne, présentée au nom de la commission des lois sur la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données et à la libre circulation de ces données (E 7055), 22 février 2012, par S. Sutour.

65 Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, 2012/0011.

66 Loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; directive 24 octobre 1995, 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ; Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne, article 8 ; Travaux du groupe de travail Article 29 sur la protection des données ; Proposition de résolution européenne, présentée au nom de la commission des lois sur la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données et à la libre circulation de ces données (E 7055), 22 février 2012, par S. Sutour.

et du juge. Il est ainsi interdit de collecter ou de traiter de telles données. Toutefois la loi prévoit également un certain nombre de dérogations strictement encadrées s'agissant des « traitements pour lesquels la personne a donné son consentement exprès » ou « aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soin ou de traitements »⁶⁷. Les précautions classiques leur sont appliquées : information complète de la personne, consentement obligatoire, droit d'accès et de rectification, droit d'opposition, droit à l'oubli.

Au-delà des principes, l'énoncé de la donnée de santé ne peut donc plus se limiter à l'indication d'une maladie, la vieillesse, le handicap n'étant pas en soi des maladies au sens strict –tant la prise en charge sanitaire d'une personne emporte également la connaissance de sa situation familiale ou sociale et fait intervenir des acteurs multiples, professionnels de santé et personnels sociaux. Il s'agit donc de maintenir un équilibre afin d'éviter les dérives d'un système d'assistance à un dispositif de contrôle. Cependant, si le cadre juridique du partage d'informations informatisées dans le domaine médical est relativement abouti, il n'en va pas de même en ce qui concerne le partage des informations dans le domaine sanitaire et médico-social. Le cadre juridique actuel de l'échange et du partage des données est fondé sur le principe essentiel du respect du secret professionnel tel qu'il est défini par l'article 226-13 du Code pénal. Seule une disposition législative pourrait y déroger et instaurer un secret partagé sous certaines conditions. Il est d'ailleurs à remarquer que le secret sanitaire et médico-social est couvert par deux textes, d'une part l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique et d'autre part l'article L. 311-13 du Code de l'action sociale.

Au-delà de ces textes, il n'existe pas de cadre législatif général permettant l'échange et le partage des données personnelles dans le secteur médico-social. Les différences ainsi faites sur le terrain juridique entre une donnée de santé et une donnée médico-sociale, entre le secret professionnel et la confidentialité, trouvent leurs limites au contact de la réalité de terrain. En adoptant les dispositions sur le DMP (article L 1111-14 CSP), le législateur a posé le principe

67 Article 8 «I- Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle de celles-ci. II- Dans la mesure où la finalité du traitement l'exige pour certaines catégories de données, ne sont pas soumis à l'interdiction prévue au I : 1/ les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement express... 6/ Les traitements nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitement, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel prévue par l'article 226-13 du Code pénal... ».

que les professionnels de santé pouvaient partager les données, l'accent étant mis sur le parcours de soin, ou le parcours de vie, traduisant ainsi la continuité, par les technologies de la santé et de l'assistance le cas échéant, dans la prise en charge de la personne. Ne pourrait-on pas imaginer de nouveaux métiers dédiés au partage et à transmission des données, des techniciens du soin ?.

Au-delà du « simple partage des données » se profile la question de leur confidentialité. A cet effet, le Code de la santé publique rappelle dans son article L. 1110 – 4 que « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Ces règles ont été précisées par le décret du 15 mai 2007 « Confidentialité », loi HPST, L. 1111 - 8 Code de la santé publique. Sur un plan européen, Viviane Reding, vice-présidente et membre de la Commission européenne, en charge de la justice, des droits fondamentaux et de la citoyenneté a rappelé qu'il était nécessaire d'adapter les législations « pour qu'elles restent en phase avec les défis qu'impliquent les nouvelles technologies et le mondialisation ».

Enfin, pour envisager le partage des données, il apparaît nécessaire que ces données soient stockées sur des serveurs. Le stockage des données de santé à caractère personnel par un « hébergeur » est soumis à l'obtention d'un agrément par le ministre en charge de la Santé. Donné pour trois ans, il est accordé après évaluation et validation par un comité *ad hoc*. Les professionnels de santé ne peuvent accéder aux données qu'à l'aide de leur carte de professionnel de santé (CPS) ou à travers des dispositifs définis par l'ASIP Santé⁶⁸. Le personnel de l'hébergeur ne peut quant à lui accéder aux données de santé qu'avec des habilitations spécifiques préalablement définies et acceptées dans le cadre de l'agrément. Le patient, enfin, ne peut connaître ses données qu'à travers le médecin de l'hébergeur. Il est intéressant de remarquer la proposition du législateur qui distingue différents types de cartes selon la profession exercée et selon le niveau de responsabilité du porteur. Trois cartes professionnelles sont ainsi respectivement délivrées aux professionnels de l'Ordre ou réglementé, aux professionnels de santé en formation et aux non professionnels de santé, salariés d'établissement.

68 L'ASIP santé a vocation à développer, coordonner et participer à la régulation de l'E-santé en France. [Http://esante.gouv.fr/asip-sante](http://esante.gouv.fr/asip-sante). Nous avons évoqué la création de l'ASIP dans la première partie de ce travail.

D'ores et déjà des industriels proposent des solutions opérationnelles, des plateformes ouvertes et innovantes pour héberger les données. A titre d'exemple, H2A⁶⁹ propose un processus de traitement qui intègre toutes les phases que sont l'acquisition des données médicales, leur présentation et traitement sur le système central, leur hébergement sécurisé et leur partage avec les personnes dûment autorisées.

Le développement des technologies d'assistance, en ce qu'elles interfèrent dans les systèmes d'aide et de soins, qui mobilisent tant des acteurs familiaux que professionnels, est en tout cas de nature à générer des perturbations de ces systèmes notamment sur le registre socio-organisationnel. L'organisation de l'aide familiale et/ou du travail professionnel à domicile peut se trouver effectivement modifiée par l'introduction de dispositifs visant le stockage et le partage d'informations médicales, sociales et sanitaires entre les acteurs. La sécurité des données participe dès lors de la confiance que l'utilisateur (personne fragile, médecin, infirmier, aide-soignant) peut avoir dans l'aide technologique. La protection des données à caractère personnel est ainsi devenue un sujet majeur dans les relations sociales sur les lieux de travail.

Des outils comme la géolocalisation, la vidéosurveillance sont en effet déjà largement mis en place. Or ces dispositifs enregistrent quantité de données personnelles sur les salariés qui se succèdent au domicile ou dans la chambre de l'utilisateur des technologies et d'assistance et peuvent parfois porter atteinte à leurs droits ou à leur vie privée. En France, la CNIL encadre l'utilisation de ces outils, y compris sur les lieux de travail, notamment en s'assurant que les personnes concernées (employeurs, employés, organisations syndicales, etc.) sont informés de leur droits et de leurs obligations en matière de protection des données à caractère personnel⁷⁰. Afin de limiter les risques ne faudrait-il pas recommander la désactivation du système embarqué au domicile de la personne âgée pendant les soins ? Cette restriction ne pourrait-elle pas être imposée aux fabricants ?

- *Des responsabilités professionnelles en évolution.*

Les technologies d'assistance et de santé à domicile sont notamment susceptibles, par ricochet, d'alourdir la charge des responsabilités des personnels des secteurs sanitaire et médico-sociaux. Les technologies, par leur intrusion dans le soin et l'accompagnement de la

69 [Http://www.had.net](http://www.had.net)

70 « Protection des données personnelles au travail : les bonnes pratiques ». Site Internet de la CNIL.

perte d'autonomie, conduisent inexorablement l'une des parties (le personnel sanitaire et médico-social) à assurer vis à vis de la personne âgée une obligation de sécurité. Cette obligation est à la fois tacite, elle va de soi et n'a pas besoin d'être stipulée dans un contrat, et absolue car « celui qui en est tenu doit restituer, au moment voulu son contractant à lui-même, la victime se trouvera quant à la preuve dans une situation assez avantageuse » (Martinet, 2012). Dès lors, l'obligation de sécurité s'analyse comme une obligation de moyen : les personnels doivent faire ce qui est nécessaire pour qu'aucun accident ne survienne. Cette obligation de surveillance peut en outre se trouver renforcée du fait du manque de discernement de la personne. Cette responsabilité du fait personnel est indépendante de la responsabilité des producteurs liée à la défaillance technique ou au dysfonctionnement des dispositifs médicaux. Cette « spéculation juridique » démontre s'il en est besoin que les technologies interrogent les responsabilités des acteurs, elle fait écho à l'un des interviewés qui regrette que les questions juridiques ne soient « *qu'entre aperçues* ».

5.1.3. Droits fondamentaux, sécurité et liberté.

La situation de vulnérabilité des personnes âgées rend complexe et néanmoins indispensable l'évocation de la notion de dignité, comme argument juridique. Les textes qui se réfèrent expressément à la dignité sont nombreux, leurs origines sont fort diversifiées mais aucun d'eux n'en donne pourtant une définition. Qu'il s'agisse de textes à portée universelle, de règles internationales ou de droit interne, la dignité est en effet devenue une notion incontournable. Le préambule de la Déclaration universelle des droits de l'homme inscrit la dignité dans la création d'un lien qui unit et rattache chacun d'entre nous à l'humanité : « la reconnaissance d'une dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde ». Dans cette perspective, il convient de rappeler que le 27 juillet 1994, le Conseil Constitutionnel, saisi d'un recours à l'occasion de l'adoption des premières lois de bioéthique, se réfère dans son considérant 18 à « un principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine »⁷¹. La sauvegarde de la dignité humaine est ainsi érigée en véritable principe constitutionnel. L'article 16 du Code civil en disposant que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie » fait de la dignité un véritable droit matriciel, c'est à

71 Conseil Constitutionnel, 27 juillet 1994, n°94-343/344 dc.

dire à la fois il pose un principe source d'application directe et dessine le creuset de droits corollaires.

Cependant, il apparaît qu'à la lecture des textes l'interprétation de la dignité n'est pas univoque. Si la plupart des textes font référence à un principe qui s'applique « à tous les membres de la famille humaine », d'autres textes comme l'article 116-2 du Code de l'action sociale et des familles⁷² en restreint la portée à « tous les êtres humains ». D'autres dispositions visent plus spécifiquement la dignité de la personne. L'article L. 311-3 du Code de l'Action sociale et des familles énonce ainsi que « l'exercice des droits et libertés est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurées : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité (...) ». Au vu de cet article, la dignité s'applique à toute personne prise en charge, elle est le principe fondamental sur lequel vont s'adosser la liberté de consentir, d'aller et de venir ou la protection de la vie privée.

- *La liberté de consentir.*

En introduisant un corpus de règles sur les droits fondamentaux de la personne, la loi du 4 mars 2002 fait du consentement et de l'information du patient/usager du système de santé, un élément essentiel dans le parcours de soin. L'article L. 1111 - 4 alinéa 3 dispose ainsi : « aucun acte médical, aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Dès lors, le consentement de la personne⁷³, si elle est en mesure de le délivrer, ce qui n'est pas toujours le cas, est à chaque fois requis, après information exhaustive et à réitérer si nécessaire. Il doit également être prévu et organisé, conformément aux textes, une procédure permettant au patient de suspendre ou d'interrompre l'utilisation de la technologie, afin de pouvoir retrouver son intimité ou d'affirmer sa liberté (Violla, 2012).

La médiation des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile s'inscrivent naturellement dans le projet d'accueil et d'accompagnement introduit par la législation en

72 « L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

73 Article 16-3 Code civil « le consentement est de règle en matière thérapeutique sauf si l'intéressé est hors d'état de le formuler ».

2002, qui présente par ailleurs l'intérêt d'être commun à l'ensemble du secteur social et médico-social. Il est cependant pertinent de remarquer que la plupart des professionnels préfèrent parler de « projet personnalisé » pour qualifier « la démarche de co-construction entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal le cas échéant) et les équipes professionnelles⁷⁴

- *La liberté d'aller et de venir.*

La liberté d'aller et de venir, parfois appelée liberté de déplacement ou de circulation, constitue une liberté fondamentale de la personne physique. Les technologies d'assistance peuvent s'analyser comme des atteintes portées à cette liberté fondamentale et comme des aménagements contrôlés de la liberté d'aller et de venir. La première condition réside dans le consentement de la personne. Une interprétation laisse à supposer que la personne a le choix entre l'acceptation et le refus de la technologie. De même les restrictions imposées par un impératif de sécurité doivent se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution générale⁷⁵.

Condition essentielle, le consentement de la personne n'est pas toutefois une condition suffisante. Outre qu'elles doivent trouver une justification objective (par exemple la sécurité de la personne), les mesures restrictives de liberté doivent être à la fois nécessaires et proportionnées. Des restrictions qui constitueraient de simples commodités pour les personnels soignants ou pour les aidants seraient, de ce point de vue, illicites. Une analogie peut être retrouvée avec la contention qui doit être « exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis : recherche préalable systématique d'alternatives, prescription médicale en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical »⁷⁶.

A ce propos, la distinction tranchée entre d'une part, les personnes dépendantes privées de discernement et d'autre part, les personnes lucides et autonomes, est dans une certaine mesure artificielle, car il existe une grande diversité de degrés et de formes de dépendances chez les

74 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux, janvier 2012. www.sante.gouv.fr

75 CE 1er février 1980, Cie d'Assurances l'Europe, A.J.D.A 1980, p 376.

76 Sur la contention des personnes âgées, voir la recommandation de la HAS.

personnes âgées. Les restrictions applicables aux premières s'effectuent plutôt dans une démarche de bienfaisance et de protection, celles applicables aux secondes plutôt dans une démarche d'autonomie et de responsabilisation. Indépendamment de toute question relative à la légitimité des restrictions apportées à la liberté d'aller et de venir c'est la finalité thérapeutique des technologies de l'autonomie et de la santé à domicile qui surgit sur le devant de la scène.

- *La protection de la vie privée.*

« L'importance du droit au respect de la vie privée va malheureusement de pair avec l'imprécision de son contenu. La vie privée se prête mal à une définition ; elle fait partie de ces notions « dont chacun perçoit les limites sans toutefois réussir à les fixer avec précision » (Thierry, 2012). Notion floue, s'il en est, la Cour européenne des droits de l'homme va jusqu'à considérer que le droit au respect de la vie privée, protégé par l'article 8 de la Convention, comprend un droit à la liberté d'un choix de vie, c'est à dire la liberté de se suicider⁷⁷. Fort de cette jurisprudence, l'intrusion de technologies d'assistance et de santé particulièrement invasive (par exemple, les bracelets GPS) dans une chambre, sphère privée par excellence peut se regarder comme une atteinte à la vie privée.

5.2. Les enjeux éthiques : définir un cadre normatif qui permette le respect de la personne et de ses droits.

La méconnaissance, l'insuffisance ou l'inadaptation du droit aux réalités générées par les nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie semblent conduire à un glissement où l'éthique est convoquée, en lieu et place du droit, comme mode de régulation central de leur expérimentation, de leur développement et de leur usage. A travers leurs questions et leurs positionnements, les différents acteurs se réfèrent à l'éthique, mais sa définition et sa distinction vis-à-vis du droit restent incertaines. Plusieurs approches sont proposées où l'éthique apparaît tout à la fois comme la recherche d'un mieux-être pour les personnes âgées, leur entourage familial ou professionnel et comme la nécessité de fixer un cadre aux pratiques sociales et professionnelles qui permette de respecter au mieux les droits et les libertés des personnes présentées comme fragiles, vulnérables ou dépendantes.

77 CEDH, 29 avril 2002, Prtty/Royaume Uni n°2346/02 F. Vialla (sous la dir.) *Les grandes décisions du droit médical*, p.76.

5.2.1. L'éthique : un positionnement qui se réfère implicitement au principe de « bienveillance ».

La pertinence d'un recours aux nouvelles technologies et de leur développement dans le champ de la vieillesse, n'a pas fait l'objet d'un réel débat politique en France. Pouvons-nous, et devons-nous les inscrire dans les dispositifs existants ? Au nom de quelles valeurs et de quels principes éthiques conviendrait-il de les développer ou au contraire de les rejeter ?⁷⁸. Fondamentalement, quelles sont les représentations de l'Homme et des solidarités humaines, quels sont les choix de société qui sont à l'œuvre derrière ce positionnement en faveur des nouvelles technologies ? Quelles sont et quelles seront les impacts probables, les conséquences humaines, sociales et politiques de leur application ? Qu'en est-il des libertés fondamentales de la personne humaine dans un contexte où prédominent les logiques sécuritaires ? Faudrait-il distinguer les positions selon les types de technologies et leur mode d'élaboration ? Ce débat/questionnement sur les valeurs qui est l'une des définitions de l'éthique (Rameix, 1996), sur les enjeux qu'il conviendrait d'appréhender, relève des choix de société qui sont au cœur des politiques publiques. Cette première approche de l'éthique, qui privilégie la réflexion sur les finalités de nos actions, sur ce qui est juste et souhaitable pour soi-même, pour autrui, et pour l'humanité dans un espace et un temps donné, s'avère essentielle puisque nous sommes confrontés à des évolutions sociales, scientifiques et technologiques qui demeurent impensées et qui interagissent sur des personnes vulnérables, confrontées à la maladie, à la vieillesse et à la mort.

Dans un contexte où dominent les impératifs économiques et la volonté de créer un nouveau marché, où le développement de la Silver Economy représente l'une des orientations centrales des politiques publiques actuelles du vieillissement et de la dépendance, les nouvelles technologies pour la santé et l'autonomie sont présentées comme l'une des réponses les plus prometteuses aux besoins des personnes âgées en nombre croissant. Leur essor est jugé comme désormais inévitable et, en conséquence, il ne s'agit plus de débattre de leur éventuelle introduction dans l'aide et le soin aux plus âgés ou de choix éventuels entre une réforme des politiques et des dispositifs existants et leur développement. C'est au nom des principes de solidarité et de bienveillance qu'une obligation morale apparaît, évoquée

⁷⁸ Les grands principes éthiques examinés par le Conseil Consultatif National d'Éthique – CCNE- comme en éthique médicale, qui guident la réflexion lorsqu'il s'agit d'émettre un avis ou de prendre des décisions sont essentiellement : les principes de Dignité et d'Autonomie de la personne, d'Égalité et d'Équité, de Solidarité et de Justice, de bienveillance, bienfaisance, non malveillance, etc.

implicitement par les acteurs politiques et économiques, par des experts du domaine, obligation qui incomberait à l'ensemble de la société : pour répondre aux difficultés rencontrées par les personnes avec l'avancée en âge, réduire les dysfonctionnements d'un système cloisonné et souvent inopérant, et dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé, toutes les ressources doivent ainsi être mobilisées (Rialle, 2012). Dans cette perspective, les technologies sont présentées comme une visée « bonne en soit »⁷⁹, dès lors qu'elles s'inscrivent dans une finalité humaniste où il s'agit de « prendre soin » des personnes les plus vulnérables, en référence à la philosophie du Care⁸⁰.

En ce sens, l'éthique est décrite par les acteurs de ce nouveau secteur comme la recherche de ce qui est juste et souhaitable pour les personnes âgées, comme une posture visant à apporter des réponses à de réels besoins à condition toutefois que les usagers -personnes âgées, familles ou professionnels- soient associés à leur construction et que rien ne leur soit imposé. Différents acteurs œuvrant à la création et au développement de ces technologies évoquent cette visée de progrès qui les rassemble, la complémentarité indispensable entre des technologies, une présence et une aide humaines, que l'on ne saurait opposer. Pour certains Centres experts, les technologies doivent ainsi contribuer à améliorer la qualité de l'accompagnement :

« Ce qui me préoccupe, c'est l'apport sur l'amélioration du travail des professionnels dans leur quotidien qui impacte la qualité de l'accompagnement... Ceux avec qui je travaille pensent que les technologies peuvent apporter un confort dans le cadre quotidien de leurs personnels, derrière il y a une qualité de service pour des familles qui ont besoin de s'assurer que leurs proches sont en sécurité... ». Entretien 22, centre expert Limousin.

Cette posture, où l'éthique apparaît comme une mise en adéquation entre une juste appréciation des besoins et des réponses technologiques utiles aux personnes, est partagée par une association dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et de défendre leurs intérêts :

⁷⁹ Paul Ricoeur : « *L'éthique est la visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans les institutions justes* ».

⁸⁰ L'éthique du care est invoquée pour opérer des choix au nom de valeurs qui privilégient « l'attention à l'autre et à ses besoins, la responsabilité de répondre à un besoin en déterminant le moyen approprié, la compétence permettant d'accomplir efficacement l'acte de soin, la capacité de réponse permettant un rééquilibrage entre les besoins de ceux qui dispensent les soins et les besoins de ceux qui les reçoivent » (Tronto J., 2009, cité par Ben-Ahmed, 2012).

« Il nous faut être garant de l'éthique, les propositions doivent être fondées sur les besoins des personnes, ces sont les besoins qui créent la technologie. Une association comme la nôtre à ce rôle-là, l'élaboration des besoins. (...). Pour moi, le principal défi éthique de ce projet relatif aux technologies est de ne pas imposer n'importe quoi à la personne, d'évoquer tout ce qui a rapport avec les usages. Notre volonté est bien d'associer les usagers à la construction de ce programme ».
Entretien 1, Acteur associatif, secteur gérontologique.

Mais dans ce contexte, où les besoins sont définis par les techniciens et les experts, le respect des libertés individuelles doit être cependant le fondement de la réflexion pour l'intervention des acteurs impliqués dans ce secteur : *« La technologie doit être appliquée à un besoin particulier. Il faut partir de là et se dire « comment je peux respecter la liberté de choix quand on crée un besoin collectif ? »... La société crée des obligations, elle doit respecter la liberté fondamentale de l'être humain de rester chez lui. Nos sociétés ne doivent pas transiger avec ça ».* Entretien 4, acteur sanitaire et industriel.

Cependant, en deçà de ces postures, et dans un mouvement descendant, d'autres représentations de l'éthique sont convoquées qui progressivement seraient appelées à structurer le champ des possibles.

5.2.2. L'éthique : un rappel des valeurs, des principes et des droits devant guider le développement et le recours aux technologies de la santé et de l'autonomie.

Si les nouvelles technologies « suscitent des espoirs bien réels (...) », elles vont « parfois très loin (...) » en particulier dans leur capacité de « tout savoir » sur quelqu'un, de décider de manière automatique ou de se substituer aux aidants familiaux ou professionnels pour des compétences requérant un engagement humain. Connaître non seulement son état biopsychologique grâce à toutes sortes de capteurs, mais aussi localiser la personne à tout moment, suivre à la trace ses déplacements, voire tous ses faits et gestes posent la question des droits et des libertés individuelles » (Hirsch, Rialle, Schaer, 2011). En conséquence, pour faire face à ces risques dont sont porteuses les technologies de la santé et de l'autonomie, « il s'agit de concevoir un cadre susceptible de concilier des avancées nécessaires au service de la personne malade dans son environnement, avec le respect de sa Dignité et de ses droits » (Hirsch, Rialle, Schaer, 2011).

Ce cadre que certains experts de l'éthique et des nouvelles technologies appellent de leurs vœux, existe cependant, même s'il est jugé relativement pauvre par ceux qui s'y réfèrent. Elaboré à différents niveaux, il est pour l'essentiel constitué de rappels des libertés et des droits fondamentaux de la personne, droits des malades, droits des usagers des services et établissements médico-sociaux appliqués aux gérontechnologies. Ces normes incarnent également les valeurs et les principes qui structurent les professions du soin et de l'accompagnement, fondements de leurs déontologies professionnelles. Dans un contexte où prime souvent la sécurité, pour les familles comme pour les professionnels, ces recommandations bannissent des pratiques qui s'écarteraient de la recherche de ce point d'équilibre entre liberté et sécurité voulue par Michèle Delaunay :

« Alors on a changé le système de réceptacle de la balise. Le fournisseur nous a proposé de mettre des aimants, comme des antivols (...), on mettait la ceinture et on mettait des aimants pour qu'elles ne puissent pas enlever leur ceinture (...). Alors, comme elles ne pouvaient pas enlever la ceinture, elles la découpaient ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

« Le bracelet, c'était bien, un bracelet en plastique, comme une montre, la personne ne pouvait pas l'enlever(...), ils veulent rentrer chez eux la plupart du temps, mais ils n'ont pas le droit de sortir». Entretien 28, collectif, IDE et aides-soignantes EHPAD.

Au premier rang, les acteurs étatiques dans une alliance avec les professionnels du secteur de la gériatrie, des experts de la gérontologie, des technologies et du droit, avec d'autres instances nationales en charge de veiller à la protection des droits et libertés individuelles, de « dire l'éthique » (Lucas, 1990), ont émis un certain nombre d'avis et de recommandations, proposé des repères destinés à réguler les pratiques de contrôle et de surveillance des personnes, notamment, et essentiellement, lorsqu'elles présentent des troubles cognitifs. Le Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et handicapées (CNBD), saisi par Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées, dans une Charte sur les « Bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice des personnes âgées présentant des troubles des fonctions des fonctions supérieures », précise et rappelle certaines valeurs, des principes et des normes générales⁸¹

⁸¹ Charte sur les « bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice des personnes âgées présentant des troubles des fonctions des fonctions supérieures », rendue publique le 25 juin 2013. L'élaboration de cette charte a associé notamment des médecins gériatres et des professionnels de l'action

validés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)⁸², qui s'est elle-même saisie de la question des risques inhérents aux « systèmes de suivi et d'assistance électronique des personnes âgées ou désorientées »⁸³. Ces deux instances, outre l'affirmation de pratiques à bannir, insistent sur l'importance du respect de la primauté de la personne et de ses souhaits, de la préservation de sa dignité et de sa vie privée, de son intégrité, de son intimité, de sa liberté d'aller et venir, tout en prenant en compte la nécessaire préservation de sa sécurité.

Dans son avis en date du 24 juillet 2013, la CNIL, inquiète de l'essor des technologies de la santé et de l'autonomie, notamment des dispositifs/boîtiers de géolocalisation, mais aussi de tous « les bracelets électroniques permettant de déclencher une alarme, les capteurs de mouvement ou de température placés au domicile d'une personne ou sur elle-même », « dispositifs de reconnaissance biométrique », ou encore « systèmes de monitoring à distance par Internet », rappelle que les proches et les professionnels doivent rester les premiers acteurs de la sécurité des personnes concernées.

Le CNBD et la CNIL précisent en outre :

- Que ces dispositifs doivent être au service de la « *promotion de l'autonomie et de la liberté d'aller et venir* » ;
- Que le recours à ces dispositifs ne « *doit en rien dériver vers un usage de supervision continue ou de « pointage » des personnes concernées...* » ;
- Qu'il ne peut être généralisé à tout un groupe ou à toute une population, la primauté de la logique de prévention individuelle du risque devant primer sur celle de précaution générale ;
- Qu'en conséquence, ces dispositifs « *doivent être limités à la surveillance des personnes effectivement sujettes à des fugues⁸⁴ ou à des difficultés de repérage géographique, ou justifiés par la proximité d'un danger lié à la localisation de l'établissement où la personne est prise en charge* » ;

et du soin en gérontologie, membres du comité national de bientraitance, et des « experts dans le domaine du droit ou des nouvelles technologies ».

⁸² La CNIL fait également partie du Comité de suivi et d'application de cette charte.

⁸³ Systèmes de suivi et d'assistance électroniques des personnes âgées ou désorientées : les recommandations de la CNIL, 24 juillet 2013.

⁸⁴ Les professionnels ne qualifient plus le départ des personnes comme des fugues : il ne s'agit pas pour elles de quitter un lieu de manière délibérée, mais de retourner à un lieu précis et connu qu'elles ne retrouvent plus, ou encore d'une difficulté pour elles de trouver le chemin du retour. La qualification aujourd'hui utilisée est celle de dispositif « anti-errance ».

- Que le respect de l'intimité doit guider les professionnels et les proches lorsque des caméras sont installées dans des lieux de cette intimité ;
- Et que la veille quant au respect des libertés individuelles et des droits des personnes, le traitement des données à caractère personnel, comme le suivi et l'application de la charte du CNBD, doivent se faire sous le contrôle de la CNIL.

Ces repères, attendus des professionnels et des acteurs du développement des nouvelles technologies, doivent être cependant précisés pour un réel encadrement des pratiques, une délimitation des usages pour la « *surveillance du senior par les aidants* ». Entretien 19, centre expert IDF.

5.2.3. L'éthique comme traduction du droit en règles morales opérationnelles.

Pour répondre à ce que certains opérateurs et professionnels de la santé ou de l'action médico-sociale estiment être un vide juridique, ou une inadaptation du droit, certaines préconisations ou recommandations du CNBD ou de la CNIL imposent une démarche et des procédures, des normes de fonctionnement aptes à traduire dans les pratiques des valeurs et des principes juridiques qui resteraient trop abstraits, trop éloignés des réalités générées par les technologies. Ces normes énoncées s'apparenteraient davantage à la morale qu'à l'éthique, si l'on se réfère à Paul Ricoeur (1990)⁸⁵, par leur caractère contraignant :

- Le recours aux dispositifs de géolocalisation doit reposer sur une prescription médicale et faire l'objet de réévaluations régulières ;
- Une information adaptée aux capacités de compréhension et de discernement de la personne, information également dispensée à ses proches, doit être préalable à la mise en place du dispositif ;
- La recherche de l'adhésion de la personne, de son consentement, comme l'acceptation du refus qu'elle pourrait manifester, refus qualifié de « droit de retrait », sont présentées comme des obligations. Si la personne manifeste son refus par ses comportements (tentatives multiples d'ôter le bracelet), ceux-ci doivent être compris comme un refus et accepté comme tel ;

⁸⁵ Paul Ricoeur (1990) : « C'est par convention que je réserverai le terme « d'éthique » pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de « morale » pour le côté obligatoire, marquée par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte ».

- Dans le cas où la personne n'est pas en mesure d'exprimer ce consentement « libre et suffisamment éclairé, et constant », la décision revient à sa personne de confiance, à ses représentants légaux, ou bien à un parent ou à un proche ; la CNIL quant à elle précise que l'initiative de la demande d'assistance devrait être laissée autant que possible à la personne concernée;
- Des procédures et protocoles doivent être formalisés pour assurer un « bon usage » des dispositifs, notamment la procédure de gestion des alertes (CNIL) ;
- Une désactivation et réactivation aisée des dispositifs doit être prévue (CNIL).

Si les instances nationales apparaissent en charge de produire ce cadre fonctionnel, le même processus d'élaboration semble à l'œuvre au niveau local. C'est dans le cadre des projets conduits par les collectivités locales, ou par d'autres acteurs qui expérimentent et développent de nouvelles technologies, que s'opère cette traduction, une production de règles en vue de l'application du droit et du respect des libertés individuelles.

Pour les acteurs locaux et partenaires institutionnels de projets en émergence, des chartes *ad hoc* devraient être définies, par ceux-là même qui vont devoir les respecter, chartes qui précisent le « cadre éthique » de l'intervention :

« Notre volonté est de nous ouvrir à d'autres professionnels qui ont des parcours différents des nôtres, et c'est ce mélange des visions et des acteurs qui va nous permettre de progresser. Tout en ayant des chartes d'usages, des chartes de positionnements des familles et des personnes âgées. Parce que ce n'est pas simple comme sujet. Aujourd'hui, on peut mettre des capteurs partout, mais soyons vigilant, nous sommes quand même sur le domicile privé ». Entretien 3, cadre action sociale et chargé d'études, caisse de Sécurité sociale.

L'éthique est alors perçue comme un ensemble de règles, élaborées *in situ*, qui s'apparenterait à un cadre déontologique, commun aux différents professionnels, et qui viendrait préciser les engagements, les droits et les obligations, les positions de l'ensemble des parties impliquées dans l'expérimentation et l'usage des technologies déployées au domicile des personnes :

« Nous ne voulons pas subir les évolutions technologiques et nous souhaitons, dans le cadre d'un cahier des charges qui prennent en compte l'éthique et le droit de décider des personnes, la

préservation du domicile, la préservation de son identité, nous souhaitons explorer le plus de ces technologies », Entretien 3, cadre action sociale et chargé d'études, caisse de Sécurité sociale.

La définition de ce qui est possible et de ce qui l'est pas en recourant aux technologies, par ceux qui ont en charge de les mettre en place, contribue dans ce processus d'émergence de nouvelles propositions à préciser quelles sont les bornes à ne pas franchir, au regard d'une représentation de l'homme et de ce qu'il convient ou non de mettre en œuvre pour soutenir l'humanité de ces personnes fragilisées par la maladie :

« Là où j'ai été bousculée dans mes valeurs, c'est quand la société m'a dit puisque vous ne pouvez pas leur faire porter à la ceinture, mettez leur à la cheville. Au niveau éthique, ça m'a quand même bouleversée, la représentation que j'avais moi du port d'un appareil à la cheville, c'était dans le milieu carcéral et pas dans les maisons de retraite ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

Des instances sont ainsi créées en charge de veiller au respect des droits des personnes. Cette tâche est par exemple confiée à un Comité des Usagers –CCUSDA dans le cadre du projet Autonom@Dom-, positionnée par son porteur dans un rôle *« de défense des intérêts éthiques »*. Entretien 5, cadre action gérontologique, collectivité territoriale. C'est dans le cadre de ce comité que tend à être vérifié le respect des droits à l'information, au consentement, à l'expression, à la participation, à la protection de la vie privée, notamment, des usagers impliqués dans le projet. Et pour sa généralisation potentielle à d'autres territoires, des normes de fonctionnement ont vocation à être définies, conditions *« éthiques »* du développement du projet applicables à l'ensemble des technologies mobilisées dans le bouquet de services, articulées avec les normes nationales existantes.

Les chartes, les recommandations et les avis proposent un cadre *« descendant a minima »*. Entretien 21, centre expert Champagne-Ardennes, qui montre que tout est encore à construire selon certains acteurs. Car si ce cadre existe, il renvoie cependant constamment aux professionnels la charge de peser les bénéfices et les risques, de réaliser des choix et de prendre des décisions pour l'expérimentation et le recours aux nouvelles technologies, sur un mode qui est celui de la concertation, lorsque la vie, la sécurité ou le bien être des personnes *« fragiles »* sont engagées.

5.2.4. L'éthique comme démarche de questionnement, de réflexion partagée entre les acteurs du soin et de l'accompagnement.

Les questions éthiques sont nombreuses dans le quotidien des aidants et des professionnels en charge de soigner et d'accompagner les personnes âgées, lorsqu'il s'agit d'assurer leur sécurité tout en respectant leurs libertés (Mollier, 2012). Lorsqu'elles sont en capacité de prendre des décisions par elles-mêmes, le droit s'applique et oblige les professionnels, comme les familles, à respecter leurs volontés et leurs libertés, à les associer aux projets qui les concernent, même si la pratique peut être éloignée de la théorie juridique. Mais pour celles qui se confrontent à des troubles cognitifs, quand il devient difficile de savoir ce qu'elles sont à même de comprendre, de mémoriser, si elles sont en capacité d'adapter leurs comportements aux situations qu'elles rencontrent, d'évaluer les risques et les dangers encourus, l'entourage familial et professionnel, s'il n'adopte pas une posture de principe soit pour la protection optimale de la personne, soit pour la prise de risque en faveur de sa liberté d'agir, doit s'interroger quant à l'attitude et à la nature des décisions à prendre, sur ce qui lui incombe de faire. Cette personne est-elle en danger ? Quel est son désir, sa volonté ? Faut-il intervenir et à quel moment ? « *Où est la limite entre non-assistance à personne en danger et respect des libertés individuelles ? Entre sécurité et maltraitance ?* ». Entretien 26, collectif, équipe soins à domicile et assistantes sociales. « Quelles mesures faut-il prendre, quelles réponses doit-on apporter pour préserver, quels que soient les troubles perçus et les difficultés rencontrées, un sens à son existence, respecter son « projet de vie » ? (Amyot, Mollier, 2012).

Puisqu'il ne saurait être question d'instituer un recours systématique à une technologie qui pourrait être généralisé à tout un groupe présentant les mêmes caractéristiques, dans le même type de situation, chacun des textes qui tente de donner un cadre à l'usage des technologies de la santé et de l'accompagnement renvoie pour son application à une réflexion au cas par cas. Deux impératifs sont alors à considérer :

- Seule la recherche de ce qui est le plus favorable à la qualité de vie de la personne, « de ce qui apporte un bénéfice au malade » (Rialle, 2011), de ce qui est le plus « conforme à son projet de vie » (CNBD, 2013), mais dont l'appréciation peut être laissée à l'entourage de la personne, familial ou professionnel, doit guider la mise en place d'une technologie d'assistance.

« La technologie, il faut qu'elle soit au bénéfice du patient ou du résident, ou des équipes (...). Ça permettrait par exemple d'objectiver, de diminuer les benzodiazépines ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

« Le GPS peut permettre de leur laisser plus de liberté parce qu'on sait qu'on peut les retrouver n'importe quand, n'importe où ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

« Les technos pourraient nous permettre d'être plus réactifs vis-à-vis de certains résidents, de lever des contentions. Aujourd'hui, on prend le risque de la chute. On travaille en équipe pluridisciplinaire pour décider des contentions. C'est une démarche cadrée, tracée, évaluée », Entretien 30, Cadre de santé, EHPAD.

- Cette technologie doit s'inscrire dans le cadre d'un projet de soin personnalisé (CNBD, 2013), élaboré en conséquence par les soignants.

Les questions éthiques soulevées, auxquelles ni le droit ni les déontologies professionnelles seuls ne peuvent répondre, appellent une réflexion, une « éthique casuistique » calquée sur le modèle de l'éthique clinique médicale (Mollier, 2012).

« Sur le plan éthique, les questions sont les mêmes qu'aujourd'hui... Celui qui a enfermé ses parents contre leur gré, celui qui impose un bracelet. Ce n'est pas insurmontable, il faut arriver à les traiter dans d'autres cas de figure... J'intègre le comité d'éthique du CHU pour voir la démarche, par analogie. Techno ou pas, on aura les mêmes situations ». Entretien 24, centre expert Rhône-Alpes.

Cette démarche repose sur une évaluation/diagnostic de la situation élaborée sur le mode d'une concertation pluridisciplinaire qui permette l'appréciation la plus juste possible des bénéfices et risques encourus par la personne, avec ou sans le recours à la technologie. « C'est donc bien une analyse au cas par cas de la pertinence et de la mise en œuvre de ces outils qui doit prévaloir, évaluée par des personnes compétentes (...). Une telle décision pourrait s'appuyer sur un avis médical pris après une évaluation collégiale et pluridisciplinaire menée par l'équipe qui prend en charge la personne et donner lieu à des réévaluations régulières » (CNIL, 2013). Dans certaines équipes, ce travail sur l'état clinique, d'analyse pluridisciplinaire de recherche de la « bientraitance », avec les médecins et les psychologues, permet un ajustement, une prise de décision collective en collaboration avec les familles.

C'est dans le cadre des réunions pluridisciplinaires que peuvent être mises en perspective les différences de représentations et de logiques entre professionnels et que peuvent naître des positions de compromis qui tentent de prendre en compte les besoins des personnes et leurs intérêts par une approche pluridisciplinaire à la fois sanitaire et médico-sociale. Les propos ci-dessous le soulignent :

« Quand on fait des réunions de concertation, ça sort tout le temps. Les infirmières vont dire on est obligé d'intervenir sans demander l'avis de la personne parce qu'elle est en danger, et les assistantes sociales disent « non, chacun a le droit de choisir, on n'a pas le droit de choisir à la place des gens » ». Entretien 2, cadre action gérontologique, CCAS (a).

Et c'est aussi dans ces démarches de réflexion partagée que l'adéquation entre les valeurs et les déontologies professionnelles, les projets de soins et les supports technologiques mobilisés peut être questionnée :

« Les questions éthiques... Elles sont sur le choix de la personne, le choix de l'être humain d'accepter ou non... Même si nous on y voit un intérêt quelconque, la personne ou sa personne de confiance ou son représentant légal. On ne fait pas n'importe quoi avec n'importe qui et l'être humain reste un être humain qu'on doit respecter et je ne serais pas prête à partir sur n'importe quelle étude ou produit si je ne suis pas convaincue qu'éthiquement ça a de la valeur... On est des soignants, on est dans le prendre soin. Prendre soin de l'humain encore mieux ou autrement grâce à des outils mais pas contre nos valeurs ». Entretien 31, cadre supérieur de santé, pôle gériatrie.

Mais ces décisions peuvent aussi être portées par une seule personne, par exemple un cadre de santé qui va se questionner pour appréhender les capacités de la personne et éventuellement prendre le risque, quelque fois seul contre l'équipe soignante, de ne pas l'équiper et de la laisser libre d'aller et venir :

« Ce n'est pas systématique. On a pu me dire « mais on laisse partir les gens », j'avais ce genre de réflexions, il fallait que je réagisse. Certains me disaient, en fait, puisqu'il faut qu'il arrive un accident avant de mettre le bracelet anti-fugues », j'ai dit non, mais par contre, il ne faut pas que ce soit systématique, sinon au niveau de l'éthique... On a actuellement deux messieurs qu'on laisse partir, qui sortent en ville, enfin qui sortaient en ville, un est décédé depuis (...), ce monsieur, il est toujours revenu ici (...) il avait la capacité de revenir (...). Je pensais à lui pour le système de géolocalisation, mais je ne sais même pas si ça aurait été adapté (...). Quand j'ai débuté dans les

années 1990, il y avait des questions éthiques qu'on se posait, ça mettait en porte à faux le personnel parce que ce monsieur (une autre personne), on allait le chercher dans les rues d'Amiens. Il se mettait en danger et lui nous disait : je reconnais la bonne tenue de votre établissement parce que chaque fois que je m'en vais vous venez me chercher... ». Entretien 29, cadre de santé EHPAD.

Le questionnement éthique sur ce qu'il convient de faire, ou de ne pas faire, pour tenir cet équilibre entre sécurité et liberté pour la personne, entre surveillance grâce aux supports technologiques et accompagnement humain, est au cœur des pratiques professionnelles, des soignants comme des travailleurs sociaux. Il est souvent le fruit d'une tension entre les attentes des familles, dont certaines s'avèrent différentes de celles de leurs parents, des représentations que les professionnels ont de leur rôle et de leur responsabilité, de leur préoccupation de protéger la vie des personnes qui leur sont confiées. Mais il est également accentué par des attentes sociales contradictoires : être et resté autonome, pouvoir prendre des décisions pour soi-même tout en étant en sécurité et protégé.

Conclusion partie V.

Alors que la plupart des promoteurs du développement de solutions technologiques invoquent l'éthique, comme détour indispensable pour rendre acceptable le déploiement de dispositifs, la grande majorité d'entre eux ne paraît pas se préoccuper des cadres juridiques et les méconnaître. Cependant, même si des zones demeurent floues, notamment pour ce qui concerne la qualification des outils technologiques, - ces non définitions sont à mettre en lien avec l'incertitude persistante concernant les modèles économiques de solvabilisation des produits- , des textes encadrent de façon précise les pratiques professionnelles et conditionnent l'usage de ces dispositifs technologiques. Il semble donc essentiel que les cadres législatifs existant de façon dispersée, puissent être clairement réaffirmés peut être à travers un texte socle qui centraliserait l'ensemble de ces cadres. Ces éléments devraient alors permettre l'établissement d'une frontière entre les questionnements juridiques et éthiques. Le recours à l'éthique apparaît dans les discours comme une forme d'alibi qui ne dit rien de véritables démarches de questionnement éthique. Or trois domaines paraissent concernés par l'éthique pour ce qui concerne le développement des technologies de la santé et de l'autonomie à domicile : le domaine politique avec une interrogation fondamentale sur la place faite à la fragilité et à la dépendance dans les projets politiques et sur les modes d'accompagnement que notre société entend développer ; le domaine économique car en effet derrière la question du financement se cache une conception de la responsabilité individuelle

et collective et des modes de solidarités, et le domaine des pratiques d'accompagnement au quotidien. Si les comités d'éthique ont une fonction essentielle de mise en lumière des questionnements et de réflexion collégiale sur des problématiques complexes, ils ne doivent pas devenir des lieux où se concentrerait de façon exclusive l'ensemble des questionnements éthiques d'une société. Les dimensions politiques et professionnelles de l'éthique doivent trouver d'autres canaux d'expression.

CONCLUSION GENERALE.

Les investigations menées dans le cadre de ce contrat de recherche ont permis de mettre en lumière de façon assez convaincante les enjeux d'acceptabilité des technologies tant pour leurs bénéficiaires directs que pour leurs utilisateurs, i.e. les professionnels du soin et de l'accompagnement. Les conclusions de notre travail rejoignent la plupart des travaux antérieurs sur ce point. La recension bibliographique met en évidence un traitement important de cette question, tant par les sociologues que par les psychologues du travail ou psychologues sociaux. D'une manière générale, les conditions et les limites de l'acceptation, de l'utilisation et de l'usage sont relativement bien répertoriées. Notre travail apporte cependant sur ce point deux éléments encore peu pris en compte dans la littérature dédiée à ce sujet. En tout premier lieu, nous soulignons l'enjeu de « compatibilité » des technologies avec les principes fondateurs de l'existence des personnes. Derrière le recours à des technologies de la santé et de l'autonomie, plusieurs questions sont implicitement posées aux utilisateurs. Quelles conceptions du risque et de la sécurité ? Quel regard sur l'évolution du monde et sa technicisation ? Quelle position sur les formes solidarité devant s'exprimer dans l'accompagnement de la vieillesse ? Quelle conception du corps –objet, instrument, expression de soi- ? Au-delà des problèmes d'utilisabilité généralement bien soulignés, les questions de sens des usages paraissent déterminantes pour l'appropriation des technologies, tant pour les personnes âgées que pour les professionnels. En second lieu, les travaux empiriques menés soulignent également le rôle essentiel des univers du quotidien dans l'acceptation et l'utilisation des technologies. Le domicile des vieilles personnes est non seulement un cadre de vie mais aussi une enveloppe matérielle de l'identité. Il se structure à travers un ordonnancement pratique, des routines, autour des temporalités de l'existence. L'utilisation de technologies n'est alors acceptable que lorsqu'elle ne vient pas perturber ces formes ordinaires de la vie quotidiennes.

Ces éléments qui concernent l'appropriation des technologies de la santé et de l'autonomie par les vieilles personnes, concernent également les professionnels. Ce domaine demeure néanmoins peu investigué. Notre travail met en évidence une acceptation des technologies fortement liée à leur utilisabilité. Et nous découvrons alors la faible adaptation des contextes d'exercice professionnel au développement d'outils technologiques, qui peuvent cependant être attendus par les professionnels comme des supports ou des aides pour leur pratique quotidienne. Dit autrement les contextes d'exercice professionnel –en EHPAD ou à domicile-

paraissent aujourd'hui peu adaptés à l'introduction d'outils techniques ou technologiques. En conséquence, l'équipement apparaît souvent comme une contrainte supplémentaire dans les pratiques et ne semblent pas apporter l'aide attendue. Deuxièmement, une certaine réserve des professionnels s'exprime quant à l'utilisation de certains dispositifs techniques ou technologiques qui paraissent contrevenir à l'éthique du care ou à la manière dont ils se représentent leur mission de prendre soin ou d'accompagnement social. Les entretiens menés font apparaître l'attachement fort des professionnels aux fondements de leurs métiers et des motivations centrées principalement sur un certain humanisme. L'utilisation des technologies semble alors ne pouvoir s'inscrire que dans une démarche clinique qui individualise la prise en charge. Par ailleurs, la technologie ne semble pas être un élément susceptible de motiver davantage les professionnels. Mais là encore, des distinctions apparaissent selon les formations, les métiers, le genre, les générations et les trajectoires professionnelles. Les plus jeunes, socialisés dans un monde technologique, les hommes, paraissent plus enclins à recourir aux supports technologiques de façon systématisée. L'incidence des technologies sur les identités professionnelles ne paraît aujourd'hui pas vraiment perçue et ce sont principalement les modifications de pratiques et d'organisation en équipes qui font l'objet de discussions.

Au-delà de ces questions d'acceptabilité et d'usage, le gros enjeu du développement des technologies de la santé et de l'autonomie, paraît à l'issue de ce travail relever des modes de fabrique et d'orientation des politiques publiques. En effet, le lancement de la silver economy et les initiatives qui ont précédé cette orientation politique, ont fait naître un nouveau secteur d'action regroupant à la fois des industriels et plus largement des acteurs du monde économique, des collectivités territoriales et parfois des universitaires. L'organisation d'un réseau d'action à partir du CNR Santé diffuse une culture de l'innovation technologique dans les territoires. Les politiques d'action gériatrique menées par les Conseils généraux sont désormais irriguées par ces réseaux. De nouvelles orientations pour l'action publique se dessinent qui engagent un décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social d'une part, et entre le secteur public et privé d'autre part. Ces décloisonnements ne vont toutefois pas de soi : ils attisent en premier lieu des formes de concurrence entre acteurs publics et viennent questionner les frontières institutionnelles, engageant alors des conflits de légitimité. En second lieu, l'offre de service public transite dans certains cas par les acteurs du secteur marchand, qui deviennent partenaires des collectivités locales. Dans ce cadre, si les acteurs publics peinent parfois à comprendre les logiques d'action et les intérêts des acteurs

du privé, l'inverse est également vrai. La complexité des fonctionnements et des positionnements des acteurs publics les uns par rapport aux autres peut freiner l'implication des acteurs privés dans des partenariats visant le développement des technologies de la santé et de l'autonomie.

Ces évolutions engagent en tout cas une véritable refondation de l'action publique. Elles interrogent parallèlement la possible émergence d'un modèle économique pérenne pour le secteur des nouvelles technologies. L'existence d'un marché porteur n'est pas avérée selon nos différents interlocuteurs et le développement du secteur repose principalement pour l'instant sur le support apporté par les collectivités locales et les caisses de sécurité sociale, en particulier de la branche vieillesse. Les acteurs sociaux s'inquiètent toutefois de leurs possibilités de solvabiliser unilatéralement et de manière pérenne la demande de technologies, si tant est d'ailleurs que cette demande existe. La voie que certains préconisent alors de suivre est celle de la remise à plat de l'ensemble des financements de l'action sociale et sanitaire afin de répartir le modèle économique des nouvelles technologies entre un plus grand nombre de financeurs. Dans tous les cas, si le financement repose à l'heure actuelle sur des acteurs locaux, paradoxalement, il apparaît que l'émergence d'un marché ne peut s'envisager qu'à une échelle beaucoup plus large, européenne dans un premier temps. Le déploiement du marché au delà de nos frontières apparaît en effet comme une direction possible pour réduire le coût des technologies. Cependant, cela interroge quant au positionnement des acteurs industriels locaux, de petite et moyenne tailles en particulier, dans l'élaboration du marché et quant à la prise en compte des enjeux perçus comme prioritaires localement, par les acteurs intervenant en proximité des personnes âgées.

Enfin, les cadres juridiques pouvant permettre le développement et la diffusion de solutions technologiques présentent encore aujourd'hui certaines zones floues, notamment pour ce qui concerne la qualification des technologies développées. En conséquence un large registre de questionnements éthiques s'exprime, tant pour ce qui concerne les interactions de proximité – entre professionnels et usagers par exemple- dans des domaines aussi divers que le partage des données, le consentement des personnes, la liberté d'aller et venir...que pour les dimensions de l'action publique, notamment en référence à la notion de service public.

Ainsi cette recherche a permis de faire une large analyse des enjeux et des conditions d'émergence des technologies de la santé et de l'autonomie à domicile. Il en ressort des

éléments qui pourraient guider l'action des professionnels de proximité d'une part mais aussi des responsables des structures et institutions engagées dans la promotion de ce secteur.

Bibliographie

Alcimed, 2007, « Etude prospective sur les technologies pour la santé et l'autonomie », rapport de recherche CNSA/ANR.

Alvarez S., Guillaud E., Mansanti M., Mollier A., Gucher C. (dir.), 2012, « L'action sociale en direction des retraités et personnes âgées : bilans, enjeux et perspectives », rapport de recherche IRES/CGT, 165p.

Amyot J.J., Mollier A., 2012, *Mettre en œuvre le projet de vie en établissement pour personnes âgées*, Dunod (dernière édition).

Aquino J.P., 2013, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », Comité Avancée en âge, prévention et qualité de vie, 132 p.

Attali J., 2008, « Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française : 300 décisions pour changer la France », La Documentation française, 245p.

Attias-Donfut C., Segalen M., Lapierre N., 2002, *Le nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob.

Balard F., Somme D., 2011, « Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile », *Gérontologie et société*, 2011/1, n°136, p. 105-118.

Ben-Ahmed L., 2012, « Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies ? », *Gérontologie et société*, 2012/2, n°141, p. 183-193.

Bauduret J.F., 2013, *Institutions sociales et médico-sociales. De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Dunod, 288p.

Beauvois J.-L., 1976, « Problématique des conduites sociales d'évaluation », *Connexions*, n°19, pp. 7-30.

Benhamou A.C., 2003, « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées », Mission gérontologie numérique – rapport d'étape, 95p.

Bloch M.-A., Hénaut L., Gand S., Sardas J.C., 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », Fondation Paul Bennetot (éd.), 241p.

Bloch M.-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 336p.

Bobillier-Chaumon M., Dubois M., 2009, « L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation ? », *Le travail humain*, 2009/4, Vol. 72, pp. 355-382.

Bonvallet C., Gotman A., Grafmeyer A., 1999, *La famille et ses proches, l'aménagement du territoire*, Paris, INED, PUF Diffusion.

Bourdieu P., 1979, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.

Boutet A., Tremembert J., 2008, « Identifier les non-usagers et mieux comprendre les situations de non-usages », http://www.marsouin.org/article.php3?id_article=232.

Boutet A., Trémenbert J., 2009, « Mieux comprendre les situations de non-usages des TIC. Le cas d'internet et de l'informatique », Réflexions méthodologiques sur les indicateurs de l'exclusion dite numérique, *Les Cahiers du numérique*, 2009/1 Vol. 5, p. 69-100.

Bréchat et al., 2008, « Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? », *Santé publique*, vol. 20, n°5, pp. 475, 487.

Broussy L., 2013, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année Zéro ! », Mission interministérielle sur adaptation de la société au vieillissement de sa population, rapport à la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, 202p.

Brugère F., 2011, *L'éthique du care*, Paris, PUF, Que sais-je ?.

Caradec V., 1997, « Usage des technologies et vieillissement, une grille de lecture familiale et identitaire », rapport pour la MiRe et la CNAV.

Caradec V., 1999, « L'usage des technologies par les personnes vieillissantes », *Retraite et société*, Technologie et vieillissement, n° 26, pp. 8-25.

Caradec Vincent, 1999, « Vieillissement et usage des technologies. Une perspective identitaire et relationnelle », *Réseaux. Communication – Technologie – Société, Communication et personnes âgées*. Dossier coordonné par F. Bouchayer, P. Flichy et A. Rozenkier, n° 96, pp. 45-95.

Caradec V., 2000, « Ce que les objets technologiques nous disent des relations familiales : l'exemple des personnes âgées », *Dialogue*, La signification familiale des objets, n° 148, 2ème trimestre 2000, pp. 48-58.

Caradec Vincent, 1999, « L'usage des technologies par les personnes vieillissantes », *Retraite et société*, Technologie et vieillissement, n° 26, 1999, pp. 8-25.

Caradec V., 2001, « “Personnes âgées” et “objets technologiques” : une perspective en termes de logiques d'usage », *Revue française de sociologie*, vol. XLI-1, pp. 117-148.

Caradec V., 2007, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société* 3/2007, n°52, pp. 11-37

Castel R., 1999, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, coll. Folio, éd. Gallimard.

Centre d'analyse stratégique, 2011, « Le fossé numérique en France », Rapports et documents, 120p.

Centre d'analyse stratégique, 2011, « France 2030 : cinq scénarios de croissance », Rapports et documents, 127p.

Certeau M. (de), 1990, *L'invention du quotidien, Arts de faire*, Paris, Gallimard.

Charue-Duboc F., Amar L, Kogan A.-F, Araulet-Croset N., 2011, « Usage déviant et dynamique d'évolution d'une offre de service : le cas de la téléassistance pour les personnes âgées », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2011/3 (N° 105), pp.17-27.

Chirié V., Rumeau E., 2013, « Business Modèle pour la e-santé : les hypothèses du démonstrateur Autonom@dom , plate-forme de télésanté/télémédecine », Médialis, 14p.

Clément S., 1999, « Ni "personne âgée" ni "dépendant", simplement plus vieux. Du désengagement à la déprise », Actes du colloque « *Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse* », Centre interfacultaire de gérontologie de l'Université de Genève, Genève.

Caisse des dépôts, 2012, « Autonomie, innovation numérique et territoires. Retour d'expériences pour une meilleure conduite des projets de e-santé à destination des personnes âgées », Rapport d'études, 82p.

Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, 2007, « Rapport annuel. Construire un nouveau champ de protection sociale », Paris, CNSA, 100p.

Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie, 2011, « Rapport annuel », Paris, CNSA, 101p.

Chauvière M., 2012, « L'obligation de résultats contre les innovations sociales et l'expérimentation ? », *Informations sociale*, n°174, novembre décembre, pp. 95-104.

Chevallaz-Perrier C., Blouet P., 2012, « L'engagement d'une entreprise dans le champ de la santé et des nouvelles technologies », *Gérontologie et Société*, n° 141, pp. 147-162.

CNIL, 2013, « Systèmes de suivi et d'assistance électroniques des personnes âgées ou désorientées », les recommandations de la CNIL, 24 juillet 2013

Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et handicapées, 2013, *Charte sur les « bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice des personnes âgées présentant des troubles des fonctions des fonctions supérieures »*.

Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013, « La Silver economy : une opportunité de croissance pour la France », Rapports et documents, 112p.

Cornet G., Carré M., 2008, « Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? », *Gérontologie et Société*, n° 126, pp. 113-128.

Cornet G., 2013, « Silver Economy : quels emplois potentiels pour quelle croissance fondée sur l'innovation technologique et sociale ? », Tribune libre, Site : Silvereco.fr

Defebvre M.-M., Schapiro J., 2009, « Une démarche expérimentale de territorialisation par la labellisation des filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais », *Santé publique*, vol. 21, n° 5, Septembre-Octobre, pp. 523-535.

Delbes C., Gaymu J., 1995, « Le repli des anciens sur les loisirs domestiques. Effet d'âge ou de génération ? », *Population*, n°3, pp.689-720.

Dimagio et alii, 2001, « Social Implications of internet », *Annual Review of Sociology*, vol. 27, p. 307-336.

Djaoui E., 2011, « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue*, n°192, 2011/2, pp.7-18.

Dubar C., 1992, « Formes identitaires et socialisation professionnelle », *Revue Française de sociologie*, vol. XXXIII, pp.505-529.

Dubois M. et Bobillier-Chaumon M-E., 2009, « L'acceptabilité des technologies : bilans et nouvelles perspectives », *Le travail humain*, 2009/4 Vol. 72, p. 305-310.

Dubois V., 2009, "L'action publique", in Cohen A., Lacroix B., Riutort P. (ed), *Nouveau manuel de science politique*, La Découverte, coll. Grands repères manuels, septembre, pp. 311-325, manuscrit archivé sur Hal-SHS et consulté en août 2013, http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/49/80/38/PDF/L_action_publique.pdf

Ecole des hautes études en santé publique, 2011, « La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ?, Module interprofessionnel de santé publique, 44p.

Farges E., 2006, La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politiques*, n° 55, printemps, pp. 99-112.

Fassin D., 1998, « Les politiques de la médicalisation », in Aïach P., Delanoë D., *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, pp. 1-14.

Flichy P., 2008, « Technique, usage et représentations », *Réseaux*, 2008/2 n° 148-149, pp. 147-174.

Franco A., 2010, « Vivre chez soi. Autonomie, inclusion et projet de vie », Secrétariat d'Etat en charge des aînés, 95p.

Franco A., Cridelich C., 2012, « Gerontechnologies et société », *Soins gérontologie*, n°93, pp. 20-23.

Frossard M., Genin N., 2001, « Les nouvelles technologies et les besoins médico-sociaux des personnes âgées : formation de l'offre et de la demande, propension à payer », Rapport de recherche MIRE/CNAV.

Giard J., 2005, « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées, Rapport pour le Conseil général de l'Isère et la Ville de Grenoble, 207p.

Goffman E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, 1963 ; traduit de l'anglais par Alain Kihm, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun ».

Gohet P., 2005, « Le marché des aides techniques », Paris, Délégation interministérielle aux personnes handicapées, 113p.

Granjon F., 2009, « Inégalités numériques et reconnaissance sociale. Des usages populaires de l'informatique connectée. », *Les Cahiers du numérique*, 2009/1 Vol. 5, p. 19-44.

Gusfield J., 2009, *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, coll. Etudes sociologiques, 354p. (1^{ère} édition américaine en 1981).

Hamner H., Qazi R., 2009, "Expanding the technology acceptance model to examine personal computing technology utilization in government agencies in developing countries", *Government Information Quarterly*, Vol. 26, Issue 1, pp. 128-136.

Henart L., Berland Y., Cadet D., 2011, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer ».

Hirsch E., Rialle V., Schaer R., 2011, « Nouvelles technologies : améliorer la vie quotidienne des personnes malades et de leurs familles », A l'occasion du colloque de l'Espace de Réflexion Ethique sur la maladie d'Alzheimer – EREMA-, *Maladie d'Alzheimer et nouvelles technologies. Enjeux éthiques et questions de société*, 2 et 3 décembre 2011, Paris. Site EREMA : Newsletter de l'Espace éthique Alzheimer n°10.

Jouet J., 2000, « Retour critique sur la sociologie des usages », *Réseaux*, CNET, Paris, n°100, pp. 488-521.

Jouet J., 2003, « Technologies de communication et genre. Des relations en construction », *Réseaux*, 2003/4, n° 120, p. 53-86.

Kaufmann J.-C., 1995, *Sociologie du couple*, Paris, PUF.

Kaufmann J.-C., 1992, *La Trame conjugale*, Paris, Nathan.

Kern D., 2008, « Les besoins d'apprentissage dans la vieillesse », *Savoirs* 3/2008, n° 18, pp. 79-97.

Kimberly J.-R., Evanisko M.-J., 1981, "Organizational innovation : The influence of individual, organizational and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations", *Academy of Management Journal*, vol.24, n° 4, pp.689-713.

Lafore R., 2010, « Eclairer la fabrique des politiques sociales », *Informations sociales*, n°157, janvier, pp. 4-5.

Laila M., 2009, « La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution : modélisation du besoin, de la prescription et du suivi », Thèse de doctorat, Université Joseph Fourier, Grenoble 1, 384p.

Lapointe L., Rivard S., 2005, "Clinical information systems : Understanding and preventing their premature demise", *Healthcare Quarterly*, vol. 8, n° 2, pp.92-100.

Lecomte D., 2003, « Aides techniques. Situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge », Paris, Direction générale de la santé, 270p.

Lefevre G., 2011, « L'expérimentation sociale : une innovation de politique sociale en réponse à la « crise » dans le champ de l'éducation », communication au colloque AECSE : *Crise et/en éducation : épreuves, controverses et enjeux nouveaux*, 28 et 29 octobre.

Le Goff O., 1994, *L'invention du confort. Naissance d'une forme sociale*, PUL.

Lenhart A., Horrigan G, Rainee L., Allen K., Boyce A., Madden M., O'Grady E., 2003, *The ever-shifting internet population. A new look at internet access and the digital divide*, Washington, The Pew internet and American life project, avril.

Le Sommer-Père M., 2002, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et Société*, n°100, pp. 49-63.

Lucas P., 1990, *Dire l'éthique. Ethique biomédicale, le débat*, Arles, Actes Sud.

Mallein P., 1994, « Technologies de l'information et de la communication : une sociologie pour la conception assistée par l'usage », *Communication et stratégies*, n°5, pp.77-99.

Martinet E., 2012, « L'obligation de sécurité dans le secteur médico-social », in *Violla F. (dir.), Jurisprudences du secteur sanitaire et médico-social*, Dunod, pp. 363-371.

Martucelli D., Lits G., 2009, "Sociologie, Individus, Epreuves. Entretien avec Danilo Martucelli", *Émulations*, 3 (5).

Mathieu-Fritz A., Esterle L., 2013, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches », *Revue française de sociologie*, 2013/2, Vol. 54, p. 303-329.

Mauriat C., 2008, « Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau de santé parisien », *Gérontologie et Société*, n° 124, pp. 165-182.

May C., Gask L., Atkinson T., Ellis N., Mair F., Esmail A., 2001, "Resisting and promoting new technologies in clinical practice : the case of telepsychiatry", *Social science and medicine*, n° 52, 12, p. 1889-1901.

May C., Mort M., Williams T., Mair F., Gask L., 2003, "Health technology assessment in its local context : studies of telehealth care", *Social sciences and medicine*, n° 57, 4, p. 697-710.

Memmi A., 1979, *La dépendance, esquisse pour un portrait du dépendant*, Paris, éd. Gallimard.

Ménard J., 2007, « Pour le malade et ses proches : Chercher, soigner et prendre soin », Rapport au Président de la République, 125p.

Ménoret M., Carricaburu D., 2005, « Les transformations dans la relation médecin/malade : mythe et réalités », *Les cahiers français*, n° 324, p. 79-84.

Michel E., 2001, « Le fossé numérique. L'Internet, facteur de nouvelles inégalités ? », *Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation française, n°861.

Mollier A., 2012, « Entre liberté et sécurité : un questionnement et une démarche éthique à développer », in Eynard C., (dir), *Alzheimer system. Entre surmédiation et invisibilité des personnes : changer notre regard*, Lyon, Ed. Chroniques Sociales., pp. 193-207.

Mondada L., 2004, « Téléchirurgie et nouvelles pratiques professionnelles : les enjeux interactionnels d'opérations chirurgicales réalisées par visioconférence », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n°1, p. 95-126.

Nielsen, J., 1994, "Estimating the number of subjects needed for a thinking aloud test", *International Journal of Human-Computer Studies*, vol. 41, n°3, pp. 385-397.

Observatoire régional de santé des Pays de Loire, 2009, « Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et leur insertion dans le tissu régional », Rapport pour la conférence régionale de santé, 28p.

Oudshoorn N., 2009, "Physical and digital proximity : emerging ways of health care in face-to-face and telemonitoring of heart-failure patients", *Sociology of health and illness*, vol. 31, n° 3, pp. 390-405.

Pappas Y., Seale C., 2009, "The opening phase of telemedicine consultations : an analysis of interaction", *Social science & medicine*, vol. 68, n°7, pp. 1229-1237.

Paugam S. (Dir.), 2007, *Repenser la solidarité*, PUF, Le Lien Social.

Perrot P., Baudier, F., Schmitt B., 2005, « Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile: complément ou alternative au dossier électronique? », *Santé publique*, vol. 17, n° 2, pp. 227-232.

Petrakou A., 2009, « Integrated care in the daily work : coordination beyond organizational boundaries », *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, pp. 1-8.

Picard R., 2012, « Bien vivre grâce au numérique », Rapport du CGEJET, 73p.

Proulx S., 1994, « Les différentes problématiques de l'usage et de l'utilisateur » in A.Vitalis, éd., *Médias et nouvelles technologies. Pour une sociopolitique des usages*, Rennes : Éditions Apogée, pp. 149-159.

Proulx S., 2001, « Les formes d'appropriation d'une culture numérique comme enjeu d'une société du savoir », *Actes du colloque COREVI « Gouvernance et usages d'Internet : vers un nouvel environnement normatif*, Montréal,

[http://grm.uqam.ca/activites/corevi_2001/corevi_proulx.htm]

Proulx S., 2001, « Usages des technologies d'information et de communication : reconsidérer le champ d'étude ? », *Actes du Congrès national des sciences de l'information et de la communication UNESCO*, Paris.

Ram S., 1987, "A model of innovation resistance", *Advances in Consumer Research*, n° 14, pp. 208-212.

Rameix S., 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ed Ellipses, Paris.

Redfield R., Linton R., Herskovits M.-J., 1936, "Memorandum for the study of Acculturation", *American anthropologist*, vol. 38, n° 1, pp. 149-152.

Rialle V., 2007, « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille », ministère de la Santé et des Solidarités, 74p.

Rialle V. (ed.), 2011, « Etude Estima : Évaluation socio-sanitaire de technologies de l'information pour la géolocalisation de malades de type Alzheimer, Phase 2 : Expérimentations et analyses », Rapport final, CHU de Grenoble, Laboratoire AGIM, 138 p.

Rialle V., 2012, « La maladie d'Alzheimer et la technologie : état des lieux et dynamique d'une relation complexe », *Gérontologie et société*, 2012/2, n°141, p. 195-206.

Ricoeur P., 1990, *Ethique et morale. Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil.

Rozan A., 2012, « Les expérimentations : quelle place pour la branche Famille ? Entretiens croisés avec M. Hirsch, A. Rozan et J.L. Haurie. Entretiens réalisés par Chauffaut D. », *Informations sociales*, n° 174, juin, pp. 106-113.

Rumeau E., Chirié V., 2012, « [Autonom@dom](#), bouquet de services d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie », *Gérontologie et Société*, n° 141, pp. 129-144.

Schweyer F.-X., 2005, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11.

Simmel G., 1988, « Pont et porte », in *La tragédie de la culture*, Paris Payot (1^{ère} édition 1909).

Sobol M.-G., Alverson M., Lei D., 1999, " Nurses 'adoption of technology : Application of Rogers' innovation diffusion model", *Applied Nursing Research*, vol. 17, n° 4, pp. 231-238.

Strauss A., 1992, *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.

Terrade F. et al., 2009, « L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques », *Le travail humain*, 2009/4, vol. 72, p. 383-395.

Thierry T.-B., 2012, « Intimité et vie privée de la personne en institution », in Violla F. (dir.) *Jurisprudences du secteur médical et médico social*, Dunod, pp. 249-260.

Tronto J., 2009, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

Truchot D., 2004, *Épuisement professionnel et burn-out*, Paris, Dunod.

Vialla F. (dir.), 2012, *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Paris, Dunod.

ANNEXES

ANNEXE 1.

Eléments méthodologiques.

La présente recherche est l'aboutissement de plusieurs années d'investigation sur la thématique concernée.

Le matériau sur lequel reposent les analyses présentées ici résulte d'enquêtes de terrain, menées pour une part dans le cadre de 3 programmes d'évaluation de dispositifs technologiques et de services afférents, développées en 2011, 2012 et 2014 et construites spécifiquement pour les besoins de cette recherche d'autre part.

Les matériaux préexistants sont constitués principalement deux corpus d'entretiens qualitatifs semi-directifs réalisés auprès de bénéficiaires de solutions technologiques déployées à titre expérimental : visiophonie, télé assistance, géolocalisation, chemin lumineux, interface d'ordinateur simplifié avec diverses fonctions (internet, agenda, courriel essentiellement).

32 entretiens ont ainsi été mobilisés (voir annexe 2) dans le cadre du chapitre 4 consacré à l'acceptabilité et aux usages des technologies par les personnes âgées.

Les autres matériaux mobilisés ont été produits de façon ad hoc pour les fins de cette recherche.

- Monographies :

Pour ce qui concerne le projet Autonom'adom, le panel a été constitué à l'issue d'observations participantes, rendues possible par la participation de la SFR santé société à la démarche en cours. Pour ce qui concerne la Creuse, certains entretiens ont été menés dans le cadre d'une recherche antérieure et ont permis de repérer les acteurs devant être intégrés dans le panel. Le corpus est diversifié et spécifique à chaque projet.

- Analyse des impacts sur les pratiques et identités professionnelles.

Le ciblage des institutions pouvant constituer un terrain pour la recherche a pu se faire par le réseau d'interconnaissance dans lequel se situe la SFR santé société et par les travaux antérieurement menés.

Trois sites ont été retenus, tous concernés par le déploiement de technologies soit à titre expérimental, soit de manière définitive.

Le choix des focus groups est apparu comme susceptible de favoriser l'observation et la compréhension des dynamiques interactives entre les professionnels de formation et de fonction différentes. Des entretiens individuels menés auprès des personnels d'encadrement ont permis de saisir les processus de l'implémentation de technologies dans les fonctionnements de services.

- Centre relais et experts.

Une vague d'entretiens a été spécifiquement menée en face à face ou au téléphone avec les responsables de centres relais ou experts affiliés au CNR santé dans l'objectif de saisir les dynamiques sociales locales de création de pôles technologiques en direction de la santé et de l'autonomie. Autant que faire se peut, dans les régions retenues, un entretien a été mené avec le centre expert + le centre relais afin de saisir les différentes formes de positionnement, de concurrence ou de complémentarité de ces acteurs.

ANNEXE 2.

Tableau des entretiens individuels et collectifs

1. Autour des deux monographies/études de cas.

Entretien	Fonction/institution/secteur	Date
Entretien 1	Acteur associatif, secteur gérontologique	Novembre 2013
Entretien 2	Cadre action gérontologique, CCAS (a)	Novembre 2013
Entretien 3 (2 acteurs)	Cadre action sociale et chargé d'études, caisse de Sécurité sociale	Décembre 2013
Entretien 4	Acteur sanitaire et industriel	Décembre 2013
Entretien 5	Cadre action gérontologique, collectivité territoriale	Janvier 2013
Entretien 6	Cadre action sociale, caisse de retraite complémentaire	Janvier 2013
Entretien 7	Acteur sanitaire	Janvier 2013
Entretien 8	Cadre action gérontologique, CCAS (b)	Janvier 2013
Entretien 9	Cadre action gérontologique, CCAS (c)	Janvier 2013
Entretien 10	Cadre, chambre régionale des Métiers	Avril 2013
Entretien 11	Cadre action gérontologique, Collectivité territoriale	2012
Entretien 12	Cadre, collectivité territoriale/communauté de communes.	2012
Entretien 13	Cadre, ARS	2012
Entretien 14	Cadre action sociale, CCAS (d)	2012

2. Centres relais et centres experts CNR santé.

Entretien	institution	Date
Entretien 15	Centre relais Rhône-Alpes	
Entretien 16	Centre relais PACA	

Entretien 17	Centre relais non régional	
Entretien 18	Centre relais Centre	
Entretien 19	Centre relais IDF	
Entretien 20	Centre expert Bretagne	
Entretien 21	Centre expert Champagne-Ardennes	
Entretien 22	Centre expert Limousin	
Entretien 23	Centre expert PACA	
Entretien 24	Centre expert Rhône-Alpes	
Entretien 25	Centre expert Midi-Pyrénées	

3. Entretiens individuels et collectifs professionnels du soin et de l'accompagnement.

Entretien	Fonction/institution/secteur	Date
Entretien 26 collectif	Equipe soins à domicile + assistantes sociales CCAS	
Entretien 27 collectif	Paramédicaux libéraux, SSIAD, responsables aides à domicile, Assistantes sociales	
Entretien 28 collectif	IDE+ aides-soignantes, EHPAD	
Entretien 29	Cadre de santé, EHPAD	
Entretien 30	Cadre de santé, EHPAD, unité psychogériatrique.	
Entretien 31	Cadre supérieur de santé pôle gériatrie CH	
Entretien 32	Assistante sociale personnes âgées CCAS	

4. Corpus entretiens usagers.

Corpus 1. Entretiens technologies de sécurisation, assistance.

	H/F/ C	Sit. vie	Famille	PCS	Difficultés	Services
1 A	H 85 ans	Vit seul	2 filles dans un rayon de 30 kms dont une à – 5 kms	Ancien chauffeur routier	Handicap physique béquilles	Chemin lumineux+ visiophonie+ADSL + géomobile
2 A	F 70 ans	Vit seule	Pas de famille amis	secrétaire	Handicap physique sur fauteuil	Chemin lumineux
3A	F	Vit seule	Famille à moins de 20 kms	SP	-	géomobile
4A	C 67/6 3 ans	couple	Famille à moins 20 kms	Ouvrier/employée cantine scolaire	Mr Alzheimer	géomobile
5A	C	couple	Famille – 20 kms	chaudronnier/secrétai re comptable	Mr AVC aphasique	Géomobile + ADSL
6A	F	Vit seule	Famille + 20 kms (enfts ds le nord)	Auxiliaire puéricultrice	Marche avec un déambulateur	ADSL + géomobile+ chemin lumineux
7A	H 44 ans	Vit seul	Famille + 20 kms	Ancien ingénieur informatique chez HP	Handicap physique, fauteuil	ADSL + géomobile+ chemin lumineux

Corpus 2 : entretiens technologies de communication, lien social.

	situation conj	âge	sexe	GIR	métier
1	couple	86	H	2	cadre chez ELF
2	seul(e)	68	F	4	monteuse
3	seul(e)	74	F	5-6	secrétaire médicale
4	seul(e)	78	H	4	artisan peintre
5	couple	87	2	4	SNCF/Démonstratrice de ventes
6	couple	85	2		Merlin-Gérin commerciale et

					technicien
7	couple	84	2	4	Assureur / Femme au foyer
8	couple	86	2	4	expert comptable / sans profession
9	couple	81	2	3	employée de l'administration
10	couple	64	2	5-6	Vendeuse
11	seul(e)	73	F	4	employée de l'administration
12	seul(e)	69	F	5-6	Ouvrière spécialisée
13	seul(e)	?	F	6	0
14	seul(e)	76	F	6	
15	seule	86	F	4	infirmière
16	couple	78	H	2	Agent technique
17	Seule	80	F	4	Secrétaire bilingue
18	Seule	81	F	6	
19	Seule	66	F	5-6	Aide Soignante
20	Couple	89	2	2	Instituteur
21	seul	83	H	4	Armée de l'air
22	couple	78	2	5-6	Chauffeur/ Aide soignante
23	couple	72	2	3	Artisan bijoutier/conducteur de travaux
24	couple	67	2	3	Institutrice et agent de maîtrise
25	couple	79	2	6	Chauffeur livreur et représentante

ANNEXE 3.

Grilles d'entretiens.

1. Grille entretien personnes âgées : usages et acceptabilité.

- Comment se passent vos journées ?
- Est-ce qu'il y a eu des évènements marquants, spéciaux dans votre vie ?
- Est-ce que quelque chose a changé dans votre vie au cours de votre vieillissement ?
- Vous arrive-t-il de vous sentir seul, isolé ?
- Vous arrive-t-il de vous sentir fragile ?
- Vous arrive-t-il de vous sentir en insécurité ?
- Comment évaluez-vous sur une échelle de 0 à 5 :
 - o Votre sentiment de sécurité
 - o Votre santé
 - o La qualité de votre vie
- Recevez-vous des visites de votre famille/de vos voisins/ à quelle fréquence ?
- Sortez-vous de chez vous ? Pour quels motifs/seul ou accompagné/par qui ?
- De quelles technologies (services techno) bénéficiez-vous en ce moment ?
- Que diriez-vous du fonctionnement de ces appareils ?
- Vous êtes-vous servi des technologies installées ? comment ? pourquoi ?
- Avez-vous été satisfait de leur fonctionnement ?
- Est-ce que quelque chose a changé dans votre vie depuis que vous avez ces appareils ? (laisser venir, noter la réponse puis préciser : relations familiales, sorties, sécurité, tranquillité, ouverture sur le monde, moins d'isolement...)
- Êtes-vous informé de ce qui va se passer maintenant ?
- Souhaiteriez-vous continuer à bénéficier de ces technologies ?
- Sous quelles conditions ?
- Jusqu'à quel prix d'abonnement, seriez-vous OK ?
- Seriez-vous OK pour être en relation directe avec les prestataires de ces services sans passer par le service tele-assistance ?
- Avez-vous vu des publicités pour des technologies semblables ?
- Si oui, certaines ont-elles retenu votre attention ? Pourquoi ?
- Pensez-vous faire une démarche pour vous équiper de ces technologies autres ?
- Pensez-vous que ces technologies peuvent :
 - o Améliorer votre vie ?
 - o Soutenir votre santé

2. Grille entretien en direction des professionnels concernés par des dispositifs de gérontechnologies.

1) Identification :

- Sexe
- Age
- Formation
- Diplôme permettant d'exercer
- Institution de rattachement
- Ancienneté dans le métier
- Ancienneté dans la structure
- Territoire d'exercice : rural/urbain...
- La part des vieux dans la clientèle

2) Représentations du métier et motivations

- Ce qu'est le métier pour eux
- Motivations initiales et idéal professionnel ?
- Mission, tâches...
- Les joies, les satisfactions
- Les difficultés, les regrets, les souffrances
- Le cadre déontologique, des règles professionnelles
- Les responsabilités juridiques et morales

3) Le système d'action

- Autonomie ?
- Hiérarchie ?
- Prescriptions ?
- Ce qui détermine leur action
- Le domicile comme lieu d'exercice professionnel
- Les usagers et leurs familles
- Une équipe professionnelle de pairs ?
- Des partenaires ?
- Liens avec autres intervenants ?
- Transmissions d'informations : les quelles, à qui, pourquoi ?

4) La prise en charge de la vieillesse

- Les orientations des politiques publiques

- Les moyens
- Au niveau local, les ressources, les faiblesses
- La vieillesse : question sociale ou question de santé ?
- Les financements des aides ? qui doit payer ?

5) Les technologies

- Quelle connaissance des systèmes sur le marché
- Quelles représentations
- Quelles attentes
- Quelles craintes
- Quelle expérience

3. Grille entretien auprès Centres experts et centres relais CNR.

- Historique de la création du centre : qui/quand/pourquoi/comment ?
- Les missions du centre
- Comment se positionnent- ils sur recherche/développement de services/promotion et développement de nouveaux marchés ?
- Les actions menées (par exemple depuis la création ou sur l'année dernière)
- Les professionnels : qui fait fonctionner/leurs formations/leur recrutement selon quels profils
- Les réseaux et partenariats
- Les financements : budget (combien), quelles sources ?
- Les liens avec le CNR
- Comment conçoivent-ils le développement : analyse de marchés/études de besoins : qui ? comment ? démarches living lab ?
- Résultats obtenus : sur les trois axes recherche/services/marchés
- La concurrence dans leur domaine ?
- Existe-t-il de vraies opportunités économiques dans le développement des NT
- Comment analysent- ils leurs retours sur société civile ? à quoi servent-ils ?
- Solvabilité des NT et modèle économique
- Rencontre entre NT et médico-social (acceptabilité des pros, des usagers, besoins couverts, complémentarité...)
- La formation des professionnels
- L'information des publics
- Le rôle des politiques publiques dans ce développement ?

- Questions éthiques et juridiques : le cadre juridique est-il clair selon eux ? Que peuvent-ils citer ?