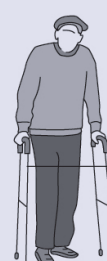




La prévention des chutes des personnes âgées

Volume 2/2 : État des lieux
sur la téléassistance

Avril 2023



PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Partie 1 : Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe

Partie 2 : Analyse documentaire et identifications d'opportunités sur la téléassistance en France (p.39)

La prévention des chutes des personnes âgées

Volume 2/2 : État des lieux sur la téléassistance

Avril 2023



Parangonnage sur
les services de téléassistance
en Europe

LA DITP

La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pilote **le programme de transformation publique** défini par le Gouvernement pour **une action publique plus proche, plus simple et plus efficace**. L'objectif : améliorer concrètement la vie des Français et des agents publics.

Les équipes de la DITP ont 4 missions principales :

- **assurer la mise en œuvre des politiques prioritaires du Gouvernement** sur tout le territoire,
- **coordonner l'action des administrations** pour simplifier les démarches et améliorer la qualité du service pour les usagers,
- porter, avec ses partenaires interministériels, **l'innovation, le développement des compétences, la transformation des organisations, des pratiques managériales et de la gestion publique,**
- **accélérer les projets à fort impact des administrations** avec l'appui de ses équipes de consultants internes et d'experts, ainsi que du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP).

En savoir plus :

<http://www.modernisation.gouv.fr>

Cette étude portée par la **Direction générale de la cohésion sociale**, est un projet lauréat de " **l'Appel à défi pour une action publique co-construite avec les usagers et les agents** " (été 2022), piloté par la **Direction interministérielle à la transformation publique**, au sein de l'équipe Design avec le concours de son prestataire **Vraiment Vraiment**, et financé par **France Relance**.



ÉDITO

Chaque année, **2 millions de chutes de personnes âgées** de plus de 65 ans sont responsables de plus de 10 000 décès. Cela entraîne plus de 130 000 hospitalisations et représente la première cause de mortalité accidentelle. Agir sur les leviers pour **réduire ce fléau**, tel est l'objet du **Plan national antichute des personnes âgées, porté par le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et la ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé**, suite au lancement du plan par la ministre en charge de l'Autonomie en février 2022.

La communauté médicale et médico-sociale sait qu'en concentrant nos efforts sur des **actions de prévention, en premier lieu le dépistage, l'exercice physique, mais aussi sur la nutrition, l'aménagement du logement et des espaces publics, l'accès aux aides techniques et le bon usage de la téléassistance, on peut réduire le risque de chutes d'environ 20%**.

Les élus, les travailleurs sociaux, les aidants, le savent aussi. Ils ont contribué à la conception de ce plan national, qui depuis un an se développe sur tout le territoire.

Mais l'important est de bien identifier les acteurs et leur maillage sur le terrain et de les aider dans leur action auprès des personnes âgées afin d'éviter les chutes, les rechutes, aux conséquences médicales et sociétales graves. Comment sensibiliser les publics au bon moment et sous la bonne forme ? Comment préfigurer une boîte à outils adaptée aux besoins ?

Au travers de l'usage des dispositifs de téléassistance, moins connus, moins utilisés en France que dans d'autres pays d'Europe, est engagée également une réflexion sur les pistes pour développer les potentiels de prévention des rechutes. Comment s'informer, comprendre et prendre une décision pour choisir le dispositif le mieux adapté aux besoins de la personne ? Comment faire évoluer les dispositifs de téléassistance pour renforcer leur rôle de prévention des chutes et rechutes ?

Les travaux présentés ici proposent des réponses à ces questions.

Christine ABROSSIMOV

Coordonnatrice nationale du Plan antichute des personnes âgées

Direction générale de la cohésion sociale

UNE DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE VÉCU DES USAGERS

Basée sur des enquêtes en immersion auprès d'usagers, aidants et personnes âgées réalisées en **Mayenne, Haute-Savoie et Essonne**, après une analyse documentaire approfondie, les travaux de recherches, de concertations et d'échanges ont été suivis lors de comités de pilotage réunissant la Direction générale de la cohésion sociale, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CARSAT de Rhône-Alpes**.

Les travaux se décomposent en 2 grandes parties :

La prévention des chutes des personnes âgées Volume 1 : Étude-Action

- **Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes**

Le guide pratique propose des pistes d'action utiles pour les acteurs de la prévention, avec la préoccupation plus particulière du développement de la téléassistance comme potentiel de prévention des rechutes.

- **Enquête de terrain à la rencontre des usagers**

L'enquête rapporte et analyse le vécu d'usagers de la téléassistance, d'aidants et de personnes âgées pour mieux comprendre les parcours de prévention des chutes des personnes âgées.

La prévention des chutes des personnes âgées Volume 2 : État des lieux sur la téléassistance

- **Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe**

- **Analyse documentaire et identifications d'opportunités**

Ces deux documents comparent les systèmes de téléassistance au Royaume-Uni, en Suède, en Espagne, aux Pays-Bas et en France, en dressent un panorama et analysent les questions de prévention des chutes des personnes âgées.

Présentation du parangonnage

Ce parangonnage présente 4 exemples de politiques publiques de téléassistance en vigueur à l'étranger, notamment en Europe. Il propose un aperçu des modèles d'organisation mis en place par d'autres pays européens pouvant servir de ressource à une réflexion innovante sur la téléassistance en France.

Ce parangonnage est le fruit d'un travail de lecture, de sélection, d'analyse et de recherches bibliographiques à partir d'informations disponibles et accessibles en ligne, notamment à partir de publications scientifiques, de rapports publics, de sites officiels de fournisseurs ou de sites gouvernementaux et régionaux. Tous les exemples et les chiffres sont issus de sources identifiées dans la bibliographie présentée en annexe.

Le parangonnage se décompose en deux sections :

- Un panorama général des modèles existants en Europe,
- Des études de cas autour de 4 pays européens : le Royaume-Uni, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suède.

Nota bene : Ce parangonnage constitue une première introduction aux politiques et modèles de téléassistance européens. Il s'agit d'une synthèse non exhaustive, complétée par l'analyse documentaire et identification d'opportunités (Vol.2/2) et par une enquête de terrain à la rencontre des usages (Vol.1/2).

Panorama général du contexte européen

En matière de téléassistance, l'Europe abrite trois typologies de pays :

- 1) Les pays disposant d'un PIB élevé et où le recours à la téléassistance est important comme le Royaume-Uni et les pays scandinaves. Le Royaume-Uni, par exemple dispose d'un tissu dense de PME et TPE qui servent un marché dynamique fortement soutenu par les pouvoirs publics.
 - 2) Les pays avancés en matière de téléassistance mais au PIB plutôt moyen voire bas. Le Portugal ou l'Espagne sont des pays qui ont fortement investi en faveur du développement de la téléassistance et mènent une politique active et volontaire à cet égard.
 - 3) Les pays "retardataires" en matière de téléassistance où les financements publics sont peu mobilisés sur ce sujet et/ou le recours et la couverture territoriale restent faibles : France, Pays Bas, Allemagne, Italie.
-

Tableau : présentation synthétique des quatre études de cas

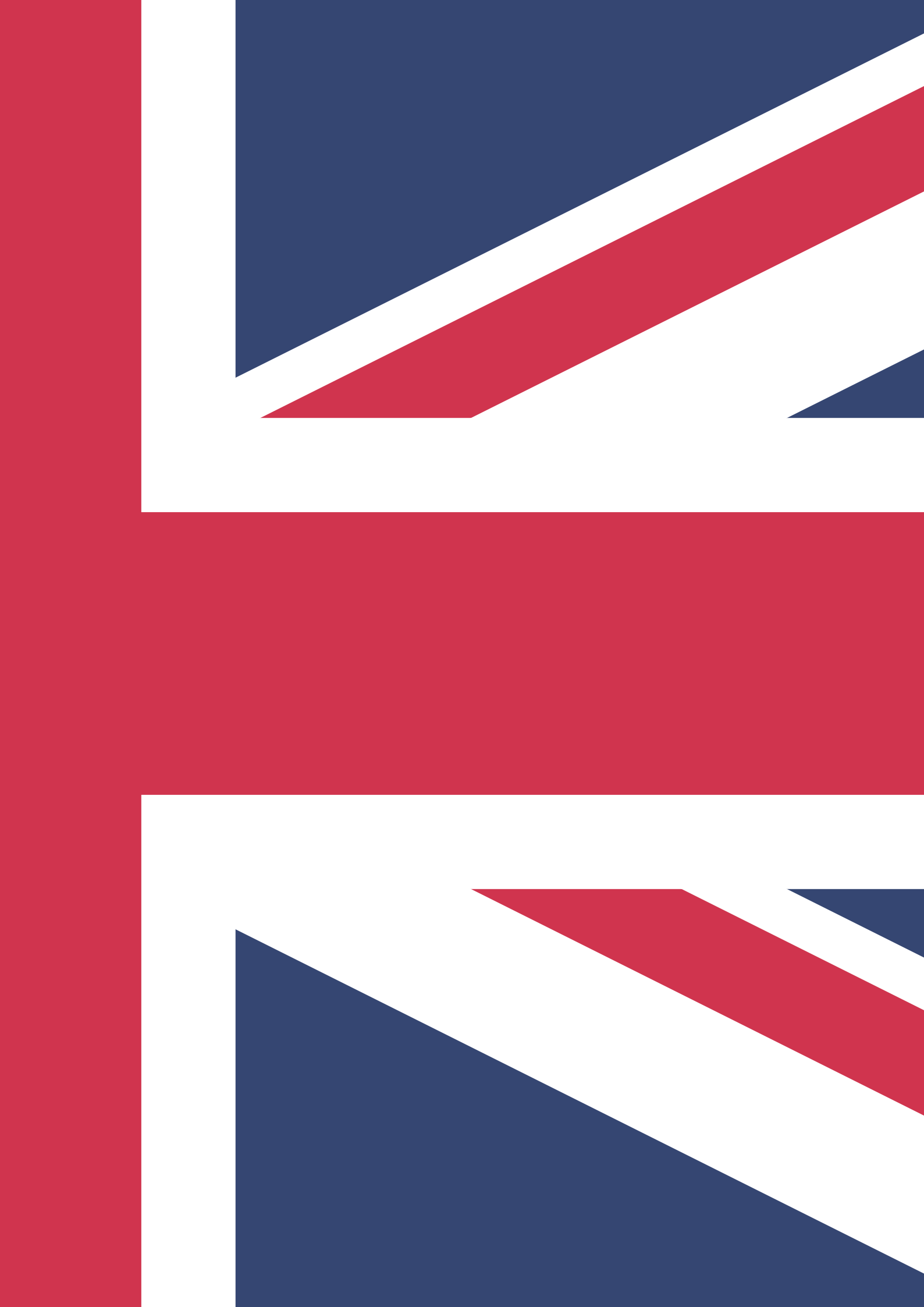
	Royaume-Uni (1)	Suède (1)	Espagne (2)	Pays-Bas (3)
Taux de couverture TA chez les + 65 ans chez les + 80 ans	15% 33%	12% 26%	11% 20%	8% 19%
Offre de services (publique)	<p>Téléassistance basique (bouton d'urgence)</p> <p>Dispositifs de téléassistance « avancée » (détecteurs de chute, d'énurésie, de fuite de gaz, de monoxyde de carbone, etc.)</p> <p>Téléassistance mobile</p> <p>Services complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Unités d'intervention mobiles . Intégration entre les services à la personne et les services de téléassistance . Service de garde de clefs 	<p>Téléassistance basique (bouton d'urgence)</p> <p>Dispositifs de téléassistance « avancée » (détecteurs de chute, d'énurésie, de fuite de gaz, de monoxyde de carbone, etc.)</p> <p>Téléassistance mobile</p> <p>Usage de caméras de surveillance</p> <p>Services complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> . Unités d'intervention mobiles . Intégration entre les services à la personne et les services de téléassistance . Service de garde de clefs . Service « sans clefs » avec clef numérique 	<p>Téléassistance basique (bouton d'urgence)</p> <p>Dispositifs de téléassistance « avancée » (détecteurs de chute, d'énurésie, de fuite de gaz, de monoxyde de carbone, etc.)</p> <p>Téléassistance mobile</p> <p>Services complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> . Unités d'intervention mobiles . Intégration entre les services à la personne et les services de téléassistance . Service de garde de clefs 	<p>Très peu d'offre publique, cela reste exceptionnel</p> <p>Ce sont les assureurs qui peuvent prendre en charge partiellement les frais liés à la téléassistance.</p>
Gouvernance et répartition public/privé	<p>Les régions gèrent la mise en œuvre de la téléassistance en lien avec les municipalités.</p> <p>Prédominance de l'offre publique</p>	<p>Contrat d'appel d'offre national -> gestion par la municipalité</p> <p>Prédominance de l'offre publique</p>	<p>Accord-cadre national (subvention partielle, réglementation) -> gestion par les provinces ou les municipalités</p> <p>Prédominance de l'offre publique</p>	<p>Peu ou pas d'offre publique</p> <p>Prédominance de l'offre privée et remboursement partiel par les assureurs</p>
Faits notables et distinctifs	<p>Hétérogénéité de taux de couverture et recours entre les différentes régions et municipalités (inégalités)</p>	<p>La centrale d'assistance fournit des informations et de la prévention supplémentaire de toute nature auprès des abonnés (canicule, etc.)</p> <p>Aucune intervention réalisée par un réseau de proches ou de parents</p> <p>Équipements numériques (vs. majoritairement analogiques pour la plupart des autres pays)</p> <p>Homogénéité en termes d'offre de services, de couverture et de recours sur l'ensemble du territoire (mais population et nombre de municipalités moins importantes en comparaison avec les autres pays)</p>	<p>La centrale d'assistance fournit des informations et de la prévention supplémentaire de toute nature auprès des abonnés (canicule, etc.)</p> <p>L'Andalousie possède l'un des plus gros centre de téléassistance européen géré publiquement</p> <p>Grande hétérogénéité de taux de couverture et recours entre les différentes provinces et municipalités (inégalités)</p>	<p>L'imaginaire et les propositions de solutions sont très orientées tech (assistants vocaux et virtuels, maison connectée, etc.). Des exemples sont visibles dans une vidéo du Ministère de la Santé et dans les images de l'étude de cas.</p> <p>Le taux de couverture reste important malgré la faible implication des pouvoirs publics en matière de téléassistance (niveau de vie plus élevé)</p>

			Téléassistance « basique »				
Dispositifs		Pays	Marque	Détecter/ Surveiller	Contacteur un centre d'appel	Alerter interve- nant-e-s	Alerter proches, aidant-e-s
Détection des chutes	Bracelet, pendentif		Zintouch, Eurocom CQ-5, Monty, Alerte Wuzzi, GoLiveCli, Tunstall Televida		•	•	•
	Ceinture avec airbag			•			
	Appareil de téléassistance mobile		Tunstall Televida	•	•	•	•
	Terminal MIMAL		Tunstall Televida	•	•	•	•
	Détecteur de chute ou de mouvement			•	•	•	•
Assistance à la personne	Détecteur de mouvements		Tunstall Televida	•	•	•	•
	Détecteur de convulsions		Tunstall Televida	•	•	•	•
	Capteur de localisation			•	•	•	•
	Bracelet avec géolocalisation		Tunstall Televida	•	•	•	•
	Détecteur de l'activité			•	•	•	•
	Détecteurs de fumée/gaz		Tunstall Televida	•		•	•
	Capteurs d'énurésies		Tunstall Televida	•			
	Rappel sonore			•			
	Alarme de déficience sensorielle			•			
	Centre d'appel					•	•
	Application de santé + montre intelligente		Nettie Health App	•	•		•
	Distributeur intelligent de médicaments		Medico, CareXS, Thelma, cMed	•		•	
	Assistant vocal		Google Assistant, Siri, Anne4Care, Emma app		•	•	•
	Caméra de surveillance nocturnes			•			•
	Coffre à clefs						
	Aide à Domicile			•		•	•
	Cour de prévention des chutes						
Campagne et atelier		La Croix-Rouge					

Téléassistance « avancée » (services complémentaires)									Autre		
Avertir le-a patient-e	Informer, dispenser de conseils	Orienter	Localiser	Télé consulter/ évaluer	Télé-soigner	Actionner équipements	Télé-coacher	Aider à domicile	Localisation	Déclenchement	Alarme
				•					Sur soi	Bouton	Active
									Sur soi	Capteur	Passive
	•	•							Sur soi	Bouton	Active
			•						Sur soi	Bouton	Active
						•			Chez soi	Capteur	Passive
						•			Chez soi	Capteur	Passive
									Chez soi	Géolocalisation	Passive
			•						Dehors	Localisation	Passive
•			•						Sur soi, Dehors	Capteur	Passive
•									Chez soi	Capteur	Passive
•						•			Chez soi	Capteur	Passive
•									Chez soi	Capteur	Passive
•					•		•		Chez soi	Configuration	?
•									Chez soi	?	?
	•	•		•					Dehors	Voix	Active
•					•		•		Sur soi	Bouton	Active
•					•				Chez soi	Configuration	Passive
•	•	•			•	•	•		Chez soi	Voix	Active
									Chez soi	Capteur	Passive
								•	Dehors	Configuration	-
	•							•	Chez soi	-	-
	•								Dehors	-	-
	•								Dehors	-	-

The background features a stylized, abstract design with geometric shapes in red, white, and blue. A large red vertical bar is on the right side. The rest of the background is composed of white and blue shapes, with a prominent diagonal red stripe. The text 'Royaume-Uni' is overlaid on the top left.

Royaume-Uni



Panorama général

Avec environ 1,7 million d'abonnés, le Royaume-Uni enregistre le plus fort taux de pénétration des systèmes de téléassistance. Le marché se caractérise par :

- un nombre relativement important de fournisseurs de services,
- la domination de Tunstall, un des leaders européens en matière d'équipements de téléassistance et des services associés,
- une offre publique fortement soutenue par le gouvernement

Le service de téléassistance s'inscrit dans un programme gouvernemental plus large appelé Technology Enabled Care Services (télé médecine, téléassistance, télésoins, télécoaching, apps de santé), qui est lui-même au croisement de plusieurs ambitions politiques, notamment :

- l'identification et le recours à de nouveaux modèles de soins de premiers niveaux / de proximité (primary care),
- des objectifs long terme concernant l'allongement de la durée de vie, et notamment de la vie en autonomie chez soi (maintien à domicile),
- la réduction du nombre d'entrées aux urgences,
- NHS Everyday, avec pour objectif de délivrer des services de soin en continu,
- une meilleure intégration entre santé et social (lutte contre l'isolement, etc.),
- une plus grande personnalisation des soins.

Si le R.-U. fait indéniablement partie des pays avancés en matière de téléassistance et de manière plus générale, de télésanté, ces progrès restent assez fragmentés en ce qu'ils varient beaucoup de part leurs disparités entre les collectivités. L'étude de cas choisie pour ce pays porte donc sur un cas largement documenté avec de bons indicateurs de réussite : l'Écosse.

Étude de cas : l'Écosse et le TDP / TEC Telecare

Le Scottish Telecare Development Programme est un programme lancé par la région écossaise pour la période 2006-2011, puis prolongé jusqu'en 2015 sous l'appellation Scottish Assisted Living Programme. L'objectif de ce programme est d'encourager, d'accompagner et de rendre possible le maintien à domicile pour tous les citoyens écossais âgés de plus de 60 ans, et ce en toute sécurité et le plus longtemps possible, grâce à la promotion de l'usage de la téléassistance via un accompagnement et un fonds de développement dédié. Le TDP est porté par la Joint Improvement Team, un partenariat public/privé constitué par la Région, NHS Scotland (l'antenne écossaise du système de santé publique au R.-U.), COSLA (regroupement d'autorités locales écossaises, notamment communales), et d'acteurs privés (issus des secteurs des services et du logement).

Les 8 objectifs du TDP sont :

- réduire le nombre d'admissions aux urgences évitables et de réadmissions à l'hôpital,
- augmenter la vitesse de sortie de l'hôpital une fois que la santé de la personne est assurée,
- réduire le recours aux maisons de retraite,
- améliorer la qualité de vie des usagers des services de téléassistance,
- réduire la pression et le stress des aidants « informels » (informal carers), c'est-à-dire les proches, les parents ou éventuellement les aides à domicile,
- étendre le taux de personnes assistées par un service de téléassistance,
- libérer du temps et de l'argent,
- soutenir un approvisionnement efficace pour garantir le développement rapide des services de téléassistance.

TEC Telecare

À partir de 2015, la politique publique TDP se retrouve dans un programme gouvernemental écossais plus large appelé TEC - Technology Enabled Care. Rattaché à la direction de la santé et des soins numériques du gouvernement écossais, ce programme construit les fondements, à la fois numériques et culturels, permettant aux citoyens écossais de bénéficier d'une gamme de services médico-sociaux numériques. TEC regroupe différentes politiques publiques proposant des services médico-sociaux numériques comme Near Me (télé médecine), Digital Mental Health (télé médecine) ou encore TEC Telecare.

L'équipe TEC Telecare travaille en partenariat avec la direction numérique de la région (Local Government Digital Office) et le programme TEC Logement pour s'engager auprès des fournisseurs de services de téléassistance, des citoyens et d'autres parties prenantes clés à fournir un leadership et un soutien pour favoriser l'amélioration, la transformation et l'innovation continues dans le déploiement des services de téléassistance.

Offre de services

Le telecare fait ici référence à la prestation à distance de services de santé et/ou sociaux aux personnes à leur domicile au moyen de télécommunications et de systèmes informatisés.

Un questionnaire d'auto-positionnement en ligne permet d'apporter un premier niveau de réponse¹ et oriente ensuite les usagers vers leur autorité locale (en l'occurrence, communale). Les usagers peuvent également passer par une association pour obtenir de l'information et faire leur choix de dispositifs. Ils peuvent financer de manière entièrement privée le recours à un dispositif et service de téléassistance ou entrer en contact avec leurs services sociaux pour une évaluation de leur situation et de leur éligibilité.

Souvent, le premier contact ou la première demande se fait via un formulaire en ligne : c'est le cas pour la commune de West Lothian² ou de Glasgow (formulaire en ligne à remplir par la personne, sa famille³, ou demandé par un personnel de santé, d'hôpital - après un passage aux urgences, par exemple - ou des services sociaux⁴). Il y a également possibilité de remplir un formulaire papier.

Les dispositifs

En fonction de leur situation et de leurs besoins, les usagers peuvent avoir recours à différents types de technologies et services. La plupart des communes en Écosse proposent a minima un premier niveau de téléassistance, à savoir la télalarme active (à activer en pressant un bouton sur un pendentif ou une centrale d'appels). D'autres dispositifs peuvent compléter ce premier niveau de réponse, présentés ci-dessous. Cette liste a été construite à partir de l'offre des communes de Glasgow, Edimbourg et West Lothian.

1 <https://www.telecareselfcheck.scot/>

2 <https://westlothianhsc.org.uk/article/38775/Telecare>

3 <https://www.glasgow.gov.uk/index.aspx?articleid=22954>

4 <https://www.glasgow.gov.uk/index.aspx?articleid=27242>



Les alarmes « actives »

Il s'agit de la réponse la plus basique. Ce sont des boutons pouvant être placés au domicile de la personne ou à la maison de retraite, toujours de sorte qu'ils soient facilement accessibles si la personne veut appeler à l'aide. Les alarmes peuvent également être portées comme une montre ou un pendentif. La personne actionne l'alarme en pressant le bouton pour entrer en communication avec le centre d'appels qui, après quelques vérifications et une analyse de la situation, alerte les proches, le voisinage, un intervenant, une ambulance, la police ou bien simplement rassure et dispense des conseils.

L'alarme est généralement reliée à un centre d'appels professionnel mais il est également possible dans certains cas de la configurer pour alerter directement un proche, un aide-soignant ou un infirmier (dans une maison de retraite, par exemple) ou toute autre personne en charge de la personne âgée.



Les capteurs de localisation

Même principe que les alarmes présentées ci-dessus mais ils sont utilisables à l'extérieur de la maison pour appeler à l'aide lors d'une sortie ou pour appeler à l'aide si la personne s'est perdue.



Les détecteurs de mouvement (alarmes « passives »)

Ils sont utiles pour les personnes âgées sujettes aux chutes ou à la confusion.

- Ils peuvent être utilisés pour détecter si la personne est dans ou hors de son fauteuil ou de son lit.
- Ils peuvent aussi être placés près des portes pour surveiller la quantité de mouvements dans une pièce ou le moment où la personne quitte un bâtiment.
- Plus particulièrement, les détecteurs de chute peuvent être portés sur les vêtements pendant la journée.
- Un tapis de pression peut être placé près du lit, par exemple, pour détecter si la personne est tombée.

Enfin, ces capteurs de mouvement peuvent être reliés à d'autres équipements électriques de la maison. C'est ainsi qu'un capteur d'occupation du lit peut être connecté à l'interrupteur de la salle de bain pour allumer automatiquement la lumière lorsque la personne sort de son lit.

Les capteurs environnementaux

Ce sont des capteurs qui détectent l'eau (si un robinet est resté ouvert ou s'il y a une fuite d'eau), le gaz (si une cuisinière est restée allumée), la chaleur ou la fumée (prévention des incendies), le monoxyde de carbone ou des températures extrêmes.

Les capteurs les plus sophistiqués peuvent être reliés à des systèmes automatiques susceptibles de, par exemple, couper l'alimentation en gaz et alerter directement la personne, ses proches ou un centre d'intervention.

Les capteurs d'énurésie

Ils détectent l'humidité et peuvent être placés entre la housse du matelas et le drap.

Les rappels

Par une alerte sonore, ces dispositifs rappellent à la personne de prendre ses médicaments. Les compartiments du porte-médicaments peuvent être programmés pour s'ouvrir au bon jour et à l'heure de la journée.

Les personnes âgées, leurs proches ou leurs aides à domicile (voire leur pharmacien) remplissent au préalable le porte-médicaments. D'autres rappels par messages vocaux sont disponibles, pour demander si les médicaments ou le repas ont été pris, par exemple.

Tous ces rappels peuvent être définis de manière à déclencher une alarme si la personne ne répond pas.

Enfin, tous les capteurs ou détecteurs doivent être connectés à un boîtier de contrôle pour permettre d'alerter, demander de l'aide et communiquer avec la centrale d'appels.

Comme la France, l'Écosse (et de manière plus large le R.-U.) s'engage dans une transition technologique : dès 2023, les services téléphoniques analogiques seront désactivés et remplacés par des systèmes numériques utilisant la technologie du protocole Internet (IP).



Les alarmes de déficience sensorielle

Ce sont des alarmes conçues pour les personnes malentendantes ou malvoyantes. Ces appareils sonnent, clignotent ou vibrent pour indiquer si l'alarme a été déclenchée. Certaines peuvent par exemple être placées sous des oreillers et vibrer, ce qui peut être utile la nuit si la personne a une déficience auditive ou visuelle.

Il existe également des balises qui peuvent montrer visuellement que l'alarme a été déclenchée, ainsi que des systèmes de boucle inductive pour aider à entendre clairement l'opérateur lors des appels d'alarme.

La surveillance de l'activité

Ces systèmes surveillent les mouvements et les activités de la personne pendant la journée et ne déclenchent pas nécessairement d'alarme. Leur fonction est plutôt de donner des informations utiles sur les besoins de la personne et de permettre d'analyser le bon fonctionnement d'un programme de soins par des professionnels du domaine médico-social.

D'autres systèmes permettent aux aidants (amis ou parents) qui ne vivent pas avec les personnes âgées de surveiller leur activité pour s'assurer, par exemple, qu'elles utilisent leur cuisine aux heures des repas ou en demandant à la personne d'appuyer sur le bouton à des moments précis de la journée pour confirmer qu'elle va bien. Si la personne n'appuie pas sur le bouton au moment imparti, le personnel du centre d'appels téléphonera.

Il y a également la possibilité pour les personnes âgées d'acquérir un coffre à clés pour que les soignants, la famille ou les services d'urgence puissent entrer dans la maison de la personne si elle ne peut pas ouvrir la porte. Ce coffre à clés est proposé dans certaines communes (Édimbourg, par exemple).



Le service

Les services (centres d'appels et d'assistance) sont externalisés à des entreprises privées comme Tunstall, Delta Wellbeing, Chubb, Cordia (Glasgow) ou Careline365 (West Lothian). L'offre est adaptée en fonction de l'état et des besoins de la personne et de ses soignants.

À Glasgow, en 2017, le centre Cordia est composé de :

- 1 gestionnaire,
- 5 employés administratifs,
- 6 chefs d'équipe,
- 24 employés chargés de la gestion des appels,
- 15 intervenants (qui se déplacent à domicile pour apporter de l'aide et de l'assistance de premier niveau).

D'autres communes font le choix d'internaliser la compétence : c'est le cas d'Édimbourg avec son équipe ATEC24 - ce qui n'empêche évidemment pas des acteurs privés de proposer une offre également, comme c'est le cas pour Careline365.

Lorsqu'une alarme ou un détecteur se déclenche, habituellement, la première étape consiste à appeler les personnes âgées et à vérifier ce qui s'est passé. Ensuite, le protocole énumère le type d'accompagnement ou d'aide qui doit être fourni.

Les coûts

Le coût dépend de l'équipement de téléassistance et des besoins des personnes âgées. Les coûts unitaires et annuels de chaque équipement sont les suivants :

- Détecteur de fumée : 55,00 £ (environ 65 €)
- Détecteur de gaz : 98,00 £ (environ 115 €)
- Alerte porte ouverte : 40,00 £ (environ 45 €)
- Maintenance, installation et démontage du matériel de téléassistance : 700,00 £ (env. 840€)

L'équipement est généralement pris en charge par la collectivité. Les coûts et les prises en charge varient en fonction des communes. En ce qui concerne les téléalarmes :

Pour les communes de Glasgow ou West Lothian, par exemple, l'équipement, l'installation et la prise en main sont gratuits. L'utilisateur paye uniquement le service à hauteur de 3,60£ par semaine. Une prise en charge totale est possible selon la situation financière du bénéficiaire.

Pour la commune d'Édimbourg, les frais diffèrent selon le type de téléalarme :

- 5.80£ par semaine soit 301.60£ par an pour une alarme standard,
- 8.40£ par semaine soit 436.80£ par an, pour une alarme à détection passive (sans action de la part de la personne, comme les détecteurs de porte ou les détecteurs d'occupation de lit),
- 7.54£ par semaine, soit 392.08£ par an, deux alarmes pour deux personnes dans le même foyer.

Gouvernance, opérateurs, fournisseurs

Le TDP constitue un plan stratégique complet axé sur la prévention et les prestations de soins de longue durée dans les foyers et les communautés de personnes âgées par le biais de la téléassistance. Ce plan était composé de :

- un agenda politique, qui comprenait la création d'instances gouvernementales pour le suivi de la mise en œuvre de la téléassistance et des actions stratégiques telles qu'un plan de sensibilisation des parties prenantes,
- un appel, proposant des financements à des partenariats locaux portés par les communes, à propositions de téléassistance en collaboration avec des prestataires techniques et/ou de santé publics et privés. La continuité du financement dépendait des résultats obtenus par rapport aux objectifs stratégiques du cadre.

Dans le TDP, la Région a encouragé le développement de partenariats portés par les communes et composés d'acteurs complémentaires.

- Chaque partenariat a été contrôlé (éligibilité), sélectionné et financé par la Région, et s'est vu confier la responsabilité globale de fournir les services, y compris l'installation et l'entretien de l'équipement.
- Les partenariats ont fait l'objet d'un rapport annuel par rapport aux indicateurs économiques, sociaux et de santé, et le financement continu dépendait de ces résultats.
- La collectivité régionale a soutenu le développement de l'infrastructure physique, établi des normes technologiques et encouragé la R&D.
- La collectivité régionale a également mené des actions de sensibilisation auprès des décideurs politiques et des professionnels (la sensibilisation des usagers ayant été réalisée par les partenariats locaux / communaux).

Les collectivités locales (communes) ont externalisé la prestation de services technologiques dans les maisons de retraite à un prestataire. Ce prestataire était soit entièrement privé soit un groupement d'acteurs piloté par un conseil public local. Les services aux usagers ont

été co-financés par des accords entre des organisations privées et publiques : l'autorité publique assurait la rentabilité économique et l'accessibilité du service aux personnes âgées, en convenant notamment avec les compagnies d'assurance qu'elles couvriraient une partie du coût de la prestation de service aux usagers, l'objectif étant que le reste à payer par les utilisateurs finaux soit limité, dans la mesure du possible. Les autorités publiques régionales sont restées responsables de l'accessibilité et de la prestation des services, permettant aux organismes publics et privés de développer, de fournir et d'entretenir les services et les compétences en lien avec la téléassistance.

Les associations ont un rôle important dans la promotion de la téléassistance et l'accompagnement des personnes et familles qui pourraient en bénéficier. La NHS renvoie d'ailleurs vers des associations pour orienter les consommateurs dans leurs choix de dispositifs de téléassistance :

- l'association nationale de consommateurs, Which?, pour faire un choix plus éclairé concernant les différentes options, services et dispositifs,
- l'association Disabled Living Foundation (DLF) avec
 - sa fiche d'information sur les dispositifs de téléassistance et les fonctionnalités utiles en fonction de l'affection de la personne,
 - son outil AskSARA qui offre des conseils ciblés et guidés pour aider à trouver le bon outil ou la bonne solution technologique en fonction de la situation de la personne,
- l'association Living Made Easy, ou Age UK qui peuvent aider les familles à identifier les produits et dispositifs issus des principales entreprises au R.-U via de l'information en ligne, un centre d'appels à visée informative gratuit ou des centres de jour,
- l'association TSA joue un rôle fondamental, c'est un acteur connu dans l'industrie de la téléassistance au R.-U. qui délivre notamment des accréditations servant de référence en termes de qualité de service et de conformité aux normes.

Ces associations constituent la première porte d'entrée vers la téléassistance. Parallèlement, pour avoir recours à des services de téléassistance publique, les usagers doivent contacter l'autorité locale de leur région pour vérifier leur éligibilité et étudier les options possibles. En concertation avec leur antenne locale de la NHS et les services sociaux pour adultes (adult social services), la personne pourra avoir accès à une aide, un accompagnement ou une prise en charge financière du service de téléassistance. Il est également possible de passer par la cellule des personnes en situation de handicap, avec un nombre de possibilités d'accompagnement, d'aides ou de prises en charge. Par exemple, si un usager est déclaré handicapé ou s'il souffre d'une maladie chronique, il peut

demander une exonération de TVA, pouvant aller jusqu'à 100%, sur une gamme de produits de technologie de téléassistance.

Couverture et retex

L'évaluation du TDP a été menée par des chercheurs au York Health Economics Consortium (YHEC), une société de recherche et de conseil en économie de la santé appartenant à l'Université de York, ainsi qu'avec le cabinet de conseil Newhaven Research. L'évaluation a porté principalement sur la mesure dans laquelle les huit objectifs du PDT ont été atteints sur la période 2008-2011. Les indicateurs rapportés ci-dessous sont issus de ces études.

Taux de couverture

31 partenariats entre la Région et les collectivités (dont les comtés d'Édimbourg, West Lothian ou de Glasgow)

Aujourd'hui : 20% des + de 75 ans bénéficient d'un service de téléassistance en lien avec la collectivité (103 000 personnes).

Satisfaction des personnes âgées

- 1 personne sur 2 n'a pas noté d'amélioration ou d'impact significatif sur sa santé
- 93% se sont senties davantage en sécurité
- 70% se sont senties + indépendantes

Satisfaction des proches et aidants

- 100% des personnes en charge d'une personne âgée (famille ou soignants de proximité type aide à domicile, infirmiers, etc.) a exprimé un retour positif concernant l'installation de la solution de téléassistance.
- 74% ont rapporté une diminution de leur niveau de stress.

Économies financières

Le TDP a permis au système public régional de protection sociale d'obtenir des économies financières de 91 millions d'euros sur la période 2006-2010, en permettant une sortie plus rapide des patients des hôpitaux, en réduisant les hospitalisations et en évitant les admissions en maison de retraite.

Pour aller plus loin

Aujourd'hui, la cellule Telecare teste un nouveau dispositif appelé "Proactive Telecare" qui consiste à appeler de manière proactive les personnes âgées à leur domicile.

Espagne





Panorama général

L'Espagne possède l'un des modèles de service public de téléassistance les plus avancés, bien que son taux de couverture soit inférieur à celui du Royaume-Uni. Selon les derniers chiffres publiés par l'Imserso¹ et datant de décembre 2019, en Espagne, environ 1M de personnes bénéficient d'un service public de téléassistance (environ 11% des plus de 65 ans). L'expansion de la téléassistance en Espagne a été intense et favorisée par les politiques d'accompagnement des personnes âgées ou dépendantes. L'État encourage la téléassistance par des mesures de co-financement et de régulation.

Les services de téléassistance sont d'abord introduits en Espagne par la Croix-Rouge, au début des années 1990, avec l'arrivée de Tunstall sur le marché ibérique en 1991. Assez rapidement, en 1993, un accord-cadre est conclu entre Imserso et la Fédération Espagnole de Municipalités et Provinces² (FEMP) qui garantit un co-financement étatique à 65% du service de téléassistance. Les administrations des provinces et municipalités adhèrent progressivement à cet accord-cadre. Avec la subvention de l'Imserso, les services de téléassistance sont rapidement absorbés par les services sociaux des municipalités et communes, constituant un service géré localement et offert quasi-majoritairement via des prestataires privés (Tunstall Televida détenant 40% du marché), à l'exception de l'Andalousie, où ce service est offert par un fournisseur public.

Un premier cadre réglementaire est posé à la fin des années 90 : il s'agit des normes de l'Imserso, une référence pour les administrations et fournisseurs de téléassistance, qui continue aujourd'hui de réglementer ce service, renforcée dans les années 2000 par les standards de l'Association Espagnole de Normalisation et Certification (AENOR) qui consolide les processus de certification des fournisseurs. Plus récemment, l'Espagne a promu une série de lois qui étendent l'accès aux services de téléassistance sur le territoire :

1. Diversification des canaux de sollicitation du service. En 2006 la Loi dite « Loi de la Dépendance » qui, sans se substituer au modèle antérieur :

- confère à la téléassistance le caractère de droit universel,
- conditionne son accès à l'évaluation du degré de dépendance d'un usager,

- ajoute la téléassistance à un catalogue de services proposés par le SAAD, un système de l'Imserso regroupant l'ensemble des services visant à favoriser l'autonomie personnelle, la prise en charge et la protection des personnes en situation de dépendance, par le biais de services publics et privés.

Avec cette loi deux canaux pour l'offre de services cohabitent désormais : l'offre locale et l'offre via le catalogue du SAAD. Les deux sont gérées par les mêmes entités et s'adressent aux mêmes populations mais avec des pré-requis et des flux différents, ce qui a pu compliquer la lisibilité de l'offre pour l'utilisateur, mais aussi pour les professionnels.

2. Extension de la couverture du service au niveau national. Le « plan choc Dépendance » est un accord-cadre conclu en 2021 entre les communautés autonomes (équivalent Régions) et l'État avec pour objectif de faire en sorte que toutes les personnes âgées, quel que soit leur niveau de dépendance, résidant à domicile souhaitant avoir accès à la téléassistance puissent effectivement y avoir accès. Des hausses de financements publics sont prévues jusqu'en 2023 pour couvrir le service et le transformer en "droit subjectif". Cela signifie que toute personne ayant un degré de dépendance reconnu aura automatiquement droit au service de téléassistance. Au-delà des financements publics étatiques, les communautés autonomes doivent également mettre en place des systèmes localement pour assurer cette couverture étendue du système de téléassistance.

1 L'Imserso est l'Institut National des Personnes Âgées et des Services Sociaux, un organisme de droit public rattaché au Ministère des droits sociaux.

2 Une province est composée d'un ensemble de municipalités.

Le modèle espagnol

Trois éléments importants se dégagent dans le modèle espagnol de téléassistance :

1. Un modèle proactif et préventif

Dans une grande partie du territoire, le service de téléassistance a un caractère préventif. Pour les pouvoirs publics espagnols, il s'agit de s'affranchir définitivement de l'approche réactive - c'est-à-dire un service qui répond aux situations d'urgence et de crise suite à la pression sur un bouton d'urgence (téléalarme) -, à une approche beaucoup plus proactive, où le soignant peut également surveiller les besoins, mieux planifier le suivi ainsi qu'anticiper et gérer les risques, agissant ainsi avant que les problèmes ne surviennent. Le caractère préventif s'incarne, par exemple en Andalousie, dans le fait que les services de téléassistance utilisent ce canal pour informer les personnes âgées inscrites au service des épisodes de canicule, s'assurer qu'elles vont bien et leur transmettre un certain nombre de recommandations.

2. La prise en compte et l'accompagnement des aidants familiaux et proches qui s'occupent des personnes âgées

Le modèle espagnol tend également à la forte prise en compte des aidants familiaux et du soutien à apporter à ces aidants (proches, voisins, parents, etc.), dans une conception du service de téléassistance où l'utilisateur n'est pas uniquement la personne individuelle mais l'ensemble de l'environnement domestique.

3. Une stratégie de téléassistance avancée, qui mise sur l'intégration progressive des télésoins, de la télémédecine et d'un accompagnement prédictif

L'Espagne présente une stratégie assez avancée en matière de téléassistance. En particulier, elle ambitionne et entame une transition vers une téléassistance dite avancée dans tous les territoires où la téléassistance suit encore un modèle traditionnel. Cela signifie que le pays mise de plus en plus sur la télémédecine et les télésoins numériques / prédictifs - qui s'accompagnent évidemment de leurs lots d'interrogations et de problématiques concernant la protection des données personnelles et le droit à la vie privée.

L'Espagne distingue ainsi, dans son plan choc Dépendance, deux types de téléassistance :

- la téléassistance basique (le service de téléalarme),
- la téléassistance avancée, service qui inclut, au-delà de la téléassistance basique, des outils technologiques complémentaires dans et hors du domicile, ainsi que le lien avec les services d'information et les professionnels de référence via des protocoles d'action basés sur le besoin d'assistance détecté.

La téléassistance fournie est considérée comme avancée si 1) il y a un contact direct et régulier avec la personne âgée usagère du service et 2) si au moins deux des services suivants sont fournis :

À domicile

- monitoring à distance qui permette l'interprétation d'informations personnalisées, à partir de l'analyse de l'activité et des habitudes de la personne, par la génération d'alertes et de processus de soins adaptés en fonction de la situation détectée,
- détection de situations de risque ou d'urgence de type fuite de gaz, d'eau, incendies, etc.,
- détection de modifications dans les habitudes ou la routine ou détection de chutes,

Hors du domicile

- téléassistance mobile avec géolocalisation,

Services en collaboration avec les services sanitaires

- gestion de rendez-vous médicaux ou médico-sociaux,
- intégration entre les plateformes de téléassistance et les systèmes médico-sociaux publics,
- définitions des processus et protocoles d'information ou d'action en fonction de la situation de la personne, en coordination avec les services publics,
- télédiagnostic, téléconsultations de santé ou sociales,
- télé-réhabilitation physique, cognitive ou fonctionnelle,

Programmes d'attention intégrale à destination des aidants familiaux

- programme d'appui psychosocial,
- programme de promotion du « vieillissement actif et en bonne santé »,
- programme de télémonitoring de personnes avec des maladies chroniques,
- protocoles spéciaux (soutien en cas de deuil, prévention des violences).

Ces services peuvent être mis à disposition grâce aux dispositifs technologiques suivants :

- détecteurs de chute, de gaz, d'eau, de feu, de convulsions, d'énurésie...,
- bracelet avec géolocalisation ou alerte en cas de dépassement de certaines zones,
- dispositif mobile spécifique qui intègre les fonctionnalités du bracelet et ajoute la possibilité d'émission et de réception d'appels, y compris de visioconférence,
- tablette ou smartphone pour recevoir des messages et événements, un agenda personnel ou partagé avec

l'aidant ou le proche qui prend soin de la personne, envoi de messages d'alerte (fortes chaleurs par exemple),

- application mobile de téléassistance pour gérer et solliciter les services envisagés,
- autres dispositifs et solutions technologiques pour faciliter les services décrits ci-dessus.

Chaque province ou municipalité, en fonction des accords conclus localement, ne propose pas tout à fait la même offre de services et ne présente pas tout à fait la même organisation ou le même retour d'expérience. Nous présentons ci-après trois cas différents.

Études de cas : Barcelone, Andalousie, Castille-la-Manche

Les études de cas analysées sont similaires en ce qu'elles proposent un service gratuit (hormis les frais liés à l'installation et à l'usage d'une ligne téléphonique à domicile) ou très largement pris en charge pour l'utilisateur de plus de 65

ans en situation de dépendance, du fait des lois nationales évoquées ci-dessus (Accord-cadre de 1993, Loi de Dépendance, Plan choc de Dépendance).

Province de Barcelone

La province de Barcelone (région catalane) souscrit à l'accord-cadre Imserso-FEMP en 2005, au moment où sur le territoire environ 4000 personnes bénéficient déjà d'un service de téléassistance via leurs municipalités, fournies majoritairement par la Croix Rouge. La signature de l'accord déclenche un appel d'offres destiné à identifier un prestataire privé unique pour toutes les municipalités (aujourd'hui, Tunstall Televida). La municipalité de Barcelone est la seule à fonctionner sur un modèle propre (mais son fournisseur est également Tunstall Televida et elle propose les mêmes services que le reste de la Province).

Offre de service

Le service de téléassistance repose sur un pendentif simple connecté via la ligne téléphonique à une centrale d'appels avec laquelle il est possible de communiquer en actionnant le bouton du pendentif. Les professionnels du centre d'appels évaluent la situation et sollicitent, si

nécessaire, le service ou l'assistance la plus adéquate pour répondre à la problématique de l'utilisateur. Ce peut être : solliciter les parents / proches ou des personnes contact d'urgence, envoyer au domicile de la personne une unité mobile ou faire appel à des services d'urgence comme les pompiers, le SAMU, la police, etc. C'est un service disponible 24h/24, toute l'année. Comme tous les services de téléassistance, il a pour objectif de maintenir les personnes âgées à domicile dans de bonnes conditions.

En cohérence avec le modèle espagnol de téléassistance qui mise beaucoup sur la proactivité, en plus d'agir en cas d'urgence, le service agit également de manière préventive en maintenant un contact téléphonique régulier avec la personne. Les professionnels du service évaluent les besoins de la personne âgée et établissent trois niveaux d'assistance : faible, intermédiaire, élevé.

Chaque niveau détermine la fréquence à laquelle la centrale d'appels entrera en contact avec la personne de manière préventive : ainsi, pour un niveau élevé, la centrale d'appels entrera en contact avec la personne tous les 15 jours, pour un niveau intermédiaire tous les 30 jours et pour un niveau faible tous les 45 jours.

Le service peut être sollicité auprès des services sociaux, en ligne ou par signalement d'un travailleur social.

Dispositifs

Plusieurs dispositifs sont proposés, puis installés en fonction de l'évaluation des besoins par les services de téléassistance :

- pendentif / bracelet avec bouton d'appel (téléassistance basique),
- détecteurs de chute ou de mouvement,
- détecteurs de fumée / gaz,
- détecteurs de convulsions (notamment mouvements anormaux quand la personne est au lit),
- détecteurs d'énurésie,
- etc.



Dispositifs de téléassistance proposés dans la province de Barcelone (image : Diputació de Barcelona)

Nous retrouvons ici une offre similaire à l'offre anglaise puisqu'il s'agit du même fournisseur, Tunstall. Pour les personnes sourdes, malentendantes, ou avec d'autres types de handicap, il existe également des dispositifs adaptés (voire étude de cas du R.-U.).

Unités mobiles

Les unités mobiles sont une partie importante des services de téléassistance. Ils peuvent intervenir 24h/24 tous les jours de l'année. Depuis 2021, leur nombre est passé de 29 à 42 (45% de plus) afin de couvrir une plus grande partie du territoire et d'offrir un service de proximité. Ces unités sont chargées de se déplacer pour porter assistance ou secours aux personnes âgées, si besoin et en fonction des situations. Elles peuvent par exemple intervenir pour relever une personne qui a fait une chute.

Services complémentaires

- Dans le cadre de sa politique de téléassistance avancée³, les services de téléassistance incluent également :
- des campagnes de promotion d'un mode de vie sain via des appels, des supports de communication et des ateliers,
- des programmes de soutien aux personnes (parents, proches, voisins) qui s'occupent de la personne âgée,
- des rappels de calendrier, notamment pour les visites médicales, pour la prise de médicament, etc.
- un service de garde de clefs pour faciliter l'accès au domicile en cas d'urgence,
- des campagnes de sécurité et de prévention,
- des appels d'avertissement et de prévention en cas de catastrophes (naturelles ou autres),
- un service de téléassistance mobile (connectée au téléphone mobile de la personne), ce qui permet de la géolocaliser et de lui offrir une réponse y compris en dehors du domicile,
- le dispositif MIMAL (Monitoring intelligent du mouvement via localisation et pour l'autonomie).

³ L'ensemble des services de téléassistance avancée pouvant être proposés sur le territoire espagnol sont cités dans la partie « Panorama général » de l'étude de cas.

Le dispositif MIMAL s'incarne dans un terminal très similaire à un téléphone portable et s'adresse aux personnes avec une déficience cognitive légère ou modérée qui bénéficient de l'aide d'une personne de référence (parent, proche, voisin, etc.). Cela permet notamment de :

- localiser la personne si elle quitte les limites d'une zone définie comme sûre,
- solliciter une assistance à l'aide des boutons dédiés.

Contrairement à l'offre de téléassistance classique, MIMAL a un coût pour l'utilisateur d'entre 4,30€ et 8,60€ par mois.



Le dispositif MIMAL (image : Mairie de Barcelone)

Éligibilité au service

- à partir de 75 ans,
- personnes majeures de moins de 75 ans reconnues en situation de handicap avec reconnaissance d'un certain niveau de dépendance,
- autres situations dans lesquelles l'assistant-e social-e en charge d'une personne majeure de moins de 75 ans estime qu'il y a nécessité à mettre en place ce service.

Coût

Pour l'utilisateur, ce service est entièrement gratuit dans toutes les municipalités de la Province.

Gouvernance, opérateurs, fournisseurs

La téléassistance est fournie par la Province de Barcelone (équivalent départemental) en collaboration avec toutes les municipalités de la province, à l'exception de la ville de Barcelone même qui fonctionne sur un modèle propre. Les services sociaux de chaque municipalité gèrent ensuite les demandes d'inscription au service et évaluent les dossiers. Le prestataire de services (privé) est Tunstall Televida, pour toute la Province (y compris donc, pour la municipalité de Barcelone).

Couverture et retex

Le taux de couverture provincial pour les plus de 65 ans est d'environ 13% (90 000 personnes, hors municipalité de Barcelone où 108 000 personnes bénéficient du service de téléassistance municipal).

Ce taux masque de grandes disparités entre municipalités et les inégalités se creusent en fonction des communes : si 80% des barcelonais-e-s de plus de 80 ans bénéficient du service de téléassistance municipal, au niveau provincial ce taux descend à 32%. Ces disparités sont dues à des inégalités de moyens entre les municipalités qui ne sont pas compensées par les subventions garanties par l'accord-cadre.

En particulier à Barcelone (ville), ce taux de couverture a particulièrement augmenté depuis l'épidémie de COVID-10. Au début de l'épidémie, la municipalité a mis en place une importante campagne pour étendre ce service à davantage d'utilisateurs. Le nombre d'inscrits a augmenté de + de 3000 personnes en 2020 par rapport aux années précédentes.

Cette campagne a notamment mis en place :

- la possibilité de faire la demande de manière dématérialisée (env. 1000 demandes en ligne en 2020),
- l'envoi de supports de communication aux près de 20 000 personnes de plus de 75 ans qui vivent seuls à Barcelone, que ce soient des SMS ou des supports distribués en boîte aux lettres,
- une campagne d'appels, appelée « Como Esta ? » (Comment allez-vous ?) à destination des personnes qui n'étaient pas inscrites au service de téléassistance municipale, conduite entre la fin de l'année 2020 et le début de l'année 2021 et d'un coût d'environ 150K€.

Dans le cas de la municipalité de Barcelone, la politique publique représente un coût total de 7,6M€ annuels.

Région d'Andalousie

Offre de service

Comme sur le reste du pays, le service est en cours de transition et se numérise grâce à l'installation de nouveaux équipements qui remplacent les anciens dispositifs analogiques. Les dispositifs sont entièrement identiques aux dispositifs proposés à Barcelone bien que l'équipementier ne soit pas le même, du fait de la loi nationale sur la téléassistance avancée. À cet égard, en Andalousie, 29 049 utilisateurs de téléassistance disposent d'un dispositif de sécurité complémentaire (détecteur de gaz ou de fumée, appareil de téléassistance mobile à utiliser à l'extérieur du domicile, etc.). Au total, plus de 49 465 appareils de téléassistance avancés sont installés en Andalousie.

Coût

Pour la plupart des usagers avec un certain niveau de dépendance et vivant seules (ou pour les usagers de + de 80 ans), le service est gratuit.

Le service revêt un coût de 3,60€/mois pour l'utilisateur, si la personne a plus de 65 ans et présente un niveau de dépendance mais n'habite pas seule.

Le service revêt un coût de 10,80€/mois pour l'utilisateur dans les autres cas (personnes de + de 65 ans qui n'ont aucun niveau de dépendance reconnu).

Gouvernance, opérateurs, fournisseurs

En Andalousie, les services de téléassistance (centrale d'appels et unités mobiles d'intervention) sont gérés publiquement (pas de délégation à une entreprise privée) depuis leur mise en place il y a une vingtaine d'années, avec Vodafone comme équipementier. Il s'agit de la seule Région espagnole où c'est le cas.

Le déploiement et le développement du Service Andalou de Téléassistance (SAT) est assumé par l'Agence des Services Sociaux et de la Dépendance d'Andalousie, en tant qu'entité collaboratrice du ministère des Affaires sociales de la Région. Les centres d'appels regroupent environ 435 salariés qui gèrent environ 250 000 usagers et environ 15 000 appels par jour. Ces dix dernières années, le nombre d'abonnés au service de téléassistance a augmenté de 40%, passant de 170 000 à 240 000 (à noter que des voix se sont élevées pour protester contre la baisse des effectifs de 10%, face à une augmentation des usagers de 40%).

Couverture et retex

- Taux de couverture chez les + de 65 ans : 17% (250 000 personnes)
- Taux de couverture chez les + de 80 ans : 41% (173 000 personnes)

Le service existe depuis 20 ans.



Un centre d'assistance du service de téléassistance andalou (image : Junta de Andalucía)

Région de Castille-la-Manche

Offre de service

La téléassistance est complètement gratuite (hors coûts liés à l'installation et l'usage de la ligne téléphonique). Elle inclut :

- l'installation, la maintenance, la réparation et le remplacement de la technologie et des dispositifs installés au domicile de l'utilisateur,
- l'évaluation régulière de la personne, de son environnement et de sa situation afin de personnaliser le service pour qu'il corresponde le mieux à ses besoins à travers un plan d'action personnalisé qui est actualisé de manière régulière ou en tant que de besoin,
- accompagnement à la prise en main de l'équipement,
- assistance disponible 24h/24 tous les jours de l'année via la téléalarme et le centre d'assistance (centre d'appels),
- assistance immédiate en situation de crise, d'urgence ou toute autre situation qui nécessite de l'aide physique ou distancielle (les situations de crise ou d'urgence activent systématiquement le recours aux services publics de police, du SAMU ou des pompiers et l'alerte aux proches),
- suivi, accompagnement et évaluation de la situation de la personne par téléphone, par des visites à domicile et la gestion d'un agenda personnalisé,
- couverture universelle du service pour toutes les personnes de + de 65 ans qui en manifestent le besoin,
- information et communication à caractère préventif,
- programme d'activités de promotion du vieillissement actif (en groupe).

Il s'agit des mêmes dispositifs techniques que ceux proposés par la province de Barcelone (à l'exception de MIMAL).

La demande peut être faite en ligne ou en présentiel, auprès des services sociaux.

Gouvernance, opérateurs, fournisseurs

Le service de téléassistance est un service public du conseil communautaire de Castille-La Manche géré par le sous-ministère chargé de la promotion de l'autonomie et de la prise en charge de la dépendance du ministère de la prévoyance sociale. L'équipementier et fournisseur du service est le prestataire privé Tunstall Televida.

Couverture et retex

Taux de couverture des + de 65 ans :
15% (60 000 personnes)

Taux de couverture des + de 80 ans :
31% (44 000 personnes)

Quelques indicateurs issus de la dernière enquête qualité du service datant de 2021 :

- un taux de satisfaction très élevé d'environ 4,6/5,
- 99% des nouveaux usagers sont satisfaits de l'installation et de l'accompagnement à la prise en main des équipements,
- Tous les dispositifs défectueux ont été remplacés en moins de 48 heures à partir du signalement,
- Temps moyen de re-direction vers un service d'urgence lorsque besoin : 3 minutes 33 secondes.

Le service public de téléassistance pour la Région de Castilla-la-Mancha coûte 17,8M€ sur 4 ans (soit 4,5M€ par an).

Pays-Bas



Panorama général

Au Pays-Bas, la politique publique de maintien à domicile des personnes âgées est incarnée par le programme Langer Thuis. Avec un budget de 340M€ entre 2018 et 2021, ce programme portait sur 3 mesures :

- un meilleur soutien et des soins à domicile,
- aide aux soignants informels et aux bénévoles,
- des logements plus adaptés aux personnes âgées.

En matière de téléassistance, l'offre de services est principalement portée par des associations ou des entreprises privées, avec un faible soutien des pouvoirs publics et une politique de développement des systèmes de téléassistance quasiment inexistante. Le gouvernement néerlandais ayant un rôle de conseil et de re-direction envers les offres privées existantes. La politique publique de maintien à domicile des personnes âgées misent davantage sur la télémédecine, les téléconsultations et les logements adaptés plutôt que sur la téléassistance.

Offre de service

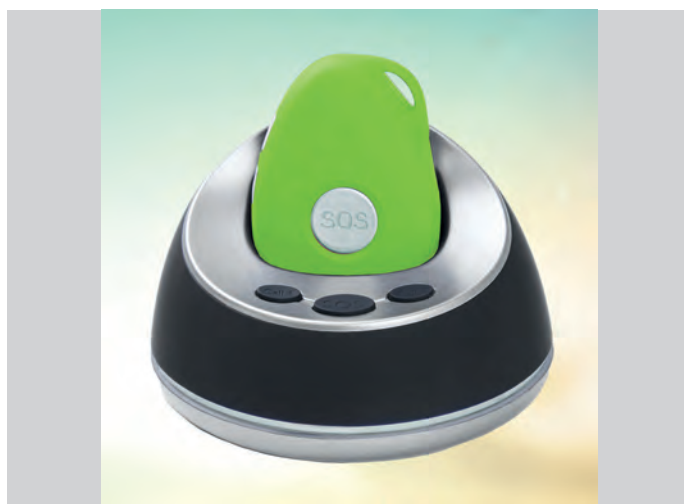
Le modèle de téléassistance suit, dans la plupart des cas, un modèle réactif, c'est-à-dire un système d'alarme personnelle à activer en cas d'urgence. Néanmoins, le système de soins néerlandais évolue rapidement, surtout après la pression subie pendant la COVID-19. Le gouvernement privilégie toutefois le développement des consultations à distance (télémédecine) plutôt que la téléassistance. En outre, il a invité les opérateurs socio-sanitaires à établir des plans pour rendre le système plus durable, conscient que la demande de soins augmente rapidement et la disponibilité des professionnels est et restera limitée.

Le site Zorg Van Nu¹ est un site du Ministère de la Santé, du Bien-Être et des Sports qui recense les dispositifs innovants de santé en fonction de différents besoins (grand âge) ou affections chroniques (diabète, etc.). Plusieurs dispositifs en lien avec la téléassistance y apparaissent :

Les téléalarmes personnelles

Les alarmes personnelles sont vendues par des entreprises privées. Elles prennent la forme d'un pendentif ou d'un bracelet avec un bouton actionnable qui renvoie soit vers la famille, un proche ou un voisin, soit vers les services d'urgence si ceux-ci ne répondent pas, soit vers un centre d'appels privé. Le Ministère de la Santé renvoie les usagers aux dispositifs suivants (liste non exhaustive) :

- Zintouch,
- Eurocom CQ-5,
- Monty,
- Alerte Wuzzi (bouton d'alarme),
- GoLiveClip (détecteur de chute),
- etc.



Le bouton SOS Wuzzi (image : Wuzzi)

Tous ces dispositifs sont en vente ou en location et proposés par des entreprises privées. Dans certains cas, l'assurance maladie néerlandaise peut prendre en charge une partie des frais, cela dépend de la situation de la personne et des raisons médicales. Il existe plusieurs possibilités de prise en charge :

1. Prise en charge pour raisons médicales

S'il y a des raisons médicales, la mutuelle peut rembourser une partie des frais, avec une prescription médicale. Seul le matériel est remboursé, l'utilisateur devant payer les frais d'abonnement au centre d'assistance.

2. Prise en charge pour motif social

Il est possible d'obtenir une téléalarme par l'intermédiaire de la municipalité, dans le cas où les raisons sont sociales (par exemple, la personne se sent en danger chez elle et n'a personne à avertir s'il y a un incident). Cependant, toutes les communes ne remboursent pas les boutons

1 <https://www.zorgvanu.nl/>

d'alarme et la prise en charge par la municipalité reste très exceptionnelle dans les faits.

3. Pas de prise en charge

Dans le cas où ni l'assurance maladie, ni la municipalité ne rembourse la téléalarme, la personne se tourne vers des solutions privées, à sa charge (ce qui est majoritairement le cas aux Pays-Bas).

- L'application Nettie Health App

Avec cette application, il est possible de surveiller et partager des données de santé avec son praticien et son entourage personnel. Il est possible de la relier via une montre intelligente à un centre d'appels (privé) 24h/24, 7j/7.

- La ceinture avec airbag

Cette ceinture permet de protéger les hanches lors d'une chute : elle contient des coussins d'air qui se gonflent automatiquement lorsque son porteur tombe. Ce dispositif évite à l'utilisateur de se casser la hanche. Cet équipement n'est pas remboursé par les assurances.



La ceinture avec airbag pour hanches (image : Wolk)

- Des cours de prévention des chutes

Des cours sont dispensés par des associations recommandées et évaluées par l'État pour prévenir les chutes et expliquer comment mieux se réceptionner en cas de chute. Ces cours peuvent être remboursés par les assureurs.

- Les distributeurs intelligents de médicaments

Ces distributeurs sont remplis soit par la personne elle-même, soit par un proche ou un professionnel de santé. Dès que c'est l'heure de la prise de médicament, l'appareil émet un signal et délivre les médicaments. Il est possible de lier le distributeur à une application pour les proches ou professionnels médico-sociaux.

Il existe plusieurs distributeurs de médicaments. Le plus connu est le Medido, mais les distributeurs CareXS ou Thelma ou cMed Plus sont également recensés par les sites officiels du gouvernement qui renvoient l'utilisateur à ces solutions.

Certains distributeurs de médicaments (cMed Plus ou Medido) peuvent être partiellement pris en charge par les pouvoirs publics néerlandais.



Distributeur de médicaments Medido.
Image : Tonny Presser

- Les assistants vocaux

Les assistants vocaux sont également évoqués dans le programme de maintien à domicile. Certains dispositifs sont mis en avant sur le site officiel des dispositifs de santé néerlandais, comme, par exemple, Google Assistant, Siri, Anne4Care ou l'application Emma se soucie (à connecter via Google Home). Ces assistants vocaux sont parfois remboursés, en fonction de la politique des mutuelles (il faut tout de même une prescription médicale).



Assistante virtuelle Anne. Image : Anne4Care

Couverture et retex

En 2018, les dispositifs de téléassistance aux Pays-Bas sont utilisés par environ 240 000 abonnés. Il y a très peu de retours d'expérience disponible sur ces services.

Suède



Panorama général

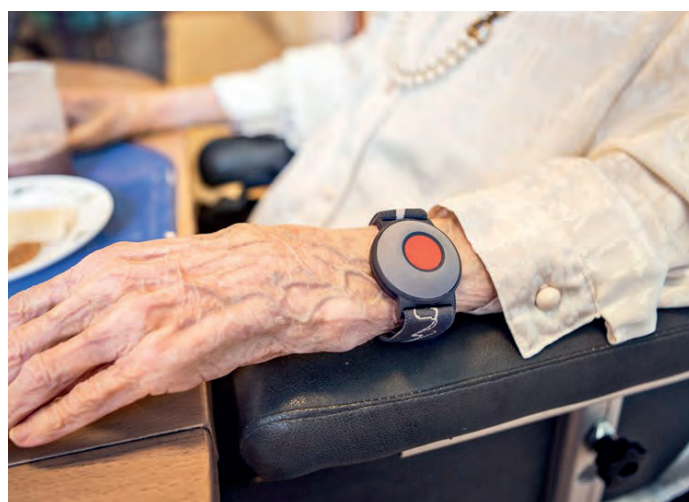
L'offre de service suédoise de téléassistance est majoritairement publique. La politique nationale se traduit en services locaux gérés au niveau des 290 municipalités suédoises : l'offre de services est relativement homogène entre toutes les municipalités.

Étude de cas : ville de Stockholm

Offre de services

Comme partout en Suède, la téléassistance est accessible et gratuite pour tous les + de 65 ans. Elle inclut :

- un équipement connecté non pas analogiquement mais numériquement,
- un support (pendentif ou bracelet) d'alarme,
- le service de la centrale d'appels,
- des services d'aide à domicile (aide-soignants, assistant de vie, aide à domicile etc.) qui disposent des clefs du domicile de la personne et peuvent intervenir en cas de besoin. La ville de Stockholm en compte 182 (28 municipaux et 154 privés).

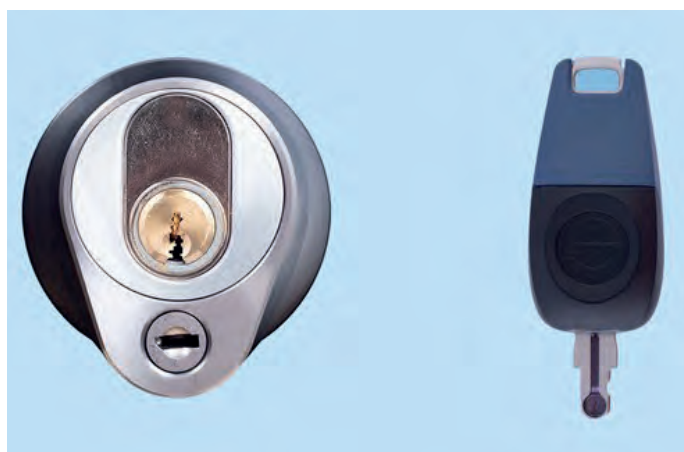


Bracelet de téléassistance (images : Ville de Stockholm)

En complément de cette offre de services, la ville de Stockholm propose d'autres services :

- pour les aidants familiaux, notamment les personnes qui habitent ou s'occupent d'une personne âgée de manière régulière, un service de jusqu'à 16 heures d'aide à domicile par mois est proposé aux familles gratuitement,
- un service d'aide à domicile sans clefs qui fonctionne avec une clé numérique chargée avec les bonnes autorisations (c'est-à-dire à quelles serrures la clé doit correspondre sur des périodes de travail définies),
- un service de téléassistance mobile,
- un service de caméras de surveillance nocturnes.

Les téléalarmes sont systématiquement installées dans les résidences pour senior (EHPAD, centres de jour, etc.).



Le système de clefs numériques (image : ville de Stockholm)

Si les dispositifs sont relativement standards, il est important de noter que la Suède est le seul pays étudié qui est quasiment entièrement passé des connexions analogiques aux connexions numériques (protocole internet). Les équipements sont systématiquement connectés à une box.

Gouvernance, opérateurs, fournisseurs

En Suède, l'offre est quasi-exclusivement publique. Les dispositifs de téléassistance sont commercialisés par les municipalités, en accord avec le cadre national qui fixe les standards et exigences en matière de qualité du service et des équipements. Comme en Espagne, les municipalités peuvent choisir de :

- sous-traiter la gestion à un fournisseur de service,
- gérer elles-même le centre d'assistance.

La grande majorité des municipalités sous-traitent la gestion à un prestataire privé.

Couverture et retex

Le taux de couverture est de 12% chez les + de 65 ans et de 26% pour les plus de 80 ans.

Partie 1 : Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe (p.3)

Partie 2 : Analyse documentaire et identifications d'opportunités sur la téléassistance en France



La prévention des chutes des personnes âgées

Volume 2/2 : État des lieux sur la téléassistance

Avril 2023

Analyse documentaire et
identifications d'opportunités

SUR LA TÉLÉASSISTANCE
EN FRANCE

LA DITP

La Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) pilote **le programme de transformation publique** défini par le Gouvernement pour **une action publique plus proche, plus simple et plus efficace**. L'objectif : améliorer concrètement la vie des Français et des agents publics.

Les équipes de la DITP ont 4 missions principales :

- **assurer la mise en œuvre des politiques prioritaires du Gouvernement** sur tout le territoire,
- **coordonner l'action des administrations** pour simplifier les démarches et améliorer la qualité du service pour les usagers,
- porter, avec ses partenaires interministériels, **l'innovation, le développement des compétences, la transformation des organisations, des pratiques managériales et de la gestion publique,**
- **accélérer les projets à fort impact des administrations** avec l'appui de ses équipes de consultants internes et d'experts, ainsi que du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP).

En savoir plus :

<http://www.modernisation.gouv.fr>

Cette étude portée par la **Direction générale de la cohésion sociale**, est un projet lauréat de " **l'Appel à défi pour une action publique co-construite avec les usagers et les agents** " (été 2022), piloté par la **Direction interministérielle à la transformation publique**, au sein de l'équipe Design avec le concours de son prestataire **Vraiment Vraiment**, et financé par **France Relance**.



ÉDITO

Chaque année, **2 millions de chutes de personnes âgées** de plus de 65 ans sont responsables de plus de 10 000 décès. Cela entraîne plus de 130 000 hospitalisations et représente la première cause de mortalité accidentelle. Agir sur les leviers pour **réduire ce fléau**, tel est l'objet du **Plan national antichute des personnes âgées, porté par le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et la ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé**, suite au lancement du plan par la ministre en charge de l'Autonomie en février 2022.

La communauté médicale et médico-sociale sait qu'en concentrant nos efforts sur des **actions de prévention, en premier lieu le dépistage, l'exercice physique, mais aussi sur la nutrition, l'aménagement du logement et des espaces publics, l'accès aux aides techniques et le bon usage de la téléassistance, on peut réduire le risque de chutes d'environ 20%**.

Les élus, les travailleurs sociaux, les aidants, le savent aussi. Ils ont contribué à la conception de ce plan national, qui depuis un an se développe sur tout le territoire.

Mais l'important est de bien identifier les acteurs et leur maillage sur le terrain et de les aider dans leur action auprès des personnes âgées afin d'éviter les chutes, les rechutes, aux conséquences médicales et sociétales graves. Comment sensibiliser les publics au bon moment et sous la bonne forme ? Comment préfigurer une boîte à outils adaptée aux besoins ?

Au travers de l'usage des dispositifs de téléassistance, moins connus, moins utilisés en France que dans d'autres pays d'Europe, est engagée également une réflexion sur les pistes pour développer les potentiels de prévention des rechutes. Comment s'informer, comprendre et prendre une décision pour choisir le dispositif le mieux adapté aux besoins de la personne ? Comment faire évoluer les dispositifs de téléassistance pour renforcer leur rôle de prévention des chutes et rechutes ?

Les travaux présentés ici proposent des réponses à ces questions.

Christine ABROSSIMOV

Coordonnatrice nationale du Plan antichute des personnes âgées

Direction générale de la cohésion sociale

UNE DÉMARCHE CENTRÉE SUR LE VÉCU DES USAGERS

Basée sur des enquêtes en immersion auprès d'usagers, aidants et personnes âgées réalisées en **Mayenne, Haute-Savoie et Essonne**, après une analyse documentaire approfondie, les travaux de recherches, de concertations et d'échanges ont été suivis lors de comités de pilotage réunissant la Direction générale de la cohésion sociale, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CARSAT de Rhône-Alpes**.

Les travaux se décomposent en 2 grandes parties :

La prévention des chutes des personnes âgées Volume 1 : Étude-Action

- **Guide pratique, pistes d'actions pour les acteurs de la prévention des chutes**

Le guide pratique propose des pistes d'action utiles pour les acteurs de la prévention, avec la préoccupation plus particulière du développement de la téléassistance comme potentiel de prévention des rechutes.

- **Enquête de terrain à la rencontre des usagers**

L'enquête rapporte et analyse le vécu d'usagers de la téléassistance, d'aidants et de personnes âgées pour mieux comprendre les parcours de prévention des chutes des personnes âgées.

La prévention des chutes des personnes âgées Volume 2 : État des lieux sur la téléassistance

- **Parangonnage sur les services de téléassistance en Europe**

- **Analyse documentaire et identifications d'opportunités**

Ces deux documents comparent les systèmes de téléassistance au Royaume-Uni, en Suède, en Espagne, aux Pays-Bas et en France, en dressent un panorama et analysent les questions de prévention des chutes des personnes âgées.

Table des matières

1. L'utilisateur face à un dispositif d'assistance technologique

Les usagers de la téléassistance : parcours et appréhension	12
Le parcours de vieillissement : diversité et hétérogénéité des situations	12
Téléassistance et prévention : articulation des logiques préventives	14
L'équipement de la téléassistance : intégration au quotidien et acceptation du dispositif	16
Se sentir en sécurité	16
Souscrire à la téléassistance : accepter le dispositif et se l'approprier	17
Comprendre et accepter le dispositif technologique	18
Faire pédagogie sur la téléassistance et communiquer autour du vieillissement	19
Les usages de la téléassistance : usages "atypiques" et réappropriations du dispositif	21
Bien utiliser son dispositif de téléassistance : de l'usage projeté aux usages atypiques	21

Évaluer l'efficacité de la téléassistance: le manque de données et la difficulté d'objectiver les usages	22
L'opportunité de l'innovation par l'usage	24

Conclusion	26
------------	----

2. L'utilisateur face à un service complexe sur le territoire

La complexité du parcours usager: depuis l'information jusqu'à la souscription	30
--	----

S'informer et choisir un dispositif de téléassistance: le parcours usager	30
---	----

Être accompagné en tant que bénéficiaire: le rôle de l'aidant	32
---	----

Intégrer la téléassistance dans son parcours de soins: le rôle de la communauté médico-sociale	33
--	----

Le partage des responsabilités entre acteurs: le manque de lisibilité et l'hétérogénéité de l'offre pour l'utilisateur	34
--	----

Le rôle de l'acteur public	34
----------------------------	----

Le rôle des opérateurs privés	36
-------------------------------	----

Le coût et les subventions des dispositifs	36
--	----

Le partage d'informations et l'articulation entre acteurs: les opportunités d'outiller la coordination territoriale pour une prévention globale	38
---	----

Conclusion	40
------------	----

3. Les opportunités de la téléassistance : extraits choisis

Encadré 1: Vers la conception d'une technologie au service de la reconstruction identitaire des personnes âgées	44
---	----

Encadré 2: Vers une téléassistance avancée articulant domotique et accompagnement socio-psychologique	45
---	----

Encadré 3: Vers l'accompagnement des projets de vie des personnes âgées	46
---	----

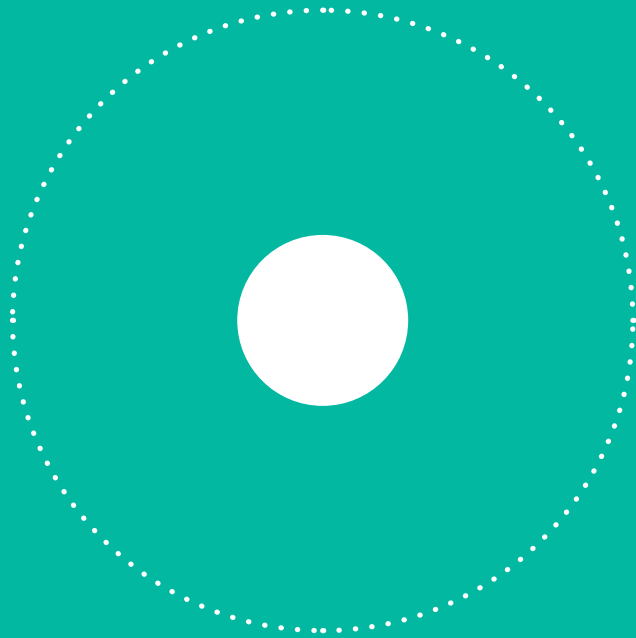
Encadré 4: Vers une approche relationnelle: "Des technologies oui, mais des humains d'abord"	47
--	----

Encadré 5: Vers une évolution organisationnelle et systémique	49
---	----

Encadré 6: Vers l'évolution des pratiques professionnelles	50
--	----

4. Conclusion de l'analyse

5. Cartographies



1. L'utilisateur face à un dispositif d'assistance technologique

Les usagers de la téléassistance : parcours et appréhension

Le parcours de vieillissement : diversité et hétérogénéité des situations

Le parcours de vieillissement représente une évolution complexe dans la vie d'une personne et rend difficile la projection dans un système d'assistance technologique uniformisé face à la diversité des situations possibles. Cette diversité vient fragiliser le processus d'appropriation d'un dispositif d'assistance générique dans des contextes variés de transition dans lequel se trouve la personne vieillissante.

“Le vieillissement est un événement traumatisant qui introduit une transition biographique et amène à reconstruire son identité. L'appropriation de la télé-assistance se trouve alors associée à cette période de reconstruction identitaire intégrant cette vulnérabilité.” (Kogan, 2007)

“Cette approche (la prévention par la téléalarme) suggère également une représentation relativement homogène de cette « figure » socialement construite qu'est « la personne âgée dépendante ». Mais elle occulte d'une part, les inégalités devant les symptômes liés aux pathologies du vieillissement et, d'autre part, le versant social de la dépendance.” (Kogan, 2007)

Les personnes âgées forment une population très hétérogène : il n'existe pas un mais des parcours de vieillissements. La téléassistance doit alors être en mesure de clarifier quels sont ses publics cibles, quels sont les parcours de vieillissement dans lesquels elle s'insère, et quel est son rôle en amont et en aval de la détection de fragilités. L'ambition de prévention de la téléassistance s'adresse-t-elle à des personnes robustes, fragiles, vulnérables ? L'adaptation des dispositifs de téléassistance disponibles face aux profils d'utilisateurs n'est aujourd'hui pas claire, celle-ci ne pouvant viser de manière homogène un public de personnes âgées unique, ce dernier ne comportant pas de figure homogène.

Annexe V : pyramide de l'hétérogénéité de la population âgée

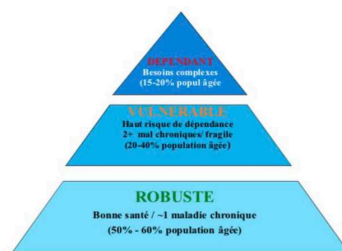
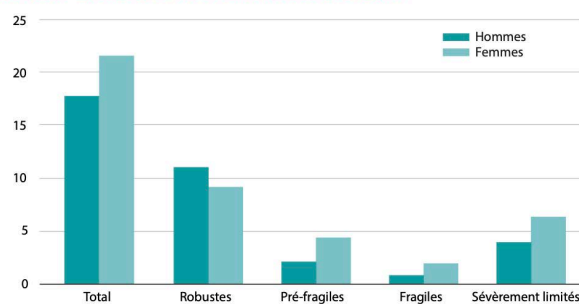


Figure 1. L'hétérogénéité de la population âgée (Büla et al., 2012)

Graphique 6 Espérance de vie à 65 ans, avec ou sans fragilité



Source : SHARE Wave 4 (Romero-Ortuno et al., 2014)


Focus: "La prévention de la fragilité n'est pas encore bien définie."

Quels sont les enjeux de la prévention de la fragilité ? Existe-t-il une histoire naturelle de la sénescence et de ses conséquences ? Existe-t-il une trajectoire du type :

Bonne santé fonctionnelle > [Probabilité 1] > Fragilité

*> [Probabilité 2] > Restriction d'activité et de mobilité
Incapacité pour les activités instrumentales de la vie
quotidienne (AIVQ) > Dépendance d'un tiers pour les
activités de la vie quotidienne (AVQ) > décès*

*Deux enjeux particuliers ressortent de ce schéma :
d'une part, la probabilité de passage de la bonne santé
fonctionnelle à un état de fragilité (encore faut-il qu'il
soit défini) ; d'autre part, la probabilité de passage d'un
état de fragilité aux états de restriction d'activité ou de
mobilité. Je pense que l'enjeu est d'abord de vérifier
l'existence de ces trajectoires types puis de connaître les
différentes probabilités de passage entre ces états. Bien
sûr, la pré-fragilité serait encore un élément supplémen-
taire.*

*Dernière question, et non des moindres : peut-on agir
pour modifier ces probabilités de passage (...) ? Va-t-on
être efficace ? (...) Là aussi, je pense que nous pouvons y
participer en faisant en sorte, notamment, de ne pas mé-
langer des notions qui sont volontiers mal différenciées,
que ce soit la fragilité et l'incapacité (...) ou la fragilité et
la précarité sociale."  (Sirven & Bourgueil, 2016, p. 94)*

À ce jour, l'offre de téléassistance cible un parcours de personnes âgées dans un état de fragilité voire de vulnérabilité et de dépendance : les campagnes de communication des opérateurs, des sites commerçants ou gouvernementaux s'adressent à des personnes âgées "fragiles", "dépendantes", "malades" et non aux personnes âgées dites "robustes". Cela contribue à renforcer l'image d'un dispositif stigmatisant qui s'adresse à un certain type de profils fragiles et vulnérables, écartant la possibilité pour des profils plus robustes de se sentir concernés par la téléassistance et de percevoir ce dispositif dans une dimension plus préventive.

Point de vue : Dr Nghiem

"Personne n'a envie de vieillir, personne n'a envie d'être reconnu ou visualisé comme étant vieux, et la question c'est aussi à quel moment on est vieux ? Si on parle de la retraite, les âges changent, donc la notion de vieillesse est très différente en fonction des époques, par exemple aujourd'hui avec une entrée en service gériatrie à 75 ans. L'autonomie, c'est le maintien du choix de vie, de pouvoir faire ce que j'ai envie de faire."

Point de vue : Véronique Chirié

"La vraie question c'est est-ce que j'accepte ou non d'être assisté, c'est aussi de reconnaître son âge, son vieillissement. Accepter d'avoir une téléalarme, c'est dur. Il faut penser au sens qu'on donne à la téléassistance : "Tu es fragile, tu es à risque, tu vas tomber"... Pour aller vers de la prévention, il faut changer l'image, la relation et la vision du vieillissement."

Problématiques à traiter

Dans quels parcours de vieillissement la téléassistance vient-elle s'insérer ?

Comment identifier et cibler les usagers pour lesquels la téléassistance serait appropriée, et comment anticiper une évolution de leurs profils ?

Comment ne plus faire du sujet du vieillissement et de son équipement un tabou ?

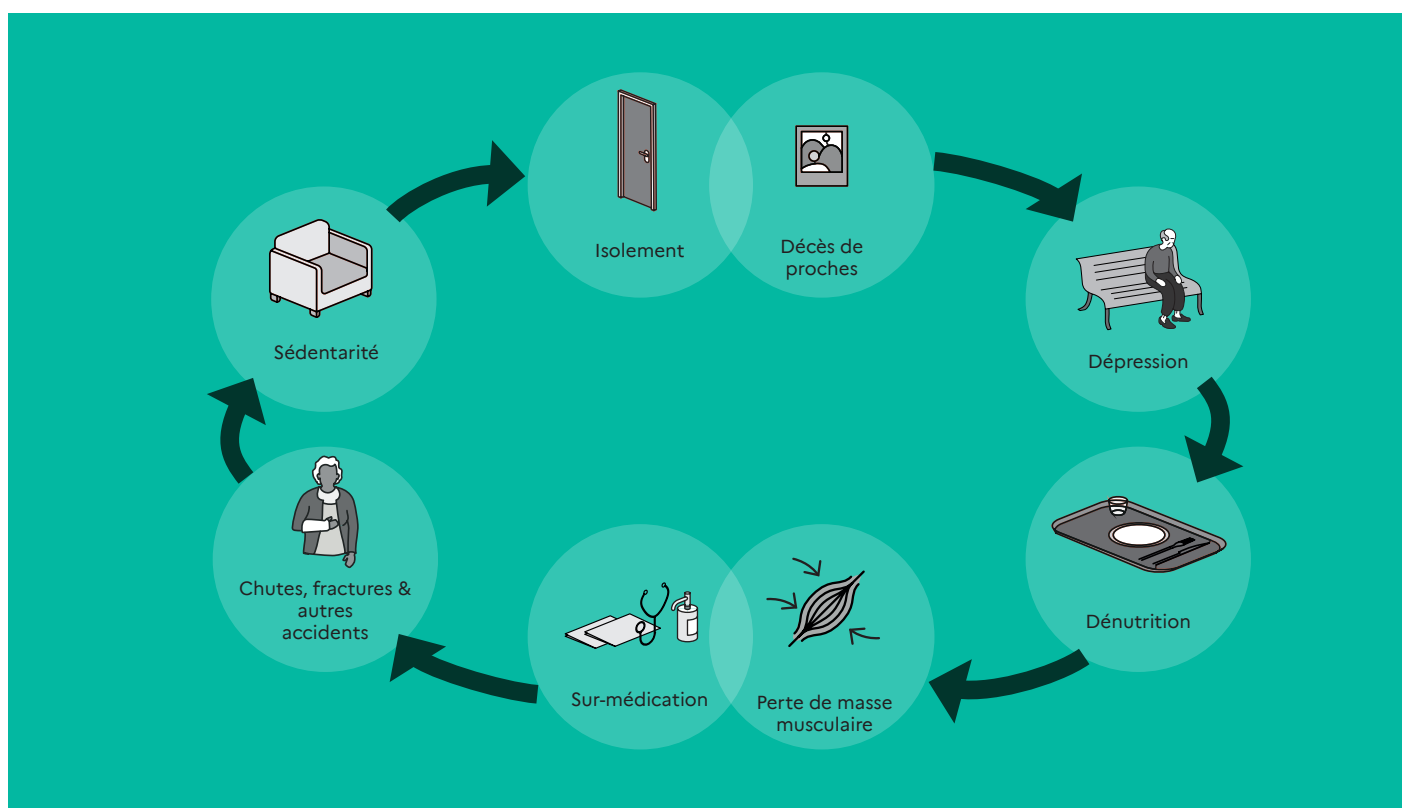
Comment faire de la téléassistance un sujet plus appréhendable et touchant un plus large public ?

Téléassistance et prévention : articulation des logiques préventives

Les spécialistes de la téléassistance et de la prévention soulignent de manière unanime la nécessité de prendre en compte l'interdépendance des différentes démarches de prévention du vieillissement. La chute étant multifactorielle, elle est étroitement liée à la question de l'activité

physique, de la nutrition, de l'isolement social et même de la surmédication. Envisager la téléassistance comme outil de prévention des chutes implique donc d'envisager la téléassistance dans une démarche de prévention globale de l'autonomie¹.

Le cercle vicieux du syndrome de glissement



Point de vue: Conseil départemental de l'Essonne

"Une personne en difficulté est dans un syndrome de glissement², qui peut mener à des chutes, des fractures... C'est un signe extérieur de son état psychologique: elle abandonne ses forces; c'est parfois lié à une pathologie, parfois simplement à un état psychologique."

Point de vue: AFRA téléassistance

"La première chose qui réduit les chutes c'est de faire de l'exercice physique, même à distance, et ça peut tout à

fait rentrer dans un cahier des charges de téléassistance.

Les capteurs sensoriels permettent par exemple de capter si quelqu'un diminue son activité physique: c'est quelqu'un qui marche de moins en moins, qui perd en muscles, et qui donc devient de plus en plus à risque de chute. Ici la téléassistance avec capteur sensoriel est un dépistage de potentielles fragilités."

¹ Cet enjeu sera approfondi dans le cadre de l'analyse du sujet B sur la prévention.

² "Le syndrome de glissement chez une personne âgée se caractérise par un changement important et brutal de son comportement. Celle-ci n'a soudainement plus goût à rien, considérant que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Familièrement on dit souvent que

« la personne âgée se laisse aller ». Elle ne veut bien souvent plus faire face aux actes essentiels de la vie quotidienne, à savoir se lever, se laver et se nourrir. A côté de cela s'ajoutent diverses angoisses et des comportements parfois irrationnels." Source: assystel.fr

Point de vue : IMA Protect

"Le Plan antichute, c'est un accélérateur de la capacité des acteurs comme les téléassisteurs à accompagner encore mieux les usagers."

Point de vue : Ma boussole aidants

"La téléassistance ne représente qu'un petit élément dans tous les moyens disponibles pour prévenir la chute ; il est facile à identifier, à solliciter et à mettre en œuvre. Mais ces dispositifs ne sont pas perçus dans leur totalité. La dimension servicielle autour de l'objet peut être plus ou moins qualitative, le dispositif peut être plus ou moins mal vécu. Avec la téléassistance il y a finalement peu de prévention mais beaucoup de réaction face à la chute. Celle-ci est pourtant un sujet qui va au-delà de la téléassistance puisque le maintien à domicile comprend bien d'autres gestes au quotidien dans le parcours de l'usager."

Point de vue : Mathieu Debray

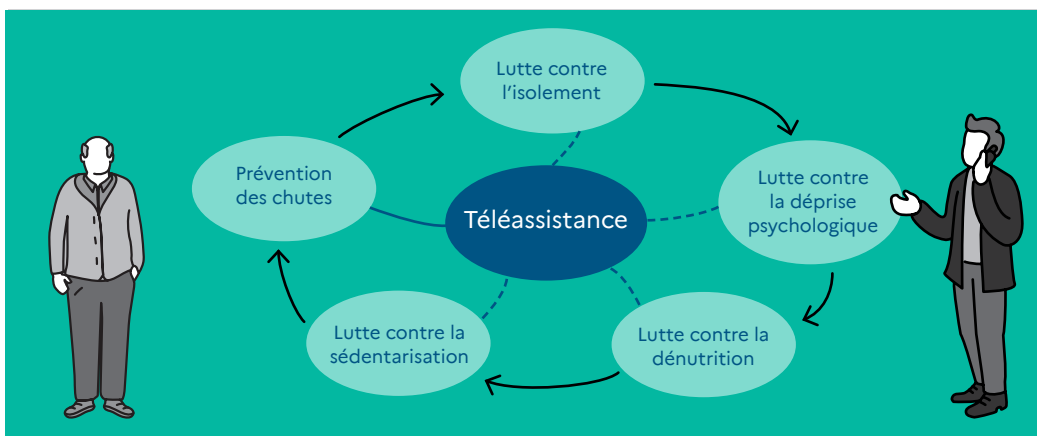
"Dans l'intégralité du domaine de la prévention des fragilités, la chute en tant que telle est la fragilité la plus

facile à repérer. Ainsi, le niveau de preuve des actions de prévention des chutes est bien plus élevé que celui de la prévention de la fragilité seule. La chute est plus pragmatique, on touche au nutritionnel, au domicile, à la mobilité, à l'urbanisme, au chaussage, au médicament, à l'activité sportive..."

Point de vue : Véronique Chirié

"La téléassistance ne fonctionne pas si elle ne fait pas partie d'un accompagnement plus global. La prévention des chutes est indissociable de la prévention de l'autonomie et de l'isolement. La chute est multifactorielle, elle apparaît suite à une fragilisation des muscles, donc on ne sort plus, s'installe donc une forme d'isolement social, alors on mange moins, on chute, on prend des médicaments, qui amènent des effets secondaires, des déséquilibres, et ainsi de suite. Tout le contexte de vie, l'habitat et le lien social entrent en jeu. On peut donc faire de la prévention mais à condition de remonter haut dans la chaîne de repérage des fragilités, sans siloter les chantiers sinon on vide la prévention de son sens."

La téléassistance et les opportunités de prévention de l'autonomie



Problématiques à traiter

Comment faire de la téléassistance un maillon fort de la prévention de l'autonomie ?
Comment articuler la téléassistance et la prévention des chutes avec les autres démarches de préventions ?


Comment renforcer la téléassistance comme outil de repérage des fragilités ?


Dans quelle mesure la téléassistance peut-elle permettre de prévenir ou de sortir d'un syndrome de glissement ?


L'équipement de la téléassistance : intégration au quotidien et acceptation du dispositif

Se sentir en sécurité

Le vieillissement interroge le rapport à soi, à autrui, au monde, et en cela fragilise le sentiment de sécurité de la personne âgée. Pour les personnes vieillissantes, la notion de sécurité n'apparaît pas directement corrélée à la notion de chute mais est davantage liée à la notion de familiarité à son environnement et à son quotidien. Associer le dispositif de téléassistance à la notion de sécurité ne paraît donc pas évident pour les usagers, pour qui se sentir en sécurité tient en priorité à se sentir chez soi. La réussite de la téléassistance en tant que vecteur de sécurisation des personnes âgées dépend donc de sa pleine insertion dans le cadre de vie de la personne et dans ses pratiques quotidiennes.

"La question de la sécurité n'apparaît pas comme pragmatiquement associée au risque de chutes. En revanche, derrière cette question se dessine une problématique beaucoup plus large du rapport au monde et du rapport à soi et aux autres (...). L'épreuve du grand âge amène ces personnes à reconsidérer leur forme d'existence tout en essayant de conserver autant que possible des activités ou des pratiques qui font sens pour elles, et en maintenant le sentiment de leur propre valeur (...). Les problématiques de sécurité s'inscrivent principalement dans cette perspective, i.e. comme support ou obstacle au maintien de la continuité de son style de vie."  (Etude BIVACs, Upmf, 2015)

"La dimension de familiarité et de routinisation de l'usage des outils de téléassistance est un composant essentiel de son acceptation."  (Etude BIVACs, Upmf, 2015)

"Ainsi, les critiques portées sur les limites techniques du dispositif donnent à voir en premier lieu les attentes implicites des personnes à l'égard du bracelet mais aussi, et plus encore, la manière dont elles intègrent ce dispositif dans un projet de vie construit à partir de ce qui fait sens pour elles. Or, nous avons pu constater que rares sont les personnes pour lesquelles être en sécurité constitue un projet qui donne sens à l'existence (...). Leur attente primordiale est de pouvoir continuer à vivre conformément à leurs habitudes antérieures et que les supports technologiques ou humains (...) ne prennent sens pour elles, que dans cette perspective."  (Gucher, 2015)

Problématiques à traiter

À quelles conditions la téléassistance peut-elle être perçue comme vecteur de sécurité pour les personnes âgées ?

Comment outiller le sentiment de sécurité chez les personnes âgées et la familiarité avec le dispositif de téléassistance ?

Souscrire à la téléassistance : accepter le dispositif et se l'approprier

La souscription à la téléassistance est rarement une démarche volontaire: elle intervient sur prescription médicale ou sur décision ou encouragement d'un aidant ou d'un proche. Elle peut aussi relever d'une décision confiante, lorsque l'utilisateur adhère à une politique publique de santé portée localement par sa commune ou son département, ou lorsqu'il fait confiance aux conseils de son entourage. L'aidé est souvent passif lors de son entrée dans le parcours de la téléassistance, si ce n'est réfractaire, notamment si le dispositif est perçu comme étant stigmatisant. Pour qu'il soit partie prenante et proactif dans la décision de souscription, cela dépend beaucoup des tiers de confiance qui peuvent accompagner cette décision.

Or l'acceptabilité du dispositif a un rôle déterminant dans son usage (Klein, 2019), l'absence d'adhésion à la souscription conditionnant le manque d'appropriation. Si la personne âgée n'est pas volontaire, elle peut donc avoir une attitude réfractaire vis-à-vis du dispositif qui déterminera le mésusage voire le non usage de celui-ci (Tanguy, 2019 ; Pipame, 2017).

Le fait de souscrire à la téléassistance ne présage donc ni de l'acceptabilité par l'aidé ni du bon usage du dispositif. Si l'acceptation du dispositif est donc déterminante du bon usage qui en sera fait, elle doit par ailleurs venir à la fois de l'aidant, et de l'aidé: si l'aidant n'est pas impliqué, il peut prendre la décision de rejeter le dispositif pour l'aidé (Tanguy, 2019, p. 23).

"La décision d'adopter une solution de téléassistance n'est que très rarement prise par les seniors eux-mêmes. L'abonnement au service sera souvent prescrit par un aidant familial ou professionnel, en raison de l'inquiétude suscitée par la santé ou l'isolement de la personne âgée. De fait, les seniors ne prennent que très rarement l'initiative de ce type de démarche à titre préventif, une telle décision intervenant le plus souvent après une alerte médicale, qui a modifié leur perception de leur niveau d'autonomie. Le caractère stigmatisant de la téléassistance, service associé au vieillissement et à la perte d'autonomie, explique pour une bonne part cette absence de volontarisme." (Rapport PIPAME, 2017)

"L'offre de téléassistance est d'ordre sanitaire et renvoie dès lors à l'offre de soin. C'est pourquoi elle reçoit une acceptation passive par les personnes âgées, renforcée par le faible coût du dispositif et leur assujettissement. L'offre de téléassistance est pensée en terme de prévention d'une chute éventuelle. Dès lors, l'âge apparaît parfois comme un critère suffisant pour définir les futurs abonnés. (...) Cette attitude est renforcée par la croyance dans le bien fondé des politiques publiques. Ainsi, la seule volonté politique qui prévaut à la mise

en place d'un service de télé-assistance suffit, pour certains acteurs, à prouver sa pertinence. Ainsi, bon nombre de familles, soutenues parfois par les acteurs sociaux, décident de l'abonnement dans une démarche préventive, imposant cette nouvelle technologie sans considérer la demande des personnes âgées(...). Associé au risque d'une perte de la mobilité, on voit ainsi se mettre en place une forme de régence des descendants à laquelle la personne âgée se soumet au risque de se voir imposer l'exclusion représentée par la maison de retraite." (Kogan, 2007)

"L'image de la téléassistance demeure aujourd'hui négative. Le service est perçu comme une solution associée à une situation de dépendance sévère, il est le plus souvent subi par ses bénéficiaires et leurs proches comme un moindre mal et non choisi à partir de critères positifs." (Pipame, 2017, p. 15)

Il y a un "décalage entre la logique de l'offre qui prédomine et les conditions de son appropriation par les personnes âgées" (Kogan, 2007)

Problématiques à traiter

Comment améliorer l'acceptation et l'appropriation du dispositif, même lorsque la souscription est passive voire réfractaire ?

Quelles sont les conditions pour que l'utilisateur puisse adhérer au dispositif ?

Comment passer d'une logique d'offre à une logique de demande, c'est-à-dire faire que les personnes âgées soient les premiers acteurs de la souscription ?

À quelles conditions l'utilisateur peut-il adhérer au dispositif ?

Comprendre et accepter le dispositif technologique

Les personnes âgées ont un rapport ambivalent à la technologie. Selon les études, certains spécialistes pointent les bénéfices du réinvestissement du champ social grâce à des objets technologiques, d'autres soulignent le sentiment d'étrangeté et de distance vis-à-vis de la technologie. Tantôt perçue comme opportunité d'ouverture sur le monde, tantôt comme élément d'intrusion et de déséquilibre dans la sphère familiale, voire de stigmatisation, le rapport des personnes âgées à l'objet technologique est donc très hétérogène. L'objet technologique peut parfois renforcer la stigmatisation de la personne âgée dépendante "assistée techniquement" et l'incompréhension autour de l'usage du dispositif, dont les fonctionnalités sont souvent mal appréhendées.

"La téléassistance, par exemple, est parfois vécue comme un « marqueur d'âge » et son installation équivaut au commencement de la dépendance. L'évaluation de l'utilité des technologies numériques repose en fait sur quatre critères : l'économie, le prestige social, le système de valeurs et la complexité de l'innovation. Mais, pour Caradec (2001), le facteur déterminant reste la motivation." 📖 (Pitaud et Deschamps, 2021).

"Si ces dispositifs disposent d'atouts indéniables qui peuvent contribuer à améliorer le confort et à la qualité de vie des personnes âgées, il n'en demeure pas moins que le développement rapide de ces technologies suscitent également une série d'interrogations relatives au maintien de l'intégrité psychique et sociale de ces usagers. Ces systèmes peuvent ainsi semer les germes d'une nouvelle forme de dépendance (à l'aide technique) et accentuer –paradoxalement– leur stigmatisation par la construction d'un nouveau profil: «la personne âgée assistée techniquement." 📖 (Bobillier-Chaumon & Ciobanu, 2009)

Tableau 1: logique de médiation en œuvre dans l'acquisition des technologies (d'après Caradec, 1999a)

		Figure	
		Pont	Porte
Médiation	Active	a) L'entourage encourage l'acquisition et stimule l'usage des TIC, montre l'exemple et donne des informations et des conseils à la PA	b) L'entourage utilise les TIC à la place de la PA (délégation d'usage) : familiarisation et acquisition d'un savoir faire technique plus difficile par la PA
	Passive	c) La PA se représente l'autre (petits enfants) comme une cible potentielle, (et donc une motivation) pour utiliser les TIC : l'équipement et la formation leur sont destinés ; il s'agit de rester attractif...	d) Rejet de la technique par la PA du fait de la stigmatisation qu'elle induit : marqueur de vieillesse

Tableau I : Logiques de médiation en œuvre dans l'acquisition des technologies

(d'après Caradec, 1999a)

Le recours à la technologie renforce le défi de l'acceptation et de l'appropriation de la téléassistance, et de la dimension relationnelle du service. Pour que le dispositif technologique soit bien reçu et donc bien utilisé par la suite, son implantation doit être discutée avec la personne bénéficiaire pour qu'elle donne son accord en premier lieu, puis par les proches aidants et les soignants pour qu'ils puissent s'approprier le dispositif également et accompagner son suivi (Denis, 2013). Cela pose la nécessité de centrer le service autour des besoins réels des personnes âgées, conformément à l'éthique du care et à des enjeux démocratiques et moraux d'un dispositif technologique d'assistance à la personne.

"(...) Selon l'éthique du care, les dispositifs technologiques doivent trouver une place pertinente et adaptée dans une dynamique relationnelle qui favorise l'autonomie, non pas en impliquant uniquement l'individu, la personne âgée, mais en co-construisant avec elle cette autonomie en tant que personne. (...) La problématique dépasse en effet largement la seule question de la qualité des soins dans le sens strict car il s'agit avant tout d'assurer la qualité des parcours de vie pour des populations en situation de vulnérabilité (...). Ce qui doit primer ce sont les besoins spécifiques de chaque personne selon son état de santé et selon sa situation (sociale, économique et psychologique, etc.) (...). Les enjeux économiques et organisationnels se trouvent donc doublés d'enjeux démocratiques car il s'agit de respecter les droits et les libertés de personnes âgées vulnérables en leur garantissant le meilleur niveau de qualité de vie possible." 📖 (Yatim, 2020)

"L'accompagnement à domicile est en effet, par nature à l'interface des sphères privée et professionnelle. Ce n'est donc pas uniquement à l'individu, sujet de droits et de libertés que s'adresse le professionnel, mais à la personne comme le promeut la philosophie du care." 📖 (ibid)

"Qu'il s'agisse de l'accès effectif aux services et aux prestations associés à la télémédecine ou des précautions à prendre pour la protection de la vie privée, les personnes âgées représentent donc une population particulièrement vulnérable qui nécessite un accompagnement renforcé. Ainsi, loin de remplacer l'humain et les relations humaines, l'usage de la télémédecine semble impliquer un renforcement de la dimension relationnelle." 📖 (ibid)

Point de vue : Ma boussole aidants

*“On ne fait pas rentrer un appareil connecté comme ça *claquement de doigt*“. Cela peut donner un effet intrusif dans le domicile. C’est une génération de personnes âgées qui connaissent l’époque “big brother is watching you”.”*

Point de vue : L’AFRATA

“Dans beaucoup de cas les usagers changent d’avis et minimisent le problème, en disant que finalement “ils vont s’en sortir tout seul”. Ils n’osent pas utiliser le dispositif par peur de déranger. Mais on ne dérange jamais un télé-assisteur.”

Problématiques à traiter


À quel moment et sous quelle forme la discussion entre la personne âgée, l’aidant et le prescripteur doit-elle avoir lieu ?

Comment mieux intégrer l’usager à la conception des dispositifs technologiques ?


Faire pédagogie sur la téléassistance et communiquer autour du vieillissement

La dimension d’appropriation des dispositifs de téléassistance repose sur plusieurs facteurs (Deffond, 2019) ; d’abord sur l’individu lui-même, mais aussi sur son entourage social. La perception qui en découle va influencer l’expérience de l’usage de l’objet et dépasser la conception même de ses fonctionnalités. L’appropriation du dispositif dépasse donc la question de l’usage pour la question de la posture de l’usager, et donc de son contexte social.

La téléassistance est en effet un objet stigmatisant pour les personnes âgées qui craignent de se voir attribuer l’étiquette de “personne assistée”. Il y a un enjeu à faire pédagogie autour de l’objet technologique, à la fois pour en faciliter l’appropriation et alors le bon usage (acceptation et compréhension des fonctionnalités) mais également pour toucher de nouvelles catégories d’usagers qui seraient réfractaires à l’idée de son utilisation. Les personnes âgées pourraient faire sens et s’approprier le dispositif de téléassistance en le considérant comme outil de continuité de leur mode de vie. Pour cela, une communication à grande échelle contribuant à faire évoluer la perception du vieillissement même et de l’acceptation des fragilités qui s’en suivent est fondamentale. La diversification des dispositifs d’assistance proposés, l’innovation technologique, les services associés, peuvent alors devenir des leviers facilitant l’appropriation du dispositif en fonction des contextes de vie des usagers.

“L’un des enjeux essentiels portés par les évolutions technologiques décrites précédemment est, en multipliant les applications, en s’appuyant sur des terminaux banalisés et en apportant des opportunités nouvelles en termes de services, de changer radicalement la perception de la téléassistance, lui permettant ainsi de toucher de nouvelles catégories d’utilisateurs”  (Pipame, 2017, p. 15)

Le choix de recourir à un dispositif technologique comme outil de prévention n’est donc pas neutre et implique un processus d’acceptation et d’appropriation fort pour lui accorder l’efficacité escomptée. Si “la littérature sur les obstacles et les risques liés à l’usage des technologies de santé de manière générale et de la télémédecine en particulier est abondante” (Yatim, 2020), la recherche sur l’acceptabilité des technologies à domicile par les personnes âgées est peu documentée (Klein & Sandron, 2019).

“On recense peu d’études traitant de l’acceptabilité des nouvelles technologies à domicile de la part des personnes âgées (Dubois 2014). Lorsqu’elles existent, elles mettent en exergue une perception assez répandue chez les personnes âgées consistant à voir les TSA comme un substitut à l’aide ou à la présence humaine, qu’il s’agisse des personnes de l’entourage familial, des aides sociales ou bien des personnels de santé (Dayez 2014). Ainsi, au-delà des problèmes de coût, d’utilité perçue, de complexité d’utilisation ou encore de respect de la vie privée, un frein à l’utilisation des nouvelles technologies de la part des personnes âgées serait la crainte que celles-ci ne limitent les liens sociaux et humains.”  (Klein & Sandron, 2019, p.182)

Cette littérature propose divers leviers à actionner pour faciliter le recours au dispositif et son appropriation dans une logique de care :

- rassurer les usagers et leur entourage sur la protection de la vie privée et des données collectées ;
- garantir que la personne âgée puisse souscrire seule même si elle se trouve dans une situation de fracture numérique ;
- assurer la formation et la sensibilisation des professionnels de santé et du social sur l'enjeu éthique des gérontechnologies ;
- amorcer la prévention en amont des prises en charge gérontologiques, par exemple dès l'âge de la retraite.

🗨 Point de vue : L'AFRATA

"Il y a un problème en amont : il faut une information et une pédagogie probantes. Si on fait le parallèle avec le Royaume-Uni où la pyramide des âges est semblable à celle de la France, il y a 650 000 d'abonnés en France contre 2 400 000 au Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, il y a beaucoup d'efforts sur la prévention de la part des structures publiques, associatives et d'accompagnement à la fin de carrière. Les usagers britanniques sont donc plus spontanément sensibles à cette prévention. (...)

En France, parmi les personnes qui s'équipent plus tôt, en mode prévention, on retrouve beaucoup d'aidants de personnes qui avaient un service de téléassistance, et qui s'étaient équipées malheureusement trop tard. Donc finalement ce processus de prévention peut ruisseler sur la génération suivante : les aidants sont des personnes qui détectent, en tant que témoins, le besoin chez les autres, mais qui font aussi le constat pour eux-même, et qui font la démarche ensuite pour eux-même."

🗨 Point de vue : Dr Nghiem

"Il faut une double prévention. D'abord une prévention globale au niveau nationale, avec des campagnes de prévention pour expliquer que la chute c'est grave, et que ça se prévient, par exemple avec de l'activité physique adaptée. Puis une prévention ciblée, pour repérer les personnes à risque, par exemple avoir plus de 80 ans, le genre féminin, les personnes qui ont déjà chuté, des usagers qui ont une polymédication, etc. (...) Il y a un manque de connaissance du public autour du sujet. Le rapport de l'OMS souligne qu'il est nécessaire de lancer une campagne de santé publique : si le public n'est pas prévenu, ça ne sert à rien. (...) Aujourd'hui la prévention pédagogique c'est du cas par cas, il n'y a pas eu de campagne de sensibilisation."

🗨 Point de vue : Véronique Chirié

"Il faut en parler aux enfants, aux aidants, pour qu'ils s'approprient déjà les difficultés, capitaliser sur l'intergénérationnel : avec les logements partagés, en travaillant avec les universités par recruter des aidants étudiants, mettre en place des jobs coups de pouce, passer par l'école..."

Problématiques à traiter

Comment mieux former les professionnels de santé pour accompagner la sensibilisation des personnes âgées et la souscription au dispositif ?

Comment bien communiquer pour lever l'effet de stigmatisation du dispositif technologique ?

Comment faire pédagogie et sensibiliser au plus tôt aux enjeux du vieillissement ?

Qui sont les acteurs les plus à-même d'influer sur le comportement et la perception de l'objet par les personnes à risques ?

Les usages de la téléassistance : usages "atypiques" et réappropriations du dispositif

Bien utiliser son dispositif de téléassistance : de l'usage projeté aux usages atypiques

L'usage "normal" de la téléassistance, c'est-à-dire tel que conçu et attendu par les opérateurs (porter le dispositif systématiquement, le déclencher au bon moment, etc.) est loin d'être systématique. En effet le port du bouton d'alarme, le fait de le déclencher uniquement en cas de chute, l'utilisation des plateformes d'appel uniquement en cas de malaise ou d'urgence, etc, ne représente qu'une minorité des usages faits des dispositifs de téléassistance. Les bénéficiaires de ces services ont tendance à utiliser ce qui est mis à leur disposition d'une autre façon, ou bien à ne pas l'utiliser correctement. Ces "usages atypiques" ou "mésusages" vont générer des "improvisations dans l'usage" (Charue-Duboc et al, 2011), aussi bien du côté du bénéficiaire que de l'opérateur qui tentera de s'adapter aux pratiques de ses bénéficiaires. Il est aussi possible que l'utilisateur n'ose tout simplement pas déclencher le dispositif, de peur de gêner ou d'enclencher une prise en charge qui pourrait l'amener jusqu'à l'EHPAD.

Au-delà de l'équipement et de l'installation du dispositif au domicile, il est donc primordial d'anticiper la façon dont celui-ci va être utilisé par son bénéficiaire. Pour que la téléassistance soit efficace, l'utilisateur doit être à même de déclencher une alerte au moment adéquat et donc avoir parfaitement saisi le fonctionnement du lancement d'alerte en amont et avoir acquis un réflexe d'usage, mais aussi être tout simplement à l'aise avec le fait d'accepter de demander de l'aide.

Point de vue: AFRATA

"Le problème vient parfois du fait que l'utilisateur est équipé en téléassistance mais ne s'en sert pas. Par exemple, lorsque la personne chute et oublie son bouton, la téléassistance est bien là mais n'est malheureusement pas utilisée. On ne peut pas forcer les gens à porter le bouton en permanence. Ce n'est donc pas une question d'équipement, mais de prévention de l'offre pour aider les usagers à se souvenir d'utiliser son bouton et le dispositif dont ils sont équipés."

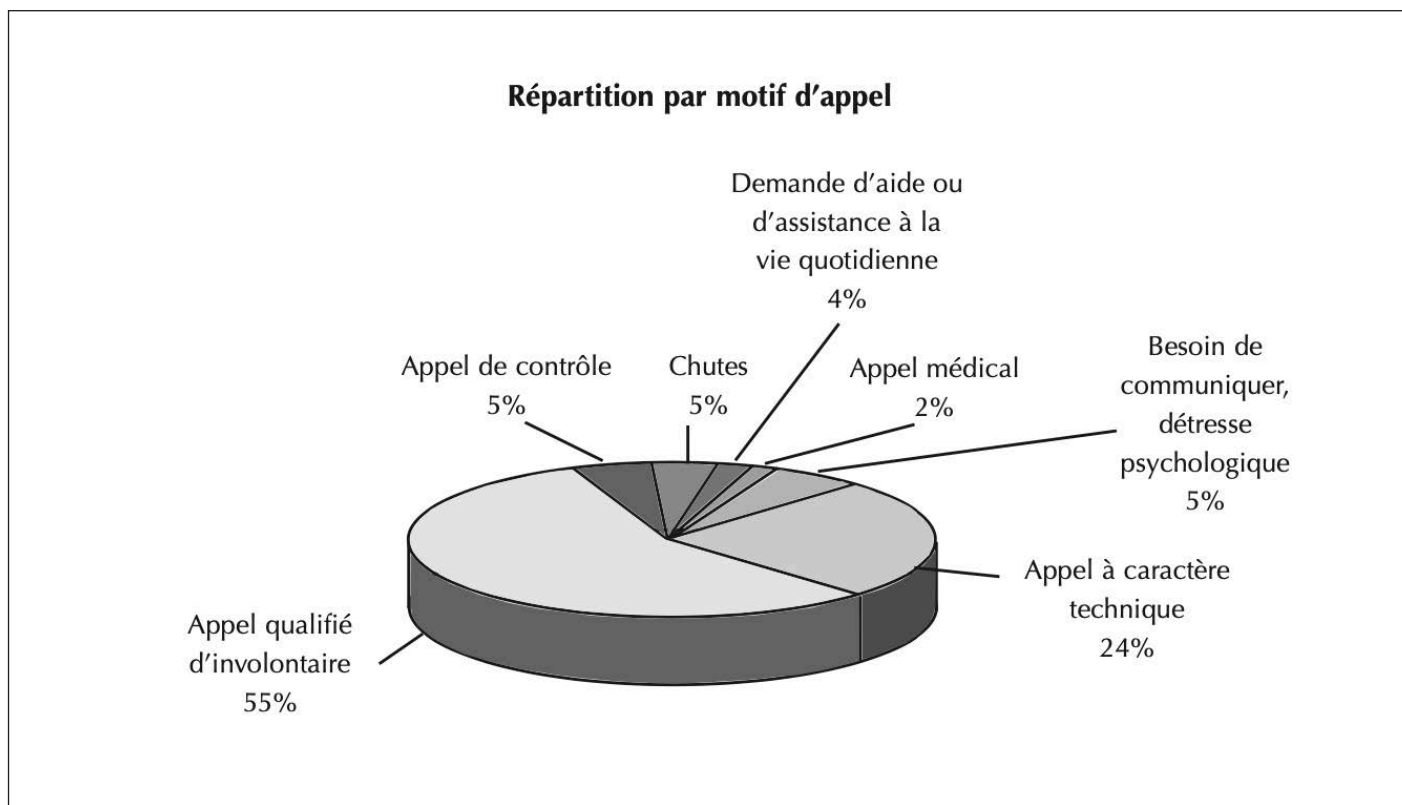
Problématiques à traiter

Quels sont les usages atypiques observés par les aidants et les acteurs de la téléassistance ? Que racontent-ils sur la démarche d'appropriation des personnes âgées ?

Comment améliorer la bonne prise en main du dispositif pour augmenter son efficacité ? (port du bouton, penser à le déclencher...)

Comment amener les usagers réfractaires, qui ne souhaitent pas demander de l'aide, à accepter d'utiliser leur dispositif ?

La répartition par motif d'appel - Source AFRATA 2008



Évaluer l'efficacité de la téléassistance : le manque de données et la difficulté d'objectiver les usages

La recherche sur l'efficacité de la téléassistance reste aujourd'hui peu avancée en France. Les taux de déploiement ou les analyses d'usages existantes ne permettent pas d'établir d'évaluation chiffrée, objective et consensuelle sur son efficacité à prévenir des chutes.

En effet, outre les données statistiques sur le nombre de dispositif actif ou leur taux d'utilisation (nombre d'appels, nombre d'alertes, nombre de fausses alertes...), la mesure de l'efficacité de la téléassistance repose sur la "bonne" utilisation de celle-ci par les usagers. Une souscription au dispositif ne garantit pas nécessairement le fait que celui-ci sera utilisé correctement par son usager et qu'il permettra de prévenir une chute et ses complications. Un déclenchement involontaire d'appel, l'oubli du déclenchement de l'appel ou l'incapacité à utiliser le dispositif, viennent brouiller la mesure de ses usages et de ses bénéfices.

La fréquence de ces mésusages ou usages atypiques vient par ailleurs interroger la pertinence de l'objet en tant que tel pour répondre aux réels besoins des usagers face à leurs capacités physiques et cognitives. Cette réflexion ouvre un large champ

d'exploration visant à mieux comprendre ces usages alternatifs décelés pour en tirer des formes et des fonctionnalités qui seraient plus appropriées aux besoins des usagers.

"Les promesses de bénéfices sont nombreuses mais doivent tout de même être nuancées en raison du fait qu'il existe peu de littérature pour accréditer ces hypothèses" 📖 (Demange, 2020, p. 19)


"Peu d'études permettent de mettre en avant le rapport coût-efficacité de ces technologies" 📖 (Pipame, 2017)


"Il n'existe donc à l'heure actuelle encore aucun gold standard avec des performances satisfaisantes dans l'évaluation du risque de chute des personnes âgées" 📖 (Rossat, 2021, p.27)

"1 personne sur 2 se sert des dispositifs classiques, efficaces dans 28% à 56% des situations de chute" 📖 (Tanguy, 2019, p. 21)

Focus: la nécessité de renforcer les méthodes d'évaluation des dispositifs et de leurs usages

Les enquêtes évaluatives menées jusqu'ici soulignent notamment la difficulté d'objectiver l'efficacité de la téléassistance en tant que service à la personne (Gucher, 2015, p. 5). La question de l'évaluation des technologies en santé est complexe et doit notamment être approfondie au travers de différents prismes psychologiques, ergonomiques, médico-économiques...

"Il y a un véritable enjeu sur les méthodes d'évaluation. Actuellement, dans le champ des technologies, deux courants dominant en ce qui concerne ces méthodes. D'une part, l'évaluation psychologique et ergonomique, avec les concepts d'utilité, d'utilisabilité et d'acceptabilité, assez difficiles à appréhender eux aussi. Ce sont ces approches et outils qui sont actuellement utilisés pour l'évaluation des usages des technologies. Et d'autre part, l'évaluation plus médico-économique que l'on cherche aussi à appliquer aux solutions d'accompagnement des personnes âgées à domicile."  (Sirven & Bourgueil, 2016)

"Le principe de fonctionnement de ce dispositif renvoie à une demande extrêmement précise: celle d'une personne seule, se retrouvant en situation d'un besoin d'aide d'urgence en raison d'un problème d'ordre physiologique, car la personne, malgré sa chute, doit conserver toute sa conscience et ses capacités mentales pour avoir le réflexe de tirer sur son médaillon. L'offre est donc celle d'une aide d'urgence à la personne."  (Kogan, 2007, p. 16)

Point de vue: Dr Nghiem

"La téléassistance n'a pas fait ses preuves sur la prévention des chutes: aucune étude ne dit qu'elle permet de réduire les chutes. Une seule et unique étude dit que la téléassistance associée à un aménagement de logement (chemin lumineux) permet de réduire les chutes, mais on ne peut pas dire si la téléassistance est une réelle contribution ou bien si c'est seulement les chemins lumineux. Une étude sur l'efficacité de la téléassistance serait la bienvenue, pour comprendre s'il est nécessaire de financer la téléassistance, et quelle forme de téléassistance ?

La téléassistance permettrait d'améliorer la prise en charge des chutes et de réduire la comorbidité des chutes, et permettre aux patients de se remettre sur pieds plus rapidement et de récupérer son autonomie plus rapidement. On sait que réduire le temps passé au sol a un vrai impact et que la téléassistance permet cela. C'est le paradoxe d'accepter certains dispositifs qui n'ont pas encore prouvé leur efficacité.

La téléassistance a fait ses preuves sur la prévention des complications de la chute, et n'a pas fait sa preuve sur la prévention de la chute."

Problématiques à traiter

Comment mieux évaluer les usages de la téléassistance et capitaliser sur ces données pour améliorer l'offre de services ?

L'opportunité de l'innovation par l'usage

La récurrence des mésusages et usages détournés des dispositifs de téléassistance vient questionner ses fonctionnalités et interroger les opérateurs sur les évolutions possibles de l'offre de services. En capitalisant sur ces usages atypiques et valorisant les appropriations qui sont faites des dispositifs de téléassistance, tant par les usagers que les parties prenantes à la téléassistance, de nouveaux services et nouvelles formes et innovations technologiques peuvent venir répondre plus finement aux réels besoins des usagers.

"Des usages différant de l'usage « normal » initialement prévu sont-ils vraiment des « usages atypiques » ?"
📖 (Charue-Duboc et al, 2011)

"Le traitement de l'appel involontaire est un exemple d'usage atypique qui a contribué à faire évoluer le service, car il a été intégré par la plupart des opérateurs. Actuellement, ceux-ci considèrent l'appel involontaire comme un mode d'appropriation de la téléassistance par l'abonné." 📖 (ibid)

"Ces situations révèlent les limites d'action auxquelles se heurtent les différents protagonistes pour réaliser le service de téléassistance, et plus globalement la limite de la téléassistance dans la contribution au maintien à domicile de la personne âgée. La téléassistance permet alors de déceler une détresse, sociale ou physique, mais elle peut difficilement y apporter une réponse." 📖 (ibid)


En effet, outre le déclenchement d'une alerte, la téléassistance devient souvent dans le quotidien des personnes âgées un moyen d'entrer en contact avec un téléassiste et donc de bénéficier d'un lien humain. C'est l'occasion pour l'utilisateur d'obtenir une réponse à une question, une orientation pour des besoins spécifiques, ou bien un relais d'aide pour des besoins quotidiens. Le dispositif de téléassistance vient en réalité se déployer sur d'autres catégories de besoins que ceux identifiés initialement (la chute et l'alerte en cas d'urgence) en répondant aux sollicitations et actions de ses bénéficiaires.


"Les financeurs publics reconnaissent parfois que la téléassistance répond à d'autres besoins que celui défini par l'usage lié à la chute ou à l'urgence, même si cette vision « restreinte » de l'usage du dispositif prédomine au moment du financement et de la prescription."
📖 (Charue-Duboc et al, 2011)

"Se dessine ainsi une nouvelle fonction de la téléassistance, qui serait de répondre à tout type de difficulté qu'elle soit physique ou morale" 📖 (Raulet-Croset & Amar, 2013)

Dans les faits, les opérateurs font évoluer leur offre, notamment grâce à des démarches de retours d'expérience qualitatives. Cependant, la place des usagers reste encore minoritaire dans le processus de conception des dispositifs et services de téléassistance. Pourtant, les intégrer pleinement à des étapes de co-conception permettrait de relever le défi de faire de ces usages atypiques et des retours usagers de véritables leviers d'innovation dans la conception, l'organisation et la perception de la téléassistance en soi.

"Les modes d'implication les plus classiques se situent en aval des processus de développement de nouveaux produits/services, selon des modalités d'implication relativement passives, juste avant la commercialisation (ou immédiatement après), à travers des enquêtes sur l'évaluation du service par les utilisateurs."
📖 (Charue-Duboc et al, 2011)

“La dynamique entre usage normal et usage atypique est donc source d’innovation et de créativité et, en même temps, de tensions pour les opérateurs. L’usage atypique peut être facteur d’appropriation du service. Il permet d’identifier des axes de valeur du service et de développer de nouveaux services pour d’autres utilisateurs. Mais, a contrario, la dynamique d’évolution est source de tensions car les différents acteurs qui participent au dispositif se font, chacun, leur propre vision de ce que devrait être l’usage normal. Cela a des conséquences sur l’activité au quotidien des opérateurs, qui se trouvent confrontés à des logiques et à des attentes différentes des acteurs à l’égard du dispositif.”  (Charue-Duboc et al, 2011)

“Pour utiliser et proposer la gérontechnologie en tant que solution d’aide, il convient d’identifier précisément les besoins de l’individu âgé afin que les dispositifs soient individualisés et adaptés à ses limitations fonctionnelles (...). Or, faute de connaissances relatives à la réalité des situations et des besoins réels des seniors (...), les concepteurs peinent à créer et proposer des technologies faciles d’utilisation et parfaitement ciblées. De ce fait, sans la participation des aînés, le potentiel des technologies ne sera pas pleinement exploité (...). Il est donc dans l’intérêt de tous les partenaires impliqués (aînés, soignants, concepteurs) de travailler collectivement avant de proposer une gérontechnologie.”  (Demange, 2020)

 **Point de vue : IMA Protect**

“Une patiente a appelé 750 fois depuis le début de l’année, elle nous appelle comme un service de conciergerie, et on n’est pas toujours en mesure de lui répondre...On discute alors avec ses aidants pour pouvoir trouver une solution à ça.”

Problématiques à traiter

Comment capitaliser sur les usages différents pour enrichir la conception des dispositifs ?

Comment mieux intégrer les usagers dans la conception ?

Conclusion de la partie 1

- Il existe une grande diversité de parcours de vieillissement, ce qui implique qu'il n'y ait pas une cible mais des cibles de la téléassistance.
- Cela nécessite une approche individualisée de la sensibilisation au vieillissement, et donc de l'accompagnement à la souscription à un dispositif de téléassistance qui s'intègre dans un projet de vie qui fasse sens pour la personne âgée, mais aussi pour l(es) aidants qui l'accompagne(nt).
- La prévention des chutes est étroitement liée à la prévention de l'autonomie: la téléassistance doit pouvoir s'intégrer dans une logique de prévention globale des différents facteurs de chute: isolement, sédentarité, nutrition, hyper-médication, etc.
- La représentation que les personnes âgées ont d'elles-mêmes et de leur propre autonomie est déterminante dans le recours à la téléassistance. L'entrée dans le parcours de la téléassistance est un enjeu clé: l'usager doit être partie prenante de la décision, en étant conseillé par des tiers de confiance, et ne pas subir cette décision.
- Le rôle des aidants est tout autant fondamental: ils peuvent jouer à la fois le rôle de facilitateur ou au contraire d'obstacle à la souscription. Ils sont souvent des facilitateurs pour permettre l'appropriation et l'usage adapté du dispositif. Ils doivent donc être pleinement pris en compte et accompagnés au même titre que l'aidé.
- Encourager la souscription et accompagner l'appropriation, c'est avant tout expliquer, faire pédagogie, désamorcer les craintes. L'effort de sensibilisation au vieillissement et la communication autour de la prévention de l'autonomie est un message à porter à l'échelle individuelle, adapté à chaque situation et donc à chaque usager. Mais c'est aussi un message à porter à grande échelle, pour déstigmatiser le vieillissement à l'échelle sociétale.
- L'enjeu d'appropriation de la technologie par la personne âgée ne doit pas être minimisé. Cela renforce la nécessité d'un accompagnement sur-mesure à la prise en main du dispositif, selon le niveau d'aisance, de compréhension et de confiance de la personne âgée envers le dispositif. La dimension technologique du dispositif "téléassistance" doit être systématiquement accompagnée d'une approche relationnelle du service de téléassistance.
- Les nombreux usages "atypiques" du service sont une ressource riche pour les concepteurs pour faire évoluer l'offre de services au plus près des besoins des usagers. Pour cela, une démarche de retex robuste pourrait être mise en place, qui permettrait par ailleurs de donner un aperçu sur l'efficacité réelle du dispositif (manque de données).

Problématiques à traiter

Dans quels parcours de vieillissement la téléassistance vient-elle s'insérer ?

- Comment identifier et cibler les usagers pour lesquels la téléassistance serait appropriée, et comment anticiper une évolution de leurs profils ?
- Comment ne plus faire du sujet du vieillissement et de son équipement un tabou ?
- Comment faire de la téléassistance un sujet plus appréhendable et touchant un plus large public ?

Comment faire de la téléassistance un maillon fort de la prévention de l'autonomie ?

- Comment articuler la téléassistance et la prévention des chutes avec les autres démarches de préventions ?
- Comment renforcer la téléassistance comme outil de repérage des fragilités ?
- Dans quelle mesure la téléassistance peut-elle permettre de prévenir ou de sortir d'un syndrome de glissement ?

À quelles conditions la téléassistance peut-elle être perçue comme vecteur de sécurité pour les personnes âgées ?

- Comment outiller le sentiment de sécurité chez les personnes âgées et la familiarité avec le dispositif de téléassistance ?
- Comment améliorer l'acceptation et l'appropriation du dispositif, même lorsque la souscription est passive voire réfractaire ?

Quelles sont les conditions pour que l'utilisateur puisse adhérer au dispositif ?

- Comment passer d'une logique d'offre à une logique de demande, c'est-à-dire faire que les personnes âgées soient les premiers acteurs de la souscription ?
- À quelles conditions l'utilisateur peut-il adhérer au dispositif ?
- À quel moment et sous quelle forme la discussion entre la personne âgée, l'aidant et le prescripteur doit-elle avoir lieu ?

Comment mieux former les professionnels de santé pour accompagner la sensibilisation des personnes âgées et la souscription au dispositif ?

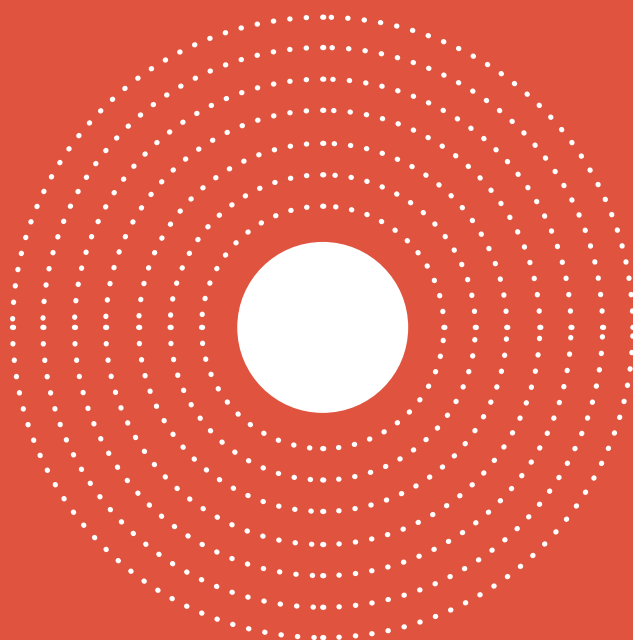
- Comment bien communiquer pour lever l'effet de stigmatisation du dispositif technologique ?
- Comment faire pédagogie et sensibiliser au plus tôt aux enjeux du vieillissement ?
- Qui sont les acteurs les plus à-même d'influer sur le comportement et la perception de l'objet par les personnes à risques ?

Quels sont les usages atypiques observés par les aidants et les acteurs de la téléassistance ? Que racontent-ils sur la démarche d'appropriation des personnes âgées ?

- Comment améliorer la bonne prise en main du dispositif pour augmenter son efficacité ? (port du bouton, penser à le déclencher...)
- Comment amener les usagers réfractaires, qui ne souhaitent pas demander de l'aide, à accepter d'utiliser leur dispositif ?

Comment mieux évaluer les usages de la téléassistance et capitaliser sur ces données pour améliorer l'offre de services ?

- Comment capitaliser sur les usages différents pour enrichir la conception des dispositifs ?
- Comment mieux intégrer les usagers dans la conception ?



2. L'utilisateur face à un service complexe sur le territoire

La première partie de cette analyse a mis en évidence le lien entre prévention des chutes et prévention globale de l'autonomie : les enjeux de sensibilisation au vieillissement dans une logique intégrée, d'accompagnement individualisé à la prescription de la téléassistance, d'accompagnement à l'appropriation pour une utilisation réussie du dispositif, de capitalisation sur les usages innovants développés par les personnes âgées, des enjeux relationnels du service...

Ces constats appuient l'importance d'adresser des enjeux plus macro de l'ordre de la communication institutionnelle, de la coordination territoriale, de l'individualisation des parcours, de l'évaluation et de la capitalisation des retours usagers... C'est-à-dire toutes les facettes du déploiement, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une politique publique.

Pour approfondir la question de "l'usage", il nous est donc apparu nécessaire d'aborder la téléassistance sous un prisme moins micro, en s'intéressant aux enjeux structurels et organisationnels de ce service (parcours, acteurs, gouvernance...).

La complexité du parcours usager : depuis l'information jusqu'à la souscription

S'informer et choisir un dispositif de téléassistance : le parcours usager


Il n'existe à ce jour pas de porte d'entrée privilégiée et facilement identifiable par les usagers pour se renseigner sur les dispositifs de téléassistance disponibles, ni même autour de la prévention des risques liés au vieillissement en général. Face à un proche vieillissant et fragilisé, c'est plutôt l'entourage de celui-ci qui se lance spontanément dans la démarche d'aller chercher de l'information en ligne, chez un soignant ou via le bouche à oreille. La solution de la téléassistance apparaît au travers de cette démarche exploratoire et autonome, bien qu'elle soit ensuite souvent validée lors d'une consultation médicale qui ancre la décision de souscrire à un service de téléassistance. L'entrée dans le parcours de téléassistance est donc souvent portée par l'aidant qui accompagne l'utilisateur.

Point de vue: IMA Protect

"J'irais demander plutôt à la mairie ou à la MGEN".
(Personne âgée de 80 ans)

"Il y a un parcours médical avant de demander de l'aide. Moi par exemple, j'irais me renseigner auprès d'association, avant d'entrer dans un parcours médical."
(Personne âgée de 77 ans)

"A qui je m'adresserais pour m'informer ? Je suis incapable de répondre à la question car je suis incapable d'imaginer que ça puisse arriver. Il faudrait que ce soit le médecin qui infuse progressivement l'idée mais le problème c'est que ce type de médecin n'existe plus, ça c'était les médecins de famille qui nous suivaient et nous connaissaient." (Personne âgée de 80 ans)


 Point de vue: Conseil départemental de l'Essonne
"Depuis le Covid, le CCAS est de moins en moins vu comme la porte d'entrée. Les usagers appellent davantage Vitaris que le numéro vert, car ils ont juste à appuyer sur un bouton."

Une fois le choix de s'équiper de téléassistance fait, et l'opérateur sélectionné, la souscription et la demande de remboursement ou subvention de l'abonnement constituent une étape complexe pour un usager non acculturé à ce type de démarche ou peu autonome dans l'usage des outils numériques, la majorité des supports et formulaires nécessaires se trouvant en ligne.

De plus, le manque de clarté et d'accessibilité à l'information autour de la téléassistance sur certains sites des Conseils Départementaux vient complexifier la tâche, certains formulaires n'étant parfois pas en ligne ou pas à jour.

Par ailleurs, la diversité des dispositifs existants et des nomenclatures qui y sont liées viennent complexifier le parcours d'information et de souscription. Parmi une offre de services très variée et des dispositifs technologiques difficiles à dissocier à première vue, l'utilisateur doit parvenir à s'orienter parmi des termes pourtant très semblables ou ne l'aidant pas à se projeter dans un usage: "télé médecine", "télé assistance", "capteurs", "boîtiers", "actimétrie", "domotique", "robot", "dispositifs portés" et "non portés", "télé surveillance", "télé alarme", DTA ou "domotique et télé assistance augmentée".

Un fort enjeu de clarification sémantique pour qualifier le service proposé permettrait à l'utilisateur de mieux se repérer et ainsi de mieux appréhender le service auquel il souscrit, notamment dans un contexte d'évolution technologique.

“Pour désigner ces nouveaux systèmes techniques et ce nouveau périmètre de service, le terme traditionnel de téléassistance paraît inadapté. D’une part, parce qu’il ne rend pas compte des objectifs élargis de ces nouveaux services : une autonomie plus importante au service d’une qualité de vie améliorée et, d’autre part, car il est désormais connoté négativement. Il appartiendra aux professionnels de conduire une réflexion spécifique dans ce domaine, même si l’on peut avancer que la plateforme d’intermédiation pourrait avantageusement désigner l’activité de concentration et de traitement des données. S’agissant du service délivré aux particuliers, les termes « e-assistance », « e-sérénité », « autonomie connectée » seraient envisageables.”  (Pipame, 2017)

Ainsi la souscription à la téléassistance dépend donc directement de la facilité qu’auront l’usager et son entourage à accéder à une information qui soit compréhensible et suivre ainsi les différentes étapes menant à la conclusion de l’abonnement.

Le parcours de souscription constitue aujourd’hui un frein au recours, tant sa complexité vient bloquer ou entraver la volonté de s’équiper de téléassistance. Face à ce frein, certains spécialistes questionnent l’utilité d’un “service personnalisé de prescription” (Lie, Brittain 2016) alors que le recours à la téléassistance dépend aujourd’hui de la lisibilité de la chaîne de prescription, depuis l’information sur l’existence du dispositif, jusqu’à l’acte de souscription en passant par l’accompagnement à la prise de décision.

 Point de vue : Conseil départemental de l’Es-
sonne

“Il y a beaucoup de communication faite par les communes, les CCAS, ça a permis la première vague d’adhésion. Comme c’est souvent le CCAS qui fait l’adhésion en ligne, ils ont le réflexe de le proposer. Sinon, il y a beaucoup de communication physique via la MDPH, l’APA, le CCAS.”

 Point de vue : Ma boussole aidants

“Il faut éviter l’éparpillement et le lancement désorganisé de dispositifs locaux qui brouille la clarté du service.”

 Point de vue : Véronique Chirié

“On est dans une jungle, il y a énormément d’offres : qu’est-ce qui les distingue ? La distinction est pas forcément lisible. Pas forcément la bonne aide à la décision : il faudrait l’aide d’un ergothérapeute. On a l’impression que c’est très simple, mais ça dépend de la capacité cognitive d’une personne.”

Problématiques à traiter


Quel(s) sont le(s) point(s) d’entrée les plus pertinents dans le parcours d’information et de souscription pour les personnes âgées ?


Comment simplifier le parcours de souscription ? Peut-on envisager un relais tangible de l’information et de la souscription via les acteurs de proximité (et donc sans passer par les outils numériques) ?


Comment rendre plus lisible l’offre de service, le périmètre et la diversité des services que la téléassistance peut recouvrir, dans un langage appropriable par les usagers ?


Être accompagné en tant que bénéficiaire : le rôle de l'aidant

Dans ce parcours, plusieurs figures de l'entourage de l'utilisateur sont indispensables. Le corps médico-social et l'aidant ou les aidants, se complètent et contribuent à informer l'utilisateur, à le guider et à s'appropriier le dispositif. Cependant leur rôle dans la chaîne de valeur de la téléassistance doit être clarifié notamment dans l'articulation entre acteurs publics, téléassistants et aidants. En effet, si celui-ci est fortement impliqué à la fois dans les démarches de sensibilisation de l'aidé, dans le choix du dispositif, et enfin dans la démarche de souscription et de suivi, l'aidant doit également être accompagné et devenir un point de contact privilégié entre les acteurs de la téléassistance et le bénéficiaire.

"Les proches et professionnels se révèlent être de puissants médiateurs (prescripteurs, mais aussi proscriptionnaires) dans l'utilisation et l'acceptation finale du système"
 (Tanguy, 2019)

"On fait le constat de la grande multiplicité et de la grande diversité des activités assumées par les aidants familiaux. Il y a des activités domestiques, d'aide à la personne, de surveillance, etc. Ce sont autant d'activités qui supposent la présence effective et concrète de l'aidant. Dans le cadre de cette présence, on peut réfléchir au poids ou à la charge que représente ce rôle d'aidant, ne serait-ce qu'en nombre d'heures passées auprès du parent âgé dépendant, par exemple. Dans notre approche qualitative, on se rend compte qu'il manque une dimension. En effet, le renforcement du rôle d'aidant, ce n'est pas uniquement les aides concrètes mais également le renforcement du rôle de care manager joué par l'aidant familial. (...) C'est bien l'aidant qui fait le lien entre les différents intervenants, qui s'assure que les choses se passent bien, qui prend les contacts nécessaires avec les différents services, qui accompagne la personne âgée chez le médecin, qui fait face aux imprévus lorsqu'ils surviennent et au quotidien de la situation, à la mise en place et au suivi. En d'autres termes, dans les travaux qualitatifs que l'on mène, on peut être qualifié d'aidant principal – bien qu'on puisse discuter de ce terme – tout en habitant à 300 km de chez son père ou sa mère parce que l'investissement en tant qu'aidant reste important."
 (Sirven & Bourgueil, 2016)

"L'enjeu majeur des dispositifs publics est véritablement d'accompagner les aidants familiaux. Cela va devenir un enjeu majeur en Europe, quels que soient les différents modèles de care auxquels appartiennent les différents pays."  (ibid)

"3,9 millions de proches aidants demandent à être mieux reconnus, à accéder à des solutions de répit, à voir leurs démarches simplifiées et à pouvoir mieux articuler leur vie professionnelle et leur rôle d'aidant, y compris à travers un accompagnement financier."  (Libault)

Point de vue : Ma boussole aidants

"Les statistiques sur les aidants, l'INSEE ne s'est jamais attelé au sujet. Il faudrait pouvoir construire un référentiel pour savoir qui sont les aidants et combien ils sont. Il y a des études menées par l'État mais à petite échelle (11 à 15 millions d'aidants) et 50% d'aidants ne savent pas qu'ils sont aidants. On peut se poser la question: "C'est quoi un aidant ?". Il existe une Loi depuis 2015 qui reconnaît le statut d'aidants. Comment est-ce qu'ils se reconnaissent comme tel ?

Il faut faire de la pédagogie en passant par l'aidé. C'est en remontant le fil jusqu'à son aidant qu'on peut alors comprendre qui il est. Et aussi lui faire comprendre qu'il est un aidant. Sa préoccupation première est de s'occuper de son proche, tant qu'il n'est pas sûr que son proche est en sécurité et lui-même ne se prendra pas en main. On fait conscientiser qu'un aidant est dans un rôle d'aidant et qu'il peut se faire aider, qu'il n'est pas obligé de tout faire et qu'il existe des professionnels."

Problématiques à traiter

Comment outiller l'aidant pour renforcer son rôle clef entre le corps médico-social, les services publics, et l'aidé ?

Quelle doit être la juste place de l'aidé dans le parcours usager ?

Intégrer la téléassistance dans son parcours de soins: le rôle de la communauté médico-sociale

La littérature étudiée fait très peu mention des professionnels de santé et de leur rôle dans le parcours de souscription de la téléassistance. A ce jour, il n'apparaît pas comme un maillon de la chaîne d'information, d'aide à la décision, d'appropriation ou même d'accompagnement au quotidien dans l'usage de la téléassistance. Les experts rencontrés soulignent qu'il s'agit là d'une opportunité de questionner les porosités entre service de téléassistance et accompagnement médical de la personne âgée. Cela ramène à un enjeu récurrent (sinon omniprésent) des politiques de santé, à savoir le rapprochement et l'articulation des secteurs médical et social dans la prise en charge de l'utilisateur.


Point de vue: AFRATA

"Certains professionnels de santé (médecins ou pharmaciens) commencent à considérer la téléassistance quand ils connaissent de près leur patient, leurs faiblesses et le risque de chute potentielle. De la même façon qu'un médecin prescrit une orthèse, il pourrait prescrire un dispositif de téléassistance. (...)"

Point de vue: Matthieu Debray

"Si je vais aux urgences pour une chute, je rentre chez moi et c'est tout, sans repasser par le médecin traitant, et je peux chuter 6 fois de suite comme ça, alors que si une réflexion est lancée dès ce moment-là avec de la prévention, c'est énorme."

"A l'heure où la e-santé semble se construire autour de l'Intelligence Artificielle, du Deep Learning, du Big Data, il est clair que les patients sont à la recherche d'une e-santé qui enrichisse leur relation avec leur médecin, leurs professionnels de santé et qui améliore leur quotidien. La télémédecine, le DMP, comme le suivi de la santé via des objets connectés ne pourront prendre leur essor que s'ils se construisent pour et avec les patients. (...) Si les services numériques révolutionnent le domaine de la santé en modifiant la relation entre le patient et le système, leurs impacts n'en demeurent pas moins

importants quant aux pratiques des professionnels de santé. Partage des données entre spécialistes, meilleure prévention, meilleur suivi des traitements et réductions des coûts, etc. : de nouvelles solutions viennent améliorer la coordination des professionnels de santé et la qualité des soins prodigués aux patients. Praticiens-patients, une relation en mutation!"  (Sebai, 2020)

Problématiques à traiter

Quelle place donner aux professionnels de santé dans le parcours d'usage de la téléassistance ?

Comment clarifier le discours et fluidifier le recours à la téléassistance entre les professionnels de santé et l'utilisateur ?

Comment outiller les professionnels de santé pour faire de la téléassistance un véritable outil de suivi des fragilités de son patient ?

Comment relier le corps médico-social et les acteurs de proximité qui interviennent dans le parcours de téléassistance ?

Le partage des responsabilités entre acteurs : le manque de lisibilité et l'hétérogénéité de l'offre pour l'utilisateur

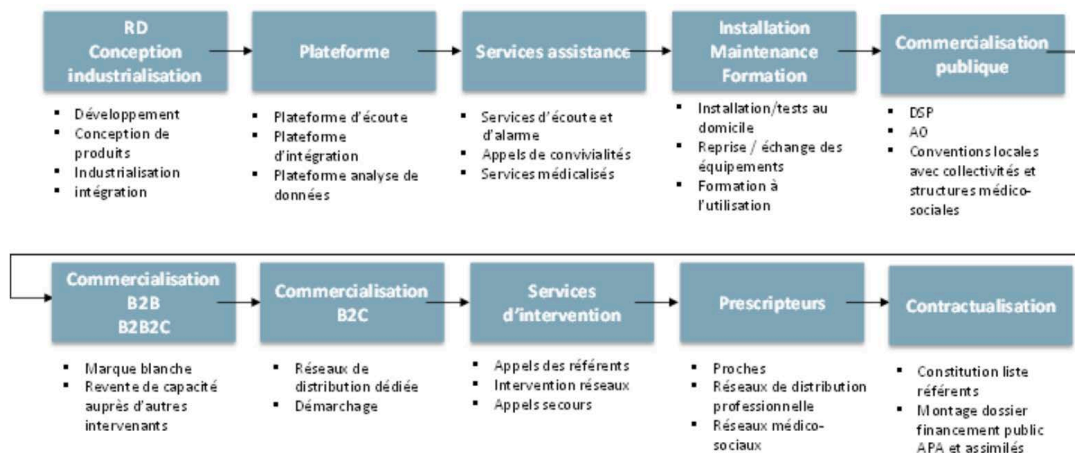
Le rôle de l'acteur public

Le rôle de l'acteur public dans le déploiement d'une offre de téléassistance se traduit à différentes échelles: via les institutions départementales et parfois communales, via des subventions publiques ou l'ouverture de marchés publics, via l'information et l'accompagnement proposé par les structures de proximité (CCAS, Maison de l'Autonomie, etc). Toutefois, la complexité de la chaîne de valeur de la téléassistance brouille la lisibilité du rôle de la puissance publique. Dans son parcours de souscription et d'usage, il n'est pas facile pour l'utilisateur de repérer où se situe la ligne entre public et privé, entre aide publique et offre commerciale.

Chaîne de valeur de la téléassistance en France - Source CODA Strategies


La chaîne de valeur associée à la téléassistance apparaît aujourd'hui relativement complexe, depuis la conception des équipements jusqu'à la gestion contractuelle des services.


Figure 1 - Chaîne de valeur de la téléassistance en France



Par ailleurs, les fortes disparités de fonctionnement de cette chaîne de valeur selon les départements se traduisent par une large hétérogénéité du service rendu à l'échelle nationale, tant en termes de variétés de dispositifs que de services complémentaires, d'implication des acteurs locaux ou de concentration du marché. Les diversités de modalités de gouvernance, de sous-traitance ou encore de subventions en fonction des territoires, contribuent elles aussi à brouiller le rôle de l'acteur public (et en particulier du département) dans la chaîne de valeur : régulation, homologation, financement...

D'autre part, le désengagement progressif des collectivités, tant en termes de gouvernance que de financement de la téléassistance, questionne la responsabilité "publique" de la prévention des chutes des personnes âgées via le déploiement d'un service de téléassistance accessible à tous, sur les tous territoires.

"Les collectivités territoriales se désengagent progressivement du financement direct de la téléassistance. Les interventions sous forme de délégation de service public sont maintenues, mais sans croissance. La téléassistance fait moins l'objet de prescriptions et de financements pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. Ce scénario pourrait s'expliquer en partie par l'absence d'implications des institutions nationales dans le domaine de la téléassistance. Les décisions locales de désinvestissement ne seraient donc pas contrebalancées par des décisions fortes au niveau national."  (Pipame, 2017)

"Les choix de prise en charge de la proximité ont des conséquences sur la nature du service rendu"
 (Raulet-Croset et al., 2010)

 **Point de vue: Matthieu Debray**

"Dans le plan chute les communes ne sont pas très citées, alors que la prévention passe par les communes, un investissement financier et de lien social. Comment ne pas les oublier ?"

 **Point de vue: Véronique Chirié**

"Le minimum en tant qu'acteur public, ce serait d'imposer un minimum de cahier des charges dans ce que je finance. Il faut écrire ce cahier des charges ! Revoir la norme Afnor, le process, l'accompagnement, l'interopérabilité, et porter des exigences sur l'opérateur avant d'en faire un service public généralisé, puis chacun choisit (DSP, marché public, APA...). Il faut une éthique du cahier des charges : il faut impérativement que la personne âgée décide. (...) Ce n'est pas un sujet technique mais de process, de service, d'image, de rôle des départements et autres financeurs. On a besoin de monter en exigence et en coordination. Nous avons un système efficient et sous-exploité."

Problématiques à traiter

Quel doit être le rôle de l'acteur public dans l'optique de faire de la téléassistance un service de prévention à l'échelle nationale ?

Quel doit être le rôle du département spécifiquement ? Et des autres institutions locales ?

Comment clarifier, pour l'utilisateur, le rôle de tous ces acteurs, afin de faciliter la prise d'information et la confiance dans le service proposé ?

Le rôle des opérateurs privés

Le fait de confier non seulement la gestion mais aussi la conception du service de téléassistance en tant que tel à un opérateur privé vient distinguer un partage des responsabilités entre acteurs publics et acteurs privés. La sous-traitance implique un partage de la responsabilité sociale et de la responsabilité "dans l'action" de la téléassistance: l'acteur public prend en charge la responsabilité sociale du service rendu (dans le cadre de son action de santé publique) tandis que l'opérateur prend en charge la responsabilité de la mise en oeuvre opérationnelle du service (dans le cadre de sa mission en tant que prestataire de services), et endosse à ce titre des responsabilités éthique, juridique, de service à la personne, etc. (Raulet-Croset & Amar, 2013)

Entre ces deux niveaux de responsabilité se trouve la question de la gouvernance partagée et le niveau d'intégration du service public dans le marché privé. En effet, la place des institutions publiques nationales et locales dans le rapport avec les opérateurs est très hétérogène en fonction des territoires: certains opérateurs opèrent sous l'égide d'une convention, certains sont simplement référencés par le département, d'autres n'ont aucun lien avec le service public.

Point de vue: Conseil départemental de l'Essonne

"L'opérateur n'est pas un coordinateur de territoire, c'est un système d'alerte qui permet de répondre à un besoin urgent d'un usager, surtout si plus la capacité physique/cognitive de donner un numéro."

Point de vue: IMA Protect

"On n'a pas de convention avec le public, pas de contrat de distribution. On ne connaît pas les marchés publics du CD, mais c'est un choix, notamment vis à vis d'une question de coûts, car pas assez mature pour vendre un dispositif suffisamment qualitatif à 6-7 euros."

Problématiques à traiter

Faut-il standardiser les offres sociales sur les différents territoires ?

Faut-il standardiser la relation opérateur-département ?

Quel est le bon niveau de pénétration des institutions publiques vis-à-vis du marché privé ?

Jusqu'à où doit aller le rôle de l'opérateur ?

Comment clarifier pour l'utilisateur l'articulation de ces acteurs, ce qui contribuerait à la lisibilité du parcours d'information/souscription ?


Le coût et les subventions des dispositifs


Directement impacté par les hétérogénéités de gouvernance entre pouvoirs publics et opérateurs privés au niveau local, les stratégies de subvention et de financement sont également très inégales selon les départements. Tantôt intégralement pris en charge et donc gratuit pour le bénéficiaire, tantôt partiellement remboursé, l'utilisateur peut bénéficier de conditions d'abonnement très différentes selon qu'il vive en Rhône-Alpes ou dans l'Essonne. Cette question du prix de revient à l'utilisateur peut jouer un rôle dans son choix de souscription et éventuellement mener au non recours, mais il est en revanche difficile de mesurer s'il s'agit ici réellement d'un frein conséquent en l'absence de mesures statistiques existantes ou de données concluantes ; par exemple en Haute-Garonne où le service

de téléassistance est gratuit, le taux de pénétration chez les moins de 75 ans reste limité avec 23% d'abonnés, mettant ici en évidence "la limite de pénétration par la seule incitation financière" (Tanguy, 2019): l'attractivité financière du dispositif pour l'utilisateur ne doit pas venir occulter les autres freins au recours.

Il est par ailleurs important de noter que la logique de marché qu'implique la dynamique de sous-traitance du pouvoir public à l'opérateur privé génère un réel impact sur la qualité et la dimension novatrice des dispositifs de téléassistance proposés par ce dernier, "la guerre des prix induite par la commande publique favorisant le prix plutôt que l'innovation des services" (Tanguy, 2019).


“Le développement actuel du marché de la téléassistance, satisfaisant à certains égards, ne permet pas cependant d’envisager, à court terme, une pleine expression de ce potentiel. L’origine d’une telle situation se situe pour une part du côté d’une demande qui apparaît aujourd’hui peu dynamique et peu sensible aux nouvelles opportunités offertes. La filière d’offre, fragilisée, ne réussit pas, pour ce qui la concerne, à imposer les innovations disruptives susceptibles de faire évoluer le statut de cette activité. Enfin, l’intervention publique, ambiguë dans ses objectifs et ses modalités, ne parvient pas à susciter, tant par les dispositions fiscales et réglementaires qu’en mobilisant le levier de la commande publique, une nouvelle dynamique.”
(Pipame, 2017)

“Les offres mises en place dans le cadre de marchés publics ou de DSP se limitent donc principalement à des solutions de base et n’offrent que très rarement l’opportunité de développement de solutions innovantes. (...) Cette prédominance du critère du prix dans l’attribution des marchés apparaît comme un frein majeur à l’enrichissement des offre et à l’innovation technologique.”
 (Pipame, 2017)

“Les prestations doivent être plus homogènes au niveau national, afin de réduire les hétérogénéités sur le territoire, qu’il est trop souvent difficile de justifier. Cette plus grande égalité de traitement participe de l’affirmation de la perte d’autonomie comme un risque social à part entière (...).”
 (Libault, 2019)

En effet, outre la question de l’accès au dispositif pour l’usager, le prix joue un rôle important dans la détermination des partenariats publics-privés : si l’acteur public est garant d’un seuil financier accessible pour les usagers, le recours aux marchés publics peut être dissuasif pour les opérateurs qui n’y voient pas de perspectives de croissance. La divergence d’intérêt liée au prix du dispositif peut venir entraver la logique d’innovation compétitive auprès des opérateurs qui ont recours à une convention publique, et donc in fine la qualité des services proposés aux usagers pouvant entraîner une standardisation de l’offre.

La question du prix du service soulève donc la difficile question de la tension entre accessibilité/standardisation et innovation, avec une figure de l’usager en constante recomposition, tantôt client de l’opérateur, tantôt administré du département.

“Les offreurs se concentrent et se raréfient en l’absence de perspectives de croissance et de réduction des dépenses publiques. Quelques offreurs se maintiennent sur le marché B2C grâce à un positionnement à forte valeur ajoutée en direction d’une population solvable. Le scénario intègre une baisse des prix B2B dans un premier temps, mais la concentration du marché pourrait conduire ensuite à une remontée de ceux-ci, la concentration de l’offre pouvant limiter à terme la concurrence sur les marchés publics. Pour les quelques offres B2C qui pourraient se maintenir, les prix resteraient à des niveaux élevés, dans le cadre d’une politique de niches.” 
(Pipame, 2017)

Problématiques à traiter

Quel niveau de subvention est-il nécessaire pour maintenir une logique de marché favorisant l’innovation, tout en garantissant un accès pour tous au dispositif ?

Dans quelles situations le prix peut-il être un réel frein au recours pour l’usager ?

Comment assurer une dynamique d’innovation chez les opérateurs pour améliorer l’adéquation du dispositif avec les usages réels ?


La standardisation de certains dispositifs est-elle souhaitable ?

Le partage d'informations et l'articulation entre acteurs : les opportunités d'outiller la coordination territoriale pour une prévention globale

Dans les faits, la téléassistance est au quotidien bien plus qu'un simple dispositif technologique permettant d'appeler 24/7. En effet, la diversité des offres de services proposée par les opérateurs dépasse la simple utilisation d'un bouton en cas de chute, et les services complémentaires (appels de convivialité notamment, disponibilité des télé-assistants pour de la discussion, signalements préventifs auprès d'acteurs locaux, portage de plateaux repas, etc.), font de la téléassistance un tremplin vers des dispositifs d'accompagnement social de la personne âgée. De même, les opérateurs ont un rôle dans la prise en charge médicale (liée à l'appel et au déclenchement de visite des pompiers) mais aussi dans la prise en charge sociale de la personne âgée, avec un rôle de remontée d'information auprès d'autres acteurs concernés.

Pour l'utilisateur, la valeur ajoutée de la téléassistance s'exprime notamment dans les appels de convivialité qui répondent au besoin de réconfort, d'écoute, de lien social. Cette fonction sociale de la téléassistance soulève la question des bénéfices de la technologie comme vecteur de liaison avec les personnes isolées, voire de liaison de la personne âgée avec un écosystème local de prise en charge, et donc d'intégration dans une logique de prévention globale du vieillissement (voir partie 1.1.2.).

A ce jour cependant, la téléassistance n'apparaît pas comme un service sur le territoire réellement partenarial, avec une gouvernance partagée, des outils communs, une fluidité de fonctionnement qui se traduirait dans un parcours lisible pour l'utilisateur.

"Les évolutions des prestations de téléassistance comprennent explicitement de plus en plus de services destinés à maintenir un lien humain entre la personne âgée et le prestataire : installation et maintenance, recueil physique possible des mensualités pour les personnes sans compte en banque, appel de convivialité lors des anniversaires ou à intervalle régulier, etc."  (Souffrin, 2017)

Point de vue : Conseil départemental de l'Essonne
"Chaque partenaire ou prestataire qui intervient auprès de l'utilisateur a des informations, mais il y a très peu de mise en commun entre le CCAS, Vitaris, le CD... Malgré le guichet unique, il y a encore des partenaires qui ne se connaissent pas"

Point de vue : Conseil départemental de l'Essonne

"On n'est pas là pour transmettre l'alerte aux pompiers, on est là pour écouter les personnes quand elle nous appelle tout au long de l'année. Si on devait tout renvoyer aux pompiers, ils baisseraient les bras, c'est pas gérable en termes de volume. (...) Ce qui fonctionne, c'est la conversation avec la personne. On est une forme de service d'urgence, de dispatch vers des extrêmes, mais aussi vers d'autres acteurs pour les accompagner. On est intéressés par des adresses d'associations référencées par le département pour renseigner nos abonnés, car on ne souhaite pas les orienter vers des structures non pérennes, donc on préfère passer par l'assistance IMA."

Problématiques à traiter

A quel point la téléassistance peut-elle jouer le rôle de mise en lien de la communauté de soin autour de la personne âgée ?

Comment faire évoluer l'offre de services en s'appuyant sur l'écosystème d'acteurs locaux ?

Comment renforcer les collaborations entre l'opérateur et les acteurs médicaux dans une logique de prévention ?

Comment renforcer l'articulation des acteurs de la téléassistance et les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées ? (associations, aide à domicile, etc.)

Conclusion de la partie 2

- La téléassistance est un service peu lisible pour une personne âgée : il est difficile de savoir où et comment s'informer sur la prévention des chutes, mais surtout sur la prévention du vieillissement et sur les politiques d'accompagnement à l'autonomie de manière générale. Il manque une porte d'entrée accessible et lisible pour tous les usagers cibles de la téléassistance,
- L'aidant est un acteur fondamental du parcours de souscription et d'usage : la réflexion autour de l'amélioration du service de téléassistance doit pleinement intégrer la question de la place et du rôle de l'aidant à chaque étape du parcours.
- Améliorer l'accessibilité et la lisibilité du service de téléassistance pour tous les usagers cibles implique de clarifier le rôle de l'acteur public vis-à-vis des opérateurs. Cela questionne le rôle socle de la puissance publique dans la provision d'un service sur le territoire accessible à tous et l'offre socle du service rendu. Et ainsi de soulever des questions fondamentales liées à l'organisation et à la gouvernance du service (standardisation à l'échelle nationale, degré d'hétérogénéité et d'autonomie des collectivités locales, mise à disposition de ressources territorialisées, modèle économique et politiques de subvention, normes Afnor, etc.).
- Une large communauté d'acteurs est mobilisée autour des usagers de la téléassistance. La téléassistance ouvre des perspectives pour faciliter l'articulation entre les différents dispositifs de prévention et de prise en charge de la personne âgée sur un territoire. Notamment en outillant l'articulation des acteurs et les réseaux de coordination qui interviennent dans la gouvernance et l'opérationnalisation de la téléassistance.

Problématiques à traiter

Quel(s) sont le(s) point(s) d'entrée les plus pertinents dans le parcours d'information et de souscription pour les personnes âgées ?

- Comment simplifier le parcours de souscription ? Peut-on envisager un relais tangible de l'information et de la souscription via les acteurs de proximité (et donc sans passer par les outils numériques) ?
- Comment rendre plus lisible l'offre de service, le périmètre et la diversité des services que la téléassistance peut recouvrir, dans un langage appropriable par les usagers ?

Comment outiller l'aidant pour renforcer son rôle clef entre le corps médico-social, les services publics, et l'aidé ?

- Quelle doit être la juste place de l'aidé dans le parcours usager ?

Quelle place donner aux professionnels de santé dans le parcours d'usage de la téléassistance ?

- Comment clarifier le discours et fluidifier le recours à la téléassistance entre les professionnels de santé et l'utilisateur ?
- Comment outiller les professionnels de santé pour faire de la téléassistance un véritable outil de suivi des fragilités de son patient ?
- Comment relier le corps médico-social et les acteurs de proximité qui interviennent dans le parcours de téléassistance ?

Quel doit être le rôle de l'acteur public dans l'optique de faire de la téléassistance un service de prévention à l'échelle nationale ?

- Quel doit être le rôle du département spécifiquement ? Et des autres institutions locales ?
- Comment clarifier pour l'utilisateur l'articulation de ces acteurs, ce qui contribuerait à la lisibilité du parcours d'information/souscription ?

Faut-il standardiser les offres socles sur les différents territoires ?

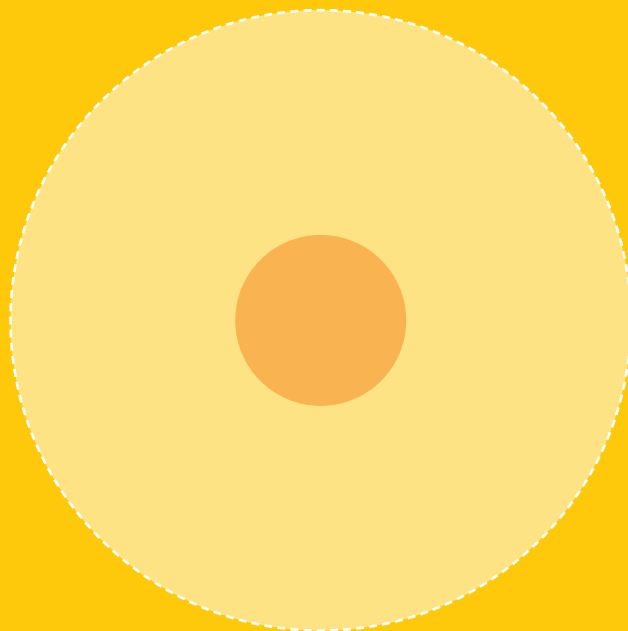
- Faut-il standardiser la relation opérateur-département ?
- Quel est le bon niveau de pénétration des institutions publiques vis-à-vis du marché privé ?
- Jusqu'où doit aller le rôle de l'opérateur ?

Dans quelles situations le prix peut-il être un réel frein au recours pour l'utilisateur ?

- Quel niveau de subvention est-il nécessaire pour maintenir une logique de marché favorisant l'innovation, tout en garantissant un accès pour tous au dispositif ?
- Comment assurer une dynamique d'innovation chez les opérateurs pour améliorer l'adéquation du dispositif avec les usages réels ?

A quel point la téléassistance peut-elle jouer le rôle de mise en lien de la communauté de soin autour de la personne âgée ?

- Comment faire évoluer l'offre de services en s'appuyant sur l'écosystème d'acteurs locaux ?
- Comment renforcer les collaborations entre l'opérateur et les acteurs médicaux dans une logique de prévention ?
- Comment renforcer l'articulation des acteurs de la téléassistance et les acteurs locaux de la prise en charge des personnes âgées dans une logique de prévention globale ? (associations, aide à domicile, etc.)



3. Les opportunités de la télé-assistance : extraits choisis

La complexité de la gouvernance de la téléassistance et l'hétérogénéité des services proposés se traduisent par une grande complexité et un manque de lisibilité pour les usagers (personnes âgées, aidants). Cela interroge les opportunités de simplification et plus largement d'évolution de l'organisation de ce service sur chaque territoire. Les extraits proposés dans les pages suivantes ouvrent des pistes de réflexion pour imaginer le futur de la téléassistance.

Encadré 1: Vers la conception d'une technologie au service de la reconstruction identitaire des personnes âgées

Extrait de Bobillier-Chaumon & Ciobanu, 2009 :

" (...) L'usage des TIC suscite des apports indéniables mais suscite également toute une série d'interrogations. Concernant les bénéficiaires, on a vu que les possibilités ouvertes par ces technologies et les usages qui en découlent permettent d'envisager de nouvelles solutions pour l'assistance, la prise en charge, voire la « stimulation » des personnes âgées. De même, par les diverses compensations que les TIC sont en mesure de fournir, par la redynamisation de son système de vie (sur des sphères cognitives, physiques, psychosociales...) et les aménagements apportés, ces dispositifs peuvent être de puissants leviers permettant à la PA de rester l'acteur de son propre vieillissement, alors que ses habiletés physiques et psychiques déclinent. Pour autant, les technologies peuvent aussi créer les conditions d'une nouvelle forme de dépendance (technologique) et de stigmatisation de la PA ; les marges d'action de la personne devenant ainsi fortement tributaires des services et de l'aide fournis par l'environnement technique.

Au final, en plus d'une analyse fine des besoins, des spécificités de la PA et des situations d'usage des technologies, il est donc nécessaire de comprendre la nature des relations qui s'établissent au sein de ce système personne-machine afin de définir précisément le type, la nature et le niveau de l'assistance à apporter : quand et à quelle étape le système doit-il intervenir, pour quel type d'aide et avec quels niveaux d'intrusion et de soutien ? De manière plus générale, quel doit être le rôle, la contribution et la fonction de ces dispositifs dans le service rendu ? Doit-il seulement compenser et pallier les difficultés des personnes ou plutôt collaborer dans la réalisation des activités par des formes de stimulation, de guidage et/ou de renforcement ? Il s'agit aussi de s'interroger sur le rôle de la situation (de vie) domestique (Zouinar et Frézus, 2009) dans ces usages tant il apparaît que le milieu de vie est déterminant dans l'appropriation des dispositifs (que cela soit par l'environnement familial ou le contexte spatio-temporel).

Une autre interrogation porte enfin sur la présence des tiers (aidant, familiaux, sociaux) dans un environnement de plus en plus désincarné. Peuvent-ils être remplacés par la technologie ? Sinon, quel est leur rôle dans l'accès aux technologies ? Quelles sont aussi leurs contributions, leurs apports spécifiques par rapport aux divers moyens technologiques de soutien et d'assistance mis en œuvre ? Rappelons en effet que l'entourage n'a pas pour seule vocation d'être un médiateur dans l'appropriation des technologies (Carradec, 1999b), mais qu'il participe aussi activement -en étant associé à l'usage des TIC- au processus de remédiation des divers troubles qui peuvent affecter la PA (Bobillier Chaumon & Michel, 2007). Ce n'est pas donc seulement la technologie qui peut stimuler et/ou compenser les pertes des PA, c'est aussi tout ce qui se joue et se crée autour ou à cause du dispositif : la manière dont les autres regardent, encouragent et motivent les personnes mais aussi la façon dont celles-ci s'engagent pour présenter une image positive d'elle-même...

Ce sont sans nul doute des questions qui doivent guider la conception de ces technologies pour que celles-ci ne deviennent pas de simples béquilles fonctionnelles de substitution, mais qu'elles apportent une véritable valeur ajoutée dans la reconstruction psycho-sociale et identitaire de la personne âgée."

→ **Et si demain, la téléassistance devenait un service qui accompagnait la reconstruction identitaire des personnes âgées confrontées à leur vieillissement ?**

Encadré 2 : Vers une téléassistance avancée articulant domotique et accompagnement socio-psychologique

Extrait de Dantoine et al, 2010 :

“Devant le potentiel de développement des solutions techniques et des services apportés par un organisme comme Corrèze Téléassistance (Ctéléassistance), l’objectif principal de cette étude était de « mesurer l’opportunité et la faisabilité d’un large déploiement des packs domotiques à domicile sur le département de la Corrèze [et de] constituer une véritable aide à la décision pour le Conseil Général” (...). Il ressort de cette expérimentation que l’association de domotique (sécurisant l’habitat et prévenant les chutes: chemin lumineux au premier plan) à la téléassistance avancée (prévenant probablement la dépression en soutenant le lien social et en ayant un effet stimulant par le sentiment de sécurité qu’elle apporte) et aux alarmes est efficace sur l’état de santé et l’autonomie. (...) Ces fonctionnalités répondent bien aux besoins de la personne âgée fragile et polypathologique.

Le lien social créé par les appels des bénéficiaires ainsi que par les appels de convivialité jouent très certainement un rôle dans la prévention de la dépression et d’autres pathologies, voire même de la perte d’autonomie. La présence vocale, nominale et physique des personnels de téléassistance est parfaitement repérée par les personnes qui s’en déclarent très satisfaites, il est difficile de mesurer le gain en termes d’autonomie mais il est patent quant à la sécurité psychique des personnes et quant à leur vie sociale », ce qui souligne notamment l’importance d’une téléassistance « avancée », avec une fréquence et une qualité de contact (émanant de la plateforme) significatives et un niveau suffisant de formation.”

→ **Et si demain, la téléassistance désignait un service élargi articulant des dispositifs de domotique et un accompagnement social et psychologique des personnes âgées ?**

Encadré 3 : Vers l'accompagnement des projets de vie des personnes âgées

Extrait de Gucher, 2015 :

“En tout premier lieu, la fiabilité technique du dispositif téléassistance ne paraît pas pouvoir être établie. Les entretiens mettent en lumière de nombreuses perturbations et déclenchements intempestifs d'alarme en dehors de toute situation d'urgence ou de crise. Ces dysfonctionnements sont de nature à produire l'effet inverse de celui qui est recherché à travers l'équipement, i.e., une fragilisation du sentiment de sécurité des personnes, voire la perception d'une violation d'intimité pouvant aller jusqu'au sentiment d'une exposition de soi. (...)

Le second enseignement renvoie à la problématique de l'appropriation du dispositif. Dans la majorité des situations, les personnes méconnaissent le fonctionnement du dispositif dont elles sont équipées. Cette absence d'informations claires génère une difficulté d'appropriation, impliquent des doutes sur le fonctionnement de l'appareil et un usage inadapté ou un non usage. Sur ce point, il faut souligner que les personnes pour lesquelles le dispositif a été installé sur prescription médico-sociale ou sur pression familiale, sont les moins au clair sur les fonctionnalités de l'appareil et les services qu'elles peuvent en attendre. Cet élément permet de souligner l'importance de l'accompagnement de la décision, des modes d'information et du soutien de l'exercice de l'autonomie des personnes. (...)

Le troisième enseignement concerne les préoccupations de sécurité. La perception de la fragilité et de l'insécurité semble éminemment différente d'une personne à une autre, quels que soient les problèmes de santé auxquels elles se confrontent. (...)

En conséquence de ces trois enseignements fondamentaux et de ce qui apparaît au fil de l'analyse, il apparaît que trois domaines devraient être explorés systématiquement avant d'envisager l'équipement d'une personne avec ce dispositif : la fragilité gériatrique au sens fonctionnel, la fragilité psychosociale au sens relationnel et le projet de vie de la personne. La prise en compte de ce dernier élément si souvent ignoré s'inscrit cependant en conformité avec les considérations de la loi 2002-2 et avec les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'ANESM. C'est donc bien la démarche d'accompagnement de l'équipement qui est à revoir et qui permettrait sans doute d'améliorer le processus d'appropriation qui pose aujourd'hui problème (...).”

→ **Et si demain, l'acte de souscription à la téléassistance coïncidait avec un accompagnement personnalisé de la personne âgée en lien avec l'élaboration de son projet de vie ?**

Encadré 4 : Vers une approche relationnelle : “Des technologies oui, mais des humains d’abord”

Extrait de Yatim, 2020 :

“Comme nous l’avons montré dans nos analyses, les enjeux liés à l’usage des technologies de santé dans le cas des personnes âgées vivant à domicile sont fortement complexes et imbriqués. Les outils technologiques sont perçus comme des leviers d’autonomisation, d’individualisation et de personnalisation des soins comme le suggèrent les nombreux travaux évoqués plus haut (Ologeanu-Taddei et Paré, 2017 ; Liu et al., 2016 ; Melchiorre et al., 2018 ; Makai et al., 2014). Et ils offrent des opportunités réelles pour répondre aux enjeux économiques, organisationnels et démocratiques (Pierron, 2010 ; Bloch et al., 2014 ; Couturier, 2016).

Toutefois, notre recherche montre aussi que, contrairement à certaines hypothèses avancées, les technologies de santé ne peuvent être envisagées dans une perspective de remplacement, de substitution ou même de soulagement des professionnels et des proches/aidants à travers la délégation des tâches (Laperche, 2016 ; Dumez et Minvielle, 2017). Nos analyses montrent des attentes fortes pour des relations renforcées entre patients et professionnels et des prestations de soins et des services plus adaptés aux besoins de chaque personne. Les attentes en termes d’autonomie et les exigences en termes de respect des droits et des libertés individuelles se trouvent donc enrichies d’un besoin de personnalisation des soins et services mais surtout d’un renforcement des relations avec les professionnels. Aussi, l’usage des technologies de santé dans le respect des principes de l’éthique du *care* appelle de nombreuses évolutions.

(...) Au moins deux thèmes de réflexion importants émergent de nos analyses et méritent d’être discutés ici et approfondis dans de futurs travaux. Le premier est celui du paradoxe sous-jacent à l’usage des technologies de santé et de la télémédecine en particulier. Ce paradoxe est celui de la très forte dimension relationnelle associée aux outils technologiques. Autrement-dit, loin de remplacer ou de se substituer à l’humain, les technologies impliquent des relations plus fortes, plus nombreuses et plus rapprochées entre les patients et leurs proches/aidants d’une part, et les professionnels d’autre part.

En effet, le cloisonnement structurel entre les secteurs sanitaire, social et médico- social complexifie la coordination des parcours de soins et des parcours de vie des personnes âgées. Les réponses économiques et organisationnelles apportées et fortement renforcées au cours des dernières décennies n’ont pas pu atteindre l’objectif ultime de l’intégration des services pour assurer un accompagnement global et cohérent (Lechevalier-Hurard et al., 2017 ; Couturier, 2016). De ce fait, c’est grâce au travail relationnel quotidien assuré par les professionnels entre eux et en lien avec les patients et les proches/aidants que les parcours sont rendus possibles et que les ruptures sont évitées (Vinot et al., 2018). L’accompagnement des personnes âgées ne peut donc être dissocié des dynamiques relationnelles sous-jacentes.

(...) Certes il n’existe pas de contradiction intrinsèque entre l’usage des technologies de santé dans les soins en particulier à travers la télémédecine et les fondements du *care* car il s’agit dans les deux cas de favoriser l’autonomie et de renforcer l’empowerment en respectant les choix et les préférences des patients (Bacqué et Biewener, 2013). Toutefois, si la technologie réduit la sollicitude qui est propre à l’humain, le risque est grand. En effet, pour tout type de soins et pour les soins réalisés via un médium technique à plus forte raison, la sollicitude du professionnel reste indispensable car c’est dans la réciprocité de la relation (Paperman et Laugier, 2005) et dans l’inscription de cette relation dans le temps comme le postule l’éthique du *care* que se construit l’autonomie et non pas dans l’obligation d’être autonome face à des technologies aussi performantes soient-elles.

Aussi, le second thème de réflexion qui nous semble central et qui est interdépendant du premier est celui de l’acceptation de l’autonomie recherchée à travers l’usage des technologies de santé pour une population présentant un niveau de vulnérabilité élevé. Si l’autonomisation des personnes vivant à domicile grâce à l’usage des technologies est une attente réelle de la part de ces dernières comme de la part des pouvoirs publics, il existe des divergences en termes de traductions concrètes de cette autonomie. Nos résultats montrent en effet que l’autonomie souhaitée par les patients et par leurs proches/aidants est une autonomie qui n’exclut pas, n’isole pas, mais au contraire, elle se construit avec les professionnels et au sein de la société toute entière.

Ceci renforce un débat sociétal et philosophique majeur compte tenu du développement rapide des technologies de santé et des enjeux à la fois démocratiques et économiques qui y sont associés. L'introduction des technologies de santé oblige à prendre conscience du rôle essentiel du travail du *care* auprès des personnes âgées vivant à domicile pour le maintien du lien social en plus du soin technique réalisé. La valorisation de l'individu, de ses droits et de ses libertés individuelles ne doit pas être opposée à la sollicitude des professionnels et à l'éthique du *care* qui, elle aussi place l'individu au centre mais plus encore, s'intéresse à la personne et accepte ses limites et ses vulnérabilités (Svandra, 2015).

(...) La dimension démocratique est fortement présente dans les attentes mais aussi dans les craintes des personnes âgées et de leurs proches/aidants. (...) Davantage que l'acquisition d'une autonomie normative, abstraite, indifférenciée, il s'agit pour les personnes rencontrées d'empowerment, c'est-à-dire co-construire avec les professionnels grâce à l'usage des technologies de santé une autonomie effective qui tient compte de leur dépendance, de leur réalité et de leurs vulnérabilités (Bacqué et Biewener, 2013). (...) Il s'agit de mettre en œuvre des dynamiques relationnelles où les professionnels proposent, orientent, invitent et où les patients, des personnes à part entière, expérimentent, évaluent et s'expriment chacun en fonction de ses vulnérabilités (Svandra, 2015)."

→ **Et si demain, la téléassistance devenait le dispositif emblématique du *care* dans les sociétés vieillissantes ?**

Encadré 5 : Vers une évolution organisationnelle et systémique

Extrait de Sirven & Bourgueil, 2016 (intervention de Hervé Michel, Centre expert en technologies et services pour le Maintien en autonomie à domicile des personnes âgées, MaDoPa):

“Notre deuxième positionnement, qui est extrêmement important, est plus spécifique à l’usage des services et technologies. Je rappelle que le courant dominant est l’évaluation psychologique et ergonomique. Ce sont des modèles qui schématiquement visent à réduire l’incertitude à faire entrer les technologies au domicile. (...) Pour nous, l’usage de la technologie est un moyen de découvrir les façons de faire au quotidien des personnes âgées avec leur vieillissement, leurs incapacités, leurs maladies chroniques, etc. Cela fait écho à la notion de « capacité » (...). L’usage des services et des technologies est, dans le cas présent, un révélateur et un transformateur potentiel de façons de faire, de compétences individuelles, de relations d’aide, de modes de coopération, à partir desquels il est possible de penser les conditions d’usage, organisationnelles, économiques, éthiques nécessaires à l’ajustement et au déploiement des solutions. (...) Je finirai en disant que la démarche de MADoPA consiste à co-construire des solutions innovantes en faisant évoluer les parcours, les organisations et les services avec les acteurs de l’écosystème, en intégrant les utilisateurs – personnes âgées, aidants et professionnels –, les gestionnaires et les financeurs. On peut avoir cette démarche d’exploration au domicile avec ceux qui organisent et ceux qui financent. Dans ce travail d’évaluation des usages à partir de la vie quotidienne des personnes à leur domicile, chaque dimension a son importance. On va observer et caractériser comment les personnes s’organisent, imaginent des solutions, des astuces pour

vivre avec un handicap, une dépendance, une fragilité, une maladie chronique, etc. On va observer et qualifier les stratégies d’aide, d’accompagnement et les compétences de chacun. On va bien comprendre différentes configurations de relations d’aide et de soin qu’il y a aussi lieu de caractériser. Tout ceci va nous permettre de préciser non seulement les contraintes des personnes âgées, mais également et surtout, ce que nous appelons leurs ressorts de santé et d’autonomie. On va ainsi découvrir avec les personnes âgées et leurs aidants dans quelle mesure ces technologies sont utiles et si ces technologies peuvent avoir d’autres fonctions tout à fait inattendues. Ce travail d’évaluation socio-ethnographique des usages permet également de soulever, par l’expérience de terrain, des questions éthiques. Cette valeur d’usage contribue ensuite à alimenter l’évaluation économique et les plans d’exploitation des solutions technologiques. C’est ce que MADoPA réalise dans son travail d’évaluation. Nous posons la question de l’usage des technologies dans ce cadre d’analyse socio-ethnographique et globale de façon à faire ressortir, avec les personnes âgées et leurs aidants, l’utilité ou non des technologies et les conditions de leurs développements, mais sans idée a priori sur le déploiement de ces solutions.”

→ **Et si demain, l’évaluation par les usages de la téléassistance amenait une remise en question de l’organisation et de l’économie de ce service ?**

Encadré 6 : Vers l'évolution des pratiques professionnelles

Extrait de Meyer, 2021 :

“Une technologie pro domo qui contrôle notre quotidien et/ou qui simule des présences humaines via des objets comme des images, un aidant virtuel 24h/24 pour répondre aux besoins et demandes, des robots d'assistance pour effectuer des activités devenues pénibles. Le domicile dans nos villes en transition est maintenant adossé à une pensée computationnelle et sera marqué par ce numérique foisonnant en composants et en programmations. Se poseront dès lors, par leur (simple) fonctionnement et les possibilités d'enregistrement/personnalisation, des questions éthiques et juridiques qui entrent en résonance avec celles posées de longue date dans l'évolution de l'écosystème médico-social français. Parmi elles, et non des moindres, quid alors de l'accompagnement humain (personnalisé et/ou de proximité) à domicile ? Outre les formes émergentes de médiations numériques permettant, sous le sceau de l'inclusion cette fois, d'accueillir des publics (comme des professionnels) du reste encore éloignés et/ou ceux dits en illettrisme, ce sont les professionnalités historiques du secteur social et médico-social qui seront en première ligne. (...)

Les pratiques professionnelles quels que soient les secteurs doivent évoluer dans cette transition digitale et ce ne sont pas en priorité celles des métiers du numérique. De l'établissement au domicile dans la cité de demain, personne ne pense que les technologies numériques quelles qu'elles soient résolvent par elles-mêmes tous les problèmes liés à l'avancée en âge, aux situations de handicap, de fragilité et/ou de vulnérabilité. L'avenir du numérique dans le champ social et médico-social (...) passera par des sensibilisations à ces nouveaux environnements et par des actions de formation permettant de penser de véritables plans d'action numérique selon les établissements et les services. Les prises en charge de demain en “bonne intelligence” pourraient (déjà) permettre de libérer du temps que les professionnels ne passeraient pas devant des écrans, en raison de la logicialisation croissante de leurs pratiques.

Les puissances publiques (et économiques) avec les métropoles se sont lancées dans une compétition à la smart city. Pas de way back en programmation, aussi convient-il d'en tirer d'autres profits, comme celui de mettre vraiment “l'humain en coactivité avec le numérique au centre”. La formule n'est pas un simple artifice rhétorique qui accompagne l'inclusion numérique ou l'habitat dit “inclusif”. Elle commande maintenant des réflexions approfondies sur ce lieu singulier qu'est le domicile relevant de l'intime, du privé ; celui aussi où nous devons nous confiner (réfugier ?) avec une distanciation physique imposée (et singulièrement qualifiée de “sociale”) en ces temps de crise sanitaire. Un chez-soi où nous passons une part de plus en plus importante de notre existence. Un domicile qui peut aussi devenir, via les technologies numériques, un espace accessible et ouvert en interopérabilité, sans pour autant servir l'homogénéisation contrôlée des lieux et des activités de leurs occupants.”

→ **Et si demain, tous les professionnels médico-sociaux gravitant autour de la téléassistance étaient sensibilisés à la transition digitale ?**

4. Conclusions de l'analyse

Cette analyse a permis de mettre en évidence la nécessité d'adresser de front les enjeux d'usages et de gouvernance de la téléassistance pour atteindre l'ambition d'un dispositif de téléassistance accessible à tous, au service d'une prévention globale du vieillissement sur les territoires.

Nous en retirons cinq chantiers prioritaires à mener dans le cadre d'un accompagnement design de services.

Problématiques à traiter

→ Et si demain, la téléassistance devenait un service qui accompagnait la reconstruction identitaire des personnes âgées confrontées à leur vieillissement ?

→ Et si demain, la téléassistance désignait un service élargi articulant des dispositifs de domotique et un accompagnement social et psychologique des personnes âgées ?

→ Et si demain, l'acte de souscription à la téléassistance coïncidait avec un accompagnement personnalisé de la personne âgée en lien avec l'élaboration de son projet de vie ?

→ Et si demain, la téléassistance devenait le dispositif emblématique du care dans les sociétés vieillissantes ?

→ Et si demain, l'évaluation par les usages de la téléassistance amenait une remise en question de l'organisation et de l'économie de ce service ?

→ Et si demain, tous les professionnels médico-sociaux gravitant autour de la téléassistance étaient sensibilisés à la transition digitale ?



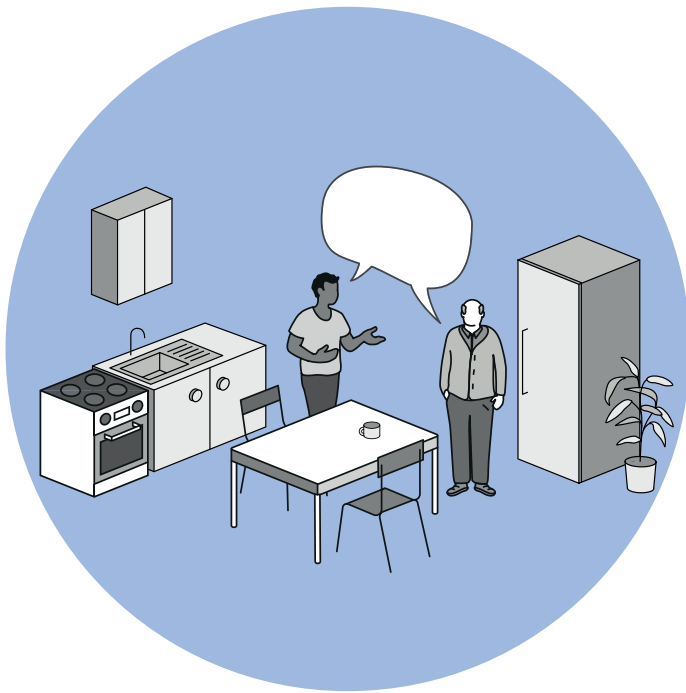
1

Le chantier "sensibilisation et communication" : pour adresser le besoin de sensibiliser les personnes âgées à la perte d'autonomie avant qu'elle ne survienne, à l'échelle locale mais aussi nationale, en portant un message déstigmatisant sur le vieillissement et les dispositifs d'aide.



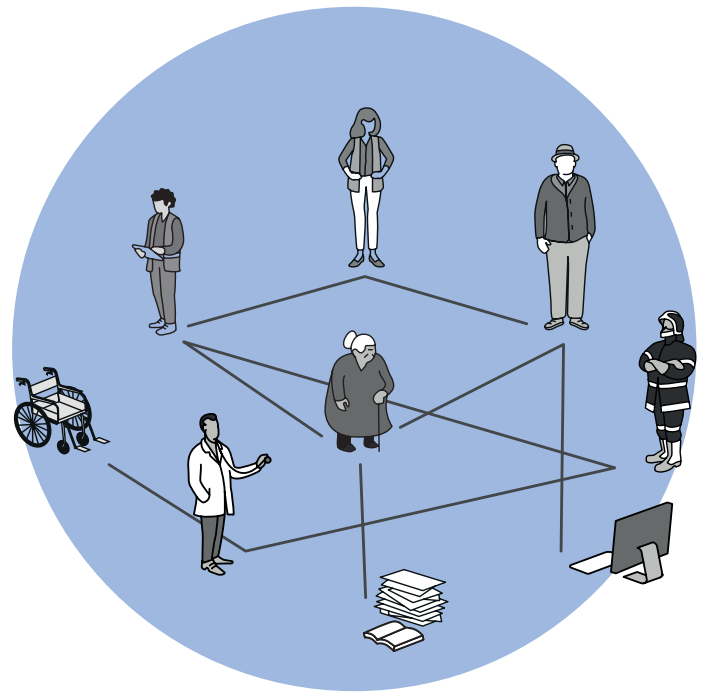
2

Le chantier "parcours usager" : pour faciliter l'accessibilité et la lisibilité du parcours d'information et de souscription pour les personnes âgées et les aidants: savoir où s'informer, auprès de qui, quelles informations chercher...



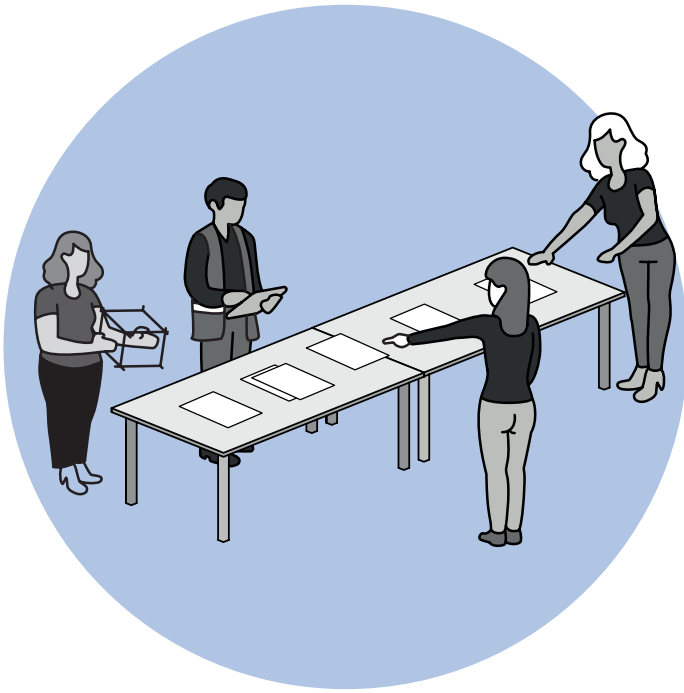
3

Le chantier "usages *in situ*" : pour faciliter l'appropriation et l'utilisation efficace du dispositif, en tenant compte des usages innovants : comment bien prendre en main le dispositif souscrit, bénéficier de conseil, bénéficier de solutions individualisées, échanger sur ses doutes, capitaliser sur les usages "atypiques", etc.



4

Le chantier "articulation des acteurs" : pour outiller la mise en réseau des acteurs qui collaborent au quotidien, qui interviennent auprès de l'utilisateur ou qui encadrent la coordination du dispositif : outiller l'interconnaissance, le partage d'information, la redirection vers d'autres dispositifs de prévention ou de prise en charge...



5

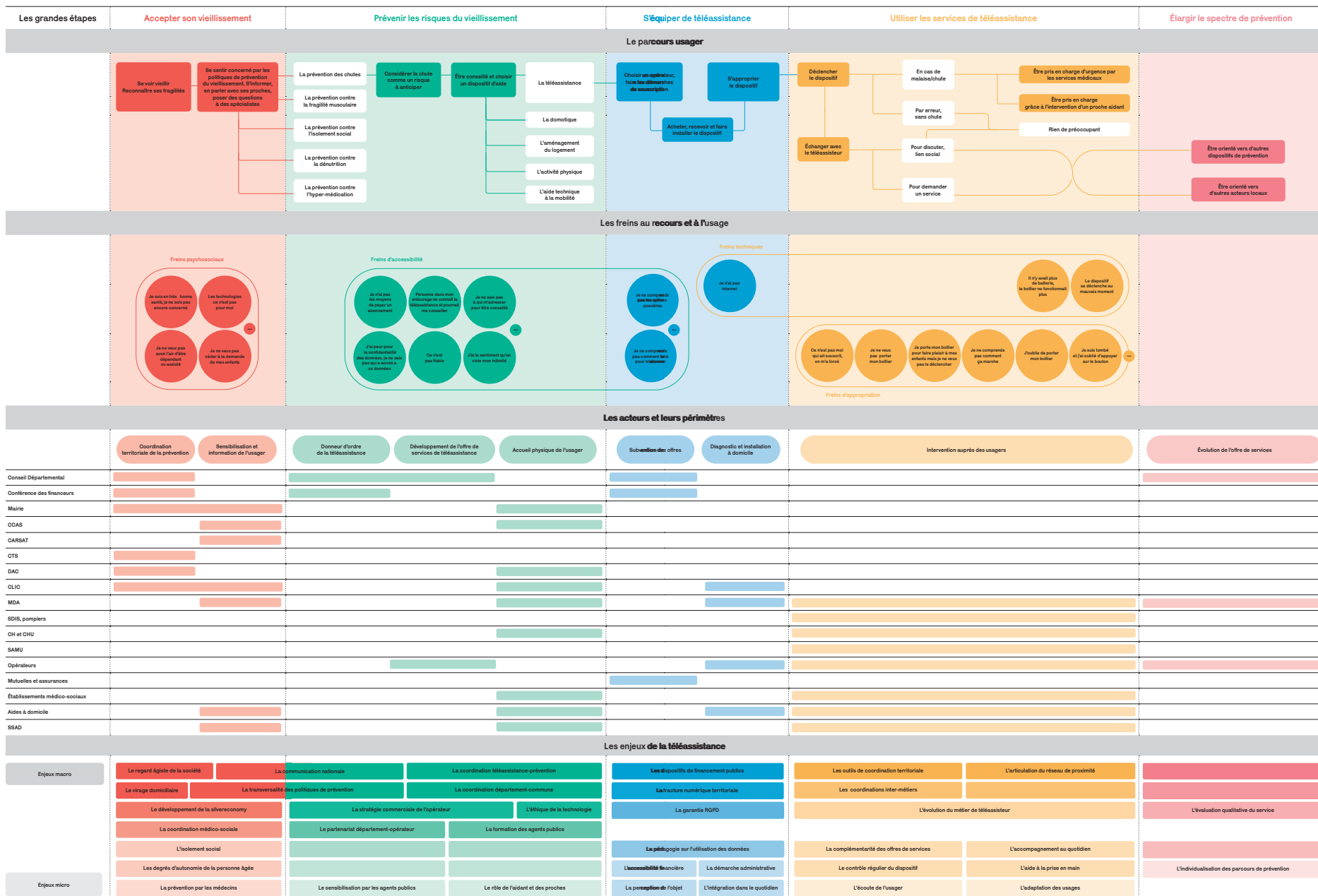
Le chantier "ouverture et évolution du service" : pour accompagner la (re)définition d'une stratégie claire et partagée de la prévention du vieillissement à l'échelle institutionnelle et imaginer les services de prévention de demain. Notamment en explorant la possibilité d'articuler plus étroitement téléassistance et prévention, grâce à de nouvelles offres de services, une nouvelle organisation et gouvernance territoriale, de nouveaux outils, etc.

5. Cartographies

Ce travail d'analyse, croisé aux entretiens menés avec des experts et des professionnels, a permis de cartographier un ensemble d'éléments croisés mettant en évidence la relation entre les fonctionnements de l'environnement de la téléassistance et leur impact sur le parcours usager. Superposées, ces cartographies permettent d'identifier les corélations entre jeu d'acteurs privés / publics et usages / appréhension de la téléassistance et du parcours de prévention. Ces cartographies sont vouées à évoluer au fur et à mesure de nos recherches à venir au cours de la mission, et à servir de support de réflexion lors des ateliers collaboratifs programmés.

Quatre cartographies sont ainsi croisées : le parcours usager, les freins au recours, les acteurs et leur périmètre d'action, les enjeux.

Téléassistance et prévention: cartographie synthétique de l'analyse



Bibliographie

AFRATA (2016). Etude quantitative, Le marché français de la téléassistance classique au 31 décembre 2015

Becuwe, A. & Thébaut, C. (2020). Introduction du numéro spécial : les impacts des nouvelles technologies sur les systèmes de santé. *Marché et organisations*, 38, 9-13.

Bobillier-Chaumon, M-E. & Ciobanu, R. (2009). Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : Entre promesses et interrogations : une revue de questions. *Psychologie Française*, Elsevier Masson, 54 (3), pp.271-285

Charue-Duboc, F., Amar, L., Kogan, A. & Raulet-Croset, N. (2011). Usage atypique et dynamique d'évolution d'une offre de service : le cas de la téléassistance pour les personnes âgées. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 105, 17-27.

Chirié, V. (2017). Apport des nouvelles technologies en résidence seniors : promesse et réalité ?. *Gérontologie et société*, 39(152), 221-235.

de Saint Laurent-Kogan, A. (2007). La canne et le médaillon. *Gérontologie et société*, 30(121), 137-143.

Dantoine, T. et al (2010). Expérimentation de domotique et téléassistance avancée

Chez des personnes âgées en perte d'autonomie sur le département de la Corrèze, « Projet Esoppe »

Deffond, D. (2019). Troubles de la marche et chutes chez le sujet âgé

Demange, N. (2020). La gérontechnologie, La technologie au service de la dépendance fonctionnelle, *Revue de la littérature*.

Denis, S. (2013). Les technologies au service des personnes fragiles : Une réponse aux besoins des individus ? *Innover pour plus d'autonomie (médialis)*. Paris.

Gallois, F. & Rauly, A. (2020). La gouvernance de la télémédecine face à l'organisation libérale des soins. *Marché et organisations*, 38, 37-60.

Gucher, C. (2015). BIVACS RAPPORT D'ETUDE. Analyse évaluative de capteurs de chutes. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 86 (3), 178-182

Gucher, C., et al (2015). Les acteurs historiques de l'aide et de l'action sociales au cœur des mutations des politiques et des systèmes d'action. Dans : , C. Gucher, E. Guillaud, A. Mollier & D. Mansanti (Dir), *Retraite et vieillissement : intervention publique et action sociale* (pp. 31-70). Paris: Dunod.

Klein, A. (2019). Technologies de la santé et de l'autonomie et vécus du vieillissement. *Gérontologie et société*, 41(160), 33-45.

Klein, A. & Sandron, F. (2019). Attitudes et opinions des personnes âgées face aux nouvelles technologies. Résultats d'une enquête à La Réunion. *Quand le vieillissement change la donne : enjeux démographiques, politiques et socioéconomiques*

Libault, D. (2019). Concertation, Grand âge et autonomie

Lie, M. & Brittain, K. (2016). Technologie et confiance: Le point de vue des personnes âgées sur un système de télésurveillance à domicile. *Retraite et société*, 75, 47-72.

Meyer, V. (2021). Vivre et vieillir en « bonne intelligence ». Dans : Philippe Pitaud éd., *Vieillir dans une société connectée : Quels enjeux pour le vivre ensemble ?* (pp. 111-125). Toulouse: Érès.

Pitaud, P. & Deschamps, R. (2021). Personnes âgées, technologies numériques et rupture du lien social : risques de l'exclusion ou leurre de l'inclusion ?. Dans : Philippe Pitaud éd., *Vieillir dans une société connectée : Quels enjeux pour le vivre ensemble ?* (pp. 33-81). Toulouse: Érès.

Pôle interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations économiques, Pipame (2017). *L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés*, https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/prospective/innovation-services/2017-02-Rapport-pipame-teleassistance.pdf

Raulet-Croset, N. & Amar, L. (2013). La responsabilité sociale autour des personnes âgées : la construction de gouvernances territoriales différenciées. *Etude au travers du cas de la téléassistance*. *Management & Avenir*, 59, 176-193.

Rossat, A. (2021). Risque de chute chez les personnes âgées : identification des personnes à risque, prise en charge en soins primaires.

Sebai, J. (2020). La e-santé et le patient 2.0 : la colonisation démocratique !. *Marché et organisations*, 38, 123-144.

Sirven, N. & Bourgueil, Y. (2016). La prévention de la perte d'autonomie. *La fragilité en questions*. Apports, limites et perspectives

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

Tanguy, S. (2019). Que peut apporter la technologie LoRa aux services esanté, Freins et leviers d'un réseau d'initiative public et de la constitution d'une filière industrielle

https://ecoledesponts.fr/sites/ecoledesponts.fr/files/documents/tanguy_steven.pdf

Trevidy, F., d'Ivernois, J., Gagnayre, R. & Mourad, J. (2011). Identité-logement et gestion du risque de chute chez les personnes âgées. *Le sujet dans la cité*, 2, 109-120.

Yatim, F. (2020). Usage des technologies de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. *Entre individualisation et personnalisation*. *Management & Avenir Santé*, 7, 37-55.

Voilmy, D. et al (2021). Quelles pratiques de télésurveillance de maladies chroniques dans les espaces à dominante rurale peu densément peuplés?

Liste des personnes rencontrées lors d'entretiens :

Véronique Chirié, Directrice de l'Association
TASDA, Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie

Dr. Mathieu Debray, Chef du pôle de gériatrie
Centre hospitalier d'Annecy

Virginie Guy Lagoutte, Directrice générale de la Société Coopérative
Ma boussole aidants

Hervé Meunier, Président de l'Association
AFRATA, L'association Française de téléassistance

Dr Duy Nghiem, Médecin Expert Personnes Âgées
CNSA, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Conseil départemental de l'Essonne

IMA Protect, service de télésurveillance réalisé par Inter Mutuelle



**Ce rapport a été réalisé par
la Direction interministérielle de la transformation publique**

www.modernisation.gouv.fr

contact : ditp.inno@modernisation.gouv.fr

Avril 2023