

Construire une compte de l'indépendance à la Réunion

Frédéric Gannon, Vincent Touzé

▶ **To cite this version:**

Frédéric Gannon, Vincent Touzé. Construire une compte de l'indépendance à la Réunion. Vieillissement et gérontechnologies à la Réunion, Université de La Réunion, pp.23 - 44, 2017. hal-03458642

HAL Id: hal-03458642
https://sciencespo.hal.science/hal-03458642

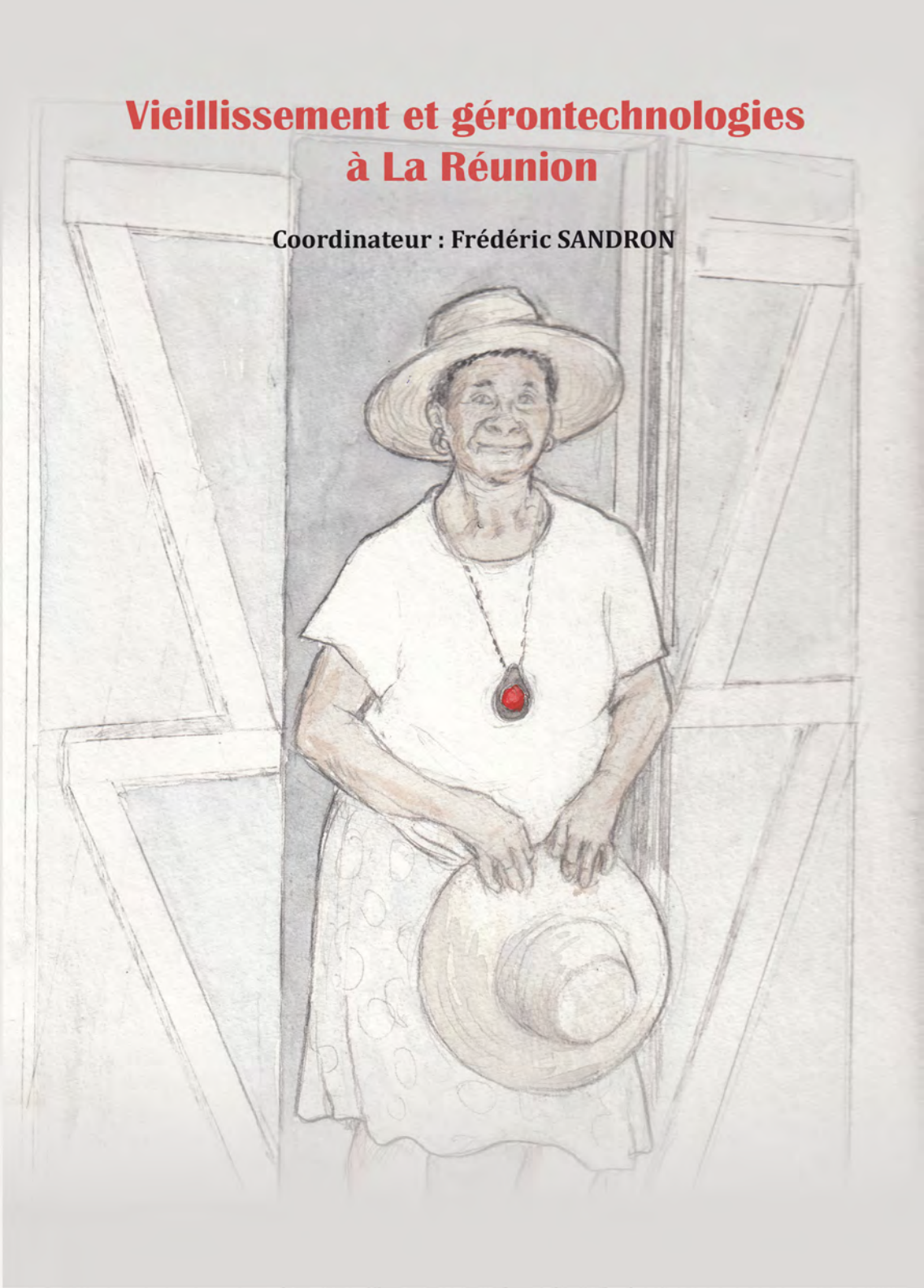
Submitted on 30 Nov 2021

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

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

Vieillissement et gérontechnologies à La Réunion

Coordinateur : Frédéric SANDRON



Vieillissement et gérontechnologies à La Réunion

Vieillissement et gérontechnologies à La Réunion

Coordinateur : Frédéric SANDRON

Université de La Réunion - IRD
2017

Cette publication a été financée par l'IRD Réunion

ILLUSTRATION DE COUVERTURE :
Anomyne, dessin réalisé à partir d'une photo faite par l'auteur

MAQUETTE DE COUVERTURE :
Sabine Tangapriganin

MAQUETTE :
Marie-Pierre Rivière

RÉALISATION :
Bureau Transversal des Colloques,
de la Recherche et des Publications (BTCR)
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines

© UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION, 2017
Campus universitaire du Moufia
15 avenue René Cassin
CS 92003 – 97744 Saint-Denis cedex 9
Phone : 02 62 938585 – Copie : 02 62 938500
Site web : http://www.univ-reunion.fr

La loi du 11 mars 1957 interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute reproduction, intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite.

ISBN : 978-2-905861-30-6
EAN : 9782905861306

Sommaire

Avant-propos _____ 9

Introduction
Les enjeux du vieillissement, de la perte d'autonomie et du bien-vieillir
Frédéric Sandron _____ 11

Chapitre 1
Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs
Frédéric Gannon, Vincent Touzé _____ 23

Chapitre 2
Vieillissement et accès au bien-vieillir : enjeux d'innovation et de régulation
Frédéric Gannon, Vincent Touzé _____ 45

Chapitre 3
La nature du produit « gérontechnologie »
Emmanuel Souffrin _____ 73

Chapitre 4
Le rôle de l'entourage des personnes âgées dans l'adoption des gérontechnologies
Irène Albert _____ 87

Chapitre 5
Parcours de vie et rapport aux gérontechnologies
Armelle Klein _____ 105

Avant-propos

Cet ouvrage restitue les résultats du programme de recherche G-RUN « Évaluation économique et acceptabilité sociale des gérontechnologies à La Réunion », dans le cadre de l'Appel à Projets Recherche 2014 du Ministère français des Outre-Mer (arrêté n°4603 SGAR du 22 septembre 2014). Un atelier de restitution des résultats a été organisé le 2 juin 2016 à Saint-Denis de La Réunion auquel une centaine de personnes ont participé.

L'équipe de recherche G-RUN est composée des membres suivants :

ALBERT Irène
Docteur en sociologie
Responsable de Formation, Référente Recherche
IRTS Réunion, PREFAS Réunion

GANNON Frédéric
Docteur en sciences économiques
Maître de Conférences
Université du Havre, EDHEN

KLEIN Armelle
Doctorante en sociologie
Université de La Réunion, LCF, IRD, Pour être bien chez soi (contrat CIFRE)
A rejoint l'équipe de recherche en décembre 2014 dans le cadre de sa thèse de doctorat

SANDRON Frédéric
Docteur en sciences économiques
Directeur de Recherche
IRD Réunion, CEPED, Université Sorbonne Paris Cité
Coordinateur du programme

SOUFFRIN Emmanuel
Docteur en anthropologie
Consultant
ESOI

TOUZÉ Vincent
Docteur en sciences économiques
Senior Researcher
Sciences Po Paris, OFCE, Université Sorbonne Paris Cité

L'impression de cet ouvrage a été rendue possible grâce à une subvention de la Représentation de l'IRD Réunion.

INTRODUCTION

Les enjeux du vieillissement, de la perte d'autonomie et du bien-vieillir

FRÉDÉRIC SANDRON

Les sociétés contemporaines sont confrontées au double phénomène du vieillissement de leurs populations et de leurs citoyens. Cela signifie que la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population générale augmente ainsi que l'espérance de vie des individus. Cette double mutation est le fruit de la transition démographique, des progrès en matière d'hygiène et de conditions de vie et aussi des progrès sanitaires et médicaux.

Parmi les nombreuses implications de cette véritable révolution démographique, se pose la question des modalités et des conditions du vieillissement individuel, avec ses corollaires que sont le bien-vieillir, le maintien ou la perte d'autonomie, la dépendance et sa prise en charge (OMS, 2016). Ces terminologies évoluent rapidement, elles témoignent néanmoins toutes d'une réalité inhérente au vieillissement des personnes qui est celle du cumul de multiples pathologies pouvant aboutir à une diminution progressive de la capacité à exercer les actes les plus simples et les plus essentiels de la vie quotidienne comme se nourrir, se laver, s'habiller.

À la fois pour des raisons éthiques de bien-être de la personne mais aussi pour des raisons économiques à une échelle macro, il se trouve qu'un certain consensus social s'est établi autour de l'idée de favoriser, pour les personnes âgées qui le désiraient, un vieillissement à domicile. Cette option nécessite, surtout pour les personnes les plus fragiles voire les plus dépendantes, une combinaison d'aides humaines, techniques et de dispositifs institutionnels intervenant sur les aspects juridiques, financiers et organisationnels. Évidemment, la complexité des situations et l'hétérogénéité des personnes âgées empêchent par essence toute solution simple clé en main pour favoriser le bien-vieillir, retarder la perte d'autonomie ou accompagner un état de dépendance.

L'objet de la présente recherche est de se focaliser sur une catégorie de produits destinés aux personnes âgées, dépendantes ou non, ayant comme objectif de leur faciliter la vie quotidienne. Ces outils,

regroupés sous le vocable « gérontechnologies », sont donc des aides techniques, plus ou moins sophistiquées, dont l'ergonomie et la fonction sont spécialement adaptées aux caractéristiques physiques des personnes âgées. Si la démarche semble de bon sens, et malgré l'existence de produits remarquables sur le plan technologique, leur succès est très variable. Cet euphémisme signifie que pour quelques produits connaissant une belle carrière, d'autres ne trouvent pas leur clientèle.

Cette situation n'est pas spécifique à ce segment, il existe dans tous les secteurs de l'économie un cycle de vie des produits et des entreprises, des faillites, des produits mal conçus, etc. Cependant, il nous semble important de dépasser ce constat et de mieux comprendre dans ce cas précis les attitudes et les opinions des personnes âgées destinataires face aux produits technologiques qui leur sont proposés. Dans cette approche, le premier enjeu est de distinguer ce qui relève des variables sociologiques et des variables économiques dans l'adoption des gérontechnologies. En effet, de nombreuses études indiquent que le coût et l'acceptabilité sont deux facteurs essentiels. L'objectif poursuivi dans cet ouvrage est donc double : mieux comprendre les motivations et les freins à l'adoption des gérontechnologies de la part des personnes âgées ; analyser le rôle des pouvoirs publics dans la promotion du bien-vieillir et en donner des éléments chiffrés. Cette recherche est déclinée de manière opérationnelle sur un terrain original qui est celui de l'île de La Réunion, pour une série de raisons qui seront explicitées ci-dessous.

Dans ce chapitre introductif, la problématique générale du vieillissement de la population sera déclinée aux échelles internationale, nationale et réunionnaise. Ensuite, un aspect particulier lié aux opportunités économiques du vieillissement de la population et de l'émergence d'un nouveau marché sera abordé. Fort de ces éléments de cadrage général, il sera alors temps de présenter les ambitions, l'organisation et le déroulement du programme de recherche G-RUN. Enfin, les chapitres constitutifs de cet ouvrage seront détaillés et une synthèse des résultats sera proposée.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : PERSPECTIVES INTERNATIONALES, NATIONALES ET RÉUNIONNAISES

Le vieillissement démographique de la population, c'est-à-dire l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population, est un sujet d'une ampleur mondiale, que l'on pourrait comparer en

termes d'implications sur nos sociétés à la thématique environnementale. Que l'on en juge par ces quelques extraits déclinés à diverses échelles :

> Monde : « Le vieillissement de la population est l'une des tendances les plus importantes du XXI^e^ siècle, qui a des implications considérables et de vaste portée sur tous les aspects de la société. […] Alors que le nombre et la proportion des personnes âgées grandissent plus vite que ceux de tout autre groupe d'âge, et cela dans une gamme sans cesse élargie de pays, des préoccupations se font jour quant aux capacités des sociétés de faire face aux défis lancés par cette mutation démographique. […] La bonne santé des personnes âgées doit être l'objectif primordial de la réaction des sociétés au vieillissement de la population. Faire en sorte que les personnes, si elles ont une vie plus longue, aient aussi une vie saine aura pour effet d'élargir les opportunités et de réduire les coûts pour les personnes âgées, leurs familles et la société » (UNFPA, 2012).

> Pays de l'OCDE : « Entre 2006 et 2050, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler pour atteindre 22%. Ce sera la première fois dans l'histoire de l'humanité que les personnes âgées seront plus nombreuses que les enfants. Cette révolution de l'avancée en âge concerne tous les pays, riches ou en transition. […] C'est aussi une révolution qui nous oblige. La société doit s'y adapter pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires de ce formidable espoir porté par l'allongement de l'espérance de vie. Cette révolution emporte par ailleurs, au-delà même du progrès social, des opportunités indéniables sur le plan économique ("*silver economy*") » (Rapport Pinville, 2013).

> France : « Le vieillissement de la population est indéniablement la donnée majeure des décennies à venir. […] Le vieillissement de la population et le financement des situations de dépendance, qui auront un impact majeur sur les dépenses d'action sociale, justifieront une adaptation de l'action publique à l'environnement réel des personnes âgées et à la diversité des besoins suscitées par les situations de dépendance. […] Les évolutions démographiques et socio-économiques constituent de réelles menaces pour la cohésion sociale. Elles sont donc autant de défis pour l'action publique qui devra définir les modes de gestion les mieux adaptés pour éviter les déchirures du tissu social » (Rapport Mercier, 2000).

> À l'île de La Réunion, département français d'outre-mer peuplé de 850 000 habitants, consécutivement à une transition démographique extrêmement courte, le vieillissement de la population sera très rapide

puisque la part des personnes âgées de 60 ans et plus va passer de 12% à 24% entre 2010 et 2030 (Insee, 2008). Dans le contexte d'une petite économie ultrapériphérique densément peuplée, avec un taux de chômage de l'ordre de 30% et en lien avec des mutations sociales en faveur de la décohabitation entre les générations, la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes y constitue un véritable défi à la fois démographique, économique, social et politique. Ainsi, depuis 2007, les prestations sociales liées à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) augmentent en moyenne de 7% par an (Insee, 2014).

D'un point de vue médico-social, la qualité et les paramètres du vieillissement à La Réunion sont préoccupants. L'entrée dans la dépendance s'y fait de manière précoce puisque l'enquête HID de l'INSEE indique un niveau de dépendance pour les personnes âgées de 50 à 59 ans comparable à celui des personnes âgées de 70 à 79 ans en Métropole (ARS-OI, 2011). Fragilité, vulnérabilité et pauvreté caractérisent donc la population âgée réunionnaise dans un contexte d'une offre d'hébergement en institution environ trois fois moindre qu'en France métropolitaine. Le souhait des personnes âgées et les politiques publiques se rejoignent ici sur la volonté du maintien à domicile. Cependant, avec le vieillissement de la population et ses pathologies associées, comme la maladie d'Alzheimer et les AVC, cette situation pourra-t-elle perdurer ?

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE : DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS ÉCONOMIQUES ?

Du point de vue de l'opinion et des politiques publiques, le vieillissement de la population est le plus souvent perçu comme un « problème ». Financement de la dépendance, financement des retraites, augmentation du rapport de dépendance retraités/actifs, aspects péjoratifs d'une société vieillissante sur le dynamisme de la société, nombreux sont les critères avancés en ce sens. Pourtant, depuis quelques années et dans les pays développés, la population des retraités fait l'objet d'attentions particulières de la part du secteur industriel et commercial. En effet, issues aujourd'hui des générations du baby-boom et ayant connu les Trente Glorieuses, ces générations de retraités sont en grande majorité en bonne santé, ils ont un pouvoir d'achat relativement élevé et ont du temps libre pour consommer. Ils sont devenus une cible commerciale, à tel point qu'il existe un marketing spécifique pour les seniors,

autour du secteur du tourisme, des biens d'équipement, des logements adaptés, etc. (Ahtonen, 2012).

Même les personnes les plus âgées et en moins bonne santé ont été intégrées comme cible marketing (Kohlbacher et Herstatt, 2011). Politiques publiques, secteur commercial privé et personnes concernées ont en effet le souhait commun d'un maintien à domicile le plus longtemps possible. Ceci passe par des offres de services d'aide à la personne, des solutions d'hospitalisation à domicile, mais aussi par un ensemble d'appareils et dispositifs technologiques plus ou moins sophistiqués qui soutiennent cet objectif partagé, et que l'on regroupe sous le vocable de « gérontechnologies ». À l'instar de l'économie verte pour les questions environnementales qui est présentée comme un des secteurs clé générateur de croissance pour les prochaines décennies, est née la « Silver economy », secteur officiellement créé en France le 25 avril 2013 conjointement par les Ministères du Redressement Productif et des Affaires Sociales et de la Santé. « La Silver Economy regroupe toutes les entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées. Création de services personnalisés, de technologies pour l'autonomie, ces biens et services seront bientôt indispensables et sont autant d'activités appelées à se développer fortement dans les prochaines années ». Le document officiel de lancement de cette filière insiste sur les opportunités économiques en termes de créations d'emplois et de développement des industries générés par ces nouveaux débouchés économiques (Bernard *et al.*, 2013).

LE PROGRAMME G-RUN

À la croisée d'un meilleur accompagnement du bien-vieillir et de la création de nouveaux débouchés économiques, les gérontechnologies sont prometteuses quant à la prévention puis la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Seulement, dans le contexte réunionnais précédemment décrit, des questions fondamentales se posent quant à l'acceptabilité de leur adoption et à leur coût d'acquisition. Selon cette perspective, deux aspects particulièrement importants sont étudiés dans le programme G-RUN.

Le premier concerne l'acceptabilité de ces nouvelles technologies. Une hypothèse souvent formulée est que les personnes âgées sont davantage technophobes que technophiles. Pourtant, plusieurs études viennent nuancer voire contredire ceci (Savage, 2012 ; Neves et Amaro, 2012). Les aspects culturels, économiques et sociaux au niveau local sont

en réalité fondamentaux pour comprendre de manière fine les perceptions des individus face à l'adoption de nouvelles technologies dans la vie quotidienne. C'est pourquoi une série de quarante entretiens semi-directifs ont été menés par Armelle Klein, Emmanuel Souffrin et Irène Albert entre le 15 avril 2015 et le 29 février 2016 pour mieux comprendre l'utilisation ou la non-utilisation de la téléassistance. La téléassistance est un dispositif composé d'un transmetteur, d'un bracelet et d'un médaillon qui permet à une personne d'être mise en contact avec une centrale d'écoute en cas de problème (une chute le plus souvent) via une alarme. Les opérateurs de la centrale d'écoute appellent ensuite la personne et en fonction de la gravité et de la nature du trouble, peuvent faire intervenir la famille, un médecin, les secours, etc. Ce dispositif, précisément appelé téléalarme, est couplé avec une offre de service qui consiste à effectuer des « appels de convivialité » et à souhaiter les anniversaires aux personnes âgées. L'ensemble constitue la téléassistance, service proposé sous forme d'un abonnement mensuel souscrit par la personne elle-même ou bien par l'intermédiaire d'une institution sociale comme les Centres Communaux d'Action Sociale, pour un prix de l'ordre de trente euros par mois. Le service est bien sûr disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Notre choix s'est porté sur cette technologie en particulier car elle est une des seules à être disponible et usitée à La Réunion. Pour réaliser ces entretiens, nous avons fait appel à la société Allianz Global Assistance Réunion (ex-Mondial Assistance) (vingt-deux entretiens) et au Centre Communal d'Action Sociale de Saint-Pierre (treize entretiens) pour nous mettre en relation avec des personnes âgées équipées en téléassistance. Par ailleurs, cinq entretiens ont été menés auprès de personnes non équipées. Nous remercions Allianz Global Assistance Réunion, notamment Madame Alexandra Gardon, Responsable Projet Téléassistance, et son équipe, de nous avoir mis en contact avec des personnes âgées figurant parmi leur clientèle. Nous remercions aussi le Centre Communal d'Action Sociale de Saint-Pierre, en particulier Monsieur Jacques Lombardie (Directeur), Madame Christine Deguigné (Directrice adjointe chargée des Personnes âgées et des Retraités), Madame Josie Miretti, et leurs équipes, de nous avoir mis en contact avec des personnes âgées bénéficiaires des actions du CCAS.

Un deuxième aspect étudié dans le programme G-RUN a trait aux spécificités socioéconomiques de La Réunion. En effet, rappelons que La Réunion, située à 9 200 km de la métropole française dans l'océan Indien, a été classée comme les autres Régions Ultra Périphériques dans

l'Objectif Convergence de l'Union européenne pour la période 2007-2013. Cela signifie que son PIB par habitant est inférieur à 75% de la moyenne de l'Union européenne. Sur le plan économique, le PIB par habitant à La Réunion représente, en 2010, 60% de celui de la France. Un Réunionnais sur deux est en situation de pauvreté telle que définie au niveau national. Le chômage touche depuis le début des années 2000 environ 30% de la population. Au total, 32% de la population réunionnaise a recours aux minima sociaux, contre 8% en France métropolitaine. Les indicateurs sanitaires et médicaux placent La Réunion parmi les régions françaises les plus défavorisées. Dans ce contexte, comment favoriser l'accès aux nouvelles technologies de la e-autonomie à des personnes âgées réunionnaises dont la majorité sont sous ou autour du seuil de pauvreté ? Une réponse apportée par Frédéric Gannon et Vincent Touzé est d'établir pour la première fois à La Réunion un compte de la dépendance permettant de mieux y situer les enjeux financiers de la dépendance. De manière complémentaire, une approche économique autour des concepts d'innovation et de régulation ainsi qu'une analyse coût-bénéfice permettent de mieux comprendre le rôle des acteurs individuels et des acteurs publics en matière d'adoption et de promotion des gérontechnologies.

Au total, les résultats escomptés du programme G-RUN consistent en une meilleure compréhension des réticences ou des appétences pour l'adoption de nouvelles technologies destinées à favoriser le maintien à domicile et le bien-être des personnes âgées. Cet aspect « demande » des nouvelles technologies est complété par le versant « offre », où il est proposé de comprendre comment les politiques publiques peuvent favoriser l'adoption des nouvelles technologies. Il serait en effet dommage que, *in fine*, seules les catégories de personnes âgées les plus fortunées puissent bénéficier des gérontechnologies, à La Réunion comme ailleurs.

PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE

Dans le premier chapitre, Frédéric Gannon et Vincent Touzé proposent une première estimation d'un compte de la dépendance à La Réunion, sur la base des données publiques disponibles. Partant du constat que la population est plus jeune à La Réunion qu'en métropole, qu'il y a en proportion moins de personnes âgées, il y aurait potentiellement moins de dépenses associées à la dépendance. Ce moindre surcoût

financier induit par la perte d'autonomie peut s'apprécier en construisant un compte de la dépendance. Ce bilan permet, d'une part, de ventiler la dépense totale en trois catégories que sont la santé « *cure* », la dépendance « *care* » et l'hébergement, d'autre part, d'estimer les parts respectivement prises en charge par le secteur public (administration centrale, sécurité sociale, administration locale) et par le secteur privé (les ménages). L'estimation réalisée montre qu'un maintien à domicile plus élevé et une population âgée plus pauvre explique en partie un reste à charge pour les familles particulièrement faible à La Réunion par rapport à la métropole. Cette estimation, réalisée à partir d'extrapolation de données nationales et d'études réunionnaises, permet d'obtenir un premier ordre d'idée de son montant macroéconomique. Le coût imputable à la dépendance à La Réunion serait d'environ 250 millions d'euros en 2013, soit 1,4% du PIB réunionnais. Le reste à charge pour les ménages serait très faible : seulement 2% contre 26% en moyenne en métropole. Quant aux perspectives démographiques réunionnaises, elles laissent présager un vieillissement rapide de la population puisque, selon l'Insee (2014), un doublement du nombre de personnes dépendantes est prévisible entre 2010 et 2030. Si le coût unitaire de prise en charge de la dépendance ne baisse pas, on peut ainsi anticiper un doublement de la dépense totale à structure constante de la population âgée dépendante. Dans la mesure où les finances publiques sont limitées, le reste à charge des familles risque donc d'augmenter fortement, ce qui peut poser d'importants problèmes de solvabilité pour ces dernières. Innover dans les gérontechnologies s'avère donc une piste intéressante de réduction des coûts de la prise en charge de la dépendance.

Dans le deuxième chapitre, Frédéric Gannon et Vincent Touzé mobilisent les outils théoriques et empiriques de l'économie pour réaliser une analyse coût-bénéfice des politiques publiques destinées à la prévention de la perte d'autonomie. Face à un vieillissement démographique généralisé dans les pays de l'OCDE, la volonté de retarder l'âge d'entrée en dépendance et de favoriser le bien-vieillir est unanime. Cependant, au-delà de ce constat, les politiques nationales se déclinent différemment selon les caractéristiques sociales, culturelles, historiques et géographiques des pays. Pour réduire le coût de la dépendance et améliorer l'accompagnement sanitaire et social des personnes âgées, de grandes options se dessinent : mettre en place un parcours de soins coordonné, diffuser les mesures de prévention, privilégier le domicile comme lieu de vie, améliorer la gouvernance et la coordination des différentes structures inter-

venant dans la prise en charge, développer l'offre des gérontechnologies et des services aux personnes âgées. La déclinaison à La Réunion de cette dernière option se décline à travers la naissance d'une Silver Économie en décembre 2014, définie ici comme « l'économie du bien-vieillir ». Avec un niveau de vie moyen inférieur à La Réunion par rapport à la métropole, spécialement pour les personnes âgées, la question se pose de l'accès effectif aux gérontechnologies et du rôle de l'État et des services publics dans leur financement. Une illustration numérique est alors proposée dans le cas de la prévention de la chute dont les résultats indiquent que le coût supporté par les individus est supérieur au bénéfice escompté, tandis que pour le décideur public, une politique de prévention finançant un équipement gérontechnologique serait rentable eu égard aux divers coûts consécutifs à une chute. Pour une meilleure définition des politiques territoriales de prévention, la réflexion menée ici plaide, comme pour le premier chapitre, pour une élaboration à un niveau local et une mise à disposition des données spécifiques à de tels calculs.

Le troisième chapitre, écrit par Emmanuel Souffrin, adopte une approche qualitative et s'intéresse à la nature du produit « gérontechnologie ». Plus précisément, il s'agit de répondre à la double question : « que vend-on exactement ? » ; « qu'achète-t-on exactement » ? En effet, le produit gérontechnologique proposé n'est sans doute pas appréhendé de la même manière par l'ensemble des acteurs concernés qu'il s'agisse du concepteur, du consommateur, du vendeur ou de la famille. Il est donc proposé ici de mieux comprendre la perception et l'usage des gérontechnologies par les personnes âgées et leur éventuel décalage avec la conception élaborée du côté de l'offre. Est-on dans le registre de la santé, du lien social, de la sécurité, de la lutte contre l'isolement ? En mobilisant une sociologie du quotidien et la notion d'usage, l'auteur s'inscrit dans un courant de recherche qui, d'une part, dissocie l'affichage de la fonction d'un objet nouveau de l'usage qui en est fait et, d'autre part, considère l'objet nouveau comme créateur de culture sociale. Cette double composante joue sur l'acceptabilité de l'objet, au-delà de son prix et de ses caractéristiques techniques. À l'appui des entretiens menés dans le programme G-RUN sur la téléassistance à La Réunion, Emmanuel Souffrin montre que l'adoption, ou non, de la technologie par les personnes âgées est liée à la représentation qu'elles ont de son influence sur leur isolement et leurs différentes formes de proximité à autrui. Selon les personnes, il peut exister un décalage plus ou moins grand entre l'objet

gérontechnologique « téléassistance » garantissant une meilleure sécurité et le risque que la technologie, dans un sens plus large, devienne un substitut aux relations humaines. Les sociétés de téléassistance ont d'ailleurs pour la plupart intégré cet élément en étendant l'offre de téléalarme classique à une offre de services relationnels incluant une écoute et des appels de convivialité à leurs clients.

Le quatrième chapitre est consacré au rôle de quelques facteurs personnels et des réseaux sociaux dans l'acceptabilité et l'adoption des gérontechnologies. Irène Albert pose la question suivante : « Est-ce que les conditions de vie, la proximité résidentielle et la fréquence des relations avec l'entourage familial, l'environnement social, l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile après 60 ans ont un impact sur l'acceptabilité de ces gérontechnologies ? ». En effet, spécialement pour les personnes âgées, les prises de décision dans le domaine des nouvelles technologies s'appuient de manière explicite ou implicite sur l'avis des enfants, du conjoint, ou sur l'expérience vécue des amis ou d'autres membres âgés de la parentèle. La demande spontanée des personnes âgées pour la téléassistance se révèle assez faible et l'acquisition effective est souvent encouragée par la famille. L'intérêt de la famille à inciter la personne âgée à s'équiper est de se rassurer, d'alléger sa charge et sa responsabilité, surtout s'il n'y a personne à proximité immédiate de son logement, ce qui est de plus en plus fréquent face à la décohabitation entre les générations et à la mobilité des générations d'âge actif. Quant à la personne âgée, même en cas de dénigrement des nouvelles technologies parce que « tout ça est trop compliqué », elle voit dans les gérontechnologies un outil de dialogue avec les membres plus jeunes de la famille, souvent improvisés comme formateur et médiateur auprès de l'intéressé. Un résultat important, sur la base des entretiens G-RUN, est ainsi que l'adoption de la téléassistance est d'autant mieux acceptée qu'elle est perçue comme un outil permettant de maintenir voire de renforcer le lien entre les membres de la famille et entre les générations. Au-delà des aspects techniques et directement fonctionnels d'un dispositif gérontechnologique, cette grille de lecture incite donc à se pencher davantage sur le rôle des nouvelles technologies dans la reconfiguration des liens personnels de la personne âgée avec son entourage proche.

Dans le cinquième chapitre, Armelle Klein resitue l'attitude et l'opinion des personnes face aux gérontechnologies dans leur parcours de vie. Avec une approche rétrospective et longitudinale sur cycle de vie du rapport à l'innovation de la personne, il s'agit de voir si les géron-

technologies sont considérées comme une technologie à part ou si elles témoignent d'un comportement plus global, d'une attitude générale de la personne face à l'innovation. Il ne faut pas oublier que les retraités réunionnais des années 2010 ont connu des conditions de vie objectives très difficiles, notamment durant leur enfance où sévissait le paludisme, la malnutrition, où les cyclones occasionnaient des dégâts dévastateurs. C'est pour cela que les personnes âgées interrogées dans le cadre du programme G-RUN décrivent leur enfance et leur parcours comme très durs, mais elles regrettent aussi le plus souvent l'esprit de solidarité et de sociabilité de cette époque révolue. Même si les maisons, les « cases », des personnes âgées sont davantage vétustes que celles des personnes d'âge actif, elles y restent très attachées et souhaitent les habiter le plus longtemps possible. C'est dans ce contexte que le rapport aux gérontechnologies doit être analysé. Ainsi, certaines personnes de l'échantillon ne sont qu'à peine équipées en électroménager, elles cuisinent au bois et lavent le linge à la main. Même parmi les plus équipées en électroménager, peu d'entre elles possèdent un ordinateur ou une tablette. Les smartphones servent seulement à passer des appels téléphoniques et parfois des SMS. Un résultat de l'analyse diachronique menée ici est que les nouvelles technologies sont vues comme des outils de progrès qui ont amené un confort de vie sans équivalent, en référence au lave-linge, réfrigérateur, congélateur, télévision, automobile, etc. En revanche, de manière plus générique, le progrès technique a entraîné dans son sillage un ensemble de mutations sociales jugées préjudiciables à la qualité des relations humaines. En synthèse, dans leur décision d'adoption, les gérontechnologies sont donc évaluées à l'aune de leur impact pressenti sur la qualité de vie quotidienne et sur les modifications des relations interpersonnelles, en cohérence avec les résultats des deux chapitres précédents.

Sur le thème de l'acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion dans le cadre du programme de recherche G-RUN, l'ouvrage proposé ici fait donc le lien entre les aspects micro et macro, il prend en compte les facteurs individuels dans leur temporalité, les variables d'entourage familial et social, il s'intéresse au rôle des politiques publiques. Malgré l'hétérogénéité du groupe démographique des « personnes âgées de 60 ans et plus », quelques résultats décrits ci-dessus ont pu être mis en exergue. Un enseignement de cette recherche est que l'échelon territorial adopté ici avec le département de La Réunion n'apparaît pas trop réducteur eu égard aux spécificités historiques, économiques, culturelles et

sociales de ses habitants mais aussi face aux leviers d'action des politiques publiques locales en matière de promotion du bien-vieillir.

Cependant, le développement économique, sanitaire et social extrêmement rapide de l'île de La Réunion à partir des années 1950 indique clairement que les retraités de demain seront objectivement différents de ceux d'aujourd'hui, tout au moins en matière de rapport à la technologie et aux outils numériques, et plus généralement en termes d'éducation et de niveau de qualification. L'analyse en matière d'acceptabilité des gérontechnologies ne doit donc pas être figée, d'autant plus que les politiques publiques elles aussi sont en constante évolution, en s'orientant de plus en plus vers la prévention en lieu et place du seul curatif. C'est grâce à la conjonction de l'ensemble de ces facteurs individuels et contextuels que l'on peut mieux comprendre, mieux anticiper et mieux agir pour penser les gérontechnologies au service du bien-vieillir.

BIBLIOGRAPHIE

Ahtonen A., 2012, *Healthy and active ageing: turning the silver economy into gold*, European Policy Center, Policy Brief, 12 March.

ARS-OI, 2011, Projet de Santé Réunion Mayotte, Schéma régional d'organisation médicosociale 2012-2016, Agence de Santé Océan Indien.

Bernard C., Hallal S., Nicolaï J.-P. (2013), *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France*, Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, Rapport au Premier Ministre.

Insee, 2008, « Population et ménages. Nouvelles projections 2030 », *Économie de La Réunion*, n°132, p. 9-18.

Insee, 2014, TER - Tableau économique de La Réunion, INSEE Réunion.

Kohlbacher F., Herstatt C. (eds.), 2011, *The Silver Market Phenomenon. Marketing and Innovation in the Aging Society*, Springer, Heildelberg.

Neves B. B., Amaro F., 2012, "Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT", *The Journal of Community Informatics*, vol. 8, n°1, p. 495.

OMS, 2016, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

Rapport Mercier, 2000, *Pour une République territoriale : l'unité dans la diversité*, Rapport au Sénat, France.

Rapport Pinville, 2013, *Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales*, Rapport au Premier Ministre, France.

Savage N., 2012, "Dancing with robots", *Nature*, vol. 492, 6 december, S16-S17.

UNFPA, 2012, *Vieillir au vingt et unième siècle. Une victoire et un défi*, Nations Unies.

CHAPITRE 1

Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs

FRÉDÉRIC GANNON, VINCENT TOUZÉ

INTRODUCTION

Le progrès médical conjugué à un meilleur accès aux soins de santé a permis de réduire fortement la mortalité à La Réunion (Giorgi, 2005 ; Sandron, 2007 ; Bernède-Bauduin et Cellier, 2013). Si la perspective de vivre plus longtemps est avant tout une bonne nouvelle, l'accroissement de l'espérance de vie en « bonne santé », c'est-à-dire sans perte d'autonomie, n'est pas garanti en raison de facteurs pathologiques durables (Catteau et Nartz, 2009).

Au niveau individuel, la perte d'autonomie conduit à une perte de bien-être pour les personnes âgées. Ce préjudice peut être en partie compensé grâce à des soins médicaux adaptés, des aides humaines ou techniques à l'exercice des actes de la vie quotidienne ainsi qu'à l'occupation d'un lieu d'hébergement adapté (domicile ou institution).

Suite à plusieurs rapports publics publiés dans les années 2000, est né le concept de « compte de la dépendance ». L'objectif du compte de la dépendance est de dresser un bilan financier qui se veut le plus exhaustif possible des surcoûts induits par la perte d'autonomie. L'utilité de ce compte thématique est qu'il permet de calculer un ordre de grandeur macroéconomique du poids financier total et consolidé du risque dépendance.

L'objectif de ce chapitre est de réaliser un premier bilan du coût de la dépendance à La Réunion. Si un tel bilan existe au niveau national (Renoux *et al.*, 2011), aucune étude n'est encore disponible au niveau régional. Compte tenu des fortes disparités territoriales, réaliser un tel bilan à La Réunion offre une double perspective intéressante. D'une part, cela permet de réaliser des comparaisons avec l'économie nationale et de mieux mesurer la spécificité du vieillissement réunionnais. D'autre part, dans un cadre prospectif, cela permet également de mieux mesurer

l'importance des problèmes de financement qui seront posés à un niveau collectif.

Le chapitre est organisé autour de trois parties. La première partie revient sur la genèse du compte de la dépendance et sur la manière dont il a été estimé au niveau national. La seconde partie propose de calculer ce compte en introduisant des spécificités réunionnaises. Enfin, la troisième partie s'appuie sur une étude publiée par l'Insee en 2014 pour présenter des éléments d'analyse prospective ainsi que pour discuter du poids financier supplémentaire du coût de la dépendance qui devra être financé.

CONSTRUIRE UN COMPTE DE LA DÉPENDANCE

Le choix d'un périmètre de mesure

Le périmètre d'appréciation de la frontière des dépenses de dépendance repose sur six dimensions (tableau 1) :

- Le champ d'action : il permet de répartir les dépenses en trois catégories. Premièrement, un état de santé dégradé attribuable à la perte d'autonomie peut occasionner un surcoût de dépenses de santé. Deuxièmement, la compensation de la perte d'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne nécessite des aides techniques et humaines. Troisièmement, l'adaptation du lieu d'hébergement (domicile ou institution) permet d'améliorer la qualité de vie ;
- L'objectif : la dépense répond à deux logiques complémentaires. Il peut s'agir d'un effort de prévention pour réduire le risque dépendance (nécessaire pour éviter et retarder l'entrée en dépendance, donc dépenses particulièrement utiles) ou de la consommation de biens et services en vue de compenser les conséquences de la perte d'autonomie ;
- La nature : la dépense peut s'exprimer de façon monétaire lorsqu'elle donne lieu à un paiement effectif ou de façon non monétaire lorsqu'il s'agit par exemple d'un soutien bénévole apporté par un proche ou d'un effort comportemental de prévention ;
- Le niveau d'autonomie de la personne âgée : le champ d'observation peut inclure les personnes selon leur degré

d'autonomie : autonome (GIR6), fragile (GIR5), dépendante (GIR1-4) ;

- Le statut du financeur de la dépense : le financement repose sur le recours à une aide publique ou sur le soutien privé (ressources des personnes âgées – pensions de retraite, épargne, assurance – et de leurs familles) ;
- Les sources : les sources mobilisables sont issues des administrations en charge de la dépendance ainsi que d'enquêtes réalisées sur la population de personnes âgées.

Ces six dimensions définissent un périmètre idéal pour construire un compte de la dépendance. En pratique, elles ne sont pas toutes mesurables avec un haut niveau de qualité de précision. Par exemple, les dépenses de prévention sont difficiles à mesurer. Imputer un surcoût de dépenses de santé lié à la perte d'autonomie nécessite des études spécifiques. De plus, le compte de la dépendance couvre en général la population reconnue par l'administration comme dépendante (GIR1-4) et se limite donc principalement à des dépenses de compensation de la perte d'autonomie.

Tableau 1 : Périmètre de mesure des dépenses liées à la dépendance

Champ d'action	**Objectif**	**Nature**	**Niveau d'autonomie de la personne âgée**	**Financeur**	**Source**
Santé (« *cure* ») Aides à l'autonomie (« *care* ») Hébergement	Compensation des effets du vieillissement Prévention du risque de perte d'autonomie	Monétaire : dépenses qui donnent lieu à une transaction marchande Non monétaire : dépenses qui ne donnent pas lieu à une transaction marchande. Il peut s'agir de l'effort bénévole des aidants familiaux	Dépendante (choix d'une grille) Fragile (besoin d'évaluation) Non-dépendante (état à identifier)	Secteur public : Administration centrale, Sécurité sociale, CNSA, Collectivités locales Secteur privé : ménages (personnes âgées, enfants), assureurs, associations	Publications officielles des administrations Données d'enquêtes

Genèse du compte de la dépendance

Suite à la canicule de 2003 qui a conduit au décès précoce de nombreuses personnes âgées isolées, la société a pris conscience que la question du bien-vieillir était un enjeu majeur de solidarité envers ses aînés.

En 2005, un rapport de la Cour des comptes souligne que bien que « les travaux de la Drees [aient] permis de dresser un compte social du handicap, rien de tel n'existe pour les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées ». Forte de ce constat, la Cour des comptes réalise alors une première estimation des dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes.

La Cour des comptes propose alors une « esquisse » qui distingue trois niveaux d'observations :

- Le « noyau dur » : il s'agit des aides publiques qui sont spécifiquement consacrées à la prise en charge de la dépendance pour compenser la perte d'autonomie (4,2 milliards d'euros en 2003) :
  a. L'aide sociale départementale (APA, PSD – plus attribuée depuis le 31/12/2001 et remplacée par l'APA, ACTP remplacée par la PCH depuis 2006) ;
  b. La majoration de quotient familial pour tierce personne (si personne invalide avant 65 ans) ;
  c. Les dépenses fiscales ciblées sur les personnes de plus de 60 ans dépendantes ;
  d. les exonérations de charges sociales pour les bénéficiaires de l'APA ;
- Les « aides bénéficiant quasi exclusivement » à des personnes âgées dépendantes mais qui ne visent pas à compenser spécifiquement la perte d'autonomie (11,4 milliards d'euros). Il s'agit d'aides liées à la prise en charge des dépenses de santé (non spécifiquement liées à la perte d'autonomie) et des dépenses sociales de soutien aux personnes âgées les plus démunies :
  a. L'aide sociale départementale : l'aide ménagère légale et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ;
  b. FMAD (fonds de modernisation de l'aide à domicile) ;
  c. Dépenses de l'État : Clic, Coderpa, associations ;

d. Prestations d'assurance maladie : SSIAD, EHPAD dont USLD, soins de ville (des personnes âgées qui bénéficient de soins infirmiers à domicile ou en établissement), hospitalisation ;
e. Action sociale des caisses de retraite : aide ménagère, aides au maintien à domicile, aménagement du logement, autres ;
f. Prestations des caisses d'allocations familiales : APL et ALS pour personnes âgés dépendantes à domicile ou hébergées.

- Les « autres dépenses consacrées aux personnes âgées » : ces aides peuvent bénéficier à des personnes dépendantes ou non, et ce total est jugé non pertinent car le périmètre est trop large :
  a. Collectivités locales (communes et CCAS, départements) : dépenses nettes de fonctionnement pour les personnes âgées ;
  b. Prestations des caisses d'allocations familiales : ALF, APL et ALS aux personnes de plus de 75 ans non hébergées en foyer ;
  c. Dépenses fiscales bénéficiant aux personnes de plus de 60 ans dépendantes ou non : abattement supplémentaire (pour les revenus modestes des plus de 65 ans), réduction d'impôt si emploi d'un salarié à domicile, majoration de quotient familial (pour les personnes vivant seules et sans enfant à charge), abattement de 10% sur les pensions, etc. ;
  d. Les exonérations de charges sociales : pour les personnes âgées de plus de 70 ans et les bénéficiaires de l'avantage vieillesse ; pour les associations agréées, les CCAS et les services habilités à l'aide sociale ;
  e. Les dépenses d'assurance maladie des plus de 75 ans *a priori* non dépendantes : soins de ville et hospitalisation.

Le coût total des deux premiers groupes est estimé à 15,4 milliards d'euros en 2003.

En 2005, la Cour des comptes émet des recommandations afin d'améliorer l'outil statistique en vue de l'élaboration d'un compte de la dépendance.

En 2008, le rapport Vasselle du Sénat reprend cette méthodologie et actualise les estimations. Il estime alors l'ensemble des dépenses publiques à 21,4 milliards d'euros en 2008, soit 1,1 % du PIB environ.

En 2010, le rapport Rosso-Debord de l'Assemblée nationale conduit à une nouvelle estimation pour l'année 2010 : 21,6 milliards d'euros, soit également environ 1,1% du PIB.

En 2011, un quatrième rapport réalisé sous la présidence de Fragonard à la demande du Ministère des solidarités et de la cohésion sociale a complété cette première esquisse en incorporant le reste à charge pour les ménages, ce qui permet de mieux appréhender le surcoût total (tableau 2). Il s'appuie sur des travaux de la Drees. Pour les GIR 1 à 4, la nouvelle formulation du compte de la dépendance regroupe les dépenses en trois grands groupes selon la nature des surcoûts : la « dépendance *stricto sensu* » (8,3 milliards d'euros en 2010 dont 6,8 milliards d'euros de dépenses publiques et 1,5 de reste à charge pour les ménages), l'hébergement (10,1 milliards d'euros en 2010 dont 1,9 milliard d'euros de dépenses publiques et 8,2 milliards d'euros de dépenses privées) et les soins (14,4 milliards d'euros en 2010, dont 13,7 milliards de dépenses publiques et 0,7 milliard de reste à charge pour les ménages). Le total est estimé à 32,8 milliards d'euros. Les dépenses publiques couvriraient 68% du surcoût, soit un reste à charge d'environ 32% pour les ménages. Pour les GIR 5 et 6, les dépenses publiques sont regroupées en un seul groupe (1,5 milliard d'euros).

Tableau 2 : Compte de la dépendance 2010

	En milliards d'euros 2010		
	Public	**Privé**	**Total**
Dépendance	6,8	1,5	8,3
Hébergement	1,9	8,2	10,1
Santé	13,7	0,7	14,4
Total	22,4	10,4	32,8

Source : rapport Fragonard (2011)

Le compte de la dépendance en 2011

À la suite de ces rapports, la Drees (Renoux *et al.*, 2014) a établi en 2014 un bilan pour l'année 2011. En raison d'une meilleure estimation de la mesure (Calvet et Montaut, 2013), cette nouvelle estimation révise à la baisse le montant total des soins de ville imputés aux personnes âgées dépendantes : 1,7 milliard d'euros en 2011 contre 5 milliards d'euros en 2010 retenu par le rapport Fragonard.

L'étude de la Drees ne se limite pas aux dépenses des GIR 1 à 4. Elle juge utile d'inclure certaines dépenses des GIR 5 et 6 : quelques dépenses de santé, de l'aide à domicile et l'hébergement en institution.

Tableau 3 : Périmètre du compte de la dépendance 2011

Champs	Type de dépenses	Source
Santé	OGD Personnes âgées (8,3 €Mds)	ONDAM PA + SSIAD
	Soins de ville (1,7 €Md)	Enquête
11,0 €Mds	Hôpital (0 €Md)	La dépense est nulle car la Drees suppose que l'hospitalisation correspond à des épisodes aigus de maladie qui ne sont pas liés à la dépendance
	USLD (1 €Md)	ONDAM Hospitalier
Dépendance	APA et ticket modérateur (7,1 €Mds)	Départements
9,7 €Mds	Réduction fiscale (IR à domicile, demi part invalidité, TVA réduite) (0,2 €Md)	DGI
	Exonérations de cotisations patronales (1 €Md)	Sécurité sociale
	Prestation de compensation du handicap (PCH) et ACTP (60 ans et plus) (0,3 €Md)	Départements
	Action sociale (1 €Md)	Collectivités territoriales, caisses de Sécurité sociale
Hébergement	Aide sociale à l'hébergement (ASH) (1,2 €Md)	Départements
7,5 €Mds	Aides au logement (APL, ALS) (0,5 €Md)	CAF
	Réduction IR en établissement (0 €Md)	DGI
	Plan d'aide à la modernisation des établissements et autres (0,2 €Md)	CASA
	Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert) (5,6 €Mds)	Enquêtes

Source : Drees (2014)

Le tableau 3 récapitule l'ensemble des sources mobilisées par la Drees pour réaliser le compte. Hormis les soins de villes des personnes âgées dépendantes dont le montant est calculé à partir d'une enquête, les autres éléments de chiffrage sont réalisés à partir des dépenses reconnues par les différentes administrations impliquées dans la prise en charge de la dépendance : collectivités locales (principalement les départements), administrations de Sécurité sociale et administrations centrales (DGI).

Certaines dépenses des ménages ne sont pas intégrées dans les plans d'aide à domicile des départements. Elles ne sont donc pas mesurées administrativement alors qu'elles peuvent apporter une aide effective. Il en est de même pour certaines dépenses de prévention qui peuvent être nécessaires non pas pour compenser la dépendance mais pour l'éviter. Ce compte n'intègre pas l'économie informelle de la dépendance qui se traduit par le soutien bénévole (temps et effort) des familles pour s'occuper de leurs aînés. Ce coût non monétaire est largement sous-estimé pour les personnes âgées dépendantes qui restent à domicile alors qu'il est pris en compte pour les personnes en établissement puisque ces dernières payent pour bénéficier d'une assistance.

Tableau 4 : Compte de la dépendance 2011 (en milliards d'euros)

	Dépenses en milliards d'euros				**En % du total**	
	GIR			**TOTAL**		
	GIR 12	**GIR 34**	**GIR 56**		**Public**	**Privé**
Santé	6,9	3,8	0,3	11,0	99	1
Dépendance	3,5	4,7	1,4	9,7	82	18
Hébergement	3,8	2,6	1,2	7,5	28	72
Total	14,2	11,1	2,9	28,2	74	26
En % du PIB	0,71	0,56	0,14	1,41	1,05	0,36

Source : Drees (2014)

La Drees estime à 28,2 milliards d'euros le surcoût total lié à la dépendance (tableau 4). Ce surcoût représente 1,41% du PIB. Au niveau national, la prise en charge publique du surcoût est élevée et estimée à 74%, signifiant un reste à charge de 26% pour les ménages. Le niveau de prise en charge publique est le moins élevé en ce qui concerne l'hébergement puisque le reste à charge pour les ménages est estimé à 72%. Il

avoisine les 100% pour les soins de santé et affiche un niveau élevé de 82% pour les soins de dépendance.

Les GIR 1-2 concentrent 50% des dépenses (14 milliards d'euros sur 28) et les GIR 3-4 en cumulent 40%. Les 10% restants sont attribués aux GIR 5-6.

Tableau 5 : Compte de la dépendance 2011 : surcoût unitaire (en K€) en fonction du GIR

	GIR			TOTAL
	GIR 12	**GIR 34**	**GIR 56**	
Santé	16,4	5,0	0,0	0,8
Dépendance	8,4	6,3	0,1	0,7
Hébergement	8,9	3,4	0,1	0,5
Total	33,8	14,7	0,2	2,0
Nombre (en millions)	0,42	0,755	13,125	14,3

Source : calculs des auteurs d'après Drees (2014)

À partir de la ventilation par GIR, on peut déduire une estimation du surcoût unitaire de la dépendance. D'après notre calcul (tableau 5), le surcoût pour les GIR 1-2 serait de l'ordre 33,8 K€, de 14,7 K€ pour les GIR3-4 et de 0,2 K€ pour les GIR 5-6.

APPLICATION À LA RÉUNION : PREMIER BILAN POUR L'ANNÉE 2013

Dans cette partie, nous établissons une première estimation du compte de la dépendance à La Réunion. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les spécificités réunionnaises observées à partir de plusieurs études publiques. Les principales spécificités réunionnaises sont au nombre de quatre :

- Moins de personnes âgées : on dénombre ainsi 13,1% de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale à La Réunion contre 21,8% sur l'ensemble du territoire national (tableau 6).
- Un taux de dépendance plus élevé en raison de pathologies de longue durée plus lourdes et plus fréquentes : parmi les

plus de 60 ans, on dénombre à La Réunion 12,2% de personnes dépendantes, soit environ 13 400 personnes, contre 8,2% sur l'ensemble du territoire national (tableau 6).

- Une population plus pauvre : au moins 45% des Réunionnais âgés de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse (ASPA). Un niveau de vie local plus faible signifie que le niveau de prise en charge par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sera plus élevé car cette prestation est redistributive et applique un reste à charge qui croît avec le revenu.
- Moins de personnes âgées dépendantes en établissement (tableau 7) : avec seulement 8% de personnes hébergées en établissement, La Réunion se singularise particulièrement de l'ensemble du territoire, pour lequel cette proportion atteint environ 41%.

Tableau 6 : Proportion de personnes âgées selon le niveau de GIR à La Réunion et en France en 2013

	En %			Plus de 60 ans	
	GIR 12	**GIR 34**	**GIR 56**	**En milliers**	**Poids dans la population totale (en %)**
La Réunion	3,3	8,9	87,8	110	13,1
France métropole	2,9	5,3	91,8	14 300	21,8

Sources : Drees (2015), Insee (2014) et calculs des auteurs

Tableau 7 : Lieu d'hébergement des personnes âgées dépendantes à La Réunion et en France en 2013

	Domicile	**Établissement**	**Total**
La Réunion	92%	8%	100%
France métropole	59%	41%	100%

Source : Drees, Insee (2014) et calculs des auteurs

Une première estimation du surcoût total de la dépendance

Santé

Il n'existe pas de données d'enquête spécifiques pour mesurer le surcoût de dépenses de santé lié à la dépendance sur l'île de La Réunion. Pour pallier ce manque, nous proposons d'utiliser deux méthodes.

Méthode 1 : Elle consiste à extrapoler sur le cas réunionnais les coûts unitaires moyens calculés par GIR sur l'ensemble de la France (tableau 5). On ajoute une revalorisation moyenne de 3% des prix unitaires de soins de santé pour tenir compte de l'inflation entre 2011 et 2013. Cette première méthode aboutit à un montant de 115 millions d'euros (tableau 8).

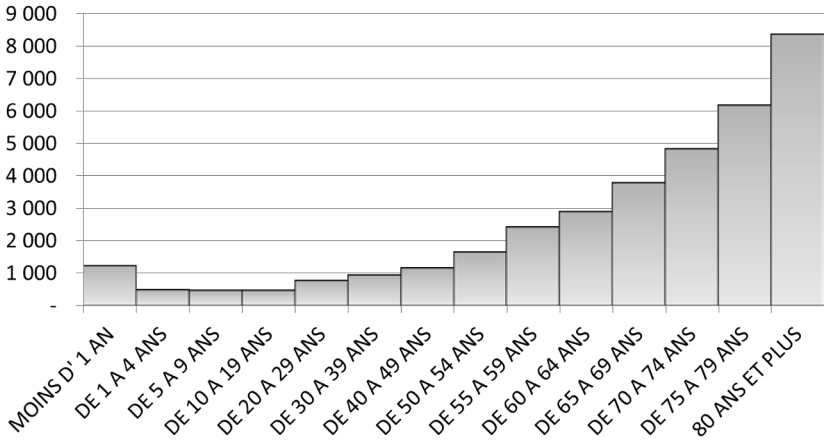
Tableau 8 : Dépenses de santé imputables à la dépendance à La Réunion en 2013 : extrapolation à partir de données nationales (en millions d'euros)

	GIR			TOTAL
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	
Santé	61	51	2	115

Source : calculs des auteurs à partir des tableaux 5 et 6

Méthode 2 : Elle consiste à calculer le surcoût de dépenses de santé (hors hospitalisation) à partir de 75 ans et à y ajouter les dépenses en établissement et services pour personnes âgées (OGD Personnes âgées à La Réunion). Pour ce faire, nous utilisons une étude fournie par la CGSS de La Réunion qui estime le montant par classe d'âge des dépenses de santé (figure 1).

Figure 1 : Dépense moyenne des dépenses de santé selon la classe d'âge à La Réunion en 2013 (euros)



Source : calculs des auteurs d'après données de la CGSS de La Réunion et Insee

La notion de surcoût est définie à partir d'une valeur de référence : la dépense de santé moyenne des 70-74 ans qui est estimée à environ 4 840€ par an. Nous retenons la tranche d'âge 70-74 ans comme référence car le risque dépendance augmente principalement à partir de 75 ans. En procédant ainsi, on souhaite mesurer l'excès de dépenses de santé qui serait imputable au grand âge et donc à la dépendance.

D'après nos calculs, ce surcoût s'élèverait à 85,9 millions d'euros. Si on y ajoute les dépenses en établissement et services pour personnes âgées qui sont estimées à 34,3 millions d'euros, cette deuxième méthode aboutit à un surcoût qui serait de l'ordre de 120 millions d'euros, soit 19,8% de la dépense de santé totale (hors hospitalisation).

Dans la suite de l'étude, nous retiendrons cette estimation de 120 millions d'euros qui est très voisine de celle obtenue avec la première méthode, et qui a l'avantage d'être réalisée uniquement à partir de données réunionnaises.

En supposant le même taux de prise en charge publique des dépenses de santé que sur l'ensemble du territoire, à savoir 99%, le reste à charge pour les ménages serait d'environ 1,2 million d'euros.

Dépendance (aide à l'autonomie)

La population étant plus pauvre à La Réunion que sur l'ensemble du territoire national, il faut s'attendre à une prise en charge publique plus élevée des dépenses relatives aux soins d'aide à l'autonomie. Le tableau 9 montre ainsi que le reste à charge pour les plans d'aide à domicile serait seulement de 2,5% à La Réunion contre 18,4% pour l'ensemble de la France. En revanche, les restes à charge en établissement seraient du même ordre, soit environ 33%.

Le tableau 10 récapitule les principales aides publiques mobilisées à La Réunion pour compenser la perte d'autonomie. L'APA concentre 80% de l'aide, soit l'essentiel de la dépense publique. On notera qu'à La Réunion l'accueil familial se développe et permet à environ 800 personnes âgées d'être hébergées dans des structures à mi-chemin entre domicile et institution (Klein et Sandron, 2016). Le département apporterait à ce dispositif un soutien financier d'environ 0,7 million d'euros.

Tableau 9 : Plan d'aide, APA et reste à charge pour les ménages (en %)

	Domicile	**Établissement**
La Réunion (2011)	2,5	32,7
France (2009)	18,4	33,2

Source : Département de La Réunion (2012)

Tableau 10 : Perte d'autonomie et aides publiques en 2013 (en millions d'euros)

APA		**ACTP**	**PCH**	**Divers**			**TOTAL**
Domicile	**Établissement**			**Total**	**Accueil familial**	**Aides ménagères**	
80,1	5,2	3,2	1,9	15,8	0,7	15,1	106,2

Source : Insee (2014)

En intégrant les restes à charge estimés pour les ménages (environ 4 millions d'euros), on obtient une dépense totale égale à 110 millions d'euros (tableau 11).

Tableau 11 : Dépenses d'assistance imputable à la perte d'autonomie à La Réunion en 2013 (en millions d'euros)

	Public	**Privé**	**TOTAL**
Dépendance	106	4	110

Source : Insee (2014) et nos calculs

Hébergement

Le principal surcoût d'hébergement lié à la dépendance apparaît lorsqu'une personne âgée doit quitter son domicile pour intégrer un établissement. Dans une telle configuration, elle doit payer des frais de service hôtelier qui sont plus élevés que les frais d'hébergement (gîte et couvert) à domicile.

Comme mentionné précédemment, il y a relativement moins de personnes âgées en établissement à La Réunion. En revanche, le prix journalier de 65 € en moyenne (ARS Océan Indien, 2014) est plus élevé par rapport à une moyenne nationale estimée à 56 € (DREES, 2015).

À partir de ce coût journalier, il est possible de calculer la dépense annuelle totale des ménages bénéficiant d'un hébergement dans des structures spécialisées :

1 200 personnes âgées en établissement (EPHAD et USLD)
x ((65€/jour+3% d'inflation) x 365 jours)
= 29,3 millions d'euros.

Afin d'estimer le surcoût, nous imputons une dépense minimale de 600 € par mois pour une personne qui resterait à domicile. Ce montant est censé refléter un coût de la vie minimal pour rester chez soi. Nous estimons alors le surcoût d'hébergement à 20,7 millions d'euros.

Les personnes âgées en institution peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ainsi que d'une allocation logement (ALS).

En 2013, le département de La Réunion a versé 19,8 millions d'euros d'aide sociale au titre de l'ASH et récupéré 2,1 millions d'euros grâce notamment à la mise en place du principe d'obligation alimentaire auprès des enfants disposant de revenus suffisants. La dépense nette est estimée à 17,7 millions d'euros.

70% des personnes âgées en établissement peuvent prétendre à bénéficier d'une aide au logement. Sachant qu'à La Réunion, le montant

moyen mensuel de l'ALS est d'environ 200 euros, on estime une dépense totale pour les personnes âgées en établissement de l'ordre de 2 millions d'euros.

Après prise en compte de l'aide publique pour financer le surcoût d'hébergement, le reste à charge pour les ménages s'élèverait alors seulement à 1 million d'euros.

Compte de la dépendance pour l'année 2013

Le tableau 12 récapitule l'ensemble de nos calculs. D'après nos estimations, le coût total de la dépendance serait de l'ordre de 250 millions d'euros, ce qui représente 1,4% du PIB réunionnais, soit un niveau similaire au niveau national. Toutefois, ce chiffre doit être nuancé car le PIB par habitant à La Réunion est inférieur à celui de la métropole.

Le reste à charge pour les ménages serait ainsi seulement de 2% contre 26% sur l'ensemble du territoire national. Ce haut niveau de prise en charge publique traduit une forte solidarité nationale.

Considérant que La Réunion compte environ 13 450 personnes âgées dépendantes et que les dépenses imputables aux GIR5-6 seraient de l'ordre de 28 millions d'euros, le surcoût par tête y serait d'environ 16 200 euros par an.

Tableau 12 : Compte de la dépendance en 2013 à La Réunion : un premier bilan

En millions d'euros	**Public**	**Privé**	**TOTAL**
Santé	120	1	121
Dépendance	106	4	110
Hébergement	20	1	21
Total	246	6	252

Source : calculs des auteurs

Aller plus loin

Dépenses non mobilisées

L'estimation du compte de la dépendance est perfectible. Une première source d'amélioration consisterait à mobiliser d'autres données.

Par exemple, une partie des dépenses du département en aménagement des logements (25 M€) pourrait être imputée aux personnes âgées. On notera sur ce point que l'amélioration de l'habitat répond à un besoin spécifique de La Réunion qui ne doit pas être sous-estimé (Kosmowski, 2010 ; Fondation abbé Pierre, 2013). Le département dépense également 1 M€ par an pour le dispositif « Répit & Repos » et 8,75 M€ par an pour financer les chèques santé afin d'offrir une meilleure couverture complémentaire aux personnes âgées.

Le surcoût de la santé exclut l'hospitalisation, selon l'hypothèse de travail de la Drees. Pourtant, les personnes âgées dépendantes peuvent avoir un taux de fréquentation plus élevé des hôpitaux et nécessiter des soins spécifiques, notamment si l'on y intègre les soins dans les services de gériatrie.

Il serait également intéressant d'avoir une estimation des coûts induits par la gestion de la dépendance (salaires, formations, support technique) pour l'ensemble des collectivités locales.

Estimer les coûts cachés : mesurer la valeur du sacrifice des familles pour aider leurs aînés

La spécificité réunionnaise avec un fort taux d'hébergement à domicile des personnes âgées dépendantes signifie une forte implication des familles (Sandron, 2013) même si on note une certaine décohabitation susceptible de réduire les solidarités familiales (Ah-Woane, 2010).

Le temps gratuit et l'effort bénévole que les proches allouent à leurs aînés en perte d'autonomie ne coûtent rien en apparence, mais constituent un coût caché de la dépendance (Davin *et al.*, 2009).

Pour se donner un premier ordre d'idée, une heure d'aide familiale journalière (non rémunérée) pour 12 500 personnes âgées dépendantes à domicile représente une masse salariale potentielle de 50,2 M€ par an sur la base d'un brut chargé horaire de 13 €.

Tableau 13 : Besoin horaire journalier de soutien familial selon le degré de dépendance

	GIR 1-2	GIR 3	GIR 4	GIR 5-6
Heure par jour (médiane ; Soullier, 2011)	5h15	4h00	2h00	1h10
Distribution personnes âgées à domicile selon le GIR (La Réunion)	2%	3%	5%	90%

Source : Soullier (2011), Insee (2014)

D'après une étude de la Drees (Soullier, 2011), l'implication des familles varie selon le degré de perte d'autonomie de la personne âgée (tableau 13). Une extrapolation de ces résultats à La Réunion permet de calculer que l'implication des familles y serait d'environ 3h20 par jour. Sur la base d'une rémunération horaire de 13 € brut chargé, la valeur de marché du travail bénévole des familles serait environ de 200 millions d'euros par an. On peut assimiler ce chiffre à la face cachée du coût de la dépendance. Ce montant est considérable car il est d'un niveau comparable aux 250 millions d'euros visibles estimés précédemment.

Il serait également utile d'avoir une évaluation de la valeur économique du travail de tous les bénévoles engagés dans des associations à but non lucratif.

PERSPECTIVES

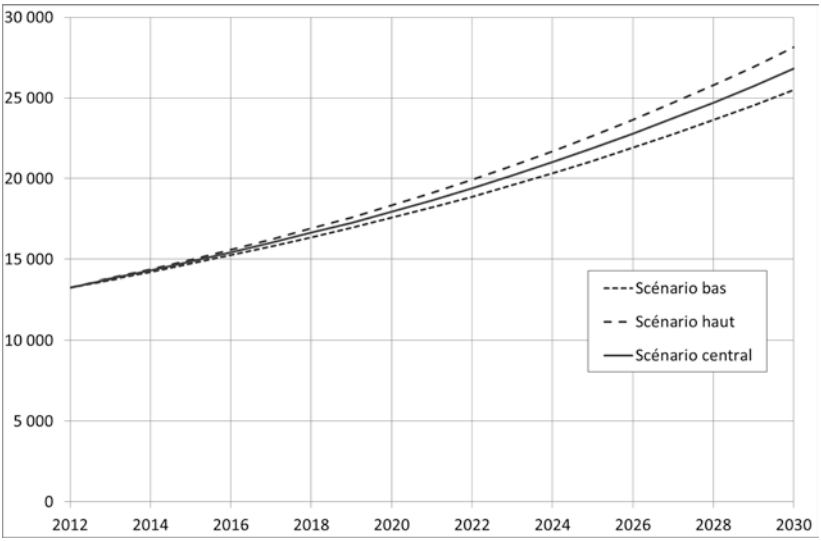
L'Insee et le Département de La Réunion ont publié en 2014 (Chaussy *et al.*, 2014) une projection du nombre de personnes âgées dépendantes. L'étude prévoit son doublement entre 2012 et 2030 (figure 2) dans un contexte où le taux de dépendance par âge diminuerait légèrement (figure 3). L'augmentation serait exponentielle et le nombre de personnes dépendantes loin d'être stabilisé en 2030.

La principale question que pose cette perspective démographique est celle de l'évolution des dépenses de la dépendance, qui varient selon le nombre de bénéficiaires mais aussi selon le prix des biens et services dédiés.

Si le prix relatif des dépenses de la dépendance évolue au même rythme que le PIB réel, le coût total exprimé en pourcentage du PIB pourrait doubler en 2030 à structure de dépendance stable. Une telle

évolution n'est pas sans poser un problème de financement public. À titre de comparaison, Renoux *et al.* (2014) prévoient, au niveau national et d'ici à 2060, un doublement de la population de personnes âgées dépendantes (hausse de 100%) associé à une hausse de 83% du coût de la dépendance exprimé en % du PIB.

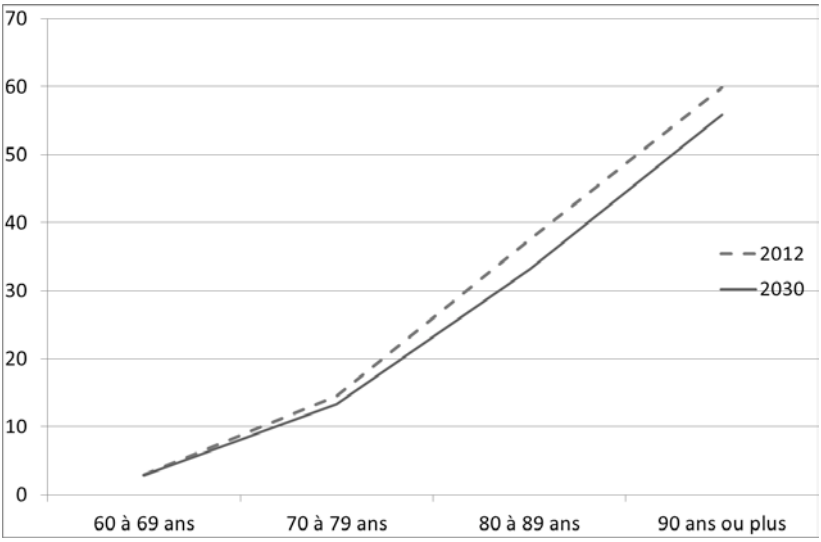
Figure 2 : Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2012 et 2030



Source : Chaussy et al. (2014)

En faisant l'hypothèse d'un financement public limité à 1,4% du PIB réunionnais (situation actuelle), un doublement du nombre de personnes âgées dépendantes signifierait un reste à charge de 50% pour les ménages, soit un financement à parts égales par le privé et le public. Si les familles sont dans l'incapacité de financer ce reste à charge, il est à craindre une augmentation de l'aide informelle déjà importante, ce qui paraît peu réaliste.

Figure 3 : Taux de dépendance par groupe d'âge en 2012 et 2030 (%)



Source : Chaussy et al. (2014)

Cette perspective démographique pose deux défis :

- La réduction des coûts unitaires des biens et services. D'importantes innovations sont nécessaires pour réaliser des gains de productivité et pour favoriser la prévention. Le progrès technique doit permettre de baisser le prix relatif des technologies. Conjuguées à de la formation, les innovations peuvent aussi contribuer à accroître la productivité de la main-d'œuvre. La maîtrise des coûts passe également par une meilleure évaluation de l'état de perte d'autonomie et, en particulier, à des fins préventives. À cet égard, l'APA est une prestation nationale universelle et l'appréciation de son attribution se fait au niveau local. Le législateur doit veiller à ce que les critères d'évaluation soient appliqués de la même façon sur l'ensemble du territoire (IGAS, 2008).
- Un enjeu de solidarité nationale. La Réunion est l'un des départements les plus jeunes mais aussi l'un des plus pauvres de France. Les pressions sur les finances publiques locales pourraient encourager le législateur à revoir les règles d'allocation du financement de l'APA et la PCH par le biais

de la CNSA. En 2014, la CNSA a financé 28% des dépenses d'APA et 46% des dépenses de PCH de La Réunion. En comparaison, sur l'ensemble du territoire national, la CNSA a financé 32% des dépenses d'APA et 34% des dépenses de PCH. Une autre piste serait de limiter le bénéfice de l'APA aux personnes âgées les plus modestes comme le suggère le dernier rapport de la Cour des comptes publié en juillet 2016.

CONCLUSION

Ce chapitre donne une première estimation d'un compte de la dépendance à La Réunion. Ces calculs ont été réalisés à partir de données publiques disponibles. D'après nos calculs, le coût imputable à la dépendance à La Réunion serait d'environ 250 millions d'euros en 2013, soit 1,4% du PIB réunionnais. Le reste à charge pour les ménages serait très faible : seulement 2% contre 26% en moyenne en métropole.

D'un point de vue prospectif, le doublement du nombre de personnes âgées dépendantes pose clairement la question de la réduction des coûts de prise en charge de la dépendance. Innover dans les gérontechnologies, former aux nouveaux métiers du vieillissement et améliorer les mesures préventives notamment dans la lutte contre les pathologies à longue durée comme le diabète (Nartz *et al.*, 2009) sont trois pistes à privilégier particulièrement.

Il est indéniable que cette estimation peut être améliorée. Construire un compte de la dépendance au niveau régional constitue également un enjeu d'innovation pour mieux estimer les besoins et mieux piloter le système de prise en charge. Mobiliser l'ensemble des acteurs locaux (CGSS, ARS, Région, Département, Mutuelles, CHU, ORS, EHPAD, etc.), fournisseurs potentiels de données statistiques de qualité, serait susceptible d'offrir une vision consolidée réaliste du poids financier de la dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

Ah-Woane M., 2010, « La solidarité familiale en perte de vitesse », *Economie de La Réunion*, n°137.

ARS Océan Indien, 2014, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées à La Réunion en 2011 », *Infos stats*, n°26.

Bernède-Bauduin C. et M. Cellier, 2013, « La mortalité à La Réunion du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2009 », *In Extenso*, n°1, Plateforme d'Informations des Etudes en Santé, La Réunion.

Bourreau-Dubois C., A. Gramain, H. Lim et J. Xing, 2014, « Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA », *Document de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne*, 2014-24.

Calvet L. et A. Montaut, 2013, « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°42, DREES.

Catteau C. et E. Nartz, 2009, « Projet d'analyse des Inégalités Sociales de Santé dans un département français spécifique, La Réunion », mimeo ARS.

Ceser La Réunion, 2011, *Les personnes âgées à La réunion : anticiper les risques et les besoins*, Rapport public, La Réunion.

Chaussy C., É. Fabre, H. Hoarau, F. Caliez, É. Mariotti, 2014, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion », *INSEE Partenaire*, mai, n°24.

Cour des Comptes, 2005, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport au Président de la République.

Cour des Comptes, 2016, *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie - Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler*, Rapport public thématique, juillet 2016.

Davin B., A. Paraponaris et P. Verger, 2009, « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire », *Management et Avenir*, n°26, p. 190-204.

Département de La Réunion, 2012, Schéma Départemental 2013-2017 d'Organisation Sociale et Médico-sociale pour les Personnes Âgées.

DREES, 2015, « Le coût de la dépendance des personnes âgées : Éléments de cadrage », note de présentation, 14 octobre 2015.

Fondation abbé Pierre, 2013, *L'état du mal logement en France. La Réunion : Un éclairage régional*, Rapport.

Fragonard B., 2011, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées*, Rapport du groupe de travail dans le cadre du débat dépendance de 2011.

Giorgi D., 2005, *Evolution des dépenses d'assurance maladie – soins de ville – dans les départements d'outremer*, Rapport IGAS.

IGAS, 2008, *La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie en Guadeloupe et à La Réunion*, Rapport de synthèse définitif.

Klein A., Sandron F., 2016, « Une nouvelle famille ? L'accueil familial des personnes âgées à La Réunion », XIXe Colloque international de l'Aidelf, *Configurations et dynamiques familiales*, Institut de démographie, Université de Strasbourg, 21-24 juin.

Kosmowski F., 2010, « Personnes âgées : Des logements spacieux mais qui comportent des défauts », *Economie de La Réunion*, n°137.

Nartz E., C. Catteau et F. Favier, 2008, « Les coûts humains et financiers du diabète sont très élevés », *Economie de La Réunion*, n°131.

Renoux A., R. Roussel et C. Zaidman, 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », *Dossiers solidarité et santé*, n°50.

Rosso-Debord V., 2010, *Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée nationale.

Sandron F. (éd.), 2007, *La population réunionnaise : Analyse démographique*, IRD Éditions.

Sandron F., 2013, « Vieillir chez soi à La Réunion. Dynamiques sociales et logiques institutionnelles en matière d'habitat des personnes âgées », Communication au Colloque *Vieillir chez soi - vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question*, Université François-Rabelais de Tours, 22-24 mai.

Soullier N., 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », DREES, *Etudes et Résultats*, n°771.

Touzé, V., 2014, « Dépendance : quels besoins, quels financements ? », *Cahiers Français*, n°381, p. 57-62.

Vasselle A., 2008, *Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat.

CHAPITRE 2

Vieillissement et accès au bien-vieillir : enjeux d'innovation et de régulation

FRÉDÉRIC GANNON, VINCENT TOUZÉ

INTRODUCTION

Si la réduction des taux de mortalité est une bonne nouvelle, le vieillissement qu'elle induit est souvent source d'inquiétude. En effet, pour beaucoup de seniors, l'idée d'atteindre un âge élevé est aussi synonyme d'un risque accru de dégradation de la qualité de vie en raison d'une perte d'autonomie et d'entrée en dépendance.

La dépendance et la perte d'autonomie renvoient à des états particuliers :

> La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales ; et donc de s'adapter à son environnement. L'autonomie, elle, est définie par la capacité à se gouverner soi-même (possibilité d'aides permettant l'autonomie)[1].

L'ampleur de ce problème de santé publique impose de formuler des solutions innovantes adaptées afin de concilier la maîtrise des coûts induits sous contrainte de maintien d'une « bonne » qualité de vie aussi longtemps que possible. On observe que si les pays de l'OCDE convergent sur les constats et l'urgence d'une mobilisation coordonnée des pouvoirs publics et des acteurs économiques privés, les modalités effectives de la prise en charge des personnes âgées dépendent des spécificités sociales, culturelles, historiques et géographiques de ces pays.

L'allongement de la durée de vie devient ainsi une fin en soi dès lors qu'il est associé à un bon état de santé et à une qualité de vie. Le concept de « bien-vieillir » s'impose alors comme un symbole de progrès mais également comme un droit à y accéder. Au niveau individuel et

[1] Prof. Bruno Lesourd (Commission du CESER Auvergne, 24 juin 2010). http://www.cesr-auvergne.fr/publi/Dependance_personne_agee_2010.pdf.

collectif, cette quête de progrès sociétal n'est pas sans coût qu'il reste à financer et à contenir.

Pour l'île de La Réunion, les enjeux d'un accès au bien-vieillir sont d'autant plus importants qu'elle va connaître une accélération de son processus de vieillissement, que les risques de perte d'autonomie y sont plus précoces, que les finances publiques départementales en sont limitées et que l'insularité associée à une situation ultramarine limitent le nombre d'acteurs en concurrence sur le terrain.

Pour l'ensemble des pouvoirs publics (nationaux, locaux et sociaux), trois défis se posent alors : innover, réguler et évaluer. Ce chapitre est composé de trois sections qui étudient respectivement chacun d'eux :

- Innover : des innovations organisationnelles, technologiques et financières sont nécessaires pour répondre à des besoins nouveaux et pour contribuer à la réduction des coûts ;
- Réguler : sur le « marché » naissant de la *Silver Economy* où la capacité décisionnelle de patients-consommateurs âgés peut être altérée, il est important d'envisager une régulation pour mieux les protéger et favoriser l'innovation ;
- Évaluer : l'adoption de solutions nouvelles innovantes nécessite une évaluation en amont et aussi en aval ; il est nécessaire de bien identifier les coûts et bénéfices induits par chaque innovation.

INNOVER POUR CONTENIR LA DÉPENSE GLOBALE TOUT EN GARANTISSANT UNE BONNE QUALITÉ DE VIE

Retarder l'âge d'entrée en dépendance

Les dépenses de santé consacrées aux soins des personnes âgées affligées de maladies de longue durée croissent de manière significative. Elles s'élevaient en France en 2013 à plus de 10 milliards d'euros, dont près de 85% concernaient les soins en établissements spécialisés. La Drees estime à 1,5 million le nombre de personnes dépendantes et bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2025, à 2 millions en 2040, contre 1,2 million début 2012 (Lecroart *et al.*, 2013).

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI), c'est-à-dire sans limitation des aptitudes à se mouvoir, s'alimenter, s'habiller, est l'un des indicateurs fonctionnels de qualité de vie les plus utilisés (cf. l'enquête SHARE

et la « Stratégie de Lisbonne 2000-2010 ») pour appréhender le concept de dépendance. Les statistiques[2] révèlent que, dans les pays de la communauté européenne[3], l'EVSI[4] à partir de 65 ans (*i.e.* nombre moyen sur la population observée d'années à vivre depuis cet âge avant de connaître le premier épisode d'incapacité) est restée stable entre 2005 et 2011 (8,78 années pour les hommes et 8,61 pour les femmes en 2011[5]). L'EHLEIS (*European Health and Life Expectancy Information System*) note, dans son rapport national consacré à la France (2015) que les résultats de l'enquête SILC (2004-2012) révèlent qu'« entre 2011 et 2012, l'EVSI a diminué légèrement en France pour les hommes mais a augmenté notablement pour les femmes ». Certains analystes avancent que, du fait de l'allongement rapide de la durée de vie, la durée relative de la vie passée en bonne santé diminuerait. Autrement dit, si l'on vit de plus en plus longtemps, ce serait, en majeure partie, au prix d'une dégradation marquée de son état de santé, donc, dans une dépendance accrue à la médecine. Cependant, Robine et Cambois (2013) soulignent qu'en France, les années de vie gagnées ne se sont pas systématiquement accompagnées de maladies déclarées, ni même de limitations d'activité, ce qui est le cas pour la moyenne européenne.

Compte tenu de l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance, retarder l'âge d'entrée en dépendance constitue donc une priorité sur le plan de la maîtrise de la dépense globale. Or, si ce diagnostic est amplement partagé, les modalités concrètes de sa réalisation et de son financement font débat. Si l'on envisage le problème sous l'angle économique, il est possible de mobiliser des approches théoriques et empiriques pour évaluer les coûts et bénéfices induits privés et publics, micro et macroéconomiques, sur une période plus ou moins longue, en fonction des engagements financiers initiaux, de la date plus ou moins précoce de ces engagements, et du nombre de personnes concernées.

Néanmoins, si retarder l'âge moyen d'entrée en dépendance permet d'alléger la dépense globale projetée à un horizon donné, cette action repose autant sur les progrès de la médecine, qui affinent la

---

2 Joint-Action EHLEIS, www.eurOhex.eu

3 Bulgarie et Roumanie exclues du fait de leur admission dans l'Union Européenne postérieure (2007) à 2005.

4 Sans limitation.

5 Il est à noter qu'en France métropolitaine, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance était, en 2011, estimée à 63,6 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes.

détection des prémices de la perte d'autonomie et définissent les seuils d'aggravation de la dépendance, que sur la capacité et la volonté de la société à appréhender l'urgence du besoin de l'adaptation collective aux conséquences non seulement financières, mais aussi morales et éthiques du vieillissement.

Réduire le coût de la dépendance et améliorer l'accompagnement sanitaire et social de la personne âgée

Innovations organisationnelles

Quelles innovations organisationnelles majeures sont-elles apparues ou restent-elles à favoriser pour retarder significativement – et au moindre coût sur longue période – l'âge d'entrée en dépendance ?

Mettre en place un parcours de soins coordonné[6]

La Stratégie nationale de santé consolide le parcours de santé à travers quatre axes prioritaires : la prévention, l'organisation des soins autour des patients, la démocratie sanitaire et la déconcentration.

L'implication de l'entourage, par le renforcement du lien social, constitue la première innovation organisationnelle, qui ne se traduit pas obligatoirement par des dépenses explicites. Les proches – en termes de fréquence de contacts réels ou virtuels (téléphone ou conversation médiatisée par ordinateur) – de la personne âgée sont, *a priori*, les plus susceptibles de constater un changement de comportement ou une détérioration de son état de santé général et de sa perte d'autonomie éventuelle. Mais, paradoxalement, une trop grande proximité peut induire une dissonance cognitive, du fait de la lenteur de cette évolution. Il est alors possible que cette dernière soit mieux appréhendée par des individus ayant des contacts réguliers mais plus espacés dans le temps, qui leur permettent de noter les changements intervenus depuis leur dernière rencontre avec la personne âgée.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie affirmait en 2011 que « l'hyperspécialisation des acteurs de la santé et du social qui interviennent auprès de la personne âgée est un facteur majeur de non qualité, de complexité, du risque de mauvaise prise en charge ». Sur ce constat, le ministère de la Santé a lancé le dispositif Paerpa (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), qui s'assigne pour objectif

6 Cf. Rapport Weber et Verollet (CESE, 2011).

d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. Les différentes actions mises en œuvre visent à mieux coordonner les multiples intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social. En particulier, les professionnels de santé en ville s'organisent pour éviter un recours excessif à l'hospitalisation – souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées[7]. Apparemment évident, ce besoin d'innovation logistique s'est imposé aux pouvoirs publics comme l'une des priorités en matière de prise en charge des personnes âgées.

Prévention individuelle et collective : encourager la mobilité (sport, relations sociales, etc.)

Blain *et al.* (2000) rappellent qu'il est empiriquement démontré que « l'activité physique adaptée aux spécificités physiologiques de l'individu âgé, augmente la longévité, retarde la dépendance et améliore donc la qualité de vie aux âges tardifs. La vitesse d'adaptation de l'organisme à un effort, même d'intensité élevée, est semblable chez le sujet de plus de 65 ans à celle des sujets plus jeunes ». Mais ils insistent sur le fait que « la poursuite au long cours de l'activité pour en conserver les bénéfices est nécessaire ». L'activité physique permet donc de maintenir une bonne mobilité, dont on sait que la dégradation est corrélée aux premiers signes de dépendance.

Cependant, Hénaff-Pineau (2009) insiste sur la nature de l'effort à préconiser aux seniors. La norme médicalisée qui domine massivement en France conseille des activités physiques modérées qui doivent respecter la « règle des 3 R » : raisonnée, régulière, raisonnable. Or, les études empiriques révèlent que nombre de seniors ne pratiquent aucune activité tandis que d'autres pratiquent des activités sportives à un haut niveau d'intensité. La question se pose alors de la « juste » pratique sportive.

Structure d'hébergement : le maintien à domicile comme objectif prioritaire (Broussy, 2013)

On distingue deux types d'hébergement de la personne âgée : les établissements spécialisés et le domicile. Les premiers se différencient en

7 http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa.

termes des prestations liées au degré d'autonomie des personnes, l'EHPAD (institué en 1999) étant conçu pour les phases ultimes de dépendance.

Si le maintien à domicile constitue un objectif explicite des pouvoirs publics et un besoin exprimé par une part croissante des ménages âgés, Djellal *et al.* (2004) en distinguent deux types, l'un « formel », l'autre « informel ». Le premier repose sur la mobilisation du réseau familial proche, tandis que le second a recours aux services marchands, conventionnés ou non. Cependant, cette distinction s'estompe avec l'apparition de formules d'adaptation progressive d'entrée en institutions spécialisées lorsque le degré de dépendance s'aggrave. Le rapport « Vivre chez soi » (2010)[8] préconisait dix-huit mesures sur les trois axes suivants : « améliorer le cadre de vie des aînés », « faciliter l'accès aux technologies et services du *Vivre chez soi* et encourager le développement d'une offre adaptée » et « accompagner la modernisation des services à la personne ».

Caire (2015) souligne que ce rapport traduit la volonté des politiques publiques d'agir en amont des limitations d'activité et des restrictions de participation, et avance que « l'aide dite "informelle" ou "naturelle" représente un véritable levier du maintien à domicile des personnes âgées ».

S'ils mettent en avant l'intérêt financier du maintien à domicile, les pouvoirs publics en soulignent également les avantages plus qualitatifs ou subjectifs, tels le ralentissement du déclin cognitif[9].

Améliorer la gouvernance

La « bonne gouvernance » de la prise en charge des personnes âgées doit s'appuyer sur trois objectifs premiers : la définition de prises en charge personnalisées, la coopération des différents services socio-sanitaires et la simplification des démarches, le tout sous contrainte financière croissante. Dans cette optique, la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), créée en 2004, défend le principe d'une évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes, quel que soit leur âge. Concrètement, la traduction monétaire de cette individualisation

8 Remis le 18 juin 2010 à Nora Berra, Secrétaire d'État en charge des Aînés, ce rapport était coordonné par le Professeur Alain Franco, directeur général du Centre National de Référence (CNR).

9 « Un nombre croissant de données montrent que l'activité physique, les activités récréatives et les activités mentalement stimulantes contribuent à atténuer le déclin cognitif et à réduire le risque de Maladies d'Alzheimer » (Chertkow, 2002).

implicite repose sur le calcul d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) « juste », donc permettant à toute personne éligible d'acquérir les biens et services de qualité standard lui permettant de bénéficier d'une qualité de vie « normale ».

Cependant, l'individualisation de la prise en charge matérielle et financière des personnes éligibles à l'APA est limitée *de facto* par une double contrainte : celle imposée par la maîtrise des dépenses publiques et celle de la capacité de ces personnes à financer le reste à charge, dont l'évolution démographique laisse augurer l'accroissement. La structuration de l'articulation des secteurs sanitaire et médico-social est l'axe central de la gouvernance élaborée par le Conseil du CNSA (2015), qui recommande que sa gestion soit assurée par les Agences Régionales de Santé (ARS)[10].

Au niveau départemental, le lancement expérimental en 2000 des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) est l'une des traductions concrètes de l'objectif de simplification des démarches de prise en charge gérontologique. Ils sont organisés en trois niveaux selon leur gamme de prestations gratuites. Si leurs premières évaluations étaient positives, leur audit en 2005 par la Cour des Comptes révélait leur mauvaise coordination avec les réseaux de santé. Ce hiatus a une explication simple : les secteurs médico-social et sanitaire sont institutionnellement distincts, comme leurs tutelles respectives.

Si les intentions du CNSA sont louables, la coopération effective à chaque échelon territorial reste un enjeu majeur. Amyot (2010) affirme que, « plus que dans tout autre sous-ensemble de l'action sanitaire et sociale, le secteur des personnes âgées a développé une structuration alambiquée », et illustre ce point de vue en prédisant que « le chevauchement des missions des équipes APA et CLIC ne simplifiera pas les problèmes de coordination. (…) Le ministère devra alors sur son site Internet tenter de différencier leurs rôles respectifs ».

Innovations technologiques et nouveaux services

En matière d'innovation gérontologique, une question préalable doit être posée : quelles sont les relations entre les objectifs et contraintes quotidiennes des seniors et leur environnement, au sens le plus étendu

10 « [les ARS] devront privilégier […] une approche globale du secteur, pour éviter que la poursuite des gains sur un segment de l'offre se fasse par report de charges sur un autre » (Rapport 2014 du Conseil du CNSA – avril 2015, p. 15).

du terme ? Autrement dit, est-il possible d'adapter progressivement les biens et services qu'ils utilisaient sans difficulté avant les premiers épisodes de perte d'autonomie, ou doit-on les remplacer, partiellement ou en totalité ? La réponse à cette question détermine le besoin endogène d'innovations dans tous les aspects de la vie quotidienne – mobilité, accès aux soins, alimentation, hygiène, etc – donc le coût global induit par l'adaptation progressive à son environnement en fonction de l'évolution du degré d'autonomie et de dépendance. Considérons quelques exemples basiques illustrant ce questionnement. Si la qualité de l'audition d'une personne se détériore, suffit-il d'augmenter le son des appareils ménagers ou de l'équiper d'une prothèse auditive ? Si gravir l'escalier conduisant au premier étage de son domicile devient trop difficile, doit-on déménager, ou s'équiper d'un monte-escalier ? Les innovations peuvent alors schématiquement être distinguées selon qu'elles relèvent de l'adaptation ou du remplacement, de la nouveauté. Il semble logique que, si les deux types d'innovations sont complémentaires, leur proportion évolue avec les publics visés, en particulier avec l'âge et le degré de dépendance des personnes. En termes économiques, cette proportion peut, du fait de leur contenu technologique respectif, être appréhendée par le concept d'« intensité technologique », mesurant le rapport du recours aux technologies (domotique, robotique, télésurveillance, etc.) à celui de personnes (personnel médico-social, aidants, proches, etc). La CNSA, en collaboration avec l'ANR proposait dès 2007[11] une « segmentation des technologies pour l'autonomie » qui demeure pertinente à ce jour. La description du secteur français des gérontechnologies en relevait les caractéristiques suivantes :

- Existence d'un tissu de recherche académique dense (environ 50 laboratoires), mais :
  - peu de visibilité (faible présence des équipes françaises dans les projets UE) ;
  - politique de structuration des travaux de recherche récente et discontinue ;
  - faible multidisciplinarité des équipes ;
  - peu de liens avec les industriels ou les cellules de valorisation

[11] CNSA & ANR, Étude prospective sur les « technologies pour la santé et pour l'autonomie », rapport ALCIMED, octobre 2007. http://www.cnsa.fr/sites/default/files/presentation_de_l_etude_prospective_sur_les_technologies_pour_l_autonomie_051207.pdf.

- Faible transfert technologique, essentiellement en raison de la spécialisation des cellules de transfert (pas de multidisciplinarité et peu d'interactions entre structures)
- Densité du tissu industriel très inégale :
  - fort positionnement de grands groupes de services (banque, assurance et assistance) comme intégrateurs de technologies (couplage technologies / service d'offre commerciale packagée)
  - présence de grands groupes industriels, afin d'anticiper l'évolution des attentes de leurs clients (modification démographique oblige)
  - faiblesse du nombre de PME/TPE positionnées sur ce créneau (taille critique moyenne largement insuffisante).

Serrière (2015)[12] pointe les raisons pour lesquelles les gérontechnologies tardent à se diffuser. Nous en soulignons trois d'entre elles. Tout d'abord, la procrastination, due selon l'auteur à la faible culture de la prévention en France, qui conduit les personnes âgées à ne s'équiper de solutions de maintien à domicile qu'après l'avènement d'un incident important et rarement en amont pour l'éviter. Ensuite, le secteur des technologies, notamment celui de la téléassistance, est en partie soumis aux appels d'offres publics des villes et des départements, qui sont fortement contraints sur le plan financier. Enfin, malgré leur efficacité prouvée dans la réduction les coûts de fonctionnement et/ou de santé, certaines innovations, telles que la domotique et la télésurveillance, ne bénéficient pas directement à leurs financeurs publics, notamment les départements, mais à la Sécurité Sociale, ce qui peut dissuader ces financeurs, surtout dans une conjoncture économique déprimée.

L'émergence d'un nouveau secteur : la Silver Economy

Face aux besoins croissants de solutions adaptées aux ménages anticipant les conséquences concrètes du vieillissement dans la perspective de leur maintien à domicile, est apparue récemment la « Silver Economy ». Ce secteur émergent des technologies gérontologiques lancé par un contrat de filière en décembre 2013, est, selon la définition disponible sur le portail du site officiel, « l'économie dédiée à l'avancée en âge

12 http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-139894-pourquoi-les-technologies-de-maintien-a-domicile-auront-du-mal-a-se-developper-avant-2022-1157630.php?UFSgQv4KlSBQ3E4X.99#

de nos sociétés ». Avec le *caveat* suivant : « Comme son nom l'indique, la *Silver Economy* n'est pas un « marché » mais une « économie » transversale qui trouve des déclinaisons dans de nombreux marchés, pour ne pas dire tous les marchés ». Pour le ministère des Affaires sociales et de la Santé, la *Silver Economy* est « l'économie au service des âgés », dont « l'enjeu est crucial : il s'agit de permettre et d'encourager les innovations qui vont nous accompagner dans notre avancée en âge et faire reculer la perte d'autonomie ». Le ministre du Redressement Productif et la ministre déléguée, chargée des Personnes Âgées et de l'Autonomie, ajoutaient, en préface du rapport de décembre 2013 du Commissariat général à la stratégie et à la prospective, « Les technologies pour l'autonomie ne sont donc pas les seules constituantes de la *Silver Economy*. Celle-ci englobe aussi les transferts intergénérationnels, la consommation des seniors, ou encore les placements de l'épargne des ménages âgés dans des produits d'épargne plus productifs et davantage orientés vers l'industrie ».

Enste *et al.* (2008) identifient les différents secteurs couverts par la *Silver Economy* :

- vie intelligente : adaptation du logement et des services de la vie en société (domotique, robotique)
- promotion de l'autonomie
- économie de la santé, y compris l'assistance médicale et l'e-santé
- éducation et culture
- médias, en particulier en conjonction avec d'autres segments de marché tels que la santé, la promotion de l'indépendance et de la sécurité
- robotique de services, en particulier en combinaison avec le développement de l'autonomie
- mobilité, par exemple automobile intelligente et sécurité routière
- loisirs, voyages, communication et divertissement
- activité physique et bien-être
- habillement et mode pour une meilleure intégration sociale
- services aux personnes
- assurances (couverture sociale), en particulier en ce qui concerne les risques spécifiques à l'âge

- services financiers « sensibles à la démographie » en particulier dans le domaine de la protection du capital, de la garantie ou du transfert du patrimoine, etc.

La prise en compte de la dépendance à La Réunion

La Réunion, à l'instar des départements et régions de métropole, affronte la problématique du vieillissement et du maintien à domicile, sous la contrainte de ses spécificités géographiques et socio-économiques, détaillées en introduction de cet ouvrage.

- Coordination gérontologique

Comme évoqué précédemment, la coordination gérontologique constitue l'un des axes majeurs de la politique nationale d'innovation en matière de prise en charge sociale et médicale des personnes âgées et de la dépendance. Chérubini (2011) analyse les mécanismes concrets de cette coordination à La Réunion, dans l'une des trois zones sanitaires administratives de santé de l'île, le territoire sud, où vit environ 40% de la population. À partir de 2006, le Groupement Hospitalier Sud Réunion a établi une filière de soins gériatriques couvrant l'intégralité du territoire considéré.

- Technologie : naissance d'une « Silver Economy » à La Réunion (11 décembre 2014).

Organisée par la Chambre de Commerce et de l'Industrie (CCI Réunion), avec l'appui de la Région Réunion et en partenariat avec le Syndicat ASIPAG, cette journée avait pour thème « L'économie de demain au service de nos Aînés ». Ses organisateurs se donnaient[13] pour objectif de mobiliser le tissu productif local, en lien avec l'administration, en s'appuyant sur le fait que le recours à un prestataire de service par les personnes dépendantes avait doublé entre 2009 et 2012, pour atteindre 29% de l'ensemble de cette population. Des besoins croissants exprimés par cette demande émergente représente un enjeu social, économique et politique. La *Silver Economy*, rappellent ses promoteurs réunionnais, est l'économie du « bien vieillir ». En 2016, le GIE Vieillissement Actif et la Chambre de Commerce et d'Industrie de La Réunion se sont associés pour lancer le Club Silver Eco Réunion « afin d'informer, encourager et

13 http://www.reunion.cci.fr/index.php/actualites/156-retour-sur-la-silver-eco.

valoriser l'ensemble des acteurs (entreprises, associations, institutions) intéressés par le domaine de la *Silver Economie* à La Réunion »[14].

- Sur la période 2012-2030, Chaussy et Fabre (2014) prévoient pour La Réunion un doublement (de 13 300 à 27 600) du nombre de personnes dépendantes.

Les auteurs soulignent dans leur étude plusieurs spécificités réunionnaises, en comparaison de ce qui est observé en France métropolitaine. Tout d'abord, une dépendance significativement plus précoce, 12,2% des plus de 60 ans sont dépendants contre 8,2% en métropole, et plus élevée à tout âge, du fait d'une moins bonne santé. Ensuite, un taux moyen de dépendance (15,2%) des femmes de plus de 60 ans à la fois plus fort qu'en métropole (10,5%) et supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âge (8,3%). Enfin, une très forte proportion (92%) de personnes âgées dépendantes y sont prises en charge à domicile, contre 59% en métropole. Cette disparité s'accroît pour les personnes en dépendance lourde, les proportions devenant respectivement 83% et 49%. Il est à noter, et c'est là une autre différence importante avec la métropole, que 3% de ces personnes en situation de dépendance lourde vivent dans l'une des 437 familles d'accueil agréées.

La recherche de nouveaux leviers financiers

Gage sur patrimoine et autres viagers hypothécaires

Le principe de la rente-viagère/assurance-dépendance est simple : en échange d'une cotisation régulière ou unique, la rente viagère-dépendance prévoit le versement d'une rente (viagère) à l'assuré, d'un montant déterminé à la souscription, allant de 300 euros à 5 000 euros par mois.

Néanmoins, des asymétries d'information relatives à l'assureur grèvent ce contrat générique : aléa moral (clauses léonines trop restrictives ou non-respectées, analyse « globale » s'appliquant mal ou pas du tout à l'assuré) et antisélection (contrats volontairement mal conçus, incertitude sur la solidité financière de l'assureur, recours juridiques coûteux). L'un des griefs les plus fréquemment évoqués par les assurés ou leur famille touche à la couverture réelle du contrat, mal ou non précisée à la signature : certains ne mentionnent que les dépendances totales, en

14 http://www.gie-va.re/index.php/2016/06/07/lancement-du-club-silver-eco-reunion.

excluant de la couverture les dépendances partielles. Un autre reproche à l'encontre de ces contrats concerne la longueur des délais prévus pour le versement de la rente.

Le vieillissement rapide de la population induit une révision significative et rapide des calculs statistiques de rente viagère. En effet, l'espérance de vie à la naissance et le montant calculé de la rente viagère pour un capital donné évoluent en sens opposé. Or, comme le décrit Planchet (2016), les tables de mortalité officielles – TGH/TGF 05 – qui, depuis le 1er janvier 2007, permettent de calculer l'espérance de vie d'un rentier en fonction de son année de naissance et de son âge au moment du début du service de la rente, ont été établies à partir de la durée de vie constatée non plus sur l'ensemble de la population, mais sur la seule population des retraités et rentiers actuels, dont la durée de vie moyenne s'avère plus élevée. Planchet souligne une autre innovation majeure, celle de la distinction entre les hommes et les femmes. Alors que selon les précédentes tables de mortalité, il restait statistiquement une personne vivante à 112 ans sur 100 000 personnes d'une même génération, les tables actuelles repoussent cet âge limite à 120 ans, et prévoient ainsi que 2 femmes sur 100 000 nées en 1942 (donc en 2016 dans leur 74e année) seront encore vivantes à cet âge (en 2062).

L'avantage pour l'auteur de cette révision de calcul, c'est qu'elle permet d'offrir une base plus réaliste pour l'évaluation des montants de rentes viagères. Il évoque cependant les conséquences de leur baisse structurelle sur leur attractivité dans une optique de diversification de l'épargne individuelle pour faire face au risque de survie à un grand âge. Ainsi, le vieillissement rapide de la population remet en question l'efficacité – donc l'attractivité – de ce type de protection financière, et conduit à s'interroger sur leur adaptation.

L'assurance dépendance[15]

Si la rente viagère est, *de facto*, une forme d'assurance contre le risque de vivre trop longtemps, l'assurance-dépendance proprement dite est un contrat de prévoyance qui protège son souscripteur contre le risque de perte d'autonomie, corrélée au vieillissement.

---

15 Cette section s'appuie sur un article du *Monde* daté du 5 février 2013 consacré à l'assurance-dépendance. http://www.lemonde.fr/argent/article/2013/02/25/peut-on-se-proteger-efficacement-avec-les-assurances-dependance.

Selon la Fédération française des sociétés d'assurances, en 2013, 1,5 million de personnes avaient souscrit une assurance-dépendance « spécifique » (5,5 millions une assurance-dépendance à titre accessoire, comme celle proposée avec un contrat de rente viagère). En général, cette assurance spécifie le versement d'un capital (entre 2000 et 3000 €) pour adapter son logement.

À la différence de l'assurance-dépendance standard, l'assurance-dépendance de type épargne propose qu'en cas de non survenance du risque, une partie des cotisations soit reversée, contre paiement d'un coût forfaitaire. Le couple durée-prix moyen de cette assurance : entre 20 et 25 ans, entre 130 et 180 euros mensuels.

Complétant les deux précédentes, l'assurance-vie avec option dépendance est une assurance « à capital ». En cas de survenance de la dépendance, les cotisations sont versées à l'assuré sous forme de rente viagère, où le capital est versé aux bénéficiaires.

RÉGULER : PROTÉGER LE CONSOMMATEUR ÂGÉ ET SOUTENIR LA *SILVER ECONOMY*

Quelles politiques publiques ? Quelle régulation ?

Puech (2012) rappelle que, dans le secteur de l'aide à domicile et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, les associations ont joué un rôle essentiel, jusqu'à ce que l'évolution récente de ce secteur les confronte à la « concurrence » des entreprises du secteur privé lucratif et, paradoxalement, des personnes âgées incitées à devenir employeurs, ainsi qu'à la mutation de leurs relations avec l'État. Initialement, l'État exerçait une tutelle sur les associations, via les bureaux d'action sociale, qui leur allouaient des financements et accordaient des accréditations. Puis l'introduction du concept de services de proximité, couplée à la lutte contre le chômage et à l'apparition et la diffusion d'une logique de marché concurrentiel dans le secteur social ont conduit les associations à se remettre en cause et à élaborer des stratégies pour survivre dans ce nouvel environnement socio-économique. Se pose alors la question de la régulation du secteur en pleine expansion de l'aide à domicile et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Petrella et Richez-Battesti (2010) analysent le rôle de l'État dans la régulation de la qualité dans le secteur des services à la personne. Les auteurs soulignent que,

> centrées sur la satisfaction de leurs clients et reposant sur des critères objectifs de qualité, les démarches qualité tendent à minimiser les dimensions relationnelle, adaptative et participative de la co-construction du service, qui constituent le cœur de l'intervention au domicile, au profit de la définition de procédures standardisées et de moyens matériels à mettre en place.

Cette évolution, largement diffusée dans le secteur sanitaire et social, substitue la norme à l'exception, l'efficacité économique et financière à la relation interpersonnelle.

Politique de concurrence et contrôle des prix

Si les gérontechnologies permettent un maintien de la qualité de vie, leur développement peut, pour une partie d'entre elles, soulever des problèmes propres à toute innovation technologique, tels que la lenteur de leur diffusion, induite par les prix pratiqués par les entreprises pionnières du secteur, la faible concurrence due aux nombreux contrôles et tutelles exercés par les pouvoirs publics, etc.

Là réside l'une des principales difficultés de la traduction économique de la volonté, exprimée notamment par le CNSA, de mettre en place un accompagnement individualisé des personnes âgées. Comment décider de l'acceptabilité sociale des prix des biens et services spécifiques à cet accompagnement alors qu'ils n'existent pas toujours ou, si c'est le cas, sont trop élevés du fait de distorsions de la concurrence ? Ainsi, en phase d'émergence et de consolidation, si la taille du marché national devrait *a priori* attirer suffisamment d'entreprises spécialisées dans ce secteur en croissance, le contrôle des dépenses pourrait nécessiter une régulation des prix, qui pourrait en retour dissuader l'entrée de concurrents potentiels.

Dans le cadre de l'APA, si l'encadrement des prix et/ou la fixation du plafond de base de remboursement induisent une discipline de marché, ils délivrent peu d'incitation à la concurrence et à l'innovation. Le risque est alors d'aboutir soit à une situation de *hold-up* par un faible nombre d'entreprises qui se trouvent, *de facto*, en situation d'oligopole, soit même à l'impossibilité de formation d'un marché. Le problème central posé aux décideurs publics consiste alors à déterminer une gamme de produits et de services dont les prix permettent un compromis équitable pour assurer à la fois une marge suffisamment attractive pour les entreprises innovantes sur ce secteur émergent et un coût social actualisé maîtrisé. Cette problématique est commune à toute innovation sociale de

grande ampleur, mais elle est rendue plus complexe encore dans le cas des gérontechnologies, du fait des problèmes d'équité posés par la disparité des niveaux de revenus des consommateurs et de leur famille.

Ces difficultés sont aggravées à La Réunion, dont le faible effectif d'habitants et l'isolement sont susceptibles de dissuader l'entrée sur son hypothétique marché gérontologique et dont le revenu moyen des ménages est significativement inférieur à celui de la France métropolitaine. Il semble difficilement envisageable, sur un tel marché structurellement captif, de parvenir, à terme, à une situation de concurrence minimale qui permettrait d'assurer une différenciation acceptable des produits et à un prix – subventionné – abordable. Cette analyse concerne essentiellement les services à la personne, fournis par du personnel qualifié résidant sur l'île, mais dont la production peut impliquer une composante gérontechnologique substantielle, dont le coût de production peut s'abaisser grâce à des rendements d'échelle réalisés ailleurs, notamment en métropole. L'efficacité du contrôle des prix locaux du secteur gérontologique dépend donc à la fois de décisions prises en amont sur le processus de production des gérontechnologies, sur leur degré de complémentarité avec les services à la personne, notamment les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et sur les ressources financières publiques et privées permettant la consommation la plus équitable possible des biens et services offerts par les entreprises opérant sur le marché local.

Soutenir la R&D et le développement du secteur des gérontechnologies et des services à la personne

Comme suggéré précédemment, l'objectif clairement affirmé en France par la puissance publique de permettre aux ménages de personnes âgées de continuer à vivre dans de bonnes conditions à leur domicile se traduit par l'élaboration de politiques concrètes en matière de gérontologie, simultanément dans le secteur des soins et des services à la personne et dans celui des gérontechnologies (télémédecine, domotique, aides à la mobilité, télécommunications, etc). Le premier se caractérise par une forte composante en main-d'œuvre qualifiée, tandis que le second repose sur les innovations permises par la R&D. Si la *Silver Economy*, en phase de développement, dynamise et diffuse les progrès effectués en gérontechnologie, le secteur des soins et des services à la personne est en cours de (re)structuration. Le vieillissement de la population conduit à une demande effective croissante de services aux personnes âgées délivrés à leur domicile avec une fréquence croissant avec

leur âge. La croissance du nombre de ces consommateurs à mobilité réduite implique l'élaboration de solutions aux problèmes logistiques inhérents à la dispersion de cette demande spécifique : minimisation des distances parcourues par les prestataires de soins et de services, notamment par l'attribution de quartiers ou secteurs géographiques, garantie de services d'urgence, coordination entre opérateurs privés et administrations, optimisation des parcours de soins coordonnés.

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils concrètement inciter et soutenir la R&D dans le domaine des gérontechnologies, tout en assurant une péréquation entre l'objectif de maintien à domicile d'une majorité de personnes âgées, les moyens financiers disparates de ces ménages et les contraintes budgétaires des collectivités locales, au premier rang desquelles les départements ? Si l'octroi de fonds publics aux entreprises innovantes de ce secteur émergent est le mode d'intervention le plus direct, d'autres canaux le complètent, comme le souligne le « Manuel d'Oslo » (2005) consacré à la mesure des activités scientifiques et techniques : l'enseignement et l'offre de personnel qualifié, la politique fiscale et la réglementation en matière de comptabilité, les normes de santé, les contrôles de qualité, la normalisation, le régime juridique applicable aux droits de propriété intellectuelle, le fonctionnement du marché des capitaux. Zimmer (2012) souligne la nécessité, en amont du processus d'innovation, de recourir à des formes de partenariats elles-mêmes innovantes, comme les pôles de compétitivité, dont la création repose sur la mise en réseau d'entreprises de toutes tailles, de centres de recherche publics et privés.

Pionnier dans l'industrie de la robotique, le Japon a élaboré depuis le début des années 1990 des politiques publiques de soutien à l'innovation dans ce secteur, telles que le « Humanoid Robot Project » ou le « 21st Century Robot Challenge », programmes de R&D lancés respectivement en 1998 et en 2001 sur les robots domestiques. En 2013, le METI (Ministère de l'économie, du commerce et de l'industrie) a lancé un appel à projets pour le développement de robots[16] – notamment de robots-infirmiers – à prix abordables, pour stimuler le marché, dont il

16 A l'instar de PARO, robot-phoque socio-pédagogique utilisé en atelier d'animation et en thérapie relationnelle individuelle pour les malades atteints de troubles du comportement et de la communication.

estime les recettes à 400 milliards de yens (environ 3 milliards d'euros) d'ici 2035[17].

Englobant la robotique domestique, le marché des aides techniques à destination des personnes âgées dépendantes à domicile représente une gamme très étendue de produits, des déambulateurs aux lève-personnes, en passant par les téléphones, les chemins lumineux, les salles de bain aménagées et la téléassistance. En France, le marché se caractérise par le très faible nombre de constructeurs, induisant *de facto* l'absence de concurrence, impliquant des prix prohibitifs pour une grande majorité de leurs consommateurs potentiels. La mise en place fin 2009 du Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie (CNR-Santé – Association loi 1901), à l'initiative du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi, s'assigne pour objectif de faire du CNR-Santé « l'outil privilégié du déploiement des solutions numériques innovantes en direction des âgés », selon les termes de son premier président[18]. Le CNR-Santé est devenu « France Silver Eco » en décembre 2014.

ÉVALUER : METTRE EN PLACE DES OUTILS D'APPRÉCIATION DES INNOVATIONS POUR MIEUX RÉGULER

L'approche coûts-bénéfices : principes théoriques

Cette approche compare les coûts et les avantages d'un projet de mesure prise dans le domaine de la santé publique afin d'apporter une aide à la décision s'appuyant sur le « gain », exprimé en général en unités monétaires, attendu de cette mesure. La démarche appartient au registre de l'efficacité, au regard de laquelle est traditionnellement placée l'équité. Par exemple, il s'agit de maximiser les économies induites par un accroissement de l'EVSI sous contrainte de ressources affectées disponibles. Les coûts à prendre en compte sont la plupart du temps des coûts d'opportunité, c'est-à-dire des ressources affectées à la mesure considérée qui auraient pu être utilisées à un autre objectif. La valorisation monétaire des biens et services s'appuie sur leurs prix de marché, à condition expresse que le marché existe. Dans le cas contraire, sont élaborées des estimations de prix.

---

17 Selon une estimation de la *Japan Robotics Association* en 2011, le marché global de la robotique pourrait atteindre 66,4 milliards de dollars en 2025 dont près de 50 milliards pour la seule robotique de service.

18 Communiqué de presse de Luc Broussy, 23 septembre 2014, Paris.

La comparaison se fait en référence à la non-réalisation du projet. Appliquée au maintien à domicile, l'approche coûts-bénéfices se base sur l'éventuel gain de dépenses escompté sur une période prédéfinie rapporté à l'EVSI ou tout autre indicateur de qualité de vie de la population considérée. L'allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), versée par les départements, fonction décroissante du revenu et croissante du niveau de dépendance mesuré par le GIR, constitue une base de l'estimation du coût de cette politique.

Théoriquement, la règle de décision quant à la viabilité d'une innovation est sommaire : elle est rentable si les dépenses induites sont strictement inférieures aux bénéfices engendrés.

Cependant, la mise en pratique de cette règle comptable achoppe sur la difficulté de mesure des aspects multidimensionnels non objectivement mesurables. Il faut alors recourir au concept de prix fictif ou de valeurs hédoniques, qui, s'ils permettent, en intégrant ces aspects dans la sphère économique quantitative, de résoudre l'arbitrage exposé précédemment, ajoutent une dimension arbitraire et subjective, donc discutable, à ce même arbitrage. Face à ce dilemme, le théorème des préférences révélées permet d'approximer le consentement à payer des individus et par extension de la société.

En outre, à cette difficulté méthodologique, peuvent s'ajouter des considérations que l'on pourrait qualifier d'« émotionnelles ». Ainsi, certaines personnes âgées refusent des aides financières ou d'entrer dans une institution dès lors que cela implique une reprise sur héritage, voire l'application d'une obligation alimentaire pour les proches.

Application à un problème de santé publique : les chutes des personnes de plus de 65 ans et leur prévention

Les données

Les personnes âgées de plus de 65 ans sont les principales victimes, en France comme ailleurs, de chutes, principalement pour des raisons physiologiques. Les statistiques relatives à ces accidents de la vie courante (AcVC) recensent, pour 2010, 450 000 chutes par an[19], occasionnant 8471 décès (données 2011). Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an. En outre, la moitié des per-

19 Chiffres publiés par l'Institut de Veille Sanitaire.

sonnes âgées restées au sol plus d'une heure après une chute décèdent dans les six mois qui suivent.

La Haute Autorité de Santé estime que 30% des personnes âgées de 65 ans et plus, soit en France 3 millions de personnes âgées font 7 millions de chutes par an, engendrant un coût direct (soins et réadaptation) estimé à 2,5 milliards d'euros par an. Elles sont plus fréquentes (sex-ratio de 0,4) chez les femmes que chez les hommes, et s'accroissent avec l'âge. Représentant 85% des AcVC pour l'ensemble des plus de 65 ans, ce pourcentage est de 71% pour les 65-69 ans et passe à 95% à partir de 90 ans (Ruellan, 2011).

Pedrono *et al.* (2015) rappellent que sur les 450 000 chutes de personnes âgées recensées annuellement, 37% conduisent à une hospitalisation après passage aux urgences, avec une durée moyenne de séjour comprise entre 12 et 14 jours.

Pour l'année 2009, les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des institutions de soins chiffraient à 690 228 000 € le coût annuel direct de ces chutes, en se basant sur le coût de la prise en charge sanitaire du traitement immédiat de la chute, dont principalement le traitement de la fracture du col du fémur. Cette somme correspond à 79 200 séjours dans les établissements, le coût d'un séjour pour une fracture du col atteignant 8 715 €.

Les auteurs soulignent que des études internationales confirment l'importance des dépenses engagées pour la prise en charge des chutes. En plus du coût élevé des prises en charge hospitalières, les chutes engendrent pour les victimes, leurs familles et la société un ensemble de coûts et de dépenses liées à la perte d'autonomie et à l'entrée en institution des personnes dépendantes. En comparaison, la prévention ne représenterait « que » 2 à 3% du budget annuel de la Sécurité sociale.

Parmi les solutions envisageables à ce problème de santé publique, celle de la domotique et téléassistance avancée (DTA), c'est-à-dire le double équipement du domicile en parcours lumineux (balises LED) automatisé et télésurveillance ou vidéo-vigilance. Les données disponibles sur l'efficacité du premier équipement évaluent à 30% en moyenne la diminution des chutes.

L'analyse coûts-bénéfices de la personne âgée : exemple d'un équipement réduisant de 30% le risque de chute

Si l'on se place du point de vue du seul coût financier supporté par la personne âgée à domicile, l'arbitrage porte sur le « rendement » de long terme (défini par exemple comme son espérance de vie à l'âge où elle fait cet arbitrage) de sa dépense d'équipement DTA, nette des aides qu'elle peut obtenir en fonction de son niveau de dépendance (estimé par son GIR) et de ses ressources, pour un risque de chutes estimé et l'évaluation du reste à charge net global induit sur la période considérée. Formellement, l'arbitrage coût-bénéfice repose sur l'inégalité formelle suivante :

$$\sum_{t=0}^{T} \delta^t p(x+t/x)[\tau_t D_t + (1-\alpha)\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)(\bar{C} + h(x+t)L(x+t)C_H)]$$
$$\leqq \sum_{t=0}^{T} \delta^t p(x+t/x)\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)[\bar{C} + h(x+t)L(x+t)C_H]$$

avec :

T : horizon temporel de l'individu considéré dans son arbitrage

D_0 : coût d'acquisition-installation de l'équipement DTA (première année)

D_t : coût de fonctionnement et d'entretien de l'équipement DTA durant l'année t (à partir de la seconde année)

τ_0 et τ_t : taux de reste à charge respectivement du coût d'acquisition-installation et de fonctionnement en t

$\delta =$ taux d'actualisation annuel (constant)

$x + t =$ âge de l'individu en t

$p(x + t/x) =$probabilité de survie en t d'un individu âgé de x (telle que rapportée par les tables de mortalité TGH/TGF 05)

$\alpha =$ pourcentage (constant) de réduction du risque de chute apporté par l'équipement DTA

$\hat{q}(x + t) =$ prévalence annuelle des chutes chez les individus d'âge $x + t$

$\hat{n}(x + t) =$ nombre moyen de chutes dans les 12 derniers mois chez les individus d'âge $x + t$ ayant chuté

$h(x + t) =$ probabilité d'une hospitalisation consécutive à une chute durant l'année t, chez les individus d'âge $x + t$

$L(x+t) =$ durée (en jours) du séjour hospitalier, chez les individus d'âge $x+t$

$\bar{C} =$ coût (ticket modérateur, l'individu étant supposé assuré social) de la consultation en urgence

$C_H =$ coût journalier (forfait hospitalier journalier) d'une hospitalisation consécutive à une chute.

La somme des termes à gauche du signe de comparaison est la valeur espérée du total des dépenses liées au risque de chutes d'une personne d'âge x_0 qui envisagerait de s'équiper de DTA, aux conditions spécifiées ci-dessus sur un nombre $T+1$ d'années. La somme des termes de droite représente la valeur espérée du total des dépenses de cette personne dans le cas où elle rejetterait cette éventualité. La différence entre la seconde et la première de ces expressions est alors l'espérance du coût net individuel évité grâce à l'équipement DTA.

Une autre approche de cette comparaison consiste à considérer comme inconnue du problème la valeur de l'année T^* solution éventuelle de l'égalité de ces deux sommes. Si cette valeur est inférieure ou égale à l'horizon temporel T de l'arbitrage, la personne opte pour le DTA.

L'inégalité précédente peut se réécrire en mettant en regard la dépense et l'économie de coûts médicaux espérées (actualisées) :

$$\sum_{t=0}^{T} \delta^t p(x+t/x)\tau_t D_t \lessgtr \alpha \sum_{t=0}^{T} \delta^t p(x+t/x)\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)[\bar{C} + h(x+t)L(x+t)C_H]$$

Application numérique[20] : $x_0 = 75$, $T = 82$, $D_0 = 1700€$, $D_{t>0} = 700€$, $\delta = 0{,}95$, $\alpha = 30\%$, $\bar{C} = 28€$, $C_H = 18€$, $\tau_0 = \tau_t = 0{,}4$.

[20] Cette application numérique s'appuie, pour les valeurs de D_1 et D_t sur les données du projet « Esoppe », une expérimentation de domotique et téléassistance menée entre juin 2009 et octobre 2010 auprès de personnes âgées en perte d'autonomie sur le département de la Corrèze. La valeur numérique (30%) que nous choisissons pour α correspond à la valeur minimale de réduction du risque de chute permis par le DTA envisagé initialement par les responsables du projet. En fait, les résultats empiriques d'Esoppe révèlent que le DTA réduit, pour la population considérée, le risque de chute de 2/3, soit une efficacité plus de deux fois supérieure à celle escomptée. (http://www.cg19.fr/fileadmin/user_upload/videos/domotique/Eval_DTA_CTA_Esoppe_note_executive_101110.pdf)

$h(x) = 21\%$ et $22{,}5\%$, respectivement pour x entre 75 et 79 ans et entre 80 et 84 ans.

$L(x) = 12$ et 14 respectivement pour x entre 75 et 79 ans et à partir de 80 ans.

$\hat{n}(x)$: le tableau ci-dessous[21] donne la distribution du nombre de chutes survenues dans les 12 derniers mois pour trois tranches d'âge.

	Distribution du nombre de chutes parmi les personnes ayant chuté au cours des 12 derniers mois			
Age	1	2	3	4+
65 – 74	50,9%	22,9%	8,8%	17,5%
75 – 84	29,1%	32,9%	12,7%	25,3%
85+	35,5%	35,5%	9,7%	19,4%

L'équation d'arbitrage s'exprime alors numériquement comme :

$2010€ > 118€$ pour un homme et $2136€ > 128€$ pour une femme.

Interprétation : pour cet ensemble de paramètres et pour cet individu – homme ou femme – particulier, n'ayant à acquitter que le ticket modérateur en cas d'hospitalisation, la réduction du coût financier actualisé permise par l'équipement de son domicile en DTA ne compenserait pas la dépense totale actualisée de cet équipement. L'individu y renonce donc. Pour ces mêmes paramètres, en particulier ceux relatifs au coût total actualisé de l'équipement, partiellement subventionné par les pouvoirs publics il apparaît que, du point de vue de la personne âgée, l'arbitrage établi sur les seuls coûts médicaux, également pris majoritairement en charge par l'administration, conduit à la décision de ne pas s'équiper en DTA. Considérons maintenant le point de vue du décideur public et de ses différents organismes sociaux.

L'analyse coûts-bénéfices du décideur public

Du point de vue du décideur public, l'arbitrage relatif à un individu représentatif s'appuie sur les dépenses et les économies réalisées

[21] Construit à partir des données expérimentales de E. Mendes da Costa et A. Levêque (2008), *Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile à Fontaine l'Evêque*, Belgique, ULB, 62 p.

induites par sa politique de prévention des chutes des personnes âgées à domicile, qui prévoit, entre autres mesures, la prise en charge partielle des frais d'installation et de fonctionnement de l'équipement de prévention des chutes tels que décrits précédemment. Son arbitrage est donné par :

$$\left(\sum_{t=0}^{T} p\left(x+\frac{t}{x}\right)\delta^t(1-\tau_t)D_t\right) + (1-\alpha)\sum_{t=0}^{T} p(x+t/x)\delta^t\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)[\bar{C}^P + h(x+t)L(x+t)C_H^P] \lesseqgtr \sum_{t=0}^{T} p(x+t/x)\delta^t\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)[\bar{C}^P + h(x+t)L(x+t)C_H^P]$$

avec :

$\bar{C}^P =$ coût réel de la consultation en urgence

$C_H^P =$ coût réel journalier d'une hospitalisation consécutive à une chute.

L'inégalité précédente peut se réécrire, comme précédemment :

$$\sum_{t=0}^{T} p(x+t/x)\delta^t(1-\tau_t)D_t \lesseqgtr \alpha\sum_{t=0}^{T} p(x+t/x)\delta^t\hat{q}(x+t)\hat{n}(x+t)[\bar{C}^P + h(x+t)L(x+t)C_H^P]$$

Application numérique

(seules les valeurs numériques spécifiques à ce calcul sont données ci-dessous, celles utilisées précédemment sont conservées)

$\bar{C}^P = 46€$ (moyenne des quatre tarifs applicables selon l'horaire, nuit/jour et jours fériés)

$C_H^P = 1470€$

Les calculs conduisent au résultat numérique suivant pour l'arbitrage relatif à la même personne (respectivement un homme et une femme) que celle considérée précédemment :

$3015€ < 6192€$ et $3204€ < 6756€$

soit une économie réalisée par la collectivité de 3177 € si la personne âgée est un homme et de 3552 € si c'est une femme.

L'arbitrage coûts-bénéfices – réduit à sa dimension financière – du décideur public appliqué à l'équipement DTA de prévention des chutes à domicile l'engagerait, pour les paramètres choisis dans cette simulation et toutes choses égales d'ailleurs, à favoriser cette mesure d'incitation au maintien à domicile des personnes âgées. L'étape suivante consisterait à appliquer cet arbitrage pour l'ensemble de la population éligible d'un territoire, qu'il soit un département, une région ou la France entière, pour une estimation de l'économie réalisée grâce à la prise en charge financière des dépenses engagées par les personnes concernées. À titre d'illustration extrapolée de l'exemple précédent, si l'on applique la proportion de femmes (40%) et d'hommes (17%) de 75 ans vivant seuls dans leur logement recensées en 2008 par l'Insee[22] au nombre de personnes de cet âge (respectivement 236 255 femmes et 193 056 hommes) au 1er janvier 2016 en France métropolitaine[23], les économies permises par le DTA en coûts induits par les chutes survenues au domicile se chiffreraient approximativement à 440 millions d'euros (188 millions si l'on tient compte du coût net privé des 127 321 personnes concernées) sur 7 ans pour cette seule cohorte. Il est à noter que ce calcul est *a minima* car il ne tient pas compte des baisses potentielles des dépenses liées à la dépendance, dans la mesure où la réduction du nombre de chutes retarde l'entrée en dépendance.

CONCLUSION

Les enjeux économiques du vieillissement doivent tenir compte de la volonté de la population d'accéder au bien-vieillir, concept multiforme qui recouvre des acceptions variant selon les pays, l'âge et le revenu des personnes. Le terme est la traduction de « *sucessful aging* », notion apparue dans les années 1950 et développée à la fin des années 1980, qui marqua dans les pays développés le début de la réflexion sur un renversement du point de vue négatif porté sur la vieillesse et la recherche de solutions économiques et sociales au problème de la croissance rapide du nombre d'années vécues comme « senior ». Rowe et Kahn (1997) proposèrent

22 Insee - Proportion d'hommes et de femmes résidant seuls en 1990 et 2008 selon l'âge. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1392&page=graph#graphique1.

23 http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2.htm.

une définition du bien-vieillir reposant sur trois piliers : vivre sans incapacité ni maladie ; conserver ses capacités cognitives et physiques ; interagir avec les autres, disposer d'un réseau social actif. Si, avec le temps, ces conditions nécessaires ont été critiquées, amendées et complétées, elles restent valides. Sur le plan collectif, les politiques mises en œuvre sur la base de cet enjeu d'amélioration de la qualité de vie dans le dernier tiers de la vie ont pour objectif concret de compresser la morbidité sur une période de plus en plus courte et d'œuvrer sur la réduction des incapacités et des risques de santé affectant les seniors. L'adhésion de la population à ces objectifs passe par une prise de conscience précoce des coûts individuels et collectifs induits par le vieillissement et le risque de très grand âge mais également des avantages permis par un engagement financier également précoce. Nous avons tenté de montrer dans ce chapitre que le maintien de la qualité de vie compatible avec la réduction des coûts liés à la dépendance exigeait deux types d'effort complémentaires. Le premier porte sur les innovations organisationnelles, technologiques et financières indispensables pour une prise en charge des coûts évoqués précédemment qui soit à la fois économiquement efficace, socialement équitable et politiquement acceptable. Le second concerne la mise en œuvre d'une régulation repensée qui s'appuie sur le renforcement d'un secteur d'activités émergent, la *Silver Economy*, qui soit en mesure de concilier profitabilité commerciale et satisfaction des contraintes de revenu des consommateurs confrontés à la nécessité d'investir en équipements innovants dont l'acceptabilité du coût et du prix dépendent crucialement de l'engagement des différents échelons de l'État à la prise en charge partielle de leur financement.

BIBLIOGRAPHIE

Amyot, J.J., 2010, « Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers », *Vie sociale*, n°1, p. 25-42.

Billaud, S., Bourreau-Dubois, C., Gramain, A., Lim, H., Weber, F., Xing J., 2013, *La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques*, Rapport final, Convention DREES-CNRS 52346, 130 p.

Bobinac A., 2012, *Economic evaluations of health technologies: insights into the measurement and valuation of benefits*, Thesis Dissertation, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands, 227 p.

Bonnet C., Cambois E., Cases C., Gaymu J., 2011, « La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ? », *Population & sociétés*, n°483, 4 p.

Broussy L., 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro !*, Rapport à Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie.

Caire, J.-M., 2015, *Étude anthropo-systémique des conditions de maintien à domicile : dans le cas d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée*, Thèse de doctorat, Université de Bordeaux, 326 p.

CNSA, 2015, *Extrait du rapport 2014 du Conseil du CNSA*, avril, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Paris. http://www.cnsa.fr/sites/default/files/cnsa_rapport_2014_bilan_des_preconisations_du_conseil_depuis_2006_vf.pdf

Ceri P., 2009, « What is cost/effectiveness? », *What is...? series – Health economics*, Second edition, Hayward Medical Communications.

Chaussy, C., Fabre, E., 2014, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion », *Insee Partenaires Réunion*, n°29, 6 p.

Chertkow H., 2002, « Le trouble cognitif léger », *Revue Canadienne de la Maladie d'Alzheimer*, vol. 5, n°1, p. 15-20.

Cherubini B., (dir.), 2011, *Agir pour la promotion de la santé. Une politique ouverte à l'innovation ?* Toulouse, Éditions Érès, coll. « Action santé », 222 p.

Conseil économique, social et environnemental, 2011, « La dépendance des personnes âgées », Weber M., Vérollet Y., Rapporteurs, 80 p.

Cour des Comptes, 2005, « Les personnes âgées dépendantes », Rapport au Président de la République, novembre, 429 p.

Djellal, F., Gallouj, F., Gallouj, K., 2004, « La dynamique de l'innovation et du changement dans les services de soins aux personnes âgées », *Revue française des affaires sociales*, n°3, juillet-septembre, p. 139-169.

EHLEIS, 2015, « Espérance de santé en France », Rapports nationaux, *European Health and Life Expectancy Information System*, n°8, Octobre, 4 p. http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue8_translated/France.pdf

Enste, P., Nagele, G., Leve V., 2008, "The discovery and the development of the silver market in Germany", in Kohlbacher F., Herstatt C. (eds), *The Silver Market Phenomenon. Business Opportunities in an Era of Demographic Change*, Heidelberg, Springer, p. 325-339.

Fontaine, R., Gramain, A., Wittwer J., (2007), « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Économie et Statistique*, n°403-404, p. 97-115.

Gramain, A., Lacan, L., Weber, F., Wittwer J., 2005, « Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation microéconomique », *Revue économique*, vol. 56, n°2, p. 465-484.

Hénaff-Pineau, P.-C., (2009), « Vieillissement et pratiques sportives : entre modération et intensification », *Lien social et Politiques*, n°62, p. 71-83.

Lecroart, A., Froment, O., Marbot, C., Roy, D., 2013, « Projections des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation », DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n°43, Septembre, 27 p.

Meunier, V., Marsden, E., 2009, « L'analyse coûts-bénéfices – Guide méthodologique », *Les Cahiers de la Sécurité Industrielle*, 60 p.

Nishiyama, S., Smetters K., 2014, "Financing Old Age Dependency", *Annual Review of Economics*, vol. 6, p. 53-76.

OCDE, 2005, *Manuel d'Oslo. Principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation : la mesure des activités scientifiques et technologiques*, 3e édition, 188 p., éditions OCDE.

Pedrono, G., *et al.*, 2015, « Les chutes des personnes âgées : un enjeu majeur de santé publique », Communication aux *Journées de la prévention et de la santé publique*, Paris, 9-11 juin.

Petrella, F., Richez-Battesti N., 2010, « Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : l'économie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? », *Management & Avenir*, n°35, p. 273-292.

Planchet, F., 2016, *Modèles de durée : tables de mortalité*, Supports de cours, ISFA (2016-17), 43 p., http://www.ressources-actuarielles.net/C1256F13006585B2/0/1430AD 6748CE3AFFC1256F130067B88E/$FILE/Seance4.pdf?OpenElement.

Puech, I., 2012, « La régulation des services à la personne et le secteur associatif des années 1970 à nos jours », *Informations sociales*, n°172, p. 94-100.

Robine, J.M., Cambois E., 2013, « Les espérances de vie en bonne santé des Européens », *Population et Sociétés*, n°499, Ined.

Rowe, J.W., Kahn R. L., 1997, « Successful Aging », *The Gerontologist*, vol. 37, n°4, p. 433-440.

Ruellan, I., 2011, *Les Gérontechnologies : des technologies nouvelles au service des personnes âgées, de leurs aidants et des soignants*, Mémoire, Université René Descartes - Paris V, Faculté Cochin Port-Royal.

Weil, D. N., 1997, "The Economics of Population Aging", in *Handbook of Population and Family Economics*, p. 968-1010, vol. 1B, ed. M. Rosenzweig & O. Stark, Elsevier.

Zimmer, B., 2012, *Structuration d'un cluster d'innovation : application aux projets d'innovation dans une grappe d'entreprises en gérontechnologie*, Thèse de doctorat, 223 pages, École Centrale Paris.

CHAPITRE 3

La nature du produit « gérontechnologie »

EMMANUEL SOUFFRIN

Agir à distance, envoyer, recevoir des informations, voir et parler au travers d'un téléphone ou d'une tablette, contrôler ou mesurer son état de santé deviennent aujourd'hui des fonctionnements quotidiens, qui illustrent, d'une part, l'augmentation du nombre d'objets dans les ménages et leur multifonctionnalité et, d'autre part, des changements de comportements dans les formes d'échanges et de solidarité au sein des familles. Nous proposons ici, dans le cadre de l'étude de l'acceptabilité des gérontechnologies, de poursuivre la réflexion sur les deux couples de notions « proximité/solidarité » et « usage/usager », largement utilisés en ethnologie et en sociologie.

Les entretiens G-RUN, dont la méthodologie a été présentée en introduction de cet ouvrage, et les observations sur lesquels s'appuie cet article ont été menés plus particulièrement au domicile de personnes âgées de plus de 60 ans, équipées ou non d'un objet « téléassistance » et auprès des membres de leurs familles qui ont eu une influence sur le choix de cette technologie. Plus précisément, les membres de la famille concernés étaient le plus souvent les aidants, mais aussi parfois les enfants présents pour la restitution de l'appareil après un décès ou un hébergement en institution.

Nous nous intéressons à la place que peuvent prendre des technologies, notamment de communication, dans ce soutien aux personnes âgées dites dépendantes, ressentant ou présentant des risques d'isolement social. Cette place, nous la questionnons plus spécifiquement sous deux facettes : comment l'offre de service et l'usage permettent-ils de définir la nature de l'objet technologique ? Comment la nature de l'objet peut-elle définir de nouvelles offres de services ou de nouveaux usages ? Nous avons alors essayé d'identifier la nature de l'objet « téléassistance » du côté du contexte culturel des relations sociales (identification de ce que l'on achète, intégration par l'usage qui en est fait) et en essayant de questionner son acceptabilité sociale.

Les approches définissant une sociologie du quotidien ont été depuis longuement discutées avec un examen attentif de ce qui se fait et

se défait dans les pratiques quotidiennes. La notion de « bricolage » introduite par les anthropologues (Levi Strauss, 1962) et celle de « braconnage » par de Certeau (1980) selon laquelle « le quotidien s'invente avec mille manières de braconner », ont largement été reprises par de nombreux auteurs.

Les premières études fondatrices de la sociologie des usages ont été menées dans le prolongement de travaux sur les industries culturelles. Pour simplifier, jusque dans les années 1990, les approches sociologiques se sont plutôt penchées sur les transformations de la société.

Jouët (2000) porte un premier regard rétrospectif sur la sociologie des usages en plaidant pour son inscription à part entière dans les sciences sociales. Elle fait dans cet article le bilan des études des « manières de faire » de pratiquants ordinaires qui se sont développées dans plusieurs directions théoriques et méthodologiques.

Proulx (2001) propose à son tour de reconsidérer le champ d'étude des usages et de l'innovation, en identifiant trois pistes de travail qui depuis se sont développées : penser la coordination entre les pratiques des concepteurs et des usagers ; prendre en compte des approches sociocognitives pour appréhender les pratiques d'usage dans un contexte situé ; articuler – « enchâsser » – les analyses microsociologiques des usages dans l'étude des enjeux macrosociologiques relevant d'une approche sociopolitique.

Jouët (2011) réalise ensuite un nouveau bilan exhaustif de la recherche française et note la transmission de certaines postures d'investigation en même temps qu'une récurrence de quelques thématiques. Enfin, Proulx (2015) dans un article intitulé « La sociologie des usages, et après » questionne les postures épistémiques des observateurs des cadres sociaux des usages en concluant sur l'importance de revenir aux premiers travaux fondateurs de Michel de Certeau, « cette sociologie de l'ordinaire et des arts de faire ».

USAGES, USAGERS : NOUVELLES ATTITUDES ET NOUVEAUX COMPORTEMENTS

Le regain d'intérêt en sociologie pour la question des usages est associé à l'arrivée des nouvelles technologies et à l'apparition des téléphones portables. Depuis 1995, plus de deux milliards de jeunes sont nés et pour bon nombre d'entre eux, Internet va de soi. La pénétration rapide des technologies de l'information et de la communication (TIC)

dans tous les foyers est observable à des échelles différentes, mais si l'évolution des technologies dans les ménages n'est pas identique dans tous les pays et dans tous les ménages, il est difficile de ne pas prendre en compte le phénomène des « *digital natives* » (Perriault, 2015).

Un autre phénomène, le vieillissement rapide de la population, va bouleverser également la question des usages. Les générations de plus en plus nombreuses de personnes âgées dépendantes voient apparaître sur leurs lieux de vie de nombreuses innovations regroupées aujourd'hui sous le vocable de « gérontechnologies ».

Enfin, l'approche des usages est aussi renouvelée par des recherches sur des situations d'interaction entre un agent humain et un outil informatisé en travaillant, non plus sur les causes ou les impacts, mais en amont dès l'invention de l'outil et en observant les usages du quotidien.

Dans cette mouvance, nous avons cherché à mieux comprendre la nature de l'objet « téléalarme-téléassistance » à partir de dimensions extraites des discours des usagers, dont nous avons précisé la définition. L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir deux thèmes principaux dans les discours des différents acteurs : l'un peut être associé à l'appropriation de l'objet par l'expression d'une offre de sécurité présente dans le discours des entreprises qui distribuent le produit et dans ceux des « usagers-pluriels », et l'autre associant l'usage à une demande de proximité, d'échange social dans laquelle nous incluons le « vivre à domicile » présent dans le discours de ces mêmes acteurs.

Nous avons considéré que l'objet « brut » technologique, la téléassistance, qui nous a servi pour questionner les nouveaux usages n'a que peu d'intérêt en lui-même. Il est constitué d'un transmetteur de téléassistance, d'une télécommande et d'une zone sécurisée courte. Le fonctionnement de l'objet peut être décrit ici rapidement : le déclencheur, un bouton d'alerte, relié à un bracelet-montre ou un collier, fonctionne sur une ligne téléphonique, avec une surface de contact d'une trentaine de mètres environ. Le signal est envoyé vers une plateforme téléphonique située à La Réunion avec un standard d'écoute 24 heures sur 24. À la réception du signal, la centrale téléphonique rappelle la personne âgée et selon la réponse ou en l'absence de réponse, contacte les personnes préalablement identifiées et/ou les secours.

Ces dispositifs qui permettent à des personnes âgées isolées d'être reliées en permanence à un service téléphonique au moyen d'un déclencheur qui, par simple pression, envoie un signal, sont bien connus. Les services de téléassistance ont été étudiés par divers chercheurs depuis

une vingtaine d'années et plus récemment dans le cadre d'une recherche collective menée pour la CNSA (Raulet-Croset *et al.*, 2010). Sous forme de montre téléphone, bip d'alerte, détecteur de chute pour le domicile, ils sont utilisés par plus de 500 000 personnes en France.

En questionnant la nature de l'objet, nous reprenons l'hypothèse assez classique que le produit proposé n'est sans doute pas appréhendé de la même manière par l'ensemble de la chaîne des acteurs, du concepteur au consommateur en passant par le vendeur et la famille. Nous avons fait également l'hypothèse que la nature de l'objet est définie par la culture de l'objet domestique, sa valeur, le rôle qu'il peut jouer, la façon dont il pénètre l'intimité des personnes.

Mieux comprendre la perception et l'usage des gérontechnologies et leur éventuel décalage avec celle des concepteurs, des vendeurs, prescripteurs, etc. nécessite ainsi d'entendre mais aussi d'observer les pratiques en associant le registre de la santé, le lien social, la sécurité, la lutte contre l'isolement. Mais c'est également reconnaître les nombreuses interactions entre les acteurs pour prendre en compte un « usager-pluriel » qui participe à la définition de la fonction de l'objet. C'est pourquoi nous formulons les questions suivantes : à partir de la connaissance supposée des besoins des usagers, certains considèrent-ils la gérontechnologie comme une aide technique, et surtout un moyen du maintien à domicile de ces personnes, alors que d'autres la percevraient comme un substitut au contact humain ? Comment s'articulent l'aspect sécuritaire, le besoin d'échange et de convivialité ? Observe-t-on des demandes ou des usages en décalage avec le discours établi des concepteurs et des vendeurs ?

En effet, la sociologie des usages s'est attachée à montrer que l'affichage de la fonction de l'objet nouveau ne fait pas l'usage, et que celui-ci, s'il est sans doute à remettre dans un contexte ou un environnement social, est aussi créateur de culture sociale. Dit autrement, l'usage redéfinit en partie la fonction de l'objet en questionnant la notion d'utilisateur-multiple et de ses attentes. C'est précisément ce rapport au nouveau qui intéresse aujourd'hui la question de l'acceptabilité qui permet de situer l'usage non par rapport à un passé, mais bien au regard de pratiques émergentes.

REDÉFINIR L'USAGE POUR ALLER AU-DELÀ DE LA RELATION INDIVIDU/OBJET

Définir l'usage c'est, pour reprendre l'introduction de Pizelle *et al.* (2014, p. 15-18) dans un ouvrage collectif autour d'une méthode articulant innovation et usage,

> analyser la dynamique que met en place l'utilisateur pour intégrer un objet nouveau dans ses façons d'être et de faire quotidiennes. […] Questionner un processus d'ajustement réciproque par lequel on cherche à croiser les connaissances et compétences de l'utilisateur d'un côté, la conception du produit ou service innovant de l'autre et enfin leur constante interrelation.

Enfin, c'est définir l'usage d'un objet par « le sens et la valeur accordée à l'objet, qui vont en amont dépendre à la fois de la manière dont les utilisateurs vont intégrer le changement dans leurs pratiques quotidiennes et des caractéristiques et fonctions du produit et des services affichés ».

La catégorie des personnes rencontrées à leur domicile est assez peu maîtrisable d'un point de vue statistique ; elle s'est construite après-coup, lors des entretiens réalisés dans le cadre du programme G-RUN et lors d'autres entretiens sur la thématique du vieillissement (Sandron et Souffrin, 2013 ; 2015). Elle a ceci de particulier qu'elle regroupe des personnes âgées sans emploi, qui peuvent ou non se déplacer, avoir ou non une certaine autonomie, vivre en couple ou seules, elles-mêmes pouvant être aidant d'une autre personne, vivant ou non en milieu urbain.

La notion d'utilisateur est abordée ici d'une façon originale en constatant l'importance du poids de la famille et des réseaux professionnels, médicaux et sociaux, tant dans l'introduction de l'objet innovant que dans sa dynamique d'utilisation. L'usage n'est pas considéré ici dans un face-à-face entre un usager et une technologie « téléalarme » ou « téléassistance », mais comme un indicateur, et aussi comme révélateur, de la création de nouvelles cultures de l'échange et de la communication. C'est en considérant les services rendus, associés ou attendus à cette technologie que nous avons élargi la notion d'acteur-usager pour ne pas nous limiter à un unique usager-utilisateur-bénéficiaire.

Si le destinataire de l'objet et du service est souvent désigné comme le signataire du contrat, ou comme étant le bénéficiaire, le service attendu par l'introduction de l'objet nécessite l'existence d'une présence

proche, capable d'être alertée rapidement, avec la personne âgée[1]. Contrairement à la représentation d'une interconnaissance s'appuyant quasi exclusivement sur des réseaux familiaux, l'identité de ces personnes montre que, à La Réunion, les formes de solidarité loin de s'atténuer ou de disparaître se recomposent avec la présence de réseaux d'acteurs nouveaux.

L'évolution des formes de solidarités dans cette société où l'interconnaissance est essentielle pour échanger et communiquer (Watin, 1994) est observable à travers la relation de confiance qui est affichée dans le contrat qui les lie à l'objet. Nous faisons l'hypothèse que ce contrat participe également à la définition de la nature de l'objet, faisant de celui-ci un élément de l'analyse de nouvelles formes de proximité sociale qui relient les personnes âgées à d'autres personnes.

Nous avons également constaté lors de la contractualisation l'évolution de la nature du réseau de proximité qui est identifié par les personnes âgées. La forme du contrat « téléassistance » introduit de nouvelles personnes dans la vie quotidienne de la personne dépendante qui sont susceptibles de répondre à l'alarme en dehors de tout contrat qui les lie 24h/24 à la personne : le commercial, qui établit un contact avec les personnes au-delà d'une relation technique ; le technicien qui rentre en contact pour recueillir les mensualités de l'abonnement chez les personnes sans compte en banque, pour réparer ou changer l'appareil ; l'opératrice ou l'opérateur qui va appeler régulièrement lors des événements tels un anniversaire et s'informer de l'état de santé de la personne vérifiant par la même occasion la qualité de l'appareil.

Cette notion d'usager-collectif ou pluriel (à distinguer d'un collectif d'usagers), prend également un sens particulier à La Réunion où le vieillissement au domicile est une réalité pour plus de 90% des personnes âgées.

> À La Réunion, les personnes âgées dépendantes vivent très fréquemment à domicile (92%). Même en cas de dépendance lourde, 83% des Réunionnais restent à domicile (49% en métropole). […] En 2030, 26 700 personnes seraient dépendantes à La Réunion, soit le double de 2012. L'arrivée à des âges élevés de générations nombreuses nées dans les

[1] Le contrat sur lequel nous avons travaillé stipule qu'« un dépositaire de clés doit obligatoirement être désigné pour la prise en compte du dossier. Pour la sécurité des abonnés, les dépositaires de clés seront, si nécessaire, contactés en fonction de leur proximité géographique (temps de trajet) et non de l'ordre dans lequel ils sont inscrits ».

décennies cinquante ou soixante explique l'ampleur de la hausse (Chaussy *et al.*, 2014).

Divers indicateurs permettent sans doute de justifier de cette situation : les revenus de la personne âgée restent dans le foyer ou dans le ménage où elle est parfois la seule source de revenus ; le nombre très faible de structures de type EHPAD, EHPA ou Accueil de Jour ; un réseau important d'associations ; un mode de vie où la solidarité générationnelle est présentée comme une valeur de la « tradition ».

Nous pouvons résumer les figures de l'usager qui se dégagent de la littérature et de nos investigations :

- Un pratiquant actif, bricoleur, est le premier modèle dégagé par la sociologie des usages (de Certeau).
- Un usager capable d'utiliser un outil dans le cadre d'une médiation sociale.
- Une figure de l'usager pris dans son environnement et dans les stratégies politiques et marchandes.
- Une quatrième figure de l'usager se dégage nettement de nos entretiens, celle d'un usager pluriel, associant différents utilisateurs, présents dans la sphère familiale mais aussi sociale (les clubs, la télévision, les amis, les voisins, etc.), médicale ou médicosociale (infirmiers, aides à domicile, agents des Centre Communaux d'Action Sociale, etc.).

LA NATURE DE L'OBJET EST-ELLE DÉFINIE PAR SON USAGE ?

Lorsque lors des entretiens, nous essayons de situer dans le temps social de la personne âgée l'introduction d'objets de communication nouveaux, conçoit-on ou perçoit-on de nouveaux usages, de nouvelles formes de proximités accessibles aux personnes âgées ? La nature du lien entre technologie et communication, lien social et rapports sociaux requestionne la problématique de la proximité à travers les notions de présence et de solidarité.

L'étude de ce lien reste encore émergente lorsqu'il s'agit de l'introduction de l'innovation dans le quotidien du domicile des personnes âgées. La proximité et le domicile sont aujourd'hui un des enjeux sociaux et économiques de réflexion des politiques publiques. Ce qui rentre au domicile, ce qu'on vend, ce sont toujours des réponses à des enjeux de sécurité, de marché et de solidarité/convivialité.

Dans le cas de la personne âgée, c'est une reconfiguration du rapport entre solitude et isolement qui peut être relevée. L'isolement social, à distinguer de la notion de solitude, qui elle peut désigner une conséquence non désirée ou une situation recherchée, est défini en référence à des marqueurs assez variés mais identifiables lors de nos observations et de nos entretiens : vit seul à son domicile, a des problèmes de santé chroniques, a peu d'accès à des modes de transport, a des faibles revenus, « subit » l'éloignement des enfants, ne participe plus ou pas à la vie sociale, culturelle et cultuelle.

Dans les situations observées, les cas de figure révèlent des situations et des attentes très différentes que peut venir pallier en partie l'introduction de l'usage de la téléalarme qui construit une nouvelle proximité relationnelle autour de la personne âgée. Donnons-en quelques illustrations.

> Homme, 67 ans, quatre enfants qui vivent aux Comores
> « *Je ne veux pas rester seul sans rien faire, je deviens fou. Je vis tout seul, tout seul à La Réunion* »

> Femme, 75 ans, habite avec un de ses fils
> « *Je ne veux pas rester assise à regarder n'importe quoi, je suis seule et c'est pour cela que j'ai des animaux [chiens et oiseaux], car ils me permettent de rester en vie, pas malade et joyeuse* »

> Homme, 67 ans, cinq enfants en métropole et en Chine, ses ex-conjointes sont en métropole
> « *Mon entourage proche est très loin. Les avantages c'est…, en cas d'urgence, je pourrai alerter les personnes que j'aurai désignées* »

> Femme, 76 ans, vit seule, son fils (souvent hors de l'île) et sa bru vivent à l'étage au-dessus
> « *Comme je me sens très seule, j'ai toujours vécu seule […]. Dès que j'ai été à la retraite, je suis tombée malade, parfois je ne me sens pas bien. C'est pour çà que j'ai demandé l'assistance. Ce qui me pèse c'est la solitude…, le matin ça va j'ai des gens qui passent, mais après 4h-5h c'est dur, c'est plus comme avant […] Avant, j'avais ma voiture, je sortais deux fois par jour, maintenant s'il m'arrive quelque chose je suis toute seule* »

> Homme, 89 ans, veuf, cinq enfants
> « *Je suis seul, seul… Je ne m'ennuie pas, j'écoute la radio et je regarde la télévision* ».

L'innovation dans le cadre de cette étude n'est pas dans son objet brut mais dans son usage : sa nature est donc liée à la capacité d'innover par les usages, pour reprendre le titre de l'ouvrage de Pizelle *et al.* (2014). Les usages mobilisent une compétence et une expérience culturelle, collective, propre à l'usager-collectif. Ils sont également présents, affichés comme des basiques lors de la relation commerciale, voire médicosociale avec la personne âgée dépendante, à travers le thème des chutes à domicile. Pour les analyser, il est important de s'intéresser également aux usages non-définis : les erreurs, le contact-échange régulier avec une nouvelle personne, le besoin d'échanger sans contrainte, et évidemment la pratique la plus répandue qui est celle du non-usage.

Comme le font remarquer Boutet et Trémenbert (2009) dans un article sur les non-usages, la question de l'entourage dans la compréhension des non-usages intervient dans trois principaux registres à savoir

> la présence ou non d'un environnement social propice à la découverte des objets techniques par leur présence et leur pratique, la présence d'un environnement social pouvant servir de ressources à cette découverte ou aidant à l'identification de ces ressources, et enfin la présence d'un environnement social qui, par ses comportements et ses interactions, participe à la construction des expériences des non-usagers à l'égard des objets techniques.

ÊTRE PROCHE AUJOURD'HUI : LA PROXIMITÉ À DISTANCE

À partir des questions de proximités et de solidarités, verticales ou horizontales, nous nous sommes interrogé sur les nouveaux espaces relationnels qui apparaissaient lors de la description des différents usages. Sans le formaliser précisément, la nature du contrat introduit de nouvelles relations dans la vie quotidienne en donnant précisément à la nature de l'objet une valeur sociale bien éloignée de la valeur technologique.

Le commercial qui se déplace au domicile pour faire l'installation de son produit établit, dès cet instant, un contact avec les personnes qui va bien au-delà d'une relation technique. Pour l'agent avec qui nous avons travaillé, les échanges permettent d'établir une relation de confiance entre le technicien, la personne âgée, et sa famille lorsqu'elle est présente, en abordant de nombreux aspects de la vie de la personne. L'entretien passant rapidement du français au créole, des aspects techniques aux besoins de la personne, de l'environnement social disponible à

la vie quotidienne, la demi-heure passée au domicile, dépassée lors de notre présence, engage la personne dans une relation à distance, mais durable.

Comme nous l'avons déjà indiqué, cette relation va au-delà de la phase d'installation puisque le technicien pourra revenir régulièrement pour recueillir les mensualités de l'abonnement chez les personnes qui n'ont pas de compte en banque, ou lorsqu'il devra se déplacer à nouveau pour réparer ou changer l'appareil. Quand une opératrice s'informe de l'état de santé de la personne vérifiant par la même occasion la qualité de l'appareil, quelques-unes des personnes interrogées connaissent le prénom de l'opératrice.

> Homme, 88 ans
> « *Souvent ils appellent, je ne sais pas comment elle s'appelle, Brigitte je crois, elle me demande si je suis pas malade* ».

Une autre relation peut également se créer avec cette opératrice en cas d'erreur de manipulation, parfois involontaire ou lorsque la personne cherche à simplement échanger avec une personne. Le contrat affiche le réseau de proximité identifié par les personnes âgées faisant apparaître un territoire des relations sociales dans lequel les enfants ne sont plus toujours en première ligne, même s'ils peuvent être considérés comme proches physiquement. Nos investigations ne nous ont pas permis d'aller au-delà, mais l'identification des personnes-ressources présentes dans les contrats serait un indicateur précieux pour illustrer comment l'évolution de la nature des objets peut révéler et influer le choix individuel des relations, révéler des relations choisies entre les personnes et requestionner la notion de proximité.

Par l'insertion d'un objet particulier, par le contrat qui lie l'usage à l'innovation, ce sont les proximités de solidarité, ou la « solidarité de proximité » définies par la « tradition » comme étant liées à la proximité familiale des réseaux de parentèles, à l'échelle du territoire de la *kour* et du *kartié*[2] qui se trouvent donc transformées.

Pour prendre en compte les différentes formes de proximité, pour les détailler précisément, il faudrait poursuivre les observations des

---

[2] Watin et Wolf (1995) ont défini ces deux espaces sociaux à La Réunion de la manière suivante : « Le "kartié" constitue un espace social que l'on doit distinguer du quartier comme découpage géographique et administratif. À La Réunion, la "kour" désigne l'espace domestique élémentaire. Espace généralement clos, il comprend la "kaz" dont l'implantation détermine une avant-cour plantée de fleurs et une cour arrière où se déroule la majeure partie de la vie familiale ».

pratiques et des usages en reprenant une des typologies établies par la socio-économie à savoir des « proximités spatiales », des « proximités socio-économiques », des « proximités relationnelles » (rôle des réseaux sociaux), des « proximités de médiation » (rôle des institutions) ainsi que des « proximités institutionnelles » en distinguant alors les logiques d'appartenance et les logiques d'adhésion (Grosetti et Bouba-Olga, 2006).

DÉLICATE ACCEPTABILITÉ

Les échanges avec les usagers ont également porté sur la « technophobie ». Si le terme est sans doute trop fort, le refus de la technologie n'est pas uniquement ou spécifiquement lié à l'introduction d'une innovation technique, cette dernière peut être associée aux changements de pratiques qui sont produits par la « modernité » et particulièrement dans la situation étudiée, par le manque de maîtrise possible de l'objet. Il apparaît bien que ce n'est pas la technologie brute qui favorisera la relation. En général, ce n'est pas la technologie en elle-même qui est dénoncée, ou sur laquelle les personnes émettent un avis critique, mais ce sont plutôt les usages prescrits parfois *a priori*, voire les injonctions par les ingénieurs ou les planificateurs.

Dans les entretiens réalisés, les personnes expriment des doutes et des craintes sur le fait que ce dispositif permette de s'affranchir de la nécessité d'une proximité physique en continu d'un aidant auprès de la personne âgée. Bien au contraire, et sans rejeter de prime abord la présence d'un robot par exemple, les personnes souhaitent circonscrire le périmètre d'intervention à l'urgence ou comme relais vers de l'humain, en soulignant l'importance et l'unicité du caractère humain, de la présence humaine.

Organiser autrement la mise en contact n'exclut pas ce besoin de contact. Comme l'expriment les extraits d'entretiens ci-dessous, il est frappant de constater en effet que c'est majoritairement un discours visant à se garantir d'une prise de pouvoir par la technologie qui est exprimé par les personnes.

> Femme, 82 ans
> « *Moi je préfère aller chez mon médecin pour le voir et discuter en face à face qu'avoir un robot à la maison* »

Fille d'un homme de 92 ans
« *Maintenant ils mettent des robots dans les maisons de retraite pour parler avec les personnes âgées, c'est idiot ça* »

Homme, 62 ans
« *Je n'ai pas besoin d'un robot, une fois j'ai entendu qu'un robot a agressé une personne* »

Femme, 72 ans
« *Ça ne remplace pas l'humain ! Vous voulez que je vous le dise ? Eh ben, voilà. On ne commande pas dans une époque où la science est poussée, on ne commande pas son corps […]. Ce qu'il va se passer, il y aura la destruction comme je vous dis* »

Femme, 92 ans
« *J'ai peur des fois, parce que quand je mets le portable [téléphone] et le médaillon, que les deux ensemble ça fasse quelque chose à l'intérieur de mon corps c'est la seule chose qui me fait peur* »

Homme, 70 ans
« *Je préfère que ce soit une femme qui fasse ma vaisselle [plutôt qu'une machine] […] Les robots, ça me fait peur, quand je vois La Réunion, toutes les voitures qu'il y a, je me demande ce que ça va être dans quelques années* »

Fille d'un homme de 79 ans
« *Un robot c'est bien, mais quelque part ça fait peur […], on sait jamais s'il devient méchant comme un chien, il peut se dérégler* »

Femme, 70 ans
« *J'ai peur qu'il m'envoie en prison…, qu'il commande, qu'il observe tout ce que je fais. Un robot oui, mais comme une poupée, mais pas comme une personne vivante. Il faut des gens qui fassent les robots, mais il faut pas que les robots prennent la place des personnes* ».

CONCLUSION. VIEILLISSEMENT ET DÉPENDANCE : UNE PRISE EN CHARGE MULTIPLE ET COMPLEXE

La notion d'utilisateur-usager de par sa nature plurielle exprime des besoins et des usages qui sont parfois divergents, mais aussi parfois complémentaires. Chacun peut construire ses usages en fonction de ses intérêts. Les usagers et prescripteurs peuvent utiliser la diversité des potentialités que leur offre l'outil, construire leurs propres usages, à

condition qu'ils en expriment le besoin, qu'ils puissent transporter, modifier, s'approprier l'objet. Quant à l'environnement de la personne âgée et des aidants, professionnels ou non, il est aujourd'hui en pleine recomposition du fait du vieillissement inédit de la population et des politiques publiques qui cherchent à se coordonner. Nous pouvons supposer que cet objet, cette téléassistance, puisse aussi servir à établir ce lien entre les intervenants et servir de liant entre les acteurs des services gérontologiques et ceux qui interviennent à domicile.

Précisons pour terminer que les non-usagers, comme les usagers, n'évoluent pas tous dans un environnement dénué de technologies, mais aussi dans un environnement où les représentations sociales, une partie de la nature de l'objet technologique, sont aussi en concurrence. Il ne faut pas perdre de vue dans cette approche combinant innovation et usage, la dimension émotionnelle ou motivationnelle qui facilite ou non l'acceptabilité sociale de la téléalarme et sa nature technosociale.

BIBLIOGRAPHIE

Boutet A., Trémenbert J., 2009, « Mieux comprendre les situations de non-usages des TIC. Le cas d'internet et de l'informatique. Réflexions méthodologiques sur les indicateurs de l'exclusion dite numérique », *Les Cahiers du numérique*, vol. 5, n°1, p. 69-100.

Certeau M. de, 1990, *L'invention du quotidien, tome I : Arts de faire*, Paris, Gallimard, Première édition, 1980, UGE, 10/18.

Chaussy C., Fabre E., Hoarau H., Caliez F., Mariotti E., 2014, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion », *Insee Partenaires*, n°29, mai, Insee Réunion.

Grossetti M., Bouba-Olga O., 2006, « Socio-économie de proximité », *Cinquièmes Journées de la Proximité*, Grei et Groupe Dynamiques de Proximité, 28-30 juin, Bordeaux, France, 17 p.

Jouët J. 2000, « Retour critique sur la sociologie des usages », *Réseaux*, vol. 18, n°100, p. 487-521.

Jouët J., 2011, « Des usages de la télématique aux *Internet Studies* », in Denouël J., Granjon F. (dir.), *Communiquer à l'ère numérique. Regards croisés sur la sociologie des usages*, Paris, Presses de l'École des Mines, p. 45-90.

Lévi-Strauss C., 1962, *La Pensée sauvage*, Paris, Plon, Presses Pocket Agora, 349 p.

Perriault J., 2015, « Retour sur la logique de l'usage », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n°6, [en ligne, http://rfsic.revues.org/1215].

Pizelle P., Hoffmann J., Verchère C., Aubouy M., 2014, *Innover par les usages*, Grenoble, Éditions d'Innovation.

Proulx S., 2001, « Usages des technologies d'information et de communication : reconsidérer le champ d'étude ? », in *Émergences et continuité dans les recherches en information et communication*, Actes du XII[e] Congrès national des sciences de l'information et de la communication (SFSIC), Paris, 10-13 janvier, p. 57-66.

Proulx S., 2015, « La sociologie des usages, et après ? », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n°6, [en ligne, http://rfsic.revues.org/1215].

Raulet-Croset N., Amar L., Charue-Duboc F., Kogan A.-F., 2010, « La structuration de l'offre de téléassistance pour les personnes âgées : créer la proximité à distance », *Management & Avenir*, vol. 5, n°35, p. 254-272.

Sandron F., Souffrin E., 2013, « Constitution d'un statut de l'aidant familial et diffusion des savoirs : une étude empirique à l'île de La Réunion », *Construction, transformation et transmission des savoirs : quels enjeux pour l'intervention sociale ?*, 5[e] Congrès international de l'AIFRIS, IRTS Nord/Pas de Calais, Loos-lez-Lille, 2-5 juillet.

Sandron F., Souffrin E., 2015, « La coordination autour des personnes âgées en situation de précarité : comment l'intégrer dans la formation des travailleurs sociaux ? », *Multiplication des précarités : quelles interventions sociales ?*, 6[e] Congrès international de l'AIFRIS, Porto, 7-10 juillet, 8 p.

Verchère C., Anjembe E., 2010, « De la difficulté de fabriquer des objets-frontières. Le cas d'un projet de conception exploratoire », *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, vol. 4, n°1, p. 36-64.

Watin M., 1994, « Approche du changement social à La Réunion », in *Ville Habitat, Aménagement*, Actes du Forum-Débat 1993, URA 1041, CAUE, DDE, Plan Urbain, Océan Éditions, Île de La Réunion, p. 189-201.

Watin M., Wolff E., 1995, « L'émergence de l'espace public à La Réunion. Un contexte socio-historique singulier », *Études de communication*, n°17, p. 19-39.

CHAPITRE 4

Le rôle de l'entourage des personnes âgées dans l'adoption des gérontechnologies

IRÈNE ALBERT

INTRODUCTION

Dans des sociétés occidentales qui connaissent à la fois un vieillissement de leur population et une monté de l'individualisme, le rôle de l'entourage[1] familial et/ou social dans l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie est central (Attias-Donfut, 1995) et semble ne pas décliner. « Majeur, ce rôle est souvent associé à l'intervention des services professionnels dont les modes d'administration reflètent des choix politiques et des comportements culturels propres à chaque pays » (Renaut, Ogg, 2003, p. 174). Tous les auteurs s'accordent pour affirmer que les familles fournissent environ 80% de l'aide alors que l'évolution des structures familiales et les transformations sociétales en cours ne favorisent pas toujours ce fonctionnement familial. C'est pourquoi

> il est donc nécessaire de bien évaluer les ressources tangibles des individus et la dynamique des pratiques de solidarités familiales, c'est-à-dire leurs spécificités par rapport aux ressources publiques, mais aussi leurs limites dans le contexte des transformations en cours (Van Pevenage, 2010, p. 6).

Par ailleurs, les techniques ou gérontechnologies

> utilisées autour et par les personnes âgées sont censées assurer à chacun une plus grande possibilité d'intervention sur et dans l'environnement. [À l'appui d'expérimentations de leur utilisation chez des personnes âgées], les argumentaires développés par les industriels et les professionnels sanitaires et sociaux, insistent sur un avantage de ces techniques : améliorer ou retrouver l'autonomie, voire la liberté (Roquejoffre, 2013, p. 22).

[1] Le concept d'entourage décrit le réseau de sociabilité des individus au-delà du ménage et des liens familiaux ; l'entourage comprend les membres des ménages successifs auxquels a appartenu l'individu ainsi que les membres de sa parentèle et les personnes clés qu'il désigne (Bonvalet et Lelièvre, 2012).

Compte-tenu de leur développement et diffusion récents se pose la question de leur acceptation par des utilisateurs très spécifiques que sont les personnes âgées tant par leurs besoins, leurs projets, leurs capacités/incapacités. Pourquoi acceptent-elles certaines technologies, pourquoi en refusent-elles d'autres ?

On peut relever deux approches interdépendantes pour définir le concept d'acceptabilité :

- une approche fonctionnelle : utilité *versus* utilisabilité et utilité *versus* besoins et attentes en termes de fonctionnalités des utilisateurs. Cette première approche « pose la question de la compatibilité du système avec les pratiques, les ressources, les objectifs des usagers-utilisateurs potentiels et de leur situation […] Un système pour être acceptable devra être à la fois utile et utilisable. Cela implique d'identifier clairement les caractéristiques des utilisateurs, leurs buts ainsi que le contexte d'utilisation » (Dubois et Bobillier-Marchon, 2009, p. 306), en l'occurrence ici les personnes âgées.
- une approche comportementale : l'acceptabilité sociale, c'est-à-dire les manières d'appréhender la technologie, le choix d'accéder et de prendre la décision d'utiliser le dispositif, d'être motivé pour utiliser celui-ci, de persister à l'utiliser même si des difficultés se présentent. Plusieurs modèles empruntés à la psychologie sociale ont été élaborés pour expliquer et prédire le comportement des individus face à l'utilisation des nouvelles technologies, la manière dont les gens acceptent d'utiliser un objet. « On retrouve dans ces modèles les critères liés à l'intérêt pour l'utilisateur de percevoir l'utilité et la facilité d'utilisation du dispositif […] mais beaucoup d'autres facteurs psychosociaux ont été intégrés dans les analyses comme l'influence sociale, les normes sociales, l'image de soi, etc. » (Dubois et Bobillier-Marchon 2009, p. 307).

Si quelques travaux se sont intéressés à l'analyse de l'usage des nouvelles technologies par les personnes âgées, rares sont ceux qui abordent la question du rôle et de l'impact de l'entourage familial et/ou social sur ce processus d'acceptabilité afin de déterminer des conditions, des critères, des facteurs pour favoriser l'appropriation de ces dispositifs.

Est-ce que les conditions de vie, la proximité résidentielle et la fréquence des relations avec l'entourage familial, l'environnement social, l'état de santé des personnes âgées vivant à domicile après 60 ans ont un impact sur l'acceptabilité de ces gérontechnologies ?

À La Réunion, dans le cadre du programme G-RUN, notre questionnement repose sur le constat que peu de personnes âgées sont aujourd'hui équipées de la téléassistance malgré une offre[2] existante sur l'ensemble du territoire – encore moins d'autres nouvelles technologies. Nous examinons l'idée « reçue » d'un affaiblissement des solidarités familiales le plus souvent imputé à l'évolution des structures familiales qui entraînent de plus en plus un éloignement géographique des différentes générations.

Le propos de ce chapitre est de rendre compte du rôle de l'entourage familial et/ou social dans l'adoption de nouvelles technologies par les personnes âgées, d'expliquer et de comprendre les différents comportements à l'égard de la technologie, d'en saisir les traits communs comme les spécificités, d'éclairer les nouveaux enjeux et leurs conséquences en termes de politiques publiques. Cette contribution s'appuie sur les données des entretiens effectués auprès de quarante personnes âgées de 60 à 100 ans habitant sur l'ensemble du territoire réunionnais.

Dans une première section, nous exposerons différentes formes d'engagement permettant de comprendre comment l'engagement familial se manifeste auprès des proches âgés. À La Réunion, si l'environnement familial évolue, notamment dans son organisation, il semble que l'engagement d'un ou plusieurs de ses membres autour de la personne âgée permette néanmoins son maintien à domicile. Puis, dans une deuxième section, à travers la présentation des différents comportements des personnes âgées à l'égard des nouvelles technologies, nous identifierons le rôle et l'impact de l'entourage pour leur adoption. Nous verrons enfin que si l'entourage a un rôle incitatif pour l'adoption des gérontechnologies par leur proche âgé, c'est parce que ces dernières apportent un soutien et le maintien de la sociabilité intergénérationnelle (troisième section).

[2] Cinq opérateurs répartis sur l'ensemble du territoire réunionnais offrent un service de téléassistance.

SOLIDARITÉS FAMILIALES ET ENGAGEMENT DE L'ENTOURAGE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Dans le champ des rapports de génération, le concept de solidarité « renvoie à l'interdépendance positive entre les générations, à leurs responsabilités respectives réciproques » (Lefebvre, 2013, p. 64). Ces solidarités, explique Attias-Donfut,

> se nouent autour d'un pacte ou contrat, à la fois entre les générations et entre les sexes, dont les contenus et les principes peuvent varier selon les cultures. À diverses périodes, dans divers contextes, les perceptions et analyses des inégalités ou injustices effectives entre générations feront surgir divers appels à la responsabilité ou à la solidarité intergénérationnelle. En fait, le contrat social entre générations et entre sexes est à certains égards tacite, et souvent à renégocier (cité par Lefebvre, 2013, p. 64).

S'il est difficile de définir la solidarité familiale, c'est, d'une part, parce qu'il s'agit d'un concept très large incluant plusieurs notions connexes telles que l'aide, le soutien, l'entraide, les échanges, les dons ou encore la sociabilité et que, d'autre part, la solidarité concerne la famille élargie mais on l'associe également à l'entourage familier. Ainsi, selon Van Pevenage (2010, p. 8), la solidarité est « un état des relations entre personnes qui, ayant conscience d'une communauté d'intérêts, la traduisent concrètement dans différentes conduites de communication (sociabilité) ou d'échanges (soutiens) ». Elle intervient pour désigner la nature et la fréquence des contacts établis au travers des rencontres et des communications (téléphones, courriers, partages d'activités communes ou de loisirs, aux fêtes et aux anniversaires, etc.).

Or, aujourd'hui,

> avec les séparations, les recompositions familiales, les nouveaux modes de cohabitation, le territoire de la famille ne se limite plus au logement. La famille plurielle évolue dès lors dans un espace à géographie variable qu'il importe de saisir pour mieux comprendre la dynamique des liens d'affinités tissés au cours du temps (Bonvalet et Lelièvre, 2012).

Dans ce contexte, depuis le milieu des années 1980 en France et aujourd'hui à La Réunion se pose de façon accrue la question des solidarités familiales à l'égard des personnes âgées, notamment des plus fragilisées. Les recherches sur le vieillissement ont mis en évidence l'impor-

tance de l'engagement familial auprès des plus âgés tandis que les politiques publiques, en encourageant le maintien à domicile, ont cherché à favoriser ou à forcer le soutien et l'aide apportés par les proches.

Manifestation de l'engagement de l'entourage vis-à-vis des personnes âgées

Les sociologues utilisent la notion d'engagement dans leurs analyses des comportements des individus comme un concept descriptif pour souligner une forme d'action caractéristique de groupes ou de personnes spécifiques. Il s'agit d'une variable indépendante pour rendre compte de certains types de comportements. L'engagement est utilisé pour expliquer ce que Becker a appelé « les comportements cohérents » (Becker, 2006).

Le concept d'engagement est polysémique et se décline dans différents secteurs d'intervention : on parle d'engagement professionnel, d'engagement associatif, etc. Selon leur référence à différents champs des sciences sociales, plusieurs auteurs ont proposé des formes différentes de l'engagement.

Selon la théorie du don-contre don de Marcel Mauss[3], l'engagement est une implication et un don de soi. La raison profonde de l'échange-don vise davantage à être qu'à avoir. L'engagement se traduit par la reproduction de comportements observés à la génération précédente. L'auteur montre que le don est obligatoirement suivi d'un contre-don selon des codes préétablis. Dons et contre-dons sont articulés autour de la triple obligation de « donner-recevoir-rendre » dans un temps long et créent un état de dépendance qui autorise la recréation permanente du lien social.

Dans les courants de thérapies familiales, l'engagement est une composante de la loyauté familiale et se traduit comme une contrainte ou une « abnégation-effort consentie ». L'engagement exprime ici le besoin de la reconnaissance des autres – connus et inconnus – et la « soumission à un règlement » (pression familiale et sociale),

> rôle que joue la loyauté et l'éthique relationnelle pour le devenir de la relation entre les générations et démontre ensuite que la loyauté familiale ne doit pas être vue comme une entrave à nos projets personnels, mais comme une source d'autonomie individuelle. Les familles qui prennent

[3] https://fr.wikipedia.org/wiki/Essai_sur_le_don.

> en charge des parents âgés ne sont donc pas perdantes même quand elles sont amenées à faire des sacrifices importants (Ducommun-Nagy, 2010, p. 115).
>
> L'éducation des enfants exige de ne point abuser de la position de pouvoir, de maintenir les engagements pris et de garantir une réciprocité suffisamment équitable. C'est la voie qui caractérise l'attitude coopérative et non opportuniste entre les membres d'une même famille à travers des générations (Vanotti, 2010, p. 68).

Enfin, selon Joule et Beauvois (2002), l'engagement peut également correspondre à un positionnement « singulier » et/ou « partagé » lié à des valeurs personnelles « en fonction de nos propres désirs et attentes ». Celui-ci reflète alors un trait de personnalité marquant un goût pour la relation d'aide, le « *care* » renforcé par un lien affectif fort envers son parent.

À La Réunion, les résultats de nos investigations tendent à montrer que l'on retrouve ces différentes formes d'engagement possibles, de façon « modulable », c'est-à-dire avec un niveau variable d'intensité selon les membres engagés, dépendant de la génération et de l'environnement de la personne âgée.

Selon Renaut et Ogg (2008, p. 129),

> l'évolution des valeurs et des attitudes est une préoccupation importante des sociétés vieillissantes, notamment pour ce qui concerne les relations intergénérationnelles. Au moment où les premiers enfants du baby-boom abordent la retraite […], leurs parents doivent composer avec le vieillissement. L'univers de l'enfance et le parcours de vie, tout autant que la construction des normes sociales et des comportements familiaux, influencent mutuellement les relations entre les deux générations familiales. C'est ce que montre l'analyse des données pour les cohortes nées entre 1941 et 1960 […]. Les valeurs et les attitudes témoignent d'une réelle diversité des normes et des comportements mais, c'est moins l'appartenance générationnelle que le parcours personnel et familial autant qu'économique qui les structurent et orientent le mode de relations avec les parents vieillissants.

Comme le précise Vidal (2003, p. 68), « tout point de vue monolithique sur les personnes âgées serait absurde ». En effet, les conséquences du vieillissement « se déclenchent à différents âges de la vie et dans des proportions très singulières selon les individus » (p. 69). De la même manière, Balard (2008) qui a étudié la famille dans le grand âge en

mettant l'accent sur le discours de personnes âgées de plus de 95 ans, montre que les valeurs de l'entraide familiale évoluent à travers les générations.

> Il s'avère que ces personnes, pionnières en tant que premières de leur lignée à expérimenter une longue vie, continuent à s'appuyer sur les valeurs qu'elles ont incorporées pendant leur période de réceptivité. La femme, qu'elle soit mère, épouse, fille ou belle-fille, est culturellement désignée comme la personne à qui il incombe de « prendre soin » (p. 85).

Persistance des solidarités familiales autour des personnes âgées pour leur maintien à domicile

Les recherches, études et enquêtes menées à différentes échelles européenne, nationale et réunionnaise s'accordent donc sur une aide conséquente de l'entourage auprès des personnes âgées. L'analyse comparée de situations dans différents pays européens

> permet de constater que lorsque les législations sociales s'appuient sur les liens de famille, elles recourent à deux conceptions possibles du fonctionnement de ces liens. Deux logiques sont à l'œuvre, parfois au sein d'une même législation : la première consiste à imposer des solidarités familiales présumées défaillantes, la seconde à soutenir des solidarités familiales supposées effectives (Sayn, 2008, p. 29).

À La Réunion comme en France, c'est la seconde qui semble être à l'œuvre, soulevant ainsi la question de la place de la solidarité de proximité dans l'organisation de l'aide aux personnes âgées dépendantes. L'aide bénévole est d'abord une aide familiale, qu'elle soit apportée par le conjoint ou par les enfants.

À La Réunion, les résultats de nos entretiens tendent à montrer que la composition du réseau familial importe probablement davantage que sa taille ; une sociabilité intergénérationnelle – sur trois à quatre générations – et intragénérationnelle (frères et sœurs) apporte une aide différenciée, selon la nature et l'intensité de l'engagement de chacun des membres comme nous l'avons expliqué ci-dessus, qui favorise le soutien à domicile des personnes âgées, même les plus fragilisées.

Les personnes les plus âgées, de 75 à 100 ans, vivent majoritairement seules chez eux, mais leurs enfants, et le plus souvent la ou les filles, sont fortement engagés afin que leur parent puisse rester à domicile, même s'il bénéficie également de l'aide quotidienne d'une aide-mé-

nagère. Concernant les plus jeunes, de 60 à 75 ans, ce sont les enfants mais aussi les frères et/ou sœurs qui apportent un soutien quotidien, parfois alterné avec une aide professionnelle qui est moins fréquente que pour les plus âgées (deux à trois fois par semaine).

Les petits-enfants, voire les arrières petits-enfants (troisième et quatrième générations) sont également présents mais de manière plus « éloignée », c'est-à-dire moins régulière. Ils téléphonent à leurs grands-parents, leur rendent visite, partagent des activités ou rendent quelques services mais sont peu souvent engagés dans une aide quotidienne. Plus que l'éloignement géographique du domicile, ce qui n'est pas encore le cas de toutes les familles réunionnaises, l'argument souvent répété, notamment par les plus âgées, est lié à l'évolution du mode de vie. Mme H. agée de 96 ans explique que « *beaucoup de jeunes ils oublient, mes petits-enfants oublient de me téléphoner car ils sont très occupés* ».

Nous avons observé que, comme dans d'autres régions françaises, les personnes âgées de 55 à 70 ans ont une position de pivot dans le réseau familial. En France,

> cette génération constituée par les cohortes d'après-guerre, contrairement à ce que certains avaient craint, n'ont pas désinvesti le champ familial et, au contraire, s'impliquent fortement en accompagnant leurs parents vieillissants, en aidant leurs enfants (Bonvalet et Lelièvre, 2012, p. 14).

Si « aujourd'hui les relations familiales ne sont plus fixées à l'avance puisque l'individu façonne tout au long de sa vie son entourage de parents et de proches en jouant sur l'espace, les distances et les proximités » (Bonvalet, Lelièvre, 2012, p. 11), l'enquête *Migrations, Famille et Vieillissement* réalisée pour la première fois dans les DOM en 2009-2010 (Marie *et al.*, 2011, p. 1) témoigne que « les solidarités intergénérationnelles, ou l'aide apportée par des proches, restent prégnantes à La Réunion », même si « l'aide financière régulière est très limitée ».

RÔLE INCITATIF DE L'ENTOURAGE FAMILIAL POUR L'ADOPTION DE LA TÉLÉASSISTANCE

Comme en témoignent les enquêtes sur l'adoption des gérontechnologies par les personnes âgées, le besoin de sécurité est surtout

demandé par les aidants et les soignants. À domicile, c'est la téléalarme qui est le plus demandée (Casanova, 2012)[4].

À La Réunion, les personnes âgées et leur entourage familial connaissent le plus souvent ce dispositif. Ils l'ont découvert chez un(e) voisin(e) comme Mme B. qui en a compris l'utilité chez sa voisine grabataire de 101 ans, en ont entendu parler par le *ladilafé* (bouche à oreille) ou via la Semaine bleue et d'autres campagnes d'information organisées par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) qui relaient l'information transmise par les opérateurs proposant une offre de téléassistance. Notre travail de terrain montre qu'il y a peu de demande « volontaire » des personnes âgées. La demande de téléassistance est également effectuée le plus souvent via les professionnels, soignants – infirmières, médecins – et aidants – auxiliaire de Vie Sociale et aide-ménagère – intervenant auprès des personnes âgées.

Le motif réitéré par les personnes âgées interviewées concerne en priorité la santé et en particulier, le risque de chute. Mme M., 99 ans, nous déclare que « *après une chute, mon aide-ménagère a fait la demande pour moi pour avoir l'appareil* », la chute étant souvent révélatrice d'un risque de perte d'autonomie.

L'isolement et les risques qui y sont liés sont quelquefois évoqués. Mme J., 89 ans, habite seule en ville explique que « *dans un sens c'est bien s'il m'arrive quelque chose par exemple le soir, si j'entends quelque chose, si j'aperçois quelque chose, je peux appuyer* ».

Mme P., 76 ans : « *c'est moi qui ai demandé la téléassistance après en avoir parlé avec mon infirmière car je suis malade et je suis rassurée avec la téléassistance ; mon fils vit au-dessus de chez moi mais il voyage beaucoup et je ressens la solitude* ».

La plupart de ces personnes comprennent vite l'utilité de la téléassistance et l'avantage d'un tel dispositif comparé au téléphone classique et même portable[5] comme en témoigne les *verbatim* suivants :

> M. T., 79 ans : « *je vis seul et même si mes cinq filles vivent à proximité de ma case, si je tombe à terre, j'aurais pas le temps ni la possibilité de me lever vers le téléphone* ».
>
> Mme H., 96 ans, vit seule et n'a plus de famille : « *seule une amie s'occupe de moi, me rend visite quotidiennement et mon aide-ménagère vient quatre fois par semaine ; c'est un secours pour moi, c'est une bonne affaire pour les personnes seules* ».

---

4 http://docplayer.fr/3888765-Les-gerontechnologies-au-service-des-soignants-jean-pascal-casanova-ergotherapeute.html.

5 La majorité des personnes âgées interrogées sont en possession d'un téléphone portable à touche ou tactile acheté par leur propre soin ou offert par leurs enfants.

> Mme M., 85 ans, vit seule : « *c'est pour précaution de la vieillesse, j'ai utilisé déjà deux fois car j'ai fait des malaises et des chutes ; j'ai pas peur de la chute mais du malaise ; la téléassistance ça me rassure ; c'est à côté de moi le soir avec le téléphone* ».

Même ceux et celles qui ne sont pas encore équipés perçoivent l'intérêt de la téléassistance en lien avec une perte d'autonomie à venir :

> Mme J., 69 ans, n'est pas encore équipée de la téléassistance : « *même depuis ma chute, je n'ai pas peur d'être seule mais je suis d'accord pour appuyer d'abord sur le bouton et ensuite appeler mes enfants* ».

> Mme C., 82 ans, vit chez sa sœur et son beau-frère, elle affirme : « *oui, je ne suis pas contre pour plus tard quand je serai moins autonome mais je ne ressens pas un besoin fort car je n'habite pas seule dans la maison et ma belle-fille est dans la maison voisine* ».

Pour autant, l'information, voire l'acquisition du dispositif n'a pas toujours pour conséquence directe son appropriation par les personnes âgées.

Mr S., 67 ans, n'a pas la téléassistance. Lorsqu'il a un problème de santé, il appelle les urgences médicales, le 15. Il a entendu parler de ce dispositif mais ne connaît pas les fonctionnalités de l'outil et demande à quoi ça sert. « *Mais je n'ai pas les moyens de payer ça* ». Au-delà du coût, il accepterait la téléassistance parce que « *si ça ne va pas, je pourrai alerter pour appeler mon médecin* ». Actuellement, en cas d'urgence, il utilise son téléphone mais parfois « *ça sonne et ça ne répond pas* ».

Certaines personnes âgées sont néanmoins réfractaires à son utilisation comme Mme V. âgée de 94 ans qui vit seule et bénéficie de la téléassistance depuis dix ans : « *J'avais demandé une dame à domicile la nuit plutôt que d'avoir la téléassistance mais c'était 1000 euros et je ne pouvais pas la payer. J'ai été hospitalisée au mois de décembre mais je ne m'en suis pas servi, j'ai préféré appeler ma fille pour qu'elle appelle le 15* ».

M. B., âgé de 62 ans, explique que

> de temps en temps je pianote sur le téléphone de ma petite-fille mais ce n'est pas moi qui utilise. « C'est facile ça pépé », ils vont m'apprendre aujourd'hui et demain j'aurai oublié alors c'est pas la peine, ils sont là si j'ai besoin c'est trop compliqué pour moi, trop sophistiqué. Moi c'est bon j'ai le téléphone peut-être ça peut rendre service mais immédiatement ils ne vont pas venir il faut attendre, non la téléassistance non pour moi c'est pareil d'appuyer sur le bouton ou d'utiliser mon portable.

Ou encore quelques-unes d'entre-elles, les plus âgées – 99, 98, 96 ans – qui malgré leur isolement car elles n'ont plus de familles (frères, sœurs, voire enfants décédés) ou ont peu de visites du fait de l'éloignement géographique de leur entourage familial, résistent à cet équipement : « *je ne saurais pas utiliser la téléassistance et la vie a été dure mais là c'est la fin* ». Elles font référence aux valeurs et comportements d'antan, conservent une vision passéiste de la vie quotidienne et parlent du *temps lontan* (le passé) où la vie était pénible, sans eau courante, la cuisine au feu de bois, sans machine à laver, téléphone, ni même parfois de télévision. Elles ne savent ni lire, ni écrire et expriment de manière générale la vie chère aujourd'hui, le coût de ces nouvelles technologies, leur incapacité d'apprentissage pour utiliser la téléassistance.

Enfin, quelques personnes âgées sont réfractaires « pour le moment » disent-elles car elles ont bien compris les avantages mais l'acquisition de la téléassistance signifie pour elles perte d'autonomie et dépendance. D'âges variés, elles sont encore très actives, vivent en couple avec un entourage familier (voisins et/ou amis) important et participent à de nombreuses activités de loisirs (club troisième âge). Elles opposent une « résistance molle » aux nouvelles technologies (téléphone portable, téléassistance, etc.) malgré l'insistance de l'entourage familial, enfants et petits-enfants qui eux sont équipés : « *ils ont tenté d'en parler mais n'ont pas réussi à nous convaincre ; nous ne nous sentons pas isolés car on se déplace très régulièrement dans la famille et on fait beaucoup d'activités à l'extérieur* ».

En parallèle, de nombreux propos recueillis attestent d'une incitation fréquente de l'entourage familial en faveur de ce dispositif. Il est un moyen de « réassurance » pour la famille surtout quand leur proche âgé est seul la nuit, même si certains membres de la famille habitent la maison voisine ou à proximité.

Mme B., 93 ans, vit seule chez elle : « *Ma famille est très présente, j'ai des visites plusieurs fois par semaine ; depuis quatre mois, je suis équipée de la téléassistance parce que mes enfants ne sont pas rassurés de me savoir seule, les enfants ont peur que je vive toute seule. J'ai dit, si vous voulez, ça les rassure, la téléassistance peut me rendre service* ». Elle semble néanmoins très détachée de son utilisation malgré une chute il y a quelques années mais elle ne s'intéresse pas non plus à d'autres nouvelles technologies par peur de ne pas savoir les maîtriser. Elle n'a pas de téléphone portable car « *mes enfants ne me l'ont jamais proposé même si ils sont tous très équipés en technologie* ».

M. P., 98 ans, refuse les nouvelles technologies car « *c'est inutile, pas besoin, ce sont mes enfants qui ont pris la téléassistance pour se rassurer* ». Il est tombé une fois et n'a jamais utilisé le dispositif.

Mme L., 90 ans. Sa fille qui s'occupe d'elle depuis deux ans explique : « *comme je suis presque toujours là ce n'est pas tellement utile mais ça nous rassure la nuit. C'est ma sœur qui s'occupait d'elle avant qui l'a fait installer* ».

À La Réunion, il nous semble que le faible taux d'équipement de la téléassistance est dû à une offre de service encore trop peu visible et lisible, notamment son coût et les différentes aides de financement mises en place par les collectivités, plutôt qu'à une résistance à son adoption des personnes âgées. Nos entretiens montrent en effet, d'une part, que ce dispositif est adopté à tout âge car son utilisation est très facile et son utilité bien perçue même s'il existe une forme de « résistance molle » chez les plus âgés qui disent ne pas porter sur eux le médaillon ou le bracelet dans la journée par gêne. D'autre part, l'entourage familial a un rôle incitatif important dans le processus d'adoption, quels que soient la proximité ou l'éloignement géographique avec le proche âgé, à condition évidemment qu'il connaisse ce dispositif. De fait, améliorer l'information sur l'offre de service existante auprès de tous aura forcément un effet important sur l'adoption de la téléassistance par un plus grand nombre de personnes âgées.

Avec l'argument supplémentaire de l'assurance de l'entourage, nous retrouvons donc les résultats de De Saint Laurent-Kogan (2007) selon lesquels

> d'un côté, les professionnels et profanes qui entourent la personne âgée s'entendent pour proposer la téléassistance en prévention d'une chute. De l'autre côté, les personnes âgées qui se sont appropriées la montre ou le médaillon évoquent « la chute dont on ne peut se relever seul », comme un événement traumatisant qui introduit une transition biographique et amène à reconstruire son identité. L'appropriation de la téléassistance se trouve alors associée à cette période de reconstruction identitaire intégrant cette vulnérabilité (p. 137).

UN RÔLE DE « TRANSMISSION GÉNÉRATIONNELLE » DE L'ENTOURAGE DANS L'ADOPTION DES NTIC

> La fin des années 1990 est une période durant laquelle de nombreuses études traitant de l'articulation entre processus de vieillissement et TIC ont été engagées. L'argument qui semblait alors justifier à lui seul le seuil de 50 ans (aujourd'hui 55 ans) comme étant l'âge à partir duquel on

> devait commencer à s'interroger sur cette problématique, était celui d'un taux d'équipement moins important pour cette génération « qui n'a pas été en contact avec l'informatique pendant sa jeunesse et pour qui un effort d'adaptation serait nécessaire » (Vidal, 2003, p. 69).

C'est ainsi que pour Roquejoffre (2013), « l'allongement de la durée de la vie génère des transformations dans la perception de l'ordre générationnel et dans les relations sociales » (p. 22).

Parmi les limites relevées par les principaux intéressés dans ces différentes études réalisées sur le domaine, la complexité d'utilisation de ces technologies par les personnes âgées est régulièrement citée. Comme tout nouvel outil, il faut du temps pour le connaître et savoir l'adapter, il faut du temps de formation.

Les propos des personnes âgées interviewées à La Réunion vont dans ce sens. Si la majorité sont capables de citer indifféremment les nouvelles technologies de l'information et de la communication que sont l'ordinateur, la tablette, Internet, Skype, Facebook, très peu sont équipées pour diverses raisons qui peuvent se conjuguer : le sentiment d'inutilité, le coût élevé et leur manque de moyens financiers, l'incompétence pour l'utilisation d'une nouvelle technologie et l'incapacité d'apprentissage :

> Mme C., 82 ans, explique : « *je n'ai pas d'ordinateur, ni Skype car je ne connais pas et je n'en ai pas besoin puisque je n'ai pas d'enfants* ».

> Mme P., 73 ans, vit dans une zone montagneuse reculée de l'île de La Réunion : « *je ne sais pas lire et ce sera difficile d'apprendre à utiliser un ordinateur, ce n'est pas fait pour les personnes qui ne savent pas lire ; mes enfants sont équipés, mais si c'est cadeau, je prends* ».

> M. F., 64 ans, n'a pas d'ordinateur et dit qu'il ne peut pas car il ne voit rien : « *même la télé, je ne vois pas* ». Par contre, ses enfants utilisent l'ordinateur et ses enfants ont essayé de le convaincre mais il rétorque : « *je n'ai pas été longtemps à l'école et je n'ai pas appris ça à l'école donc maintenant c'est trop tard. Je pourrais avoir le matériel mais je ne sais pas et je ne pourrais pas m'en servir. Moi je ne veux pas passer de temps là-dessus, je suis fatigué, j'ai trop mal aux yeux* ».

Les personnes âgées de plus de 60 ans ont découvert ces outils techniques et leurs usages, selon leur âge, par leurs enfants ou leurs petits-enfants qui eux sont aujourd'hui équipés. L'évolution rapide du

mode d'habitat de la famille élargie, qui ne peut que s'accélérer à l'avenir, a pour conséquence l'éloignement géographique du proche âgé et de la famille. La mobilité grandissante des plus jeunes générations fait prendre conscience aux personnes âgées de l'intérêt et de l'utilité des NTIC pour satisfaire le besoin de communiquer avec leurs enfants et/ou petits-enfants qui vivent éloignés en métropole, parfois dans un pays étranger. Cela leur permet de maintenir les liens de sociabilité, d'entretenir les relations avec la famille élargie.

Néanmoins, si l'adoption de la téléassistance n'est *a priori* pas seulement une question de génération, comme nous l'avons vu ci-dessus, on observe un « effet génération » pour l'appropriation des NTIC. Les personnes âgées de 80 ans et plus expriment toutes leur incapacité à apprendre : « *je ne peux pas lire, pas écrire* », « *mi vois pas bien, mi entends même pas le téléphone* » ; elles se réfugient parfois derrière une vision passéiste : « *ce n'est pas de mon temps* », « *c'est bien le progrès et l'innovation mais pour les jeunes* ». Les plus jeunes des seniors s'y intéressent via leurs enfants et leurs petits-enfants. Ils possèdent généralement *a minima* un téléphone portable digital et un ordinateur avec Internet, et ils utilisent parfois avec eux les NTIC, essentiellement Skype et Facebook, pour communiquer avec les membres proches de la famille mais physiquement éloignés, comme les enfants et petits-enfants, voire les frères et sœurs. Si pour les plus âgés, il semble qu'il n'y ait pas d'incitation particulière car l'apprentissage nécessite alors un processus long, l'entourage familial joue ici, comme pour l'adoption de la téléassistance, un rôle incitatif important pour maintenir la sociabilité comme en témoignent les propos recueillis ci-dessous :

> Mme H., 71 ans : « *ce sont mes enfants qui se sont occupés de tout ça et qui utilisent l'ordinateur; moi je préfère lire, me renseigner autrement ; je ne suis pas trop ordinateur ; je me suis pas intéressée à tout ça* ».
>
> Mme P.P., 72 ans : « *je ne suis pas très à l'aise mais j'essaye d'utiliser l'ordinateur et Internet car mes enfants et mes petits-enfants m'y incitent fortement même s'ils viennent me voir régulièrement* ».
>
> Mme M., 75 ans, habite avec son fils qui est ingénieur informaticien. Son discours montre une forme de résistance aux outils technologiques : « *je n'y connais rien, j'ai pas d'ordinateur ni même une télévision* » mais elle nous explique que pour communiquer avec ses autres enfants et petits-enfants qui habitent hors de La Réunion, en métropole et à l'étranger : « *j'ai quand-même un petit Facebook là-dessus* – elle montre son téléphone portable – *et non, non, non, je n'ai pas d'ordinateur car je suis musicienne et je*

préfère passer du temps sur mon piano, je n'aime pas être passive mais je communique quand-même sur Skype sur l'ordinateur de mon fils au moins pour Noël et les anniversaires, je reçois des photos de mes petites-filles ».
Ce sont ses garçons qui lui ont installés Facebook sur son téléphone portable et lui ont acheté un téléphone tactile ; « *ils essayent de gagner du terrain tout doucement jusqu'à ce que j'accepte la tablette* » livre-t-elle, « *mais je n'aime pas les machines… je ne veux pas être conditionnée par tous ces trucs-là, je ne veux pas la télévision à cause de cela, je ne veux pas rester assise à regarder n'importe quoi… toutes ces technologies sont bien quand c'est bien utilisé* ». Elle le voit avec l'utilisation qu'en font ses petits-enfants.

M. S., 67 ans, vit seul. Il a un ordinateur qu'il a acheté lui-même mais il avoue : « *je ne sais pas le manier* ». Il a demandé au CCAS si quelqu'un pouvait lui apprendre à l'utiliser mais cela s'est avéré impossible car il ne peut pas marcher et ne peut donc se rendre au CCAS. « *Quand j'étais entrepreneur avant ma retraite, j'utilisais un ordinateur mais cela fait longtemps et je croyais que je savais car je maniais mais au fur et à mesure, j'ai tout perdu, je ne me souviens plus, j'ai pas appris suffisamment à l'utiliser, je n'ai rien retenu* ». Il avait Internet, il connaît Skype comme interface de communication mais comme il ne sait pas utiliser l'ordinateur, il a arrêté l'abonnement. En outre, il n'ose pas demander de l'aide à son aide-ménagère : « *je n'ose pas demander de l'aide à une femme. Je ne sais pas faire marcher l'ordinateur mais si on vient m'expliquer, je serai d'accord pour l'utiliser, je n'ai pas de problèmes avec les nouvelles technologies* ».

M. R., 67 ans, vit seul en appartement et tous ses enfants habitent à l'étranger. Il a un ordinateur et Internet. Il a Skype mais ne sait pas l'utiliser. Il communique donc avec ses enfants par téléphone, sauf quand il est en métropole avec l'un de ses enfants où il peut utiliser Skype pour communiquer avec ses autres enfants. « *C'est un outil de travail indispensable, l'ordinateur, mais pour regarder mes mails, je ne maîtrise pas, je ne suis pas dans la technologie* ».

Mais le cas particulier de Mme V., âgée de 82 ans, témoigne des prémices d'une évolution dans les effets générationnels. Elle est encore très active en tant que présidente d'un club de troisième âge et pour les besoins de sa fonction manipule quotidiennement un ordinateur et Internet. Ce sont ses enfants mais aussi d'autres personnes qui l'aident dans son apprentissage et à améliorer sa technicité.

Aussi partageons-nous le propos de Castells qui « entrevoit bien une solution à la faible appropriation des personnes âgées sur la question des nouveaux objets communicants. Cette solution serait naturelle et

biologique, il suffirait de laisser au temps, le temps de faire son œuvre » (cité par Vidal, 2003, p. 68).

CONCLUSION

Rappelons une fois de plus que les personnes âgées ne représentent pas une catégorie homogène, mais ont une multitude de profils, en fonction de leur âge, de leur degré d'autonomie ou dépendance, de leur aptitude vis-à-vis de la technologie, de leur entourage familial et familier, de leur niveau de ressources.

Le contexte réunionnais est également à prendre en considération. Une évolution très rapide est pressentie pour les générations futures, avec des générations approchant de l'âge de la retraite ayant davantage eu l'habitude de manier téléphones mobiles, smartphones, tablettes et autres appareils interactifs, et qui seront donc plus naturellement ouvertes et curieuses vis-à-vis des évolutions technologiques.

À La Réunion, le constat actuel du faible équipement des personnes âgées semble plus relever d'un défaut d'investissement et de visibilité de l'offre de service existante que du manque d'enthousiasme des personnes âgées en faveur des technologies. L'analyse des résultats de nos investigations de terrain montre en effet qu'il n'existe pas de réelles résistances. Les freins énumérés ci-dessus sont généralement contournables à condition de « conserver la relation humaine », « le face à face » avec l'entourage familial et familier ainsi qu'avec les professionnels.

D'ailleurs, si tous s'accordent sur le processus de transformation des solidarités familiales en cours du fait de la décohabitation, voire leur disparition pour les plus alarmistes, avec comme conséquence l'évolution de la proximité et intimité quotidienne avec les personnes âgées, les liens de sociabilité ne sont pour autant pas absents, ni forcément distendus. Des formes de sociabilité et de solidarité sont repérables et la solidarité familiale auprès des personnes âgées s'exprime de notre point de vue différemment que par le passé. En témoigne le rôle incitatif de l'entourage familial pour l'adoption de la téléassistance, voire des objets communicants, car ces technologies apportent une « réassurance » par le biais d'une aide complémentaire et donc supplée au besoin d'assistance d'une tierce personne, famille et/ou professionnelle.

Nous rejoignons Rialle (2007) lorsqu'il écrit :

> Alors que les technologies d'assistance pour personnes en situation de handicap ont déjà acquis leurs lettres de noblesse et sont quasiment

> considérées comme bienfaitrices […], les gérontechnologies semblent avoir d'abord à faire la preuve de leur moralité. On leur demande de ne pas remplacer les humains par les machines (p. 146).

Aussi paraît-il important de continuer à mieux connaître et mieux comprendre les échanges intrafamiliaux pour mesurer la place de l'engagement de l'entourage familial dans l'organisation de l'aide aux personnes âgées dépendantes.

BIBLIOGRAPHIE

Attias-Donfut C., *Les Solidarités entre générations. Vieillesse, familles, États*, Paris, Nathan, 1995, 352 p.

Becker H.S., 2006, « Sur le concept d'engagement », *SociologieS* [En ligne], Découvertes/Redécouvertes, Howard Becker, mis en ligne le 22 octobre 2006, http://sociologies.revues.org/642.

Bonvalet C., Lelièvre E. (dir.), 2012, *De la famille à l'entourage. L'enquête Biographies et entourage*, INED, Collection « Grandes enquêtes », 472 p.

De Saint Laurent-Kogan A.-F., 2007, « La canne et le médaillon », *Gérontologie et société*, vol. 2, n°121, p. 137-143.

Ducommun-Nagy C., 2008, « La loyauté familiale une ressource relationnelle », *Gérontologie et société*, vol. 4, n°127, p. 115-128.

Dubois M., Bobillier-Chaumon M.-E., 2009, « L'acceptabilité des technologies : bilans et nouvelles perspectives », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, p. 305-310.

Joule R.V., Beauvois J.-L., 2002, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Éditions Presses Universitaires de Grenoble.

Lefebvre S., 2013, « Relations intergénérationnelles et vieillissement : nouvelles questions », *Retraite et société*, n°64, p. 53-68.

Marie C.-V., Temporal F., Condon S., Abdouni S., Breton D., « Migrations, famille et vieillissement », *Insee Partenaires*, n°12, Insee Réunion, mai 2011, 6 p.

Renaut S., Ogg J., 2003, « Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France », *Retraite et société*, n°38, p. 171-195.

Renaut S., Ogg J., 2008, « Enfants du baby-boom et parents vieillissants : des valeurs et des attitudes contingentes au parcours de vie », *Gérontologie et société*, n°127, p. 129-158.

Rialle V., « Technologie et Alzheimer : appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer », Thèse de Doctorat, Université René Descartes - Paris V, 2007, 243 p.

Roquejoffre A., 2013, « La technologie face à la dépendance, espoirs et impasses », *Empan*, n°91, p. 22-29.

Sayn I., 2008, « Les conceptions de l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes dans le droit (Allemagne, Angleterre, Belgique, France, Italie, Portugal) », *Gérontologie et Société*, n°127, p. 29-48.

Van Pevenage I., 2010, « La recherche sur les solidarités familiales. Quelques repères », *Idées économiques et sociales*, n°162, p. 6-15.

Vannotti M., 2010, « Raison et déraison de la loyauté familiale. Un cas clinique », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°44, p. 61-78.

Vidal P., 2003, « Les 56-65 ans confrontés à l'usage des Technologies de l'Information et de la Communication, une génération de transition ? », *Empan*, n°52, p. 68-76.

CHAPITRE 5

Parcours de vie et rapport aux gérontechnologies

ARMELLE KLEIN

INTRODUCTION

L'innovation a été très largement théorisée dans de nombreuses disciplines. Un des grands classiques est l'approche de la « destruction créatrice » de Schumpeter pour qui le développement de l'innovation se fait en trois temps. D'abord, par une prise de risque d'une minorité d'individus qui élaborent une nouvelle composition de ressources, ensuite, une généralisation de ces compositions de ressources par des groupes d'imitateurs qui bouleversent l'ordre établi et enfin, un retour à l'ordre par la diffusion généralisée de ces nouvelles compositions de ressources qui deviennent progressivement les nouvelles règles du jeu. Ainsi, il y a une distinction forte entre l'invention qui correspond à une nouvelle technique ou un nouveau mode d'organisation et l'innovation qui représente l'ensemble des processus qui vont amener l'invention à être utilisée et incorporée dans la sphère sociale (Alter, 2000).

Il existe différents types d'innovation : de produit, de procédé, organisationnelle ou managériale, de services, sociale, dont la typologie présente toutefois des limites du fait de la perméabilité des différents items (Gaglio, 2011). Il est toutefois de coutume de différencier simplement l'innovation technique (objet technologique, procédé technique) de l'innovation sociale (changement organisationnel ou managérial). De nombreux modèles de diffusion de l'innovation existent et sont soit circulaire, hiérarchique, horizontal ou encore tourbillonnant mais, pour tous, l'innovation s'inscrit dans un écosystème complexe qui ne saurait être réduit à la simple nouveauté technique ou sociale qu'elle présente mais, par son existence, en interrelations constantes avec tous les éléments qui forment son écosystème.

Les innovations qui nous intéressent ici sont les « gérontechnologies » dont nous souhaitons étudier les pratiques et l'acceptabilité sociale à La Réunion. Nous partons de l'hypothèse que les expériences passées intégrées dans un parcours de vie individuel et dans un contexte social particulier influent sur le rapport à l'innovation et sur le

positionnement face à de telles innovations. Nous souhaitons, à travers ce chapitre, interroger le lien entre le rapport à l'innovation et l'adoption des gérontechnologies dans la société réunionnaise et nous demander quels sont les enjeux et les conditions d'adoption de ces dernières ? Pour répondre à cela, nous verrons dans un premier temps la nature des pratiques technologiques et comment elles s'insèrent dans les parcours de vie des personnes âgées en définissant un certain rapport à l'innovation. Dans un second temps, nous interrogerons la notion d'acceptabilité sociale pour en dégager les mécanismes et les différents facteurs qui la composent à La Réunion et enfin, nous étendrons la réflexion au contexte réunionnais dans une approche prospective.

PARCOURS DE VIE ET PRATIQUES TECHNOLOGIQUES

Le parcours de vie est un paradigme défini comme « un ensemble d'approches pluridisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement dans une totalité » (Bessin, 2009, p. 12). Cette totalité est à comprendre à la fois par la complexité des éléments qui la composent et par son positionnement contextuel c'est-à-dire son insertion sociétale et historique (Lalive d'Epinay *et al.*, 2005). Les discours des personnes âgées réunionnaises sont marqués par un fort dualisme dans leur parcours de vie. En effet, on retrouve en permanence la balance entre d'un côté « le temps *lontan* » et de l'autre « le temps d'aujourd'hui ». La référence au passé, à son vécu et le parcours de vie sont des éléments clés de la construction de soi pour les personnes âgées et de leur rapport au monde (Caradec, 2012 ; Gucher, 2012). Dans cette perspective, le temps *lontan* ne fait pas seulement référence à l'avant, il fait référence à un avant daté très précisément correspondant à l'avant-modernisation c'est-à-dire avant les années 1960. Ainsi, on retrouve dans le discours des personnes âgées réunionnaises une dichotomie forte entre le temps *lontan*…

> « *Mon enfance c'était de l'esclavage* » (Femme, 69 ans), « *le bien-être je ne l'ai jamais vu* […] *tout ce qui est dur j'ai connu et ce qui est léger je n'ai pas connu* » (Femme, 96 ans), « lontan *c'était l'enfer on mangeait pas comme maintenant on travaillait par ci par là pour gagner un petit quelque chose y'avait pas de lumière y'avait pas d'eau pas de toilettes c'était inadmissible ! la vie c'était l'enfer* » (Femme, 94 ans), « *j'ai travaillé très dur parce que j'ai perdu mon père vite j'ai dû travailler dans les champs pour manger après il y avait la guerre on manquait de tout* » (Femme, 87 ans).

… et le temps d'aujourd'hui :

> « *La vie maintenant c'est la belle vie* » (Femme, 99 ans), « *aujourd'hui on a à dormir à manger avant on n'avait pas tout ça* » (Femme, 80 ans), « *Avant on faisait tout à la main, maintenant on fait tout à la machine* » (Homme, 64 ans), « *il y a plus de facilité aujourd'hui car tout le monde a un petit travail une petite maison* […] *là je trouve du point de vue de la vie que les gens sont bien aidés* » (Femme, 94 ans).

Cette dichotomie positive en faveur du temps présent est cependant atténuée par une forme de nostalgie du passé (qualité des relations humaines et de la solidarité) et un rejet du mode de vie actuel (mauvaise éducation des enfants et insécurité).

> « *Avant le partage existait aujourd'hui c'est l'égoïsme les gens ne se fréquentent plus ils viennent plus voir comment les autres vivent* » (Femme, 70 ans), « *la vie était plus dure mais meilleure parce que là il y a trop de choses il se passe trop de choses avec les jeunes il y a trop de mal fondé dans la tête nous on n'était pas voleurs au contraire on aidait les autres* » (Femme, 91 ans), « *maintenant c'est dangereux* » (Homme, 88 ans), « *la vie fait peur maintenant* » (Femme, 89 ans), « *La vie d'avant c'était pas comme ça la vie était dure c'était pas facile de gagner sa vie je me suis débrouillée mais toute seule sans personne à part mon mari mais il est mort parce qu'il avait dix ans de plus de moi il a fait la guerre de 39-45* […] *on peut pas comparer parce que c'était dur avant mais c'est dur aussi maintenant c'est peut-être un peu plus facile parce qu'on a des aides par exemple la sécurité sociale mais sinon on préfère la vie d'avant parce que c'était familial mais maintenant on se débrouille on était tout le temps ensemble on mangeait chez l'un et l'autre maintenant ça se fait plus mes frères et sœurs ne me reconnaissent même pas c'est pas difficile si ils me reconnaissaient j'aurais été en contact avec eux mais ils ne veulent pas* […] lontan *les gens étaient plus humains que maintenant je trouve je sais pas mais j'accepte la vie comme elle est j'ai un peu oublié aussi la vie d'avant c'est comme ça* » (Femme, 80 ans).

Donc, pour beaucoup de personnes âgées interrogées, dans le temps *lontan*, la vie était plus dure et plus solidaire, dans le temps présent, la vie est plus facile mais aussi plus dangereuse. Comme le résume très joliment une femme de 99 ans : « *Avant c'était un malheur heureux* ».

La diminution des solidarités est un ressenti généralisé qui semble trouver une certaine cohérence eu égard à la progression de la décohabitation familiale et de l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules. Pour ce qui est du sentiment d'insécurité, des chercheurs ont montré que les personnes âgées ont « le sentiment qu'elles n'ont plus

vraiment leur place dans la société d'aujourd'hui » (Caradec, 2012, p. 106), en lien avec l'apparition de fragilités tant physiques que psychologiques.

> La question de la sécurité est d'abord associée à leur vulnérabilité croissante qui les amène à développer différentes parades pour limiter les entraves liées au vieillissement, notamment en matière de mobilité. Ces parades font partie du processus de déprise qui n'est pas à comprendre comme un renoncement à un monde perçu comme menaçant sur la seule dimension de la criminalité, mais comme une adaptation qui permet à la personne âgée de maintenir des activités porteuses de sens alors même que le processus de fragilisation la rend plus vulnérable (Riom *et al.*, 2015, p. 58) ;
> le sentiment de vulnérabilité n'est pas seulement nourri par la propre conscience de sa fragilité physique mais également par la croyance que cette fragilité est perçue par les autres (*ibid.*, p. 63).

Les personnes âgées réunionnaises ont un parcours de vie très particulier fortement lié à l'histoire du développement de l'île de La Réunion. La Réunion est devenue un département français en 1946, date à partir de laquelle ont débuté de grands travaux de modernisation qui se sont surtout intensifiés dans les années 1960. Le schéma de modernisation classique qu'a connu par exemple la France métropolitaine s'est opéré sur plusieurs siècles alors qu'à La Réunion il s'est opéré en seulement quelques décennies (Sandron, 2007b). Ainsi, les Réunionnais âgés aujourd'hui de 80 ans et plus ont connu dans leur enfance et leur jeunesse voire au début de leur vie adulte des conditions de vie extrêmement dures et très différentes des conditions de vie actuelles.

L'économie était alors largement dominée par la culture de la canne à sucre et la mortalité infantile était de 150 pour mille. Le paludisme était ravageur et on vivait au rythme des cyclones qui pouvaient tuer plus d'une centaine de personnes sur leurs passages. Très peu de logements étaient en dur et il n'y avait pas d'électricité ni d'eau courante (Sandron, 2007a ; Sandron, 2014). La transition épidémiologique et la transition démographique se sont orchestrées en parallèle d'intensifs efforts de modernisation comme à travers « la scolarisation, l'urbanisation, les progrès en matière d'hygiène, l'accès à un système de soins performant, l'amélioration de la condition de la femme, l'existence d'institutions de sécurité sociale, d'assurance et de retraites, des revenus plus élevés, l'émergence d'une classe moyenne » (Sandron, 2007b, p. 37).

Ces conditions de vie précaires ont eu des conséquences sur les personnes âgées réunionnaises actuelles : sur leurs ressources, en premier lieu, puisque pour beaucoup elles sont analphabètes et ont travaillé de façon informelle et se retrouvent aujourd'hui avec de très petites retraites comme en témoigne l'importance du recours aux minima sociaux. En 2008, 45% des personnes âgées réunionnaises bénéficiaient du minimum vieillesse (ASPA) (Insee, 2011) ; sur leur santé, puisque par rapport aux personnes âgées métropolitaines, elles sont globalement en moins bonne santé avec une entrée dans la perte d'autonomie plus précoce. Aussi, ces bouleversements rapides ont un impact fort sur les relations intergénérationnelles, sur les modes de prise en charge de la perte d'autonomie (Sandron, 2007b, Klein, 2014) et sur le rapport à l'innovation.

L'analyse de notre corpus d'entretiens et du contexte réunionnais nous permet de formuler plusieurs résultats. Premièrement, les personnes âgées rencontrées ne sont pas toutes équipées de la même manière et on est face à une population hétérogène. Certaines personnes sont très peu équipées, même en électroménager, elles cuisinent au feu de bois, lavent le linge à la main tandis que d'autres sont davantage équipées en machines à laver le linge et la vaisselle, en robots de cuisine ou encore en Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) : téléphones portables voire smartphones, ordinateurs, tablettes, Internet. Il se dessine ici une différenciation entre les jeunes retraités et les vieux retraités. Deuxièmement, concernant les TIC, on constate que les personnes âgées de notre corpus sont globalement assez faiblement équipées et que les personnes qui possèdent un ordinateur ou une tablette avec Internet font figure d'exception. Les smartphones sont toutefois assez largement utilisés mais rarement pour les fonctions qui dépassent l'usage classique du téléphone (réception et émission d'appels, réception et envoi de SMS). Troisièmement, on constate un lien très fort entre la possession d'objets technologiques et les valeurs d'usage qui leur sont assignées. Les personnes équipées en TIC ou bien en gérontechnologies le sont car elles estiment qu'elles en ont besoin et inversement pour les personnes qui estiment de pas en avoir besoin. Enfin quatrièmement, le parcours de vie des personnes âgées réunionnaises est au cœur de leur rapport à la technologie et participe à un rapport général à la fois positif et négatif à l'innovation. Nous proposons de détailler plus précisément ce dernier point.

Pour cela, il semble intéressant de s'arrêter un instant sur la situation des personnes âgées mafataises. Mafate est considéré comme une

« île dans l'île » par son caractère très enclavé. En effet, aucune route n'y mène et seuls les bons marcheurs peuvent s'y aventurer. Pourtant plusieurs centaines de personnes y habitent et notamment des personnes âgées. Le développement de Mafate a été plus tardif que dans le reste de l'île, autour des années 1980, mais il a été tout aussi rapide (Sandron, 2013). Les habitants de Mafate ont connu des sauts technologiques très importants dont voici deux exemples. D'abord, au niveau de l'éclairage, ils sont passés de la bougie directement au panneau solaire, rares sont ceux qui ont pu se payer, entre les deux, un groupe électrogène étant donné le prix du fuel rajouté à celui de son transport. Ensuite, au niveau des déplacements, les Mafatais sont passés de la charrette ou de la marche à pied (des heures faisant) à l'hélicoptère dont ils ont aujourd'hui un usage très fréquent et même indispensable. Ainsi, les personnes âgées mafataises interrogées dans le cadre du projet G-RUN ont une aisance avec les technologies qui les entourent et un rapport plutôt positif à l'innovation en général. Ceci est le résultat de technologies offrant une réponse immédiate à des besoins de confort et de bien-être fondamental.

Les gérontechnologies sont encore assez peu présentes au domicile des personnes âgées réunionnaises. Celle que l'on retrouve le plus fréquemment est la téléassistance. Il existe quelques Systèmes d'Informations pour l'intervention et la coordination au sein d'associations ou entreprises de prise en charge de la perte d'autonomie et quelques solutions techniques plus poussées comme des montres connectées dans certains établissements d'hébergement mais cela reste encore très limité. Cela n'est pas spécifique à La Réunion puisque c'est également le cas en France métropolitaine. Il est plus facile pour une structure d'investir dans des objets technologiques coûteux qu'un individu, notamment à La Réunion où près de la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté (Hermet et Rochoux, 2014). La Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion, dans ses actions de prévention, finance des aides techniques comme les barres d'appui mais aussi un début de gérontechnologies avec par exemple des chemins lumineux.

On peut déduire de ce qui précède, d'une part, qu'aujourd'hui les gérontechnologies sont peu développées sur le territoire réunionnais et, d'autre part, que le parcours de vie des personnes âgées est un condensé d'expériences, positives et négatives, et que les personnes âgées réunionnaises sont plutôt favorables à l'innovation dans ce qu'elle a permis de confort et d'amélioration globale des conditions de vie mais en même temps plutôt réfractaires à l'innovation par rapport aux changements

sociétaux qu'elle a pu induire. Nous avons vu que l'utilisation de nouvelles technologies était liée au parcours de vie et à la perception de son utilité. Notons que les personnes âgées de par leurs conditions socio-économiques précaires ont des difficultés à se projeter dans le futur or c'est notamment par ce mécanisme de projection dans une potentielle utilisation positive d'un objet technologique qu'il pourra être adopté. Nous proposons à présent de détailler les facteurs d'adoption et de rejet des gérontechnologies qui ont pu être dégagés en explicitant également le processus d'acceptabilité sociale.

RAPPORT AUX GÉRONTECHNOLOGIES

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'acceptabilité sociale. Elle est très usitée dans les disciplines telles que l'ergonomie ou l'agronomie mais, bien que présente, elle est peu conceptualisée en sociologie et plus généralement en sciences humaines et sociales (Baba et Raufflet, 2015). La notion d'acceptabilité renvoie à deux approches interdépendantes : « le système et ses caractéristiques », ici l'acceptabilité est conditionnée par l'utilité et la fonctionnalité ; « la manière d'appréhender la technologie par l'usager » dont l'acceptabilité est conditionnée par la perception d'utilité et de facilité d'utilisation de l'usager, elle-même conditionnée par des facteurs psychosociaux autour desquels évoluent l'usager (Dubois et Bobillier-Chaumon, 2009).

Ce que l'on perçoit, c'est que ce sont des approches centrées sur l'usager. Il y a effectivement de très nombreuses théories, modèles ou typologies (UTAUT, TAM, CAUTIC, TAR, TCP)[1] autour de l'usage et du non-usage technologique et ce qu'il en ressort est une omniprésence de la notion de besoin et d'utilité. C'est pourquoi plusieurs chercheurs proposent d'étudier l'usage des technologies en référence à trois notions. D'abord, l'utilité qui correspond à la concordance entre fonctionnalité de l'objet et besoins de l'usager. Ensuite, l'utilisabilité qui renvoie à cinq dimensions de facilité d'utilisation : facilité d'apprentissage, performance possible, maintien en mémoire des fonctions, prévention des erreurs,

[1] UTAUT : Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
TAM : Technology Acceptance Model
CAUDIC : Conception Assistée par l'Usage pour les Technologies, l'Innovation et le Changement
TAR : Théorie de l'Action Raisonnée
TCP : Théorie des Comportements Planifiés.

satisfaction. Enfin, l'acceptabilité qui dépend de l'utilité et de l'utilisabilité tout en étant intégrée au contexte social de l'usager (Terrade *et al.*, 2009).

La notion d'acceptabilité sociale regroupe totalement et partiellement d'autres notions telles que l'acculturation, l'adoption, l'adhésion ou encore l'appropriation.

> Avec le concept d'appropriation, on interroge la signification donnée par l'usager à faire usage d'une nouvelle technologie dont il peut disposer. Autrement dit, il s'agit de comprendre la réponse que l'objet technique peut fournir dans l'environnement de son utilisateur (de Saint-Laurent-Kogan, 2007, p. 140).

En ce qui concerne les facteurs d'acceptabilité, ils peuvent être résumés comme suit : le parcours de vie de la personne et l'expérience sont au cœur du processus d'adhésion et d'appropriation des nouvelles technologies (Gucher, 2012) et le non-usage ou le non-équipement ne s'explique pas d'une manière unique par la crainte ou la méconnaissance des technologies mais mobilise au contraire des registres explicatifs divers en lien avec des logiques d'usages bien spécifiques (Caradec, 2001a ; Caradec, 2001b). En effet, « les situations de non-usages sont rarement le résultat d'un seul phénomène […] mais de la convergence de plusieurs éléments personnels, sociaux, cognitifs qui contribuent au processus de construction des expériences face à la technologie » (Boutet et Trémenbert, 2009, p. 94).

L'analyse de notre corpus d'entretiens nous a permis d'élaborer différents types de freins et d'impulsions à l'adoption des gérontechnologies. Nos analyses rejoignent celles de Boudokhane (2006) et Michel *et al.* (2009) concernant les facteurs facilitant et au contraire ceux freinant l'adoption de nouvelles technologies et plus globalement l'intégration d'innovations. Il est intéressant de noter qu'on trouve des résultats similaires en France métropolitaine et concernant des technologies qui ne sont pas spécifiquement en lien avec la perte d'autonomie. On peut alors formuler l'hypothèse que les gérontechnologies ne présenteraient pas de schéma d'appropriation différenciée des autres technologies plus généralistes.

Un autre constat intéressant à relever est la parfaite réciprocité des facteurs explicatifs. En effet, étant donné la nature des facteurs en jeu, ils peuvent être d'une personne à l'autre tour à tour facilitateurs ou freineurs. Par exemple, le coût peut être un frein si celui-ci est jugé trop élevé et il peut être encourageant au contraire s'il est jugé faible. De la

même manière, le réseau social peut être facilitant si celui-ci est présent et au contraire empêchant si celui-ci est absent. Ainsi, il semble plus cohérent de ne pas différencier les facteurs en termes d'adoption et de rejet mais plus par rapport à la nature même du facteur. Nous proposons toutefois d'utiliser une typologie des facteurs de non-usage (Boudokhane, 2006 ; Roger, 1995 ; Ram, 1987) pour simplifier la complexité des variables en jeu et mettre en lumière les freins identifiés à La Réunion et ensuite de présenter, de façon plus globale, une typologie des facteurs influençant le rapport aux gérontechnologies.

En ce qui concerne les facteurs de non-usage des nouvelles technologies, on peut en distinguer trois tout en sachant qu'ils ne sont pas exactement délimités mais bien souvent perméables les uns aux autres.

Le premier concerne « les inconvénients perçus » :

En tout premier lieu, on relève le coût comme frein récurent à l'usage. « *Je suis coincée je ne vais pas m'en acheter* » (Femme, 80 ans), « *ça m'intéresse pas ça coûte cher* » (Femme, 87 ans), « *j'ai pas les finances ça m'étonnerait que ce soit gratuit* » (Homme, 62 ans), « *si c'est cadeau je prends* » (Femme, 73 ans). On retrouve ici aussi la peur d'une certaine forme de stigmatisation en même temps que la peur d'être espionné. « *Comme ça dans mon cou* [en parlant de la téléassistance] *peut-être que certains disent que j'ai perdu la tête* » (Femme, 96 ans). On note aussi l'appréhension de l'augmentation du chômage et de la paresse chez les gens : « *c'est le travail des humains ça la ferraille prend notre place* » (Femme, 89 ans), « *si jamais il y a un robot elle* [l'aide-ménagère] *ne fera plus rien elle n'aura plus de travail* » (Homme, 88 ans), « *je préfère que ce soit une femme qui fasse ma vaisselle* » (Homme, 70 ans), « *aujourd'hui les gens sont paresseux et ne veulent plus travailler et c'est à cause de la technologie et des machines* […] *j'aime pas trop toutes ces machines-là ça empêche les gens de travailler et incite les gens à la paresse j'aime pas ça même pour le repassage qui est dur à faire même pour le nettoyage de la maison* » (Femme, 70 ans), « *le robot il va pas tout faire quand même pour faire le jardin pour m'emmener à Saint-Denis et il y aura plus personne qui travaille* » (Homme, 64 ans).

Le second concerne « les incompatibilités perçues » :

D'abord en ce qui concerne les compétences propres des personnes et de ce point de vue, le fait de ne pas savoir lire, d'avoir sa vue ou son ouïe qui baissent sont des freins majeurs. « *Je ne saurais pas m'en servir* » (Femme, 80 ans), « *je n'entends pas bien et j'ai peur de décrocher et de ne pas entendre ce qu'on me dit* » (Femme, 96 ans), « *faire quelque chose manuellement je ne pourrai pas et je ne retiendrai pas non plus il faudrait me dire cinquante fois la même chose* » (Femme, 94 ans), « *c'est compliqué ça c'est pas à ma portée* »

(Homme, 62 ans), « *l'ordinateur je n'y comprends rien* » (Femme, 93 ans), « *je ne peux pas assimiler cet apprentissage parce que je ne vois pas très bien j'ai des implants dans les yeux et les images lumineuses qui défilent me font mal aux yeux* » (Femme, 73 ans), « *je croyais que je savais car je maniais mais au fur et à mesure j'ai tout perdu je ne me souviens plus j'ai pas appris suffisamment à l'utiliser, je n'ai rien retenu* » (Femme, 67 ans). Ensuite, ce qui est en lien avec un sentiment d'exclusion de la société, de ne pas pouvoir prendre place dans la modernité et donc une certaine forme d'infériorité perçue. Cette infériorité perçue de la part de certaines personnes âgées réunionnaises est souvent contrecarrée par une survalorisation de la réussite des enfants et des petits-enfants. « *Je suis vieux ça c'est pour les jeunes qui ont trente ans* » (Homme, 62 ans), « *je n'arriverais pas à m'en servir de tout ça je ne vois pas l'utilité si j'étais plus jeune j'aurais aimé mais là comme je ne peux plus m'en servir* » (Femme, 94 ans), « *si j'avais été plus jeune oui mais à mon âge je ne vois pas pourquoi j'aurais besoin de choses modernes* » (Homme, 96 ans), « *je n'ai pas été longtemps à l'école et je n'ai pas appris ça à l'école donc maintenant c'est trop tard* » (Homme, 64 ans), « *c'est bien le progrès et l'innovation mais c'est pour les jeunes je ne sais pas si on est capable de nous adapter à tout ça il fallait en avoir pour savoir si on a jamais vu on ne peut pas* » (Femme, 80 ans), « *je ne suis pas dans la technologie* » (Homme, 67 ans).

Le troisième concerne « les risques perçus » :

On retrouve ici les freins d'ordre identitaires d'abord avec la peur de la perte de son autonomie et du contrôle de soi et aussi des risques plus spirituels en lien avec la religion. « *Je ne veux pas être conditionnée par tous ces trucs-là* » (Femme, 75 ans), « *une fois j'ai entendu qu'un robot a agressé une personne* » (Homme, 62 ans), « *c'est Dieu qui crée tout et qui décide tout c'est lui qui a donné à l'homme l'intelligence mais rien ne sert d'essayer de le dépasser ça ne marchera pas* » (Femme, 80 ans), « *la technologie ne peut pas faire concurrence à l'homme, l'humain est trop rapide, l'humain a une vision bien plus poussée puisque c'est un humain qui a inventé, puisque c'est l'homme qui invente alors l'homme est supérieur à la technologie* » (Femme, 72 ans), « *quand on est comme ça est-ce qu'on comprend le robot quand on est dans un piteux état ? si on connaît plus toute seule on peut pas compter sur lui je peux pas moi j'aurais confiance mais si on est pas capable toute seule le robot il sert à quoi moi je dis il faut qu'on ait la mémoire je sais pas j'ai jamais pensé à tout ça mais ça m'est déjà arrivé que je ne savais plus rien* » (Femme, 80 ans).

Michel *et al.* (2009) ont élaboré une typologie de facteurs d'adoption des nouvelles technologies que nous proposons d'utiliser pour mettre en lumière les différents éléments qui entrent en compte dans le

processus d'acceptabilité. Ils sont de quatre ordres et tout aussi perméables les uns aux autres.

Le premier concerne des facteurs psychosociaux en lien avec les valeurs de l'individu et le contexte social dans lequel il évolue. On peut noter ici l'importance du rôle de l'entourage dans la familiarisation d'outils technologiques. « *Ils* [ses enfants et petits-enfants] *essaient de gagner du terrain tout doucement jusqu'à ce que j'accepte la tablette* » (Femme, 75 ans), « *ce sont mes enfants qui se sont occupés de tout ça* » (Femme, 71 ans), « *de temps en temps je pianote un peu sur le téléphone de ma petite-fille mais ce n'est pas moi qui utilise ! C'est facile ça pépé !* » (Homme, 62 ans). L'importance des tiers dans l'apprentissage et l'appropriation des nouvelles technologies a été soulevée par de nombreux chercheurs. Ils sont déterminants dans la phase d'apprentissage et donc d'essais et d'encouragements. L'entourage est même souvent à l'initiative de l'équipement. Ainsi, une personne âgée se retrouve équipée de la téléassistance parce que ses enfants lui ont souscrit un abonnement. Lorsque les personnes âgées sont seules et isolées, leurs discours sont aussi plus souvent marqués par un sentiment de finitude. « *La vie a été dure mais là c'est la fin* » (Femme, 96 ans) comme pour économiser ses forces en attendant la mort. Cela suppose un rapport particulier au temps et à son propre corps.

Le second concerne les facteurs d'usage. Ils font écho à une logique utilitaire et donc à la perception d'utilité de l'objet que nous savons à présent déterminante dans le processus d'acceptabilité. « *Réellement ça me donne envie parce que des fois je suis toute seule la téléassistance moi j'ai un téléphone qui peut me localiser avec un bouton pour les secours* » (Femme, 58 ans), « *Internet ça va être notre quotidien alors autant commencer et en profiter* » (Homme, 70 ans), « *toutes ces technologies peuvent rendre service quand on est moins autonome, ça évite les déplacements surtout quand on est fatigué on n'a pas envie de se déplacer on n'a pas envie de sortir* » (Femme, 72 ans), « *je trouve que si on a ça avec nous on peut aller dans la cour et avoir une petite distraction* » (Femme, 96 ans)

Le troisième concerne les facteurs personnels. Ils renvoient davantage aux dispositions personnelles et aux positionnements qu'on adopte face à la société. « *C'est plutôt une bonne chose il faut faire confiance* » (Femme, 94 ans), « *on n'est jamais trop vieux pour apprendre, peut-être que ça rentre encore un petit peu* […] *l'ordinateur c'est comme le téléphone au début avec mon tactile j'avais du mal et ensuite on apprend, l'ordinateur c'est pareil* » (Homme, 55 ans), « *on est obligé si on veut rester dans la société* » (Homme, 70 ans)

Le quatrième concerne les facteurs expérientiels. Le fait d'avoir dans son entourage quelqu'un qui a pu en bénéficier et pour qui cela a

été profitable aura un impact favorisant à l'adoption de telle ou telle technologie. « *Moi ma mère c'était vraiment bien une fois elle a chuté et j'ai pu être prévenue tout de suite* » (Femme, 58 ans). C'est aussi dans cette optique qu'intervient le parcours de vie de la personne et son rôle déterminant dans son schème de valeurs actuelles. On constate que lorsqu'il y a une expérience vécue positivement dans l'entourage, la personne montre une meilleure appréhension, qui est de surcroît mieux argumentée.

Pour comprendre le rapport aux gérontechnologies, il faut donc considérer la personne dans son rapport à soi et à ses propres fragilités naissantes et dans son rapport aux autres en lien avec son parcours de vie. Ceci a pour conséquence la nécessité de prendre en compte la diversité des facteurs influençant l'adoption de telle ou telle innovation. Il n'existe pas de facteur unique explicatif donc il est nécessaire de bien contextualiser l'implémentation des gérontechnologies et étant des innovations qui répondent potentiellement à un enjeu sur le long terme, il semble intéressant de se projeter dans les années à venir.

DES GÉRONTECHNOLOGIES À LA RÉUNION ?

L'acceptabilité sociale, nous l'avons vu, est fortement liée au contexte physique et social des individus et il convient de voir dans quelle mesure le contexte réunionnais peut encourager ou au contraire freiner l'adoption des gérontechnologies. Actuellement, la contrainte majeure est celle liée aux coûts des gérontechnologies du point de vue des potentiels acteurs : les personnes âgées, l'entourage familial et professionnel, les structures médico-sociales et sociales et les institutions publiques dans leur mission de financement. Ainsi, un des enjeux est de voir comment un territoire, ici La Réunion, relativement autonome et ayant des latitudes importantes d'innovation dans le domaine du vieillissement (Coldefy et Luca-Gabrielli, 2012) s'emparera de ces innovations.

S'il est vrai qu'à l'heure actuelle, les personnes âgées réunionnaises sont peu équipées en gérontechnologies, on constate un effet générationnel fort entre les jeunes retraités et les vieux retraités. Cet effet risque de s'accentuer encore davantage dans les années à venir car même si le taux de chômage est très élevé, 26,8% en moyenne en 2014 (Insee, 2015) et qu'il n'a cessé d'augmenter entre les années 1970 et la fin des années 1990 (Insee *et al.*, 2004), la proportion de personnes âgées ayant cotisé dans le secteur formel et notamment les femmes dont le taux d'activité est passé de 29,9% en 1974 à 55,4% en 2011 (*ibid.*) va fortement

augmenter. En parallèle de la modernisation de la société, les personnes âgées auront côtoyé de façon plus systématique les nouvelles technologies que ce soit dans le milieu professionnel ou dans la vie de tous les jours. Ainsi, on peut supposer qu'il y aura un rapport plus familier à la technologie et aux gérontechnologies qui pourra entraîner une adhésion plus importante.

Par ailleurs, nous avons relevé trois éléments favorables à la diffusion des gérontechnologies. Le premier relève du contexte institutionnel réunionnais. Les gérontechnologies participent à un mouvement plus vaste autour de la E-santé. La Réunion a récemment obtenu le label « French Tech » en E-santé qui a pour mission de fédérer et d'organiser les start-ups et moyennes entreprises du secteur de la E-santé et du bien-être dans le but de leur donner une lisibilité industrielle à l'international[2]. La Réunion est également « Territoire de Soins Numérique » qui vise l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins[3]. Si ces deux dispositifs ne visent pas directement les personnes âgées, celle-ci y sont incluses. Plus spécifiquement, La Réunion est aussi un département préfigurateur de la « Conférence des Financeurs » animée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui vise à rassembler les acteurs institutionnels sur le financement d'actions de prévention à destination des personnes âgées[4]. Tout cela témoigne d'un dynamisme important autour de l'innovation en santé et plus spécifiquement l'innovation en lien avec le vieillissement dont l'organisation de l'écosystème de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Un second élément relève du contexte social et géographique de La Réunion. Avec l'avancée en âge, les personnes âgées rencontrent un certain nombre de difficultés tant sur le plan physique, psychologique que social. Un des concepts clés en sociologie du vieillissement est celui de « déprise » qui correspond à « un amoindrissement de la pulsion vitale » et qui est caractérisée par un manque d'envie et un souci de protection de soi en se concentrant sur certaines activités (Caradec, 2001, p. 137). « La déprise est ainsi un processus actif à travers lequel les

---

2 http://www.france-ehealthtech.org/

3 http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/territoire-de-soins-numerique/article/leprogramme-territoire-de-soins-numerique-tsn.

4 http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs.

personnes qui vieillissent mettent en œuvre des stratégies d'adaptation de manière à conserver, aussi longtemps que possible, des engagements importants pour elles » (Caradec, 2012, p. 103) et la technologie peut en être complètement exclue ou au contraire en faire pleinement partie. En effet, la déprise peut tout à fait prendre la forme d'un refus de l'investissement dans de nouvelles choses et c'est à ce moment-là qu'on peut prononcer des phrases telles que « *c'est fini* ». De plus, lorsque l'état de santé se dégrade, que l'entourage est moins actif et que les opportunités d'accès sont moins soutenues, les sources de capabilités se trouvent diminuées et augmentent le risque de fragilité physique, psychologique et sociale. La perception de soi et son propre vécu impactent directement sa projection dans l'usage (Demagny *et al.*, 2015), mais à La Réunion avec la constante augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules et parfois très isolées tant socialement que géographiquement, le sentiment d'isolement et le manque de solidarité familiale reviennent souvent dans le discours des personnes âgées, ce qui témoigne d'un souci de sécurisation de soi (Nowik et Thalineau, 2010). De ce point de vue, les gérontechnologies peuvent apporter des solutions en termes de relais à l'activité humaine parfois absente voire défaillante, grâce à la téléassistance, aux systèmes de géolocalisation ou encore aux capteurs de chutes.

Parce que les politiques publiques en matière de vieillissement sont encore majoritairement tournées vers la prise en charge de la perte d'autonomie (Gucher *et al.*, 2015), les gérontechnologies ont pour principe de s'adresser à des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser notamment le maintien à domicile ce qui n'exclut pas pour autant de pouvoir faciliter à la fois la mobilité et la stimulation cognitive par exemple. Elles s'adressent donc à des personnes potentiellement fragiles, comprenant la fragilité comme « une constellation de conditions multiples » (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2013, p. 27) qui intervient nécessairement dans le processus d'acceptabilité des technologies et ici de ces gérontechnologies. Les fameuses stratégies de protection dont font preuve les personnes âgées sont souvent en lien avec le retrait de l'espace privé. Ainsi, le domicile devient « un repère » et « un repaire » à la fois physique et identitaire (Caradec, 2012). En cela, on comprend l'envie partagée de la majorité des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Dans cette optique, les gérontechnologies ont une réelle utilité puisqu'elles peuvent garantir en même temps qu'une certaine forme d'autonomie, le maintien de ce repère/repaire qu'est le domicile. La culture du domicile à La Réunion est si bien ancrée qu'on

peut imaginer qu'elle soit un facteur majeur pour encourager la diffusion des gérontechnologies auprès des personnes âgées. Et c'est en cela que réside notre troisième élément favorable à la diffusion des gérontechnologies. En effet, en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, le territoire réunionnais présente une posture relativement innovante (Klein et Sandron, 2016) puisque l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie s'est depuis longtemps articulée en faveur du maintien à domicile, ce qui place La Réunion en précurseur des prérogatives actuelles. À La Réunion, près de 90% des personnes âgées en perte d'autonomie sont prises en charge à domicile même si c'est le résultat d'une certaine contrainte liée au faible nombre de structures d'accueil et aux faibles moyens financiers des personnes âgées et de leur famille. On le sait, l'habitat est au cœur de la politique en faveur des personnes âgées[5] et en cela des gérontechnologies en lien avec l'aménagement et la sécurité du logement trouveront nécessairement leur importance à La Réunion où il y a chaque année, d'après les estimations de l'Insee, 3600 ménages supplémentaires ayant à leur tête une personne de plus de 60 ans (Levet et Almeida, 2012).

CONCLUSION

Les gérontechnologies présentent de nombreux enjeux à la fois sociétaux, sanitaires, économiques, éthiques et aussi technologiques. Le rapport à l'innovation des personnes âgées réunionnaises est intimement lié à leur parcours de vie ce qui, d'après nous, conditionne aussi l'adoption des gérontechnologies. Nous avons défini le parcours de vie comme une totalité ou entité totale où interagissent tous les éléments de l'existence dans une perspective diachronique. Ces gérontechnologies se heurtent aujourd'hui à La Réunion aux conditions socioéconomiques précaires des individus et à l'insuffisance de moyens financiers des institutions publiques mais nullement à un rejet de masse comme en témoigne le nombre important de variables à prendre en compte pour cerner l'acceptabilité sociale.

Il existe certes, une réticence un peu plus marquée chez les personnes les plus âgées n'ayant jamais côtoyé d'objets technologiques mais l'approche prospective adoptée dans cet article laisse présager un contexte social, économique et institutionnel plutôt favorable à l'utili-

5 Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

sation des gérontechnologies à condition que celles-ci garantissent l'intégrité de la personne, c'est-à-dire répondent aux besoins individuels tout en favorisant une avancée en âge de qualité.

Finalement, la question de l'adoption des gérontechnologies revêt des enjeux similaires à ceux des politiques publiques en matière de vieillissement ou de l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie, ce qui n'est pas étonnant puisqu'elles y sont intégrées. Ceci plaide pour l'adoption d'une approche multidimensionnelle face au caractère nécessairement cumulatif de l'innovation. Une innovation technique ne peut aller dans ce cas sans innovations sociales en matière de sources de financement ou en matière d'organisation sociale autour des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

Alter N., 2000, *L'innovation ordinaire*, PUF, Paris.

Baba S., Raufflet E., 2015, « L'acceptabilité sociale : une notion en consolidation », *Management International*, vol. 19, n°3, p. 98-114.

Bessin M., 2009, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, n°156, p. 12-21.

Boudokhane F., 2006, « Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2006 (1), p. 13-22.

Boutet A., Trémenbert J., 2009, « Mieux comprendre les situations de non-usage des TIC. Le cas d'internet et de l'informatique, Réflexions méthodologiques sur les indicateurs de l'exclusion dite numérique », *Les cahiers du numérique*, Vol. 5/1, p. 69-100.

Caradec V., 2001a, « "Personnes âgées" et "objets technologiques" : une perspective en termes de logiques d'usage », *Revue française de sociologie*, 42, 1, p. 117-148.

Caradec V., 2001b, « Générations anciennes et technologies nouvelles », *Gérontologie et société*, n° spécial, p. 71-91.

Caradec V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement : domaines et approches*, Paris, Armand Colin, 128 p.

Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., 2012, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », *Question d'économie de la santé*, n°175, 8 p.

Demagny L., Desprès C., Eyraud B., Sifer-Rivière L., Tellez J., Tibi-Lévy Y., Béliard A., 2015, « Vivre à domicile avec la maladie d'Alzheimer au regard des "capabilités par faveur" », *Retraite et société*, (3), p. 59-75.

Dubois M., Bobillier-Chaumon M-E., 2009, « L'acceptabilité des technologies : Bilan et nouvelles perspectives », *Le travail humain*, vol. 72, p. 305-310.

Gaglio G., 2011, *Sociologie de l'innovation*, Paris, PUF, « Que sais-je ? ».

Gucher C., 2012, « Technologies du "bien vieillir et du lien social" : Question d'acceptabilité, enjeux de sens et de continuité de l'existence – La canne et le brise-vitre », *Gérontologie et société*, n°141, p. 27-39.

Gucher C., Guillalot E., Mollier A., Mansanti D., 2015, *Retraite et vieillissement : intervention publique et action sociale*, Dunod, Grenoble, 224 p.

Hermet F., Rochoux J.-Y., 2014, « Vie chère et pauvreté à La Réunion », *Informations sociales*, n°186, p. 90-97.

Insee, AFD, Iedom, 2004, *Chômage, productivité et politique d'emploi à La Réunion : une double transition presque réussie*, Saint-Denis, 46 p.

Insee, 2011, « Niveau de vie des personnes âgées en 2008 », *Informations Rapides Réunion*, n°183.

Insee, 2015, « Rénovation de l'enquête emploi », *Insee Flash Réunion*, n°32.

Klein A., 2014, *Analyse de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à La Réunion*, Mémoire de Master 2, Université Paris Descartes, 96 p.

Klein A., Sandron F., 2016, « La Réunion : un territoire spécifique en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes », 3e Colloque international du CIST, *En quête de territoire(s),* 17-18 mars 2016, Grenoble, 5 p.

Lalive d'Épinay C. *et al*., 2005, « Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire », in Guillaume J.-F. (dir.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Editions de l'ULG, Liège.

Lalive d'Epinay C., Cavalli S., 2013, *Le quatrième âge*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 144 p.

Levet A., Almeida J., 2012, « Des ménages plus petits et plus nombreux », *Economie de La Réunion*, n°138, p. 27-30.

Michel C., 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*, n°54, p. 271-285.

Nowik L., Thalineau A., 2010, « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales », *Espace Populations Sociétés*, n°1, p. 41-51.

Ram S., 1987, « A model of innovation resistance », *Advances in Consumer Research,* n°14, p. 208-212.

Riom L., Hummel C., Kimber Arye L., Burton-Jeangros C., 2015, « Plus on est vieux, plus on se protège : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées », *Retraite et société*, n°71, p. 58-74.

de Saint-Laurent-Kogan A-F., 2007, « La canne et le médaillon », *Gérontologie et société*, n°141/2, p. 137-143.

Sandron F., 2007a, « Dynamique de la population réunionnaise », in Sandron F. (éd.), *La population réunionnaise. Analyse démographique*, Éditions de l'IRD, Institut de Recherche pour le Développement, Paris, p. 27-41.

Sandron F., 2007b, « Vieillissement de la population et prise en charge de la dépendance à La Réunion », Communication au XIVe colloque national de démographie, CUDEP : Démographie et santé, 21-24 mai, Bordeaux, 12 p.

Sandron F., 2013, « L'organisation territoriale réunionnaise face à la question de la dépendance des personnes âgées », Colloque Laboratoire Printemps, *Les territoires vécus de l'intervention sociale : institutions, professionnels et usagers à l'épreuve de l'incertitude territoriale*, 25-26 mars, Saint-Quentin en Yvelines, 9 p.

Sandron F., 2014, « Vieillir à La Réunion : implications individuelles des évolutions démographiques, économiques et sociales », Communication au colloque de l'Aidelf, *Trajectoires et âge de la vie*, 26-30 mai, Université de Bari, Italie, 16 p.

Terrade F., Pasquier, H., Reerinck-Boulanger, J., Guingouain, G., Somat, A., 2009, « L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques », *Le Travail humain*, vol. 72, p. 383-395.

© Dépôt légal

Achevé d'imprimer
au Service Reprographie de l'Université de La Réunion

2017

Vieillissement et gérontechnologies à La Réunion

Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées et de l'espérance de vie, se pose le défi d'un vieillissement en bonne santé ou de manière plus large du bien-vieillir. Les gérontechnologies, définies comme des « systèmes techniques et solutions d'aides à la personne âgée », jouent un rôle croissant dans la promotion du bien-vieillir. Face à ce marché potentiel en forte croissance numérique au cours des prochaines décennies, les offres se multiplient. Mais la demande suit-elle ? Méconnaissance des produits, coût élevé, complexité technique, incompréhension des objectifs, peur de voir disparaître les relations humaines, les facteurs de réticence à l'adoption sont nombreux. Les personnes âgées sont-elles pour autant forcément technophobes ? Dans quelles conditions les gérontechnologies sont-elles acceptables ? C'est à ces questions qu'il est proposé de répondre à travers une double lecture économique et sociologique, s'intéressant aux motivations individuelles et aux politiques publiques, dans une démarche territorialisée à l'île de La Réunion.

Cet ouvrage restitue les résultats du programme de recherche G-RUN « Évaluation économique et acceptabilité sociale des gérontechnologies à La Réunion », dans le cadre de l'Appel à Projets Recherche 2014 du Ministère français des Outre-Mer (arrêté n°4603 SGAR du 22 septembre 2014). Le programme a été réalisé entre octobre 2014 et juin 2016.

ISBN : 978-2-905861-30-6
EAN : 9782905861306

IRD Institut de Recherche pour le Développement FRANCE

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION S'ouvrir aux mondes