



---

**Master 2**

**Pilotage des politiques et actions en santé publique**

Promotion : **2017-2018**

**Les outils numériques dans les politiques de  
prévention de la perte d'autonomie des personnes  
âgées en Nouvelle Aquitaine**

---

Eléonore TRON

20/08/2018



---

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage, Olivier Serre pour sa disponibilité, son suivi et ses conseils ainsi que l'accueil bienveillant de son service à mon égard.

Je souhaite également remercier le Professeur Michel Louazel pour ses conseils et le Professeur Arnaud Campéon, pour ses enseignements et sa bienveillance tout au long de l'année.

Je remercie tous mes proches pour leur soutien permanent.

Je voudrais enfin remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien pour leur accueil, leur sincérité et leur temps que je sais précieux.

---

## Liste des acronymes

---

**ADF** : association des départements de France

**ADI** : aquitaine développement innovation

**ANAH** : agence nationale de l'habitat

**APA** : allocation personnalité d'autonomie

**AGGIR** : autonomie, gérontologie, groupes iso-ressource

**AMI** : appel à manifestation d'intérêt

**ANESM** : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**ARS NA** : agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine

**ASV** : adaptation de la société au vieillissement

**CAP 2022** : comité d'action publique 2022

**CASF** : code des affaires sociales et familiales

**CCAS** : centres communaux d'action sociale

**CD** : conseil départemental

**CDFPPA** : conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

**CESER** : centre économique, social, environnemental régional

**CIAS** : centres intercommunaux d'action sociale

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CLIC** : centres locaux d'information et de coordination

**CNOM** : conseil de l'ordre national des médecins

**CNSA** : caisse nationale de solidarité active

**CPOM** : contrat d'objectifs et de moyens

**CPTS** : communauté professionnelle territoriale de santé

**CRES** : comité régional d'éducation pour la santé

**CSP** : code de la santé publique

**DD** : délégation départementale

**DDT** : directeur des territoires

**DGE** : direction générale des entreprises

**DOSA** : direction de l'offre de soin et de l'autonomie

**DREES** : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHESP** : école des hautes études en santé publique

**EHPAD** : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

**EPCI** : établissement public de coopération intercommunale

**ESP** : équipe de soins primaires

**FR-SPS** : fédération de recherche santé publique, société

**GHT** : groupement hospitalier de territoire

**GIP ESEA** : groupement d'intérêt public e-santé en action

**GRADES** : groupement régional d'appui au développement de la e-santé

**HAS** : haute autorité de santé

**HPST** : hôpital, patients, santé, territoires

**IGAS** : inspection générale des affaires sociales

**INPES** : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**IRDES** : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

**IREPS** : instance régionale d'éducation et promotion de santé

**INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques

**ISPED** : institut de santé publique, d'épidémiologie et développement

**LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale

**MAIA** : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

**NMP** : nouveau management public

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**OSCARS** : observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé

**PAERPA** : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PIB** : produit intérieur brut

**PIPAME** : pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques

**PME** : petites et moyennes entreprises

**PPASP** : pilotage des politiques et actions en santé publique

**PRS** : plan régional de santé

**PSD** : prestation spécifique dépendance

**PTA** : plateforme territoriale d'appui

**PU-PH** : professeur des universités et praticiens hospitalier

**RGPD** : règlement général de protection des données de santé

**TIC** : technologies de l'information et de la communication

**TSN** : territoire santé numérique

**SAAD** : service d'aide et d'accompagnement à domicile

**SPASAD** : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile

**SNACs** : services numériques d'appui à la coordination

---

# Sommaire

---

Introduction.....	6
I. Les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie en France .....	8
A. Les politiques de l'autonomie en France.....	8
1. De la dépendance à la perte d'autonomie, de l'importance du vocable employé dans les politiques publiques .....	8
2. Approche historique des politiques publiques en faveur des personnes âgées en France .....	10
B. La prévention et la promotion de la santé dans le champ de l'autonomie : concepts et enjeux .....	13
1. Définition des concepts.....	13
2. Prévention et promotion de la santé des personnes âgées.....	15
3. Les enjeux de la prévention dans la perte d'autonomie .....	16
C. Le numérique : un outil au service de la prévention de la perte d'autonomie ? ..	18
1. Définitions.....	18
2. Le numérique dans les politiques de santé .....	20
3. Création d'une filière économique qui a du mal à décoller : la Silver économie ..	21
4. Enjeux et attentes des nouvelles technologies en faveur des personnes âgées	22
II. Analyse des politiques de déploiement des outils numériques en faveur des personnes âgées à domicile dans la région Nouvelle Aquitaine – étude qualitative .....	25
1. Absence d'une politique régionale partagée sur le numérique dans l'autonomie	25
2. Instillation du numérique dans les politiques de l'autonomie de chaque institution	28
3. Les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CDFPPA) .....	33

III. Identification des freins au déploiement des outils numériques dans les politiques de prévention de la perte d'autonomie selon une stratégie partagée des pouvoirs publics dans la région Nouvelle Aquitaine.....	41
A. Les enjeux politiques renforcés par l'éclatement de l'autonomie entre les institutions.....	41
B. Manque de visibilité sur les projets innovants : du manque d'outil au partage d'information en politique.....	45
C. Manque d'expertise et de données probantes sur les innovations numériques : enjeux de l'évaluation.....	47
D. Perception des pouvoirs publics du monde de l'entreprise et des acteurs privés	51
E. Le secteur des services à domicile peu propices aux outils numériques ?.....	52
Conclusion.....	56
Bibliographie du mémoire .....	60
Liste des annexes.....	66
Annexe 1 : Liste des réunions ou évènements ayant fait l'objet d'observations .....	67
Annexe 2 : Grille d'entretien représentant des usagers.....	68
Annexe 3 : Grille d'entretien acteurs .....	69
Annexe 4 : Grille d'entretien chercheur .....	70
Annexe 5 : Grille d'entretien financeurs .....	71
Annexe 6 : Liste des entretiens.....	72
Annexe 7 : Organigramme de la DOSA de l'ARS NA.....	73
Annexe 8 : Synthèse des propositions pour l'ARS NA .....	75

# Introduction

## Choix du sujet et contexte

J'ai effectué mon stage de master 2 pilotage des politiques et actions en santé publique (PPASP) de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) au sein de l'Agence régionale de santé nouvelle aquitaine (ARS NA), et plus particulièrement au sein de la délégation départementale (DD) de la Gironde.

Olivier Serre, directeur de la délégation départementale de la Gironde (DD 33) et également directeur des territoires (DDT) m'a accompagné durant ce projet. En effet, lors de la fusion des trois ex-ARS Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes en 2016, le Directeur général de l'ARS NA, Michel Laforcade, a souhaité créer une direction représentant les douze délégations départementales de l'ARS NA afin de renforcer le lien de la direction générale avec celles-ci.

Face aux enjeux démographiques liés au vieillissement de la population (1,5 million de personnes de plus de 85 ans en 2017) et à l'augmentation des maladies chroniques, de lourdes attentes pèsent sur le numérique. Aussi, les ARS sont fréquemment sollicitées pour apporter un soutien financier aux innovations numériques. Si le rôle de l'ARS dans le déploiement d'outils numériques en santé, c'est-à-dire au service de l'offre de soins, telle que la télémédecine, semble clair, il n'en est pas de même dans le champ médico-social. Ainsi Olivier Serre m'a proposé d'interroger la place de l'ARS NA dans le déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie. Le choix a été fait dans ce mémoire de s'intéresser aux outils numériques à destination des personnes âgées principalement à domicile ou des professionnels les prenant en charge. Ce choix par d'un objectif commun des collectivités territoriales et de l'État sur le souhait de permettre aux personnes âgées de rester vivre dans leur domicile le plus longtemps possible. Ainsi, même si les usages de nouvelles technologies seront probablement le support de nouvelles formes d'alternatives entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation des personnes en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), cela ne fera pas l'objet de notre réflexion.

## Problématisation

Le questionnement de mon maître de stage quant à la place de l'ARS dans le déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie m'a amené à m'interroger sur la place de l'ARS par rapport aux collectivités territoriales également en compétence sur ce champ, notamment les Conseils départementaux pour la partie autonomie et le Conseil régional pour la partie numérique. Ainsi j'ai fait le choix d'aborder cette problématique en partant de l'objectif commun affiché par ces institutions qui est le maintien à domicile des personnes âgées. La problématique



qui en découle est comment les pouvoirs publics intègrent-ils les outils numériques dans leurs politiques de la prévention de la perte d'autonomie dans un objectif de maintien à domicile des personnes en Nouvelle Aquitaine ?

Je suis partie du postulat selon lequel les outils numériques permettent d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes et de sécuriser leur domicile. Ce postulat est discutable et fait l'objet de nombreux travaux contradictoires. Cependant, j'ai considéré que d'une façon ou d'une autre, les outils numériques s'immisceraient dans le champ de la perte d'autonomie.

Pour répondre à cette problématique, j'ai formulé trois hypothèses. La première est qu'il n'existe actuellement pas de stratégie de déploiement des outils numériques dans les politiques publiques de prévention de la perte d'autonomie en Nouvelle Aquitaine. Ainsi s'il existe de multiples expérimentations sur le territoire, les pouvoirs publics ne sont pas organisés pour permettre une capitalisation sur expérience dans un objectif de rationalisation de la décision. La seconde hypothèse est que l'éclatement des compétences autonomie entre les institutions territoriales nuit à la cohérence des politiques publiques au niveau régional. Enfin la troisième hypothèse est que l'intégration de ces nouveaux outils dans les politiques de l'autonomie nécessite un appui méthodologique dans le suivi et l'évaluation des innovations soutenues.

### **Méthodologie**

Afin de comprendre la politique actuelle des pouvoirs publics de la région sur les outils numériques dans la perte d'autonomie, j'ai exploré les documents institutionnels (Plan régional de santé 2018-2028, schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, feuille de route santé et feuille de route Silver économie du Conseil régional). Ceux-ci ne permettant pas d'y lire une politique clairement définie sur le sujet, j'ai souhaité faire un état des lieux des actions financées par ces derniers. J'ai pu rapidement constater que cela n'était pas réalisable techniquement actuellement. Même au sein de l'ARS NA, l'hétérogénéité des organisations des données ne permet pas leur exploitation. J'aurai pu essayer de réaliser cet état des lieux mais une personne de l'agence étant missionnée sur le sujet, je n'ai pas voulu interférer avec son travail. J'ai donc réalisé un travail d'observation durant différentes réunions stratégiques (annexe n°1) et mené une étude qualitative afin de comprendre la position actuelle des pouvoirs publics dans le déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie. J'ai souhaité rencontrer des acteurs internes à l'ARS ainsi que des membres des autres institutions publiques relevant d'un niveau décisionnaire et d'un niveau de mise en œuvre (chargés de mission). J'ai tenu à rencontrer également des représentants des usagers, des acteurs industriels et des bailleurs sociaux. Ces rencontres se sont majoritairement faites en face à face lors d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont pu être enregistrés et retranscrits. Quelques entretiens ont été faits par téléphone

et ont fait l'objet d'une prise de note. Au total, 22 entretiens ont été effectués (annexe n°6). Quatre grilles d'entretien structurées ont guidé les entretiens (annexes n°2, 3, 4, 5). Certains extraits anonymisés d'entretien seront insérés dans ce travail. Ces éléments m'ont permis de comprendre les freins au déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie par les pouvoirs publics et de faire des propositions à mon maître de stage.

Il est nécessaire d'indiquer ici, qu'au cours de mon internat de santé publique, j'ai déjà effectué deux stages au sein de l'ARS NA et que mon projet professionnel est de l'intégrer à la fin de mon cursus universitaire. Ainsi, malgré la prise de distance et l'objectivité qu'impose l'exercice, mon jugement a pu être influencé en faveur de l'ARS NA.

### **Annnonce du plan**

Dans une première partie, nous étudierons les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie en France : après un rappel historique des politiques de la dépendance, nous aborderons les concepts de prévention et promotion de la santé ainsi que la façon dont les politiques nationales s'emparent de la question numérique. Dans une deuxième partie, nous verrons comment les pouvoirs publics de la région Nouvelle Aquitaine prennent en compte ces outils dans leurs politiques publiques. Enfin dans une troisième partie nous nous attacherons à identifier les freins à la mise en place d'une stratégie coordonnée des pouvoirs publics dans ce domaine.

## **I. Les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie en France**

### **A. Les politiques de l'autonomie en France**

#### **1. De la dépendance à la perte d'autonomie, de l'importance du vocable employé dans les politiques publiques**

La dépendance est définie de manière officielle en 1985 par un arrêté ministériel relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement (1985). Sa définition est médicale et correspond à la « situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. ». A la fin des années 1980, cette définition de la dépendance va donner lieu à une catégorie d'action publique : la politique en direction des personnes âgées dépendantes. Ainsi la loi du 24 janvier 1997 reprend la définition « incapacitaire » de la

dépendance et instaure la prestation spécifique dépendance (PSD) à l'attention de personnes âgées de plus de 60 ans. Les outils d'évaluation en gériatrie telle que la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources), mesurant les incapacités de la personne dans la vie quotidienne, traduit bien la vision médicale « incapacitaire » de la dépendance évoquée par Bernard Ennuyer (2013) comme « stigmaté de la vieillesse qui va mal ». La loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) remplacera le terme « dépendance » par celui de « perte d'autonomie » défini par le même arrêté comme « l'impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel ». Bernard Ennuyer (*ibid.*) note dans cette définition une approche fonctionnelle ou exécutive de l'autonomie qui ne prend pas en compte la perte de l'autonomie décisionnelle des personnes. Le rapport d'un groupe de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sous la responsabilité de Roselyne Bachelot, ministre des Solidarités et de la cohésion sociale (Veber et Moral, 2011) écrit que « la substitution du terme de perte d'autonomie au terme de dépendance n'est pas entièrement satisfaisante : elle pourrait induire une égalité erronée entre perte d'autonomie et faculté de décider pour soi ». Cette notion de décider pour soi rappelle les racines grecques du mot « autonomie » ; *autos nomos* c'est-à-dire « qui se désigne à lui-même sa propre loi ». On peut d'ailleurs remarquer que cette distinction de vocabulaire se retrouve dans le droit français, la notion d'autonomie des personnes relevant du code civil alors que le secteur de la perte d'autonomie ou de la dépendance relève du Code d'action sociale et des familles (CASF). Bernard Ennuyer dans ses articles plaide pour l'adoption du vocabulaire utilisé dans les autres pays européens « *long terme care* » ou « en besoin de soins de longue durée » (Ennuyer, *op.cit.*). Les « soins » faisant ici référence au « prendre soin », *care* en anglais. Cette traduction française comporte tout de même le risque d'une assimilation aux soins du secteur sanitaire et nuit à la volonté de décloisonnement des prises en charge médico-sociales et sanitaires. Plus récemment, le terme autonomie est de plus en plus utilisé pour regrouper les champs de la dépendance et du handicap. Ainsi Coron (2017) voit l'utilisation de ce vocabulaire commun une ressource pouvant contribuer à l'unification du secteur médico-social afin « de subsumer les notions de handicap et de dépendance ». Cependant, dans ce mémoire, comme précisé dans la partie méthodologique, nous nous intéresserons aux politiques à destination des personnes âgées.

## **2. Approche historique des politiques publiques en faveur des personnes âgées en France**

### **De la naissance d'une politique vieillesse au concept du « bien vieillir »**

C'est dans les années 1960 que la notion de politique vieillesse fait son apparition avec le rapport Laroque (1962). Celui-ci énonce des objectifs toujours d'actualité aujourd'hui : changer le regard sur la vieillesse, coordonner les politiques nationales sectorielles avec les politiques locales, mettre en place une politique d'actions médico-sociales privilégiant le soutien à domicile grâce à l'adaptation des logements individuels et au développement des services d'aide et de soins à domicile. Depuis une logique de plans successifs s'est mise en place. Ainsi se sont succédés : le Plan dépendance de 2003, le Plan national bien vieillir 2007 – 2009, le Plan solidarité grand âge 2007-2012, le plan Alzheimer 2008-2012 et le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019. Plus récemment, le gouvernement a lancé sa feuille de route « Grand âge et autonomie ». L'objectif de cette feuille de route est double : améliorer dans l'immédiat la qualité de vie des personnes âgées et, deuxièmement, anticiper et faire face au défi de la perte d'autonomie. Cette feuille de route insiste sur la prévention de la perte d'autonomie à domicile comme en établissement et réaffirme la politique de maintien à domicile des personnes âgées ainsi qu'une volonté de proposer de nouvelles réponses alternatives. Des propositions concrètes sont attendues pour le début de l'année 2019.

Au fil de ces plans, le concept du « vieillissement réussi » ou du « bien vieillir » émerge et cohabite avec la notion connotée péjorativement de la « perte d'autonomie ». Le concept de « vieillissement réussi » a été défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002 comme « le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de leur vie ».

### **Convergence des politiques dépendances et des politiques de santé pour une prise en charge globale**

Face à l'augmentation de cette population « âgée » et des maladies chroniques, les politiques publiques en matière de santé convergent vers les politiques médico-sociales et sociales dans un objectif de prise en charge globale des personnes âgées. La mise en place de filières de soins gériatriques illustre cette volonté. Ces filières ont pour but « d'assurer une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-sociale et le sanitaire »<sup>1</sup>. L'organisation de ces filières permet par exemple l'admission directe des personnes âgées dans les services de gériatrie afin d'éviter leur passage aux urgences, d'organiser leur retour à domicile

---

<sup>1</sup> Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

dans les meilleures conditions possibles en lien avec les professionnels de la ville. Cette volonté d'avoir une approche plus transversale des soins et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes s'est traduite politiquement dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 par l'attribution de compétences médico-sociales aux ARS même si les Conseils départementaux restent chefs de file de la perte d'autonomie. Les politiques de santé, à travers la loi de Modernisation de notre système de santé du janvier 2016 et la stratégie nationale de santé 2018-2020, affichent également la volonté de prendre un virage préventif y compris dans la prise en charge de nos aînés. Ainsi l'enjeu est de retarder l'entrée en dépendance en adaptant l'environnement de vie des personnes et en repérant le plus précocement possible la perte d'autonomie afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles.

### **Une politique dépendance qui s'appuie sur des dispositifs de prestations monétaires...**

Afin de structurer sa politique autonomie, la France, comme d'autres pays européens, a fait le choix de mettre en place des dispositifs de « *cash for care* » à travers la PSD puis l'APA en 2002. Cette aide monétaire répond aux besoins d'aide quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie (Le Bihan –Youinou, 2011). Elle permet aux personnes âgées de faire appel à des aidants professionnels pour les aider dans leurs tâches de la vie quotidienne et de soulager leurs aidants naturels dont le rôle a été reconnu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 29 décembre 2015. Ainsi la mise en place de ces prestations monétaires vise à l'externalisation du *care*<sup>2</sup> afin de soulager les familles. Le recours à ce dispositif est justifié par la notion de libre choix. En effet, les personnes et leurs familles sont ainsi libres de choisir leurs intervenants. Si ces dispositifs permettent une plus grande autonomie des familles dans l'organisation de l'accompagnement de la personne âgée, ils impliquent également leur participation à l'organisation de l'aide (*ibid.*). Ce choix politique n'est pas déconnecté d'une politique de création d'emplois dans le secteur de l'aide à domicile. Ainsi en 2016, les intervenants à domicile représentaient 1,22 millions d'emplois<sup>3</sup> (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2018). Par ailleurs, la création de la PSD puis de l'APA ont instauré un critère d'âge dans la distribution des aides financières et ont contribué à créer deux catégories distinctes : les « PA » et les « PH » faisant l'objet de politiques publiques différentes. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004, rappelait dans son rapport annuel 2007 que « l'autonomie est à l'évidence une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de

---

<sup>2</sup> Le terme anglais *care* renvoie à l'attention, l'aide, à la charge, à la garde et au souci de l'autre.

<sup>3</sup> Ce chiffre ne comprend pas que les services à domicile des personnes âgées

part et d'autre de la limite purement administrative de 60 ans ». Pourtant aujourd'hui encore nos politiques construisent cette ségrégation en fonction de l'âge, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA) en est un exemple puisqu'elle a vocation à financer des actions pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

### **...Dans un objectif de maintien à domicile des personnes dépendantes**

Aujourd'hui, seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 60% des personnes âgées bénéficiant de l'APA vivent à domicile contre 40% en établissements<sup>4</sup>. Au-delà, d'un enjeu économique autour du maintien à domicile des personnes âgées, un sondage de OpinionWay<sup>5</sup> montre que 90 % des Français préfèrent adapter leur logement plutôt que d'intégrer une maison de retraite. Ce nouveau paradigme amène les pouvoirs publics à réorganiser l'offre autour du domicile, à décloisonner les prises en charge sociales, médico-sociales et sanitaires dans une approche globale de la personne. Dès lors les pouvoirs publics sont confrontés à un enjeu de coordination des dispositifs et des professionnels afin d'éviter les situations de rupture dans le parcours de vie des personnes et de rendre plus lisibles les dispositifs existants. Ainsi entre 2001 et 2005, des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ont été créés sur les territoires. Ces centres ont une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées et à leurs familles sur un territoire donné. Plus récemment en 2008, la CNSA a été chargée de la mise en œuvre de MAIA, acronyme faisant référence à une méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à l'intégration des services d'aide et de soins à domicile. L'intégration conduit tous les acteurs, au-delà d'une simple coopération, à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs et à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. Cette notion d'intégration dépasse désormais le champ de la perte d'autonomie puisqu'elle est le principe fondateur des plateformes territoriales d'appui (PTA) dont la généralisation est en cours suite à la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Ces PTA tirent leur expérience des

---

<sup>4</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/les-chiffres-cles>

<sup>5</sup> [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/les-personnes-agees-veulent-veillir-a-domicile-06-04-2012-1449070\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/les-personnes-agees-veulent-veillir-a-domicile-06-04-2012-1449070_57.php)

expérimentations PAERPA (parcours de santé des aînés) et territoire santé numérique (TSN) notamment. Elles intégreront également les MAIA qui resteront en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. L'un des axes prioritaires de ces PTA porte sur « le développement du numérique entre la ville et les établissements de santé et l'aide à l'organisation territoriale des soins afin de favoriser des parcours de santé pertinents et le maintien à domicile »<sup>6</sup>.

## **B. La prévention et la promotion de la santé dans le champ de l'autonomie : concepts et enjeux**

### **1. Définition des concepts**

#### **Le concept de prévention**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou diminuer le nombre et la gravité des maladies, des accidents, des handicaps ». On distingue trois types de prévention en fonction du stade de la maladie : la prévention primaire (qui vise à diminuer l'incidence<sup>7</sup> des maladies), secondaire (qui vise à diminuer la prévalence<sup>8</sup> des maladies) et tertiaire (qui vise à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie). Une autre classification de la prévention a été établie par Gordon en 1982 en fonction de la population cible des actions de prévention. Cette classification distingue la prévention universelle (destinée à tous), la prévention sélective (destinée à des sous-groupes de population) et la prévention ciblée (destinée à des sous-groupes en fonction de leurs facteurs de risque). Le concept de prévention est souvent associé à celui de promotion de la santé, né lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986.

#### **Le concept de promotion de la santé**

Partant de la définition de la santé définie en 1946 par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>9</sup> et de la déclaration d'Alma Ata élaborant le principe de droit à la santé pour tous, la charte d'Ottawa (OMS, 1986) définit le concept de promotion de la santé comme

---

<sup>6</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>

<sup>7</sup> L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées.

<sup>8</sup> La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné.

<sup>9</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100)

suit : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ». Au-delà de cette définition, la charte d'Ottawa propose plusieurs leviers d'action et insiste sur le caractère intersectoriel de la promotion de la santé (Alla, 2016) incitant à d'aller au-delà des politiques de santé et de mettre de « la santé dans toutes les politiques ». La promotion de la santé combine des actions visant à changer les aptitudes et capacités des individus et des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique afin de diminuer les effets négatifs que ces situations génèrent sur la santé<sup>10</sup>.

Ainsi les concepts de prévention et de promotion de la santé se distinguent par leur finalité : l'un a pour but la santé des populations et l'autre d'éviter les maladies. « La maladie se prévient et la santé se promeut » (Béland, 2012). Cependant, les stratégies qui les déclinent peuvent se recouper.

### Les déterminants de la santé

Afin d'agir sur l'état de santé des populations, les interventions de santé publique ciblent les déterminants de la santé. Pour l'OMS (1998), les déterminants de la santé sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Cette définition sous-tend une relation de cause à effet entre le déterminant et l'état de santé. En santé publique, cette relation est souvent multifactorielle et indirecte par l'intermédiaire d'une chaîne causale plus ou moins complexe<sup>11</sup>. Ce concept est parfois confondu avec celui de facteur de risque qui est défini par une association statistique entre sa présence et la survenue d'un événement de santé sans préjuger d'une relation de causalité. Cette nuance, pouvant s'expliquer par l'utilisation historique de ces termes par des disciplines différentes, les sciences humaines et sociales pour les déterminants et l'épidémiologie pour les facteurs de risque, tend à s'atténuer et un consensus s'est établi autour du terme déterminant ou facteur de risque déterminant pour expliquer une relation causale.

---

<sup>10</sup> Cours de Master 2 Promotion de la santé de l'Université de Nancy, Linda Cambon et François Alla

<sup>11</sup> Cours de DES de santé publique sur les déterminants de santé, plateforme SIDES, par François Alla



Plusieurs modèles conceptuels se sont succédés pour expliquer les relations entre les déterminants et l'état de santé des populations. Ainsi on est passé d'un modèle biomédical, où la maladie est une conséquence de l'action d'un pathogène, à un cadre de conception globale de la santé avec quatre grands types de déterminants (biologiques, environnementaux, habitus, organisation des soins) puis à un modèle socio-environnemental qui renforce le poids des déterminants sociaux dans les comportements et les habitudes de vie des individus. Dans ce dernier modèle, le comportement est considéré comme le fruit d'une interaction entre un environnement et des caractéristiques constitutionnelles. Ainsi il a été démontré que les déterminants sociaux avaient un impact sur la santé des populations et qu'ils étaient les meilleurs prédicteurs de la santé des populations et des choix de mode de vie des personnes (Raphael, 2003). En 2005, la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a mis l'accent sur les déterminants des inégalités sociales de santé et fait émerger le concept d'universalisme proportionné : plus la position sociale est faible et plus l'intervention doit être importante. Ce concept doit guider l'action publique vers plus d'équité en santé (OMS, 2008). Les approches universelles en prévention et promotion de la santé « sont susceptibles de profiter aux groupes sociaux et aux personnes les plus en mesure d'adhérer aux programmes favorables à la santé et d'utiliser les ressources collectives mises à la disposition des populations par les organismes publics » (Béland, 2012) et creusent donc les inégalités sociales de santé. Il est donc recommandé de combiner plusieurs stratégies d'intervention.

Le modèle conceptuel selon lequel on aborde les relations entre déterminants et état de santé n'est pas sans conséquence sur la politique que l'on applique : « l'idée que l'on se fait de la santé et de la maladie conditionne l'élaboration des stratégies d'intervention, de choix des populations cibles et des acteurs à impliquer »<sup>12</sup>. Les politiques actuelles se veulent basées sur une approche intégrative de ces différents modèles associée à des leviers et des acteurs différents.

## **2. Prévention et promotion de la santé des personnes âgées**

La vieillesse n'est pas définie comme une maladie même si elle est fréquemment associée à des maladies chroniques. Cependant, l'âge est le facteur de risque le plus important de la perte d'autonomie fonctionnelle et est peu facilement accessible à la prévention : le risque relatif de déclin de l'état fonctionnel double dans la population âgée par tranche de 10 ans (Ankri, 2008). Si l'on reprend les concepts abordés ci-dessus, on en déduit que la prévention chez les personnes âgées consiste à retarder la survenue de la perte d'autonomie (prévention primaire), la repérer précocement (prévention secondaire) et d'en éviter les conséquences (prévention tertiaire) afin

---

<sup>12</sup> *Ibid.*

de préserver l'autonomie des personnes et de permettre leur maintien à domicile. Ainsi c'est une prévention sélective qui vise les personnes âgées (personnes âgées de plus de 60 ans) ou une prévention ciblée qui vise les personnes âgées dites « fragiles ». Le concept de fragilité est défini comme un état de santé vulnérable dû à une réduction des réserves fonctionnelles des systèmes physiologiques de l'organisme (Choiseul, 2015). Cependant, la CNSA (2011) souligne la nécessité d'améliorer les connaissances sur les déterminants de la fragilité, notamment afin d'intégrer les dimensions sociales et environnementales. Dans une conférence de presse datée du 27 avril 2011, la CNSA identifie les trois cibles prioritaires de la prévention de la perte d'autonomie liée à l'âge : la prévention des maladies liées à l'âge dont les facteurs de risque se constituent tout au long de la vie, par conséquent ce premier axe est la continuité de la prévention depuis le plus jeune âge et tout au long de la vie ; la lutte contre l'inactivité tant physique que mentale et le dépistage de la fragilité.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mené une revue de littérature sur les interventions de prévention de la perte d'autonomie des personnes vivant à domicile. Six thématiques principales ont émergé : la prévention des chutes, la prévention de l'isolement social, la promotion de la vaccination antigrippale, la promotion des compétences psycho-sociales, l'activation cognitive de la mémoire et la préservation du maintien à domicile par des visites à domicile. Les modalités d'intervention sont principalement l'activité physique, l'éducation à la santé et l'information et la communication. La stratégie d'intervention est souvent multimodale associant des interventions collectives et individuelles (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, 2016). Cependant, on peut regretter le peu d'interventions agissant sur l'environnement des personnes âgées. Les chercheurs qui ont réalisé cette revue de la littérature regrettent par ailleurs le peu de travaux français sur le sujet et incite les acteurs à publier leurs études et les interventions qu'ils mettent en place.

### **3. Les enjeux de la prévention dans la perte d'autonomie**

Plus que le vieillissement, l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité est une variable déterminante des défis sociaux et financiers (CNSA, 2011). Ainsi l'objectif relayé par le désir des personnes elles-mêmes est de « rester autonome le plus longtemps possible et d'accompagner l'espérance de vie d'une qualité de vie digne pour la personne et son entourage » (Ankri, op.cit.). Si cet objectif est d'abord qualitatif, l'enjeu financier du maintien à domicile des personnes n'en est pas moins présent.

Selon *Les comptes de la dépendance de 2010 à 2014* (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2016), le coût de la dépendance en France, est estimé à

34,2 milliards en 2014, soit 1,60 % du produit intérieur brut (PIB). Ce coût est assumé par les pouvoirs publics (État et collectivités), les ménages et les organismes complémentaires. Sur ce montant total, 12,2 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses de santé (soit 36 %), 10,5 milliards d'euros aux dépenses de prise en charge spécifique de la perte d'autonomie (soit 31 %) et 11,5 milliards d'euros (soit 34 %) aux dépenses d'hébergement en établissement. Sur cette dépense totale de 34,2 milliards d'euros, les dépenses des personnes dépendantes en établissement représentent 23,8 milliards d'euros (soit 70%) contre 10,3 milliards pour les personnes dépendantes à domicile. Cela peut s'expliquer par le niveau moyen de dépendance plus élevé en établissement puisque 68% des personnes âgées lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) et 25% des personnes âgées moyennement dépendantes (GIR 3 et 4) vivent en établissement. Cependant, selon la DREES (2016), le coût unitaire moyen<sup>13</sup> est plus élevé en établissement qu'à domicile quel que soit le niveau de GIR. Par exemple, ce coût est de 3950 euros en moyenne en établissement pour les GIR 1-2 contre 2040 euros à domicile. Cette notion met en relief l'enjeu économique du maintien à domicile pour les pouvoirs publics. Toutefois, ce chiffrage ne prend pas en compte les aides informelles ni les dépenses liées à la dépendance au-delà du plan d'aide APA (comme l'aménagement du logement par exemple) supportés par les ménages ou les familles. Ainsi l'intervention des professionnels, notamment à travers l'APA, ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins d'aide des personnes âgées en perte d'autonomie (Le Bihan-Youinou, 2013). Comme le montrent Campéon et al. (2012) dans une étude sur l'organisation de la vie quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie, leur accompagnement, tout en reposant sur un mouvement de défamiliarisation du *care* grâce à l'intervention publique, mobilise toujours les membres de la famille. Ainsi « la participation des aidants familiaux est un élément clé de l'organisation mise en place pour permettre à la personne âgée en perte d'autonomie de rester vivre chez elle le plus longtemps possible » (Le Bihan-Youinou, op.cit.).

La préservation de l'autonomie est également un enjeu sociétal. De plus en plus de seniors poursuivent une activité professionnelle, leur tranche d'âge est très représentée dans le milieu associatif ou partisan. Ils sont également à l'origine de 15% des créations d'entreprises et de 17% des reprises d'entreprises (Rengot, 2015).

Cependant au-delà du coût de la dépendance pour la société, les personnes âgées sont également la cible d'une pluralité de marchés économiques. Les *baby-boomers* des années 60 deviennent les *papy-boomers* d'aujourd'hui. S'ils sont une classe hétérogène de consommateurs, ces nouveaux seniors sont plus en phase avec la société de consommation et surconsomment certains produits ou services (Rengot, ibid.) fondant les espoirs de la Silver économie. Les seniors

---

<sup>13</sup> Coût moyen de la dépendance par personne âgée dépendante (DREES)

en bonne santé sont ainsi la cible principale des produits et services permettant d'anticiper les risques en termes d'état de santé (bien-être, domotique, électronique...).

## C. Le numérique : un outil au service de la prévention de la perte d'autonomie ?

### 1. Définitions

#### La e-santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la e-santé se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne » c'est-à-dire comme l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé et du bien-être.

Derrière cette définition large de la e-santé, on peut distinguer différents concepts qui désignent des activités distinctes mais dont les frontières peuvent se recouper. Ainsi le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a clarifié ces concepts dans son livre blanc sur la santé connectée (2015).

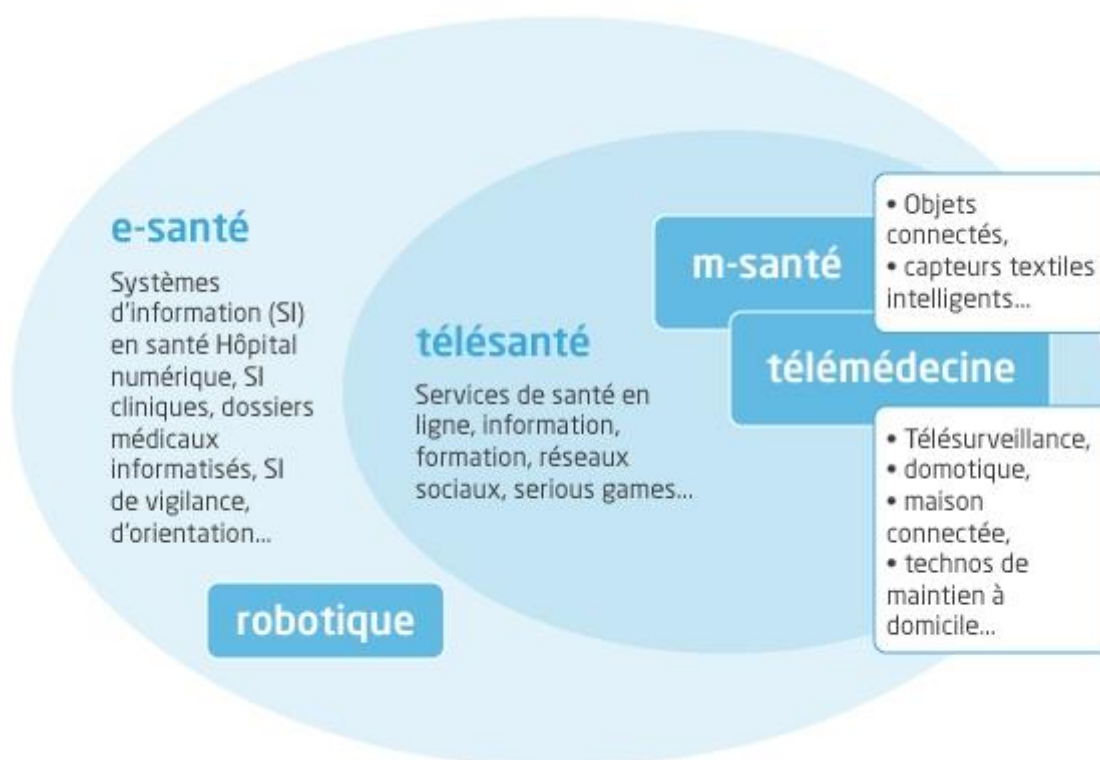


Figure 1 : Concepts de la e-santé définis par le CNOM (2015)

Nous pouvons distinguer les outils numériques en deux catégories selon qu'ils s'adressent aux professionnels ou aux personnes elles-mêmes. Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, on les appelle les géronto-technologies<sup>2</sup>.

### **Les outils numériques à destination des professionnels**

Ils comprennent les systèmes d'information qui organisent les échanges d'informations entre professionnels notamment ceux permettant la coordination des professionnels autour d'un patient ainsi que les outils de télésanté. La télésanté correspond à « l'utilisation des outils de production, de transmissions, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales » (Lasbordes, 2009, p37). Elle comprend la télémédecine et la m-santé.

La télémédecine couvre le champ médical de la télésanté. L'OMS préconisait d'ailleurs dès 1999 de distinguer ces termes afin de réserver l'appellation télémédecine « aux actions cliniques et curatives de la médecine utilisant les systèmes de communication ». Ainsi la télémédecine est définie par l'article 78 de la loi HPST comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les TIC ». Son cadre réglementaire est précisé par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (Journal officiel du 21 octobre). Elle comprend la téléconsultation (consultation à distance entre le patient et un médecin), la télé-expertise (échange entre deux médecins pour un acte diagnostic ou thérapeutique), la télésurveillance (acte médical découlant de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, biologique, radiologique recueilli par le patient ou un professionnel de santé), la téléassistance médicale (acte médical quand un médecin assiste un autre médecin à distance ou un autre professionnel).

La m-santé ou santé mobile est définie par l'OMS (2009) comme « des pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que les téléphones portables, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fils ».

### **Les outils numériques à destination des personnes**

Ces outils sont principalement les objets connectés et la domotique. Les objets connectés n'ont pas de définition officielle mais la plus « parlante » parmi celles proposés sur internet est la suivante « objets qui captent, stockent, traitent et transmettent des données, qui peuvent recevoir et donner des instructions et qui ont pour cela la capacité à se connecter à un réseau d'information »<sup>14</sup>. On peut citer en exemple les tablettes, les dispositifs d'alerte reliés à des plateformes d'assistance etc. La domotique est un ensemble des techniques de gestion

---

<sup>14</sup> <https://www.mercator-publicitor.fr/lexique-marketing-definition-objets-connectes>

automatisée appliquées à l'habitation (confort, sécurité, communication)<sup>15</sup> tels que les volets roulants programmés ou les chemins lumineux. Ces objets ont souvent comme objectif affiché de sécuriser ou d'améliorer la qualité de vie à domicile des personnes âgées rentrant ainsi dans le cadre de la Silver économie. La Silver économie regroupe l'ensemble des activités économiques et industrielles qui bénéficient aux séniors<sup>16</sup>.

Cependant, l'avancement technologique est tel qu'il est difficile de catégoriser ces outils et d'anticiper toutes les applications possibles de ceux-ci. Par exemple, le CNOM en 2015 n'abordait pas la question de l'intelligence artificielle. Celle-ci recouvre l'ensemble des théories et des techniques développant des programmes informatiques complexes capables de simuler certains traits de l'intelligence humaine (raisonnement, apprentissage...). Son application dans la santé peut se traduire concrètement par différents exemples tels que l'interprétation d'imageries médicales ou les robots d'assistance pour les personnes.

On peut noter la présence prégnante de la distinction de ce qui relève du médical ou du non médical. Cette distinction que tous les acteurs amènent de leurs vœux à dépasser dans une vision globale de la prise en charge de personnes, est la conséquence des modes de régulation des produits de santé. L'enjeu pour les produits et services numériques est de trouver comment identifier leurs cibles. Dans ce contexte, la reconnaissance de leurs produits comme dispositifs médicaux est stratégique. Récemment, le parlement européen a reconnu la possibilité pour des logiciels d'être qualifiés de dispositifs médicaux : « Il est nécessaire de préciser que les logiciels spécifiquement destinés par le fabricant à une ou plusieurs des fins médicales visées dans la définition de la notion de dispositif médical, constituent, en soi, des dispositifs médicaux, tandis que les logiciels destinés à des usages généraux, même lorsqu'ils sont utilisés dans un environnement de soins, ou les logiciels destinés à des usages ayant trait au mode de vie ou au bien-être, ne constituent pas des dispositifs médicaux »<sup>17</sup>. La définition d'une « finalité médicale » n'étant pas précisée.

## **2. Le numérique dans les politiques de santé**

La transition démographique intervient dans un contexte de contrôle des dépenses de santé et de désertification médicale. Ainsi l'État a affirmé à plusieurs reprises sa volonté de se saisir des outils numériques pour faire face ces défis ainsi que de l'opportunité d'un nouveau marché prometteur en termes de création d'emplois. Le système de santé français bâti sur une

---

<sup>15</sup> Définition Larousse

<sup>16</sup> <https://www.silvereco.fr/silver-economy>

<sup>17</sup> Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux

prise en charge curative centrée sur l'hôpital est en pleine mutation et se réoriente vers une prise en charge des patients à travers un parcours de soins, voir à travers un parcours de vie. Cette nouvelle approche se traduit par la nécessité d'une collaboration accrue entre les acteurs de l'hôpital et de la ville mais aussi avec les patients eux-mêmes. La loi de Modernisation de notre système de santé insiste sur le renforcement de la coordination des professionnels de santé en créant les équipes de soins primaires (ESP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore les groupements hospitaliers de territoires (GHT). Elle insiste également sur la nécessité du partage de données entre professionnels et sur l'accès à l'information des patients. En parallèle, la révolution numérique offre de nouveaux outils pouvant participer à la transformation du système et renouvelant les pratiques dans les prises en charge des patients. Marisol Touraine, ancienne Ministre des affaires sociales et de la santé, dans sa stratégie nationale de e-santé 2020 avait pour ambition de faire rentrer notre système de santé dans l'ère de la « médecine digitale » (Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016). Cela s'est traduit au travers de deux programmes emblématiques que sont le programme « Hôpital numérique » et le programme « Territoire de soins numériques » (TSN). Le programme TSN est un appel à projet lancé en 2014 par la Caisse des dépôts pour le compte de l'État. L'objectif est de soutenir des projets innovants en matière de partage et d'échange d'informations grâce aux outils numériques au bénéfice d'un parcours de soins coordonné à partir de la médecine de ville. Sur le plan technologique, les objectifs sont de favoriser les outils de demain, d'encourager à une plus grande intégration des solutions existantes et d'intégrer une dimension recherche et développement industriel. La stratégie nationale de santé 2018-2022 d'Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, reprend cette volonté de moderniser notre système de santé. Le virage numérique est considéré comme « une chance pour l'amélioration de la qualité du service au patient » (Ministère de la santé, 2018, p67). Elle affirme aussi la nécessité de s'appuyer sur la recherche interventionnelle afin de favoriser la diffusion de connaissances. Cette stratégie nationale met en avant un autre virage : celui de la prévention notamment dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

### **3. Création d'une filière économique qui a du mal à décoller : la Silver économie**

Au-delà du système de santé, c'est l'émergence d'une filière économique qui se dessine. Arnaud de Montebourg, Ministre du redressement productif, et Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie du gouvernement Ayrault, ont lancé la filière Silver économie le 24 avril 2013. S'en est suivi la création du Comité stratégique de filière sur la

Silver économie le 1er juillet 2013. L'enjeu est double : disposer d'une offre de solutions améliorant la qualité de vie et la sécurité des personnes âgées et se positionner sur un marché prometteur d'emplois et de recettes. En 2014, l'e-santé représentait un marché évalué à 2,7 milliards d'euros et entre 28 000 à 38 000 emplois (Buthion, 2016).

Selon une étude réalisée par la Direction générale des entreprises (DGE) et le Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME), riche en petites entreprises innovantes, la France souffre de visibilité sur les marchés internationaux dominés par les groupes étrangers tels que les entreprises sud-coréennes et les entreprises américaines. Le rapport de la DGE fait l'hypothèse que les soutiens financiers actuels permettant un écosystème français dynamique peuvent également entraîner un effet pervers de maintien d'offres ne rencontrant pas de marché. Faute de modèle économique viable, ces entreprises ou start-up sont sous perfusion de subventions publiques. Ce rapport pose le constat que l'e-santé ne génère pas la croissance attendue d'emplois et ne permet de conquérir les marchés étrangers. Le risque est alors de voir le développement de solutions innovantes pour la Silver économie de manière dispersée, en concurrence les unes avec les autres au détriment de la construction d'un bassin d'emploi européen que la France pourrait héberger (Rengot, 2015)

Le 1er décembre 2016, Pascale Boistard, alors Secrétaire d'état chargée des personnes âgées et de l'autonomie et Christophe Sirugue, alors Secrétaire d'état chargé de l'industrie souhaitent relancer une nouvelle dynamique en s'appuyant sur la loi ASV et lance une nouvelle feuille de route pour la filière Silver économie. C'est l'acte II de la Silver économie.

Longtemps considéré comme un pays à la traîne en matière d'e-santé, la France semble avoir pris la mesure, depuis les années 2010, de l'utilité d'une véritable politique de santé numérique (IRDES, 2018).

#### **4. Enjeux et attentes des nouvelles technologies en faveur des personnes âgées**

##### **L'e-santé suscite de nombreuses attentes...**

Suite aux progrès de la médecine, les sociétés occidentales doivent faire face au vieillissement de leur population et à l'explosion des maladies chroniques. Le gouvernement français a lancé, le 9 mars 2018, cinq groupes de travail afin de proposer une Stratégie de transformation du système de santé. Agnès Buzyn résume les défis à relever dans cette phrase : « Passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs tarifés à l'activité, une course aux volumes et une régulation budgétaire, à un système davantage tourné vers le parcours du patient, le financement de la prévention, la coordination des acteurs et des secteurs (médical, médico-



social), la qualité des soins et la pertinence des actes »<sup>18</sup>. La e-santé apparaît de plus en plus comme une solution pertinente pour répondre à ces défis (*ibid.*). D'ailleurs, l'un des groupes de travail s'est vu confié une réflexion sur le numérique en santé.

La e-santé offre des perspectives tant pour les patients, les professionnels de santé que le système de santé (Perroy, 2016). L'IRDES (op.cit.) voit en ces outils une opportunité de décloisonnement entre les secteurs médico-social et sanitaire, hospitalier et ambulatoire, médical et paramédical ainsi qu'une opportunité de replacer le patient au centre du dispositif. L'arrivée d'internet dans les années 2000 a déjà amorcé un processus de démocratisation de l'information médicale (Cases, 2017). Le numérique peut être vu comme « un vecteur d'émancipation pour les patients ». En effet, la santé connectée est souvent associée au pouvoir d'agir, un facteur d'« *empowerment* » pour les patients (Del Rio Carral et al., 2016). L'utilisation d'outils connectés dans le suivi des maladies chroniques mobilise d'ailleurs la participation des patients et la responsabilisation des citoyens face à leur santé (Cases, op.cit.).

L'IRDES (op.cit.) constate également que ce marché cherche à se positionner « au plus près des patients dans leur lieu de domicile » notamment avec la domotique et les dispositifs de téléassistance au prétexte d'une sécurisation et d'une amélioration de la qualité de vie des personnes. Pour ces raisons, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, ces technologies du domicile font l'objet d'espoirs d'efficacité et d'économies, notamment en termes d'hospitalisations évitables ou de maintien à domicile. Pourtant, l'IRDES modère cet espoir car les nouvelles technologies vont également produire de nouveaux services qui auront également un coût. Enfin de fortes attentes pèsent sur les technologies pour apporter des solutions aux inégalités territoriales d'accès aux soins en partie dues à la désertification médicale.

### **...Mais doit à encore de nombreux défis à relever**

Cependant, l'e-santé doit faire face à de multiples défis. Premièrement, l'e-santé doit faire face à des questions éthiques. Si les consultations à distance ou téléconsultations ne semblent poser aucun problème aux usagers (Mathieu-Fritz et al., 2012), ces questions deviennent majeures pour les dispositifs de téléassistance avec la présence de capteurs au sein du domicile des personnes. Cette question croise celle de la protection des données des personnes, qu'il s'agisse de données personnelles ou de données de santé. Le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD) rentré en vigueur le 25 mai 2018 précise ces définitions qui ne répondent pas aux mêmes réglementations. Les données de santé recouvrent trois catégories de données : les données de santé par définition (antécédents médicaux,

---

<sup>18</sup> Agnès Buzyn au Centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency, le 13 février 2018.

traitements, résultats d'examen...), les données qui du fait de leur croisement avec d'autres données permettent d'en déduire l'état de santé des personnes et les données dont l'utilisation à une finalité médicale<sup>19</sup>. Les données recueillies par les applications mobiles en santé à usage personnel et sans connexion extérieure ne sont pas des données de santé mais des données de personnelles, elles relèvent donc du RGPD et non du Code de santé publique (CSP). La récolte de données et leur utilisation pose également la question des responsabilités. Si une téléalarme ne fonctionne pas, qui est responsable ? La famille qui n'a pas entretenu le dispositif ? Le constructeur ? Ou l'opérateur qui n'a pas fait de tests ? Ainsi les innovations sont confrontées à un cadre législatif et réglementaire non adapté.

Par ailleurs, ces innovations numériques sont le support d'interventions complexes nécessitant une évaluation afin de faire la preuve de leur efficacité ou de leur service rendu. Cette évaluation se heurte à l'avancée des connaissances en recherche interventionnelle et nécessite d'inventer de nouvelles méthodes d'évaluation, l'essai randomisé n'étant pas possible en vie réelle. Cette question de la plus-value des outils numériques est également liée à la question de leur financement et de la solvabilité de leurs bénéficiaires. D'ailleurs les personnes qui en auraient le plus besoin sont aussi celles qui y ont le moins accès, pour des raisons financières, sociales, culturelles et/ou géographiques (Renahy, 2009). Cela pose la question de la responsabilité des pouvoirs publics : s'emparer de nouveaux outils susceptibles d'améliorer la santé des personnes sans creuser les inégalités sociales de santé.

---

<sup>19</sup> <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-ce-quune-donnee-de-sante>

## II. Analyse des politiques de déploiement des outils numériques en faveur des personnes âgées à domicile dans la région Nouvelle Aquitaine – étude qualitative

### 1. Absence d'une politique régionale partagée sur le numérique dans l'autonomie

#### Contexte régional : repères sociodémographiques

La région Nouvelle Aquitaine est la région la plus vaste de France avec une superficie représentant 15% du territoire. Elle comptait 5,9 millions d'habitants au 1er janvier 2015 avec une densité moyenne de 70 habitants/km<sup>2</sup> contre 103,6 habitants/km<sup>2</sup> au niveau national (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 2016). Sa croissance démographique de +0,6% par an entre 2008 et 2013 est principalement due au solde migratoire<sup>20</sup> (*ibid.*). En effet, l'indice de fécondité<sup>21</sup> régional est parmi les plus bas de France avec 1,80 enfants/femme en 2014 contre 1,98 au niveau national (ARS Nouvelle Aquitaine, 2017). Ainsi la région Nouvelle Aquitaine est la région la plus vieille de France. Les plus de 75 ans représentaient 11,3% de la population régionale en 2015, avec une augmentation prévue jusqu'à près de 14% en 2027 (*ibid.*). A noter qu'il existe une forte attractivité du littoral pour les jeunes retraités avec un pic vers 60 ans (INSEE, op.cit.).

---

<sup>20</sup> Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année (définition INSEE, <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1450> )

<sup>21</sup> Mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés (INSEE)

Vieillesse de la population selon la commune en Nouvelle-Aquitaine  
(carte communale lissée à 5 km)

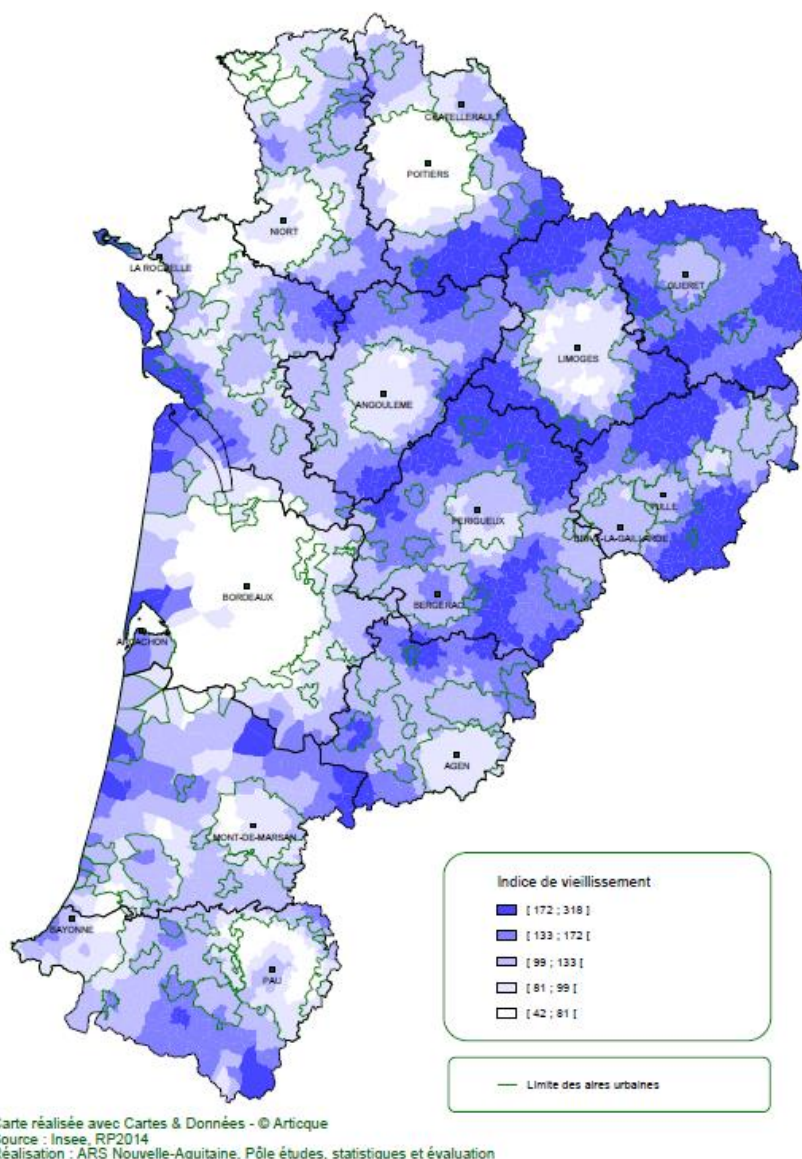


Figure 2 : Cartographie du vieillissement en Nouvelle Aquitaine (Source : ARS Nouvelle Aquitaine)

La région Nouvelle Aquitaine est caractérisée par une économie dynamique avec une forte spécificité agricole ainsi qu'un secteur médico-social qui emploie 196 000 salariés dans la région, soit 37 000 de plus que si ce secteur avait le même poids qu'au niveau national (INSEE, op.cit.). Ainsi la région Nouvelle Aquitaine est globalement un peu plus épargnée par les difficultés économiques avec un taux de pauvreté plus faible que la moyenne nationale.

Cependant, tous ces indicateurs sont à nuancer car la région est composée de douze départements très hétérogènes. La Gironde, siège de la métropole bordelaise, avec une densité

de 154 habitants/km<sup>2</sup> concentre 28% des emplois et bénéficie d'une grande attractivité notamment des jeunes actifs avec ou sans enfants, ce qui fait de ce département le plus jeune de la région. A l'inverse, le département de la Creuse a une des densités les plus faibles de France avec 21 habitants/km<sup>2</sup> et une pauvreté marquée. C'est le département le plus âgé : la part des moins de 20 ans est la plus basse (18,7 %) et celle des plus de 64 ans la plus haute (27,2 %) (INSEE, op.cit.).

### Contexte institutionnel ou contexte politique : compétences autonomie en région

Les compétences du champ de l'autonomie et des personnes âgées sont éclatées entre les différentes collectivités territoriales situées en région. Au fil des lois de décentralisation de 1982-1983 puis de la réforme constitutionnelle de 2003, le rôle des Conseils généraux, rebaptisés Conseils départementaux par loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, dans les politiques sociales et médico-sociales, notamment en faveur des personnes âgées, a été conforté. Les différentes lois intervenues dans ce domaine ont accru les responsabilités des Conseils départementaux (Cytermann, 2010). Cependant, cette responsabilité reste partagée avec différents acteurs tels que les caisses de retraite, notamment pour les personnes âgées peu dépendantes (GIR 5-6), les centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) qui jouent un rôle important dans les prestations de services à domicile et surtout avec les ARS. Ces dernières exercent conjointement avec les Conseils départementaux les responsabilités d'autorisation, de tarification et de contrôle sur les établissements d'hébergement des personnes âgées ainsi que pour les services à domicile médicalisés. Cytermann (*ibid.*) parle d'une cogestion du secteur entre les Conseils départementaux et les ARS. De plus, dans le cadre des nouvelles technologies, les conseils régionaux se sont vus confiés le chef de file de la Silver économie. Un des acteurs rencontrés qualifie cet émiettement des compétences de « *joyeux bordel* », dans lequel il n'est pas toujours évident de se retrouver et qui est peu lisible.

Compte tenu des compétences de chacun, la prise en compte des outils numériques au service de la prévention de la perte d'autonomie concerne l'ensemble des institutions publiques citées ci-dessus, décentralisées ou déconcentrées. En Nouvelle Aquitaine, le paysage institutionnel concerné est donc composé de l'ARS Nouvelle Aquitaine, du Conseil régional composé d'une majorité politique située à gauche et de douze Conseils départementaux dont cinq à gauche, un à droite et un au centre droit (Modem).

Au-delà des compétences institutionnelles, ce champ d'action regroupe de nombreux acteurs : les caisses de retraite, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les établissements médico-sociaux privés ou publics, les associations, les mutuelles, les CCAS...etc.

### Absence de politique formalisée sur le numérique dans la perte d'autonomie

En Région Nouvelle Aquitaine, l'étude des différents documents institutionnels permet de constater qu'il n'existe pas de stratégie formalisée, partagée, concertée entre les pouvoirs publics concernant le déploiement du numérique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. L'ensemble des entretiens réalisés dans ce travail reconnaissent l'absence d'une stratégie clairement formalisée et partagée entre les différentes institutions ni au sein de celles-ci. Si elles affichent unanimement leur objectif de permettre aux personnes âgées de rester chez elle le plus longtemps possible, la formalisation d'actions pour atteindre cet objectif est peu décrite. La mention du numérique comme un outil potentiel dans le maintien à domicile y est timide avec la mention de la domotique. Par contre, chacune en restant de son champ de compétences, expérimente, finance des actions utilisant les nouvelles technologies en faveur des personnes âgées : l'ARS par sa compétence santé, les Conseils départementaux par leur compétence autonomie, le Conseil régional par la Silver économie.

## **2. Instillation du numérique dans les politiques de l'autonomie de chaque institution**

### L'ARS Nouvelle Aquitaine

Concernant l'ARS NA, le plan régional de santé (PRS) 2018-2028, arrêté le 17 juillet 2018 par le directeur général, met l'accent dès son premier axe sur la prévention notamment celle de la perte d'autonomie liée à l'âge. La finalité est de tout mettre en œuvre pour retarder la dépendance afin de permettre aux personnes âgées de rester chez elles en fonction de leur volonté. Les objectifs opérationnels sont de repérer le plus précocement possible et de retarder la perte d'autonomie. Les moyens décrits pour y arriver sont principalement la sensibilisation et la formation des professionnels aux outils de repérage ainsi que des actions de prévention ciblant principalement les comportements des personnes comme l'activité physique.

Concernant le numérique, il est abordé sous deux approches : celle de la télémédecine décrit comme un outil d'accès aux soins et celle des services numériques d'aide à la coordination des soins (SNACs) en faveur des professionnels. Ces outils sont donc principalement au service de l'offre de soins et de leur coordination. Le déploiement de ces outils est clair et formalisé, par exemple il existe un programme de télémédecine et chaque année un appel à candidature est lancé afin d'équiper progressivement les EHPAD dans la lignée de la feuille de route d'Agnès

Buzyn. Ce déploiement se fait avec l'appui du groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADES) qui est le groupement d'intérêt public e-santé en action (GIP ESEA), maîtrise d'ouvrage opérationnel de l'ARS NA. Les actions sont donc tournées vers la prise en soins des personnes. Il n'y a pas de stratégie sur la question du domicile et notamment sur celle de l'habitat et de la domotique alors même que la qualité de vie à domicile des personnes est énoncée dans le PRS. Le niveau politique de l'ARS NA a conscience de ce manque : « *Bon si on lit le PRS, le schéma régional de santé sur l'innovation machin bon d'accord très bien mais on n'est pas mature là-dessus en fait on a pas de feuille de route pour pleins de raisons...Télémédecine, outils de coordination des professionnel, là il y a une vraie stratégie, on est dans une phase d'industrialisation. Y compris le fait que ces outils soient embarqués au domicile via les professionnels sur leurs tablettes, leurs iPhones, ça, ça va se faire. Mais la question des outils numériques dont domotique pour qualité de vie à domicile enfin une vie à domicile de qualité et sécurisée...[silence]...Chacun a sa petite idée, chacun saisi des opportunités* » (responsable en ARS). Par ailleurs, l'analyse de l'organisation interne de l'ARS NA permet d'identifier un certain cloisonnement des services en charge du numérique et de l'autonomie. Ainsi on peut voir sur l'organigramme (annexe n°7) qu'au sein de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA), la question du numérique et de l'autonomie sont traitées dans deux pôles différents. Le département système d'information en santé et télémédecine se situe au sein du pôle performance et investissement et le département maintien à domicile au sein du pôle animation de la politique régionale de l'offre. Ainsi le département système d'information en santé et télémédecine a une action tournée vers le sanitaire et l'offre de soins et assez peu vers l'autonomie. Une réorganisation interne est prévue mais a été reportée suite à la baisse d'effectifs subie par l'ARS NA. Cette organisation traduit une approche encore très centrée sur les établissements et non vers le domicile « *95% des seniors de NA vivent chez eux, 5% sont en établissement et nous on passe notre temps ici à s'occuper des EHPAD, il y a un sujet là quand même* » (responsable en ARS).

Par ailleurs, en 2014, l'ARS NA a répondu à l'appel à projet Territoire soins numériques (TSN) lancé par le gouvernement dans le cadre du programme des investissements d'avenir via le projet XL ENS, Landes espace numérique de santé, qui a été retenu. Cela a été l'occasion pour l'ARS de recruter deux personnes : une chargée de projet et une chargée de mission qui sont aujourd'hui responsables de la généralisation du dispositif sous forme de PTA. A noter, qu'elles sont directement rattachées au directeur de la DOSA ce qui leur permet une plus grande transversalité et un fonctionnement en mode projet. Le projet XL ENS a testé différentes

technologies sur le territoire rural du Nord et de l'Est du département des Landes, comme des objets connectés, mais l'équipe explique que « *même si l'on a fait la preuve de l'efficacité, on n'avait plus d'argent sur le projet pour aller plus loin* » (chef de projet en ARS). La domotique n'a pas été incluse dans l'expérimentation « *cela n'était pas dans mes missions et je n'avais pas l'énergie, ni le temps, ni la position politique pour embarquer tout le monde dans cela* ». Une autre expérimentation, l'expérimentation PAERPA, moins centrée sur le numérique, a été menée sur la commune de Bordeaux à partir de 2014. Cette expérimentation avait pour but la mise en place d'un parcours de soins coordonné pour les personnes âgées d'un territoire. Dans un esprit d'optimisation, les équipes de ces deux expérimentations PAERPA et TSN ont décidé de développer, grâce à une démarche de co-construction, des outils innovants pour l'amélioration de la prise en charge et du suivi des personnes âgées en risque de perte d'autonomie<sup>22</sup>. C'est ainsi que l'outil PAACO-globule, plateforme informatique communicante orientée mobilité (web, smartphone) et centrée sur la pratique collaborative interprofessionnelle, a été développée et est aujourd'hui en cours de déploiement dans l'ensemble de la région à travers la mise en place des PTA.

Enfin, l'ARS soutient également, avec le Conseil régional, le groupement d'intérêt public AutonomLab. Ce *living Lab*, spécialisé en santé et en autonomie des personnes, a vocation à accompagner l'innovation des acteurs politiques dans le champ du maintien à domicile. Il accompagne, appuie des projets collaboratifs autour des défis touchant l'autonomie : habitat, mobilité, sport, santé...etc. Si cette structure bénéficie d'une bonne visibilité dans le secteur de la Silver économie, peu de personnes ont su me décrire son activité concrètement. Les conférences départementales des financeurs de la perte d'autonomie ne s'en saisissent pas. De plus, Autonom Lab, situé à Limoges, est très ancré sur son ancienne région. Aujourd'hui, il a vocation à se repositionner sur le nouveau périmètre régional.

On peut conclure que l'ARS affiche une réelle volonté d'organiser ses politiques autour du domicile des personnes avec un engagement fort dans les PTA. Cependant, la question du numérique est encore peu investiguée comme outil de cette politique. Un agent l'explique ainsi : « *L'ADN de l'ARS c'est la régulation, ce n'est pas un opérateur, ce n'est pas un chef de projet. L'ARS est désarmé face aux progrès techniques, d'ailleurs il n'y a pas de direction des systèmes d'information* » (chef de projet en ARS).

---

<sup>22</sup> Mémoire du master PPASP d'Estelle Brémaud, promotion 2015-2016, Evaluation du projet PAERPA sur le territoire d'expérimentation de la ville de Bordeaux



## Les Conseils départementaux

Les disparités départementales et les contextes politiques expliquent en partie la grande hétérogénéité des politiques d'un département à l'autre. Les politiques concernant le numérique dans la perte d'autonomie n'y échappent pas. Alors que certains Conseils départementaux ont mis en place des services de téléassistance depuis très longtemps, d'autres n'ont pas investi ce champ. La Corrèze par exemple, a déployé, dès 2008, un service départemental de téléassistance et de pack domotique par le biais d'une délégation de service public du Conseil départemental à la Fondation Caisses d'Épargne pour la solidarité. Selon la directrice de Corrèze Téléassistance, cela a été rendu possible par « *une volonté politique forte du Conseil départemental dès 2001 car cela constituait également un enjeu dans l'aménagement du territoire* ». Aujourd'hui le dispositif s'est étendu aux départements de la Creuse et du Loir et Cher. Le département des Landes a mis en place un système de téléalarme géré en régie par le Conseil départemental dès 1986. En Gironde, l'offre de téléassistance a longtemps été laissée au marché privé avec une éligibilité à l'APA. Depuis peu, le Conseil départemental de la Gironde réfléchit à la création d'une offre publique de téléassistance nouvelle génération et a supprimé l'éligibilité à l'APA des services privés de téléassistance. Ainsi, un acteur de la Silver économie confie « *Les Conseils départementaux c'est un peu compliqué et ça dépend des Conseils départementaux, il y en a qui nous voit comme une menace, d'autres ont développé de vraies cultures, démarches innovation autour du numérique* » (responsable d'un living lab). Ces orientations sont à considérer dans le contexte politique et historique de chaque département comme le précise un agent administratif départemental « *voilà plusieurs départements se sont intéressés à ce sujet donc pour le politique ça rentre dans un climat on va dire : « tiens les autres le font pourquoi on le ferait pas » etc [...] la décision se prend un petit peu dans cette rencontre entre l'analyse technique et l'analyse politique et ça décrit assez bien la façon dont on prend les décisions dans une collectivité* » (responsable administratif au sein d'un Conseil départemental).

Une autre mission des Conseils départementaux est le déploiement de la fibre optique sur les territoires. Cette compétence est partagée avec le Conseil régional. Ce déploiement joue un rôle capital dans les politiques du déploiement du numérique « *Faut pas oublier ça parce que quand on évoque effectivement de grosses structures hospitalières, on peut dire qu'elles sont sur des réseaux principaux donc qu'elles sont sûrement bien desservies, quand on commence à descendre au niveau du médico-social, quand on descend au niveau de petites institutions ou de petits services à domicile, il faut se dire qu'ils sont partout sur le territoire et que donc le tuyau devient une composante importante pour notre stratégie* » (responsable administratif au sein d'un Conseil départemental). Cet aspect technique met en lumière la nécessité de coordination des

actions des pouvoirs publics entre par exemple le déploiement de la fibre et le déploiement d'outils numériques.

### Le Conseil régional

La région Nouvelle Aquitaine se positionne clairement sur le volet économique du numérique en santé, y voyant un marché avec un potentiel de créations d'entreprises et d'emplois. Elle accompagne les start-up et les petites et moyennes entreprises (PME).

En 2012, l'ex Conseil régional d'Aquitaine a créé l'Agence développement innovation (ADI) avec le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) Nouvelle Aquitaine et Bpi France afin de soutenir la structuration d'une filière régionale de Silver économie. Aujourd'hui son rôle s'est étendu à la Nouvelle Aquitaine. L'ex Conseil régional du Limousin pour sa part avait une forte expérience concernant la domotique avec la présence d'Autonom Lab, l'existence d'une filière de formation en domotique et la présence sur le territoire de l'entreprise Legrand qui s'est lancée sur le marché de la téléassistance et de la domotique afin de « *diversifier ses activités* » comme l'explique son Directeur des marchés de l'assistance à l'autonomie pour la France, Olivier Vallée. Le Conseil régional Nouvelle Aquitaine poursuit dans cette voie et vient d'adopter le 25 juin dernier sa feuille de route Silver économie.

Il ressort des entretiens avec le Conseil régional de Nouvelle Aquitaine ainsi qu'avec certains acteurs économiques, que la Silver économie n'a pas encore trouvé son modèle économique. Le groupe Legrand rencontre par exemple des difficultés pour faire distribuer ses produits en dehors des délégations de service public de certaines institutions qui choisissent d'investir le champ de la téléassistance. Ainsi un acteur rapporte : « *la Silver économie ça a été une mode, toutes les régions voulaient être Silver région puis ça a fait plouf* » (directrice d'un service de téléassistance).

Par ailleurs, le Conseil régional et l'ARS NA sont actuellement en pleine réflexion sur l'éventuelle création d'un gérontopôle sur le périmètre sur l'eurorégion Aquitaine-Euskadi. L'eurorégion est un groupement Européen de Coopération Territoriale entre trois régions : Nouvelle Aquitaine, Euskadi et Navarre. Son objectif est de permettre une coopération globale et transversale entre les régions engagées dans le groupement et d'améliorer leur visibilité européenne. La création d'un gérontopole s'inscrit dans son axe de travail visant au développement d'activités de recherche et d'innovation, pour créer une nouvelle dynamique technologique, économique et sociale. Ce gérontopôle aurait vocation à fédérer les acteurs, chercheurs, décideurs afin de produire des données probantes sur les actions en faveur des personnes âgées et notamment concernant les nouvelles technologies : « *Quand on discute*

*gérontopôle en Nouvelle Aquitaine, on discute bien d'un consortium où on a tous ceux-là là [dessine un schéma], avec les décideurs, donc euh soit dedans soit un peu à côté, le conseil régional tout ça, qui a des recherches appliquées et de vérification des usages notamment sur le numérique, dedans il y a Autonom Lab, et qui vient aider les territoires à mettre en œuvre des plans d'actions fondés sur les données probantes » (responsable en ARS). Ce gérontopôle serait en lien avec le centre de preuve national évoqué à plusieurs reprises<sup>23</sup> par la CNSA récemment afin de venir en appui des conférences des financeurs. Un représentant de l'ARS explique : « *Le pari qu'on fait sur le gérontopole, [...] c'est aussi que les innovations locales non encore documentées par les données probantes puissent être l'objet de recherche et que cette littérature grise, que cette action de terrain fasse l'objet de recherche action* » (responsable en ARS). Les conseils départementaux ne sont pour l'heure pas encore associés à la discussion.*

### **3. Les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CDFPPA)**

#### **Les conférences des financeurs, une mesure phare de la loi ASV**

Les conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CDFPPA) sont l'un des dispositifs phares de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Elles se sont mises en place progressivement d'abord dans des départements préfigurateurs puis dans tous les départements en 2016. Ces conférences, présidées par les Conseils départementaux et vice-présidées par les ARS, regroupent les principaux financeurs du territoire tels que les caisses de retraite, les collectivités territoriales, l'agence nationale de l'habitat (ANAH)... etc. Elles sont chargées de mettre en place un programme coordonné de financements d'actions de prévention pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Ce programme est basé sur un diagnostic des besoins des personnes âgées du département et un recensement des initiatives locales réalisés préalablement.

---

<sup>23</sup> Article publié le 31/01/18 - 16h37 – HOSPIMEDIA : « La CNSA envisage la création d'un "centre de preuve" pour mesurer l'impact des actions de prévention », Agathe Moret, <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180131-politique-de-sante-la-cnsa-envisage-la-creation>

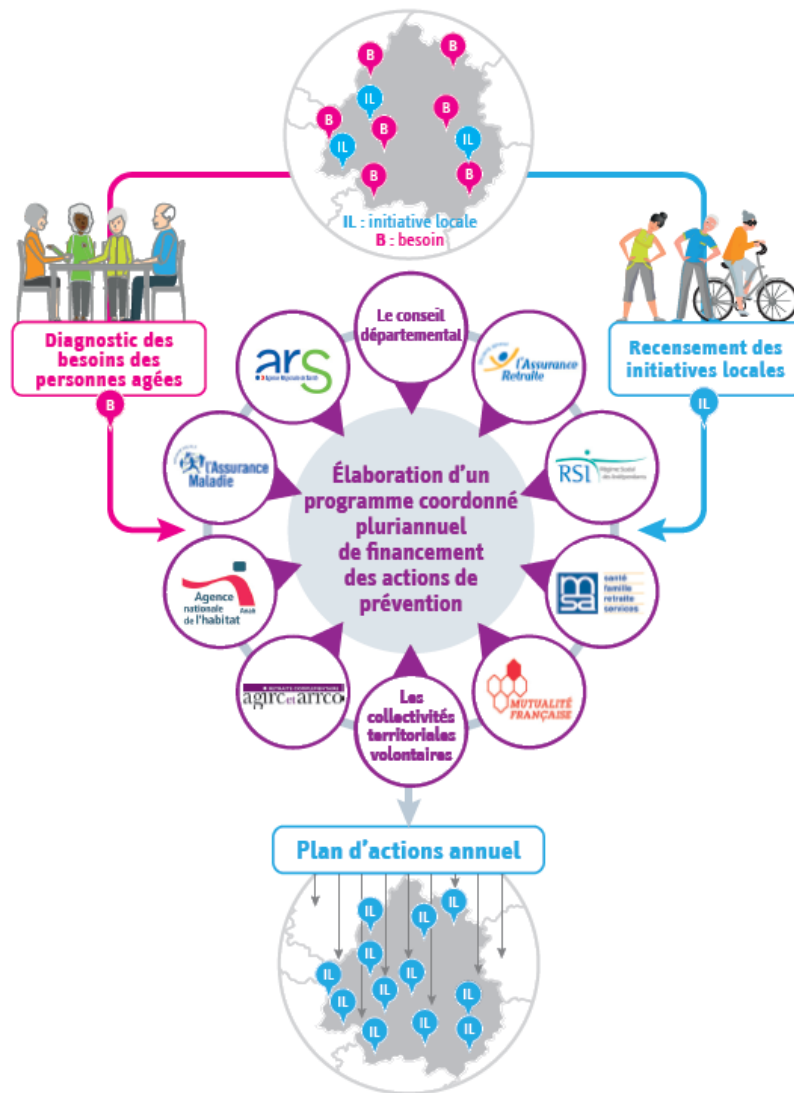


Figure 3 : Illustration du fonctionnement de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (source : Les cahiers pédagogiques de la CNSA, avril 2017)

Au niveau national, le dispositif est animé par la CNSA. Le périmètre d'action des conférences est défini par six axes<sup>24</sup> :

- 1°) L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles,
- 2°) L'attribution d'un forfait autonomie attribué *via* un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) par le conseil départemental aux résidences autonomie,

<sup>24</sup> <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs-de-la-prevention-de-la-perte-dautonomie>

3°) La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD),

4°) Le soutien aux proches aidants,

5°) Le développement d'autres actions collectives de prévention.

Dans ce cadre, la CNSA verse aux départements deux concours financiers : l'un pour les actions de prévention (les axes 1, 3 et 5) et l'autre pour le forfait autonomie (axe 2). L'objectif de ces concours est la création d'un effet levier sur les financements existants dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

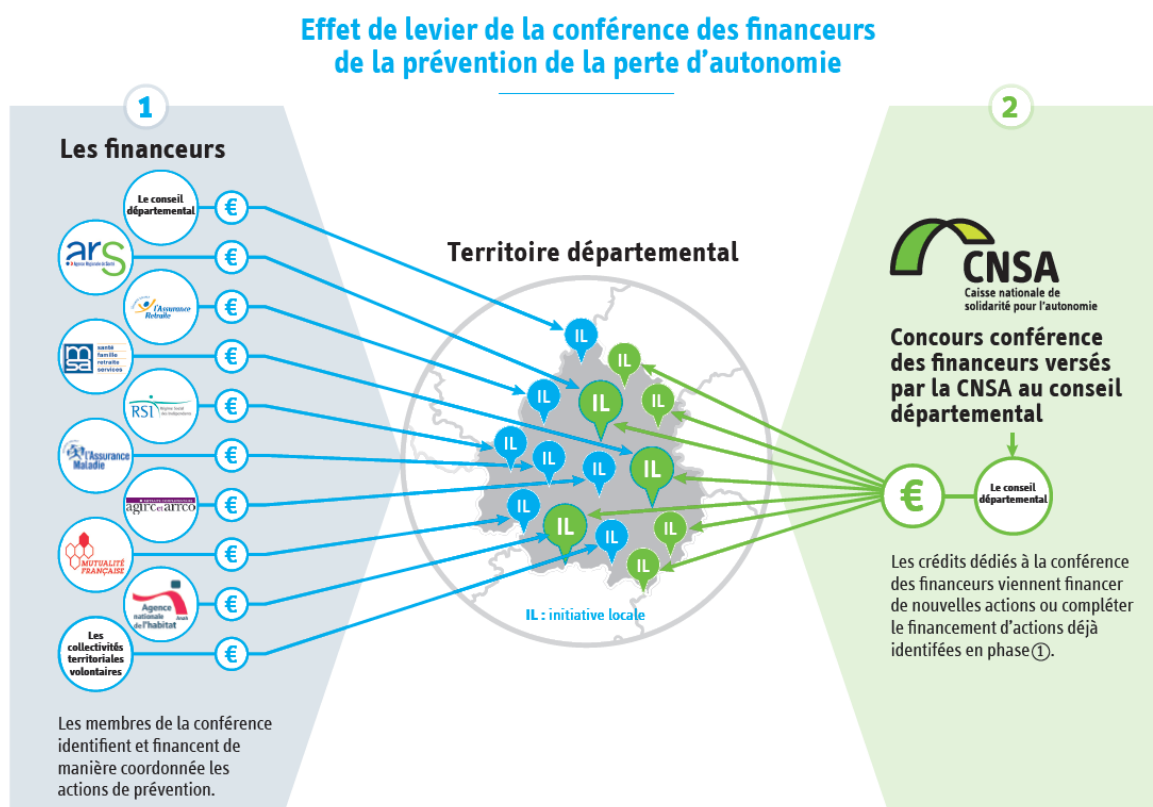


Figure 4 : Effet levier de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (source : Les cahiers pédagogiques de la CNSA, avril 2017)

Le premier axe relatif à l'accès aux aides techniques a été précisé dans le décret d'application, il concerne : « tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus ». Au cours de notre entretien, Michèle Delaunay, m'a confié que « la base de la réflexion était de créer un dispositif pour mutualiser les actions des uns et des autres mais aussi de permettre le développement de la Silver économie ». Ainsi l'ambition initiale était que les

conférences puissent se fédérer afin « *d'offrir aux gens un bouquet de services à domicile de base, comprenant de la domotique comme les chemins lumineux. Un peu le pendant du panier de soins. Il y a besoin d'une mutualisation lourde pour permettre un accès à tous. Si 50 conseils départementaux s'étaient mis ensembles, on aurait pu obtenir un bouquet de services de base avec un coût de 15 euros par personne, on avait fait les calculs* ».

### Une mise en place des conférences hétérogènes selon les départements

Dans la région Nouvelle Aquitaine, les douze conférences des financeurs mises en place ont des fonctionnements différents parfois liés aux relations existantes entre les institutions et notamment avec les Conseils départementaux. Ainsi la vision politique de ces conférences varient d'un Conseil départemental « *Bon vous avez en tête le fonctionnement de la conférence pour le coup bien sûr elle est présidée par le conseil départemental mais c'est quand même un lieu d'instance partenarial où le conseil départemental ne décide pas seul* » (responsable administratif d'un Conseil départemental), à l'autre « *moi je considère que la conférence des financeurs c'est le conseil départemental, certes il y a une concertation mais au final qui est responsable des fonds ? c'est pas les caisses de retraite c'est nous, si on fait une bêtise, la CNSA elle nous dira attendez je vous rembourse pas, alors ils sont tous bien gentils mais enfin c'est nous qui sommes responsables* » (responsable administratif d'un Conseil départemental). Les membres des conférences sont précisés dans l'article L233-3 du Code de l'action sociale et des familles mais elles sont libres d'élargir leur composition. Chaque conférence a déterminé ses propres critères d'éligibilité et modalités d'instruction de ses appels à projet. Ainsi un opérateur soumettant un projet dans plusieurs conférences peut avoir des réponses positives de la part de certains départements et négatives dans d'autres. Par exemple, la conférence des financeurs des Landes n'accepte pas les dossiers portés par des entreprises privées alors que la conférence des financeurs de la Gironde les accepte. « *Des fois on rencontre les opérateurs et ils nous disent : « ah bon vous retenez pas le dossier parce que c'est plus personnes handicapées mais pourtant telle conférence l'a retenu* » (chargé de mission conférence des financeurs au sein d'un Conseil départemental). De plus, les calendriers et les cahiers des charges étant différents, les opérateurs qui ciblent plusieurs départements doivent faire différents dossiers dans des temps contraints et y passent beaucoup de temps.

Les conférences des financeurs de la Nouvelle Aquitaine ne distribuent que les concours CNSA, il n'y a pas de mutualisation des moyens de chacun même si comme l'explique une caisse de retraite « *quand il y a besoin de pas mal d'argent ben en général, on essaye de venir en complément* (responsable de l'action sociale au sein d'une caisse de retraite). Il est donc difficile

de savoir si l'effet levier attendu existe. Les acteurs rapportent également un risque de désengagement des certaines institutions sur des projets déjà financés dans le cadre des conférences. L'objectif de départ de mutualiser les actions des différentes institutions n'est pas encore atteint, certains espèrent que le temps permettra d'y parvenir « *Pour l'instant c'est du saupoudrage mais il faut qu'on arrive à faire quelque chose de cohérent, on va y arriver après ça met du temps. Le problème souvent c'est qu'on veut aller vite mais pour ça il faut un bon diagnostic, faut savoir ce qu'on veut exactement mais pour ça faut repenser tout ça* » (chargé de mission conférence des financeurs au sein d'un Conseil départemental). Cependant, plusieurs financeurs saluent quand même une avancée « *L'avantage que j'y vois des conférences c'est vrai qu'au moins c'est un lieu disons où on se parle et de là à se coordonner vraiment c'est pas sûr mais en tout cas c'est l'endroit où si l'on veut dire des choses* » (responsable de l'action sociale au sein d'une caisse de retraite). Une chargée de mission conférence des financeurs me confie qu'à sa connaissance, au niveau national, une seule conférence a été jusqu'à la mutualisation des moyens : « *Je sais qu'en Ille et Vilaine le département tient un cahier des charges commun à tout le monde non seulement sur la conférence mais sur tout sur les actions de prévention de la perte d'autonomie c'est à dire que la CARSAT, l'ARS, le CD n'ont pas des actions de leur côté* ».

#### **Une coordination encore en construction mais une amélioration de l'information entre institutions**

Les membres rencontrés rapportent une amélioration des connaissances sur ce que chacun porte par ailleurs : « *l'avantage maintenant c'est qu'on connaît quasiment l'intégralité de ce qui est fait par les uns et les autres* » (responsable administratif au sein d'un CD). En Gironde par exemple, la CDFPPA se réunit au moins deux fois par an pour statuer sur les dossiers ayant répondu à l'appel à projet. C'est l'occasion pour chaque membre de rapporter ce qu'il finance par ailleurs sur les mêmes thèmes. Toutefois, il n'y a d'espace d'échange formalisé entre les conférences des financeurs de la région, cela repose sur des initiatives personnelles des chargés de mission des Conseils départementaux responsables de l'animation des conférences « *J'ai quelques contacts en Lot et Garonne notamment mais c'est parce que les opérateurs sont sur l'ex Aquitaine beaucoup. On a les mails de toutes les conférences souvent on s'envoie des mails* ». La CNSA de son côté a mis en place des groupes de travail nationaux qui permettent des échanges entre conférences sur des thématiques mais il n'existe pas d'outils de type base de données permettant de savoir ce qu'il se fait et où. Les conférences ne se sont pas saisies d'outils pour référencer les projets financés. Ainsi il n'est pas possible pour un acteur de savoir si telle action est déjà faite sur tel territoire. Il n'est pas non plus possible pour les financeurs de voir en un clic

ce qui se fait dans le département d'à côté ou même ailleurs en France. Certains membres comme la CARSAT où c'est la même personne qui siège dans plusieurs conférences apportent quelques éléments de vision transversale. A l'inverse, l'ARS NA qui est représentée dans les conférences par un représentant de la DD correspondante n'a pas de vision régionale.

### Quelle place pour les outils numérique dans les CDFPPA ?

Concernant le numérique qui était censé être l'objet premier des conférences, on constate qu'il y a relativement peu de projets financés. Il s'agit principalement d'ateliers de sensibilisation au numérique pour les personnes âgées afin de lutter contre la fracture numérique. La fracture numérique désigne les inégalités d'accès à l'internet faisant craindre un risque d'exclusion des « non connectés » (Ben Youssef, 2004). Cette fracture revêt différentes dimensions : économiques avec l'accès financier aux équipements, géographiques avec la question de l'accès aux infrastructures, sociales avec la question de l'usage des TIC et cognitives avec l'apprentissage de ces usages. Ainsi de nombreux projets financés dans les conférences cherchent à agir sur ces déterminants. Par exemple, la CDFPPA de Gironde, en partenariat avec la CARSAT Aquitaine, finance un bus itinérant, appelé bus numérique, équipé de 12 postes informatiques, qui dispensent des ateliers de formation sur quelques jours dans différents territoires ciblés par la CDFPPA. Ces ateliers collectifs sont gratuits pour les personnes âgées. Il semble exister un décalage entre les volontés des politiques nationales de déploiements de services numériques et les usages observés localement. Certains acteurs rapportent par exemple les difficultés rencontrées par les personnes âgées depuis la généralisation de la déclaration des impôts en ligne. Ce décalage s'explique peut-être dans la définition du public cible. Dans le décret n°2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, les personnes ciblées sont les « personnes âgées de 60 ans et plus du territoire départemental de la conférence ». Cette catégorie de personnes comprend plusieurs générations, des niveaux de dépendance différents ne nécessitant pas les mêmes besoins en termes d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie. Cette définition large du public visé pose la question de la façon dont les opérateurs ciblent les bénéficiaires de leurs actions. Dans l'action présentée ci-dessus, la CDFPPA incite l'intervention du bus dans des territoires plutôt ruraux ainsi qu'auprès de personnes ciblées par les acteurs locaux comme les CCAS. Ainsi les actions soutenues dans les conférences des financeurs s'inscrivent dans l'action sociale des Conseils départementaux.



Par ailleurs, les membres des conférences avouent ne pas avoir l'expertise pour sélectionner les projets dans le domaine des nouvelles technologies qui souvent sont des projets à gros budget réduisant rapidement l'enveloppe des crédits versés par la CNSA.

### Perception des conférences de financeurs par les acteurs

Globalement, il ressort des entretiens réalisés que les conférences n'ont pas convaincus les acteurs : « *On maintient sous perfusion des structures qui tournent avec ça* » ; « *on saupoudre de l'argent public* » ; « *je trouve que c'est dangereux avec les conférences des financeurs, parce qu'il y a des mannes financières, de balancer des sous, de laisser faire une espèce d'explosion d'initiatives alors même qu'on sait que ça va pas tenir la route* » ; « *Moi ce que je crains, c'est qu'il y ait pleins de trucs qui se fassent à l'arrache, que tout le monde pédale pour trouver les sous pour trouver les crédits et qu'en fait tout retombe parce qu'on sait pas si les finances de la conférence vont durer *advitam eternam** ». Ainsi, les conférences sont perçues comme des distributeurs des crédits CNSA « *Pour les acteurs de terrain, la conférence des financeurs c'est un appel à projet* » (responsable d'un living lab).

Une chargée de mission d'un Conseil départemental explique que le nom même choisi pour ces conférences porte à confusion auprès des acteurs « *Faudrait revoir le nom. Souvent on s'arrête à conférence des financeurs et du coup les gens pensent qu'on finance tout, tout en commun. On oublie de prévention de la perte d'autonomie* ».

### Perspectives

Une mise en cohérence des programmes d'actions des financeurs à travers notamment les conférences des financeurs permettrait d'avoir une vue d'ensemble sur les initiatives. Certains acteurs ont évoqué leur souhait que l'ARS face cette mise en cohérence à travers son rôle de vice-présidente de la conférence des financeurs : « *L'ARS est copilote de la conférence des financeurs, elle peut s'en saisir en faisant un peu de coordination régionale* ». Cela nécessiterait qu'au sein de l'ARS, il y ait une ligne politique et un regard transversal sur les douze conférences. La présence d'une direction des territoires serait un élément facilitateur pour cela. L'ARS et le Conseil régional pourraient également porter au niveau des conférences des financeurs la volonté de faire un appel à projet régional sur le numérique dans la perte d'autonomie en fédérant les conférences. Ce projet pourrait être une première étape pour aller vers une mutualisation des actions. Le sujet du numérique semble opportun car la nécessité d'un ancrage local est moins fort que sur des projets de lien social par exemple. De plus la mutualisation et le changement d'échelle permettraient un gain économique sur les services proposés. Ce projet serait un projet fédérateur notamment avec les équipes recherche qui pourraient être mobilisées sur le montage du cahier

des charges afin d'identifier ce que l'on souhaite et les éléments de transférabilité nécessaires en vue d'une généralisation des actions jugées efficaces ainsi que sur l'évaluation.

Le gérontopôle évoqué plus haut serait une opportunité pour aider les conférences des financeurs : « *quand la conférence des financeurs est saisie au sens large global totalement intégrée qui lance des appels à manifestation d'intérêt en disant par exemple le déploiement d'outils numérique au domicile pour garantir qualité de vie sécurité lien social chez eux, dans la cahier des charges de l'appel à manifestation d'intérêt et dans les processus de sélection des projets avant la décision, il faut que les décideurs puissent asseoir leur décision sur une rationalité plus large donc ça veut dire que le centre de preuve documente et aide à la décision, il faut que ici ou la [montre le schéma] on ait dans la cahier des charge de l'AMI les conditions pour l'élaboration de la preuve de l'efficacité, d'impact des actions qui seront financées c'est à dire des critères de sélection, des critères d'évaluation et d'efficacité et puis ultérieurement de préparer un module d'évaluation et les conditions de généralisation et de changement d'échelle* » (Responsable administratif de l'ARS).

Dans cette seconde partie décrivant la façon dont nos institutions se saisissent de la question des outils numériques dans la prévention de la perte d'autonomie, on peut constater que les pouvoirs publics se sont emparés du sujet mais chacun depuis le prisme de ses compétences. Ainsi il ne ressort pas de vision partagée sur le sujet, ni au sein des institutions, ni au sein de la conférence départementale des financeurs de la perte d'autonomie sensé être une instance de coordination stratégique. Cela corrobore les constats de l'étude PIPAME (op. cit.) selon laquelle il n'y a pas de mise en cohérence des différents leviers de la e-santé aboutissant à une dispersion des ressources et des compétences et à un brouillage de l'action publique. Ainsi la DGE dans son rapport préconise « l'amélioration de la gouvernance et l'alignement des acteurs sur des objectifs communs, des agendas coordonnés, des moyens concentrés et partagés ».

### **III. Identification des freins au déploiement des outils numériques dans les politiques de prévention de la perte d'autonomie selon une stratégie partagée des pouvoirs publics dans la région Nouvelle Aquitaine**

Face à ces constats, notamment l'éparpillement des ressources, on peut se demander pourquoi ces institutions ne se mettent pas autour d'une table pour échanger sur ces difficultés et y remédier de manière collective ? Quels sont les freins à une stratégie commune des pouvoirs publics pour trouver des outils numériques efficaces dans la prévention de la perte d'autonomie ? Les différents entretiens menés ont tenté de les identifier.

#### **A. Les enjeux politiques renforcés par l'éclatement de l'autonomie entre les institutions**

##### **Le partage de compétence**

L'ensemble des entretiens réalisés évoque les difficultés majeures qu'entraîne le partage des compétences entre l'ARS et les Conseils départementaux. Cela engendre peu de lisibilité sur les politiques menées voir même des incohérences parfois mal vécues par les acteurs qui ne s'y retrouvent plus « *...quand l'ARS et le Conseil départemental sont en opposition, c'est difficile pour les acteurs* » (directrice d'un service de télé-assistance). Par exemple dans le département de la Gironde, alors que l'ARS NA a mentionné dans son PRS 2018-2028 l'absence de création de place en EHPAD dans les prochaines années conformément à l'absence de crédits CNSA et aux orientations politiques vers le maintien à domicile des personnes âgées, le Conseil départemental de la Gironde a mentionné dans son schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (Conseil départemental de la Gironde, 2018) l'augmentation du nombre de places en EHPAD. On peut également noter que ce partage de compétence est très chronophage pour les administratifs de chaque institution comme en témoignent les allers-retours entre les services de l'ARS et des Conseils Départementaux des CPOM dans le cadre de la contractualisation avec les établissements médico-sociaux.

Cet éclatement des compétences dans le champ de l'autonomie fait des relations politiques entre institutions un facteur clé dans la mise en place des politiques publiques concernant la perte d'autonomie. Si ce facteur peut être moteur, il semble plus souvent perçu comme un frein : « *vous voyez on a pas du tout les mêmes rapports entre les Landes, la Gironde, la Dordogne, Lot et*

*Garonne et Pyrénées Atlantiques. Il y en a qui sont très susceptibles il y en a d'autres... »*  
(responsable de l'action sociale d'une caisse de retraite).

### **Relations État / collectivités décentralisées**

Si ces relations peuvent être liées la bonne volonté des personnalités institutionnelles, elles reflètent également des cultures et des enjeux politiques qui varient entre l'État et les collectivités territoriales décentralisées : *« les logiques politiques et l'intérêt à agir d'un département ne sont pas les mêmes d'une ARS de toute façon, il y a des élus d'un côté et des opérateurs de l'État de l'autre, ça change quand même radicalement la vision »* (responsable administratif de l'ARS). Alors que l'ARS met en œuvre la politique du ministère de la santé et représente l'État, le Conseil régional et les Conseils départementaux mettent en place les politiques de leurs élus respectifs. Ainsi ils sont confrontés quotidiennement à l'enjeu électoral *« Chaque élu gère sa stratégie comme il l'entend »* (chargé de mission au Conseil régional).

### **Relations entre collectivités décentralisées (Conseil régional et Conseils départementaux)**

Si les relations entre État et collectivités décentralisées ne sont pas toujours simples, les relations entre collectivités décentralisées ne semblent pas plus évidentes. L'article 72 al. 5 de la Constitution, introduit lors de la révision de 2003, dispose qu' *« aucune collectivité territoriale ne peut exercer une tutelle sur une autre »*. Ce principe vise à protéger la libre administration des collectivités. Cependant, cette réforme constitutionnelle introduit également le principe de *« chef de file »* en réponse aux multiples critiques sur les compétences partagées entre collectivités suite à l'acte I de la décentralisation. Le *« chef de file »* a un rôle de coordination de façon à gérer de manière commune une compétence qui nécessite la participation de plusieurs collectivités. Alors que le Conseil régional est le chef de file de la Silver économie, la mise en place d'un comité de pilotage régional sur la Silver économie par le Conseil régional de Nouvelle Aquitaine illustre les difficultés qu'il rencontre pour mobiliser les Conseils départementaux sur le sujet. Ainsi lors de son premier rassemblement, le 24 avril 2018, quatre Conseils départementaux étaient représentés. Si le Conseil régional a conscience de la nécessité de travailler avec les Conseils départementaux, chef de file de l'autonomie, sur ce sujet, une chargée de mission du Conseil régional me confie que les Conseils départementaux *« sont les collectivités avec qui on a le plus de mal à travailler parce qu'historiquement on a peu d'échanges avec les Conseils départementaux »*. Ces propos semblent corroborer ceux d'un agent départemental pour qui les Conseils régionaux et les Conseils départementaux ont peu de compétences communes *« effectivement moi la Région j'ai très peu de zones de compétence qui se recouvre avec les compétences de la Région, la principale zone de compétence entre la solidarité que je dirige et la Région ça va être autour de la*

*formation des travailleurs sociaux ou des professions sociales* » (responsable administratif au sein d'un CD). D'après ces retours, on peut se demander dans quelle mesure la spécialisation des compétences, réaffirmée par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles à travers la confirmation du chef-de-filât de la Région en matière de développement économique et de soutien à l'innovation et du chef-de-filât du département en matière d'autonomie des personnes « n'enferme » pas les collectivités dans leurs compétences empêchant toute approche transversale.

Ces enjeux politiques rendent difficiles les échanges entre ces institutions même lorsqu'elles sont de même nature. Si les Conseils départementaux sont organisés en fédération au sein de l'association des départements de France (ADF), il semble qu'il y ait peu d'échanges sur les actions innovantes en matière de perte d'autonomie. Ce constat est le même du côté des Conseils régionaux : « *Il n'y a pas beaucoup de réflexions entre Régions : France Silver éco ça a pas bien pris à cause du souhait d'indépendance avec l'État* » (chargé de mission au Conseil régional). Les échanges d'expériences qui existent se font de manière duelle à l'initiative des personnes et à travers leur réseau, la plupart du temps par téléphone.

L'analyse des dynamiques de décentralisation et de déconcentration des politiques publiques explique en partie la complexité du jeu politique régional notamment dans le champ des personnes âgées. Cette réalité a des traductions très concrètes sur le territoire. Par exemple, cette année, le Conseil départemental de la Gironde a organisé des réunions de restitution des actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs. De son côté, la délégation départementale de la Gironde de l'ARS NA a organisé une restitution des actions de prévention qu'elle soutient. Cela est dommageable pour les acteurs qui doivent être présents à un nombre important de réunions et qui ne trouvent pas en un même lieu les interlocuteurs institutionnels. La mutualisation des retours d'expérience des différentes institutions sur un territoire permettrait de centraliser un partage d'informations et favoriserait la rencontre des acteurs. De plus en termes d'affichage politique, cela montrerait une cohérence des pouvoirs publics.

Roquejoffre (2003) disait que la division du travail dans le secteur social et médico-social a découpé l'individu. Il semble que la division des compétences entre l'État et les différentes collectivités territoriales rendent difficile la coordination des politiques publiques locales.

### Perspectives

Alors que le gouvernement a lancé récemment une revue des missions des ARS, les acteurs sont dans l'attente d'une clarification sur le champ de l'autonomie tant au niveau politique « *Il faudrait très vite que le partage de compétences financières disparaissent, que ce soit*

*donné aux ARS ou aux conseils départementaux » (directeur en ARS) ; « On arrivera à rien tant qu'on sera dans cette situation-là, on arrivera à rien » (responsable en ARS) qu'au niveau des acteurs de terrain « Je trouve que c'est d'une incohérence. De l'extérieur c'est vraiment qu'on est dans des carcans où chacun est dans son environnement » (directeur d'une société de matériel médical).*

Selon un article d'APMNews daté du 11 juillet 2018<sup>25</sup>, le groupe de travail, chargé de cette revue des missions des ARS, estime qu'il n'est pas envisageable de maintenir le *statu quo* dans la répartition actuelle des compétences entre les ARS et les Conseils départementaux. Une des pistes envisagées est de renforcer le rôle de pilotage et de régulation de l'offre médico-sociale des ARS en laissant aux départements ce qui relève de l'offre sociale (dont les prestations individuelles de solidarité : APA, prestation de compensation du handicap, revenu de solidarité active). Les arguments en faveur de cette proposition sont la mise en cohérence du secteur médico-social dans le continuum du champ sanitaire dans un objectif de mise en place des parcours, une régulation de l'offre interdépartementale, une structuration des services à domicile au sein des SPASAD afin d'aboutir à « de vraies plateformes territoriales de services ». Cette proposition confirme le scénario selon lequel le secteur médico-social pourrait être englobé dans le champ sanitaire envisagé par Coron (2017) dans ces travaux sur le devenir du secteur médico-social. Ce scénario se base sur le lien historique entre ces deux secteurs, le secteur sanitaire pouvant apparaître comme « un idéal d'excellence, de technicité ou de rationalisation procédurale » (*ibid.*), et sur l'analyse des réformes institutionnelles et l'évolution des normes professionnelles. Par exemple, il observe une diffusion des outils du Nouveau management public (NMP), tel que les CPOM, du secteur sanitaire vers le secteur médico-social en s'appuyant notamment sur l'expérience acquise des acteurs du sanitaire. Le nouveau management public est un nouveau savoir, défini comme le nouveau « canon » des fonctionnaires par Coron, qui tente d'élaborer des méthodes d'action transversales applicables à tous les secteurs. Ainsi les outils du NMP participent à la recomposition de l'action publique par le rapprochement de plusieurs secteurs comme le montre les transformations contemporaines de l'action publique qui ont tendance à réduire les particularités des secteurs de politiques publiques. Dans les secteurs médico-social et sanitaire, la désectorialisation est justifiée par un objectif affiché de prise en charge globale. Cependant, ce décroisement est limité par au moins deux éléments. D'une part, le niveau national reste très cloisonné (Pierru et Rolland, 2013), d'autre part au sein même des ARS, les logiques sectorielles sont retrouvées dans l'organisation interne (Gurruchaga, 2015).

---

<sup>25</sup> <https://www.apmnews.com/depeche/116096/322921/revue-des-missions-des-ars-vers-un-renforcement-du-pilotage-du-champ-medico-social>

Pour illustrer cela, il suffit de regarder l'organisation interne de l'ARS NA. L'ARS NA est organisée avec un niveau régional, nommé « le siège » composé de différentes directions sectorielles, et un niveau départemental, représenté par douze DD, au sein desquelles l'on retrouve une distribution des compétences sectorielles. Ainsi la proposition faite de donner la main aux ARS sur les services à domicile ne semble pas garantir un décloisonnement total entre le médico-social et le sanitaire. Cependant si elle est retenue, elle facilitera le pilotage d'une politique cohérente. L'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de l'Haute autorité de santé (HAS) suite à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 peut également constituer un signal en faveur de cette proposition. Cependant, cette proposition ne va pas dans le sens d'un allègement des missions des ARS comme annoncé par Agnès Buzyn dans un contexte de baisse des effectifs des agences. Ainsi si cette proposition se concrétise, il est probable que d'autres compétences soient retirées ou externalisées.

## **B. Manque de visibilité sur les projets innovants : du manque d'outil au partage d'information en politique**

Si l'on s'intéresse aux projets financés par les différentes institutions afin d'y lire une stratégie, on se rend très vite compte qu'il est actuellement difficile de recenser ces projets. Même au sein de chaque institution, la visibilité sur les projets financés est limitée. Cela a plusieurs conséquences. Premièrement, cela oblige les différents services d'une même institution à avoir une vigilance particulière et à communiquer entre eux afin de ne pas financer deux fois le même projet « *A la Région, on essaye d'avoir un minimum de transversalité car les porteurs de projet frappent à plusieurs portes et on peut se retrouver à la financer deux fois* » (chargé de mission au Conseil régional). On peut supposer qu'il y a sûrement des doublons. Par exemple, un projet peut être à la fois financé par la conférence des financeurs à laquelle participe la DD du département concerné et par la Direction de l'autonomie et de l'offre de soins (DOSAS) de l'ARS sans que la DD ne soit au courant : « *Quand on regarde ce que nous nous finançons sur nos crédits, qu'on ne met pas au pot de conférence des financeurs, ce que les départements financent en dehors des crédits<sup>26</sup> et la CARSAT et la Région tout ça, c'est juste de l'argent... pfff ...enfin il y a des doublons partout et il y a des trous dans la raquette et on le voit sur pleins de sujets* » (responsable administratif de l'ARS). Cela explique en partie les difficultés exprimées par les institutions à repérer parmi les actions qu'elles financent celles qui sont innovantes ou efficaces puisqu'elles n'ont pas une vision complète des projets soutenus. Deuxièmement, cela induit une

---

<sup>26</sup> La personne parle des concours CNSA ici

absence de visibilité sur les actions soutenues ou financées par les autres financeurs : « *L'absence de connaissances sur ce qui est financé par d'autres acteurs, je pense que c'est un manque* » (chargé de mission du Conseil régionale). Enfin, cela induit un manque de visibilité pour les acteurs eux-mêmes « *nous quand on met en place une action, on aimerait savoir si c'est déjà fait ailleurs, par qui, comment, pour voir si on peut le faire ensemble ou prendre les conseils, on aimerait connaître les autres opérateurs du territoire* » (responsable innovation chez un bailleur social).

Cette absence de visibilité peut être expliquée au moins en partie par trois facteurs, identifiés durant les entretiens. Le premier est un élément technique : les institutions ne sont pas dotées d'un outil informatique satisfaisant alimentant une base de données de manière automatique. Les différents services tiennent leurs fichiers à jour sous forme de fichiers Excel qui ne sont pas structurés de la même manière d'un service à un autre au sein d'une institution et encore moins d'une institution à l'autre. Récemment, l'ARS NA a d'ailleurs missionné un agent pour recenser les actions de prévention financées en direction des personnes âgées en perte d'autonomie. Au cours de son travail, l'agent a cherché à recueillir les données des différentes directions : direction du financement, direction de la santé publique, directions des DD. Elle a constaté que la majorité des données transmises ne sont pas exploitables : certaines étant agrégées, d'autres non organisées. De nombreux acteurs m'ont en effet rapporté le manque d'une base de données sur l'ensemble des actions financées notamment dans le champ de la prévention. Il semble qu'une réflexion soit en cours à la CNSA sur le sujet suite à la mise en place d'un outil par le service informatique du Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine. Comme le rapporte une salariée d'un groupe d'assurance cela « *servirait aux financeurs et aux acteurs, porteurs de projets et permettrait de piloter ensemble* » (chargée de développement dans un groupe d'assurance). De plus, cela permettrait à la CNSA de disposer d'un tableau de bord en temps réel sur les actions menées dans les territoires. Cet outil pourrait également servir à alimenter une cartographie jumelée à un agenda pour les seniors afin qu'ils puissent identifier quelles actions sont réalisées sur leur territoire. De la même manière que les Conseils départementaux sont dans l'obligation de faire remonter un bilan d'activité des conférences de manière annuelle, ils pourraient renseigner directement les informations sur une plateforme internet. Un accès pourrait être donné à l'ensemble des institutions afin qu'elles l'utilisent comme outils de gestion et de suivi de ses projets permettant ainsi d'identifier les projets innovants. L'expression de ce besoin est d'autant plus étonnante qu'il existe, un outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS) créé par le comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2005, et adopté par l'ARS NA. Cet



outil permet d'accéder rapidement à une base de données des actions de prévention, de déterminer la couverture territoriale de chacune d'entre elles, d'identifier les acteurs, les partenaires et les financeurs de ces actions. Cet outil semble peu connu au sein des différentes institutions puisque personne ne l'a mentionné durant les entretiens. Je l'ai moi-même découvert tardivement dans mes recherches et ce malgré mes deux stages précédents au sein de l'ARS NA. Il semble que la mise à jour des données ne soit pas effective car le circuit de renseignement de l'outil est complexe. Les opérateurs fournissent des informations, qui font l'objet d'une validation de l'ARS puis de l'instance régionale d'éducation et promotion de la santé (IREPS). La découverte tardive de cet outil ne m'a pas permis d'explorer les blocages dont il fait l'objet alors qu'un réel besoin existe.

Le deuxième facteur est politique. Si le DG ARS ne voit pas d'inconvénient à ce que ces données soient publiques et partagées avec d'autres institutions, du côté des collectivités territoriales déconcentrées, cela est plus délicat : *« Je suis pas certaine qu'un outil formel soit adopté car les élus tiennent à leur indépendance politique. On a conscience de l'intérêt mais il faut changer les cultures »* (chargée de mission au Conseil régional).

Enfin le troisième élément explicatif qui a été cité par quelques acteurs est lié à la capacité ou à l'incapacité des institutions à accompagner des solutions qui fonctionnent *« On m'a déjà dit : « Même quand ça marche faudrait pas trop que ça marche de trop. La pression financière est telle que si on fait la preuve, il va falloir déployer et ça ça va coûter de l'argent »* (responsable d'un living lab).

On peut donc en conclure que si la mise en place des conférences des financeurs a amélioré la visibilité des uns et des autres sur ce que chacun fait, il existe encore une grande marge de progression. Cela pose la question de l'efficacité du système actuel, de la mutualisation des moyens mais aussi de transparence sur l'utilisation de l'argent public.

## **C. Manque d'expertise et de données probantes sur les innovations numériques : enjeux de l'évaluation**

### **Des difficultés dans l'expertise et l'évaluation des actions de prévention...**

Concernant le numérique, les institutions sont démunies face à toutes les nouvelles technologies et leur réel service rendu. Que se soient les personnes qui instruisent les projets ou celles qui prennent les orientations stratégiques, elles sont majoritairement issues de formations administratives de la fonction publique et n'ont pas l'expertise technique pour se positionner sur la potentielle efficacité d'un dispositif innovant, sur la justification de son budget ou le potentiel de sa généralisation : *« On expérimente on fait comme on peut...Mes collègues, avant que j'arrive*

*avaient commencé à faire une grille d'analyse mais c'est compliqué tout ne rentre pas dans les cases donc bon...faut pas que ce soit trop rigide<sup>27</sup> » (chargée de mission en charge de l'animation d'une CDFPPA au sein d'un Conseil départemental). L'ensemble des financeurs rencontrés évoque également des difficultés dans l'évaluation et la généralisation de leurs expérimentations malgré l'exigence d'évaluation présente dans le cahier des charges de leurs appels à projet. Si cela traduit une réelle volonté politique, faute d'outils, de méthodes et de moyens, la plupart des financeurs concèdent que les évaluations demandées dans les appels d'offre s'apparentent davantage à des bilans d'activité pour vérifier que « l'action a bien été faite » (responsable administratif en ARS) qu'à de véritables évaluations. De leur côté les opérateurs passent leur temps à fournir des bilans aux financeurs. Nous sommes donc face à une situation non satisfaisante : d'un côté les financeurs n'ont pas de véritables évaluations leur permettant d'orienter leurs décisions et d'un autre côté les opérateurs passent leur temps à rendre des comptes qui ne servent à personne. Si dans un premier temps, en tant que scientifique avec un esprit rationnel, j'ai trouvé ça naturel, au travers des entretiens, il m'est apparu que ce culte de l'évaluation actuel est peut-être un frein et qu'il doit être utilisé à bon escient. Certains financeurs ont conscience de ce constat « l'évaluation est quelque chose de chronophage et on n'arrête pas de demander aux opérateurs d'évaluer à tel point qu'ils passent plus de temps à évaluer qu'à faire leurs actions » (responsable de l'action sociale d'une caisse de retraite). François Alla, PU-PH de santé publique spécialiste en prévention et promotion de la santé, explique qu'il « faut distinguer la prévention de routine où il faut s'assurer que l'action a été bien faite, des expérimentations où l'on souhaite tirer des résultats d'une action innovante et où là il faut un programme de recherche et des moyens financiers pour l'évaluation ». Si cela permet de justifier les dépenses publiques réalisées, l'évaluation reste pour le moment un affichage politique. Ainsi les appels à projets des financeurs s'enchaînent mais ne permettent pas de capitalisation sur les expérimentations menées « On expérimente pour voir » (responsable administratif en ARS). L'expérimentation traduit une volonté de faire remonter des solutions innovantes du terrain mais les difficultés à les faire évaluer freinent les politiques publiques : « Parce qu'on est pas au clair sur les outils qui fonctionnent, ceux qui ne fonctionnent pas, on n'a pas formalisé les choses » (responsable administratif en ARS) ; « Sur les personnes en perte d'autonomie on est devant un tas d'expérience ici ou là qui semblent intéressantes mais qui ne font pas système, on ne les a pas vraiment évalué car on ne les a pas formalisé nos politiques plus globales. Il y a un tas d'expériences qui ne font pas système et qui ne font pas politique » (directeur en ARS).*

---

<sup>27</sup> La personne parle ici de l'instruction des dossiers ayant répondu à l'appel à projet

Ces constats reflètent plusieurs enjeux, pas spécifiquement réservés aux outils numériques mais qui sont probablement exacerbés pour ces derniers par le coût qu'ils représentent : la formation des agents administratifs, leur mise à disposition de données probantes issues de la littérature et le développement de méthodes d'évaluation.

### ...Qui recourent les objectifs de la recherche interventionnelle en santé publique

Ces enjeux sont au cœur des préoccupations de la recherche interventionnelle. En France, la recherche interventionnelle est en émergence (Alla et Kivits, 2015). Cette discipline cherche à « produire des connaissances sur les processus, les mécanismes, les effets et les impacts des interventions dans une visée d'utilité sociale » (Hawe et Potvin, 2009). La production de connaissances ayant notamment pour objectif d'apporter une aide à la décision dans une perspective d'*Evidence based public health (EBPH)*. Halley des Fontaines et Alla (2007) proposent de définir ce concept comme « la prise en compte de la preuve scientifique de l'efficacité et de la faisabilité d'une intervention, en fonction des contraintes économiques, politiques et sociales, ainsi que des préférences de la communauté ». Cette discipline de recherche s'intéresse aux interventions de santé publique notamment dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé. Ces interventions sont qualifiées de complexes, de par les différents groupes cibles, les différents comportements qu'elles génèrent et leurs interactions mais aussi du fait du système complexe dans lequel elles s'implantent (Dupin et al, 2015). L'essai contrôlé randomisé, gold standard de la recherche, est dès lors vite limité dans l'évaluation de ces interventions complexes (Tarquinio et al., 2015) puisqu'il ne s'agit plus ici de répondre à la question de l'efficacité de l'action mais de comprendre comment elle fonctionne et à quelles conditions afin de produire des interventions efficaces adaptées aux contextes de vie et d'action. De ce fait, la recherche interventionnelle nécessite le développement de nouvelles méthodes d'évaluation. Pour Alla et Kivits (op.cit.), ces interventions complexes doivent être abordées par les chercheurs à travers plusieurs regards disciplinaires afin d'allier les méthodes et outils de recherche. Ces auteurs insistent également sur la nécessité d'impliquer « les acteurs de terrain » et d'en faire des partenaires de recherche.

### ...Qui s'implante en Nouvelle Aquitaine

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) se sont emparés de l'enjeu de cette discipline de recherche puisqu'ils ont recruté récemment un professeur universitaire et praticien hospitalier (PU-PH), une enseignante chercheuse et une doctorante spécialiste des interventions en prévention et promotion de la santé. Ces recrutements sont concomitants à la création d'une

chaire de formation prévention et promotion de la santé au sein de l'université de Bordeaux, financée par Santé publique France, et d'un département de prévention et promotion de la santé au sein du CHU de Bordeaux.

La chaire de formation et d'expertise en prévention et promotion de la santé aura deux missions comme l'explique François Alla « *développer l'enseignement prévention pour l'ensemble des acteurs du système de santé plus global, autant des acteurs du système donc tout le monde [rire] et d'autre part développer l'expertise là-dessus* ». Ainsi cette chaire va permettre de répondre aux souhaits de formation exprimés par l'ensemble des acteurs rencontrés, opérateurs et agents administratifs. Le suivi de ces formations par les opérateurs pourrait devenir une exigence inscrite dans le cahier des charges des appels à projets des pouvoirs publics afin de permettre de monter collectivement en qualité et en degré d'exigence des projets de prévention.

Le nouveau département du CHU de Bordeaux, financé par l'ARS NA, comprendra une unité de soutien aux actions de prévention ainsi qu'une unité hospitalière d'innovation en prévention. L'objectif est d'accompagner les actions dès leur début : « *parce que c'est très important et là les décideurs ont besoin d'être accompagnés c'est en amont quand on leur présente des initiatives. [...] Donc nous ce qu'on est en train de mettre en place c'est d'en amont déjà de se dire euh est ce que cette innovation déjà a un potentiel de généralisation ? Avant même de savoir si ça fonctionne ou ça fonctionne pas, parce que souvent on se dit, on fait l'essai ça fonctionne et après on voit que c'est pas généralisable* ». Cela fait écho à ce qu'un responsable de l'ARS rapporte : « *Si on parle de cette maison [...] dans les propres décisions dans les actions innovantes qu'on lance avec des financements, notre base rationnelle pour prendre la décision, cette base rationnelle est extrêmement limitée c'est à dire...sur des constats plus ou moins objectivés, sur des connaissances de ce qui se fait relativement faibles et sur des éléments de preuve qu'on a peu interrogé qu'ils existent ou pas d'ailleurs...* ». En effet, une situation observée au cours de mon stage illustre ces propos : lors d'une séance plénière d'une des conférences des financeurs de la région, les membres analysaient les demandes de financement des différents projets. Alors qu'un projet de sécurité routière destiné aux personnes âgées suscitait différentes interrogations ayant menées à un refus de financement, une des personnes présente a souligné que ce projet était le seul sur ce thème là et que le fait de ne pas le retenir entraînerait de fait l'absence d'action sur ce thème. Ainsi, il a été acté que l'année prochaine, la conférence ferait un cahier des charges spécifique sur la sécurité routière des plus de 60 ans. Si cela part sûrement d'une bonne intention, ce thème n'a fait l'objet d'aucune argumentation pour être priorisé de la sorte. Si la mobilité des personnes âgées est un facteur clé de la prévention de l'isolement, la littérature montre que les personnes âgées ne provoquent pas plus d'accidents que la moyenne des automobilistes car elles

compensent leur perte de capacités par une diminution de la vitesse et l'évitement des situations de conduites difficiles (Dumas, 2012). Dès lors, cette décision ne paraît pas justifiée, ni fondée sur un besoin objectivé, mais sur ce que l'on pourrait nommer « une bonne intention ».

Conscients de la nécessité de rationaliser leurs décisions sur des éléments probants, la direction de l'ARS NA et le Conseil régional s'inscrivent dans cette démarche depuis plusieurs années à travers le soutien à la plateforme Cassiopée. Cette plateforme, mise en place à l'initiative de la Fédération de recherche Santé Publique, Société (FR-SPS) au sein de l'Université de Bordeaux en 2013, vise à développer les interactions entre les chercheurs, les décideurs et les acteurs de la santé publique en Nouvelle Aquitaine. Il appartient maintenant aux décideurs de la faire vivre et de la mobiliser afin de produire les connaissances qui pourront les aider dans leur prise de décisions. L'attente est résumée par un agent de l'ARS comme suit : « *colliger les données probantes pour les rendre disponibles c'est à dire on les rend publiques mais aussi et on les traduit dans des prises de position stratégiques qui permettent aux acteurs que ce soit des décideurs ou les acteurs de l'accompagnement, de se les approprier pour les mettre en œuvre* ».

Il semble indispensable que les éléments abordés ci-dessus soient pris en compte et intégrés dans le projet de gérontopôle en Nouvelle Aquitaine afin que ce dernier réponde aux attentes des décideurs et ne se limite pas à une structure de recherche clinique sur la question du vieillissement.

#### **D. Perception des pouvoirs publics du monde de l'entreprise et des acteurs privés**

Il ressort des entretiens un certain malaise des institutions face au secteur privé représenté par les entreprises. Ce constat est parfois totalement assumé : « *les acteurs privés c'est hors de question quoi* » (responsable administratif au sein d'un Conseil départemental) ou plus implicite « *l'ARS se dit embarrassée de s'afficher avec une entreprise* » (directeur général d'une société de matériel médical). Pourtant il semble évident pour certains acteurs que le virage numérique ne pourra se faire sans les entreprises : « *les entreprises sont encore les méchants mais ça va être compliqué de fournir des produits et des services sans s'appuyer sur les entreprises* » (responsable d'un *living lab*).

Ce malaise est également ressenti par les financeurs privés tel que le rapporte une mutuelle « *On est souvent considéré, au mieux comme une structure de financement, au pire comme une assurance privée. C'est une bataille pour faire comprendre qu'on peut être dans la co-fondation. Les institutions ne sont pas prêtes pour un partenariat public privé* » (responsable développement au sein d'un groupe d'assurance). Une responsable de l'action sociale au sein d'une caisse de

retraite regrette ce constat et pense qu'il faut faire une place au monde de l'entreprise : « *Il y a des conférences<sup>28</sup> où c'est écrit dans le cahier des charges que les opérateurs privés n'ont pas le droit de postuler. Le privé c'est pas tous des vilains capitalistes, faut arrêter. Le milieu associatif est dépendant des fonds publics, il n'est pas bien structuré, il galère après les sous quoi [...], à un moment il faut professionnaliser les choses et voilà. Ça demande de la régulation* ». Pourtant, pour ce directeur institutionnel : « *C'est une frontière intangible, il faut discuter avec eux, leur donner de la place quand il y en a besoin mais faire très attention [...] de ne pas mettre le petit doigt dans des relations qui seraient équivoques* » (directeur en ARS).

Duthil (2007) explique ce rapport privilégié des pouvoirs publics avec le secteur public et associatif dans le secteur du service à la personne par des liens historiques. Les services à la personne âgée sont des services de proximité qui ont été historiquement organisés par l'action sociale des CCAS et des CIAS. Les municipalités ont favorisé la création d'associations d'aide à domicile. Dans ce contexte les pouvoirs publics et associations ont travaillé ensemble à installer un système au service des personnes âgées. De plus, les associations revendiquent, selon l'auteur « le fondement de leurs actions sur l'éthique sociale en opposition au modèle de l'entreprise fondé sur le retour à l'investissement ». Cependant, si cet argument est valable pour le secteur médico-social, il n'explique pas ce même constat dans le secteur de la santé même s'il est peut-être moins fort. Ainsi il est étonnant d'observer la perception négative qu'ont certains agents administratifs très attachés à la fonction publique, des établissements sanitaires privés et qui n'est d'ailleurs pas transposée aux professionnels de santé libéraux exerçant pourtant une activité privée. Cependant, pour Duthil (*ibid.*), les frontières entre entreprises privées et publiques se sont réduites, notamment avec la loi Borloo du 5 juillet 2005 instaurant un cadre économique commun à l'ensemble des services à la personne quel que soit le statut juridique. Ainsi pour Martin Vial (2008), directeur général du groupe Europ Assistance, dans son ouvrage *La Care Revolution, L'Homme au cœur de la révolution mondiale des services*, considère que la mise en place d'un partenariat public-privé est indispensable « à la mise en œuvre de façon durable d'un système optimisé de prise en charge du vieillissement ».

## **E. Le secteur des services à domicile peu propices aux outils numériques ?**

[Des professionnels marqués par une relation de service...](#)

---

<sup>28</sup> Ici CDFPPA

Lors d'un entretien avec un responsable administratif, il m'a rapporté le constat suivant : « *il y a encore certaines réticences des personnels sociaux, et c'est pas une question d'âge simplement, à utiliser l'outil informatique. Les instituts de formation de travailleurs sociaux formatent encore les travailleurs sociaux à l'échange individuel, le tête à tête, sans imaginer que la rencontre puisse se faire aussi par l'informatique* » (responsable des solidarités au sein d'un Conseil départemental).

Selon Imbert (2010), l'appellation de travailleur social « recouvre un ensemble de professions diverses, des métiers au savoir-faire souvent mal définis, difficiles à appréhender » et « l'interaction avec l'utilisateur est posée comme une composante de leur identité ». Boujut (2005), de son côté, définit cette relation comme une relation de service car mettant en présence un professionnel et un non professionnel. Le professionnel développe une relation particulariste avec l'utilisateur dont le but est le dévoilement de ses données intimes de vie afin de mettre en place les prestations ou aides nécessaires. On peut faire l'hypothèse que cela explique en partie l'appréhension des professionnels sociaux et médico-sociaux à l'usage d'outils numériques et au partage d'informations même avec d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Ainsi dans l'expérience TSN Santé Landes, le partage d'information entre professionnels reste un enjeu central « *sur le partage d'informations, au niveau des professionnels médicaux et paramédicaux maintenant c'est acquis, mais avec les professionnels sociaux on a encore des difficultés* » (chargé de mission en ARS).

#### Un secteur en tension et mal structuré

Cependant, il est sûrement simpliste de résumer la non appétence des professionnels sociaux et médico-sociaux pour l'usage du numérique dans leurs pratiques à cette relation particulariste sans s'intéresser à leur environnement professionnel. L'organisation du secteur des aides à domicile est décrite par Jany-Catrice et Puissant (2010) par « une très faible durée du travail [...] dans des temps de travail morcelés par des coupures non rémunérées, et dans des horaires de travail souvent peu compatibles avec une charge de famille ». De plus, les rémunérations y sont particulièrement basses (Devetter, 2017). Cette sous-valorisation du secteur, qu'elle soit économique ou sociale, entraîne un déficit en ressources humaines. Ainsi une revalorisation du secteur et des métiers qu'ils engendrent semble indispensable (Vial, op.cit.). On peut penser que ces conditions de travail associées à une industrialisation de l'organisation des activités d'aide à domicile ne sont pas un environnement propice à l'implication de ces professionnels dans des réflexions sur les usages de technologies numériques même si ces outils pourraient améliorer leur prise en charge. Pourtant ce sont potentiellement ces professionnels qui seront les ambassadeurs de produits numériques auprès des personnes âgées.

D'autre part, l'émiettement qui marque ce secteur (Jany-Catrice et Puissant, op.cit.) légitimée par le droit à la démocratie du consommateur, constitue une difficulté pour les pouvoirs publics. Une chargée de mission de l'ARS rapporte ses difficultés : « *dans le sanitaire, c'est facile, les interlocuteurs sont connus ce sont les hôpitaux, les structures de soins. Dans le champ de l'autonomie, ils ont différents statuts : il y a des associations, des entreprises, des publics...et puis ils sont très nombreux, rien que sur les EHPAD, il en existe presque 1000 en Nouvelle Aquitaine ! On les connaît pas tous, ce n'est pas structuré et nos relations avec eux non plus, c'est pas cadré, on a moins d'outils que dans le sanitaire. Dans le sanitaire c'est carré, il y a beaucoup de recommandations puis il y a des seuils qualité, des directives, le code alors que le médico-social, on a moins de choses. Peut-être que l'absorption de l'ANESM par la HAS changera les choses...* ».

Les soins à domicile sont structurés par les SAAD, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les SPASAD. Les SAAD interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage<sup>29</sup>. Le coût de ces services peut être pris en charge en partie par différentes aides (notamment l'APA, les aides des caisses de retraite et les aides des complémentaires santé), sous réserve d'éligibilité. Ils sont soumis à une autorisation par le Conseil départemental. Les SSIAD sont des services délivrant des soins à domicile auprès des personnes en perte d'autonomie. Ils interviennent sur prescription médicale et leur intervention est prise en charge par l'assurance maladie. Les SPASAD regroupent quant à eux à la fois les missions des SAAD et celles des SSIAD. L'intégration de ces deux types de services dans une seule entité permet aux personnes âgées ou pour les personnes en situation de handicap de ne plus faire appel à deux structures différentes, ni de devoir coordonner leurs interventions. Par contre, les modes de financement de ces deux types d'intervention restent bien distincts. Les SPASAD sont, pour l'instant, soumis à la double autorisation ARS et Conseil départemental. On retrouve la double compétence à ce niveau. Ces différents dispositifs peuvent être portés par des organismes privés, publics ou associatifs.

Si l'ancrage de nouvelles technologies notamment dans la coordination de ces professionnels peut être complexe à mettre en œuvre, il se peut que cela favorise les échanges et la connaissance voire la confiance entre les acteurs. L'exemple de la télémédecine illustre cela : en effet, contrairement à ce que certains pouvaient craindre, il semble que l'usage des TIC peut améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Esterbe et al. (2011) expliquent que les

---

<sup>29</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>



consultations à distance ou téléconsultations<sup>30</sup> impliquent une confiance entre les acteurs de par les délégations de tâches nécessaires. Le praticien situé à distance est privé d'un certain nombre de sens et délègue une partie de son examen clinique au soignant présent auprès du patient. Pour les auteurs, ces nouvelles formes de délégations « reposent sur la confiance dans le jugement et les compétences du professionnel délégataire dans un contexte où la délégation peut se faire entre individus placés à des niveaux différents de la hiérarchie médicale ». On a donc une modification des relations entre professionnels. Ainsi pour Mathieu-Fritz et al. (2012) « les téléconsultations contribuent à la mutualisation et à la transmission instantanée des connaissances cliniques entre praticiens, ce qui accroît potentiellement la qualité de la prise en charge médicale, y compris sur le plan du retour à domicile » et si cet usage « donne lieu à de nouvelles formes de relation entre professionnels de santé et avec le patient », les auteurs ont observé qu'une place est faite à l'intervention du patient. Cependant, cette nouvelle pratique « n'est pas innée », comme l'a exprimé Nathalie Salles, professeur des universités et praticien hospitalier de gériatrie au CHU de Bordeaux lors d'une table ronde dédiée à la prise en charge des personnes âgées<sup>31</sup>, « cela nécessite de s'adapter, de se former à une nouvelle pratique ». Ces propos corroborent les observations d'Esterle et al. (Op.cit.) dans leurs travaux sur la nécessité de recourir à de nouvelles compétences.

L'embarquement de ces pratiques à domicile participera à un rapprochement plus étroit des secteurs sociaux et sanitaires et amènera peut-être l'État à repenser les modes de financements en silo de ces secteurs.

---

<sup>30</sup> Consultations à travers un écran entre un professionnel de santé et un patient qui est accompagné d'un soignant (qui peut-être médecin ou paramédical)

<sup>31</sup> Discours recueilli le 24 mai 2018 lors d'une table ronde sur la prise en charge des personnes âgées à l'occasion de l'inauguration de l'EHPAD Thalanssa en Gironde

## Conclusion

Il y a deux façons de considérer les TIC : comme pourvoyeurs de e-exclusion par la fracture numérique ou comme une chance pour les seniors.

Ainsi selon Gallouj (2010), l'analyse des seniors dans la société de l'information est souvent abordée au prisme de la fracture numérique, argumentée par la faible diffusion des TIC auprès des personnes âgées, constituant un risque d'e-exclusion de plus en plus important au fur et à mesure du développement de la société d'information. En effet, l'e-exclusion réduirait « les possibilités de contact et l'accès aux réseaux de sociabilité existants » (le fait de ne pas avoir de téléphone portable est un facteur d'exclusion des associations par exemple) ainsi que l'expression de « la citoyenneté et de la démocratie dans la mesure où l'essentiel de l'information publique se passe désormais en ligne ». Cependant, cette fracture devrait se réduire avec l'augmentation du taux d'utilisation des TIC par les seniors même si elle continuera à persister.

A l'inverse d'autres travaux, envisagent que le numérique devrait contribuer au « bien vieillir ». Ainsi Rivière et Brugière (2010) considèrent les technologies comme facteur de lien, d'information, de communication et d'intégration sociale. Selon Moulias (2008), les technologies offrent des réponses neuves à de vieux problèmes : « tout ce qui améliore la surveillance médicale, la compensation du handicap, l'accès de la cité profite directement à la personne malade ou handicapée, accroît son confort de vie ». Moulias remet en question l'existence de géronto-technologies au profit de technologies utiles à tous dans les domaines de la dépendance et du handicap auxquels les personnes âgées sont plus exposées. Cette hypothèse est une de celles explorées par les industriels sous le terme de « *design for all* » pour élargir leur population cible et produire des objets moins stigmatisants pour les personnes âgées mais adaptables à celles-ci. Ainsi aux craintes exprimées face à l'usage des nouvelles technologies par les personnes âgées, Moulias (*ibid.*) interroge sur le droit que nous avons de les en priver ? Selon lui, pour proposer une aide technologique à une personne âgée, il faut qu'elle soit utile pour sa santé, pour compenser un handicap ou pour améliorer son confort de vie. Pour les deux premières propositions cela relève d'une prescription médicale, pour la troisième proposition cela relève de sa décision personnelle. Ainsi plutôt que de catégoriser les personnes âgées, qui sont de citoyens comme les autres avec leurs pleines capacités de décision et de consentement, il propose de repérer les personnes « vulnérables » quel que soit leur âge pour les protéger des présentations fallacieuses sans les priver de ces produits.

Afin de faire face aux enjeux économiques et éthiques que posent les outils numériques, il semble qu'il est indispensable pour ces nouvelles technologies de montrer le bénéfice qu'elles apportent

et la plus-value pour les personnes. C'est au prix de cette démonstration que leur légitimité et leur acceptabilité se feront. Comme on n'a pu le voir, la recherche interventionnelle et sa capacité à fournir des données probantes sur les interventions est probablement un des leviers pour ces technologies. Cependant, si cette question se pose pour les outils numériques en réponse aux craintes et attaques dont ils peuvent être l'objet, elle se pose aussi de manière plus générale sur les actions de prévention et promotion de la santé qui bénéficient d'une perception plus positive et plus louable.

La prévention de la perte d'autonomie est un enjeu pour notre pays, que ce soit en termes de santé publique ou économique. La place des outils numériques dans ces politiques même si elle est affichée, n'a pas encore convaincu l'ensemble des acteurs et la Silver économie n'a pas encore trouvé son modèle économique. Aujourd'hui, les outils numériques n'occupent pas une place prépondérante au sein des conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Cependant, de plus en plus de dossiers de candidature portent sur ces nouvelles technologies mettant quelques fois les administratifs en difficulté pour juger de la pertinence et gonflent les enveloppes budgétaires. Ainsi leur déploiement qui reste majoritairement soutenu par des fonds publics, se fait de manière éparpillée sans réelle stratégie politique. Ainsi si l'on souhaite que les personnes âgées puissent bénéficier d'outils technologiques qualitatifs, il convient pour les pouvoirs publics de s'emparer de cette question et d'orienter l'offre vers des produits amenant une plus-value à nos aînés.

La question des géronto-technologies amène à se poser une autre question : celle de la place que l'on souhaite donner aux séniors dans notre société et la représentation dont ils font l'objet. Alors que dans les sociétés occidentales, le vieillissement est associé à une représentation négative liée à la maladie et à la dépendance, générateurs de dépense, pour certaines cultures orientales l'avancée en âge est synonyme de capitalisation des savoirs et de biens matériels, accordant ainsi un statut à la personne âgée dans la société (Bérard, 2016).

Selon Pietquin (2003), « la signification donnée aux différentes étapes de la vie est directement liée au modèle culturel de l'époque et du lieu dans lequel elle s'inscrit ». Ce modèle culturel constitue l'ensemble des principes qui sont évoqués par une collectivité pour fonder la légitimité des conduites attendues de ses membres. Ces principes constituent ainsi la « réserve de sens » de la société définissant ce qui est bon ou juste. Selon Pietquin (ibid.), notre société connaît une mutation culturelle progressive passant d'un modèle industriel d'intégration par le travail où la vie était découpée en trois étapes : la formation, le travail et la retraite, à un nouveau modèle semblant vouloir placer l'individu au sommet de ses valeurs de référence dans une démarche de

réalisation de l'identité personnelle et organisant la vie en deux phases : la jeunesse et la vieillesse. Selon l'auteur cette période de transition est génératrice de tensions entre une vision péjorative de la vieillesse héritée du modèle industriel et associée à l'inactivité professionnelle des retraités et le concept montant de « bien vieillir » ou de « vieillissement actif ». Ces représentations semblent aborder les personnes âgées comme une seule catégorie de personnes ne prenant pas en compte les évolutions démographiques niant ainsi une diversité de situations et de besoins au sein d'un même groupe social représenté par plusieurs générations. Dans son ouvrage, Vial (op.cit.) raconte comment les départements marketing des entreprises ont cherché à dessiner un portrait-robot du sénior. Cette anecdote paraît inadaptée au regard de l'évolution qualitative de la demande des consommateurs qui souhaitent des services de plus en plus personnalisés.

Dans ces travaux, Gallouj (op.cit.) a passé en revue les différentes conceptions et théories existantes des mutations de nos sociétés contemporaines vers les services au crible du vieillissement. Ainsi, il montre que la question du vieillissement a été occultée des modèles de la société « post-industrielle » et de la société de « *self-service* ». La société post-industrielle est définie par Bell en 1976 comme « une société de services ». Pour lui, ces services à caractères collectifs mais qui s'adressent aux individus sont associés à l'État Providence, il n'explore pas la question du vieillissement dans cette société. Ce sont les travaux sur les « nouvelles économies » et les mutations des sociétés autour de l'informatique, de la connaissance et des nouvelles technologies qui ont redonné une certaine visibilité aux séniors. Gaspard (1988) quant à lui envisage un modèle post-industriel basé sur les services créateurs d'emplois notamment dans les secteurs des services à domicile, les services de santé et les services touristiques. Les personnes âgées dont le nombre augmente devraient ainsi augmenter la demande et être pourvoyeurs d'emplois.

La diffusion d'outils numériques auprès des séniors est une opportunité. Elle est un moyen et non une fin. Cependant, si ces outils permettent une amélioration de la qualité de vie des personnes, ils devraient être accessibles à tous afin de ne pas creuser les inégalités de santé déjà prégnantes en France. Ainsi le rôle des pouvoirs publics n'est peut-être pas tant le déploiement de ces outils, que l'organisation des modalités d'accès aux personnes âgées qui n'y ont pas accès.

Enfin la question des outils numériques dans la prévention de la perte d'autonomie est un sujet transversal qui met en présence les compétences régionales ou départementales de différentes collectivités territoriales et de l'État. En cela, ce sujet est une difficulté et une opportunité :

l'organisation de nos institutions constitue un frein à une stratégie globale et cohérente des pouvoirs publics sur le déploiement de ces outils auprès des personnes âgées, en cela il constitue un argument de plus pour pouvoirs publics pour revoir leur organisation et leurs modalités de coopération.

---

# Bibliographie du mémoire

---

## Ouvrages

- Berrut G., 2018, Les papys qui font boom La longévité, une chance pour tous, France, Solar éditions.
- Organisation mondiale de la santé., 1998, Glossaire de la promotion de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/iris/handle/10665/67245>
- Vial M., 2008, La Care Revolution, L'Homme au cœur de la révolution mondiale des services, Paris, Editions Nouveaux Débats Publics.

## Articles

- Ankri J., 2008, « Prévention des maladies après 75 ans. Intérêt d'agir sur les facteurs de risque », *Gérontologie et société*, 31, 125, 129-143.
- Argoud D., 2010, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, vol. 33 / 132, (1), 103-110.
- Barlatier P., 2016, « Management de l'innovation et nouvelle ère numérique : Enjeux et perspectives », *Revue française de gestion*, 254, (1), 55-63.
- Béland F., « Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes âgées. Divergences et convergences autour de la fragilité », *Gérontologie et société*, 35, 205-216.
- Ben Youssef A., 2004, « Les quatre dimensions de la fracture numérique », *Réseaux*, 127-128, 181-209.
- Bérard A., 2016, « L'évolution de la politique de santé face à l'enjeu du vieillissement de la population », *Vie sociale*, 15, 131-147.
- Boujut S., 2005, « Le travail social comme relation de service ou la gestion des émotions comme compétence professionnelle », *Déviance et Société*, vol. 29, (2), 141-153.
- Bureau E. et Hermann-Mesfen, J., 2014, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Revue internationale d'anthropologie de la santé*, 1-18.
- Buthion A., 2016, « Marché unique européen du numérique et politique française de santé », *Annales des Mines – Réalités industrielles*, 61-65.
- Campéon A., et al., 2012, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux » *Vie sociale*, 4, (4), 111-127.
- Cases A., 2017, « L'e-santé : l'empowerment du patient connecté », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, (4), 137-158.

- Coron G., 2017, « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, n°91-92, 213-235.
- Chirié V., 2017, « Apport des nouvelles technologies en résidence seniors : promesse et réalité ? », *Gérontologie et société*, vol. 39 / 152, (1), 221-235.
- Cytermann L., 2010, « Focus - Le rôle des départements en matière de prise en charge de la dépendance », *Informations sociales*, 162,130-133.
- Direction de l'animation direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2018, « Les services à la personne en 2016, l'activité se stabilise », *DARES et Résultats*, n°17.
- Decorme H. et al., 2016, « La Nouvelle Aquitaine à grand traits », *Insee analyses*, Institut national de la statistique et des études., n°36.
- Del Rio Carral M. et al., 2016, « Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de littérature », *Pratiques psychologiques*, 61-77.
- Devetter F., et al., 2017, « Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? » *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, février, 239-270.
- Dumas C., 2012, « Mobilité des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 35, 141, 63-76.
- Duthil G. 2007, « L'arrivée du privé dans la prise en charge des personnes âgées », *Gérontologie et société*,30, n° 123), 185-200.
- Ennuyer B., 2013, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et société*, 36,145, 25-35.
- Esterle L., et al., 2011, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, 63-79.
- Halley des Fontaines V. et Alla F., 2007, « Apprendre à décider : l'Evidence Based Public Health », *Santé Publique*, vol. 19,(hs), 135-137.
- Hawe P, Potvin L., 2009, "What is population health intervention research ?", *Canadian journal of public health*, 100, 8-14.
- Imbert F., 2010, « Qui sont les travailleurs sociaux : Sociologie des professions », *Les Cahiers Dynamiques*, 48,(3), 128-136.
- Jany-Catrice F. et Puissant E., 2010, « L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires : des politiques aux organisations », *La Revue de l'Ires*, 64,(1), 121-147.
- Le Bihan-Youinou B., 2013, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, vol. 36 / 145, (2), 13-24.

- Le Bihan-Youinou B., 2011, « La généralisation des « prestations monétaires » en Europe: Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ? », *Gérontologie et société*, 34, 138, 83-97.
- Mathieu-Fritz A., et al., 2012, « Télémédecine et gériatrie : La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria », *Gérontologie et société*, 3,141, 117-127.
- Perroy A-C., 2016, « La m-santé, à l'ère de la e-santé. Promesses, enjeux et responsabilité », *Annales pharmaceutiques françaises*, 74, 421-430.
- Pierru F., Rolland C., 2013, « Les ARS : agences ou services déconcentrés de l'État ? », *Revue générale de droit médical*, n° 46, 39-47.
- Raphael D., 2003, "Addressing the social determinants of health in Canada: Bridging the gap between research findings and public policy". *Policy options*, 35-40.
- Rengot N., 2015, « La Silver Économie : un nouveau modèle économique en plein essor », *Géoéconomie*, 43-54.
- Roquejoffre A., 2013, « La technologie face à la dépendance, espoirs et impasses », *Empan*, 91, (3), 22-29.
- Tarquinio C. et al., 2015, « Evaluating complex intervention : perspectives and issues for health behaviour change interventions », *Psychol Health*, 30, 35-51.

#### **Textes législatifs et réglementaires**

- Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux
- LOI no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Article L233-3 du Code de l'action sociale et des familles
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles
- loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires
- Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine
- Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement.



## **Rapports officiels**

- « La e-santé », Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, 2018.
- « Service public se réinventer pour mieux servir, nos 22 propositions pour changer le modèle », rapport du comité d'action publique 2022, 2018.
- « La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en question. Apports, limites et perspectives », rapport n°563 de l'IRDES, Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'IRDES, 2016.
- « La protection sociale en France et en Europe en 2014 – édition 2016 », DREES, 2016, 122-129.
- « La santé connectée, de la e-santé à la santé connectée », Conseil national de l'ordre des médecins, 2015.
- Rapport du groupe n°1 « Société et vieillissement » sur la prise en charge de la dépendance, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale 2011.
- « Pour une politique de prévention au service de l'autonomie », rapport de la Conférence Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2010.
- « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être », rapport Lasbordes, 2009, 37.
- « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé », Organisation mondiale de santé, 2008.
- « La prévention : définitions et comparaisons », Annexe n°1 du rapport Flajolet, Ministère des solidarités et de la santé, 2008.
- « Rapport annuel 2007 », Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2007.
- « WHIST : enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet », rapport de recherche Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2007.

## **Documents institutionnels**

### **Ministère :**

- Stratégie nationale de santé 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé, 2017.
- Stratégie nationale de e-santé 2020, Ministère des affaires sociales et de la santé, 4 juillet 2016.
- Feuille de route Silver économie , Ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère de l'économie et des finances, 12 décembre 2016.

### **ARS NA :**

- PRS 2018-2028 de l'ARS Nouvelle Aquitaine, 2018.
- Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 de l'ARS Nouvelle Aquitaine, 2018.
- Schéma régional de santé 2018-2023 de l'ARS Nouvelle Aquitaine, 2018.
- Rapport d'activité 2016, ARS Nouvelle Aquitaine, 2017.

#### **Conseil régional de Nouvelle Aquitaine :**

- « Sécuriser le présent et préparer l'avenir », Feuille de route santé du Conseil régional de Nouvelle Aquitaine, 2018-2021.
- Feuille de route Silver économie du Conseil régional de Nouvelle Aquitaine, 2018.

#### **Conseils départementaux de la région Nouvelle Aquitaine**

- Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des Conseils départementaux

#### **Contributions à des ouvrages collectifs**

- Alla, F., 2016, « La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? » in Santé Publique, vol. 28, (6), 717-720.
- François A., Kivits J., 2015, « La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social », Santé Publique, 27, 303-304.
- Gurruchaga M., 2015, « Les ARS à l'épreuve de la déssectorialisation de l'action publique », in Alam T., Gurruchaga M. (dir.), Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé, Paris, GRALE/L'Harmattan, p. 75-90.

#### **Webographie**

- <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-ce-quune-donnee-de-sante>
- <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perde-dautonomie/financement-des-prestations-concours-aux-departements/la-conference-des-financeurs-de-la-prevention-de-la-perde-dautonomie>
- <https://www.gouvernement.fr/action/action-publique-2022-pour-une-transformation-du-service-public>
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/domotique/264>
- [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/les-personnes-agees-veulent-veillir-a-domicile-06-04-2012-1449070\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/les-personnes-agees-veulent-veillir-a-domicile-06-04-2012-1449070_57.php)
- <https://www.mercator-publicitor.fr/lexique-marketing-definition-objets-connectes>
- <https://www.silvereco.fr/silver-economy>

- <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>
- <https://www.apmnews.com/depeche/116096/322921/revue-des-missions-des-ars-vers-un-renforcement-du-pilotage-du-champ-medico-social>

### **Autres**

- Dossier de presse « Feuille de route Grand Age et Autonomie », Ministère des Solidarités et de la Santé, 30 mai 2018.
- Article publié le 31/01/18 - 16h37 – HOSPIMEDIA : « La CNSA envisage la création d'un "centre de preuve" pour mesurer l'impact des actions de prévention », Agathe Moret, <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180131-politique-de-sante-la-cnsa-envisage-la-creation>
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS : Genève ; 1986.
- Mémoire du master PPASP d'Estelle Brémaud, promotion 2015-2016, Evaluation du projet PAERPA sur le territoire d'expérimentation de la ville de Bordeaux

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Liste des réunions ou évènements ayant fait l'objet d'observations**

**Annexe 2 : grille d'entretien usagers**

**Annexe 3 : grille d'entretien acteurs**

**Annexe 4 : grille d'entretien chercheur**

**Annexe 5 : grille d'entretien financeurs**

**Annexe 6 : Liste des entretiens réalisés**

**Annexe 7 : Organigramme de la direction de l'offre de soin et de l'autonomie de l'ARS NA**

**Annexe 8 : Schéma gérontopôle**

**Annexe 9 : Synthèse des propositions**

---

## Annexe 1 : Liste des réunions ou événements ayant fait l'objet d'observations

---

Intitulé de la réunion ou de l'évènement	Date
Comité de pilotage de la feuille de route Silver économie de la Région Nouvelle Aquitaine	24/04/2018
Congrès Longévitv	16/05/2018
Comité technique d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	15/05/2018
Visite du centre Corrèze téléassistance	04/06/2018
Conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	14/06/2018
Réunion ARS sur le gérontopôle	12/07/2018
Réunion entre le Conseil régional, l'ARS et un groupe privé	13/07/2018

---

## **Annexe 2 : Grille d'entretien représentant des usagers**

---

### **I. Présentation**

*Pouvez-vous vous présenter ? Qui, Quel métier,*

*Pouvez-vous présenter la structure que vous représentez ? Depuis quand la représentez-vous ? Quelles sont vos missions ?*

### **II. Point de vue des usagers sur les outils numériques en santé**

*Y-t-il des attentes des usagers sur les outils numériques ? Quelles sont-elles ?*

*Avez-vous des vigilances particulières sur le sujet ?*

### **III. Positionnement des pouvoirs publics**

*Connaissez-vous la politique des autorités (ARS/CD/CR) dans le déploiement de ces outils ? Qu'est-ce que l'ARS finance comme outils numériques ? Où promeut ?*

*Qu'attendez-vous des autorités dans ce domaine (Financement ? Suivi ? Organisation de débats publics ? Vigilance ?)*

### **IV. Suivi des projets financés**

*Avez-vous des retours des expériences menées ?*

*Pouvez-vous m'en citer une ?*

Si besoin s'appuyer sur un exemple (téléassistance à domicile ou domotique)

---

## **Annexe 3 : Grille d'entretien**

### **acteurs**

---

#### **I. Présentation**

*Pouvez-vous vous présenter ?*

*Quelle formation avez-vous ?*

*Quelles sont vos missions ?*

#### **II. Rôle structure dans le déploiement des outils numériques dans la prévention la perte de l'autonomie**

*Votre structure a-t-elle une expertise particulière sur la perte d'autonomie ? Une offre auprès des PA ?*

*Avez-vous des actions en lien avec des outils numériques en faveur des personnes âgées ? Quelles sont-elles ? Rencontrez-vous des difficultés particulières ?*

#### **III. Lien avec les institutions**

*Avez-vous des liens avec les différentes institutions publiques en charge de la santé ?*

*Quel lien avec la conférence des financeurs ?*

*Connaissez-vous leur stratégie de déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie ? Notamment à domicile ?*

*Connaissez-vous les actions qu'ils financent et leurs critères de sélection ?*

*Avez-vous des attentes de la part de ces institutions ?*

---

## **Annexe 4 : Grille d'entretien**

### **chercheur**

---

#### **I. Présentation**

*Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours ?*

*Quelles sont vos missions ?*

#### **II. Politiques de prévention et promotion de la santé**

*Quel regard vous portez sur la politique de prévention des pouvoirs publics ? Au niveau national, régional, local ?*

*Quels liens avez-vous avec eux ?*

*Avez-vous des attentes particulières concernant les pouvoirs publics ?*

#### **III. Déploiement des outils numériques dans la perte d'autonomie**

*Concernant la prévention de la perte d'autonomie, de nombreux outils numériques se développent et cherchent à trouver un marché. Les pouvoirs publics sont un peu démunis face à un champ nouveau où il existe peu de données probantes, quel rôle pour la recherche ? pour la formation ?*

*Comment la recherche peut fournir une aide à la décision ?*

*Comment évaluer ces actions ?*



---

## **Annexe 5 : Grille d'entretien**

### **financeurs**

---

#### **I. Présentation**

*Pouvez-vous vous présenter ?*

*Quelles sont vos missions ?*

#### **II. Rôle structure dans le déploiement des outils numériques dans la prévention la perte de l'autonomie**

*Votre structure possède elle une stratégie dans le domaine du numérique dans la prévention de la perte d'autonomie ? / Comment est-elle formalisée ? / Comment a-t-elle été élaborée ? / Quel est votre champ d'action ?*

*Est-elle partagée avec d'autres structures ? / Lesquelles ? / Sous quelles modalités ? / Quel lien avec la conférence des financeurs ?*

*Quels moyens engagez-vous dans ce domaine ?*

#### **III. Critères de sélection des projets financés (projets numériques)**

*Sur quels critères choisissez-vous les projets que vous financez ? / Avez-vous des documents de référence ? / Comment ces critères sont-ils sélectionnés ? Par qui ?*

*Prenez-vous en compte les possibilités de généralisation lors de la sélection des projets ?*

*Comment est pris en compte le critère d'équité (prévention ISS) ?*

#### **IV. Suivi des projets financés**

*Qui suit les projets financés par votre structure ? / Quelles sont les modalités de suivi (tableur, base de données, dossiers, réunions...)/*

*Avez-vous connaissance des projets financés par vos partenaires dans ce domaine ?*

*Comment (documents partagées, tableur, base de données, instances...)?*

*Les projets financés sont-ils évalués ? Par qui ? L'évaluation est-elle prévue dès l'initiation des projets ?*

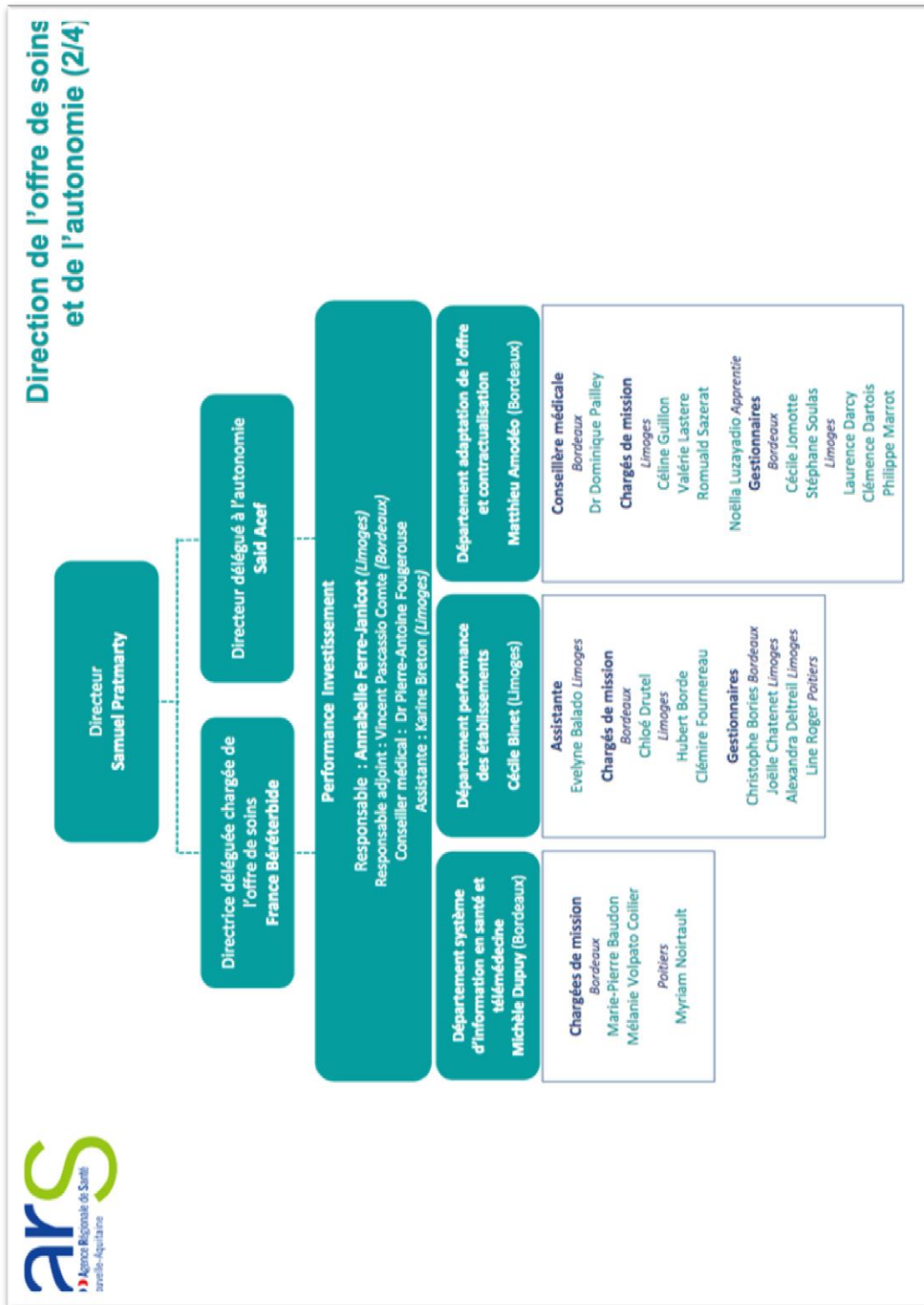
*Qui prend en compte cette évaluation dans votre structure ?*

*Quelles conséquences peuvent découler de cette évaluation ?*

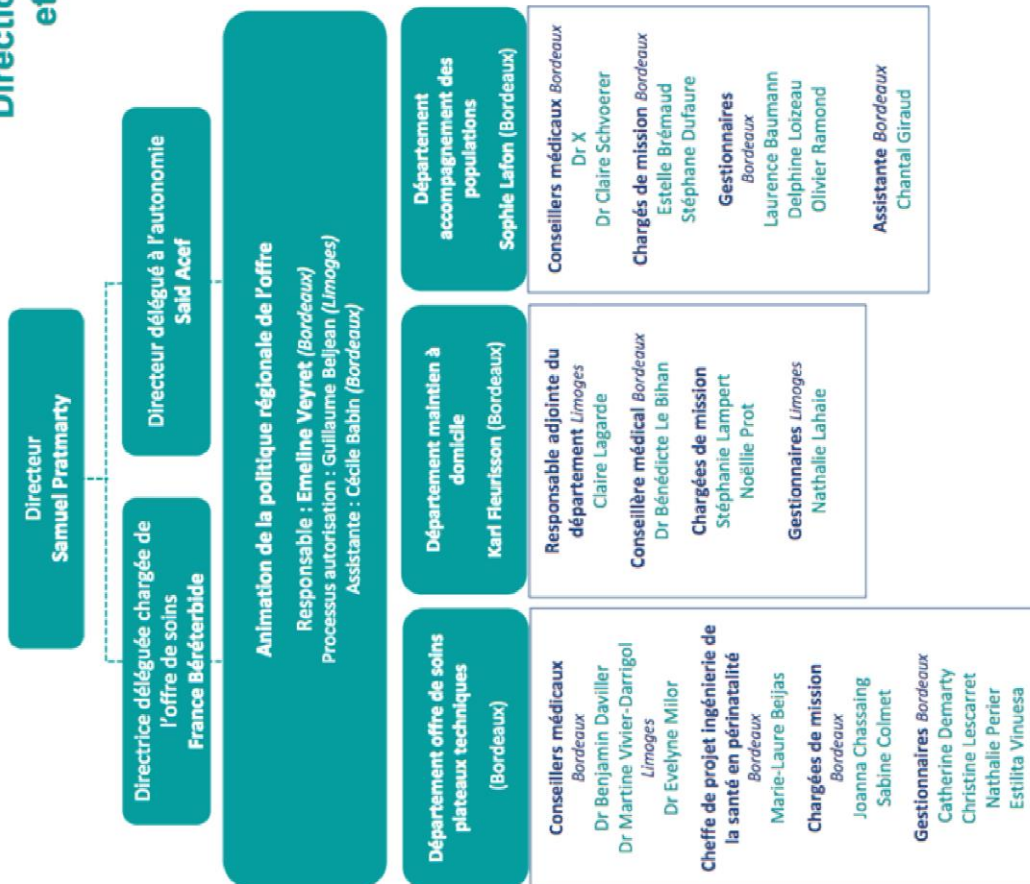
## Annexe 6 : Liste des entretiens

Personnes rencontrées	Date	Durée de l'entretien
Représentant des usagers	09/05/2018	108 mn
Directeur au sein d'un groupe industriel	16/05/2018	16 mn
Chargé de mission Conseil régional	18/05/2018	63 mn
Directrice d'un service de téléassistance	14/05/2018	75 min
Directeur de la solidarité d'un Conseil départemental	22/05/2018	73 mn
Directeur de la solidarité d'un Conseil départemental	23/05/2018	61 mn
Directeur d'une société de matériel médical	25/05/2018	125 mn
Responsable innovation chez un bailleur social	31/05/2018	93 mn
Directrice de l'action sociale d'une caisse de retraite	31/05/2018	75 mn
PU-PH de santé publique	01/06/2018	29 mn
Directeur d'un <i>living lab</i>	06/06/2018	45 mn
Vice-président en charge du numérique au sein d'un Conseil départemental	07/06/2018	46 mn
Responsable développement d'un groupe d'assurance	06/06/2018	40 mn
Chargée de mission en charge de l'animation d'une CDFPPA	26/06/2018	63 mn
Chargée de projet GIP ESEA	28/06/2018	20 mn
Directeur de l'autonomie en ARS	06/07/2018	48 mn
Directeur général en ARS	04/07/2018	33 mn
Ancienne ministre déléguée à l'autonomie	18/07/2018	45 mn
Chargée de mission autonomie en ARS	31/07/2018	25 mn
Chargée de mission télémédecine en ARS	02/08/2018	15 mn
Doctorante en droit de la santé	06/08/2018	82 mn
Chargée de mission CDFPPA en DD ARS	13/06/2018	22 mn

## Annexe 7 : Organigramme de la DOSA de l'ARS NA



## Direction de l'offre de soins et de l'autonomie (3/4)



## Annexe 8 : Synthèse des propositions pour l'ARS NA

<b>Proposition N°1</b> : Organiser conjointement (DD ARS / Conseil départemental / Conseil régional) des retours d'expérience sur les actions de prévention de la perte d'autonomie sur chaque territoire	
Objectifs	Améliorer la connaissance des actions menées
	Éviter les évènements doublons pour les acteurs
<b>Proposition N°2</b> : Organiser la mise en cohérence des CDFPPA au niveau régional en s'appuyant sur le DDT	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifier des thèmes stratégiques argumentés en s'appuyant sur les données de la recherche (avec Cassiopée prévention)</li> <li>➤ Mettre en place et utiliser un outil de référencement des projets partagé avec les autres institutions (OSCAR ou un autre si celui-là ne convient pas)</li> </ul>	
Objectifs	Améliorer la connaissance des projets financés et permettre le partage d'informations entre institutions ou services
	Améliorer la pertinence des programmes d'action coordonnés
	Permettre l'exploitation des données sur ces actions
<b>Proposition N°3</b> : Investir les outils numériques dans les politiques de maintien à domicile des personnes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Décider des orientations stratégiques collectivement au sein du comité de pilotage du Conseil régional.</li> <li>➤ Mettre en place des expérimentations interdépartementales avec un cahier des charges commun et en faire une évaluation en s'appuyant sur le futur gérontopôle ou la plateforme Cassiopée.</li> <li>➤ Éviter de multiplier les initiatives qui n'ont pas de modèle économique</li> </ul>	
Objectifs	Optimiser l'utilisation des financements publics
	Fédérer les institutions
<b>Proposition N°4</b> : Professionnaliser les interventions de prévention et promotion de la santé	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ S'appuyer sur l'ISPED afin de construire des formations courtes adaptées aux politiques, administratifs et opérateurs</li> </ul>	
Objectif	Monter collectivement en compétence sur les projets de prévention et promotion de la santé

TRON	Eléonore	20/08/2018
<b>Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Les outils numériques dans les politiques de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en Nouvelle Aquitaine</b>		
<b>Promotion 2017-2018</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>L'objectif de ce mémoire est d'analyser comment les pouvoirs publics se sont emparés de la question des outils numériques dans la prévention de la perte d'autonomie dans un objectif de maintien à domicile des personnes âgées. La méthode a consisté à l'analyse des documents institutionnels, à la conduite de vingt-deux entretiens semi-directifs auprès d'agents administratifs des différentes institutions, d'acteurs, de chercheurs et de représentant des usagers ainsi qu'à un travail observationnel de réunions stratégiques. Les résultats montrent que ce thème situé à la croisée des compétences santé de l'ARS, autonomie des Conseils départementaux et économie du Conseil régional est investi par chaque institution par le prisme de ses compétences et ne fait pas l'objet d'une stratégie partagée par les pouvoirs publics. Différents freins ont pu être identifiés : les enjeux politiques entre les institutions avec notamment le partage de la compétence autonomie entre l'ARS et les Conseils départementaux, le manque connaissances et de partage sur les projets soutenus par les différentes institutions, le manque d'expertise sur le sujet que ce soit en terme de pertinence ou d'évaluation, une perception négative des pouvoirs publics des entreprises privées et enfin une culture professionnelle des acteurs du domicile peu tournée vers les outils numériques. La place à accorder aux outils numériques au sein des politiques de prévention de la perte d'autonomie est à aborder collectivement par les pouvoirs publics afin d'éviter la dispersion des moyens et des actions et d'aboutir à une démarche cohérente au service de la plus-value qu'ils peuvent amener à nos aînés.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Personnes âgées, prévention, perte d'autonomie, outils numériques, collectivités territoriales, conférences départementales des financeurs de la perte d'autonomie.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		



