



HAL
open science

Les enjeux politiques et juridiques liés aux technologies pour l'autonomie sont-ils un obstacle pour leur diffusion ?

Lucas Perez

► To cite this version:

Lucas Perez. Les enjeux politiques et juridiques liés aux technologies pour l'autonomie sont-ils un obstacle pour leur diffusion ?. Science politique. 2013. dumas-00936731

HAL Id: dumas-00936731

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936731v1>

Submitted on 27 Jan 2014

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

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

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

En tant qu'œuvre originale, ce mémoire relève du droit de la propriété intellectuelle et vous pouvez uniquement en faire une reproduction à titre privé, sous réserve de la mention d'origine.

**LES ENJEUX POLITIQUES ET JURIDIQUES
LIES AUX TECHNOLOGIES POUR
L'AUTONOMIE SONT-ILS UN OBSTACLE A
LEUR DIFFUSION ?**

Perez Lucas

Master 2 « Politiques publiques de santé »

Sous la direction de Madame Benoît

2012-2013

**LES ENJEUX POLITIQUES ET JURIDIQUES
LIES AUX TECHNOLOGIES POUR
L'AUTONOMIE SONT-ILS UN OBSTACLE A
LEUR DIFFUSION ?**

Perez Lucas

Master 2 « Politiques publiques de santé »

Sous la direction de Madame Benoît

2012-2013

« *Les graines d'un vieillissement en bonne santé se sèment tôt* »

Kofi Annan, Extrait d'un discours du 27 septembre 2001, à

l'Assemblée mondiale sur le vieillissement

REMERCIEMENT

En préambule à ce mémoire, je tiens à remercier les personnes qui m'ont apporté leur concours, leur soutien et d'autres appuis nécessaires à ce travail.

J'aimerais tout d'abord remercier Madame Benoît pour sa disponibilité, sa gentillesse, son aide et ses précieux conseils apportés tout au long de l'élaboration du mémoire.

Je tiens également à remercier le Professeur Alain Franco, d'avoir accepté de se constituer jury de mon mémoire et de m'avoir fait partager ses idées et sa sympathie.

Enfin, mes remerciements et ma gratitude iront aux personnes qui ont accepté de répondre à mes questions en m'apportant leur avis critique. J'associe donc particulièrement mes remerciements à Robert Picard, référent santé au Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies, Nathalie Ferraud Ciandet, enseignant-chercheur à Grenoble Ecole de Management, Vincent Rialle, maître de conférence, praticien hospitalier au CHU de Grenoble et docteur ès sciences ainsi que Luigi Corrado, directeur des Services généraux de l'IMAD (Institution Genevoise de Maintien à Domicile) et président du groupe de travail sur les gérontechnologies conduit par la société Suisse de Gérontologie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p2
Partie 1 : Les enjeux pour les politiques publiques.....	p15
I – La question du remboursement des technologies pour l'autonomie par l'Assurance Maladie.....	p15
A – La question du remboursement sous le prisme de l'analyse juridique, institutionnelle et économique.....	p15
B – La question du remboursement sous le prisme de l'analyse politiste.....	p31
II – La place de l'échelon national et de l'échelon local dans la régulation de l'offre en technologie pour l'autonomie.....	p44
A – Le national et le marché.....	p45
B – Le local et le marché : l'exemple Isérois.....	p55
Partie 2 : La diffusion des technologies pour l'autonomie entre obstacles et enjeux juridiques.....	p62
I – Faut-il nécessairement définir un cadre juridique ?.....	p62
A – Une mise en jeu des responsabilités encore complexe.....	p63
B – Risques d'atteintes aux libertés publiques de la personne âgée.....	p71
II – Difficulté d'évaluation des technologies pour l'autonomie : Un obstacle à leur reconnaissance ?.....	p81
A – Absence d'un processus de labellisation (en terme de certification).....	p82
B – L'évaluation comme facteur de réussite économique.....	p93
CONCLUSION.....	p101
BIBLIOGRAPHIE.....	p107
ANNEXES.....	p116

Préambule

Le vieillissement dans son ensemble

Le vieillissement démographique, est un phénomène mondial ne touchant pas uniquement les pays européens comme il est fréquent d'entendre. Ce phénomène plus ou moins prononcé selon les pays dépend d'indicateur démographique tel que la variation de l'espérance de vie ou encore la variation du taux de fécondité. Pour exemple, un allongement de l'espérance de vie aura un impact sur la hausse du pourcentage de personne âgée dans la population totale caractérisant ainsi un phénomène de vieillissement démographique.

S'agissant plus particulièrement de la population française, le vieillissement présent et à venir semble être un défi majeur ne serait-ce que d'un point socio-économique en imaginant une inertie du régime global de financement des retraites basé sur la répartition. *Dès lors, devra t-on repenser notre régime de financement en introduisant un régime total ou partiel de financement des retraites basé sur la capitalisation ?*

D'un point de vu social, le vieillissement pose aussi la question de la dépendance qui inclut le besoin pour une personne âgée de recourir à l'aide d'un tiers afin de réaliser tous les actes de la vie quotidienne. Là aussi, le sujet fait l'objet de vives réflexions sur l'instauration ou non d'un risque dépendance comme cinquième « pilier » de la Sécurité sociale.

Une importante transformation structurelle de la population française par classe d'âge se profile donc, en raison notamment de la hausse significative des personnes âgées de 60 ans et plus.

L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) à travers la publication d'étude statistique indique que si les tendances démographiques d'aujourd'hui se poursuivent, alors d'ici 2060 se produira une hausse de 80 % des personnes âgées de 60 ans ou plus par rapport au cinquante dernières années¹. La hausse est encore plus significative s'agissant de la population des personnes âgées de 75 ans et plus et de la population de personnes âgées de 85 ans ou plus.

¹ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon in « Projection de la population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans », *Division enquêtes et études démographiques* de l'Insee.

Ainsi, une nouvelle transition démographique semble se préparer en France en raison d'une augmentation du nombre de personnes âgées résultant d'une baisse du taux mortalité et d'un allongement sans cesse croissant du niveau de vie². Certains parle même de gérontocroissance³ afin d'exprimer le phénomène d'augmentation du nombre de personnes âgées dans une population donnée. A cette transition démographique s'ajoute aussi une transition épidémiologique se traduisant principalement par une augmentation des maladies chroniques chez le sujet âgé.

Cette augmentation des maladies chroniques chez la personne âgée se couple aussi avec le développement de pathologies multiples⁴ nécessitant une prise en charge focalisée sur les besoins de chaque sujet âgé et donc sur les conséquences de sa maladie.

Cette logique visant à raisonner en terme de besoin du sujet âgé est d'ailleurs appelée par certains spécialistes, le paradigme fonctionnel⁵. Le paradigme fonctionnel n'est pas lié à la maladie mais aux conséquences de la maladie permettant in fine d'affiner les actions de lutte contre la perte d'autonomie de sujet âgé.

Le lien entre l'entrée en dépendance et le vieillissement sera toutefois à nuancer car comme le rappelle l'INSEE dans ses études, 28 % des personnes âgées de 80 ans et plus sont dans une situation de perte d'autonomie ce qui représente moins d'un tiers de cette population totale.

En sus de cette analyse, l'INSEE précise toutefois, qu'après 90 ans, une personne sur deux devient dépendante⁶. Cela étant dit, le phénomène de vieillissement n'est pas forcément lié à la dépendance. Certains courants de pensée⁷ vont même jusqu'à trancher avec cette idée reçue en développant un concept de vieillissement actif dans les sphères professionnelles, sociales et familiales révélant ainsi une amélioration des qualités de vie de la personne âgée qui désormais voit sa santé optimisée.

La promotion de ce concept a même été relayé au travers d'une année européenne du vieillissement actif et de la solidarité inter-générationnelle (2012).

2 France Meslé in « Allongement de la vie et évolution des pathologies », *Gérontologie et société* 1/2004 (n°108), p15-34.

3 Le terme a été inventé par l'économiste et démographe, Gérard-François Dumont.

4 On parlera dans ce cas de sujet âgé polypathologique.

5 Entretien n°3.

6 Annie Clerzau, Hélène Lapeyre, Jean-Marie Durville, Maurice Colliez in « L'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en terme de prise en charge et d'emploi », *Étude prospective s'étalant de 2010 à 2030* Insee.

7 « Manifeste pour une Union européenne de tous les âges » par les décideurs politiques et une coalition de parties prenantes de l'année européenne 2012 pour le vieillissement actif et la solidarité entre les générations.

Le vieillissement de la population est ainsi un concept à large spectre qui peut tenir compte d'indicateurs démographiques tel que les taux de natalité et de mortalité mais aussi d'indicateurs médicaux tel que la sénescence⁸ ou encore socio-économiques⁹.

La notion de vieillissement a d'ailleurs été définie initialement en 1928 par le démographe français Alfred Sauvy qui l'apparentait au pourcentage des plus de 60 ou 65 ans dans la population totale.

Un autre auteur, Bernard Ennuyer, reprend toutefois cette définition donnée par Sauvy en arguant qu'aucune modification de l'âge d'entrée dans le groupe des «personnes âgées» n'a changé depuis les années 1930 alors que l'espérance de vie a augmenté dans le même temps. Pour lui, l'idée d'un seuil ou d'un âge marquant l'entrée dans une phase de vieillissement est erronée.

Quoiqu'il en soit, la question de l'âge d'entrée dans la vieillesse se pose, et même si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'a fixé à 65 ans, des critiques peuvent être faites.

Selon de nombreuses études¹⁰, il n'existerait pas à proprement parler d'âge biologique réel chez l'humain. *Dès lors, peut-on analyser la problématique sous angle purement sociologique ?*

Une définition se basant sur une norme sociale comme par exemple l'âge de cessation d'activité est-elle vraiment pertinente ?

Ce critère d'âge donné par l'OMS ne pourrait-il pas être considéré comme de l'âgisme ?

Outre les discussions sur l'âge du vieillissement, d'autres réflexions portent sur la construction idéologique et politique du vieillissement en opposant un vieillissement physiologique ou individuel à un vieillissement démographique ou collectif. Le premier concept de vieillissement physiologique se rapporte aux processus physiologique et psychologique du corps humain alors que le second concept de vieillissement démographique se focalise sur l'étude d'une population dans son ensemble.

Toutefois, et bien que cette approche définitionnelle du vieillissement semble pertinente, la communauté scientifique ne semble pas s'accorder sur la validité du concept d'âge biologique, remettant ainsi en question le concept de vieillissement physiologique. Malgré la réalisation de tests physiologiques et psychométriques réalisés par la communauté scientifique aucun n'a permis de fixer précisément un âge fonctionnel voir biologique.

Les évolutions fonctionnelles d'un point de vue purement biologique peuvent donc varier considérablement d'un individu à un autre ce qui ne permet donc pas d'établir des critères précis et

8 Se caractérise comme le processus de vieillissement biologique.

9 La date de départ à la retraite peut être un indicateur socio-économique expliquant en partie les causes du vieillissement d'une population.

10 « Vieillesse et âge » in *Actualité et dossier en santé publique* n°21, décembre 1997, p4-11.

objectifs quant à l'appréciation globale du degré de vieillissement biologique d'une population ou d'un individu.

Ainsi, ne doit-on pas se tourner vers une analyse sociale de l'âge ?

Cette conception peut paraître plus objective en raison des représentations propres à chaque pays du cycle de vie¹¹.

Le cycle de vie se décomposant en trois temps (formation, travail, emploi) ne serait-il pas un indicateur sur l'âge du vieillissement ?

Selon certains auteurs tel que la sociologue française Anne-Marie Guillemard, une telle idée ne ferait qu'accentuer la segmentation par l'âge.

Cette dernière parle d'une « vieillesse qui définie dans le cadre du cycle de vie, serait le temps de l'inactivité pensionnée où l'on vit de transferts sociaux et où l'on est inexorablement mis à charge et en marge de la société. »

Par ailleurs, cet auteur préconise une véritable révolution culturelle, qui impliquerait vraisemblablement une redéfinition des représentations de la vieillesse.

La détermination d'un âge du vieillissement tournée vers une analyse sociale semble aussi présenter les mêmes difficultés que pour l'âge physiologique notamment en terme d'objectivité et de précision.

Enfin, et nous l'avons évoqué, un autre facteur pouvant influencer sur le vieillissement d'une population est l'augmentation de l'espérance de vie qui notons le, progresse dans les pays industrialisés et débute dans les pays en voie de développement, qui sont majoritairement les pays du sud.

Aujourd'hui, en France, l'espérance de vie moyenne est de 78,1 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes¹² alors qu'elle n'était que de 27 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes au milieu du XVIII^e siècle. Cet allongement s'explique notamment par des changements économiques, médicaux, culturels et sociaux mais aussi par des changements de comportements¹³.

Ainsi, il est inéluctable, que l'espérance de vie dans les pays industrialisés augmente et ne cesse d'augmenter faisant planer l'hypothèse qu'un jour, cette espérance de vie dépassera les 100 ans, mais nul n'est en mesure de dire à quelle échéance cela se produira.

11 Anne-Marie Guillemard in « Pourquoi l'âge est-il en France le premier facteur de discrimination dans l'emploi ? », La Documentation française, *Retraites et sociétés*, 2007, n°51, p11-25.

12 Etude de 2010, sur l'Espérance de vie et la mortalité, Insee.

13 Les changements de comportements pouvant expliquer l'allongement de l'espérance de vie peuvent s'expliquer entre autre par une amélioration de l'alimentation et une promotion de l'exercice physique dans les sociétés occidentales.

L'allongement de l'espérance de vie et donc « l'entrée facilitée » dans le 4e âge, augmente corrélativement la part de personne fragile atteinte de problème de santé spécifique¹⁴.

Problèmes de santé spécifiques s'accompagnant presque automatiquement d'une perte d'autonomie ou d'une situation de dépendance avérée.

Une nuance devra néanmoins être faite en raison du fait que l'espérance de vie en bonne santé et donc sans incapacité s'est perfectionnée au fil des années malgré quelques variances entre hommes et femmes. Ainsi, toute une réflexion qu'elle soit politique ou juridique semble nécessaire quant à l'accompagnement de personnes âgées dans les stades d'évolution de leur dépendance et accessoirement de leur maladie.

La notion de prévention relayée à travers notamment les politiques publiques de santé devra être traitée. Il s'agira de déterminer quelle politique d'action sera la plus pertinente dans la lutte contre la dépendance en orientant davantage le curseur vers un accompagnement de la personne âgée dépendante ou vers la mise en place de programmes de prévention visant à retarder la perte d'autonomie.

Viellissement / perte d'autonomie / dépendance

En somme, la dépendance revêt deux dimensions.

Une dimension médicale se caractérisant par la situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions ou effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne.

Une dimension sociale se matérialisant par la subordination d'une personne à une autre personne ou à un groupe.

L'autonomie, quant à elle se caractérise par la capacité à décider tout seul.

Ainsi, une personne peut être dépendante et autonome. L'individu aura éventuellement besoin d'une aide¹⁵ mais gardera sa capacité de choix.

La personne en perte d'autonomie n'aura alors plus la possibilité d'être clairvoyante dans ses choix. Mais là encore, la portée du terme « perte d'autonomie » peut être débattue en raison de son caractère multidimensionnel. La perte d'autonomie peut être physique, psychique ou intellectuelle nécessitant in fine un certain degré d'aide ou d'assistance quant à l'accomplissement des actes de la

14 Ainsi en t-il des maladies neurodégénératives.

15 Tel sera le cas d'un handicapé moteur ayant besoin d'aide pour se lever. Il pourra toutefois avoir toute sa capacité de choix.

vie courante.

La notion de dépendance peut aussi être confrontée à celle de fragilité à ceci près que cette dernière notion tend à se médicaliser. La notion de dépendance semble alors plus proche de la notion de précarité et de la notion de vulnérabilité relevant toutes deux du champ social.

Ainsi, la dépendance et la perte d'autonomie semblent être des termes imprécis et donc inadaptés. Dès lors, le concept de dépendance défini par les médecins comme l'incapacité à accomplir tout seul les principaux actes de la vie quotidienne, *ne doit-il pas être modifié dans sa forme ?*

Quoi qu'il en soit, l'utilisation du terme dépendance semble être supplanté par le qualificatif de perte d'autonomie fonctionnelle plus pertinent d'un point de vue gériatrique. Le terme paraît donc en adéquation avec la réalité d'une population de personne âgée vieillissant mal. Malgré tout, l'analyse de ce dernier terme peut être approfondie et même être discutée en raison du fait que le « fonctionnel » n'inclut pas le « décisionnel » démontrant ainsi le manque d'universalité de la notion. Une confusion semble alors exister entre la perte d'autonomie fonctionnelle et la perte d'autonomie décisionnelle et il serait intéressant de se demander si le consentement de la personne concernée quant à son choix de vie ne serait pas biaisé.

En d'autres termes, *ne faut-il pas renouveler la notion de « perte d'autonomie » par une autre ?*

La réponse à cette question semble venir de l'international, et plus précisément de pays comme la Suède et les Pays Bas. La Suède et les Pays-Bas où les termes de « besoin de soins » ou « prise en soins de longue durée » sont préférés et utilisés dans le cadre de l'allocation d'aide par des prestations en nature ou en argent.

Les pays anglo-saxons quant à eux utilisent la dénomination de « long term care » (for vulnerable elderly) affirmant bien la dichotomie entre la perte d'autonomie fonctionnelle et la perte d'autonomie décisionnelle.

En somme, et bien que le droit sache gérer les problématiques de perte d'autonomie décisionnelle en prévoyant dans les textes un régime juridique de protection des incapacités¹⁶ plus connu sous la forme des curatelles et tutelles, un lien évident existe entre vieillissement et incapacité à assumer seul les gestes de la vie quotidienne. La difficulté n'est donc pas tant le vieillissement mais bel et bien le fait que des personnes avançant dans l'âge développent des pathologies suscitant l'intervention d'un tiers pour les aider à effectuer les tâches de la vie quotidienne.

16 Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Enfin, et nous l'avons évoqué précédemment un lien peut être fait entre la dépendance des personnes âgées et l'augmentation de l'espérance de vie. En effet, la forte évolution démographique des personnes de plus de 90 ans pour lesquelles le risque dépendance s'accroît, pose de nombreuses problématiques.

Ainsi en est-il des problématiques en terme de structure d'accueil et de prise en charge qu'elle soit dispensée par les aidants naturels, en l'occurrence la famille ou par des professionnels du sanitaire ou du médico-social. La prise en charge des personnes âgées dépendantes passent aussi par des politiques publiques inhérentes à la santé et à la vieillesse. Les pouvoirs publics semblent alors avoir un rôle central dans la prise en charge de ces publics.

D'ailleurs, et si les prévisions démographiques se confirment en terme d'accroissement du nombre de personnes âgées, la puissance publique devra faire face aux conséquences économiques.

D'après les analystes, un dispositif de financement tel que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) va être confronté à des problèmes de répartition inégale entre le financement départemental et la solidarité nationale. Les conseils généraux versant cette aide ne pourront plus prendre en charge les futures et inévitables augmentations des volumes financiers requis¹⁷.

Néanmoins, ce qui peut sembler à l'heure actuelle une problématique peut aussi se révéler être à moyen, long terme une clé de la productivité.

Tel est le cas, des politiques d'innovation et de soutien à la recherche qui seront développées pour le soutien à domicile des personnes âgées. Ce champ d'action qui relève actuellement du Ministère de l'Economie et des Finances semble intéresser les industriels en raison non seulement de leur participation à des projets de recherche mais aussi à des retombées en terme de croissance et d'emploi. Ainsi, l'innovation pour le soutien à domicile et plus globalement le développement d'outils technologiques de compensation permettant à la personne âgée de rester incluse dans la société avec ou sans le soutien d'un aidant, semblent être des solutions relativement cohérente à ce risque dépendance.

Ces technologies pour l'autonomie des personnes âgées, plus communément appelées gérontechnologies paraissent à premier abord salutaires. La plupart d'entre elles ont pour vocation de maintenir l'autonomie du sujet âgé en favorisant sa santé et son bien-être (OMS).

Nonobstant le rôle d'assistance et de compensation qu'offrent ces technologies, il est fort à parier que l'intégration de ces technologies dans le quotidien de cette population puissent poser des

17 Entretien d'Olivier Ferrand in « Comment financer la dépendance ? » *Politiques sociales-protection sociale, retraite*, La documentation Française, 2010. Comme le souligne Olivier Ferrand, « Aujourd'hui le financement de l'APA provient à 72 % des conseils généraux et à 28 % de la solidarité nationale via la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les conseils généraux ne pourront plus assumer cette charge. ».

contraintes en terme d'utilisation et d'acceptabilité.

Ainsi, et depuis le début des années 2000, la France connaît un phénomène d'émergence des technologies pour l'autonomie des personnes âgées. Ces technologies appelées couramment gérontechnologies, regroupent différents systèmes techniques et solutions d'aide à la personne âgée et/ou à son aidant dans la réalisation des activités normales de la vie quotidienne. La priorité de ces technologies est de permettre à ce public de maintenir leur autonomie ou encore de compenser des déficiences fonctionnelles. Ainsi l'accent est mis sur la sécurité et l'autonomie des personnes âgées mais pas seulement car la notion de confort doit aussi être intégré dans ces nouveaux dispositifs. Cela étant, il n'existe à ce jour aucun financement public pour l'ensemble de ces technologies.

Définition des termes principaux

Le secteur de la santé qui représente 11,65 % de l'activité économique française (PIB)¹⁸ semble connaître depuis plus d'une décennie une modification structurelle en raison du développement des technologies de l'information et de la télécommunication (TIC) dont l'exemple le plus célèbre est internet. Ce développement des TIC s'inscrit dans un mouvement de rationalisation qui semblerait offrir de réelles opportunités face aux défis de demain que représentera notamment le vieillissement de la population. *Toutefois qu'est ce que les TIC ?*

Les TIC si tant est qu'on puisse les définir, englobent un ensemble de techniques utilisées pour traiter, modifier, et échanger de l'information et plus spécifiquement des données numérisées.

Ces technologies se subdivisent et s'apparentent à plusieurs secteurs tel que celui de l'informatique ou encore celui des télécommunications dont l'application la plus connue est le téléphone.

Ces technologies ne doivent toutefois pas être considérées comme une fin en soi mais davantage comme un moyen d'améliorer l'efficacité de la communication, dans une perspective d'assistance et de maintien à l'autonomie des personnes âgées. Ainsi en est-il, un dispositif technologique de communication visiophonique présentera un intérêt tant médical que social en permettant d'agir en cas d'alerte ou tout simplement en cas d'angoisse ou d'ennui de la personne âgée dans une optique de lutte contre l'isolement social.

18 « Comptes nationaux de la santé pour la France », *Etude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* (DREES), 2010.

Dès lors, peut on dire que les technologies pour l'autonomie relèvent des TIC ou doit on dire que les TIC font parties des technologies pour l'autonomie ?

A cette question, et d'après les propos recueillis auprès de Robert Picard, référent santé au Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGIET)¹⁹, les technologies pour l'autonomie (TPA) ont une dimension plus large que les TIC et englobent de l'électronique, des capteurs, des caméras miniatures et vraisemblablement dans un avenir proche des nanomoteurs voire même des nanotubes directement incorporés dans le corps humain²⁰.

En somme, les TIC sont un sous ensemble rattaché à un ensemble général, celui de la gérontechnologie qui s'appuie sur ces technologies et ces techniques pour transmettre, émettre, recevoir des informations tel que l'image, des signes, voire du son.

D'autre part, et pour mieux appréhender la notion de gérontechnologie, intéressons nous dès à présent à son histoire et à son étymologie.

S'agissant de son origine, le concept et la notion elle même de gérontechnologie ont été utilisé en 1989 pour la première fois à l'Université des technologies d'Eindhoven aux Pays-Bas (Eindhoven University of Technology)²¹.

Pour ce qui dès à présent de son étymologie, le terme de gérontechnologie s'insère dans le champ de deux disciplines que sont la gérontologie et la technologie. L'une s'attache aux sciences du vieillissement incluant la médecine ou encore la sociologie et l'autre relève d'avantage de la recherche et de la conception de produit et de service innovant relevant de champs divers. (mécanique, électrique, technologie de l'information et de la communication)²².

Bien que cette notion de gérontechnologie se conçoive comme une discipline à part entière, œuvrant pour l'assistance et l'aide à l'autonomie des personnes âgées, la notion peut être contestée en raison de sa portée. Le terme de gérontechnologie pourrait à première vue paraître stigmatisant et être considéré comme une discipline s'attachant à la recherche et à la conception de « technologies pour vieille personne ». A cette connotation qui peut paraître péjorative s'ajoute aussi une imprécision du terme qui ne renseigne pas sur la finalité de ces technologies. Le terme de TPA paraît dès lors plus adapté et plus clair sur le dessein de ces technologies.

19 Le CGIET est placé sous l'autorité directe du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie.

20 Via des capteurs microscopiques insérés dans le sang permettant de mesurer en permanence ses fonctions biologiques.

21 Cf :Graafmans, J.A.M., Brouwers, A. (1989) « Gerontechnology, the modelling of normal aging ». In *proceedings of the 33rd Annual Meeting of the Human Factors Society* (pp 187-190).

22 Entretien n°2.

Ajoutons enfin que les gérontechnologies ou TPA sont pluridisciplinaires et peuvent dès lors se classer selon différentes thématiques :

- Les transferts, la mobilité (dans une acception plus large)
- La sécurisation de l'environnement
- La communication
- Prévenir et détecter les chutes
- Suivi de sa santé
- Allègement de la charge de travail des aidants
- Le divertissement

A titre d'exemple, un dispositif technologique de vidéo surveillance du nom d'EDAO est commercialisé par la société Link Care, un des acteurs du marché français des gérontechnologies. Ce dispositif se basant sur des capteurs performants permet de veiller sur la personne en perte d'autonomie²³. Dès lors, cette technologie semble intéressante et recouper tant la thématique de sécurisation de l'environnement, que celle de détection des chutes et celle de l'allègement de la charge de travail des aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels. Les caméras du dispositif reliées à un serveur d'analyse et permettant de détecter tout comportement anormal de la personne âgée surveillée, montre aussi toute l'importance des TIC s'appuyant sur le réseau internet pour transmettre et recevoir des informations sur l'état de la personne âgée « observée ». Cela dit, et nous y reviendrons ultérieurement, ce type de technologie d'assistance et de surveillance peut conduire à des dérives juridiques et éthiques dans l'hypothèse où les données échangées seraient détournées à des fins d'utilisation commerciale par des entreprises peu scrupuleuses. D'où l'utilité, nous le verrons ultérieurement d'un renforcement des législations en la matière voire de la mise en place d'un guide éthique.

Ainsi, la multitude de thématiques proposées par la discipline des gérontechnologies révèle toute la complexité et la multiplicité de besoins que présente la personne âgée avec comme nuance le fait que certaines thématiques comme celle du divertissement peuvent ne présenter aucune utilité d'ordre médicale ou sociale.

Ainsi, l'aspect mercantiliste de ces technologies peut être souligné et semblerait s'inscrire dans un contexte économique et industriel relativement nouveau que l'on nomme la « silver economy ». Cette filière regroupant tous les biens et services liés au vieillissement de la population s'avère être selon les experts en économie de la santé un vecteur considérable d'emploi et a fortiori de

23 Ainsi en est-il des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à domicile ou en institution.

croissance. Le marché global de cette économie pèserait en France pour l'année 2013, 92 milliards d'euros²⁴. Une prévision à 130 milliards d'euros est donnée pour 2020 (+ 42%) démontrant ainsi toute la potentialité de ce marché en précisant cependant que beaucoup d'entreprises s'engouffrant dans la brèche connaissent des échecs en raison du manque de financements (public et privé), et de l'inadéquation de leur produit ou de leur service aux besoins des personnes âgées²⁵.

Problématiques

Le contexte général ayant été posé, sur quels aspects allons nous nous centrer tout au long de ce mémoire ? Le cœur de ce travail portera sur l'analyse des enjeux politiques et juridiques pouvant expliquer le ralentissement voire l'inertie quant à la diffusion des TPA à destination d'usager résidant à domicile ou en institution. Dès lors, quels sont les facteurs explicatifs de ces obstacles ? Relèvent-ils plutôt des institutions que des législations ?

Le questionnement de ce mémoire suit comme axe celui de la dialectique vieillissement-autonomie-technologie et celle ayant trait aux moyens politiques et juridiques pouvant être mis en œuvre. Pour ce faire, j'ai décidé d'adopter un raisonnement hypothético-déductif²⁶ pour mieux appréhender les entraves actuelles quant à la diffusion de ces technologies. Ce mode de raisonnement basé sur l'hypothèse me paraît dès lors intéressant en raison du fait que la compréhension des enjeux politiques et juridiques dépend d'une vision prospective bousculant les schémas actuels en terme d'institution, de volonté politique, de législation et d'éthique.

A travers ces questionnements posés par les enjeux politiques et juridiques quant à la diffusion des TPA, des réflexions plus profondes semblent se poser sur l'intérêt qu'auraient les pouvoirs publics à mener une politique de santé basée sur la prévention de la dépendance et sur la compensation de la perte d'autonomie aux seules personnes âgées.

De plus, et en lien avec cette réflexion, des interrogations subsistent aussi sur l'éventuelle mise en place d'un processus de prise en charge institutionnelle de ces technologies. Toutefois, et le vieillissement n'ayant aucune caractéristique pathologique, il paraît alors difficile que la dépendance soit remboursée au même titre que la maladie. C'est pourquoi, nous nous interrogerons ultérieurement sur la possible assimilation de la notion de dépendance à celle du risque maladie.

24 Étude réalisée pour le site internet www.LeMarchédesSenior.com.

25 Entretien n°9.

26 Capacité à déduire des conclusions à partir d'une hypothèse donnée.

Le débat peut même s'étendre à des considérations philosophiques en s'interrogeant sur le nécessaire maintien à l'autonomie de personne âgée dépendante par ces technologies et en se demandant si la société doit réellement assumer cette prise en charge.

Autrement dit, doit-on rembourser des technologies compensant la perte d'autonomie de personne âgée dépendante revenant donc à agir contre les effets inéluctables du vieillissement humain ?

Ou doit-on au contraire n'exercer aucune influence technologique sur les capacités physiques liées à la sénescence ?

La compensation de la perte d'autonomie, on l'évoquera ultérieurement semble acceptée de tous alors que l'augmentation des capacités de l'humain vieillissant semble faire l'objet de réticence.

Ensuite et outre l'intérêt pour les pouvoirs publics de rembourser de telles technologies, l'intérêt pour l'utilisateur devra aussi être analysé. Des questions d'ordre économique et juridique seront soulevées dans la perspective où sera mis en place un processus d'évaluation de ces technologies. Ainsi, les gains qu'apporteront ces technologies devront être démontrés afin vraisemblablement de faciliter leur remboursement tant au niveau national qu'au niveau local, ne serait-ce que par un financement.

L'utilité auprès du public ciblé mais aussi l'efficacité des produits ou services proposés devront nécessairement être étudiés et démontrés pour in fine comprendre dans quel modèle économique ces technologies s'insèrent afin de comprendre quel mode de régulation sera mis en place.

Annonce du plan

Le déroulement de ce mémoire se fera de la manière suivante. Dans un premier temps, il conviendra de s'interroger sur les enjeux politiques de ces technologies. Notamment sur la place et l'action du politique quant à une régulation de l'offre en technologie pour l'autonomie notamment à travers un processus de remboursement opéré soit à l'échelon national, soit à l'échelon local.

A contrario d'une prise en charge par l'action publique exercée nationalement ou localement, l'hypothèse d'une régulation par le marché sera envisagée. Cette hypothèse imaginera une régulation par le marché qui sera toutefois suivi d'un financement public après que le prix du produit ou du service eut été déterminé.

Dans un second temps, nous entrerons dans une autre partie de l'analyse, en nous interrogeant sur le régime de responsabilité peu protecteur des TPA à l'égard de l'utilisateur ou de toute personne ayant subi un préjudice et réclamant réparation. A cette analyse s'ajouteront aussi des réflexions sur la qualification ou non de ces technologies en dispositif médical ce qui vraisemblablement influera sur leur régime de responsabilité mais aussi sur la mise en place d'un processus de certification plus poussé facilitant la mise en confiance du consommateur-utilisateur.

Le rôle de l'UE et sa réglementation en la matière seront aussi évoqués. De plus, une attention toute particulière sera accordée au processus d'évaluation des TPA en terme de service rendu tant pour l'utilisateur, que pour le fabricant et l'économie nationale.

A titre de conclusion, nous exposerons quelques exemples de projets en rapport avec les TPA afin de réfléchir sur les alternatives que ces dernières apporteraient face à l'inexorable placement en institution, qui à l'heure d'aujourd'hui reste coûteux pour la personne âgée elle-même, et sa famille.

Partie 1 : Les enjeux pour les politiques publiques

I – La question du remboursement des TPA par l'Assurance Maladie

La réflexion sur la question du remboursement des TPA non considérées comme des dispositifs médicaux à l'heure actuelle semble soulever plusieurs problématiques dont celle du rapport coût / économie qui n'a toujours pas été démontré. De plus, la question du remboursement des TPA interroge aussi sur la notion d'autonomie et de dépendance envisagée ou non comme une maladie. A l'heure actuelle, l'Assurance Maladie prend en charge des dispositifs médicaux en raison d'une pathologie donnée ²⁷.

A – La question du remboursement sous le prisme de l'analyse juridique, institutionnelle et économique

1) Qu'est ce qu'un dispositif médical ?

- Définition

La notion de dispositif médical (DM) est définie par le code de santé publique (CSP) en son article L5211-1 comme « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs (DMIA). ».

²⁷ Les produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie s'inscrivent dans la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPPR). Ainsi en t-il des dispositifs médicaux pour traitement, matériels d'aide à la vie, dispositifs médicaux implantables et véhicules pour handicapé physique.

Le DM est donc tout instrument, appareil ou encore équipement utilisé seul ou en association et destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme aux fins de diagnostic, de **prévention**, de traitement mais aussi à des fins de **compensation** d'un handicap pour ce qui pourrait concerner une TPA.

Il existe donc plusieurs catégories de DM s'inscrivant dans un cadre légal défini par différentes directives telle que la directive européenne de 1993²⁸ visant à harmoniser les conditions de circulation, de mise sur le marché et de mise en service des dispositifs médicaux dans l'ensemble du marché intérieur. Cette directive vise les DM et ses accessoires tel que les DM destinés à la compensation du handicap à l'exception de l'ensemble des aides techniques permettant l'accès à certaines activités de la vie courante comme le téléphone ou encore l'ordinateur.

Le propos sera toutefois à nuancer en raison du fait que les aides techniques soient déjà des dispositifs médicaux, en ce qu'elles peuvent mettre en péril la vie des individus²⁹. Cette discussion entre aide technique et dispositif médical fait d'ailleurs l'objet de nombreuses discussions. Ainsi en est-il, l'exemple type de DM destiné à la compensation du handicap est le fauteuil roulant. Ce même fauteuil roulant est à la fois un dispositif médical et une aide technique.

Ainsi, ces DM destinés à la compensation du handicap semblent se rapprocher des TPA à destination des personnes âgées souffrant d'un handicap fonctionnel.

La notion de handicap et de dépendance sont proches et la finalité des dispositifs techniques et technologiques de compensation du handicap ou de la dépendance reste la préservation d'une certaine autonomie fonctionnelle. D'ailleurs, la notion de dépendance s'applique tant à la personne âgée qu'à la personne en situation de handicap. Toutes deux ont besoin d'une prise en charge par une tierce personne afin de compenser leur manque d'autonomie. Ainsi en est-il, la personne âgée dépendante tout comme la personne handicapée peuvent rencontrer les mêmes difficultés en terme d'accessibilité à son environnement de vie ou à l'intérieur de son habitat³⁰.

28 Directive 93/42/CEE du Conseil des communautés européennes, du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux.

29 Entretien n° 7.

30 Entretien n°5.

De plus, et pour bien délimiter la frontière entre le handicap et la perte d'autonomie, la loi du 11 février 2005 sur le handicap³¹ vient définir la notion en son article 114 comme :

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

Par cette définition et aux vues du mot « substantielle » *ne doit on pas en déduire une certaine gravité de l'altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques de la personne handicapée ?* Bien que la notion de dépendance due au vieillissement du corps résulte aussi d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif, et nécessite donc l'aide d'une tierce personne, le niveau de gravité quant à la situation de dépendance de la personne âgée semble inférieur à celui de la personne handicapée qu'elle soit âgée ou non.

A titre d'exemple, la personne âgée de plus 60 ans et handicapée c'est à dire celle ayant eu un handicap avant cet âge est à distinguer de la personne âgée en perte d'autonomie ou dépendante dont les besoins et les attentes sont différents. Ce raisonnement introduit alors la notion d'aide technique destinée à l'origine à la personne âgée handicapée et qui vise alors la palliation ou à la compensation de son handicap.

- Aide technique : Un champ d'application restreint au handicap ?

Cette aide technique définie par l'article D245-10 du code de l'action sociale et des familles (CASF) s'apparente à « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour **compenser** une limitation d'activité rencontrée par une personne **du fait de son handicap**, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel. ».

L'aide technique tout comme le DM est donc un terme juridique qui semble toutefois s'adresser exclusivement aux personnes handicapées. Ces outils que sont les aides techniques visent à la compensation du handicap et il est possible que des personnes âgées se trouvent en situation de handicap. Les aides techniques semblent donc être reconnues de fait comme des DM³² en raison de l'utilisation généralisée qu'en font les personnes âgées non handicapées. Ainsi en est-il d'une personne âgée utilisant un fauteuil roulant en raison de sa mobilité réduite causée par une perte d'autonomie progressive.

31 Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

32 Entretien n°7.

Les aides techniques semblent présenter des points communs avec les TPA en raison du fait qu'elles ont toute deux comme objectif d'assister des personnes en situation de décompensation physique, autrement dit des personnes âgées et/ou handicapées.

L'aide technique qu'est le fauteuil roulant qu'il soit manuel ou électrique permet une prise en charge de l'individu afin de compenser son handicap fonctionnel.

La TPA quant à elle peut aussi permettre cette prise en charge de la personne âgée handicapée à travers par exemple de la robotique d'assistance et de compensation³³.

Les TPA ont toutefois comme particularité d'avoir un rôle de prévention quant à la perte d'autonomie fonctionnelle. Ainsi en est-il des programmes de nutrition ou de divertissement permettant dans ce dernier cas une activité physique qui indirectement permettrait de réduire le risque de chute pouvant provoquer une perte d'autonomie fonctionnelle conduisant la plupart du temps au décès de la personne âgée³⁴. La chute est d'ailleurs un vrai problème de santé publique, puisque les chutes sont la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans³⁵.

La promotion d'une meilleure nutrition ou d'une meilleure activité physique permettrait d'optimiser la prévention d'un risque de chute selon certains auteurs. Ainsi en est-il du professeur Franco qui nous dit que la prévention des chutes ne doit pas se limiter à de l'information ou à des dispositifs technologiques s'appuyant sur des capteurs de chute par exemple.

La prévention se fait bien plus tôt dans la vie de l'individu, avant même qu'il soit «âgé» et dépendant. L'exemple en la matière du Professeur Franco a été d'ailleurs de dire qu'une personne qui n'aurait pas une alimentation saine et adaptée à son état de santé aurait plus de chance d'être fragilisée par une chute que celle ayant suivi un programme de nutrition adapté.

En somme, et nous le redisons, les TPA peuvent être assimilées à des aides techniques en raison du fait qu'elles compensent totalement ou partiellement la limitation d'activité d'un individu en fonction de son handicap. La population de personne âgée handicapée peut donc être destinataire de ces

33 Ainsi en est-il de dispositif de robotique d'assistance au déplacement. Pour exemple, il existe des exosquelettes d'une vingtaine de kilos capables de soulever dix fois leur masse de départ. Ces dispositifs d'assistances intégrant d'ailleurs des micromoteurs enregistrent d'infimes impulsions musculaires qui anticipent les mouvements de la marche via des capteurs intégrés sur la peau. Ce dispositif d'assistance peut permettre entre autre à la personne âgée dépendante de réaliser des transferts en toute facilité, voire même d'aider à sa rééducation après une sortie d'hôpital.

34 Entretien n°4.

35 Annuellement, un peu plus de 9 000 décès de personnes âgées de 65 ans et plus peuvent être associés à une chute. Source : Recommandation relative à la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée éditée par la HAS en novembre 2005.

aides techniques. Cela étant dit, et pour se recentrer sur les TPA toute thématique confondue, il est à noter qu'aucune d'entre elles ne soient qualifiées juridiquement de DM à l'heure actuelle³⁶.

Ce processus de qualification juridique d'une technologie en DM est toutefois primordial quant à une éventuelle prise en charge par l'Assurance Maladie.

2) La non qualification juridique d'une TPA en DM : un obstacle dans la prise en charge par l'Assurance Maladie

Le remboursement par l'Assurance Maladie d'une technologie de santé semble conditionner sa diffusion sur le marché. D'ailleurs, pour qu'un instrument, un appareil, un équipement ou un produit soit remboursé, il est nécessaire qu'il soit qualifié de dispositif médical. Cette qualification juridique octroyée par la haute autorité de santé (HAS) via un laboratoire externe est alors gage de sécurité, de performance, de bénéfice clinique stratégique et thérapeutique mais permet surtout d'obtenir une tarification dans l'optique d'un remboursement de cette technologie. Ainsi, une brève présentation du processus de qualification juridique d'une technologie en DM sera alors nécessaire en envisageant l'hypothèse où la technologie serait remboursée et l'hypothèse où elle ne le serait pas. Ces hypothèses, nous le verrons permettront de dégager les premiers obstacles potentiels quant à la diffusion de TPA. A ces premiers obstacles s'ajouteront aussi des réflexions politiques venant ou non justifier la nécessité d'un remboursement.

- Processus de qualification juridique d'une technologie en DM

- Hypothèse où certaines de ces technologies seraient remboursées

La possibilité du remboursement d'un dispositif médical à usage individuel ou à des fins de compensation du handicap, est soumis à de nombreuses contraintes allant de la difficile obtention du marquage CE par le fabricant dudit produit jusqu'à la fixation d'un tarif de remboursement ou à un prix limite de vente par le comité économique des produits de santé (CEPS).

Ainsi, et si le fabricant d'une TPA décide de diffuser son produit, il devra dans un premier temps procéder à des essais cliniques avant d'effectuer des évaluations complémentaires auprès d'organismes notifiés qui accorderont ou non le marquage CE du produit.

36 Entretiens n°3 et n°10.

Les évaluations après dépôts des dossiers de demande sont alors faites par deux grands organismes que sont la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé³⁷(CNEDIMTS) et le CEPS.

La CNEDIMTS a notamment un rôle d'expert et sera chargé d'évaluer l'intérêt clinique³⁸ du produit. Le CEPS quant à lui sera chargé de la partie tarification en fixant un tarif de remboursement avec les fabricants.

La finalisation du processus se fera par le ministre chargé de la santé et des affaires sociales qui rendra la décision du remboursement par l'Assurance Maladie. Le produit qualifié désormais de dispositif médical remboursable figurera alors sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPPR).

A la vue de ce processus, il est aussi à noter une procédure d'évaluation et de tarification qui peut s'avérer longue dans le temps. Cette procédure quoique longue à quand même pour finalité d'évaluer la sécurité et la performance du produit afin de mesurer son intérêt clinique.

Ainsi en est-il de l'intérêt clinique que pourrait présenter un système de télé-service incorporant un téléphone afin de soutenir les aidants familiaux d'un individu atteint de la maladie d'Alzheimer³⁹.

L'évaluation par la CNEDIMTS de l'intérêt clinique voire même des effets cliniques d'une TPA peut alors faire l'objet d'une réflexion. Une discussion pourrait dès lors porter sur les critères de service attendu (SA) et les critères d'amélioration du service attendue⁴⁰ (ASA) déterminant le processus d'évaluation mené par la CNEDIMTS au travers de l'avis qu'elle rend au fabricant ou au distributeur après que ce dernier ait déposé un dossier d'admission au remboursement de son DM.

L'évaluation du service attendu est dès lors fondée sur les critères suivant :

- Le rapport bénéfice / risque
- La place du dispositif dans la stratégie thérapeutique
- Son intérêt de santé publique

37 Cette commission spécialisée de la HAS a une compétence en terme d'évaluation dans l'optique d'une éventuelle prise en charge d'un produit ou d'une prestation par l'Assurance Maladie.

38 L'intérêt clinique s'inscrit dans une démarche d'observation de la manifestation objective de la pathologie.

39 Source : Rapport de Vincent Rialle sur les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille, remis en 2005 au Ministère de la Santé et du Travail et publié en 2007.

40 L'amélioration du service attendu est la mesure du progrès apporté par rapport au traitement de référence.

S'agissant du rapport bénéfice / risque appliqué à la gérontechnologie en tant que discipline ou sur les gérontechnologies en tant que technologie à part entière, aucune étude sérieuse n'a été réalisée à ce jour⁴¹.

Pour ce qui est de la place d'une TPA dans une stratégie thérapeutique, le concept de gérontechnologie semble en adéquation avec ce critère en raison du fait qu'elle tend à favoriser la santé telle que définie par l'OMS⁴².

Néanmoins la définition de la place d'une TPA dans une stratégie thérapeutique déterminée dépendra de chaque technologie et donc de sa spécificité et de ses finalités.

Ainsi en est-il, des lecteurs de glycémie connectés à des smartphones et fonctionnant via des applications téléchargeables. Le laboratoire Sanofi-Aventis est à l'origine de ce premier lecteur de glycémie utilisable sur smartphone⁴³. Pour cet exemple, nous pourrions imaginer que l'intérêt de santé publique serait un dépistage généralisé du diabète permettant d'identifier une population à risque de diabète, en l'occurrence la population âgée de 65 ans et plus.

Suite à cette étape et si le SA ou le service rendu (SR) est jugé suffisant, le produit sera alors inscrit sur la liste des produits remboursables. L'avis de la CNEDIMTS pourra néanmoins être complété d'une recommandation en terme de prescription et d'utilisation ou par une demande d'étude post-inscription. Cette demande d'étude post-inscription tend à justifier le maintien du remboursement du produit à condition qu'une nouvelle évaluation sur l'efficacité du produit ou de la prestation soit réalisée⁴⁴.

Cette demande d'étude post-inscription permet alors à la CNEDIMTS d'opérer une réévaluation du DM en précisant les éventuelles données cliniques spécifiques attendues.

Cela peut alors être une opportunité pour l'industriel commercialisant le produit, qui pourra redéfinir sa stratégie actuelle. Autrement dit, l'évaluation clinique opérée par la commission peut alors pousser l'industriel à optimiser son produit afin de maintenir ou d'améliorer le service rendu par le DM.

41 Entretiens n°6 et n°7.

42 Source OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, les TPA n'ayant pas forcément une finalité thérapeutique, ces technologies sembleraient répondre à la définition susmentionnée.

43 En l'occurrence un Iphone.

44 Dans ce cas, l'inscription sera faite pour une durée maximum de 5 ans.

- Hypothèse où certaines de ces technologies ne seraient pas remboursées

La seconde hypothèse, plutôt pessimiste viserait le cas où la HAS estimerait que la technologie soumise à évaluation ne pourrait être remboursée.

On l'a dit, la commission spécialisée de la HAS appelée CNEDIMTS émet un avis en fonction de critère de SA, et d'ASA qui sont tous deux définis réglementairement.

A ce stade et si la commission estime que le SA du produit est insuffisant, l'inscription sur la liste des produits remboursables sera interrompue et le produit ne pourra faire l'objet d'un remboursement.

Ainsi, le jugement de la CNEDIMTS à travers l'évaluation du SA ou de l'ASA peut représenter un obstacle quant à la bonne diffusion d'un produit ou d'une prestation sur le marché en raison du non remboursement dont ils feraient l'objet et donc du coût élevé à l'achat que cela induirait pour l'usager. Toutefois, ce qui peut paraître un obstacle pour les industriels en terme de commercialisation de leur produit peut se révéler être un gage de sécurité et d'information auprès des pouvoirs publics qui se voient éclairés par les décisions de remboursement de la CNEDIMTS. La commission a donc pour mission d'améliorer la qualité des soins au patient ainsi que celles des pratiques professionnelles.

De ce constat, il est toutefois indéniable que la décision de non remboursement d'une technologie pourrait créer des tensions entre la sphère économique et la sphère scientifique défendant chacune leur intérêt. On peut alors se demander, si les pouvoirs publics à travers la sphère scientifique ne joueraient pas indirectement un rôle de régulateur de l'offre technologique et plus spécifiquement de l'offre en technologie pour l'autonomie.

En d'autres termes, et bien qu'elle soit une autorité publique indépendante dotée de la personnalité juridique, la HAS émet des avis dans le cadre de sa mission d'aide à la décision des pouvoirs publics. Cette aide à la décision qu'apporte la HAS aux pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursement des produits et services médicaux⁴⁵ est alors déterminante quant à la diffusion des TPA sur le marché.

Cela nous indique donc que les pouvoirs publics auraient en amont un rôle dans le développement

45 En terme d'évaluation du service médical rendu.

du secteur des TPA conditionnant in fine leur bonne diffusion sur le marché.

- Réflexions économiques et philosophiques justifiant le remboursement

Outre, le processus d'évaluation et de qualification juridique mené par la HAS, il semble exister en amont des réflexions politiques, économiques voire même philosophiques quant au remboursement de technologie en santé destinées aux personnes âgées.

- Réflexions économiques

La question du remboursement des TPA peut aussi être abordée sous l'angle économique en s'interrogeant sur la vieillesse comme question de santé⁴⁶ ou sur la vieillesse comme question sociale⁴⁷.

En d'autres termes, dire que la vieillesse est une question de santé ne viendrait-il pas alourdir les dépenses de santé en permettant par exemple le remboursement des TPA ?

La question pourrait aussi se poser de la manière suivante en se demandant si la vieillesse envisagée comme une question sociale constituerait un obstacle au remboursement des TPA en supposant que la notion de prise en charge en soins sanitaires soit préférée à la notion de prise en charge en soins sociaux. Notion de prise en charge en soins sanitaires relevant légitimement des dépenses de santé. A mon sens, la dimension sanitaire et sociale de la vieillesse sont différentes car l'une s'intéresse à la santé à proprement parler d'un sujet âgé et l'autre semble relever davantage du bien-être d'une population âgée donnée. Or, ces deux dimensions sont aussi complémentaires car l'une ne peut s'envisager sans l'autre dans la perspective d'une meilleure prise en charge en soins sociaux et sanitaires. Indirectement se posent aussi les questions d'innovation technologique et d'innovation sociale que l'on tentera de traiter ultérieurement. A savoir si, *l'innovation technologique est elle un outil au service de l'innovation sociale ou inversement ?*

De plus, le remboursement de ces TPA peut aussi se heurter à un obstacle purement statistique qu'est le rapport coût / économie. Rapport coût / économie des TPA toute thématique confondue qui on l'a dit n'a fait l'objet d'aucune étude économique sérieuse quant à l'intérêt clinique de certaines TPA. Si le/les rapport (s) coût (s) / économie (s) des TPA est/sont démontré (s) ⁴⁸ il est fort à parier

46 La vieillesse envisagée sous l'angle d'une prise en charge en soins sanitaires.

47 La vieillesse envisagée plus globalement sous l'angle du vieillissement de la population.

48 On parlera du ou des rapport (s) coût (s) / économie (s) des TPA en raison de la multitude de thématiques dont elles

que le/les études réalisées serviront d'outil de concertation et de légitimation du remboursement de ces technologies.

Enfin, les intérêts vitaux de la technologie⁴⁹ doivent être pris en compte. Son interrogation est alors la suivante : *Est-ce que l'objet étudié est porteur d'intérêts vitaux ? A titre d'exemple, est-ce qu'un domicile adapté à la personne âgée permettra de différer son entrée en institution ?*

A travers ces questions, il sera toujours indispensable de rechercher l'éventuelle « plus-value » qu'apportera telle ou telle technologie ou service d'assistance à la personne âgée. *Quelle « plus-value » peut en retirer la personne âgée mais aussi quelle « plus-value » peuvent en retirer les pouvoirs publics dans l'hypothèse où serait envisagé un remboursement ou un financement d'un produit ou d'une prestation donnée ?*

- Réflexions philosophiques

Les TPA peuvent être une force d'un point de vue politique en favorisant et promouvant le bien-être et la santé des personnes âgées. Les TPA peuvent aussi présenter des intérêts économiques dès lors que leurs avantages sont supérieurs à leur coût. Tout cela est donc quantifiable par la réalisation d'études statistiques. Toutefois, d'autres questionnements peuvent aussi se poser quant au sens de la vie, quant à la liberté de choix qu'on les personnes âgées d'utiliser telle ou telle technologie et quant à la place de l'humain dans le dispositif technologique. Bien que la réflexion philosophique soit intéressante, elle aura toutefois moins de portée que la réflexion politique ou économique dans la décision de prise en charge financière de telle ou telle technologie en raison des enjeux budgétaires en cause.

Ainsi, ce qui est ressorti au cours de mes entretiens⁵⁰ est une interrogation sur la place du facteur humain dans le dispositif technologique. Tous semblent dire qu'il est nécessaire de combiner l'aide humaine avec l'aide technique.

Chacun a sa propre sensibilité sur le sujet mais tous s'accordent à dire qu'il est nécessaire qu'il existe une présence humaine dans le dispositif technologique. Ou tout du moins un minimum de présence humaine. D'après les propos d'une spécialiste en gérontologie auprès de la Région Rhône-Alpes⁵¹, le remplacement de l'aide humaine par une aide technique serait vecteur de rentabilité en terme de

relèvent et donc de la multiplicité d'études statistiques possibles à réaliser.

49 Entretien n°8.

50 Entretiens n°4, n°6, n°7, n°8 et n°10.

51 Entretien n°6.

coût de personnel selon le prix de la technologie⁵². Toutefois, cette dernière se demande si le remplacement de l'aide humaine ne conduirait-elle pas à une insuffisance du lien social, nous renvoyant donc vers une dimension éthique de ces technologies. Elle nous dit d'ailleurs que :
« Si la technologie vient en sus de l'aide humaine, les avantages escomptés seront plus important que si la technologie vient en remplacement de l'aide humaine. Dans ce dernier cas, une perte de vie sociale pour le sujet âgé est à envisager ! ».

En somme, la présence humaine ne peut être remplacée par ces technologies qui lui sont complémentaires et pour reprendre certains auteurs, un équilibre entre l'intelligence humaine et l'intelligence artificielle doit être préservé⁵³.

Ainsi, l'on peut s'interroger sur un « obstacle sociétal ou philosophique » que pourraient rencontrer ces technologies. Il serait alors intéressant de savoir si ces obstacles auront un degré de contrainte supérieur aux obstacles politiques, économiques et juridiques.

3) *La dépendance peut-elle être considérée comme une maladie ?*

- Débat sur l'assimilation du risque dépendance à la maladie

La maladie se traduisant par le dysfonctionnement d'un organisme humain, peut être caractérisée par différents symptômes. Elle est généralement multifactorielle et ses circonstances peuvent dépendre de facteurs environnementaux, de facteurs personnels mais aussi de facteurs génétiques.

La dépendance est quant à elle, toute situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions ou effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne.

Ainsi et aux vues des deux définitions, la dépendance semble être une conséquence de la maladie qui elle même peut être génératrice de déficiences⁵⁴, d'incapacités ou encore de handicaps.

En d'autres termes, la maladie est une des causes de la dépendance.

Outre cette réflexion sur le risque dépendance comme conséquence de la maladie, on peut aussi

52 A condition que le coût d'achat de la technologie pour une activité d'assistance donnée soit au long terme inférieur au coût du personnel pouvant réaliser cette même activité.

53 Propos de Gérard Mancret (Rapporteur au CESR du rapport « Le rôle des technologies de l'information et de la communication dans le développement des territoires en Rhône Alpes ».).

54 Déficiences organique ou fonctionnelle.

s'interroger sur le facteur vieillissement comme générateur de dépendance.

Dès lors, le vieillissement est-il un facteur à part entière de dépendance ou a-t-il simplement comme effet d'augmenter l'incidence des affections liées à l'âge ?

La réponse à cette question du vieillissement comme facteur de dépendance semble pencher vers la seconde interrogation visant à dire que le développement des maladies peut être lié à la sénescence de l'organisme mais aussi à l'augmentation dans le temps de l'incidence des affections liées à l'âge d'un individu.

Il existe donc des maladies liées à l'âge telle que des maladies neurologiques de type maladie de Parkinson entraînant des tremblements au repos, de la rigidité ou encore des troubles de la marche. De ces maladies du vieillissement découlent donc des formes de dépendance et de démence ainsi que des besoins en terme d'aide et de soins.

Ces besoins incluent alors des dépenses en soins de santé qui pour le cas d'une maladie neuro-dégénérative de type Parkinson ou Alzheimer, sont prises en charge par l'Assurance Maladie à 100 %.

Cette prise en charge par l'Assurance Maladie est uniquement possible en raison du fait que la maladie d'Alzheimer par exemple est reconnue comme une affection de longue durée⁵⁵ (ALD) faisant partie de la liste des ALD 30. Outre la nécessité d'une prise en charge en soins, la maladie d'Alzheimer entraîne aussi de multiples dépendances telle qu'une dépendance physique mais aussi une dépendance relationnelle. A ces types de dépendance, aucune « politique d'Assurance Maladie » n'a été mise en place, laissant ainsi cette prise en charge financière de la perte d'autonomie à des sociétés privées telle qu'Allianz ou Aviva.

On le conçoit bien, la prise en charge relative à la maladie d'Alzheimer pour les familles est à la fois coûteuse en argent et en temps. Financièrement, les dépenses en terme de soins et de surveillance liées à la maladie d'Alzheimer sont onéreuses et pour preuve elles se chiffrent à plus de 1000€/mois⁵⁶. L'insuffisance des aides publiques, se matérialisant par l'APA n'est pas suffisante et contraint donc les familles à souscrire des assurances privées afin de combler le reste à charge.

Bien sûr, la puissance publique octroie des subventions afin de réduire le fardeau financier, toutefois la problématique n'est pas résolue pour autant. La preuve en est, les aides peuvent se chiffrer à un peu plus de 400 €/mois alors que la situation de dépendance causée par la maladie d'Alzheimer

55 D'après le Code de la Sécurité Sociale en son article L324-1 : « les affections de longue durée nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

56 Source : Étude menée par Association France Alzheimer.

coûte bien plus cher. De fait, les familles des malades sollicitent la mise en place d'une prestation spécifique pour la maladie d'Alzheimer auprès de la puissance publique.

L'accompagnement par les aidants naturels nécessite aussi des sacrifices considérables en terme de temps et pour cause le nombre d'heures passés auprès de leur proche se chiffrent à environ 6h30 par jour selon une étude menée par l'Association France Alzheimer.

La diffusion des TPA peut-elle se poser comme solution aux risques de dépendance ?

Cette question de diffusion des technologies et des services relatifs à l'assistance des personnes âgées semble impliquer une prise en charge financière « institutionnalisée ».

Cela pourrait alors être vu comme un « surcoût de l'âge » en raison du fait que l'accroissement avec l'âge des dépenses de santé est conjugué à l'accroissement du vieillissement de la population française. Ainsi et aux vues de ces constats, la question de la maladie associée à l'âge et donc celle de la vieillesse pathologique représente bel et bien un surcoût financier pour les familles mais aussi pour l'Etat.

Comme le dit d'ailleurs Denis Piveteau⁵⁷, Président du Haut-Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, le « surcoût de l'âge » nous met alors face à un constat qu'il faut à la fois assumer et questionner ». Par ailleurs, il nous dit aussi que « l'effet d'âge » est avant tout un « effet maladie » qui toutefois n'explique pas tout.

Cela implique donc que l'on ait une vision générale de l'âge qui ne doit plus se porter sur des groupes porteurs d'une maladie ou d'une morbidité donnée mais sur une population très âgée dans son ensemble.

Dès lors et afin de légitimer une telle hypothèse d'assimilation de la dépendance à la maladie, ne doit on pas éliminer les idées reçues sur l'âge pour adopter de nouveaux schémas quant aux dépenses liées à l'âge ?

L'assimilation de la dépendance à la maladie bien que théoriquement acceptable en raison du lien quasi systématique entre l'un et l'autre paraît d'un point de vu pratique, un « gouffre » en terme de prise en charge par l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie opère déjà un remboursement de produit ou de prestation s'adressant à une pathologie donnée.

⁵⁷ Denis Piveteau in « Le vieillissement de la population est-il une menace pour l'assurance maladie ? », Laennec, n° 2, 2011/04, pages 18-30.

Le vieillissement n'étant pas une pathologie, il paraît alors difficile de faire accepter que la dépendance soit remboursée au même titre que la maladie. Et par conséquent, que des TPA soient remboursées. D'autant que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est réticence à l'idée d'assimiler la dépendance à une maladie⁵⁸. Et pour cause, tous les gouvernements français ont refusé d'imputer les dépenses liées à la dépendance à la CNAM, de crainte d'alourdir les déficits de la Sécurité Sociale.

La logique actuelle en terme de politique publique de santé (PPS) s'inscrit à deux niveaux.

Au niveau national, les grandes orientations politiques se basent davantage sur le terrain du sanitaire et donc de la maladie alors qu'au niveau local⁵⁹, les politiques et a fortiori les initiatives politiques sont davantage tournées sur des projets à dimension médico-sociale. Tel est le cas de la mise en place d'actions préventives, et de soutien aux familles des malades d'Alzheimer organisées par exemple par le Conseil Général de l'Isère qui organise notamment des groupes de paroles et des ateliers mémoire.

De plus, cette assimilation peut aussi interroger sur la question de *qui conduira de telles politiques publiques et à quelle échelon ces technologies ou ces services pour l'autonomie seront remboursés ?*

Dans l'hypothèse, où le remboursement serait initié par une instance nationale, il serait alors à craindre la mise en place d'une prise en charge de technologie ou de services ayant exclusivement une finalité thérapeutique, diagnostique, ou préventive. Un bon nombre de TPA risqueraient ainsi de ne pas être remboursés en raison du manque d'études sérieuses sur leur rapport coût / bénéfice ainsi que sur leur intérêt clinique.

58 Les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Etat, déterminant les orientations stratégiques pour la période 2012-2013 ne mentionnent aucunement l'idée d'une convergence entre le risque-dépendance et le risque-maladie. Bien qu'aucune allusion au rapprochement des deux risques ne soit faite, quelques points de la COG 2010-2013 semblent favorables à la diffusion des TPA. Ainsi en t-il du 3ème point abordée dans la 1er partie sur l'approfondissement du risque qui prévoit une amélioration de la qualité de prise en charge des assurés à travers le développement d'expérimentation en télémédecine, télésurveillance et télé-suivi des patients.

59 Le niveau national serait représenté par l'Etat et ses institutions alors que le niveau local serait représenté entre autre par la région, le département, et la commune.

- Doit on se baser sur une maladie ou sur la conséquence d'une maladie ?

Doit on changer de paradigme pour optimiser la prévention de la dépendance ?

La réflexion portant sur l'assimilation de la dépendance à la maladie amène donc à réfléchir sur de nouveaux paradigmes. Le Pr. Franco en définit d'ailleurs deux⁶⁰.

Il parle tout d'abord d'un paradigme hippocratique basé uniquement sur la maladie à travers son diagnostic et son traitement. Dans le domaine médical français et plus particulièrement celui de la gériatrie, cette représentation a toujours été acceptée. Elle caractérise d'ailleurs la logique de prise en charge opérée par l'Assurance Maladie qui se réfère exclusivement aux pathologies.

Cette logique bien que salutaire ne prend toutefois pas en compte, le fonctionnement du corps et de l'esprit.

Une deuxième représentation proposée par le Pr. Franco, qu'il appelle le paradigme fonctionnel, va plus loin que la maladie en tenant compte cette fois-ci de ses conséquences. Le paradigme fonctionnel se basant sur les conséquences de la maladie a donc un champ plus large que la maladie, en s'intéressant aux incapacités et aux handicaps en découlant. Bien que le champ de cette nouvelle représentation soit élargi il n'en reste pas moins complémentaire à la logique hippocratique qui en est à l'origine.

Derrière cette idée de paradigme fonctionnel se profilent alors de nombreuses modifications telles que la prise en charge par l'Assurance Maladie de technologie en santé et plus particulièrement de TPA entrant dans le champ du paradigme fonctionnel. *Dès lors, ne pourrait-on pas imaginer le remboursement de TPA s'inscrivant dans une logique de prévention voire de compensation de la perte d'autonomie que pourrait subir une personne âgée ?*

Quoiqu'il en soit, cette logique semble favorable au remboursement des TPA agissant sur les conséquences de la maladie.

L'autre modification à envisager est davantage axée sur la répartition des tâches entre les professionnels de santé tel que les médecins ou encore les aides-soignants et les gestionnaires et décideurs de tout ordre.

Le champ hippocratique cloisonné à la médecine et donc à l'intervention du médecin et des professionnels de santé devra alors s'élargir si l'on adopte un paradigme fonctionnel. Devront être insérés dans le champ d'action, les médecins, mais aussi les aidants professionnels tel que les infirmières et les aides soignants ainsi que les aidants naturels.

60 Entretien n°5.

Le paradigme fonctionnel conviendrait donc parfaitement aux personnes âgées en situation de dépendance mais aussi aux personnes âgées autonomes désireuses de rester actives.

Cette idée de vieillissement actif axée avant tout sur le bien-être de la personne âgée induit une idée de continuité dans le fonctionnement du corps, de l'esprit et du lien relationnel qu'elle peut avoir avec les autres.

Cette idée de continuité que ce soit dans la sphère professionnelle, familiale ou sociale, passe avant tout par une idée de prévention de la dépendance. Prévention de la dépendance elle-même axée sur des programmes ou plans nationaux basés sur la nutrition et l'activité physique et sportive. Tel est le cas du plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) mené par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et dans lequel certaines TPA s'illustrent. Tel est le cas du programme Wii-Fit proposé sur console vidéo proposant des exercices de rééquilibrage à des personnes âgées.

La prévention de la dépendance relayée par des initiatives politiques de plans et autres programmes, en plus d'améliorer l'état de santé de la population âgée permettrait aussi de réduire le risque de maladie. Ainsi en est-il une personne qui n'aurait pas une alimentation adaptée aura plus de chance d'être fragilisée par une chute⁶¹. Néanmoins, nous l'avons dit les actions de prévention ne doivent pas se focaliser essentiellement sur la chute.

Une action de prévention directement ciblée sur les causes de la maladie devra être relayée tant à l'échelon national qu'à l'échelon local.

Les enjeux de cette politique de prévention sont alors cruciaux ne serait-ce que dans une perspective de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Ainsi, et ad futuram, le changement et surtout la convergence du paradigme hippocratique avec le paradigme fonctionnel devrait dépendre d'une réponse politique forte s'interrogeant sur notre système de santé dans son intégralité.

61 Entretien n°5.

B - La question du remboursement sous le prisme de l'analyse politiste

La question du remboursement de TPA par l'Assurance Maladie dépend on l'a plus ou moins dit de facteurs juridiques, économiques et institutionnels mais aussi de la volonté des pouvoirs publics.

Il est noter des interactions entre les facteurs évoqués et la puissance publique ne serait-ce d'un point de vue juridique en raison du fait que l'Etat se donne les moyens de faire application des lois et des règlements. D'ailleurs les DM s'insèrent dans un dispositif réglementaire comme dans le cas du processus d'admission au remboursement, où la CNEDIMTS émet un avis sur critères définis réglementairement. De ce fait, il convient de souligner tout le poids de la puissance publique intervenant indirectement dans le processus de l'offre en technologie de santé et plus particulièrement de l'offre en TPA.

Plus largement et pour mieux appréhender la question du remboursement de ces technologies, un regard doit être porté sur les « politiques de reconnaissance » de la dépendance. La reconnaissance de la dépendance dans la sphère politique pouvant influencer in fine sur d'éventuel processus de remboursement.

1) Une définition multidimensionnelle de la dépendance : un obstacle à sa reconnaissance politique ?

Le terme de dépendance se caractérisant généralement par le besoin pour un individu de recourir à l'aide d'un tiers, est un terme polysémique et multidimensionnel qui se réfère à la fois au domaine de l'addictologie et à la fois au domaine médical, au domaine de la gérontologie et à celui du handicap. La dépendance peut donc relever du champ médical mais aussi du champ social c'est pourquoi la notion fait l'objet de différentes définitions.

Différentes définitions ont donc été données et celle que l'on peut retenir est celle de la Commission de terminologie auprès du Secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées mise en place en 1983 qui avait défini le concept à travers une double définition à la fois médicale et sociale.

La création de cette commission constituée de démographes, médecins, sociologues, juristes, linguistes montre aussi le caractère multidisciplinaire de la notion de dépendance et a fortiori toute l'étendue du terme dépendance.

D'un point de vue médical, la Commission définit la notion comme toute situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions ou effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne.

D'un point de vue sociale, la dépendance est envisagée comme tout état de subordination d'une personne à une autre personne ou à un groupe.

L'OMS quant à elle, semble aller plus loin dans le degré de précision en insérant dans sa définition⁶² la variable de l'environnement qui peut être soit immédiat à travers la famille, le voisinage soit indirect à travers la notion d'habitat. L'OMS définit la dépendance comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

D'ailleurs un lien peut être fait avec certaines TPA œuvrant pour le soutien à domicile et dont la vocation est de recréer le plus possible un environnement immédiat entre la personne âgée et sa famille. Ainsi en est-il de dispositif de surveillance permettant aux aidants naturels de malade d'Alzheimer de s'absenter de longues heures tout en gardant un œil sur la sécurité de leur aîné.

La notion de dépendance est aussi confrontée à d'autres notions distinctes telle que la notion de fragilité dont le champ tend à se médicaliser et à celle de vulnérabilité et de précarité dont le champ relève davantage du social. Ces notions bien que différentes l'une de l'autre sont essentielles à confronter, en raison du fait qu'elles permettent de définir au mieux l'expression des besoins des personnes âgées selon leur caractéristiques propres.

En somme, le concept de dépendance appelée autrefois vieillesse invalide ou semi-valide, et son processus de qualification relève de la sphère de compétence des autorités publiques.

Tel est le cas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) gérée par le département à travers ses équipes médico-social.

Ainsi, le champ de la dépendance distinct du champ du handicap, recouvre en France une population très âgée. Bien que multidimensionnel, le concept cible alors une population déterminée par son âge, orientant ainsi les pouvoirs publics dans leur politique de vieillesse. Tel est le cas des « options politiques prises par la France dans les années soixante dix face au vieillissement de la population et aux difficultés d'emploi. La France avait au nom de la sauvegarde de l'emploi, choisit d'indemniser la sortie anticipée des seniors et donc multiplié les préretraites et les mesures d'âge »⁶³.

Ne constituant dès lors aucun obstacle sérieux à sa reconnaissance par les pouvoirs publics, le

62 OMS (2001) « International Classification of Functioning, Disability and Health », <http://www.who.int/icidh/>.

63 Anne Marie Guillemard in « pourquoi l'âge est-il en France le premier facteur de discrimination dans l'emploi ? », *La Documentation française*, retraite et société 2007/2 - n° 51, pages 11 à 25.

concept de dépendance allant au delà d'une simple identification des besoins de la personne âgée, va cibler l'origine de ses déterminants. L'exemple le plus frappant de facteur générateur de dépendance est celui lié à la progression des maladies chroniques entraînant de lourds handicaps.

A titre d'exemple, 85 % des personnes âgées de plus de 75 ans ont une ou plusieurs maladies chroniques générant pour 50 % d'entre elles une diminution de leur activité générale.

« L'âge élevé a donc une incidence sur la survenue de ces incapacités tout comme la présence de plusieurs maladies chroniques »⁶⁴.

Le concept de dépendance repose dès lors sur une approche biomédicale ou fonctionnelle tenant compte de l'individu et de son niveau de soins. Cette approche de la dépendance « médicalisant » la vieillesse est reconnue aujourd'hui par les pouvoirs publics et se retrouve dans de nombreuses initiatives nationales tel que le plan national du bien vieillir élaboré pour la période 2007-2009 qui va s'appuyer sur des notions définies sur la base de recherche plutôt médicales.

Tel est aussi le cas, de la notion de vieillissement réussi introduisant le concept de fragilité qui est avant tout un concept gériatrique.

De surcroît et face à cette approche biomédicale qui peut paraître stigmatisante en raison de la fixation d'un âge chronologique qu'elle donne à la personne âgée, une approche plus conceptuelle et plus sociale de la dépendance va se développer. Cette approche sociale de la dépendance va plutôt définir le vieillissement comme un fait social relationnel entre la personne âgée et d'autres individus. Ce concept s'inscrit donc dans une logique d'interdépendance entre les personnes âgées. Elle vise par exemple à minimiser le risque d'isolement social sur lequel certaines TPA tentent d'agir.

Peut-on alors dire que la reconnaissance d'une approche sociale de la dépendance par les pouvoirs publics favoriserait la diffusion et la prise en charge des TPA ?

La réponse que l'on pourrait apporter à cette interrogation est qu'une telle approche pourrait ouvrir un débat gouvernemental sur l'insertion de ces technologies dans les politiques publiques d'action sociale relatives à la vieillesse. Toutefois, et bien que certaines TPA ont pour but de faciliter l'aide aux soins, l'approche biomédicale de la dépendance n'a débouché vers aucune dynamique de prise en charge de ces technologies. Une réelle volonté des pouvoirs publics est alors attendue s'agissant

64 D'après le Rapport d'Anne Carol Bensadon de septembre 2006, intitulé « Combattre la Solitude des personnes âgées », Enquête Isolement et Vie

de l'acceptation de ces technologies. Comme l'affirment d'ailleurs Martine Chazelle et Dominique Argoud⁶⁵, une « *approche transversale des problématiques du vieillissement se développe progressivement en France à travers des rapports et des documents de planification*⁶⁶. Toutefois, il n'est pas certain que cette prise de conscience soit suffisante pour remettre en cause des systèmes d'acteurs et des mécanismes sectoriels qui sont peu propices à un tel décloisonnement de l'action gérontologique »

2) Une reconnaissance progressive de la dépendance dans la sphère des politiques publiques

La reconnaissance de la dépendance dans la sphère des politiques publiques a sans nul doute été insufflée par le rapport Laroque de 1962, considéré comme l'acte de naissance des politiques de vieillesse en France et visant au respect de l'autonomie par le maintien à domicile.

Ainsi, le rapport Laroque devient l'instigateur d'une politique concernant véritablement la place des personnes âgées dans la société afin de les intégrer socialement.

D'un point de vue politique, le rapport Laroque est le résultat d'un ensemble d'études se mettant en place au niveau national par lequel l'Etat central définit les grandes orientations politiques qui doivent s'appliquer sur le territoire français. Cette mise en œuvre des orientations politiques va alors se faire prioritairement au niveau national par la mise en place d'une réglementation et la définition de moyens financiers. Tel est le cas, d'un programme d'action prioritaire qui va permettre de définir des enveloppes budgétaires à destination d'acteurs divers qui vont s'en servir à différents endroits du territoire.

D'un point de vue idéologique, ce rapport est une vraie révolution promulguant des modèles sociaux, et culturels dans la vieillesse qui s'inscrivent dans une dimension préventive.

Le rapport Laroque atteste donc de l'existence d'un nouveau groupe d'âge. Toutefois, la première reconnaissance politique de la dépendance à proprement parler est due au rapport Arreckx de 1979 représentant la première passerelle entre la définition médicale de la dépendance et le monde politique. Il faudra néanmoins attendre la fin des années quatre vingt pour que la Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes publie un rapport sur le financement de la dépendance, enclenchant de fait un peu plus le processus de reconnaissance politique.

Outre ce phénomène de reconnaissance de la dépendance dans la sphère publique, un véritable phénomène de consécration a lieu de 1979 à 1983 où une confrontation est opérée entre le rapport Arreckx et le rapport Vieillir Demain aussi appelé Rapport Lyon. Rapport Lyon dans lequel la

65 Martine Chazelle et Dominique Argoud in « Politique territoriale de la vieillesse : L'exemple du clic du Diois (Drôme) », Champ social | *Le sociographe* 2011/2 - n° 35 pages 33 à 43.

66 Tel est le cas des schémas gérontologiques départementaux actuels.

vieillesse est vu de manière plus globale outrepassant ainsi la vision scientiste qui se dégageait du rapport Arreckx. Un tournant est alors marqué avec l'avènement de cette nouvelle conception que l'on se fait de la vieillesse conduisant à la création en 1981 d'un secrétariat d'Etat aux personnes âgées confié au socialiste Joseph Franceschi.

La reconnaissance de la dépendance passe enfin par la mise en place successive de plans à partir de septembre 2003 avec la préparation du « plan Vieillesse-Solidarités ». On rentre dès lors dans des modalités d'actions publiques relevant de l'expérimentation. Une logique de politiques d'évaluation basée sur des référentiels et sur la qualité du service rendu à la personne âgée se développe alors.

De nouveaux concepts voient alors le jour à travers par exemple le programme national bien vieillir de 2003 initié par Hubert Falco et introduisant de nouvelles notions telle que celle de vieillissement réussi et celle de vieillissement actif⁶⁷. Ces deux notions se fondent sur des bases de recherche plutôt médicales. Pour ce qui est du vieillissement réussi et nonobstant ses facteurs de fragilité, la notion ne rentre pas dans le champ de la dépendance. L'idée du concept se base alors sur les capacités adaptatives de la personne âgée. Quant à la notion de vieillissement actif et on l'a plus ou moins évoquée, elle relève davantage de la recherche psycho-sociale relevant des obstacles sociaux à la vieillesse tels que la perte du sentiment d'utilité sociale.

Par conséquent et bien que la notion de dépendance soit implicitement reconnue malgré l'avènement de nouveaux concepts tel que le bien vieillir, les politiques de la vieillesse restent tournées vers des notions vagues de vieillissement de la population française et plus singulièrement vers des concepts de vieillissement de l'individu. La problématique de la dépendance semble alors être abordée différemment alors que l'inquiétude de la personne âgée de vieillir en étant dépendante préexiste. *Ne doit-on alors pas réfléchir sur le développement de politiques plus efficaces en terme de prise en soin sociale et sanitaire de la personne âgée, tout en maintenant la perspective de prévention découlant entre autre du Rapport Laroque et du programme national bien vieillir ?*

En d'autres termes, cette problématique pose une fois de plus la réflexion sur le fait que la vieillesse soit envisagée comme une question de santé ou comme une question sociale.

Cette idée renvoie d'ailleurs à la notion très contemporaine de vieillissement actif relayée par le programme national bien vieillir et le plan bien vieillir de 2007-2009. Plus qu'un concept professionnel envisageant un allongement de la carrière du salarié âgé, le concept renvoie à une idée

67 « Vieillir en restant actif, c'est la capacité des personnes qui, en vieillissant, continuent de mener une vie productive et de jouir d'une bonne santé au sein de leur famille, de leur société et de leur économie » (Source : OMS, 1999).

de bien-être dans laquelle la personne âgée continue à s'investir socialement et familialement.

En somme, la question de la dépendance ainsi que toutes les questions qui en découlent que ce soit s'agissant de la prise en soin sanitaire ou de la prise en charge sociale amènent à des réflexions politiques sur la nécessité de financer des TPA à destination des personnes âgées.

TPA qui devront sans nul doute s'inscrire dans le champ du sanitaire et du social tout en permettant leur coordination.

3) Réflexions politiques sur le remboursement de ces TPA

Pour ce qui est des réflexions politiques pouvant justifier ou non le remboursement d'une TPA, la logique de prévention a contrario de la logique curative centrée sur la maladie peut être évoquée.

En effet, le remboursement d'une TPA ayant par exemple comme vocation de prévenir les chutes peut présenter un intérêt de santé publique en ce qu'elle permettrait de réduire une cause fréquente de décès chez la personne âgée. A savoir que la chute est la cause de 4000 à 4500 décès par an en France selon les sources de l'INSEE⁶⁸. Cet enjeu de santé publique a d'ailleurs été relayé dans les livres des plans de santé publique et notamment celui de 2011 relatif à la prévention et à la sécurité sanitaire. Ce livre des plans de santé publique offrant un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé prévoit d'ailleurs de promouvoir les dispositifs d'alarme portable. En sus de cette action de promotion des pouvoirs publics menée à l'échelon national, il existe aussi à l'échelon local, des initiatives en terme de prévention des chutes comme celle menée par l'association technopôle Alpes, Santé à domicile et autonomie (TASDA) de Grenoble qui propose et renseigne l'utilisateur sur des terminaux de téléassistance avec un détecteur automatique de chute.

Malgré cet engouement des pouvoirs publics pour la prévention, le paradigme français reste tournée vers la logique du soin de la maladie et non vers celle de la prévention de la maladie.

Or les TPA se réfèrent à un paradigme fonctionnel basé sur le fonctionnement du corps de l'individu et donc sur la conséquence de la maladie et non plus sur la maladie elle-même.

En vertu de ce constat, la différence de logique entre celle de l'Assurance Maladie et celle des TPA semble être un sérieux obstacle à leur remboursement. D'autant que l'élargissement du remboursement à ces « nouvelles technologies » poserait aussi un problème de réorganisation du schéma de remboursement de l'Assurance Maladie. En effet, si les paradigmes changent, il est à envisager la suppression de certains DM de la LPPR au profit d'autres DM d'où l'apport d'une

68 Source : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=natsos06220.

nuance à la réflexion consistant à dire que la prise en charge financière de ces technologies grèverait un peu plus le déficit de la Sécurité Sociale. Si les DM inscrits actuellement sur la LPPR sont remplacés par d'autres DM et cela à nombre égal ou quasi égal, *pourquoi cela causerait-il une dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie ?*

La réponse n'est pas si évidente que cela, car dans le cas où l'individu âgé est porteur d'une pathologie chronique, la logique curative devra prévaloir sur la logique fonctionnelle.

Les deux logiques sont dès lors complémentaires mais devront opérer une redéfinition de leur champ afin que l'accompagnement et l'assistance du sujet âgée soit adaptés à sa maladie.

Ainsi et pour que les TPA soient reconnues et a fortiori prise en charge par l'Assurance Maladie, des études de coût et d'économie devront donc démontrer à la Sécurité Sociale que cette technologie va fournir un résultat statistique qui serait moins coûteux pour in fine favoriser ou renforcer la logique paradigmatique. Cette réflexion politique est alors à mi-chemin avec les réflexions économiques s'interrogeant sur la question des dépenses de santé liées à la vieillesse.

Cette corrélation entre vieillissement et dépenses de santé doit conduire à une modification de l'idée reçue que l'on peut se faire sur le lien entre vieillissement et augmentation des dépenses de santé, selon Denis Piveteau. Pour ce dernier, le vieillissement de la population française n'est pas une menace éminente pour les dépenses de santé en soulignant que ces éléments de démographie du vieillissement ne représente qu'un dixième de la hausse tendancielle des dépenses de santé.

Un déséquilibre dans la prise en charge des dépenses de santé ne laisse donc en rien présager une déformation significative de la pyramide des âgée ad futuram.

Ce constat semble donc bénéfique pour la prise en charge et la diffusion des TPA d'autant que les projections démographiques confirment un accroissement de la population âgée de 60 ans et plus

4) *L'analyse des TPA au regard de la théorie des 3 « i »*

A ce jour, la prise en charge financière des TPA semble dépendre d'une réponse forte des pouvoirs publics qui se matérialisera sans nul doute par une réforme. Cette réforme portée actuellement par la préparation d'un projet de loi sur l'autonomie résulte de trois grandes idées que sont ;

- l'adaptation de la société au vieillissement
- l'anticipation et la prévention
- l'accompagnement de la perte d'autonomie

L'instauration par les pouvoirs publics d'une telle réforme paraît alors ambitieuse en raison de la

représentation globale qu'une telle triptyque apporterait au cadre cognitif et normatif que l'on a des politiques gérontologiques. Selon les dires de l'actuel ministre déléguée des personnes âgées et de l'autonomie, Michelle Delaunay, l'adaptation de la société française au vieillissement devra alors dépendre d'un « *processus d'adaptation et non plus d'une législation* ». Cette démarche démontre ainsi une volonté de changement des représentations collectives de la vieillesse pour maintenir une certaine égalité⁶⁹ des personnes âgées en termes d'habitat, de mobilité, de sécurité, de communication, d'activité et de qualité de vie dont les TPA peuvent apporter une réponse.

Ainsi et aux vues de cette réforme, il conviendra d'analyser la diffusion des TPA au regard du concept de politique publique des 3 « i », dont les principaux théoriciens sont Bruno Palier, Yves Surel⁷⁰, Peter A. Hall⁷¹ et Hugh Hecllo⁷². Au travers de cette théorie offrant une méthode d'analyse analytique, nous verrons quels verrous peuvent être posés à la diffusion des TPA au regard du jeu des intérêts, du poids des institutions et de la dimension intellectuelle des politiques publiques.

- Le jeu des intérêts : pour quelles raisons les pouvoirs publics encourageraient-ils la diffusion des TPA ?

Le concept des 3 « i » développé par la littérature contemporaine et notamment anglo-saxonne offre une méthode d'analyse basée sur trois ensemble d'élément que sont les « intérêts », les « institutions » et les « idées ».

S'agissant du premier « case », celui de l'intérêt, il permet d'exposer le problème de recherche en confrontant les différentes dynamiques des acteurs en présence comme les logiques d'action collective ou encore celles tendant à opérer des calculs coût / bénéfice afin d'obtenir une parfaite vision des stratégies à mettre en place et des menaces à éviter.

Pour ce qui est de la réforme sus-évoquée et donc de l'adaptation de la société au vieillissement, les TPA semblent se présenter en véritable acteur en répondant à une demande sociétale croissante. Demande sociétale croissante résultant d'un réel souhait de la personne âgée de maintenir une certaine inclusion dans son environnement socio-culturel qui n'est autre que son domicile.

69 Le terme d' « égalité » est d'ailleurs utilisé par le Pr. Franco dans sa définition de la Gérontechnologie.

Source : Conseil Local de Développement Commission « Habiter en 2030 », « Les adaptations nécessaires pour prendre en compte le vieillissement de la population d'ici 2030 », Alain FRANCO, Intervention à Chambéry le 16 mai 2013.

70 Bruno Palier et Yves Surel in « Les « trois I » et l'analyse de l'Etat en action » Presses de Sciences Po | *Revue française de science politique* 2005/1 - Vol. 55 pages 7 à 32.

71 Peter. A. Hall in « The Role of Interests, Institutions, and Ideas in the Comparative Political Economy of the Industrialized Nations », dans Mark Lichbach, Alan Zuckerman (eds), *Comparative Politics. Rationality, Culture, and Structure*, Cambridge University Press, 1997, p. 174-207.

72 Hugh Hecllo in « Ideas, Interest, and Institutions », dans Lawrence Dodd, Calvin Jillson (eds), *The Dynamics of American Politics. Approaches and Interpretations*, Boulder, Westview Press, 1994.

L'intérêt pour les pouvoirs publics est donc multiple et en lien avec cette demande sociétale croissante. Cet intérêt semble s'inscrire dans un contexte de pressions démographiques, de pressions des politiques publiques sanitaires, médico-sociales et sociales.

De plus, un repérage des différents acteurs localisés dans les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social, sera nécessaire afin de répondre au mieux à cette demande sociétale en définissant de manière rigoureuse les contours de la gérontechnologie qui ne cessent de s'élargir en raison des nouveautés technologiques qui émergent. Les TPA deviennent multithématiques créant de nombreuses possibilités en terme d'innovation. Tel est le cas par exemple, des box permettant des animations multi-sensorielle⁷³.

Enfin, l'intérêt de ces technologies peut être financier et peut donc s'inscrire dans une logique de déploiement d'une stratégie rationnelle de réduction ou de maintien des dépenses de santé par les acteurs. Le jeu des intérêts est alors double en s'adressant tant aux pouvoirs publics qu'aux destinataires de ces politiques publiques en l'occurrence les personnes âgées dépendantes ou non et leur aidant qui osent le dire représente une « clientèle électorale » importante⁷⁴.

- Le poids des institutions

Le poids que peut représenter les institutions, comme l'Assurance Maladie peut empêcher la diffusion des TPA. En effet, et on l'a dit, la diffusion en France des TPA devra passer nécessairement par leur reconnaissance institutionnelle et donc par leur remboursement partiel ou total.

L'institution a donc un poids prépondérant et peut influencer sur les trajectoires des systèmes de protection sociale en subissant les changements de tel ou tel paradigme en terme de politiques sociales. *Dès lors, le poids des institutions n'est-il pas la résultante du poids du paradigme dont il fait l'objet ?*

Ainsi et pour ce qui est des TPA, le paradigme hippocratique qu'entretient l'Assurance Maladie est un poids à la diffusion institutionnelle de ces technologies. Cet obstacle institutionnel qui peut être vu au travers de l'Assurance Maladie peut néanmoins être contourné si l'on tend vers une adaptation renforcée de notre système de santé à l'émergence des TIC par exemple. Selon Robert Picard, les

73 Ainsi en est-il de la Wizz box facilitant l'accès au divertissement mais aussi à la communication entre personnes âgées au sein d'une même maison de retraite.

Source: <http://www.gerontechnologie.net/la-wizz-box-les-tic-au-service-de-lanimation-multi-sensorielle-en-ehpad/31298>).

74 Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent 17,1 % de la population française selon les statistiques 2012 de l'Insee représentant ainsi un grand nombre d'électeurs potentiels.

TIC constituent une composante fondamentale du système de santé en permettant notamment une meilleure connaissance du patient et une coopération entre les acteurs de santé. A condition toutefois, que soit réalisée une évaluation des actions conduites et des axes stratégiques dans lesquels s'inscrivent ces technologies pour l'autonomie⁷⁵.

Au poids des institutions s'ajoute aussi le poids des groupes d'intérêts. Ces groupes d'intérêts qu'ils soient publics ou privés, peuvent alors bloquer ou formater les évolutions des politiques sociales en faisant du « lobbying » auprès du parlement ou du gouvernement. Dès lors, cela ne sera pas sans conséquence sur la prise en charge de ces technologies qui pourrait être revue à la baisse comme à la hausse. Certains auteurs affirment même que les groupes d'intérêt participent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques afin de résoudre certains « déficit démocratique »⁷⁶.

- La dimension intellectuelle des politiques publiques à destination des TPA

La dimension intellectuelle résulte on l'a plus ou moins dit de paradigmes, de référentiels et de croyances dont le système de santé français est imprégné. L'action publique en terme de politique gérontologique peut alors s'expliquer par des approches cognitives mais aussi par des approches normatives à travers l'adoption de réformes certes importantes mais marquées par des incertitudes dans les idées, pouvant susciter des retenues. Ainsi en t-il de l'idée d'un cinquième risque proposée sous la présidence de Nicolas Sarkozy et visant à créer une cinquième branche de la Sécurité Sociale couvrant le risque de la vie lié à la dépendance⁷⁷. Malgré la dimension intellectuelle forte et la pertinence d'une telle réforme visant à développer un nouveau champ de protection sociale, le projet a vite été rattrapé par la réalité du coût et du mode de financement qu'une telle politique sociale susciterait.

Nonobstant l'attente d'une réforme de la dépendance, la dimension intellectuelle d'une action publique en faveur des TPA peut être posée en raison du fait qu'elle pose de multiples questionnements. Ces questionnements peuvent être politiques dans la mesure où l'on s'interroge sur la place de la personne âgée dans la société mais ils peuvent être juridiques en s'interrogeant sur les droits de la personne âgée face à ces technologies. L'approche intellectuelle est donc vaste et nous interroge globalement sur la société de demain et son adaptation à tous les âges. Adaptation de la

75 Robert Picard in « Systèmes et technologies pour la santé et l'autonomie » CGEJET, Sciences Po renoble, 29/11/12.

76 Emiliano Grossman et Sabine Saurugger in « Les groupes d'intérêt au secours de la démocratie ? » Presses de Sciences Po | Revue française de science politique 2006/2 - Vol. 56, pages 299 à 321.

77 En raison de l'avancée en âge, de la perte d'autonomie et du handicap.

société au vieillissement dont les TPA pourraient être le moyen d'y arriver. On constate alors que la logique curative actuelle est confrontée à de nouvelles logiques en terme démographique et en terme de besoins.

La société française connaît et connaîtra certes des bouleversements démographiques à travers un vieillissement de sa société mais il est à noter que 90 % des plus de 65 ans sont autonomes et ne relèvent donc pas nécessairement d'une politique globale de santé et de compensation des situations de handicap comme le souligne Luc Broussy dans son rapport de mars 2013⁷⁸.

L'approche intellectuelle visant à instaurer une action publique en faveur du remboursement de ces TPA pourrait alors interroger sur l'usage qu'en feraient les personnes âgées. *L'Assurance Maladie doit elle accepter le remboursement de technologie dont l'usage ne serait pas forcément thérapeutique ?*

Les conséquences de la maladie engendrant un handicap pour la personne âgée et le handicap causant de l'isolement, *ne pourrait-on pas rembourser partiellement une TPA permettant de communiquer et donc de développer un lien relationnel avec autrui ?*

La réponse à cette question semble à l'heure actuelle incompatible avec la logique hippocratique de l'Assurance Maladie. Dans une optique de prospective politique, les projets de la ministre actuelle des affaires sociales et de la Santé semble aller dans une dynamique de spécification des droits pour les personnes âgées lié à leur dépendance. Ainsi en est-il, le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées a été créé le 12 février 2013.

Cette instance d'échange aura pour vocation de réfléchir sur de nombreuses thématiques telle que celle du droit des personnes âgées.

En somme, et à travers cette grille analytique, une dynamique d'ensemble des politiques publiques peut être envisagée à travers le repérage de l'émergence d'un problème public⁷⁹ dont la solution serait la diffusion des TPA. Cela étant, l'émergence de ce problème devra être suivi par l'élaboration de solutions et l'adoption et la mise en œuvre de mesures dans une configuration institutionnelle existante. Dans le cadre d'un remboursement possible, l'Assurance Maladie représenterait alors cette configuration institutionnelle dont elle en serait l'acteur avec les industriels commercialisant ces TPA.

78 Remise d'un rapport le 11 mars 2013 par Luc Broussy intitulé « Adaptation de la société au vieillissement ».

79 En l'occurrence la dépendance.

De plus, la mise à l'agenda qu'elle soit nationale ou européenne sera alors cruciale quant à la reconnaissance et à la diffusion de certaines TPA. Des questions pourront toutefois se poser comme le fait de savoir si la mise à l'agenda de la diffusion des TPA est pertinente sachant qu'un projet de loi sur l'autonomie sera bientôt présenté. Pour cause, *ce projet de loi sur l'autonomie n'englobe-t-il pas la problématique des TPA s'inscrivant elles mêmes dans le processus d'adaptation de la société au vieillissement ?*

Seule l'émergence d'un problème public peut donner lieu à l'inscription à l'agenda, dès lors *peut-on parler de la non reconnaissance institutionnelle des gérontechnologies comme problème public ?*

Autrement dit, *la reconnaissance institutionnelle des TPA pourrait-elle s'inscrire comme un moyen de mener à bien la politique d'autonomie en faveur des personnes âgées ?*

On peut alors imaginer que la mise à l'agenda d'une reconnaissance institutionnelle des TPA puisse s'apparenter à un objectif s'inscrivant dans un programme politique.

Si la réponse à cette question est affirmative, et que les intérêts économiques, sanitaires, sociaux de ces TPA sont démontrés pour les pouvoirs publics et la personne âgée, une inscription sur l'agenda de leur reconnaissance serait alors possible pour que in fine une décision soit par la suite mise en œuvre.

Si cette mise à l'agenda ne peut être réalisée, une ouverture semble aussi se profiler du côté de l'Union européenne (UE) qui viendrait donner une impulsion à ces technologies.

D'ailleurs cette mise à l'agenda semble avoir été implicitement enclenchée par l'UE, qui réfléchit actuellement sur des processus d'homologation et de labellisation à destination des TPA.

Pour terminer, et si le handicap est un aléa de la vie, la sénescence de l'individu est une certitude, ce qui pourrait expliquer la réticence des pouvoirs publics à ne pas rembourser les TPA à l'échelon national en raison du nombre considérable de personnes âgées en France s'inscrivant dans une population en perpétuel accroissement.

Toutefois, de nombreuses collectivités territoriales prennent actuellement en charge ces technologies dans le cadre du versement d'une prestation d'aide sociale⁸⁰ (AS) par exemple.

Dès lors, *serait-il pertinent de poser différemment la problématique du remboursement en*

80 L'aide sociale comporte de multiples prestations sociales versées aux personnes en situation de pauvreté. Elle permet principalement de répondre aux besoins vitaux de l'individu.

s'interrogeant sur la place de l'échelon national et de l'échelon local dans la prise en charge des technologies pour l'autonomie ?

II – La place de l'échelon national et de l'échelon local dans la régulation de l'offre en TPA

A l'heure actuelle, aucun remboursement des TPA n'est opéré officiellement à l'échelon national. Toutefois de nombreuses collectivités territoriales tel que les départements via le Conseil général (CG), commencent à prendre en charge de manière plus au moins « officielle » ces technologies dans le cadre des prestations d'aides sociales versées aux personnes âgées⁸¹.

A travers ce constat, on retrouve les paradigmes sur lesquels se fondent le niveau national et le niveau local. Le niveau national fonctionnant davantage sur la logique du pathologique alors que le niveau local a de préférence une compétence en matière d'autonomie des personnes âgées.

Ainsi en est il du versement de l'APA par le Conseil Général qui en est le meilleur exemple.

Le département a donc comme attribution des compétences sociales et médico-sociales expliquant peut être une meilleure vision par ce dernier des réalités du terrain s'agissant des questions de dépendance de la personne âgée. La question de la régulation de l'offre technologique et plus précisément de l'offre en TPA par l'Etat ou par une entité locale telle que la région ou tel que le département, peut être posée.

Qui de ces deux acteurs est le plus légitime dans la prise en charge des TPA ?

Outre l'analyse consistant à dire que la régulation de l'offre technologique peut venir de l'Etat ou des collectivités territoriales en terme de prise en charge notamment, *peut on s'interroger sur la place de l'Etat et du marché dans cette même régulation ?*

De manière plus succincte, *la régulation de l'offre en TPA doit-elle venir des pouvoirs publics ou du marché ?*

Cette question n'est pas sans impact sur la prise en charge des TPA. La régulation par l'un ou l'autre semblerait influencer sur le prix à l'achat du produit ou du service en postulant par exemple que la part remboursée par une autorité publique serait davantage plus intéressante pour l'utilisateur qu'une détermination du prix du service ou du produit par le jeu de la concurrence entre acteurs privés.

Ainsi, et pour se recentrer sur la dichotomie entre le champ d'intervention de l'Etat et le champ d'intervention des collectivités territoriales, il sera déterminant de se focaliser sur l'un ou l'autre des territoires pour envisager qui sera le financeur de telle ou telle technologie. Toute la difficulté sera alors de trouver une clé de répartition dans la prise en charge des technologies entre le national et le local, ce qui aura sans nul doute un effet positif sur la légitimation et la diffusion de certaines

81 Ces prestations d'aides sociales versées aux personnes âgées sont octroyées sous condition d'âge et de ressources.
Source : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>.

technologies.

A – Le national et le marché

1) Un poids insuffisant de l'échelon national quant à la diffusion et à la prise en charge des TPA

L'échelon national à travers l'Assurance Maladie se caractérise comme un acteur du sanitaire or on l'a dit les TPA ne sont pas qualifiées juridiquement de DM, les excluant ainsi de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

Les aides techniques sont prises en charge financièrement par l'Assurance Maladie comme dans le cas du fauteuil roulant qui inscrit dans la LPPR, fait l'objet d'un financement.

Le demandeur voulant acquérir du matériel devra fournir une prestation médicale et un devis tout en respectant la procédure d'entente préalable avec sa caisse de Sécurité Sociale pour la prise en charge de la partie légale remboursée⁸².

Or les TPA sont pour la plupart des « aides technologiques » incorporant de l'électronique et ayant donc des systèmes de fonctionnement plus développés que les aides techniques⁸³.

Ces technologies en raison de leur coût dû notamment à leur système de fonctionnement plus évolué semblent s'insérer lentement dans le champ sanitaire malgré leur vocation à favoriser le bien être et la santé des personnes âgées. A titre d'exemple un lecteur de glycémie⁸⁴ connecté à un smartphone permettant le suivi et l'envoi de ses résultats à un professionnel de santé est remboursé à 60 % par la Sécurité Sociale⁸⁵.

A l'inverse, une gérontechnologie s'inscrivant davantage dans le champs du divertissement mais ayant des effets sur l'état de bien-être voire sur l'état de santé d'une personne âgée, ne fait l'objet d'aucun remboursement. Ainsi en est-il, de la borne sensorielle et musicale Wizz box qui a été développé notamment pour des publics ayant une déficience sensorielle en proposant des jeux tactiles, sonores, visuel mais aussi des jeux sur l'entretien de la mémoire⁸⁶.

Tout le problème réside donc dans le fait que certaines technologies ayant des effets sur l'état de santé ou sur l'état de bien-être d'une personne âgée ne soient pas inscrites dans la LPPR.

82 Source : <http://informations.handicap.fr/art-allocations-aides-51-3419.php>.

83 Entretien n°6.

84 Il s'agit du lecteur de glycémie *iBGStar*® se connectant à un Iphone.

85 Source : <http://www.gerontechnologie.net/ibgstar%C2%A0-le-premier-lecteur-de-glycemie-connecte-a-l%E2%80%99iphone-d%E2%80%99apple/311672>.

86 Cette technologie s'appuie sur l'approche Snoezelen qui préconise une démarche d'accompagnement, un positionnement d'écoute et d'observation, basé sur des propositions de stimulation et d'exploration sensorielles, se basant sur la notion du « prendre soin ». Bien que cette borne semble avoir un effet sur l'état de bien-être de personne âgée déficient, cette technologie ne fait l'objet d'aucune inscription sur la LPPR. Elle n'est donc pas remboursable. Source : <http://www.handicat.com/at-num-27164.html>.

LPPR qui fixe un taux de remboursement et fournit les indications sur le type de matériel remboursable par la Sécurité Sociale. De ce fait, la question d'une réflexion sur la qualité et l'appropriation de certaines technologies par l'utilisateur ou les aidants pourrait être posée.

L'objectif serait alors de réfléchir sur une régulation cohérente de cette offre technologique en se fiant par exemple à des critères de qualité ou d'usage. Toutefois, *que doit-on entendre par régulation ? Quels seraient les autorités régulatrices de cette offre ?⁸⁷ Doit-on laisser le marché des TPA s'auto-réguler par le jeu de la concurrence entre les acteurs privés ?*

Tant de questions qui à l'heure actuelle ne semblent pas trouver de solutions ni d'applications concrètes.

La régulation se définit comme toute technique permettant le maintien de la constance d'une fonction. Or, ce terme de régulation semble peu approprié en raison du fait qu'il n'existe aucun contrôle sur le prix d'une technologie non remboursée.

En d'autres termes, *comment maintenir l'offre technologique de TPA non remboursée alors qu'aucune reconnaissance institutionnelle à proprement parler leur a été conférée ?*

La prise en charge par l'Assurance Maladie des TPA dont le processus est supervisé par la HAS est inexistante empêchant leur diffusion. Ajoutons à cela que la HAS ayant le statut d'autorité administrative indépendante (AAI) a quand même pour mission d'agir au nom de l'Etat et bien qu'indépendante du pouvoir exécutif et donc de toute hiérarchie, l'autorité engage la responsabilité de l'Etat en cas de faute commise. L'HAS et donc l'éventuelle procédure de prise en charge d'une TPA serait alors implicitement assimilée à une volonté étatique. De ce fait, l'échelon national a bel et bien un pouvoir d'intervention dans la diffusion des TPA.

2) Redéfinir la place du national en opérant un consensus sur la prise en charge d'une « technologie de base » ?

Au cours des différents entretiens que j'ai pu mener, ce qui est ressorti est l'idée qu'il soit pris en charge des « technologies de base » au niveau national⁸⁸. Technologie de base dont l'utilité, l'efficacité voir même l'efficience serait démontrée et reconnue lors d'un consensus national afin d'aboutir à un socle de base de solidarité nationale. Tel est le cas par exemple de l'aide humaine et des aides techniques qui ont antérieurement fait consensus. Ainsi en est-il aussi du remboursement

⁸⁷ *Pourquoi ne pas créer une instance du type autorité administrative indépendante pour réguler l'offre en technologie pour l'autonomie ?*

⁸⁸ Entretiens n°6 et n°7.

partiel d'un escalier par la prestation de compensation du handicap (PCH).

Aujourd'hui, il y a un certain nombre d'aides techniques remboursées par l'Assurance Maladie, alors *pourquoi prendre en charge de nouvelles aides qui plus est technologiques et potentiellement plus onéreuses ?*

La réponse à cette question ne semble pas porter sur le prix du dispositif technologique mais bel et bien sur la « plus-value » que pourrait apporter la TPA étudiée.

La plus-value est avant tout un concept économique se traduisant par l'augmentation de la valeur d'un bien ou d'un service. A titre d'exemple, pourquoi ne pas s'interroger sur une TPA recréant un environnement de vie favorisant la qualité de soin d'un senior avec notamment une fonction de téléconsultation médicale offrant des soins à distance. De ce fait, *ce type de technologie n'offre t-elle pas un gain en terme de qualité et d'efficience pour notre système de santé ?*

La réponse à cette interrogation semble être positive car dans le cas d'une téléconsultation médicale, nous nous situons bien dans une situation de dépistage pathologique que l'Assurance Maladie pourrait prendre en charge.

De plus, *pourrait-on imaginer à l'avenir, le remboursement d'une application sur tablette permettant de réaliser des actes de téléconsultation à destination des personnes âgées ?*

La réponse semble affirmative sachant qu'un acte de téléconsultation a une visée post-thérapeutique s'inscrivant tant dans une perspective préventive que dans une perspective curative.

L'acte de téléconsultation réalisé via une webcam connectée à internet pourrait dès lors s'inscrire dans la logique de prise en charge conduite par l'Assurance Maladie.

En somme, l'idée de mutualiser a minima un socle commun de remboursement des TPA semble être l'option la plus pertinente évitant toute obstacle de dispersion au regard de la multitude des dispositifs technologiques existant.

On arrive donc à l'idée qu'il serait plus pertinent de rembourser un service spécifique proposé par une TPA que plusieurs TPA proposant le même service.

De plus, la prise en charge d'un support intégré⁸⁹, de type smartphone ou tablette numérique serait aussi pertinente. Elle lèverait d'une part la contrainte de l'interopérabilité, pour éviter le « mille-feuille » des dispositifs technologiques. D'autre part, elle faciliterait l'entrée sur le marché de tel nouveau produit et donc de telle nouvelle offre. Dès lors on pourrait imaginer certaines technologies

89 Entretien n°7 : Selon V. Chirié, l'intégration va même plus loin que le smartphone ou la tablette et relève aussi de la gestion des services proposés sur le smartphone. Le smartphone peut donc proposer des services, qui assure la facturation, en passant aussi par la commercialisation et la promotion de ces services ... L'intégration est donc plus que la réunion sur un même support, de différents services !

selon certaines thématiques qui relèveraient de la LPPR⁹⁰ et d'autres non.

Le financement devra toutefois varier selon que l'on se situe dans le domaine sanitaire, médico-social ou encore dans le domaine du bien être.

Chaque application aurait donc un financement spécifique.

A cela devra aussi s'ajouter une intégration organisationnelle, avec la création d'un organisme régulant ces différentes applications⁹¹.

3) Vers une régulation des TPA par le marché ?

Le partage des compétences et de la prise en charge d'une technologie entre le national et le local pose aussi indirectement la question d'une répartition des rôles entre les pouvoirs publics et le marché. Le marché devant se traduire comme tout lieu physique ou virtuel où se rencontre l'offre et la demande et où s'opère la détermination du prix d'un bien ou d'un service.

En d'autres termes, *quel doit être le rôle des pouvoirs publics dans la régulation d'une offre en technologie pour l'autonomie ?*

Doit-on laisser le marché des technologies pour l'autonomie s'autoréguler en attendant que le prix du produit ou du service baisse pour qu'au final la Sécurité Sociale rembourse ?

Ou doit-on laisser l'Etat intervenir dès le début afin qu'il fixe un prix par produit ou par service auquel les industriels devront « s'adapter » ?

Pour illustrer, ces deux hypothèses de prise en charge, prenons comme exemple celui d'une application e-santé commercialisée sur smartphone. Cet exemple illustre alors parfaitement l'exemple d'une éventuelle prise en charge d'un service s'inscrivant dans le champ de la gérontechnologie. De plus, le fait de prendre en charge un service n'est pas anodin car il représente un meilleur rapport coût / économie pour l'Assurance Maladie à la différence d'une technologie de type smartphone ou tablette numérique dont le prix à l'achat est bien plus onéreux.

Par ailleurs, le service découlant de l'application e-santé se distingue du produit en raison du fait que le service a une finalité exclusivement médicale pour reprendre les propos de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) relayé par le CSP en son article L5311-1⁹².

90 Tel serait le cas de la surveillance de pathologie chronique.

91 Entretien n°7.

92 Article L5311-1 du CSP : « utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme ».

De ce fait, il semble logique que la Sécurité Sociale prenne en charge l'application e-santé et non le produit support. Nonobstant ce constat légitimant le remboursement d'un service découlant d'une technologie, les tablettes numériques en elles-mêmes peuvent elles aussi se révéler valorisantes pour les personnes âgées. Il a d'ailleurs été démontré que l'utilisation première d'une tablette par une personne âgée s'inscrit dans le cadre du divertissement⁹³. Cela étant dit, aucune étude sérieuse n'a prouvé que l'utilisation de tablette numérique à des fins de divertissement pouvait avoir une finalité médicale.

- Hypothèse 1 : Une régulation économique provenant essentiellement du marché

La première hypothèse visant à laisser le marché des TPA s'autoréguler peut être à double tranchant d'un point de vue économique. L'autorégulation, se définissant comme tout mécanisme de fixation d'un prix dans un marché concurrentiel peut en effet permettre une réduction du prix du service mais aussi une augmentation du prix du service. Ainsi en est-il, de l'exemple de la libéralisation du marché de l'électricité et de la mise en concurrence de ses acteurs entraînant systématiquement une augmentation des prix.

De plus, cette augmentation ou cette réduction du prix d'une application e-santé destinée à la personne âgée dépendra aussi du rapport entre l'offre émanant des industriels et la demande résultant des consommateurs.

Une offre réduite en service ou en produit pour une demande croissante de la part du consommateur pourrait être facteur d'augmentation des prix en raison du principe de rareté exprimant une « tension » entre le besoin et la ressource.

Dans cette optique de fluctuation probable du prix à la baisse comme à la hausse du service lié à la concurrence entre les offreurs de service en e-santé ou entre les fabricants de TPA, la prise en charge par la Sécurité Sociale peut être soit encouragée soit entravée.

Dans le cas, où la concurrence permettrait une réduction du prix du service, on pourrait alors imaginer un mécanisme de prise en charge par la Sécurité Sociale, toutefois, une problématique se pose en terme d'équilibre de marché et donc de budget pour la Sécurité Sociale.

Ce problème d'équilibre consistant à se demander où se fixe le prix du produit ou du service, ne

93 Entretien n°3.

semble pas être une contrainte pour une application e-santé dont le prix est abordable.

Si le coût de cette application est onéreux ou si le coût d'une TPA est élevé cela peut poser des problèmes de budget pour la personne âgée désirant utiliser ce dispositif.

Pour cause, elle devra « se payer le prix du marché » et si ces ressources ne lui permettent pas d'acheter la technologie, *ne devrait-elle pas vendre une partie de son patrimoine ?*⁹⁴

Ce problème d'équilibre du marché est donc fondamental pour la personne âgée utilisatrice d'une technologie. Une telle problématique envisage l'hypothèse d'exclusion d'une partie des personnes âgées à faibles ressources dans le processus d'acquisition d'une TPA. Et ce malgré leur hypothétique prise en charge par l'APA au travers de son budget aide technique⁹⁵.

Par ailleurs, et dans l'hypothèse où l'Assurance Maladie rembourserait partiellement une TPA, il serait possible de « jouer » avec le marché en régulant la part du prix remboursable par l'Etat.

Ce postulat paraît intéressant, car il « coûterait » moins cher à la solidarité nationale mais dans le même temps et tout comme la problématique de l'équilibre du marché, il pourrait y avoir des inégalités de prise en compte de population. Dès lors, la diffusion de ces TPA serait possible mais à moindre échelle.

Ce qui favoriserait dès lors une meilleure diffusion, serait donc la prise en charge totale d'une technologie ou d'un service, toutefois, cela ne veut pas dire pour autant que la personne âgée utilisera la technologie. Dans l'hypothèse d'un remboursement partiel, le fait de faire payer une TPA pose une barrière à l'entrée ou un frein à l'achat et tout comme pour l'hypothèse précédente, il n'est pas dit que l'utilisation du produit voire du service soit optimale.

En somme, laisser faire le marché pour in fine opérer une prise en charge d'une TPA n'est pas le point principal. Il y a réellement une idée d'utilisation et une question de *qui peut et qui veut acheter ?* Dès lors, si l'utilité du produit est prouvée cela pourrait justifier son remboursement partiel ou total.

94 Entretien n°9.

95 Entretien n°9.

- Hypothèse 2 : L'éventualité d'un contrôle étatique sur la mise en circulation d'une technologie ou d'un service

Cette seconde hypothèse envisage l'idée d'une intervention de l'Etat quant à la fixation d'un prix pour un service ou un produit. Autrement dit, la fixation du prix d'une technologie ou d'un service pourrait dépendre d'une réglementation étatique comme dans le cas de la réglementation du prix d'un médicament remboursable⁹⁶.

Les fabricants ou vendeurs devront par la suite se soumettre à cette réglementation ce qui permettra une adaptation du marché par la suite. Dès lors et si l'utilisation du produit ou du service est démontrée, *pourquoi l'Etat ne fixerait-il pas un prix de remboursement de base auquel les acteurs du marché des gérontechnologies seraient soumis ?*

Cette hypothèse s'inscrirait alors dans l'idée d'une protection des consommateurs, en l'occurrence les personnes âgées utilisatrices de ces technologies ou de ces services. Néanmoins, un tel raisonnement présupposerait aussi un sentiment de « contrôle » sur la mise en vente d'une technologie pouvant empêcher l'entrée sur le marché de nouveaux fabricants fébriles quant à une réglementation sur leur marge.

De plus, cette idée d'« interventionnisme étatique » pourrait aussi se matérialiser dans l'hypothèse où seraient financées des technologies ou des services par une collectivité territoriale, en l'occurrence le Conseil Général via l'APA. Toutefois, l'APA ne pourrait pas financer des services et encore moins des technologies en raison du fait que la part de l'APA « consacrée aux technologies » n'est pas importante⁹⁷. A titre informatif, l'APA comprend l'aide technique, l'aide humaine et le portage de repas.

A cela s'ajoute aussi le fait, que la personne âgée dépendante bénéficiant de l'APA, ne prend pas plus que le nombre d'heures qui lui est destiné. *Sur ce constat pourquoi prendrait-elle une extension d'aide technologique ?*⁹⁸

96 Et plus précisément de la réglementation des marges sur la vente d'un médicament.

Source : <http://www.csrp.fr/opencms/sites/fr/reglementation/prix.html>.

97 Entretien n°9.

98 Entretien n°9.

- Prise en charge par un organisme privé

Enfin, une dernière réflexion pourrait être menée sur la prise en charge totale ou partielle d'une technologie ou d'un service en santé par un organisme privé de type Mutuelle.

Cette option pourrait dès lors être intéressante pour la personne âgée qui se verrait financer partiellement ou totalement une technologie ou un service en santé.

Une telle hypothèse de prise en charge présenterait en conséquence un intérêt pour la Mutuelle, qui en finançant par exemple un service destiné à la prévention d'un risque dû à la vieillesse, pourrait faire baisser son taux d'accidentologie. Cela pourrait alors réduire le nombre d'indemnisation dû à des accidents dont la cause serait le handicap ou la perte d'autonomie d'une personne âgée.

Ainsi, pourquoi ne pas prendre en charge une application santé (relevant d'une logique préventive) par un organisme privé (mutuelle) et ce dans une perspective de diminution de son taux d'accidentologie ?

D'après Frédéric Serrière, expert en stratégie et en économie sur les impacts du vieillissement démographiques, certaines solutions permettraient de réduire les chutes des personnes âgées.

Des acteurs comme les mutuelles ou encore les caisses de prévoyance pourraient réduire leurs coûts en diminuant le nombre de personnes âgées devenues dépendantes suite à une chute.

A titre d'exemple, la France en 2011 a vu son « coût direct médical » chiffré à plus de 1 milliard d'euros en raison des 450 000 chutes enregistrées chez les plus de 65 ans⁹⁹. Cela représente donc un coût pour les organismes assureurs !

Outre, cette idée de prise en charge par une mutuelle, d'autres acteurs sont impliqués dans la lutte et la prévention de la perte d'autonomie telles que les caisses de retraites complémentaires ou encore les compagnies d'assurances comme l'indique la mission relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées dirigée par André Trillard, sénateur de la Loire-Atlantique¹⁰⁰. Selon le rapport qui en découle, les acteurs susmentionnés ont tous pour vocation d'organiser des programmes de prévention visant à dépister la perte d'autonomie en élaborant entre autre des programmes de prévention basés sur des bilans gériatologiques.

99 Source : http://www.fredericserriere.com/vieillissement_demographique/silver-economy-lanalyse-des-enjeux/
« Silver economy : l'Analyse des enjeux ».

100 Source : [Rapport présenté par Monsieur André Trillard, Sénateur de Loire Atlantique, Juin 2011, La Documentation Française.](#)

Ajoutons à cela, qu'avec l'augmentation du versement des prestations sociales dans le financement des aides à domicile des personnes âgées, des caisses de retraite sont devenues des acteurs à part entière du champ gérontologique aux cotés d'intervenants traditionnels tel que l'Etat et les collectivités territoriales¹⁰¹. *Dès lors, pourquoi ne pas imaginer un financement des TPA s'insérant dans la logique des aides à domicile ?*

La mission souligne toutefois que ces actions de prévention de la dépendance sont restreintes au bénéfice de leurs adhérents renforçant les inégalités dans son accès.

Tout un problème de sécurisation des populations âgées pauvres se pose en raison du fait que des personnes pauvres ne peuvent pas se payer les mêmes assurances que des personnes plus riches. D'autant que ce besoin d'être assuré est plus important pour la personne âgée pauvre que pour la personne âgée riche ayant les fonds nécessaires pour assumer ses dépenses en soins ou l'achat d'éventuelles technologies ou services.

- Dichotomie entre l'achat et l'utilisation d'une technologie ou d'un service pour l'autonomie

- La question de l'achat

Enfin et derrière les questions de savoir si le marché ou si l'Etat doit réguler le prix d'une technologie ou d'un service, se pose aussi une réflexion quant à leur utilité.

Nombre de personne âgée peuvent utiliser une TPA toutefois et pour qu'un mécanisme de solidarité nationale se mette en place, il faut que la « majorité » utilise ces technologies ou ces services.

La solidarité nationale, on l'a dit implique donc le financement d'une technologie ou d'un service qui dépendra du pouvoir d'achat du consommateur¹⁰². Bien entendu, si le pouvoir d'achat du consommateur est suffisant, il achètera. Si tel n'est pas le cas, la solidarité nationale peut être mise en place par l'octroi d'une aide qui pourra faire l'objet d'un recours sur succession. Recours sur succession qui opérera alors une sorte d'avance sur trésorerie pour la personne âgée qui devra à une échéance donnée, rembourser l'argent qui lui a été octroyé.

101 Cf : Stéphane Cadiou et Bernard Gagnon « L'action sociale des caisses de retraite : un dispositif complémentaire de la protection sociale des personnes âgées », Revue française des affaires sociales 3/2005 (n° 3), p7-32.

102 Entretien n°9.

- La question de l'utilisation

Aujourd'hui, la majorité TPA n'ont pas prouvé leur utilité auprès de l'utilisateur¹⁰³. Dès lors, toute mise en place d'un mécanisme de prise en charge devra s'intéresser à la nature du produit, à son utilité et à son efficacité. Il sera alors nécessaire d'analyser quel produit sera visé et de cerner son utilité en utilisant une valeur absolue. En apportant par exemple un pourcentage démontrant que telle ou telle technologie a permis l'amélioration de la qualité de vie de telle ou telle personne.

Ensuite, l'efficacité du produit devra être démontrée en valeur relative. En d'autres termes, il s'agira de démontrer l'optimisation des outils mis en œuvre afin de parvenir au résultat escompté.

A ce moment là et après ces éléments démontrés, tel ou tel modèle économique pourra être choisi ce qui conditionnera sans nul doute le mode de régulation en offre de technologie en santé.

Au final, la bonne diffusion d'une TPA dépendra de son mode de remboursement et du fait de savoir si la prise en charge portera sur la technologie elle-même ou sur le service émanant de la technologie. D'après les personnes interrogées et aux vues des deux hypothèses exposées plus haut, la prise en charge du service semble être privilégiée en raison essentiellement de son coût peu élevé. Toujours, selon Frédéric Serrière « de nombreux acteurs ont basé leur business model sur une hypothétique prise en charge de leurs solutions par des établissements tiers (CRAM, Conseils Généraux, mutuelles ...). Cependant, les budgets de ces acteurs, et en particulier ceux des Conseils Généraux seront de plus en plus restreints dans les prochaines décennies. Il est presque certain que les familles ou l'utilisateur devront assumer les coûts d'utilisation de ces technologies. Sauf à prouver de manière précise et réaliste les gains économiques pour ses organismes »¹⁰⁴.

En conclusion, les enjeux du remboursement d'une technologie pour l'échelon national sont nombreux. Un des intérêts nationaux majeurs de ces TPA sera alors de pouvoir s'inscrire dans une logique de relance de la croissance française en favorisant notamment des projets d'habitat intelligent qui semble-t-il relanceront le secteur de la construction, et donc l'innovation pour que in fine la France soit compétitive à l'échelle internationale. Toutefois et à l'heure actuelle, l'échelon national semble définitivement inadapté quant à une prise en charge de ces technologies, en raison notamment de l'absence de modèle théorique existant et des contraintes budgétaires auxquelles l'Etat fait face. Si l'Etat veut prendre en charge ces technologies, il lui faudra un budget solide et une

103 Entretiens n°6, n°7, n°8 et n°9.

104 Source : http://www.fredericserriere.com/vieillesse_demographique/silver-economy-lanalyse-des-enjeux/
« Silver economy : l'Analyse des enjeux ».

gestion politique ciblée plutôt que du laisser-faire pour reprendre les propos d'une étude Suisse relative à la robotique d'assistance et aux politiques publiques pouvant être mises en place¹⁰⁵.

Cela nous interroge ainsi sur un financement ou une prise en charge de ces TPA par le niveau local. Ainsi en est-il, *ne pourrait-on pas imaginer que la part de l'APA servant à financer les aides techniques prenne aussi en charge des aides technologiques ?*

Actuellement, la réponse à la question semble négative car la part de l'APA comprenant l'aide technique associée à l'aide humaine et au portage de repas, n'est pas importante.

Quoiqu'il en soit, le département, plus proche des réalités de terrain semble s'illustrer davantage dans une logique fonctionnelle.

B – Le local et le marché : l'exemple Isérois

1) Le département, un acteur incontournable de la dépendance

Nous venons de le voir, le niveau national représenté par l'Assurance Maladie et ses éventuels processus de prise en charge sont encore insuffisants d'où l'idée de se focaliser dès à présent sur l'échelon départemental, chef de file des expérimentations en matière de TPA.

Cette position de chef de file s'inscrit d'ailleurs dans le cadre de la loi de décentralisation de 1982 instaurant un transfert des attributions étatiques vers les collectivités territoriales et les institutions publiques afin qu'elles disposent d'un pouvoir juridique ou d'une autonomie financière.

De ce fait, le département est un acteur clé de la dépendance en ce qu'il gère, évalue, attribue et verse l'APA. Néanmoins, aucun remboursement des TPA n'est opéré de manière généralisée et réglementée par les départements. En pratique, de nombreuses collectivités territoriales tel que le département de l'Isère via son projet [autonom@dom](#), commencent à prendre en charge ces technologies dans le cadre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Le CG octroie et pilote l'aide sociale à l'échelle du département. D'ailleurs l'APA regroupe la plus grande partie de l'aide sociale aux personnes âgées.

Ajoutons aussi que l'aide sociale aux personnes âgées peut financer les frais d'hébergement d'un établissement d'accueil à condition que celles-ci remplissent entre autre des conditions d'âge et de ressources.

De même, certaines Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) organisent une aide individuelle

¹⁰⁵ Etude TA-SWISS «Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung» de 2013 intitulée « RoboCare, les soins de santé à l'âge des automates ». Avec le soutien de la Commission pour la technologie et l'innovation, l'Académie suisse des sciences humaines et sociales ainsi que l'Académie suisse des sciences médicales.

L'étude en question préconise entre autre « la mise en place des politiques de gestion proactives qui devrait conduire à la diffusion d'appareils utiles et économiques ».

auprès de certaines personnes âgées afin qu'elles acquièrent ces technologies, en piochant dans leur budget d'action sanitaire et sociale.

- Un niveau local davantage tourné vers une logique fonctionnelle

Nous avons supposé que le remboursement au niveau national des TPA pourrait être possible grâce à l'instauration d'un socle de base de solidarité nationale toutefois, la logique de l'échelon local n'est pas la même. Le niveau local comporte notamment des spécificités géographiques.

Ainsi en est-il des départements montagneux et donc isolés nécessitant la diffusion d'aide technologique de déplacement ou encore de technologies favorisant la communication au domicile de la personne âgée¹⁰⁶.

Un éventuel remboursement de ces technologies au niveau local dépend donc des spécificités géographiques mais aussi d'une volonté politique venant appuyer tel ou tel projet. La décision politique peut donc être orientée davantage vers des programmes de vie sociale visant par exemple la préservation du lien social d'une personne âgée. Corrélativement, les politiques sanitaires seraient moins développées constituant ainsi un choix de société¹⁰⁷.

De surcroît, de tels choix politiques exercés au niveau local peuvent engendrer des remboursements sur de la technologie. La prise en compte de ces deux spécificités locales (spécificité géographique et spécificité politique) sont alors fondamentales quant à la délimitation et quant à une répartition d'un éventuel remboursement tant au niveau national qu'au niveau local.

Si le niveau national fixe un prix de remboursement par rapport à un socle de technologie de base, il sera alors important de s'interroger sur quelles technologies seront prises en charge à l'échelon local et cela en fonction de ses spécificités bien sur.

Outre une répartition dans le remboursement entre le niveau national et le niveau local, les prises en charges pourraient aussi différer d'un département à l'autre alors même que les technologies susceptibles d'être proposées s'inséreraient dans le socle de base remboursable à l'échelon national.

Cela pourrait s'expliquer par l'existence de spécificités géographiques ou politiques propres à chaque département.

106 Tel serait le cas d'un dispositif de télésuivi à domicile pour des personnes âgées insuffisants rénaux.

D'ailleurs une étude a été lancée en décembre 2010 par le Pr Philippe Zaoui, chef de la Clinique de Néphrologie au CHU Grenoble auprès de 80 patients ambulatoires grenoblois et lyonnais souffrant d'insuffisance rénale chronique non dialysés. Le but étant de vérifier si le télésuivi donne de meilleurs résultats que le suivi conventionnel en matière d'observance du traitement, et de qualité de vie des patients. Un technicien va même les familiariser durant une demi-heure à l'e-tablette et va leur apprendre à remplir un questionnaire simplifié afin que les données de suivi puissent être transmises en moins de 15 minutes » d'après le Pr. Zaoui.

107 Entretien n°6.

Ainsi en est-il, certains départements financent déjà des projets de TPA comme le département avant-gardiste de la Creuse qui propose un « pack domotique ». Ce projet porté et développé par le Conseil Général de la Creuse destiné tant aux personnes âgées autonomes qu'aux personnes âgées dépendantes s'inscrit dès lors dans une réelle logique de prévention en proposant par exemple des détecteurs de fumée et de gaz avec des systèmes d'alarme visuelle et sonore.

Ainsi et par ce type de projet, les départements mènent de réelles politiques en terme de prévention des risques liés à la dépendance. Ces politiques de prévention du risque dépendance menées par les départements semblent aussi présenter des intérêts financiers pour leur budget.

- Les TPA : Un moyen de réduction des coûts de la dépendance au niveau départemental ?

On l'a dit le département est un acteur clé de la dépendance en ayant des actions en matière de prise en charge de l'autonomie. D'un point de vue purement budgétaire, le vieillissement de la population a aussi des conséquences économiques non négligeables sur le budget de fonctionnement du département. La charge et la gestion de l'APA au profit des personnes âgées représente le premier poste de dépense du département¹⁰⁸ et compte tenu des évolutions démographiques à venir cela risque d'être un vrai défi. L'augmentation du nombre de personne âgée augmentera un peu plus le nombre de personnes âgées dépendantes gonflant ainsi ce poste de dépense. Des solutions en terme de financement de la dépendance devront donc être trouvées tout en maintenant des politiques de prévention de la perte d'autonomie. Tel est le cas des politiques de prévention et d'accompagnement à domicile via l'aide à domicile¹⁰⁹. A noter que les départements sont réticents à réduire leur champ de compétence ou à cibler leur politique à l'égard des personnes âgées les plus dépendantes¹¹⁰.

Ainsi, la logique d'action sociale départementale semble proche du paradigme fonctionnel privilégiant des politiques de prévention et cela dans un but de ralentissement et d'anticipation du processus de perte d'autonomie. Bien que l'équilibre budgétaire des départements dépend d'une meilleure gestion de l'APA quant à son utilisation, le financement et la diffusion des TPA semblent s'inscrire dans la logique départementale des politiques de prévention de perte d'autonomie.

Par ailleurs, les TPA présentent aussi un intérêt financier pour les départements, qui pourraient les financer davantage afin de restreindre l'aide humaine pour in fine réduire les coûts de l'APA¹¹¹.

Ainsi en est-il, la diffusion des TPA pourrait s'inscrire dans une logique d'efficience en limitant les

108 Source : Cahier de recherche du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc), « Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, regards croisés des acteurs du secteur ».

109 Source : Rapport du groupe « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ».

110 Entretien n°6.

111 A condition bien sur que le coût de la technologie et de sa maintenance soit inférieur à l'aide humaine.

passages d'aides à domicile¹¹² qui répondent plus à un besoin de surveillance qu'à une aide.

Enfin, la question du financement de ces TPA par les départements doit se poser afin d'en mesurer le coût / avantage pour la collectivité territoriale mais aussi pour l'utilisateur.

Pour reprendre l'exemple déjà mentionné, le Conseil Général de la Creuse propose un pack domotique à 38,27 € / mois alors que son coût réel est deux fois plus élevé (entre 80 et 100 €).

On se situe donc dans une logique de prise en charge où le Conseil Général finance la moitié du coût de revient. De plus, et dans cet exemple, une prise en charge totale ou partielle de l'abonnement peut être possible pour des personnes au minimum vieillesse.

La prise en charge opérée par le Conseil Général est donc différente d'un processus de remboursement « classique » qui serait initié par l'Assurance Maladie. *On peut dès alors se demander sur quel critère d'évaluation le Conseil Général se base pour offrir tel ou tel pack à telle ou telle personne âgée ?*

Quoiqu'il en soit, le financement et donc la diffusion de ces TPA semble permettre la réduction du coût de la dépendance surtout dans ce département de la Creuse relativement isolé et comptant une population relativement âgée¹¹³.

D'autres Conseils Généraux comme celui de l'Isère ne sont pas en reste. Ce département développe un bouquet de service d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie nommé [autonom@dom](#). Ce bouquet de service s'organise via une plateforme intégrée, sanitaire et médico-sociale dans une optique de fluidification du parcours de soins afin de réduire notamment les hospitalisations inutiles. Les publics cibles sont donc les personnes en perte d'autonomie mais aussi les personnes âgées autonomes pouvant être porteuses de pathologie chronique.

Ce bouquet de service est dès lors intéressant car il inclut des TPA tel que des dispositifs de télé-alarme et de téléassistance mais aussi des dispositifs de sécurisation médicale.

112 L'aide à domicile et plus particulièrement l'aide ménagère est financée au niveau départemental au titre de l'aide sociale et sous condition de ressources.

113 Source : En 2007, la Creuse comptait 34,4 % de personne âgée de plus de 60 ans alors qu'au niveau national ce taux était de 22 %, Source Insee, « Dix ans de recensement de la population », Pascale Breuil-Genier, Unité des Études démographiques et sociales.

2) La mise en œuvre d'initiatives locales en faveur des TPA : L'exemple Isérois

- Autonom@dom

L'implémentation ou la mise en œuvre d'une politique publique forme le processus d'application des décisions émanant d'une autorité publique. Le cas du projet autonom@dom insufflé par le Conseil Général de l'Isère résume bien ce processus qui traduit la volonté politique de mettre en œuvre une action publique qui dans notre exemple a été portée par le département de l'Isère. Toutefois, un ciblage en amont de l'objet d'intervention de l'action publique doit être réalisé car une politique gérontologique nécessite une définition à minima de la problématique à traiter.

Ainsi, la mise en œuvre du projet autonom@dom bien que salutaire pour la diffusion des TPA, semble se confronter aux réalités du terrain marquées par la diversité de cette population aux besoins multiples¹¹⁴. De plus, cette diversité se traduit aussi par une nécessaire prise en charge en soins rendant ainsi plus complexe l'élaboration d'un projet de politique gérontologique, s'agissant notamment de la mise en place d'une filière de soins gériatriques. « Filière de soins gériatriques qui doit permettre à la personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique »¹¹⁵.

Ainsi, le projet autonom@dom regroupant un ensemble de services numériques fonctionnant 24h/24h, 7j/7j est porté par le Conseil Général mais aussi par des acteurs privés tel qu'Ericsson France et d'autres industriels venant en appuie de l'action publique. Le projet autonom@dom qui n'est à l'heure actuelle qu'à une étape de pré-commercialisation s'efforce d'optimiser les futurs technologies commercialisables afin d'identifier d'éventuels obstacles économiques et sociétaux¹¹⁶. Quoiqu'il en soit, et de par sa multidisciplinarité, ce projet a tout l'air d'être un tremplin en Isère pour la diffusion des TPA qui s'inscriront dans des logiques d'accompagnement, de prise en charge et d'information des personnes âgées mais aussi des personnes handicapées.

Les dimensions curative et préventive semblent aussi réunies notamment en raison de la prise en

114 En terme de soins par exemple pour les personnes âgées polypathologiques.

115 Source : Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

116 Le projet n'est qu'à l'état de démonstrateur mais il devrait permettre de « valider une organisation, un réseau de valeur capable de générer une proposition de valeur adaptée aux besoins et aux valeurs de ses clients cibles et d'assurer la répartition de la valeur ajoutée ainsi captée entre les différents membres de son écosystème. ».

Source : Eric Rumeau et Véronique Chirié in « AUTONOM@DOM : Bouquet de services d'aides humaines et techniques pour la santé à domicile et l'autonomie » *Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société*, 2012, n° 141, pages 129-145.

charge qui sera proposée aux personnes âgées sortant d'hôpital¹¹⁷ mais aussi en raison des actions initiées pour la prévention de la perte d'autonomie.

Enfin, les démarches engagées en 2013 notamment par Gisèle Perez, première vice-présidente du Conseil général de l'Isère chargée de la solidarité avec les personnes âgées et personnes handicapées devraient permettre de concrétiser le projet en 2014¹¹⁸.

- La technopôle Alpes Santé à domicile et autonomie (TASDA)

On vient de le voir avec le projet [autonom@dom](#), la dynamique locale correspond à des projets politiques menés par les élus du Conseil Général en collaboration avec les industriels et les universitaires. Complémentairement à ce projet, a été créée en 2009, l'association TASDA qui s'est illustrée en tant qu'évaluateur du projet à la demande du Conseil Général qui a mobilisé des acteurs du sanitaire, des acteurs du médico-social mais aussi des industriels, ou encore des universitaires.

Le TASDA de par son action dans le développement économique des technologies et services de santé à domicile, s'inscrit dès lors dans la logique de diffusion des TPA.

De ce fait, et de par les travaux¹¹⁹ qu'elle mène cette association semble faciliter l'ouverture du marché de ces technologies permettant l'émergence de nouveaux projets collaboratifs.

Le TASDA est aussi en lien avec les collectivités territoriales et notamment avec le Conseil Général et la commune en étant « apporteur » d'éléments de contenu sur l'action sociale¹²⁰.

Ainsi, la double dimension du TASDA à la fois économique et « politique » semble être favorable à la diffusion de ces technologies d'autant que l'association oriente la municipalité de Grenoble sur ce qu'elle pourrait développer pour que la qualité de vie à domicile des personnes âgées soit améliorée. Le TASDA s'inscrit alors parfaitement dans la mise en œuvre d'une politique d'action sociale visant à améliorer le service rendu au « citoyen-usager ».

De plus, cette association joue un rôle d'expert quant aux besoins des publics cibles et des offres existantes renforçant un peu plus sa fonction de « régulation implicite » de l'offre en TPA.

En somme, la question du remboursement qu'il soit partiel ou total de ces TPA ne doit pas se cantonner qu'aux politiques publiques et doit donc interagir avec le champ économique et juridique. Les enjeux pour les politiques publiques soulèvent donc des problématiques croisées relevant naturellement du champ politique et institutionnel mais aussi du champ économique,

117 Afin de faciliter le retour à domicile.

118 Source : <https://www.isere.fr/actualite?itemid=114>.

119 Pour exemple, des travaux du TASDA ont porté sur le thème des chutes.

Source : Synthèse des réunions BiVACS sur le thème des chutes avril-mai 2012.

120 Entretien n°7.

démographique, juridique et éthique.

Après avoir tenté d'approcher les obstacles en terme de politiques publiques, il conviendra dès lors de se tourner vers le terrain juridique afin de trouver un arbitrage à ces problématiques, au vu du droit en vigueur.

Un cadre légal et peut être même jurisprudentiel sera à définir tant en matière de responsabilité et de protection des libertés fondamentales qu'en matière d'évaluation et donc d'homologation.

La définition et la spécification d'un tel cadre juridique nécessitera sans nul doute une impulsion législative venant de l'Union européenne afin de labelliser ou plus encore d'homologuer ces TPA dans l'optique de faciliter leur diffusion sur le plan national voire international.

Partie 2 : La diffusion des TPA entre obstacles et enjeux juridiques

I – Faut-il nécessairement définir un cadre juridique ?

Les technologies du XXI siècle se caractérisent tant par la dynamique de progrès dans laquelle elles s'inscrivent que par les interactions qu'elles subissent avec la sphère économique et sociale.

Néanmoins, ces dernières bien qu'utiles à la promotion et au soutien de la santé peuvent s'avérer dangereuses en raison des risques qu'elles présentent lors de leur utilisation.

La notion de risque est elle même liée au principe de responsabilité qui fut d'ailleurs l'objet d'un ouvrage du philosophe et éthicien Allemand Hans Jonas¹²¹.

Ouvrage dans lequel l'auteur dit que « doit être interdite toute technologie qui comporte le risque aussi improbable soit-il de détruire l'humanité ou la valeur particulière en l'homme, qui fait qu'il doit exister. ». En d'autres termes, l'utilisation d'une technologie doit être faite intelligemment en ne négligeant pas les risques qu'elle peut nous faire encourir.

Toutefois, qui dit technologie dit régulation et qui dit régulation dit mise en place d'une réglementation devant permettre l'instauration d'un nouveau cadre juridique ou l'utilisation d'un cadre juridique existant.

La technologie dans laquelle s'insèrent logiquement les technologies pour la santé et les technologies d'aide à l'autonomie doivent donc voir leur utilisation encadrée.

Encadrement de leur utilisation décidé en amont par une évaluation technique afin de définir au mieux leur cadre légal et réglementaire.

Ainsi et au regard de ce premier impératif d'évaluation à des fins de sécurité et de prise en charge, s'ajoute aussi une question relative aux droits de la personne âgée-usager.

Dès lors, des questionnements se poseront en terme d'identification des responsables du fait du produit défectueux, du type de responsabilité, mais aussi des atteintes aux libertés fondamentales que peuvent causer ces technologies.

121 Source : Hans Jonas in « Das Prinzip Verantwortung », *Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt am Main 1979, S. 36.

A – Une mise en jeu des responsabilités encore complexe

1) La loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité des produits défectueux :

Un champ d'application excluant les TPA ?

- Domaine d'application du dispositif

La loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité des produits défectueux¹²² à l'origine des articles 1386-1 à 1386-18 du Code civil, relève de la transposition d'une directive communautaire du 25 juillet 1985 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux dont elle reproduit les principes essentiels. Le domaine d'application de cette responsabilité se doit d'être étudié du point de vue tant des personnes responsables, ou des victimes que du produit dont le défaut a causé un dommage.

Quant à la notion de produit, elle est définie par l'article 1386-3 du Code civil comme « tout bien meuble, même s'il est incorporé dans un immeuble ». Les TPA sont pour l'essentiel des choses mobilières qui peuvent être aussi incorporées dans de l'habitat intelligent à travers des capteurs domotiques, tel qu'un détecteur de fumée. La notion de produit au regard de ces technologies ne semble pas poser de problème.

S'agissant maintenant des personnes responsables, la loi de 1998 canalise la responsabilité non seulement sur la tête du producteur mais aussi sur la tête des personnes qui y sont assimilées.

Est producteur selon l'article 1386-6 du Code civil, « le fabricant d'un produit fini, le producteur d'une matière première, le fabricant d'une partie composante lorsqu'il agit à titre professionnel ».

C'est donc sur la tête du « producteur » que se trouve engagé exclusivement la responsabilité spéciale du fait des produits défectueux selon les souhaits du législateur communautaire. Néanmoins, cette notion de producteur semble extensive et il reste alors à préciser ce qu'il faut entendre par producteur. D'ailleurs et comme le souligne Vincent Rialle dans son rapport de 2005, l'installation d'une domotique de santé implique une multitude d'intervenants ce qui pose des problèmes de répartition entre parties industrielles, médicales et sociales. Par conséquent, les responsabilités entre producteur, fournisseur, prescripteur sont croisées relevant toute l'impertinence du champ d'application de la loi de 1998 au regard des TPA.

¹²² Cf : Loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux.

Au flou de cette notion de producteur s'ajoute aussi l'inexistence de référentiels de bonnes pratiques à destination du fabricant d'une TPA. A cette absence de référentiels s'ajoute enfin une problématique quant à l'engagement des responsabilités en cas de dysfonctionnement de ces technologies. Rappelons que les codes de bonnes pratiques ont une valeur juridique contraignante pour ses auteurs et ses signataires ce qui les rend opposables par conséquent¹²³. L'instauration de tels codes permettra entre autre d'encadrer les comportements des utilisateurs de ces technologies.

Toutefois, et bien que le caractère contractuel de ces codes représente une force pour ceux qui s'y obligent, leur instauration peut aussi présenter une certaine fragilité en raison du fait qu'un tiers¹²⁴ ne pourra intervenir dans le contrat en cas de violation des usages de celui-ci.

S'ajoute aussi comme problématique, l'absence de structuration d'ordre professionnel au sein des métiers du médico-social pouvant retarder la création de ces codes.

En définitive, la problématique de la prise en charge et de la qualification des TPA en DM réapparaît dans cette réflexion sur l'engagement des responsabilités. Ainsi en est-il, sont inclus dans le champ du DM ce qu'il est convenu d'appeler des produits de santé¹²⁵ y compris les médicaments. La responsabilité des produits de santé découle de la loi de 1998 intégré au Code civil et instaurant un régime spécial de responsabilité.

Dès lors, si un dommage est causé par un défaut de son produit et qu'il est admis que les produits de santé donc les DM relèvent du champ de ce régime spécial de responsabilité du fait des produits défectueux, les TPA en seront dès lors écartées du fait qu'ils ne sont pas qualifiés juridiquement de DM. Ainsi, ces technologies relèveront d'un régime de responsabilité pour faute¹²⁶ ce qui sera contraignant pour la victime qui supportera la charge de la preuve d'un défaut de la technologie qu'elle utilise.

En somme, ce régime spécial de responsabilité du fait des produits défectueux semble favorable pour la victime dans le cas où le producteur engagerait sa responsabilité délictuelle en raison d'un défaut de sécurité de l'un de ses produits ou services entraînant un dommage.

Le producteur est donc responsable du dommage causé par un défaut de son produit sans

123 Un code de bonnes pratiques à destination d'une profession donnée est opposable aux parties signataires.

Dès lors, cette opposabilité permettra au code de bonnes pratiques d'être reconnu juridiquement devant une juridiction. Il servira donc de preuve en cas de litige.

124 En l'occurrence, le champ législatif.

125 Un produit de santé est tout produit à finalité sanitaire. Le médicament (article L5111-1 du CSP) ou encore les DM (article L5211-1) sont des produits de santé et relèvent de la compétence de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

126 Ce régime pour faute est un régime de responsabilité du fait personnel dans lequel le fait générateur de responsabilité est le fait personnel de l'auteur du dommage comme défini aux articles 1382 et 1383 du Code civil.

considération d'un quelconque lien contractuel avec la victime¹²⁷ facilitant ainsi l'engagement de sa responsabilité. De plus, la situation du producteur¹²⁸, est particulièrement désavantageuse puisqu'il ne peut échapper à sa responsabilité que conformément aux modalités prévues par l'article 1386-11 du Code civil.

L'autre avantage pour la victime est relatif à la charge de la preuve qui incombe aussi bien à la victime qu'au producteur dans l'exemple où il voudrait s'exonérer de sa responsabilité¹²⁹.

D'ailleurs ce régime de responsabilité sans faute incombant au producteur lorsqu'un dommage résulte du défaut de son produit découle de la directive de 1985 à l'origine de la loi de 1998.

Ainsi, et quoiqu'il en soit les TPA sont exclues de ce régime spécial ayant pour conséquence de conférer moins de protection juridique aux personnes âgées utilisatrices de ces technologies.

La résolution du problème devra sans doute passer par l'élaboration d'une réglementation spécifique à ces TPA introduisant l'idée d'un label communauté européenne du type « Label CE » afin de renforcer le niveau de sécurité de ces dispositifs tout en les insérant dans un régime de responsabilité sans faute plus favorable à la personne âgée utilisatrice de ces technologies.

- Vers quel type de responsabilité peut-on tendre pour offrir plus de protection à la personne âgée utilisatrice des TPA ?

On vient de le dire, la directive de 1985 et a fortiori la loi de 1998 introduisent un régime de responsabilité sans faute où la responsabilité d'un individu en l'occurrence la responsabilité du producteur, peut être engagée même si ce dernier n'a commis aucune faute. Ainsi, ce régime est, on l'a dit, bien plus favorable pour la victime en raison du fait que la charge de la preuve est inversée. Elle incombera donc au producteur.

De plus et d'un point de vue indemnitaire ce régime est aussi très favorable car il permettrait à la victime de voir son préjudice réparé quand bien même le producteur n'a commis aucune faute.

Tout cela s'applique donc pour le régime de responsabilité du fait des produits défectueux or les TPA n'en font pas parties.

A ce premier obstacle s'ajoute aussi pour la victime une complexité dans l'engagement des

127 Article 1386-1 du Code civil.

128 Au sens de fabricant du produit.

129 Toujours d'après l'article 1386-11 du code civil : « Le producteur est responsable de plein droit à moins qu'il ne prouve une des 5 causes d'exonération énumérées dans le Code civil. Tel est le cas si il y a lieu d'estimer que le défaut ayant causé le dommage n'existait pas au moment où le produit a été mis en circulation par lui ou que ce défaut est né postérieurement.

responsabilités que ce soit à l'égard du producteur, du fournisseur ou encore du prescripteur. En théorie, seul le producteur est responsable des dommages causés par un défaut de son produit, cependant si ce dernier ne peut être identifié, le fournisseur, le vendeur voire même le loueur pourront voir engager leur responsabilité.

Bien que cette responsabilité croisée soit favorable pour le producteur, le fournisseur et le prescripteur qui pourront « couvrir » le risque résultant d'un dommage causé par un défaut du produit, les actions qu'intentera la victime seront compliquées et floues à déterminer.

Cette complexification dans l'identification des responsables résultera notamment de la détermination des degrés de responsabilité de chacun de ces acteurs.

Dès lors ne devrait-on pas resserrer la responsabilité sur un de ces acteurs et notamment sur le producteur¹³⁰ de la TPA défectueuse ?

La réponse à cette question sera formulée à travers deux hypothèses citées plus loin.

- Responsabiliser l'utilisateur ?

Pour reprendre les propos du Rapport Giard de 2004, il faut « former l'utilisateur à ses nouvelles responsabilités » afin qu'il devienne acteur de sa santé¹³¹.

Toutefois, que signifie ce concept de responsabilité de l'utilisateur ou plutôt de responsabilisation de l'utilisateur. *L'utilisateur a-t-il une part de responsabilité dans l'utilisation d'une TPA ou d'un service offert par ces mêmes technologies ?*

Le principe de responsabilisation associé au domaine de la santé si tant est que l'on puisse le définir est le processus de développement de l'implication et de la responsabilité de l'individu.

Ce concept de responsabilisation de l'utilisateur présente des similitudes avec le principe de responsabilité d'Hans Jonas qui s'inscrit lui aussi dans le contexte d'une société technicisée où la technologie comporte un risque de destruction de l'humanité.

Face à ce risque, un encadrement juridique quant à l'utilisation d'une technologie est nécessaire afin de dissocier la responsabilité du producteur de celle de l'utilisateur.

La responsabilité doit donc être globale et partagée entre le producteur, le fournisseur, le vendeur, le prescripteur et peut être même l'utilisateur.

¹³⁰ Le producteur est celui qui a travaillé la matière première. Il est donc l'industriel à l'origine de la création du produit.

¹³¹ Cf : Rapport Giard 2004, p183/206.

Une responsabilisation personnelle quant à l'usage qu'une personne âgée ferait de la technologie pourrait dès lors être envisagée dans le cadre d'une redéfinition du partage de responsabilité avec le producteur. Toutefois, pour que cette redéfinition soit possible, le système graduel et actuel de responsabilité croisée devra être revu.

Dans le rapport à la santé qu'entretient l'utilisateur et donc dans le cas de l'utilisation d'une TPA visant à améliorer sa santé, il est aussi à craindre un risque d'hyper-responsabilisation.

Risque d'hyper-responsabilisation en lien avec l'idée qu'il est demandé au patient d'être de plus en plus un acteur de son parcours de soin notamment.

Davantage de responsabilités sont alors conférées au patient en raison de cette position d'acteur.

D'ailleurs, cette tendance est encouragée par la technologie qui lui permet de faire seul un plus grand nombre d'actes techniques de santé comme dans l'exemple de l'application diabète commercialisée sur Iphone où il est possible pour l'utilisateur de mesurer son taux d'insuline.

Le risque est ici de voir cette tendance devenir outrancière, faisant des autres partenaires du parcours de soin des outils déléguant toute responsabilité au patient, seul véritable acteur.

Le risque de « dilution » des responsabilités entre acteurs de santé et le patient-utilisateur est donc envisageable.

Enfin, et pour terminer avec cette idée de responsabilisation de l'utilisateur, il m'est paru intéressant d'illustrer mes propos avec les préconisations qui ont été faites à travers l'étude suisse «Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung» sur la prise en charge en soins par des robots d'assistance¹³². Ainsi, dans l'idée de ce rapport sur l'utilisation des robots de soins à domicile et d'après l'avis des experts, le patient et ses proches doivent prendre davantage de responsabilités.

Malgré les gains d'autonomie et de libertés que confèrent ces robots semi-autonomes, il n'en demeure pas moins qu'ils restent des machines complexes rendant ainsi l'utilisation délicate.

Une question en terme de protection des données et d'engagement des responsabilités peut aussi prêter à discussion. D'ailleurs, le centre de recherche RobotRecht de l'université de Würzburg¹³³ en Allemagne appelle à l'élaboration de nouvelles réglementations en la matière en envisageant d'ailleurs la possibilité d'attribuer aux robots ultra-perfectionnés et agissant de manière autonome le statut de personne morale. Les fabricants, programmeurs et utilisateurs effectueraient un versement préventif sur un compte pour rembourser les dommages causés par des robots.

Une telle hypothèse nuancerait alors avec les craintes d'hyper-responsabilisation de l'utilisateur en

132 Le développement de l'étude est envisagé jusqu'à 2025.

133 Cf : http://www.jura.uni-wuerzburg.de/forschung/forschungsstelle_robotrecht/.

raison de l'implication de nouveaux acteurs dans le jeu des responsabilités.

2) *Vers une redéfinition du dispositif médical par le droit de l'UE ?*

- Certification, labellisation, homologation

Le DM est un produit de santé ayant une fonction fondamentale en terme de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement des maladies et d'amélioration de la qualité de vie de personne atteinte d'un handicap.

Ces DM a contrario des TPA font aussi l'objet d'un processus de certification facilitant la mise en confiance du consommateur-usager à travers l'attribution d'un certificat par un tiers attestant la conformité du produit à une norme.

Ainsi, et au vu de ce constat pourquoi ne pas imaginer un tel processus de certification pour les TPA bien qu'elles n'aient pas la qualification juridique de DM. D'autant qu'une telle certification ou une telle labellisation représenteraient toutes deux, un gage de confiance et de stratégie marketing, offrant une présomption de conformité¹³⁴ à ces technologies tout comme pour les DM.

Plus intéressant encore, *une telle certification ou labellisation ne permettrait-elle pas de basculer vers un régime de responsabilité différent ?* A savoir d'un régime de responsabilité pour faute à un régime de responsabilité sans faute à l'identique des DM relevant du régime des produits défectueux. Dès lors on peut se demander si les TPA seront mises en vente comme de « banals » produits ou comme des DM.

De plus, une distinction peut être faite entre le champ de la domotique relevant plutôt du droit de la consommation et le champ des technologies d'assistance relevant plutôt du droit médical¹³⁵.

Le droit médical régit et encadre les relations entre le professionnel de santé et le patient alors que le droit de la consommation encadre les relations entre le consommateur et le professionnel révélant un peu plus le caractère médical des technologies d'assistance.

Actuellement, et nous l'avons dit, on est dans un régime de « responsabilité classique »¹³⁶ pour les TPA. Ainsi en est-il, la défaillance dans le fonctionnement d'un bracelet électronique permettant de déclencher une alerte pour les personnes âgées atteintes d'Alzheimer en situation d'errance,

134 Ou un début de preuve.

135 Entretien n°10.

136 Régime de responsabilité pour faute.

engagerait la responsabilité du fabricant donc celle du producteur. Toutefois et étant donné que l'on se situe dans un régime de responsabilité pour faute, la charge de la preuve incomberait à la famille de l'utilisateur. La famille de l'utilisateur devra donc rechercher un dommage, un préjudice et le lien de causalité entre les deux pour prouver le dysfonctionnement de la technologie.

Cela étant dit, un travail d'expertise sur le lien de causalité entre dommage et préjudice peut être compliqué voire impossible en raison du niveau de technicité de certaines TPA comme celles relevant de la robotique d'assistance. Par conséquent, la complexité d'une telle expertise pourrait exclure toute demande d'indemnisation de la part de la personne âgée utilisatrice ou de sa famille. Cela pourrait aussi représenter dans le même temps un obstacle à l'engagement de la responsabilité du fabricant.

L'idéal serait donc un renversement de la charge de la preuve pour aboutir in fine à un régime de responsabilité sans faute dans lequel s'inscriraient les TPA.

De plus, la notion de produit défectueux semble imprécise en ce sens qu'est considéré comme tel, tout produit n'offrant pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre selon l'[article 1386-4](#) du Code Civil. L'appréciation faite par le juge devra donc tenir compte de toutes les circonstances, notamment de la présentation du produit, de l'usage qui peut en être raisonnablement attendu et du moment de sa mise en circulation au sens de l'[article 1386-4](#).

Dès lors, nous remarquons tous les enjeux d'une homologation¹³⁷ des TPA garantissant au consommateur que le produit acheté réponde légitimement à ses attentes.

L'homologation qui s'apparentant à un processus de certification, cela pourrait par exemple renseigner le juge sur le niveau de sécurité attendu du produit.

Si l'on tend vers une homologation des TPA afin de se « rapprocher » ou d'adopter un régime de responsabilité du fait des produits défectueux applicable aux DM, une redéfinition de cette dernière notion sera indispensable. Nous l'évoquerons plus loin, deux propositions de règlement de la Commission européenne tenteront de renforcer le niveau de sécurité élevé des DM.

Si l'on arrive à définir et à identifier les situations d'engagement des responsabilités dans l'éventualité d'un dysfonctionnement des TPA, la définition de produit défectueux sera alors facilitée¹³⁸.

¹³⁷ L'homologation doit s'entendre comme toute certification conforme d'un produit ou d'un service à un référentiel ou à une réglementation.

¹³⁸ Entretien n°10.

- Deux hypothèses concernant l'homologation d'une TPA

Deux hypothèses sont alors envisageables dans le cas où une TPA aurait fait l'objet d'une homologation.

Soit le produit défectueux a fait l'objet d'une homologation et dans ce cas la responsabilité sans faute du producteur sera engagée.

Soit le produit défectueux n'a fait l'objet d'aucune homologation, et l'on restera sur le système actuel de responsabilités croisées suivant les degrés d'implication des acteurs dans la défectuosité du produit.

La première hypothèse semble la plus intéressante du point de vue de l'engagement des responsabilité mais aussi du point de vue de l'identification d'une TPA dans un régime de responsabilité préétabli. Ainsi, l'homologation d'une TPA se restreindra à la seule responsabilité du producteur, évitant alors toute responsabilité croisée¹³⁹.

Ainsi, l'homologation servira d'authentification de ces TPA, les faisant basculer dans un régime de responsabilité sans faute à l'identique du régime de responsabilité des produits défectueux.

Dans l'hypothèse où les TPA feraient l'objet d'un label CE, on pourrait dès lors se rapprocher voire adopter un processus de marquage CE imposée par la directive de 1993 relative aux dispositifs médicaux¹⁴⁰ et la directive de 1990 relative aux dispositifs médicaux implantables actifs¹⁴¹ fixant des exigences obligatoires quant aux garanties de sécurité et de santé offertes aux utilisateurs.

L'idée d'un label CE¹⁴² pour les TPA représente aussi des enjeux commerciaux car tout comme le marquage CE, il pourrait garantir la libre circulation d'un produit au niveau de sécurité élevé au sein de l'Union européenne. Sans parler de la mise en confiance du consommateur offrant un « avantage concurrentiel » permettant au fabricant de se démarquer de ses autres concurrents. Cela faciliterait alors la diffusion des TPA sur tous les plans.

Cette première hypothèse n'est toutefois pas envisageable à l'heure d'aujourd'hui et semblerait dépendre d'une réponse venant de l'Union européenne. Et pour cause, « la Commission européenne

139 Entretien n°10.

140 Directive 93/42/CE.

141 Directive 90/385/CEE.

142 L'Union européenne demande actuellement d'inclure sur ces types de dispositifs technologiques le label CE.

précise que deux propositions de règlements européens sont en préparation pour une mise en application entre 2015 et 2019. Ils viendront modifier les directives 90/385/CEE, 93/42/CEE et 98/79/CE. Ces propositions de règlement poursuivent un triple objectif :

- S'assurer d'un niveau élevé de sécurité des dispositifs médicaux
- Mettre en place un cadre réglementaire gommant les disparités légales entre les Etats
- Préserver l'innovation et la compétitivité ce qui devrait impacter la législation française

Ces propositions sont d'autant plus importantes qu'elles doivent avoir un impact sur l'ensemble des opérateurs économiques (fabricants, importateurs, distributeurs, prescripteurs), et qu'elles emprunteront la voie du règlement. Le règlement est un texte juridique européen qui n'a pas besoin d'être transposé dans la législation nationale, à la différence de la directive. Une fois votée par le Parlement, le règlement devient d'application obligatoire dans tous les pays de l'Union européenne. »¹⁴³.

B – Risques d'atteintes aux libertés publiques de la personne âgée

- Lecture des TPA au regard des libertés publiques de l'utilisateur

La gérontechnologie est une discipline contemporaine à la confluence entre la gérontologie, les sciences, les technologies, l'éthique voire même la philosophie.

Bien que cette multidisciplinarité puisse répondre à une demande sociétale croissante en terme de pression démographique, en terme économique ainsi qu'en terme de politiques sanitaires, médico-sociales et sociales, une menace due à la sur technicisation des dispositifs technologiques peut peser sur l'utilisateur ainsi que sur sa famille.

Cette menace due à la sur-technicisation peut alors avoir des impacts sur les libertés de l'individu, utilisateur de ces technologies.

Les libertés de l'individu que l'on appelle « libertés publiques » peuvent d'ailleurs se classer en différentes catégories avec les libertés physiques, les libertés intellectuelles telle que la liberté d'opinion et d'expression ou encore les libertés relationnelles telle que la liberté de réunion.

Les libertés publiques se définissent dès lors comme les pouvoirs d'autodétermination qui visent à assurer l'autonomie de la personne humaine. Elles sont reconnues par des normes à valeur au moins législative et bénéficient d'un régime juridique de protection renforcée même à l'égard des pouvoirs

143 Entretien n°10.

publics d'après la définition du professeur de droit public Gilles Lebreton¹⁴⁴.

Ainsi, des notions familières à la gérontechnologie, telle que celle d'autodétermination ou encore celle d'autonomie peuvent être constatée à travers la définition de liberté publique.

Les pouvoirs d'autodétermination sont vus comme les pouvoirs que l'homme exerce sur lui même, sans que l'intervention d'autrui et notamment celle de l'Etat soit nécessaire.

En pratique, l'individu va où il veut, pense et exprime ce qu'il veut, et s'associe avec qui il veut sans que l'intervention de quiconque l'en empêche.

Toutefois, une intervention technologique peut-elle empêcher ce pouvoir d'autodétermination de l'homme ?

Ce pouvoir d'autodétermination ne semble toutefois pas suffire à assurer la dignité de l'utilisateur d'une TPA c'est pourquoi il doit être reconnu juridiquement afin de conférer une valeur protectrice à ces libertés publiques.

Ainsi, des conditions juridiques doivent être posées de manière globale pour la discipline des gérontechnologies ou de manière casuistique pour chacune des TPA en présence.

Ces conditions juridiques pourront émaner de textes nationaux mais aussi internationaux en se référant à des principes communautaires tel que ceux édictés par la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000¹⁴⁵.

La confrontation entre TPA et « libertés publiques » est donc essentielle car ces technologies présentent un risque pour les libertés de l'utilisateur-personne âgée qui peut se révéler selon ses capacités physiques ou mentales, vulnérable. La lecture des TPA sous le prisme des « libertés publiques » semble alors pertinente car la grande caractéristique juridique des libertés publiques est de faire l'objet d'une protection renforcée constituée par plusieurs garanties.

Preuve en est, la Constitution de la République Française en son article 34, confère au législateur une compétence pour fixer « les règles concernant ... les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés fondamentales ». Autrement dit, ces libertés ont une valeur constitutionnelle.

Les atteintes possibles aux libertés publiques que pourraient causer l'utilisation d'une TPA peuvent alors être exposées au regard de différentes situations. Sous réserve bien sur, de nuancer le propos, car toute TPA n'est pas nécessairement attentatoire aux libertés publiques de l'individu.

144 Gilles Lebreton in « Libertés publiques et droits de l'homme », *Sirey université*, 2009.

145 Le traité de Lisbonne du 13 décembre 2007 confère une valeur juridiquement contraignante à la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

- Quel encadrement juridique en cas d'atteinte à une liberté publique ?

1) Encadrement juridique possible

Le cadre juridique que l'on pourrait identifier au travers de l'implantation et de l'usage des gerontechnologies reste encore flou. La discipline des gerontechnologies à proprement parler n'est d'ailleurs reconnue par aucun texte de loi. Toutefois, des corrélations peuvent être trouvées entre cette discipline et certaines lois comme celle du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette loi institue par exemple dans chaque département un dispositif de veille et d'alerte afin d'adapter les interventions des services sanitaires et sociaux par les communes en cas de risques exceptionnels¹⁴⁶. On peut alors imaginer qu'un tel dispositif de veille et d'alerte sanitaire et sociale soit appuyé par des TPA de type système de téléassistance qui serait mis en place dans le cadre d'un plan de prévention canicule. Tel est le cas par exemple du dispositif de téléassistance Val'écoute proposé par le Conseil Général du Val de Marne qui s'adresse à des personnes âgées ou handicapées bénéficiant de l'aide sociale. Ce service qui tente de renforcer le maintien à domicile de ces publics alerte et prévient les plus fragiles en cas d'événement climatique ou sanitaire à risque¹⁴⁷.

Des normes communautaires peuvent aussi entrer en jeu dans l'encadrement juridique de cette discipline. Tel est le cas des principes généraux de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne imposant en son chapitre I et en son chapitre II, des principes de dignité et de liberté de la personne humaine.

Cette charte pose par ailleurs d'autres principes intéressants comme celui émanant du chapitre I, article 3 relatif au droit à l'intégrité physique¹⁴⁸.

Cette idée de choix rejoint alors ce qui a pu être dit en entretien¹⁴⁹ sur le fait de vivre avec le « choix de la solitude ou avec le choix de la vie sociale qui serait augmenté ou maintenu par la gerontechnologie ».

L'idée de choix et plus précisément de consentement libre et éclairé interroge aussi sur les capacités décisionnelles de la personne âgée dépendante quant à l'utilisation d'une TPA. *Peut-elle décider de ne pas être surveillée par un dispositif de suivi actimétrique bien qu'il permettrait de réduire les*

146 Une canicule serait un risque exceptionnel.

147 Source : <http://www.cg94.fr/guide-des-aides/2763-teleassistance.html>.

148 Cf : Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne en son chapitre I, article 3-2 : « Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doit notamment être respecté : le consentement libre et éclairé de la personne concernée selon les modalités définies par la loi ».

149 Entretien n°6.

risques de chute et qu'il diminuerait la charge de travail des aidants naturels ?

La réponse est positive en raison de la convergence des législations communautaires et nationales relatives au choix et à la détermination du mode de vie de la personne âgée.

Ainsi en est-il, la liberté d'expression dégagée par l'article 11 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne semble en adéquation avec l'article 1 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante intitulé « choix de vie »¹⁵⁰.

Cette Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (CDLPAD) rédigée en 2007 affirme des principes de dignité à destination de la personne âgée en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Elle mentionne donc des droits et des libertés pour la personne âgée mais aussi des obligations à l'encontre de la société et plus précisément à destination des aidants. Ainsi en est-il de l'article 2 intitulé « Cadre de vie » qui nous dit : « L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité ». Ainsi, une confrontation peut surgir entre choix de la personne âgée et impératifs de sécurité imposés à/par un tiers.

On peut dès lors se demander *quelle liberté ou quel principe prime sur l'autre ?*

A cette réponse, les principes dégagés par le droit communautaire sont incontestablement supérieurs à ceux dégagés par la CDLPAD, en raison du fait que ce dernier texte n'a qu'une valeur contractuelle. Elle sera donc contraignante qu'entre les parties signataires de la Charte et pourra être utilisée par une juridiction à titre d'usage de preuve.

Son champ d'action sera dès lors bien plus limitée que celui de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui elle a une valeur juridiquement contraignante dans tous les Etats membres de l'Union européenne.

De plus, les libertés publiques pouvant être le droit à la vie privée, ou encore la liberté de réunion peuvent être revendiquées par la personne âgée-utilisatrice de ces technologies. Cependant, *peut on dire que les libertés publiques inhérentes à la personne âgée autonome ou dépendante sont supérieures à celle de ses aidants s'insérant dans le dispositif technologique ?*

Comme le disait Rousseau « la liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres ».

Cela vaudrait donc dire que la liberté individuelle de la personne âgée de déterminer sa vie ne doit pas empiéter sur la liberté individuelle de l'aidant qui voudrait assurer la sécurisation de l'environnement de vie de cette même personne âgée.

¹⁵⁰ Cf : Article 1 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante : « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie. ».

Toutefois et dans le meilleur des cas, un tel principe ne peut être applicable qu'à des dispositifs technologiques opérant une coordination parfaite entre les professionnels du sanitaire, du médico-social, du social, sans oublier les aidants naturels.

Qui dit coordination dit donc multitude d'acteurs et qui dit multitude d'acteurs dit multitude de droits et de libertés se confrontant.

Idéalement, les ajustements entre telle ou telle liberté doivent donc se faire au cas par cas en respectant la volonté de la personne âgée, qui se trouve au centre du dispositif technologique.

Enfin, et pour se focaliser sur les droits et libertés de la personne âgée-usager des TPA, examinons dès à présent deux libertés physiques que sont le droit au secret et la liberté du domicile¹⁵¹.

Liberté physique

- Droit au secret

S'agissant des libertés physiques et plus précisément du droit au secret, il est à noter que nombre de TPA proposent des dispositifs de surveillance d'assistance proposés par des robots incorporant des capteurs de mouvement enregistrant une multitude de données plus ou moins confidentielles.

Ces dispositifs sont alors susceptibles de faire transiter des données sur l'état de santé de l'utilisateur ou de permettre la divulgation de renseignements relatifs à la vie privée. Ainsi en est-il des robots d'assistance à domicile qui mesurent les fonctions corporelles de leur patient et enregistrent une multitude d'informations dans un environnement donné, avec une caméra d'orientation.

Dès lors cet échange et ce traitement de données à caractère personnel relative à la santé de l'utilisateur peuvent se révéler sensibles au sens de la loi informatique et liberté de 1978 orientant la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dans ses missions.

Le consentement exprès de l'utilisateur d'une TPA devra toujours être recherché afin de lui apporter un maximum de protection et de confidentialité¹⁵².

Dans ces différents cas d'atteintes possibles à la vie privée, il existe alors un redoutable arsenal juridique apporté non seulement par l'article 8¹⁵³ de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CESDH) de 1950 et par l'article 17¹⁵⁴ du Pacte onusien de

151 La liberté du domicile est englobée dans le champ du droit à la vie privée.

152 Selon l'article 7 de la loi du 6 janvier 1978, « un traitement de données à caractère personnel doit avoir reçu le consentement de la personne concernée ou satisfaire à l'une des conditions mentionnée par le même article ».

Une de ces conditions peut être la « sauvegarde de la vie de la personne concernée ».

153 Cf Article 8 de la CESDH : « Droit au respect de la vie privée et familiale ».

154 Cf Articles 1 et 2 du Pacte Onusien de 1966 relatif aux droits civils et politiques :

1966 relatif aux droits civils et politiques.

En droit français, le « droit au respect de la vie privée » est reconnu par l'article 9 du Code civil qui s'est vu reconnaître valeur constitutionnelle. Le droit à la vie privée comporte d'ailleurs plusieurs composantes aux vues des textes et de la jurisprudence tel que le droit au secret, la liberté du domicile ou encore le droit à la protection des informations nominatives.

Ainsi, et en cas d'atteinte à ce droit, la personne âgée-usager d'une TPA pourra s'opposer à la captation et à la divulgation de son image ou de renseignements relatifs à sa vie privée. Le Code pénal punit d'ailleurs sévèrement toute atteinte à ce principe et sur le plan civil, la victime pourrait obtenir des dommages-intérêts en réparation de son préjudice. Ainsi l'encadrement législatif et jurisprudentiel que confère ce principe est très protecteur pour la personne âgée car le juge a la faculté de réparer les atteintes à ce droit mais aussi d'empêcher ou de les faire cesser.

- Liberté du domicile

Pour ce qui est, de la liberté du domicile relevant du droit à la vie privée, son étendue dépend avant tout de la conception que l'on se fera de la notion de « domicile ». La jurisprudence opte pour une définition extensive du domicile en assimilant « non seulement le lieu où la personne a son principal établissement mais encore le lieu où elle a le droit de se dire chez elle »¹⁵⁵.

Cette liberté du domicile recouvre trois droits distincts mais complémentaires : le droit de choisir son domicile, le droit d'utiliser son domicile à sa convenance ainsi que le droit d'être protégé contre les violations éventuelles du domicile, que l'on nomme sous le terme « d'inviolabilité du domicile ».

Aux vues de ces trois droits, aucun obstacle apparent semble se poser à la diffusion des TPA.

Le droit d'utiliser son domicile à sa convenance ne pose aucun obstacle à l'insertion de TPA à domicile sous réserve de respecter les lois et règlements en vigueur.

En d'autres termes, l'insertion d'une TPA au domicile de la personne âgée ne constituerait-elle pas une violation de son lieu de vie habituelle ?

Cette question pose alors une notion d'information qui doit être délivrée à la personne âgée pour

« 1. Nul ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. ».

« 2. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes. ».

155 Cf Ccass, crim, 26 février 1963, « Arrêt perquisition fiscale »

qu'elle sache par exemple que son habitat sera modifié.

D'autre part, le consentement libre et éclairé de la personne âgée devra être recherché afin qu'elle ne se voit pas imposer une technologie dans son lieu de vie.

Ainsi, le domicile est plus qu'un lieu de vie, il constitue le prolongement de la personne elle-même sans lequel aucune vie privée ne serait réellement possible. Cela explique donc que la violation ou la privation d'une liberté constitue une négation de la personne humaine.

La vie privée de la personne âgée-usager, devra donc être étendue aux technologies et non réduite à celles-ci. Cette intégration de technologies dans le lieu de vie de la personne âgée devra non seulement se conformer aux lois et aux règlements en vigueur mais aussi à des principes d'information, de consentement de la personne et de respect de ses facultés décisionnelles afin de lui laisser un espace strictement privé.

Ajoutons aussi que d'après un récent débat mené par la CNIL, le fait de raisonner strictement en terme de vie privée n'est plus cohérent en raison entre autre de la multiplication des données et de leur risque de fuite à travers notamment l'utilisation de système de vidéosurveillance.

En réaction à ces dérives, se développent depuis quelques années des processus de labellisation certifiant que des contenus internet ont été reconnu respectueux des règles édictées par la Commission. *Dès lors, pourquoi ne pas transposer cette idée de label à l'utilisation de TPA opérant un quelconque transfert de données confidentielles ?*

Après avoir abordé ces quelques questions juridiques, la nécessité d'un encadrement éthique semble se profiler. Encadrement éthique qui semble d'ailleurs dépassé par l'accélération sans précédent du processus d'innovation.

2) Quelles possibilités pour un encadrement éthique ?

D'après le philosophe Paul Ricoeur¹⁵⁶ « l'éthique n'est en fait pas seulement la morale, qui désigne des normes à l'action. Elle n'est pas non plus seulement une manière de suivre l'ethos commun¹⁵⁷, c'est-à-dire les mœurs d'une époque donnée. Elle est surtout une réflexion sur les principes de la vie bonne, dans un contexte qui serait celui du lien à autrui, et sur la manière dont ils s'incarnent en une époque donnée »

156 Paul Ricoeur « De la morale à l'éthique et aux éthiques » in : *Le Juste 2*. Paris : Editions Esprit, p55-68, 1990.

157 L'ethos se définit comme une manière d'être ou d'agir collectivement.

Néanmoins et pour reprendre les propos de Dominique Folsheid¹⁵⁸, « il faut renoncer à envisager une éthique particulière pour les personnes âgées. Quelque soit leur état, elles ne sont pas des sous-espèces d'humain mais des personnes comme les autres. Et pourtant, une étrange forme d'éthique est en train d'apparaître à travers l'impératif du « bien-vieillir ». Sous ses critères et ses normes, cet impératif dissimule en effet des éléments typiquement « jeunistes », qui nous renvoient à une éthique utilitariste, libertaire et consumériste ».

Un encadrement éthique est donc possible selon ce dernier mais il ne doit pas faire l'objet d'une systématisation et d'une généralisation de la personne âgée. A l'inverse du concept de « vie bonne » développé par Ricoeur dans sa définition de l'éthique, Dominique Folsheid valide la conception d'une éthique des vertus proposée par Aristote, qui aborde une dimension davantage casuistique de la personne âgée. Pour Aristote, la raison pratique devait être requise afin d'évaluer les moyens employés.

Des questions d'éthique quant à l'utilisation et à la diffusion des TPA à domicile se posent aussi tout comme en matière de responsabilité. Nous l'avons d'ailleurs mentionné, aucun code de bonnes conduites sur les usages des TPA n'existent actuellement. Dernièrement, l'idée de la création d'un code de bonnes conduites sur les usages des technologies de géolocalisation vient d'ailleurs d'être rejetée par le Ministère.

Cette question des risques liée à la géolocalisation n'est d'ailleurs pas si récente que cela.

Vincent Rialle à travers son rapport de 2005 avait déjà pointé du doigt les risques d'atteintes aux libertés fondamentales que l'utilisateur de ce type de technologie pourrait encourir. Il est d'ailleurs fait référence aux techniques télémédicales comme la télésurveillance hors raisons médicales attestées.

Là encore, la création d'un code de bonnes conduites devant être respecté par les fabricants du produit mais aussi par les utilisateurs professionnels pourrait poser les premières pierres d'un encadrement éthique.

L'encadrement éthique des TPA est une nécessité afin de garantir à l'utilisateur mais aussi à sa famille des valeurs fondamentales telle que l'équité, la solidarité, le respect de l'autonomie décisionnelle ou encore le principe de bienfaisance encourageant à faire du bien à autrui dans un intérêt social¹⁵⁹.

158 Dominique Folsheid in « A nouvelle vieillesse, éthique nouvelle ? », *Fond. Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société*, 2013, n° 144 pages 19 à 30.

159 L'intérêt social se traduirait par la capacité d'un individu à se préoccuper du fonctionnement de la société.

Toutefois, et nous l'avons plus ou moins dit, l'encadrement éthique de telle ou telle technologie pourrait être mis à mal par le développement toujours plus accru d'innovations technologiques dont font l'objet les TPA.

Bien qu'il faille un certain nombre de valeurs éthiques à ces TPA, de grands principes tel que la bonne utilisation et la juste utilisation de ces technologies devront primer.

De plus, les réflexions éthiques devront aussi se tourner vers l'environnement de la personne âgée, autrement dit son domicile, car les TPA semblent être tributaires de cet environnement. Ce n'est pas le domicile qui doit s'adapter aux TPA mais bel et bien les TPA qui doivent s'adapter au domicile tout en répondant aux besoins de l'utilisateur et surtout en respectant sa sphère d'intimité.

On se rapproche alors d'une « éthique du care » dans laquelle pourraient tout à fait s'intégrer les TPA et ce dans une logique de besoins.

D'ailleurs la définition donnée par Bérénice Fisher et Joan Tronto¹⁶⁰ renseigne de manière pertinente sur le développement d'une éthique du care à domicile ; « Au niveau plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-même et notre environnement¹⁶¹ tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie ».

D'autant, que les valeurs propres à la notion du care comme celle de l'attention à l'autre et à ses besoins (phase du caring about) pourraient amener à une réflexion sur l'utilisation et l'évaluation des TPA. *L'éthique du care n'aurait-elle pas une fonction évaluative quant à l'utilisation des TPA ?*

Quoiqu'il en soit, ce choix d'encadrement éthique pourrait apporter une information complète et adaptée à la personne âgée-utilisateur mais aussi à ses aidants qu'ils soient professionnels ou naturels.

Cette éthique focalisée sur les besoins de la personne âgée permettrait aussi une meilleure intégration des technologies pour les professionnels du sanitaire, du médico-social, du social mais aussi pour la famille.

En conclusion, un encadrement qu'il soit juridique, éthique ou les deux à la fois est nécessaire afin d'éviter toute atteinte aux libertés fondamentales de la personne âgée et accessoirement à celles des

160 Berenice Fisher, Joan Tronto, « Toward a Feminist Theory of Care », *Circles of Care : Work and Identity in Women's Lives*, State University of New York Press, eds. Emily Abel and Margaret Nelson, 1991, p40, cité in TRONTO, *Op. cit.*, 1993, p. 103.

161 La notion d'environnement pouvant être comprise au sens du domicile.

aidants professionnels et familiaux dans le cas où ces derniers s'inscriraient dans l'espace privé de la personne âgée. La mise en place d'un encadrement juridique et éthique a aussi une dimension psychologique en permettant une meilleure acceptation de ces technologies résultant d'une minimisation des craintes que pourrait avoir l'utilisateur ou sa famille.

L'encadrement devra donc aller au delà du simple usager et devra aussi tenir compte des professionnels de la discipline en développant par exemple un code de bonnes conduites.

Le code de bonnes conduites énonçant un ensemble de comportements spécifiques à une profession¹⁶² permettrait alors d'approfondir les questionnements éthiques sur le « mieux agir ».

Une évaluation quant à l'utilisation des TPA sera alors nécessaire afin de pallier à tout risque d'atteintes à la dignité de la personne âgée-utilisatrice. Atteintes à la dignité qui peuvent être des atteintes au droit au secret ou des atteintes à la liberté du domicile mais aussi des atteintes plus subtiles causées par des technologies qui infantiliserait la personne âgée au lieu de l'intégrer dans une communauté humaine.

162 Lionel Ben Hamed in « Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies ? »
Fond. Nationale de Gérontologie | *Gérontologie et société* 2012, n° 141 p183-193.

Ce dernier propose un guide de développement éthique en amont du processus d'émergence des gérontechnologies.

II – Difficulté d'évaluation des TPA : Un obstacle à leur reconnaissance ?

Dire que les TPA ne font l'objet d'aucune reconnaissance en raison du fait qu'elles ne soient pas reconnues institutionnellement et qu'elles ne sont mentionnées dans aucun texte de lois n'est pas suffisant. Des problématiques sous-jacentes et complémentaires à la question du remboursement se posent. La reconnaissance de ces technologies doit donc passer nécessairement par un processus d'évaluation en terme de certification situé en amont d'un éventuel processus d'homologation ou de labellisation. De cette démarche dépendra leur diffusion et donc leur reconnaissance auprès des autorités publiques dans l'optique d'un remboursement mais surtout auprès de l'utilisateur qui verra en ces technologies un gage de crédibilité et de confiance.

Cette phase d'évaluation devra être réalisée par une AAI du type HAS ou un organisme tiers de droit privé tel que l'Association française de normalisation¹⁶³ (AFNOR) pour in fine rendre aptes ces technologies à la mise en vente et par la suite permettre leur mise en circulation.

De surcroît, il sera aussi important de distinguer le service de la technologie car cette dernière n'existe que si elle est accompagnée d'un service. Cette distinction est alors importante car elle conditionnera leur mode d'évaluation. Mode d'évaluation qui pourra être soit technique, soit clinique, soit économique ou porter sur le service que fournira la technologie.

L'idée d'un label européen pourrait alors dépendre de l'évaluation du service rendu par une TPA donnée. En outre, une telle méthodologie portant sur l'évaluation du service rendu voire même sur une amélioration du service rendu par une TPA permettra d'avoir une vision globale des problématiques clinique, technique et éthique dont le service en serait le meilleur indicateur.

Le curseur, dans l'optique d'une évaluation, devra donc être mis sur le service découlant de telle ou telle technologie¹⁶⁴.

Le service rendu par la TPA doit donc faire l'objet d'une évaluation quant aux bénéfices et aux risques qui sont liés à son utilisation. Toutefois et nous tenterons d'apporter des pistes de réflexion à cette question, *comment évaluer une technologie qui ne fait l'objet d'aucune réglementation a minima sur sa mise sur le marché ?*

163 L'AFNOR est un organisme de certification et d'évaluation de systèmes, services, produits et de personnes en France. C'est une association de droit privé reconnue d'utilité publique.

164 Entretiens n°8 et n°10.

Quel serait alors l'utilité d'une telle évaluation dans un contexte de « non régulation »¹⁶⁵ de cette offre technologique ?

Une des pistes de réflexion à la régulation de cette offre technologique semble alors être un processus de labellisation en terme d'accréditation. Ce processus serait alors intéressant dans l'optique d'une mise sur le marché régulée de ces technologies mais permettrait surtout d'intégrer l'utilisateur, les industriels, et la protection sociale publique et privée dans un contexte d'innovation technologique et sociale.

A – Absence d'un processus de labellisation (en terme de certification)

1) Aucune labellisation en terme de certification

- Nécessité d'une évaluation s'inscrivant dans le cadre d'une labellisation

Les aides techniques s'appuyant sur les nouvelles technologies restent des aides techniques et bénéficient de ce fait de la qualification juridique de DM en ce qu'elles peuvent mettre la vie des individus en péril¹⁶⁶. Selon le centre national de référence santé à domicile et autonomie¹⁶⁷ (CNR santé), ces aides techniques s'appuyant sur des technologies nouvelles peuvent se traduire par des « systèmes experts ou intelligents capables d'assurer des missions de sécurisation de l'environnement, de supervision et d'assistance pour les différents types d'incapacités ».

Les aides techniques peuvent donc incorporer des nouvelles technologies, toutefois, toutes les TPA ne sont pas des aides techniques qui par nature sont destinées aux personnes en situation de handicap mais nous l'avons dit, elles ont les mêmes fins que les TPA en permettant de compenser partiellement ou totalement une limitation d'activité de l'individu.

Cette distinction entre TPA et aides techniques s'appuyant sur des technologies nouvelles est donc importante car elle conditionnera un éventuel mode d'évaluation spécifique des TPA.

Dans cette optique, la labellisation d'une TPA peut donc permettre l'identification du service rendu.

165 Dans le sens, où il n'existe aucun « business model général » pour la commercialisation des TPA.

166 Entretien n°8.

167 Le CNR santé résultant d'une initiative du Ministère de l'Économie et des Finances a été lancé à la fin de l'année 2009 afin de faciliter le développement et l'usage des TIC dans le contexte de la prise en charge de la santé et de la dépendance au domicile. Ce centre de référence a en outre comme mission de mettre en place un réseau national d'expertise et d'innovation regroupant tous les acteurs de la chaîne de valeur tel que les offreurs, les financeurs et les utilisateurs.

De ce fait, l'évaluation du service fournit par une TPA permettra alors d'indiquer le niveau de qualité du produit ou du service.

Ainsi, la création d'un label permettra d'identifier un produit respectant une norme spécifique ou d'identifier le niveau de qualité de ce même produit ou d'un service, mettant ainsi en confiance le consommateur. Cette mise en confiance du consommateur pourra aussi s'inscrire dans la stratégie marketing du fabricant, allant même jusqu'à lui conférer un avantage concurrentiel.

En d'autres termes, la labellisation est l'aboutissement d'un processus d'évaluation de la conformité d'un produit ou d'un service à un référentiel.

Ainsi, le processus de labellisation d'une technologie ou d'un service relève d'une approche systémique¹⁶⁸ et globale qui ne pourra se construire sans un processus d'évaluation en amont.

Cette évaluation à destination d'un produit ou d'un service issu d'une TPA, prendra vraisemblablement différentes formes¹⁶⁹.

L'évaluation pourra être technique pour des technologies très innovantes.

Ce type d'évaluation devra toutefois prendre en considération les problématiques cliniques et éthiques liées au dispositif étudié. Dès lors, cette prise en compte sera déterminante pour évaluer au mieux la qualité du service rendu ou pour mieux appréhender l'amélioration du service rendu.

Une préconisation est aussi faite quant à l'adaptation de la méthodologie au dispositif et non l'inverse, ce qui risquerait de fausser l'évaluation.

L'évaluation de la technologie devra aussi être clinique en tenant compte de l'intérêt épidémiologique du dispositif. Dès lors, le choix d'une étude clinique similaire à celle utilisée pour le développement d'un médicament par exemple, ne sera efficace que si le bénéfice escompté se révèle supérieur au risque encouru par la perte progressive d'autonomie d'une personne âgée.

De plus, une évaluation médico-économique appuyée par des preuves statistiques serait pertinente et intéressante dans l'optique d'un partage de risque par l'Etat¹⁷⁰.

Ce type d'évaluation pourrait dès lors permettre de renseigner sur l'efficacité de tel ou tel dispositif, en mettant en regard les résultats attendus de ce même dispositif avec les ressources consommées pour le produire. A titre d'exemple, la mise en place d'un tel mode d'évaluation serait pertinent afin

168 Qui est relatif à un système ou ce qui agit sur un système.

169 Cf : Rapport de Vincent Rialle sur les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille, remis en 2005 au Ministère de la Santé et du Travail.

170 Entretien n°8.

d'obtenir des données fiables sur les fugues de patients déments en institution¹⁷¹.

Cette évaluation pourrait notamment porter sur des dispositifs du type alerte errance¹⁷².

Une évaluation quant à l'usage de la technologie pourrait aussi se révéler pertinente afin d'identifier le volume d'activité et la fréquence d'utilisation du service par l'utilisateur. Dès lors, *pourquoi ne pas imaginer un indice de confiance basé sur des données chiffrées mettant en lien la fréquence d'utilisation d'un service et la satisfaction qu'en obtiendrait l'utilisateur ?*

Ajoutons aussi qu'un processus d'évaluation de certaines TPA pourrait venir de la HAS au travers de son service d'évaluation des actes professionnels (SEAPS). Ce service a pour mission l'évaluation des technologies de santé. Dès lors, *qu'est-ce qu'une technologie de santé ?*

La définition du terme « technologie de santé » est large et pour l'International Network of Health Technologies Assessment (INAHTA), ces technologies comportent « toutes les interventions susceptibles d'être utilisées pour promouvoir la santé, prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, ou pour la rééducation ou les soins au long cours. Elles englobent les médicaments, dispositifs, procédures et organisation dans les systèmes de santé ».

Il peut s'agir de technologies diffusées ou en voie de diffusion, ou de technologies émergentes. »¹⁷³.

Ainsi, la SEAP « évalue des matériels, des équipements et des procédures ou stratégies utilisés par des professionnels de santé dans un but préventif, diagnostique ou thérapeutique ».

L'assimilation de certaines TPA à des technologies de santé au sens de l'INAHTA pourrait alors permettre une reconnaissance institutionnelle de certaines TPA répondant à des finalités préventive, diagnostique ou thérapeutique¹⁷⁴. Dès lors et après la rédaction d'un rapport d'évaluation par le SEAP présentant ses arguments en faveur de la diffusion d'une technologie de santé, une validation de ce même rapport¹⁷⁵ s'effectuera par un Collège de la HAS permettant in fine la diffusion de la technologie à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), au Ministère de la Santé et aux professionnels de santé.

Dès lors, la bonne diffusion d'une TPA dépendra des arguments et des preuves qui seront donnés sur son efficacité et sur ses finalités préventive, diagnostique ou thérapeutique au groupe d'experts de la SEAP.

171 Il n'existe aujourd'hui aucune données statistiques fiables qui soient relayées au niveau national sur les fugues de patients déments en institution.

172 Cf : Dispositif Alert'errance mis en place dans l'Est Marseillais (Communes d'Aubagne et de La Penne sur Huveaune) Source : <http://www.filrougealzheimier.org/activites/alert-errance/>.

173 Cf : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_408961/fr/evaluation-des-technologies

174 Cette méthode d'évaluation proposée par la HAS se base uniquement par rapport à la notion d'acte professionnel.

175 La validation de ce rapport a pour vocation d'orienter la décision publique sur les différentes dimensions du sujet.

Enfin, et après avoir exposé des cas concernant l'évaluation a priori de certaine TPA, envisageons une évaluation a posteriori afin d'éviter la survenance d'incidents ou de risque d'incidents graves après leur mise sur le marché. Dès lors, soumettre l'évaluation des TPA au principe de la matériovigilance¹⁷⁶ pourrait être intéressant. En théorie, ce type d'évaluation a posteriori renforcerait toutes mesures préventives quant à la survenance d'un incident ou d'un risque d'incidents graves. En pratique, la non qualification juridique d'une grande majorité de TPA en DM posera un frein à l'application de ce principe.

En somme, l'évaluation doit être multiaxiale et doit donc se baser sur des référentiels de produit et de service. Ainsi en est-il, le label ne devra pas se cantonner à l'unique niveau de technicité de la technologie étudiée mais devra bel et bien avoir une vision transversale des problématiques d'usage, médico-économique, clinique et éthique.

De la même manière, et corrélativement à ce constat, cela devrait empêcher la mise en place d'un label trop usuel se référant à des catégories socialement construites (personne âgée ou personne handicapée). Le dépassement de ces représentations au sujet des TPA et plus particulièrement des TIC, permettrait alors de les rendre plus transversale et plus utile pour l'utilisateur, à tout moment de sa vie¹⁷⁷.

- Nécessité en aval d'une réglementation sur la mise en vente et sur la mise en circulation

- Etat de l'art

Une évaluation des risques que comportent les TPA est nécessaire quant à une autorisation de mise sur le marché de ces produits. Qui dit autorisation de mise sur le marché dit donc réglementation sur la mise en vente de ces technologies.

Cette question n'est pas sans intérêt car aujourd'hui la mise en vente de TPA se fait par le biais d'entreprises appartenant à des sous-secteurs d'activité tel que l'industrie électronique ou encore celles des télécommunications¹⁷⁸ mais aussi des starts-up, créés sur un segment économique

176 Selon l'ANSM, « la matériovigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché, qu'ils soient marqués CE ou non, en dehors de ceux faisant l'objet d'investigations cliniques ».

177 Cf : Rapport de Robert Picard de 2009 intitulé « TIC, santé, autonomie, services : Évaluation de l'offre et de la demande ».

178 Tel est le cas d'Orange Healthcare, filiale d'Orange liée à la santé.

particulier¹⁷⁹. Ainsi, aucune réglementation spécifique et uniformisée relative à la mise en vente des TPA n'existe en raison du morcellement des secteurs d'activité dont ces technologies proviennent.

Dès lors, allons nous adopter une législation similaire à celle du médicament ou allons nous vers une législation spécifique régissant la mise en vente et la mise en circulation des produits et des services pour l'assistance des personnes âgées ?

- Mise en parallèle avec la réglementation sur le médicament

Pour répondre à ces questions, faisons un parallèle avec la réglementation relative à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament à usage humain¹⁸⁰ qui comme tout produit de santé, est assujéti à certaines exigences déterminées par des directives européennes et notamment par le Code communautaire relatif aux médicaments à usage humain et par la loi n°98-535 du 1 juillet 1998 sur le renforcement de la sécurité sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Les médicaments à usage humain comparés aux TPA, font l'objet d'une évaluation bien plus poussée par laquelle des essais pré-cliniques puis cliniques sont réalisés dans le cadre de la législation sur les recherches biomédicales¹⁸¹. Par la suite, les médicaments ne pourront être mis en circulation dès lors qu'ils auront reçu une autorisation de mise sur le marché délivrée soit par l'Union européenne soit par l'ANSM.

Ainsi, et de par cette procédure d'AMM, une réelle évaluation portant sur l'efficacité thérapeutique du médicament au regard de la maladie est mise en œuvre. Ainsi et a contrario des TPA, un rapport « bénéfice / risque » est réalisé. Ajoutons à cela, que l'encadrement conféré par l'AMM va plus loin, en permettant un retrait de cette même autorisation si des effets indésirables à long terme sont décelés dans le cadre d'une pharmacovigilance influant ainsi sur la balance bénéfice-risque.

179 Tel est le cas de la société H2AD proposant des services en télésanté et en télémédecine.

180 Le médicament n'est pas un dispositif médical car il a une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, alors que le DM a un rôle de barrière mécanique sur les fonctions de l'organisme.

181 Cf : Loi de bioéthique du 6 août 2004 révisant la loi de 1994.

Une autre difficulté quant à une hypothétique réglementation spécifique aux TPA réside dans sa méthodologie d'évaluation. En effet, l'évaluation de dispositifs s'appuyant sur des techniques très innovantes ne peut être mise en œuvre selon une méthodologie calquée sur les phases d'étude du médicament ou sur la mise sur le marché des DM classiques. Tel est le cas par exemple d'un géolocalisateur dont des éléments comme la couverture satellitaire ne dépendrait pas exclusivement du fabricant¹⁸².

Par conséquent, le médicament est un produit de santé particulièrement protégé dont la commercialisation et les conditions de vente font l'objet d'un encadrement législatif spécifique.

Il ne faut donc pas confondre un processus de certification d'un médicament et un processus de certification d'une technologie en santé. Et de ce fait, il serait inadapté d'appliquer aux DM ou au TPA des règles uniformes à celles des médicaments.

Économiquement parlant, le processus de développement d'un médicament semble tout aussi complexe que celui d'une TPA en terme de coût et de temps quand l'entreprise est de « taille modeste ». Ce n'est donc pas anodin, si l'industrie pharmaceutique est l'une des industries les plus puissantes au monde. Les grandes entreprises pharmaceutiques qui peuvent assumer une latence entre le développement et le résultat économique d'un médicament peuvent s'associer avec des petites et moyennes entreprises (PME) développant des molécules mais ne pouvant pas assumer les derniers développements et la mise sur le marché faute de moyens financiers.

Les PME développant des technologies pour le vieillissement et n'ayant pas la capacité financière pour les diffuser semblent se trouver dans la même situation que les PME de l'industrie pharmaceutique. Elles devront aussi se tourner vers des structures plus importantes économiquement comme des organismes d'assurance ou encore des entreprises du secteur des télécommunications.

Dès lors et aux vues des difficultés en terme d'évaluation et en terme économique que rencontrent les TPA, pourquoi ne pas imaginer une réglementation spécifique à leur usage et à leur contexte ?

Envisager une réglementation spécifique aux TPA est dès lors possible et elle pourrait d'ailleurs s'inspirer de la réglementation du médicament sur certains points en se basant par exemple sur le rapport bénéfice / risque selon la technologie étudiée.

182 Cf : Rapport de Vincent Rialle sur les technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille, remis en 2005 au Ministère de la Santé et du Travail.

L'évaluation des TPA s'inscrivant dans un processus de labellisation pourrait alors s'inspirer de ce rapport bénéfice / risque en comparant le risque d'usage de ces technologies avec les bénéfices attendus en terme préventif, diagnostique, voire même thérapeutique.

En somme, le problème actuel des TPA réside dans le fait qu'elles soient mises sur le marché sans que des « preuves » statistiques n'aient été fournies. Il manque alors un partage de risque par l'Etat qui fasse l'objet d'un encadrement. Encadrement qui pourrait se traduire par une évaluation d'usage en amont qui se transformerait en évaluation médico-économique par la suite, avec une possibilité de non-inscription de la solution dans une liste de solutions homologuées¹⁸³.

En parallèle à cette réglementation relative à une mise sur le marché régulée des TPA, *ne pourrait-on pas imaginer la mise en place de bonnes pratiques à destination des industriels mais aussi à destination des utilisateurs professionnels et non professionnels ?*

A cette interrogation, l'AFNOR fait remarquer que « la mise en place des bonnes pratiques repose aujourd'hui sur une meilleure coordination entre les acteurs »¹⁸⁴. Or, la diffusion des TPA semble souffrir d'un manque évident de coordination entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social qui reste à l'heure actuel relativement cloisonnés et cantonnés à leur activité respective.

Enfin, pourquoi ne pas imaginer un garant de ces bonnes pratiques qui pourrait être une instance d'accréditation des TPA sous la forme d'un organisme indépendant public ou privé. Il serait par exemple chargé de corriger toute disparité dans l'hypothèse où plusieurs évaluateurs interviendraient dans un même système de certification, afin notamment d'éviter tout tromperie à l'égard du consommateur. Toutefois et le problème est de taille, l'instauration de codes de bonnes conduites relève du champ contractuel et une législation, donc un tiers ne pourra intervenir en cas de violation de ces usages imposés aux seuls contractants. Une autorité de régulation du type AAI ne pourrait donc pas intervenir.

183 Entretien n°8.

184 Cf : <http://www.afnor.org/profils/activite/sante-et-medico-social>.

2) Le rôle de l'UE dans le processus de labellisation des TPA

L'Union européenne est favorable à la diffusion des TPA. En 1998, un comité des ministres aux Etats membres a d'ailleurs adopté en Conseil de l'Europe une recommandation¹⁸⁵ dans laquelle fut mentionné un droit à l'assistance et à l'aide pour les personnes dépendantes ou susceptibles de le devenir. Le comité encourage aussi « l'accès à des services de bonne qualité et aux technologies les plus adaptées ». L'Union européenne a un pouvoir en matière de promotion des techniques et des technologies mais aussi en matière de promotion du processus de labellisation, à travers les règlements et non les directives. Ainsi en est-il, de l'initiative communautaire European Network of living labs (Enoll) introduisant de manière officielle le concept de Living lab à l'échelle européenne.

- Le réseau Enoll : un acteur dans la labellisation de living lab en santé et autonomie

Le développement des living lab à l'échelle mondiale et encore plus à l'échelle européenne est relativement récent. Ce concept a été théorisé en 2003 par le professeur américain en architecture et en design urbain, William John Mitchell qui voulait « étudier les personnes et leurs interactions avec les nouvelles technologies dans le lieu de vie ».

En 2006, le concept est relayé au niveau européen sous la forme d'un programme lancé par la présidence Finlandaise de la Communauté européenne qui s'est terminé en 2009.

Le réseau Enoll est aujourd'hui au niveau européen le meilleur relais du concept de living lab dont il nous en donne une définition détaillée.

Le living lab « regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans l'objectif de tester dans des conditions réelles et écologiques, des services, des outils ou des usages nouveaux dont la valeur soit reconnue par le marché. Il s'agit de sortir la recherche des laboratoires pour la faire descendre dans la vie de tous les jours, en conservant une vue stratégique sur les usages potentiels de ces technologies et des innovations dont elle est éventuellement porteuse. Tout cela se passe en coopération entre des collectivités locales, des entreprises, des laboratoires de recherche, ainsi que des utilisateurs potentiels. Il s'agit de favoriser la culture ouverte, partager les réseaux et obtenir l'engagement des utilisateurs dès le début de la conception ».

185 Cf : Recommandation (N° R (98) 9) relative à la dépendance adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe.

D'autant que ce concept de living labs privilégiant l'innovation en milieu ouvert s'inscrit dans l'optique d'une évaluation nouvelle et pertinente. Évaluation nouvelle et pertinente en raison de la place que le concept accorde à l'utilisateur qu'il soit un particulier ou un professionnel afin de le faire participer et afin d'écouter ses suggestions quant à la proposition de solutions nouvelles.

Ce concept s'inscrit aussi indirectement dans un processus de responsabilisation de l'utilisateur qui du fait de sa participation au processus d'innovation prend conscience des enjeux technologiques liés à sa santé. Ainsi, l'indispensable conciliation entre innovation technologique et innovation sociale semble possible grâce à ce type de labellisation.

A noter aussi que le processus de labellisation dépasse les frontières de l'Europe et que des structures basées en Amérique du Nord ou encore en Chine ont obtenu ce label après l'avoir demandé auprès du réseau.

Mis à part ce réseau européen de living labs, d'autres réseaux existent tel que le réseau français de living labs, France living lab constitué en 2012 et dont la mission est entre autre d'apporter un soutien pour la participation à des projets nationaux et européens.

Le rôle de certificateur qu'a le réseau Enoll ou d'autres réseaux tel que France living lab semble encourageant quant à une démarche de labellisation de produit ou de service technologique bien qu'actuellement seules quelques structures obtiennent la certification living lab. Une quarantaine de structures françaises l'ont d'ailleurs obtenu dont l'agence régionale d'innovation en santé, autonomie et bien-être des personnes, basée dans le Limousin, qui fut en 2008 la première à instauré un living lab français en santé et autonomie du nom d'autonom'lab¹⁸⁶. Cette association qui n'est d'autre qu'un pôle d'innovation en santé et autonomie des personnes a vocation à développer des projets et des solutions innovantes pour l'autonomie des personnes, dont la catégorie personne âgée fait évidemment partie.

Un living lab en santé et autonomie a aussi été créé récemment afin de regrouper tous les acteurs travaillant sur l'autonomie¹⁸⁷.

Ainsi, il n'y a donc pas de labellisation directe d'une TPA ou du service en découlant. En d'autres termes, le label est davantage destiné à une structure menant des projets ou des solutions innovantes qu'à un service ou à une technologie. De ce fait, cela peut nous questionner sur le niveau

186 Source : <http://www.autonom-lab.com/>.

187 Création d'un living lab en santé et autonomie en août 2013.

d'innovation et de sécurité de toutes les technologies ou de tous les produits sortant d'une structure labellisée. Dès lors, ne serait-il pas intéressant de s'interroger sur un possible processus de labellisation en aval de celui accordé par un réseau certificateur de living lab afin que le label soit accordé directement à tel ou tel produit ou service.

Ajoutons enfin, qu'il existe outre le processus de labellisation d'une structure, un processus de labellisation octroyé directement au logement. Ainsi en est-il du projet initié par la ville suédoise de Göteborg où les bailleurs en accord avec la municipalité ont permis la labellisation de logements sociaux accessibles aux personnes âgées.

Sur cette idée de labellisation destinée directement au logement, *pourquoi ne pas instaurer un processus de labellisation spécifique à tel ou tel service découlant de telle ou telle technologie ?*

- Un processus de labellisation spécifique à un service ou à une technologie dans l'idée d'un marquage CE ?

Toujours dans cette idée de labellisation, notons l'existence d'une labellisation CE plus connue sous l'appellation de marquage CE attestant la conformité du produit à la norme européenne.

Les produits concernés pouvant obtenir le marquage CE sont par exemple les dispositifs médicaux implantables actifs. Or, les TPA et les aides techniques, n'entrant pas dans la catégorie de DM, ne peuvent pas bénéficier de ce marquage réglementaire attestant de la conformité du produit à certaines normes techniques¹⁸⁸.

De surcroît, les TPA ne bénéficient d'aucune évaluation quant à leur utilisation finale a contrario du médicament qui se voit lui reconnaître après évaluation et autorisation, un effet thérapeutique.

Le marquage CE est tout aussi intéressant d'un point de vue économique car il octroie au produit conforme, le droit de libre circulation sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne au sens des articles 34 et 36 du traité sur le fonctionnement de l'union européenne (TFUE)¹⁸⁹.

Cela peut dès lors représenter pour le fabricant un avantage concurrentiel vis à vis des produits restreints au marché national. Ainsi, *les TPA qui en général ont du mal à s'inscrire dans un cadre réglementaire ne pourraient-elles pas s'aligner sur ce marquage CE ?*

L'idée d'instaurer une labellisation quant à un produit ou quant à un service relatif aux TPA renforcerait la notoriété et la qualité du produit ou du service fourni en raison de la mise en place

188 Seuls les TPA à dimension médicale relevant de la directive de 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux peuvent obtenir le marquage CE

189 Cf : Articles 34 et 36 du TFUE relatifs à la libre circulation des marchandises en Europe.

d'un référentiel exigeant et avéré. Le référentiel pourrait par exemple se baser sur le niveau de sécurité et d'ergonomie du logement aboutissant à la délivrance d'un label Design for more ou Design for all¹⁹⁰. Cette idée fait d'ailleurs l'objet de réflexion¹⁹¹.

En somme, un rapprochement réglementaire entre les DMIA et les TPA et aides techniques non qualifiées de DM, est à envisager dans les années à venir.

Cet élément de communication entre l'offreur et le consommateur qu'est le label serait alors une aubaine pour les TPA en terme de reconnaissance et donc de diffusion.

Le label est, on l'a dit, l'aboutissement d'un processus d'évaluation de la conformité d'un produit.

Toutefois ne pourrait-on pas aller plus loin que ce simple processus de labellisation ?

Ne doit pas renforcer ce processus de labellisation en développant des dispositifs d'homologation propres à ces technologies ?

La mise en place de dispositifs d'homologation permettrait alors de formaliser un cadre général de régulation du secteur des TPA en uniformisant et en mettant en cohérence les éléments réglementaires et les éléments légaux de ce même secteur. Cela dans un cadre européen.

Sans compter le fait que l'émergence d'un processus d'homologation et son respect par le fabricant du produit ou du service sera pour lui un pré-requis à toute commercialisation, le poussant à toujours plus innover. Dès lors, les enjeux d'un tel processus sont palpables en terme commercial et donc en terme d'investissement.

Au final, la piste européenne paraît intéressante quant à une promotion du processus de labellisation à destination des TPA. Cette perspective européenne semble aussi pertinente en terme d'accès plus rapide à des quantités critiques mais aussi à une réflexion sur le partage du risque dans un contexte d'homologation ou de pré-homologation de ces technologies¹⁹².

190 Entretien n°8.

191 Entretien n°8.

192 Entretien n°8.

B – L'évaluation comme facteur de réussite économique

Outre le gage de qualité et de sécurité apporté par l'évaluation du produit ou du service, à des fins de communication avec le consommateur, cette démarche peut aussi profiter à d'autres acteurs tel que le fabricant voire même et de manière plus indirecte, le pays dans lequel se développe ce marché.

1) Apport d'un avantage concurrentiel au fabricant

Le marquage CE fait l'objet d'une analyse de risque par une évaluation de la conformité des exigences essentielles attendues du DM.

Ainsi, une analyse de risques rendue possible par une évaluation clinique du DM est réalisée afin de maîtriser ce même risque et de surveiller l'efficacité du dispositif.

Cela a aussi pour effet d'apporter des informations en terme de production et en terme de post-production.

Une labellisation des TPA et donc un rapprochement des méthodes d'évaluation à celles des DM dans le cadre d'un marquage CE, présenterait d'ailleurs pour le fabricant une charge de travail supplémentaire. En ce sens, que le fabricant d'une TPA «augmenterait sa charge de travail» en ayant pour obligation de constituer un dossier technique de marquage CE avec une documentation bien précise sur l'analyse et la gestion du risque mise en place dans le cadre d'une évaluation.

- Un avantage concurrentiel certain pour le fabricant

Malgré ce niveau d'exigence en terme de sécurité et de performance imposé par la directive européenne au fabricant, un tel marquage représente aussi pour ce dernier un avantage compétitif certain. Cet avantage attestant de la conformité du produit avec la réglementation et rassurant de ce fait le futur usager en l'informant sur l'absence d'effets dangereux de ce même produit, permettra au fabricant de se démarquer de ces concurrents n'ayant pas obtenu le label.

De plus, l'avantage concurrentiel proviendra aussi du fait qu'un produit conforme aux exigences essentielles de la réglementation européenne bénéficiera du droit à la libre circulation sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne (UE). La mise en place d'un processus de labellisation des TPA reconnu par l'UE confirmerait alors l'obtention de ce droit à la libre circulation.

Le fabricant aura donc un avantage compétitif sur ses concurrents dont la commercialisation de leurs produits seront restreints au marché national.

Notons aussi que la liberté de circulation peut concerner selon le TFUE et le traité instituant la communauté européenne (TCE), des marchandises (articles 3 § 1 du TCE) , des capitaux (articles 63 à 66 du TCE), des services (articles 56 à 62 du TCE) ou des personnes (articles 39 à 55 du TCE). Nous en revenons alors à la même réflexion sur le fait qu'il faille qualifier la TPA de produit, auquel cas elle sera considérée comme une marchandise ou qu'il faille la qualifier de service auquel cas le droit de l'UE sur la libre prestation des services s'appliquera.

Ajoutons enfin, que le développement d'une législation sur l'octroi de label CE aux TPA ne ferait que renforcer cet avantage concurrentiel du fabricant ce qui se traduira certainement par davantage de facilité à exporter son dispositif renforçant un peu plus cette idée d'avantage concurrentiel.

- Facteur d'innovation

L'évaluation des TPA dans le cadre d'un processus de labellisation induit aussi en amont une idée d'innovation et de recherche de la part des fabricants. Cela dans une optique de démarcation sur un marché concurrentiel mais pas seulement.

En effet, la phase préalable à l'évaluation du produit pousse le fabricant à augmenter les coûts de développement de son dispositif technologique. Cette augmentation du coût de développement même coûteuse à court terme peut se révéler rentable à long terme.

Une analogie peut d'ailleurs être faite avec les jeunes entreprises innovantes développant des médicaments où l'on constate une hausse des coûts de développement ainsi que la mise en œuvre de partenariats avec de grandes firmes pharmaceutiques afin d'accroître les financements nécessaires à la finalisation du produit. Ces jeunes entreprises s'inscrivent dès lors dans un processus volontaire d'innovation afin de rester compétitive.

Par ailleurs, le développement d'une technologie innovante peut permettre d'optimiser ses chances de réussite dans le cadre de l'évaluation en répondant parfaitement aux exigences de conformité attendues. Toutefois, *la dynamique d'innovation¹⁹³ dans laquelle s'inscrivent nombre de TPA ne doit-elle pas modifier les méthodologies d'évaluation existantes ?*

193 L'innovation se définissant comme un changement d'utilisation d'une technologie répondant à un changement de valeurs et d'exigences.

L'innovation technologique implique un changement d'utilisation faisant encourir à l'utilisateur un risque nouveau. L'évaluation portant essentiellement sur le risque inhérent à l'utilisation de la technologie, la méthodologie devra donc être repensée afin de redéfinir les exigences essentielles attendues.

Quoiqu'il en soit la concurrence entre fabricants d'une même technologie peut être un fabuleux vecteur d'innovation pouvant créer de nouvelles exigences de conformité et de ce fait modifier le mode d'évaluation du produit quant aux risques qu'il fait encourir.

Cette dynamique d'innovation s'inscrit donc comme un facteur de réussite économique pour les fabricants de ces technologies à condition bien sûr que la technologie continue de répondre aux besoins de la personne vieillissante en lui procurant un produit ou un service facile d'utilisation.

D'autant que les living lab qui s'insèrent dans ce processus de labellisation apportent une nouvelle approche de l'innovation en impulsant de nouvelles pratiques tant chez l'utilisateur que chez le professionnel.

Outre l'avantage concurrentiel conféré par cette dynamique d'innovation, tout un facteur de promotion des professions du secteur de la gérontechnologie peut être mis en avant.

En somme, l'apposition d'un label sur une TPA ou une aide technique non qualifiée de DM permettra de différencier les dispositifs conformes aux normes exigées de production mais pourra aussi renseigner sur la qualité du produit ou du service.

Le label sera donc un avantage concurrentiel certain pour le fabricant qui renforcera sa relation de confiance avec l'utilisateur tout en limitant son champ concurrentiel.

2) L'émergence d'une économie comme facteur probable de compétitivité pour le territoire français

L'évaluation des TPA s'inscrivant dans un processus de labellisation procure non seulement un avantage compétitif au fabricant mais permet aussi le développement de toute une économie pour un pays. Cette économie ou ce marché est appelé silver economy et son développement dépendra entre autre de la reconnaissance de ces technologies rendue possible par des procédés d'évaluation qui in fine conditionneront leur bonne diffusion auprès de la population âgée.

- Un facteur de croissance certain

La silver economy que l'on nomme aussi économie argentée est une filière économique et industrielle où s'illustrent des entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées selon la définition donnée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé¹⁹⁴. De ce fait, un lien peut être fait entre développement des TPA et le développement de cette économie qui dépend pour l'essentiel de la création et de la commercialisation de services et de produits destinés aux personnes âgées.

Cette filière récente semble porter de nombreuses espérances en terme de croissance¹⁹⁵ et d'emplois pour les années à venir. Certaines études telle que celle menée par le cabinet de conseil Accenture¹⁹⁶ envisage d'ailleurs une hausse du produit intérieur brut (PIB) américain de 2,2 % d'ici à 2020 créant par la même occasion 5 millions d'emplois supplémentaires. Actuellement, cette nouvelle filière enregistre aux Etats-Unis, un taux de croissance de 12% par an.

Pour ce qui est de l'Europe, les prévisions sont toutes aussi en bonnes et les études réalisées¹⁹⁷ évaluent le marché européen à 420 milliards d'euros.

D'ailleurs et selon Frédéric Serrière, expert en économie de la santé et en vieillissement démographique « il n'existe pas un marché des gérontechnologies, mais plusieurs marchés des gérontechnologies. Une des principales erreurs est de quantifier son marché avec les seuls critères démographiques, facteurs d'âge ou de générations. Il est nécessaire de déterminer les facteurs explicatifs d'achat d'une Silver Solution, pour mesurer, de manière plus précise, les tailles des marchés ». La France, elle aussi soumise aux mêmes enjeux démographiques et économiques que ses voisins occidentaux pourrait voir son PIB augmenter de 2 ou 3 points selon les secteurs intégrés dans l'analyse d'ici 2020 créant ainsi entre 300 000 et 400 000 emplois¹⁹⁸.

194 Source: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/silver-economie,2432>.

195 L'augmentation significative de l'activité économique d'un pays.

196 Le cabinet Accenture est une « entreprise internationale de conseil en management, technologies et externalisation. Combinant son expérience, son expertise et ses capacités de recherche et d'innovation développées et mises en œuvre auprès des plus grandes organisations du monde sur l'ensemble des métiers et secteurs d'activités, Accenture aide ses clients, entreprises et administrations à renforcer leur performance ».

197 Cf : Etudes sur les Silver Economies réalisées en 2011 et 2012, Frédéric Serrière in « « Silver economy » : l'analyse des enjeux », Etude de 2013.

198 Cf Frédéric Serrière in « « Silver economy » : l'analyse des enjeux », Etude de 2013.

Cette silver economy dans laquelle s'inscrivent les entreprises françaises agissant pour et avec les personnes âgées présente incontestablement un facteur de croissance pour les prochaines décennies. L'économie grise offre et offrira des possibilités de croissance pour les entreprises françaises et européennes notamment en terme de santé, de maintien à domicile, d'habitat ou encore d'équipement ménager.

Cela étant dit, la France devra être compétitive face à d'autres pays connaissant les mêmes enjeux démographiques et désirant se positionner économiquement à l'échelle européenne et internationale. Tel est le cas de l'Allemagne, du Japon ou encore de la Chine comme le souligne Frédéric Serrière.

- *Quel avenir pour « la silver economy » française?*

Pour plusieurs Etats dans le monde, le vieillissement démographique offre de véritables possibilités en matière de croissance et d'emplois permettant ainsi le développement d'une véritable « silver economy ». La preuve en est, et s'agissant des initiatives internationales, des labels viennent récompenser les commerces et les produits adaptés à une clientèle âgée en Allemagne et au Royaume-uni. Des forums publics sont mêmes organisés par les détenteurs de ces labels en Allemagne¹⁹⁹.

La France comme la majorité des pays occidentaux et asiatiques développés présente un fort potentiel quant au développement de cette filière en raison notamment de la rapidité du taux de vieillissement de sa population. Certains auteurs qualifient même la France de « silverphile » en raison des possibilités de développement de cette filière dans notre pays au regard du vieillissement démographique, du taux d'épargne des 60 ans et plus mais aussi en raison de notre avance en terme d'innovation et de recherche comme le souligne Frédéric Serrière.

Cela étant dit, et malgré ces avantages, des contraintes en terme de financement et de politiques publiques de soutien se posent.

En d'autres termes, la France a un savoir faire notamment en recherche fondamentale, néanmoins et pour reprendre les propos de Gilles Duthil, président d'honneur de l'Institut SilverLife²⁰⁰ « *la France est en retard sur les biens de grande consommation, le high-tech et les bâtiments intelligents adaptés aux seniors. Il y a beaucoup de Géo Trouvetout, or il nous faut des Bill Gates !* ».

Ainsi, les entreprises françaises commercialisant des produits ou des services à forte valeur ajoutée²⁰¹ manquent de financements et donc de financeurs pour les commercialiser.

199 Cf : Union sociale, Mai 2013 n°267 p25.

200 L'institut silverphile est un centre de recherche sur l'économie du vieillissement.

201 Fort contenu technologique.

A titre de comparaison, les entreprises allemandes actives dans les technologies d'assistance ont opté pour une stratégie de qualité avec une forte valeur ajoutée rendant ainsi le prix du produit commercialisé peu élastique et donc très intéressant pour l'entreprise. L'entreprise peut dès lors accroître sa marge.

Les entreprises françaises du secteur quant à elles se positionnent sur des produits et des services à plus faible valeur ajoutée comme dans le cas du secteur des services à domicile.

Ainsi, et quoique l'entrée dans ce secteur est facilitée par la faible valeur ajoutée du produit ou du service commercialisé, la concurrence y est plus rude générant des marges réduites pour les entreprises intéressées.

La pérennité de cette économie passera alors par un positionnement des entreprises françaises sur des produits et des services à haut contenu technologique rendant le marché moins élastique et permettant par conséquent de maintenir l'emploi.

Ainsi, cette filière économique et industrielle semble s'insérer dans l'idée de redressement productif du gouvernement actuel en s'inscrivant dans la mise en place de politiques en matière d'industrie, de PME, de service et d'innovation pour in fine promouvoir et défendre l'emploi en France.

La préservation et la défense de l'emploi en France semble cohérente par la mise en place de politiques audacieuses en matière d'industrie, de PME, d'innovation et de service.

En d'autres termes, une rationalisation de cette filière doit être opérée et pour cela les entreprises françaises doivent se démarquer et donc être compétitives dans un contexte de globalisation économique. Contexte de globalisation économique dans lequel s'illustrent les entreprises européennes commercialisant des produits à forte valeur ajoutée pour être les plus compétitives possibles²⁰².

L'avenir de la silver economy française devra aussi selon certains auteurs passer par un changement des représentations que l'on se fait du vieillissement.

Ainsi en est-il des pays comme le Royaume-Uni où se développe une réelle économie du vieillissement, par la commercialisation de produits et de services à destination d'une large population de personnes âgées. D'ailleurs et comme le souligne Guy Couturier²⁰³, spécialiste en management, la « télé assistance d'urgence » ne concerne qu'une assistance pour personnes dépendantes ou sérieusement handicapées, alors qu'en Angleterre elle totalise 5 fois plus

202 S'agissant des produits à haute valeur ajoutée, le cas Allemand est intéressant ne serait-ce que du point de vue des projets développés. Ainsi en est-il, le Ministère fédéral pour l'enseignement et la recherche a permis un financement à hauteur de 25 millions d'euros pour le projet Smart Senior, dans lequel se sont regroupées de grandes firmes telles que Deutsche Telekom, Siemens ou encore BMW.

203 PDG de MC management.

d'abonnés. ». Ainsi, et à travers cet exemple, des barrières quant à la diffusion et l'acceptabilité culturelle de ces technologies semblent se poser. La France semble cantonner ces technologies à un public trop restreint, celui des personnes âgées dépendantes ce qui freine le développement et la rationalisation de cette économie.

De plus et d'après les propos tirés d'Hebel et Lehuédé²⁰⁴, « les entreprises françaises ont tendance à sous évaluer le marché que constitue les seniors alors même que leur comportement vis-à-vis de la consommation semble se libérer.

Le potentiel des retraités, clients de l'économie des biens et des services, pourrait croître dans les prochaines années ». D'ailleurs et pour corroborer ces propos, une enquête de l'INSEE de 2006 relative au revenu des ménages atteste d'une relative homogénéité des postes de dépenses entre les générations, avec cependant une propension plus importante des retraités à consacrer une part de leur budget à l'alimentation et aux services par rapport aux autres générations.

A nouveau, l'avenir pour la silver economy française semble favorable. Les personnes âgées qu'elles soient dépendantes ou autonomes seront de plus en plus nombreuses ce qui mécaniquement devrait accroître la demande en terme de services et de produits. D'autant que leur taux d'épargne est en général plus élevé que le reste de la population âgée de 18 à 65 ans.

Néanmoins et comme le préconise le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, cette filière devra s'organiser et se structurer en France, en regroupant toutes les entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées.

Le développement de marchés spécifiques et destinés exclusivement à la personne âgée seront nécessaires afin de l'inciter à « dépenser » au delà de 65 ans.

Pour cause, l'analyste Guy Couturier prévoit un développement favorable du marché du divertissement tant à destination des personnes âgées dépendantes que des personnes âgées autonomes.

En somme, et nous l'avons dit, l'avenir de la silver economy française, dépendra de politiques publiques fortes se matérialisant par des initiatives gouvernementales venant aussi bien du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales que du Ministère du Redressement Productif et celui chargé des petites et moyennes entreprises, de l'innovation et de l'économie numérique.

204 Cf :Pascale Hébel, Franck Lehuédé in « Les seniors, une cible délaissée », Etude du Credoc intitulée *Consommation et modes de vie*, n°229 mai 2010.

Ainsi en est-il et à titre illustratif, le 24 avril 2013 a eu lieu le lancement officiel de la silver economy par Arnaud Montebourg, ministre du redressement productif et Michelle Delaunay ministre déléguée aux personnes âgées, au cours duquel a été annoncé la constitution d'un comité de filière. Comité de filière²⁰⁵ qui réunira entre autre les Ministères, les entreprises du secteur, les pôles de compétitivité ou encore les financeurs.

Les propositions ainsi faites par les acteurs du secteur seront transmises à ce comité de filière co-présidé par les deux ministres susmentionnés afin de faciliter le développement du secteur ainsi que le niveau de compétitivité de la France face à d'autres pays ayant des filières bien structurées²⁰⁶.

205 Ce comité de filière est aussi appelé « filière de demain ».

206 Le Royaume-Uni et le Japon ont développé une filière bien plus structurée que la France en raison notamment de leur positionnement plus ancien et plus performant dans l'économie du vieillissement.

CONCLUSION

En conclusion, et bien que les TPA présentent des avantages tant en matière médicale qu'en matière sociale et organisationnelle, leur bonne diffusion dépendra de la résolution de certains questionnements qu'ils soient politiques ou juridiques.

Ces questionnements politiques et juridiques peuvent se matérialiser à l'heure d'aujourd'hui comme des obstacles quant à l'émergence généralisée de ces technologies dont la diffusion peut être freinée au niveau national en raison d'un défaut de prise en charge institutionnalisée ou au niveau local en raison du manque d'initiatives politiques.

Les questionnements de droit relatifs à l'encadrement juridique, à l'encadrement éthique ainsi qu'aux modalités d'évaluation des TPA sont tout aussi important mais semblent éloigner des préoccupations de l'utilisateur qui s'intéressera d'abord à l'utilité et aux coûts de la technologie.

Le mode d'évaluation quant au service ou quant au produit résultant d'une technologie, et donc la réflexion sur l'apposition ou non d'un label sur la technologie commercialisée impactera alors sur le fabricant en raison des avantages concurrentiels qu'il en retirera.

A ces difficultés politique et juridique s'ajoute aussi un éventuel obstacle culturel se traduisant par une résistance dans l'usage ou dans l'acceptabilité de ces technologies venant de la personne âgée mais aussi de ses aidants qu'ils soient naturel ou professionnel.

L'intégration de toutes les catégories socioprofessionnelles dans le débat sur la diffusion des TPA semble alors nécessaire à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, le débat semble se faire entre les pouvoirs publics et les industriels ce qui facilite guère la coordination entre les acteurs du soins, les acteurs du médico-social et ceux de l'économie²⁰⁷.

D'autre part, et pour faciliter cette acceptabilité auprès de publics réticents, l'idée de préserver le facteur humain dans le dispositif technologique doit prévaloir. Le robot autonome ou le programme ne nécessitant aucune intervention humaine ne doit en aucun cas remplacer la présence de l'individu auprès de la personne âgée dépendante.

Cela nous pousse donc à réfléchir sur le fait de savoir si *la TPA doit être envisagée comme une fin en soi ou comme un moyen permettant de réduire la charge de travail de l'aidant ?*

207 Entretien n°10.

Cette réflexion induit aussi comme problématique celle de savoir si ces technologies sont vraiment utiles d'un point de vue médical ou médico-social. Auquel cas, *doivent elles être remboursées par une institution nationale ou financée par des initiatives locales ?*

Quoiqu'il en soit et aux vues des données démographiques pour les prochaines décennies, les TPA et plus globalement la gérontechnologie semble apporter des solutions innovantes tant pour le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie que pour l'optimisation du fonctionnement des institutions d'hébergement²⁰⁸.

Dès lors et d'un point de vue technique, la diffusion et l'incorporation de ces technologies peut se faire à domicile ou en institution. Toutefois, *n'existerait-il pas une forme d'habitat à mi-chemin entre le domicile et l'institution ? Ne pourrait-on pas à une échelle plus importante créer des quartiers où cohabiteraient des personnes âgées dans un environnement technologique sécurisant ?*

- Une dynamique actuelle en faveur d'une diffusion des TPA à domicile

Actuellement et au regard de différents rapports tel que celui de la Caisse des dépôts et consignations²⁰⁹ ou encore celui plus récent du Pr Franco²¹⁰, un réel engouement peut être constaté en matière de diffusion des TPA à domicile.

La raison de cette dynamique semble venir de la volonté de sécuriser et de « contrôler » l'environnement de la personne âgée en tentant de concilier l'approche clinique et l'approche ergonomique en mutualisant les compétences et les outils²¹¹. Restera encore une fois à évaluer la pertinence des prestations et produits proposés dans cette perspective de maintien à domicile.

Ajoutons aussi, qu'une promotion de certaines TPA s'inscriraient dans une vraie logique de santé publique incitant les populations à améliorer leur nutrition ou augmenter leur activité physique dans une optique par exemple de prévention des chutes à long terme.

A ces rapports faisant la promotion des technologies en faveur du maintien à domicile s'ajoute aussi quelques initiatives tel que le projet GERHOME visant à prolonger l'autonomie et l'activité de la personne âgée en lui offrant la possibilité d'interagir avec son environnement familial, médical et

208 Cf : Étude réalisée par Émilie Oustric, Jan Ruge Sawicki, Élise Charlier, « Enjeux et défis de l'industrie en matière de gérontechnologie », 2012.

209 Cf : Rapport d'étude rendu par la Caisse des dépôts et consignations in « Les technologies de l'autonomie et du soutien à domicile », 2009.

210 Cf : Rapport de la « Mission Vivre chez soi » rendu par le Professeur Franco le 17 juin 2010.

211 Cf : Réflexion tirée du Rapport Picard / Poilpot in « Pertinence et valeur du concept de « Laboratoire vivant » (Living Lab) en santé et autonomie », Juillet 2011.

social. Une conciliation entre l'environnement intérieur et l'environnement extérieur de la personne âgée est dès lors envisagé.

Quoiqu'il en soit, l'émission de rapports ainsi que le développement de projets sans parler de l'émergence des NTIC et la diffusion d'internet à domicile, ouvre des perspectives intéressantes dans l'optique du « vivre chez soi » mais les méthodes restent largement à inventer en raison de la multiplicité et de la complexité quant au profil de chaque personne âgée qu'elle soit autonome ou dépendante.

Ainsi, et bien que des solutions existent en matière médicale, sociale et en terme d'hébergement pour personne âgée, les moyens utilisés jusqu'à maintenant ne seront plus suffisant en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation de la demande d'entrée en institution.

La réponse pourrait alors venir de la futur réforme sur la dépendance dont une des grandes idées de la loi sur l'autonomie qui en découlera sera d'adapter la société au vieillissement.

L'adaptation de la société au vieillissement laissant entre autre supposer une adaptation de l'habitat ou du logement au vieillissement de la population pouvant s'inscrire dès lors dans la politique publique menée par le Secrétariat chargé des aînés mais aussi par le Ministère du Redressement Productif et le Ministère de l'Economie Numérique en raison de la création d'emplois et des innovations que cela produirait.

Toutefois, et bien que Michelle Delaunay préconise une politique basée sur la « prévention ou sur la nécessaire adaptation de l'habitat au vieillissement de la population », aucun discours n'ont réellement abordé la question du financement de cette réforme de la dépendance.

Ainsi, la dynamique actuelle semble favorable à un soutien à domicile de personnes âgées dépendantes dont les TPA permettent d'accroître leur autonomie décisionnelle en leur laissant le choix de rester chez elle suivant leur degré de dépendance bien sur. De ce fait, les TPA offrent l'opportunité de nouvelles perspectives et nuancent de plus en plus avec le schéma actuel où dès lors qu'une personne âgée devient dépendante et ne peut plus vivre à domicile, la solution d'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) est décidée par sa famille.

De plus, une sur-technicisation du logement de la personne âgée sera aussi à éviter en raison des problématiques évidentes d'utilisation de ces technologies, sans oublier la survenance d'éventuelles atteintes à la vie privée émanant d'une faible protection des données à caractère personnel de l'utilisateur au sein du dispositif technologique. Cette protection dans l'échange et le partage de données

de santé à caractère personnel devra nécessairement requérir le consentement de l'utilisateur-patient²¹². De surcroît, la dimension médicale devra toujours être préservée en garantissant notamment une continuité des soins à la personne âgée. Bien que le domicile voire même l'EHPAD soit transformé par l'incorporation de technologies, la notion de parcours de soins devra être préservée tout en s'adaptant aux besoins de la personne âgée.

Dans cette optique, et aux vues des nouvelles perspectives offertes par ces technologies, *ne conviendrait-il pas alors de promouvoir de nouveaux habitats conciliant les avantages du domicile et ceux de l'institution ?*

- Un champ d'intervention étendu entre le domicile et l'institution

Le domicile constitue un repère psychologique fort auquel la personne âgée est attachée et se sent bien. Dès lors, toute conception de service ou de produit destiné à la personne âgée doit tenir compte de ce désir constituant en soi un besoin. Ce besoin a une dimension affective mais aussi une dimension sociale car une étroite corrélation peut être faite entre domicile et lien social.

D'ailleurs, une étude²¹³ a montré que 52% de personnes interrogées ont une « image négative » des maisons de retraite (un chiffre qui a augmenté de 16 points en cinq ans). A l'inverse, seuls 39% des Français ont une image positive de ces établissements.

Le placement en institution semble alors redouté, aussi bien par la personne âgée que par son entourage et selon une seconde étude²¹⁴, 90 % des Français veulent vieillir à leur domicile révélant ainsi tous les enjeux d'une adaptation du logement au vieillissement de la personne âgée.

Toutefois, et bien que le domicile ait une dimension affective forte pour une grande majorité de personne âgée, cet environnement reste non-médicalisé en comparaison de l'EHPAD.

De ce fait, et afin de concilier les avantages de l'institution et ceux du domicile, de nouvelles initiatives se mettent en place.

212 Cf : Article L1111-14 CSP : « Des professionnels de santé pouvaient partager des données de santé , sous réserve de l'autorisation du patient, et quel que soit leur mode d'exercice dans le cadre du dossier médical personnel ».

213 Cf : Enquête TNS Sofres réalisée le 26 avril 2011 auprès de 1000 personnes

« Les Français et le grand âge, Sixième vague du Baromètre » pour la Fédération Hospitalière de France.

214 Cf : Sondage réalisé auprès de 1006 individus par Opinion Way pour l'Observatoire de l'intérêt général réalisé du 22 au 23 mars 2012, « La majorité des Français préfèrent adapter leur logement plutôt que d'intégrer une maison de retraite », auprès de 1006 individus.

- L'exemple Lillois du quartier intergénérationnel Humanité

S'agissant d'alternative possible à mi-chemin entre l'institution et le domicile, il m'a paru intéressant d'évoquer la mise en place par la métropole Lilloise d'un quartier mettant en avant la mixité populationnelle en faisant cohabiter des familles, des étudiants, des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce quartier conçu dès lors comme un « immense living lab », semblerait alors être un environnement très favorable aux personnes âgées d'autant que cette zone de 110 hectares qui accueillera de l'habitat, verra aussi la construction d'établissements sanitaires et médico-sociaux renforçant l'idée d'une approche sanitaire au travers d'un parcours de soins fluide, idéal pour une personne âgée ayant un domicile dans ce quartier. Le lien social sera alors renforcé entre les populations jeunes et âgées. Attention, ce projet de quartier « intergénérationnel » ne devra pas pour autant se contenter de juxtaposer des immeubles accueillant des populations distinctes. L'accent devra être mis sur la rencontre de ces populations en prévoyant par exemple un « espace commun »²¹⁵.

En somme, cette initiative s'inscrit parfaitement dans les politiques publiques actuelles et les observations de la députée Martine Pinville dont la mission fut d'identifier les bonnes pratiques en Europe afin de trouver des solutions au défi du grand âge.

Ce projet de quartier multigénérationnel est alors en adéquation avec les conclusions de la députée soulignant la nécessité d'adapter la société au vieillissement pour favoriser l'autonomie des plus âgés. En d'autres termes, ce projet semble s'inscrire parfaitement dans cette perspective en misant sur l'adaptation de l'habitat afin de favoriser le maintien à domicile mais aussi le développement de services de proximité accessibles, tel qu'un centre de prévention s'adressant en priorité aux personnes retraitées²¹⁶ ou encore des lieux de divertissement et de socialisation.

Ce projet permet aussi l'optimisation de la mobilité des personnes âgées par la création de réseaux de transports adaptés.

En définitif, ce projet urbain en cours de construction œuvre pour l'intégration des personnes âgées restant à leur domicile ou vivant dans une maison de retraite incorporée au quartier. Dès lors, l'idée d'une adaptation de la société au vieillissement semble respectée et devrait tendre vers des options « hybrides » à mi-chemin entre le collectif et l'individuel en imaginant par exemple des espaces de

215 Cf : L'express, n°3235 du 3 juillet 2013 « Et si on ne parquait plus les vieux ? ».

Cet article traite du développement de deux projets à Emerainville destinés aux « familles classiques » (Les Résidiales) et aux personnes âgées (Les Sénoriales). Le projet visera à prévoir entre les deux résidences, un « espace central » de services afin de « mélanger » les deux populations.

216 Prévenlys, Centre de prévention du Nord-Pas de Calais.

vie collective animés à destination de personnes âgées vivant chez elle ou en institution.

Enfin et d'un point de vue technologique, le projet Humanité peut aussi se concevoir comme un immense living lab en raison de son partenariat avec l'Université Catholique dont les recherches portent sur la conception architecturale et environnementale du quartier mais pas seulement. Des recherches sur les thématiques du handicap, du vieillissement et de la dépendance sont aussi menées et déboucheront vers la création entre autre d'un pôle médico-social universitaire « handicap, dépendance, et citoyenneté ». Ainsi, ce projet serait novateur en ce qu'une coopération entre le monde universitaire et le monde du médico-social se créera, renforçant ainsi les liens entre l'innovation technologique et l'innovation sociale²¹⁷.

217 L'innovation sociale devant se concevoir comme une amélioration du bien-être des populations.

BIBLIOGRAPHIE

France Meslé in « *Allongement de la vie et évolution des pathologies* », *Gérontologie et société* 1/2004 (n° 108), p. 15-34.

Alfred Sauvy in « *Le vieillissement des populations et l'allongement de la vie* », *Population*, 9^e année, n°4, 1954 p. 675-682.

Entretien d'**Olivier Ferrand** sur la question de comment financer la dépendance ? :
« *La dépendance des personnes âgées : quels défis pour la France ?* »
Politiques sociales, Protection sociale, retraite, La documentation française, 2010.

Alain Franco, Michel Frossard, Claudine Montani in « *Télé médecine en gérontologie* »,
L'Année gérontologique 2000, Paris, Serdi Edition, 2000, p228.

Bérardier Mélanie in « *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement* », DREES, Études et résultats n°823 décembre 2012, p6.

Jacques Vallin et France Meslé in « *Espérance de vie : peut on gagner trois mois par an indéfiniment ?* », *Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques*, numéro 473, décembre 2010, p4.

James Oeppen, James Vaupel, in « *Broken limits to life expectancy* », *Science*, vol 296, n°10 Mai 2002.

Jean Giard, Anne-Laure Tinel in « *L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées* » (Rapport de la mission personnes âgées commanditée par le Conseil Général de l'Isère et la ville de Grenoble), septembre 2004, p205.

Thomas Frinault, « *La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap* », *Politix* 2005/4, n° 72.

Stéphane Cadiou et Bernard Gagnon « *L'action sociale des caisses de retraite : un dispositif complémentaire de la protection sociale des personnes âgées* », *Revue française des affaires sociales* 3/2005 (n° 3), p. 7-32.

Antoine Audry et Jean-Claude Ghislain, « *Le dispositif médical* », P.U.F, « *Que sais-je ?* », 2009, p. 9.

Denis Piveteau in « *Le vieillissement de la population est-il une menace pour l'assurance maladie ?* », *LAENNEC*, n° 2, 2011/04, pages 18-30.

Dominique Folscheid in « *A nouvelle vieillesse, éthique nouvelle ?* », *Fond. Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société*, 2013/1, n° 144, p.19-30.

Clovis Sabau in « *Les personnes âgées dans les territoires ruraux : une double opportunité pour la création d'activité et d'emplois de service* », *Fond. Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société*, 2010/4, n°135, p. 239-258.

Alain Anfosso et Stéphane Rebaudo in « *Gérontechnologie et contrôle de l'environnement au service du maintien à domicile : Le projet GERHOME* », Fond. Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société, 2011/1, n°136, p. 119-131.

Dandurand Louise, in « *Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative* », Revue française d'administration publique, 2005/3 n°115, p. 377-382.

Lionel Ben-Ahmed in « *Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies* », Fond. Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et société*, 2012/2, n° 141 p. 183-193.

Dominique Argoud et Martine Chazelle in « *Politique territoriale de la vieillesse : L'exemple du CLIC du Dios (Drôme)* », Champ social | *Le sociographe*, 2011/2 - n° 35, p. 33-43.

Bruno Palier et Yves Surel in « *Les « trois I » et l'analyse de l'Etat en action* », Presses de Sciences Po | *Revue française de science politique*, 2005/1 - Vol. 55, p. 7-32.

Emiliano Grossman et Sabine Saurugger in « *Les groupes d'intérêt au secours de la démocratie ?*, Presses de Sciences Po | *Revue française de science politique*, 2006/2 - Vol. 56, p. 299-321.

Gilles Lebreton in « *Libertés publiques et droits de l'homme* », 2009, Sirey Université.

Eric Rumeau, Véronique Chirié in « *Business Model pour l'e-santé : Les hypothèses du démonstrateur Autonom@Dom, plateforme de télésanté/télémédecine* », Article Modèle économique réalisé par Médialis, 2012.

Études et mission :

Etude réalisée par TA-SWISS : « *Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung* », intitulée « *RoboCare, les soins de santé à l'âge des automates* », 2013.

Étude réalisée par Émilie Oustric, Jan Ruge Sawicki, Élise Charlier, « *Enjeux et les défis de l'industrie en matière de gérontechnologie* », 2012.

Étude réalisée par la House of common knowledge : « *Alzheimer et dépendances* », 2011.

Rapports nationaux :

Rapport du conseiller général Luc Broussy : « *Adaptation de la société au vieillissement* », 11 mars 2013.

Rapport de la députée Martine Pinville : « *Relever le défi politique de l'avancée en âge, Perspectives internationales* », 11 mars 2013.

Rapport du docteur Jean-Pierre Aquino : « *Anticipation-prévention* », 11 mars 2013.

Rapport d'André Trillard : « *Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées* », juin 2011.

Rapport établi par Robert Picard et Loïc Poilpot : « Pertinence et valeur du concept de « Laboratoire vivant » (Living Lab) en santé et autonomie », Juillet 2011.

Rapport de la « Mission Vivre chez soi » remis par le Professeur Alain Franco le 17 juin 2010.

Rapport présenté par Robert Picard : « TIC, santé, autonomie, services : Évaluation de l'offre et de la demande », 2009.

Rapport général d'Anne Carole Bensadon « Enquête Isolement et vie relationnelle », septembre 2006.

Rapport de Vincent Rialle : « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille », 2005.

Rapport annuel de la Cour de Cassation : « L'innovation technologique », 2005.

Rapport de Jean Giard et d'Anne-Laure Tinel : « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées », 2004.

Textes juridiques et codes nationaux :

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

Loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux

Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Code civil

Code de la santé publique

Code de l'action sociale et des familles

Textes juridiques et codes communautaires :

Recommandation sur le Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015, adoptée le 5 avril 2006 en Comité des Ministres des Etats membres (Conseil de l'Europe)

Code communautaire relatif aux médicaments à usage humain entré en vigueur le 6 novembre 2001

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne adoptée le 7 décembre 2000

Convention européenne des droits de l'homme adoptée le 4 novembre 1950

Autres textes :

Manifeste pour une Union européenne de tous les âges d'ici 2020 (résultant de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle 2012)

Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, version révisée de 2007

WEBOGRAPHIE

Sites relatifs à l'introduction

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1954_num_9_4_3337

<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>

<http://www.who.int/fr/>

Sites relatifs à la partie I

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930603/fr/la-prise-en-charge-des-dispositifs-medicaux-par-l-assurance-maladie

<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C286.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000334/0000.pdf>

<http://www.cnsa.fr/>

http://europa.eu/index_fr.htm

http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/single_market_for_goods/technical_harmonisation/l21010b_fr.htm#amendingact

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

<http://www.sante.gouv.fr/plan-national-de-prevention-par-l-activite-physique-ou-sportive-pnaps.html>

<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=fr>

Sites relatifs à la partie II

http://www.lemonde.fr/technologies/article/2013/04/24/vie-privee-la-cnll-veut-menager-protection-et-innovation_3164958_651865.html

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_408961/fr/evaluation-des-technologies

Sites et références relatifs aux technologies pour l'autonomie

<http://www.sftag.fr/>

<http://www.cnr-sante.fr>

<http://www.gerontechnologie.net>

<http://www.edao.com/>

<http://www.academie-technologies.fr/>

<http://www.actinnovation.com/innovation-robots/exosquelette-cyberdyne-presente-son-squelette-robotise-au-ceatec-3295.html>

<http://www.ageisonline.com/>

<http://www.intervox.fr/page-d-accueil-fr/produits-de-teleassistance>

<http://www.gerontechnologie.net/paris-lance-lappel-a-projets-exapad-pour-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-personnes-agees/311716>

<http://www.gerontechnologie.net/wp-content/drire-gerontechnologies.pdf>

<http://www.cadredesante.com/spip/profession/breve/patients-insuffisants-renaux.html>

<http://www.cg94.fr/guide-des-aides/2763-teleassistance.html> (initiative du CG Val de Marne)

<http://healthcare.orange.com/>

Références relatives au financement des technologies pour l'autonomie

<http://www.oseo.fr/>

<http://lecercle.lesechos.fr/entreprises-marches/industrie/autres/221175246/silver-economy-10-enjeux>

<http://www.cnsa.fr/>

http://www.lemonde.fr/vous/article/2010/11/15/la-gerontechnologie-pour-eviter-la-maison-de-retraite_1440219_3238.html

Références relatives à la labellisation

<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid5779/labellisation-des-structures-de-transfert-et-de-diffusion-de-technologies.html>

http://www.openlivinglabs.eu/enoll_council_members

<http://www.france-livinglabs.fr/>

<http://www.autonom-lab.com/> (1er LL français)

Référence relative au marquage CE

<http://www.aviesan.fr/fr/aviesan/accueil/menu-header/vademecum-reglementaire/dispositif-medical-marquage-ce>

Références relatives à la silver economy

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/invitations-presse,2339/lancement-de-la-filiere-de-la,15766.html>

http://www.fredericserriere.com/vieillissement_demographique/silver-economy-lanalyse-des-enjeux/ (Silver Economy : l'Analyse des enjeux)

http://www.liberation.fr/economie/2013/02/17/silver-economy-benis-soient-les-seniors_882554

<http://www.guycouturier-mcmanagement.com/article-l-economie-argentee-118310407.html>

<http://www.accenture.com/us-en/Pages/insight-get-ready-silver-economy.aspx>

<http://www.gerontechnologie.net/silver-economy>

<http://www.redressement-productif.gouv.fr/>

Références relatives à l'habitat

<http://gerhome.cstb.fr/>

<http://www.humanicite.fr/medico-social/centre-prevention-medicopsycho-social.html> (humanité)

GLOSSAIRE

AAI : Autorité administrative indépendante
AFNOR : Association française de normalisation
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ASA : Amélioration du service attendu
AS : Aide sociale
CASF : Code des affaires sociales et familiales
CDLPAD : Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
CEPS : Comité économique des produits de santé
CESDH : Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme
CGIET : Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies
CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CNEDIMTS : Commission nationale des produits d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNR Santé : Centre national de référence Santé
CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSP : Code de santé publique
DM : Dispositif médical
DMIA : Dispositif médical implantable actif
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
ENOLL : European Network of Living Labs
HAS : Haute autorité de santé
INAHTA : International Network of Agencies for Health Technology Assessment
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
LPPR : Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS : Organisation mondiale de la santé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PIB : Produit intérieur brut
PME : Petites et moyennes entreprises
PNAPS : Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive
PPS : Politiques publiques de santé
SA : Service attendu
SEAPS : Service d'évaluation des actes professionnels de santé
SMR : Service médical rendu
TCE : Traité instituant la communauté européenne
TFUE : Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne
TIC : Technologies de l'information et de la communication
TPA : Technologie pour l'autonomie
UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance Maladie

ANNEXES