



HAL
open science

Connaissances, pratiques et acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion

Armelle Klein

► **To cite this version:**

Armelle Klein. Connaissances, pratiques et acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion. Sociologie. Université de La Réunion, 2017. Français. NNT: . tel-03819148

HAL Id: tel-03819148

<https://hal.science/tel-03819148v1>

Submitted on 18 Oct 2022

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.

Thèse de sociologie-démographie

Soutenue
le 13 décembre 2017
à l'Université de La Réunion



École Doctorale des Sciences Humaines et
Sociales

Thèse pour l'obtention du grade de docteur de l'Université de La Réunion

Connaissances, pratiques et acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion

Armelle Klein

Thèse dirigée par
Frédéric Sandron

Jury

Mr Yves Charbit, Professeur, Université Paris Descartes (Rapporteur)
Mr Jean-Marc Eychène, Praticien Hospitalier, CHU Réunion (Examinateur)
Mme Maryse Gaimard, Professeure, Université de Bourgogne (Rapporteur)
Mr Frédéric Sandron, Directeur de recherche, IRD (Directeur de thèse)
Mr Jean-Philippe Watbled, Professeur, Université de La Réunion (Examinateur)

À mes grands-mères

Remerciements

Je souhaite exprimer mon immense gratitude à Frédéric Sandron qui a dirigé ma thèse pour le suivi attentif, réactif et constructif de mon travail. Ces trois années de doctorat ont été, grâce à lui, une expérience extrêmement riche et m'ont permis un apprentissage bienveillant et complet du monde de la recherche.

Je tiens également à remercier Mona Kanaan, directrice de la société Pour être bien chez soi, au sein de laquelle j'ai effectué mon contrat CIFRE, qui m'a permis de réaliser ce travail dans d'excellentes conditions et qui m'a permis de m'intégrer rapidement au monde professionnel de la gérontologie réunionnaise. Je remercie aussi tous mes collègues de PEBCS pour les moments d'échanges très constructifs. Je remercie également l'ANRT pour avoir accepté ce partenariat de recherche autour de mon projet de thèse.

Mes remerciements vont également à Pascale Chabanet représentante de l'IRD Réunion, Mayotte et Iles éparses et Benoit Soyer, administrateur de l'IRD pour leur soutien institutionnel et amical. Je remercie également Florence Oussenie, Anabelle Huynh, Prisca Sinivassin ainsi que tous les chercheurs iridiens de La Réunion pour leurs encouragements et pour m'avoir intégrée dans cette famille.

Je remercie également Mr Jean-Philippe Watbled, directeur de mon laboratoire de recherche, le LCF, pour son soutien, sa disponibilité et sa réactivité lors de ces trois années de doctorat.

Je remercie très chaleureusement les membres de mon jury, Mme Gaimard, Mr Charbit, Mr Sandron, Mr Eychène et Mr Watbled d'avoir accepté de rapporter, d'examiner et de discuter mon travail.

Mes très sincères remerciements vont à toutes les personnes et les familles qui m'ont accueillie dans leur kaz et qui ont accepté de me confier une partie de leurs histoires. Ces moments d'échanges ont été la source de mon investissement dans ce travail de thèse.

Sans pouvoir tous les citer, je souhaite remercier très chaleureusement tous les chercheurs et associés avec qui j'ai travaillé dans le cadre de projets de recherche. Ces collaborations ont toutes été très riches et m'ont permis de ne jamais ressentir la « solitude du doctorant ». Je pense à Emmanuel Souffrin, Irène Albert, Vincent Touzé, Frédéric Gannon, Marie-Aline Bloch, Hugo Bertillot, Arnaud Campéon, Rémi Gallou, Sabrina Aouici, Célia Broussard, Laurent Nowik, Alain Thalineau, Pierre-Paul Vidal, Nicolas Vayatis, Jean-Marc Eychène, Christophe Labourdette, Mathilde Mougeot, Cécile Ciman, Laurent Oudre, Grégory Faraut, Juan Mantilla et Julien Audiffren.

Je tiens à remercier extrêmement chaleureusement tous les professionnels qui m'ont ouvert leur institution, qui ont accepté de me recevoir en entretiens, qui ont facilité mon entrée sur le

terrain et qui m'ont permis d'avoir un regard complet sur le monde de la gérontologie réunionnaise. Merci également à Gael Pothin et Cécile Franssen pour leurs coups de pouce techniques. Merci à Pierrette David pour la relecture efficace et affective de ces centaines de pages.

Je ne saurais oublier de citer mes collègues doctorants et jeunes chercheurs pour nos échanges pas toujours constructifs mais toujours utiles et pour leur soutien et intérêt porté à mon travail. Merci à Agathe, Pauline, Clément, Marc, Cécile et Moeha.

Enfin, je souhaite remercier mes amis pour les moments de détente, de soutien et de partage pendant ces trois années. Merci Jess, Marine, Mélanie, Lolo, Jenny, Elena, Romain, Simon, Inès, Kanou, Simon, Isa, Cécé, Rosa, Antho, Claire, Louise, Jérémy, Cécile, Manue, Fanny, Samuel, Sarah, François, Hakim, Julia, Brubru, Alain, Chloé, Hugo, Agathe, Ida, Swann, Marguerite, Marie, Sabine, Vania, Sarah, Matteo, François, Marie, Flo, Alex, Paola et Valentine. Et ma famille parce que c'est vous : Catherine, François, Théo, Lili, Maurice, Anna, Clément, Pierrette et Vonny.

Résumé en français

Cette thèse de doctorat a pour objectif de comprendre l'émergence, les enjeux et l'acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion. Depuis les années 2000, les nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie ont pris une place de plus en plus importante dans le débat public sur le vieillissement. Les politiques publiques de la vieillesse se sont construites, depuis les années 1960, sur un changement de paradigme du vieillissement. Celui-ci est passé d'une conception centrée sur la perte d'autonomie à une conception plus globale prenant en compte l'ensemble des situations individuelles et des domaines de l'existence impactés par l'avancée en âge. De plus, elles se sont construites en laissant de plus en plus de latitude aux territoires pour la 'gestion' du vieillissement. Or, La Réunion connaît un vieillissement rapide de sa population dans un contexte de pauvreté important. Ce contexte pousse le territoire à innover et trouver des solutions globales de la manière la plus anticipée possible. Les innovations sociales et technologiques étudiées dans le cadre de ce travail de thèse permettent deux niveaux de lecture. En prenant appui sur la prise en charge de la perte d'autonomie et la prévention, le premier concerne l'analyse du monde gérontologique et met en lumière l'importance du contexte institutionnel comme cadre de régulation de la relation des individus aux innovations. Le second niveau se place davantage du côté des personnes âgées concernées par l'utilisation de ces technologies de la santé et de l'autonomie. Il permet d'analyser la complexité du processus d'acceptabilité au prisme des reconfigurations sociales induites par le vieillissement.

Mots clés : personnes âgées, territoire, acceptabilité, gérontechnologies, prévention, La Réunion, vieillissement, santé.

Résumé en anglais

This PhD thesis aims at understanding the emergence, the stakes and the acceptability of gerontechnologies in Reunion Island. Since the early 2000s, new technologies in health and autonomy became increasingly important in the public debate on aging. Since the 1960s, public policies of old age are built on a paradigm shift of aging. This paradigm has switched from a conception based on the autonomy loss to a more global conception taking into account all individual situations and existence fields impacted by age. Moreover, they have been built leaving more and more latitudes to the territories for the aging 'management'. Reunion Island is experiencing a rapid aging of its population in a high poverty context. This context encourages the territory to innovate and find global solutions in the most anticipated way possible. The social and technological innovations studied in this thesis allow two analysis levels. Based on the autonomy loss and prevention management, the first level is related to the gerontological analysis and highlights the importance of institutional context as a framework for regulating the relationship between individuals and innovation. The second level is closer to the elderly concerned by the use of these health and autonomy technologies. The complexity of the acceptability process can be analyzed through the prism of social reconfigurations induced by aging.

Keywords: elderly, territory, acceptability, gerontechnology, prevention, Reunion Island, aging, health.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé en français.....	4
Résumé en anglais	5
Index des sigles	11
Table des illustrations.....	14
Introduction générale.....	17
1 – Le vieillissement de la population.....	17
1.1 Vieillissement à l'échelle mondiale	17
1.2 Vieillissement de la population en France	22
1.3 Vieillissement de la population à La Réunion	24
2 – Enjeux du vieillissement et politiques publiques	28
2.1 Santé et vieillissement	29
2.2 Le vieillissement ou la gestion de la dépendance	30
2.3 Vers une approche globale du vieillissement : la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi du 28 décembre 2015)	31
3 – Innovations dans le champ du vieillissement	32
3.1 Territoire et vieillissement : une relation propice à l'innovation	32
3.2 Innovations sociales et expérimentations dans le champ du vieillissement.....	34
3.3 Les innovations technologiques comme soutiens du vieillissement	35
4 – Problématique et annonce de plan.....	36
Chapitre 1 Contexte scientifique, cadre théorique et méthodologique.....	39
1 – Pour une approche analytique multi-située, pluridisciplinaire et contextualisée du vieillissement.....	40
1.1 La sociologie du vieillissement : Histoire, niveaux d'analyse et objets	40
1.2 De nombreux concepts mobilisés.....	41
1.2.1 La déprise	41
1.2.2 L'étrangeté au monde	43
1.2.3 Le parcours de vie	43
1.3 Monographie de territoire et vieillissement contextualisé	45
2 – Rendre compte et analyser des pratiques et des usages dans un contexte d'innovation.....	47
2.1 Définition(s) de l'acceptabilité	48
2.1.1 Des définitions en référence à d'autres notions	48
2.1.2 Des modèles prédictifs et explicatifs : le contexte social souvent absent	51
2.1.3 Les facteurs d'acceptabilité : la place de « l'expérience utilisateur »	53
2.1.4 Une proposition de définition.....	55

2.2 Usages et pratiques : une manière de répondre aux besoins ?.....	56
2.3 Des « mondes » en question face aux vécus individuels.....	58
3 – Méthodologie	59
3.1 Entrée sur le terrain et travail d'observation.....	60
3.2 Le travail d'entretien : un terrain riche avec certaines limites	61
3.2.1 Le projet G-RUN.....	62
3.2.2 Le projet AMARE.....	63
3.2.3 Le projet Maia-Age	67
3.2.4 Le projet 5P	68
3.2.5 Un terrain riche avec certaines limites	73
3.3 Questionnaires et analyses statistiques	77
Chapitre 2 La Réunion : un territoire et une population.....	83
1 – Des mutations socio-économiques rapides et profondes.....	85
1.1 La situation en 1946.....	85
1.2 La modernisation des années 1960 à aujourd'hui.....	86
1.3 La vie dans les cirques : l'exemple du cirque de Mafate	89
1.3.1 Le développement de Mafate.....	89
1.3.2 Vivre à Mafate.....	91
1.3.3 Expérimentations de télémédecine à Mafate.....	93
2 – Caractéristiques socioéconomiques et mode de vie	94
2.1 Une précarité importante.....	94
2.2 Un état de santé mitigé.....	95
2.3 Modes de vie et habitudes	98
2.3.1 Vers une diminution des activités	98
2.3.2 Des activités qui dépendent de l'entourage.....	100
2.3.3 Vers une concentration autour du domicile.....	100
3 – Conclusion.....	102
Chapitre 3 Le « monde » de la gérontologie – La prise en charge de la perte d'autonomie	104
1 – La perte d'autonomie, acteurs, enjeux et actions	105
1.1 Historique et modèle de protection sociale	105
1.2 La coordination, un enjeu de santé publique.....	108
1.3 Efficacité économique, efficacité sociale ?	111
2 – Le monde gérontologique à La Réunion	116
2.1 Trois secteurs : le sanitaire, le médico-social et le social.....	117
2.1.1 Le secteur sanitaire.....	117
2.1.2 Le secteur du médico-social	118
2.1.3 Le secteur social	119
2.2 Difficultés sur le territoire en matière de prise en charge de la perte d'autonomie	120
2.3 Organisation de la prise en charge des personnes âgées à La Réunion.....	122
2.3.1 L'institution.....	122
2.3.2 Les solutions intermédiaires	126
2.3.3 Le maintien à domicile : l'aidant et les aides	132
3 – L'exemple de l'implantation de la Maia	140

3.1 Historique de la Maia	141
3.1.1 Portage de la Maia.....	142
3.1.2 L'équipe de la Maia.....	143
3.2 La Maia une solution de coordination sur le territoire réunionnais ?.....	144
3.3 Des freins à la diffusion de la Maia.....	146
4 – Conclusion	150

Chapitre 4 Les gérontechnologies : de quoi parle-t-on ?..... 152

1 – Naissance des gérontechnologies	152
1.1 De la « Gerontechnology » aux gérontechnologies	153
1.1.1 La naissance d'un nouveau terme et d'une nouvelle discipline scientifique.....	153
1.1.2 Les gérontechnologies en France	155
1.2 Un cadre de plus en plus structuré	156
1.2.1 La Silver Économie	156
1.2.2 Les centres d'évaluation	162
1.2.3 Les Living Labs (LL) : l'exemple des Living Labs Santé Autonomie (LLSA) ...	164
1.3 Assimilation au public gériatrique	167
2 – Définir un large panel de technologies.....	169
2.1 Aides techniques vs gérontechnologies.....	169
2.1.1 Le secteur du handicap	170
2.1.2 Définitions et reconnaissances institutionnelles des aides techniques	171
2.1.3 Financement	173
2.2 Nombreuses classifications : confusion entre domaines d'application, services rendus et utilité sociétale.....	175
2.2.1 Les classifications pour le potentiel industriel des gérontechnologies (ou des domaines d'application).....	175
2.2.2 Les classifications par rapport aux services rendus.....	178
2.2.3 Les classifications pour répondre à un contexte particulier	179
2.3 Des gérontechnologies aux TSA (Technologies de la Santé et de l'Autonomie).....	183
3 – Un terrain fertile de recherche.....	184
3.1 Approche utilitaire vs Approche thématique	184
3.1.1 Approche thématique	185
3.1.2 Approche utilitaire.....	188
3.2 La question de l'évaluation.....	189
3.2.1 Des questionnements éthiques au fondement de l'évaluation	189
3.2.2 La valeur de l'objet comme guide : l'évaluation institutionnelle.....	191
3.2.3 Des propositions d'évaluation.....	191
3.3 Acceptabilité des gérontechnologies : que sait-on ?	194
4 – Conclusion	198

Chapitre 5 Représentations, attitudes et usages des gérontechnologies par les personnes âgées réunionnaises

1 – Des attitudes face aux gérontechnologies construites tout au long de la vie	199
1.1 Équipements et pratiques technologiques	200
1.2 Représentations des gérontechnologies.....	205

1.2.1 La technologie : perception d'utilité	205
1.2.2 Représentation des gérontechnologies : entre manque de confiance et menaces..	209
1.3 Parcours de vie et rapport à l'innovation	214
2 – Les usages et ses logiques ou le degré d'acceptabilité	219
2.1 Des freins.....	220
2.1.1 Les freins relatifs à soi	220
2.1.2 Les freins relatifs à autrui	221
2.1.3 Les freins relatifs à l'objet	222
2.2 Des facilitateurs	223
2.2.1 Facilitateurs relatifs à soi.....	223
2.2.2 Des facilitateurs relatifs à autrui.....	224
2.2.3 Des facilitateurs relatifs à l'objet	225
2.3 Des logiques d'usage différentes qui apportent une finesse dans l'analyse de l'acceptabilité : l'exemple de la téléassistance	225
3 – L'acceptabilité des gérontechnologies comme analyseur du vieillissement.....	229
3.1 L'acceptabilité : un processus multidimensionnel	229
3.2 L'action du temps sur l'usage : la vulnérabilité au coeur du parcours de vie	230
3.3 Quel rapport au vieillissement.....	234
4 – Conclusion.....	236

Chapitre 6 L'entourage familial et professionnel à l'épreuve de la technologie 238

1 – Les solidarités familiales et intergénérationnelles.....	239
1.1 Aides reçues et perçues par les personnes âgées à La Réunion	240
1.2 Personnes âgées et isolement	242
1.3 Un sentiment de recul des solidarités	246
2 – Entourage et processus d'acceptabilité.....	251
2.1 L'entourage vecteur de transmissions de connaissances.....	252
2.2 L'entourage au cœur des démarches d'acquisition de la technologie	253
2.3 L'entourage, support de confortation	254
3 – Attitudes des aidants familiaux et des professionnels face aux nouvelles technologies ..	255
3.1 Des représentations stéréotypées.....	255
3.2 Des craintes liées à l'introduction de la technologie	257
3.2.1 Manque de moyens financiers et d'accès à l'information.....	258
3.2.2 Manque de compétences	260
3.3 Une dynamique en faveur des technologies de la santé et de l'autonomie	263
4 – Conclusion.....	267

Chapitre 7 Les technologies de la santé et de l'autonomie au service de la prévention... 269

1 – La prévention du vieillissement	270
1.1 Prévention et politiques publiques du vieillissement	271
1.2 Limites et effets pervers de la prévention du vieillissement	273
1.2.1 La prévention : contradictions, paradoxes et effets pervers	273
1.2.2 Les personnes âgées face à l'injonction ou la norme du « Bien vieillir »	275
1.3 La fragilité : état de santé et catégorie d'action publique	277
2 – Des ateliers de prévention du Bien Vieillir	279

2.1 Les personnes âgées face aux ateliers de prévention	280
2.1.1 Le blues de la fin des ateliers	280
2.1.2 Un enthousiasme lié au partage et à la convivialité	282
2.1.3 Des messages de prévention relégués au second plan mais jugés efficaces pour la plupart.....	283
2.2 Assimilations et changements de pratiques.....	286
2.2.1 Une typologie du rapport au vieillissement.....	286
2.2.2 Quelle appropriation des conseils préventifs selon un vieillissement fataliste, passif ou combatif.....	288
2.3 Pour une prévention au long cours	291
3 – Des nouvelles technologies au service de la prévention, détecter en amont la fragilité	293
3.1 Description des technologies de prévention et des protocoles	293
3.1.1 Des technologies préventives	293
3.1.2 Protocole des suivis indoor et outdoor des déplacements	294
3.2 Acceptabilité de mesures innovantes pour détecter la fragilité.....	295
3.2.1 Suivi des déplacement outdoor	295
3.2.2 Suivi des déplacements indoor	295
4 – Conclusion	296
Conclusion générale	298
Bibliographie.....	306
Annexes	
Annexe 1. Liste des entretiens.....	333
Annexe 2. Entretien Mme Vierre	337
Annexe 3. Tableau des observations	356
Annexe 4. Questionnaire enquête CCAS 2016	360
Annexe 5. Le dispositif Maia	364
Annexe 6. Liste des variables utilisées pour l'exploitation de l'enquête MFV.....	366

Index des sigles

5P (projet) Prestation de Parcours Personnalisé Participatif de Prévention
ACTP Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AcVc Accident de la vie courante
AGEFOS Association de Gestion des Fonds Salariés
AGGIR Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ALD Affection de Longue Durée
AMARE (projet) Ancrage et Mobilités résidentielles à la Retraite
ANAH Agence Nationale de l'Habitat
ANESM Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA Activité Physique Adaptée
APA Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARAR Association Réunionnaise d'Assistance Respiratoire et de soins à domicile
ARAST Association Réunionnaise d'Action Sociale Territorialisée
ARS Agence Régionale de Santé
ARVISE Association Régionale pour la Valorisation des Initiatives Socioéconomiques
ASE Aide Sociale à l'Enfance
ASS Assistante de Service Social
ASA Aide Sociale aux Adultes
ASDR Association de Soins à Domicile à La Réunion
ASH Aide Sociale à l'Hébergement
ASPA Allocation de Solidarité aux Personnes âgées
ASV (loi) d'Adaptation de la Société au Vieillessement
AVC Accident Vasculaire Cérébral
CCAS Centres Communaux d'Action Sociale
CCI Chambre de Commerce et d'Industrie
CESE Conseil Économique Social et Environnemental
CESF Conseiller en Économie Sociale et Familiale
CD Conseil Départemental
CDPAPH Conseil Départemental Personnes Âgées Personnes Handicapées
CGSS Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CIFRE Convention industrielle de Formation par la Recherche
CLIC Centre Local d'Informations et de Coordination
CNAF Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAV Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA Comite Départemental Des Retraites et des Personnes Âgées
CREDOC Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie
DDTEFP Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DIECCTE Direction Générale des Entreprises de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de La Réunion
DOM Département d'Outre-mer
DROM Département et Région d'Outre-mer
DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES Direction Régionale des Etudes en Santé
 EGS Evaluation Gériatrique Standardisée
 EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
 EHPA Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
 EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
 EMG Équipe Mobile de Gériatrie
 EPAC Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante
 ETP Equivalent Plein Temps
 EVSI Espérance de Vie Sans Incapacités
 FINES Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
 FMAD Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile
 G-Run (projet) Gérontechnologies à La Réunion
 GIE Groupement d'Intérêts Économiques
 GIP-SAP Groupement d'Intérêt Public – Services À la Personne
 GIR Groupe d'Iso-Ressource
 GMP Gir Moyen Pondéré
 HAD Hospitalisation à Domicile
 HID Handicap Incapacités Dépendance
 HCAAM Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
 HCSP Haut Conseil de la Santé Publique
 HPST loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
 IDE Infirmier Diplômé d'État
 IGAS Inspection générale des affaires sociales
 INED Institut National d'Etudes Démographiques
 INPES Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé
 INSEE Institut Nationale de Statistiques et d'Etudes Economique
 INSERM Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
 InVS Institut national de Veille Sanitaire
 IRD Institut de Recherche pour le Développement
 IRTS Institut régional du travail social
 LL Living Labs
 MAD Maintien à Domicile
 MAF Maison d'Accueillants Familiaux
 MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
 Maia-Age (projet) Maillage optimal au service des personnes âgées en situation de fragilité
 MDPH Maison départementale pour les personnes handicapées
 MFV (enquête) Migration Famille Vieillessement
 MSA Mutualité Sociale Agricole
 OA Obligation Alimentaire
 OMS Organisation mondiale de la Santé
 ONDAM Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
 ONF Office National des Forêts
 ONU Organisation des Nations Unies
 PA Personnes Âgées
 PAPA plan Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées
 PEBCS Pour être bien chez soi
 PED Prestation Expérimentale Dépendance
 PCH Prestation de Compensation du Handicap

PH Personnes Handicapées
PNBV Plan National Bien Vieillir
PRIAC Projet Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS Projet régional de Santé
PSD Prestation Spécifique Dépendance
PTA Plateforme Territoriale d'Appui
PRS Projet Régional de Santé
RGO Réseau Gérontologique Ouest
RMI Revenu Minimum d'Insertion
RPA Résidence Personnes Agées
RSA Revenu de Solidarité Active
RSI Régime Social des Indépendants
SAAD Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SHARE (enquête) Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe
SROS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD Services de Soins Infirmiers A Domicile
SDOSMS Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale
SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
TIC Technologies de l'information et de la communication
TISF Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TSA Technologie de la santé et de l'autonomie
USLD Unité de Soins de Longue Durée

Table des illustrations

Graphiques

Graphique 1. Évolution de la population de plus de 65 ans en Europe et en Afrique entre 1950 et 2100 (en milliers)

Graphique 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité dans le monde et les grandes régions entre 1970 et 2015 (en nombre d'enfants par femme)

Graphique 3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans le monde et les grandes régions entre 1970 et 2015 (en années)

Graphique 4. Évolution de la part des personnes âgées de plus de 60 ans par grandes régions en 1994, 2014 et 2050 (en %)

Graphique 5. Évolution de la part des plus de 60 ans en France entre 1910 et 2010 (en %)

Graphique 6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité en France métropolitaine et à La Réunion entre 1955 et 2015 (nombre d'enfants par femme)

Graphique 7. Évolution de l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes en France métropolitaine et à La Réunion entre 1953 et 2015 (en nombre d'années)

Graphique 8. Table de contingence, récapitulatif d'une série fictive de 15 évaluations empiriques sur les trois dimensions dans le cadre d'un EIAH (Environnements Informatiques pour l'Apprentissage Humain)

Graphique 9. Matrice de croisements fertiles en Gérontechnology

Graphique 10. Méthodologie adoptée dans le cadre de Living Labs

Graphique 11. Matrice des portées de la Gerontechnology

Graphique 12. Chronologie des phases d'évaluation selon la méthode TEMSED

Graphique 13. Modélisation de l'acceptabilité des gérontechnologies

Graphique 14. Modèle de pré-utilisation des gérontechnologies

Graphique 15. Biens d'équipements possédés au domicile des personnes âgées réunionnaises en 2016

Graphique 16. Utilisation d'un ordinateur (au moins une fois) (en %)

Graphique 17. Utilisation de Skype (au moins une fois) (en %)

Graphique 18. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est pour les jeunes »

Graphique 19. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est des gadgets »

Graphique 20. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est pour les initiés »

Graphique 21. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est le progrès »

Graphique 22. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie ça simplifie la vie »

Graphique 23. Perception d'utilité des technologies (en %)

Graphique 24. Sentiment d'attirance pour la technologie (en %)

Graphique 25. Processus d'acceptabilité appliqué aux gérontechnologies

Graphique 26. Problèmes rencontrés par les plus de 60 ans au cours de l'enfance (en %)
Graphique 27. État de santé subjectif selon le sexe (en %)
Graphique 28. Don et réception d'aide pour les personnes âgées de plus de 60 ans (en %)
Graphique 29. Part des séniors réunionnais vivant seuls entre 1982 et 2007 (en %)
Graphique 30. Perception de la qualité de l'entourage familial (en %)
Graphique 31. Nombre de contacts familiaux par semaine (en %)
Graphique 32. Sentiment d'être suffisamment aidé dans le quotidien (en %)
Graphique 33. Évolution des équipements et des usages des 60 – 74 ans entre 2008 et 2014 en France (en %)
Graphique 34. Évolution des équipements et des usages des 75 ans et plus en 2008 et 2016 en France (en %)

Tableaux

Tableau 1. Part des plus de 60 ans dans la population des différentes régions et pays du monde en 2017 (en %)
Tableau 2. Nombre et part des plus de 60 ans dans la population réunionnaise en 1967 et 2016
Tableau 3. Comparaison des approches d'Acceptation et de Symbiose
Tableau 4. Chronologie des vagues d'envoi, projet AMARE
Tableau 5. Profil des personnes enquêtés à La Réunion, projet AMARE
Tableau 6. Solutions envisagées pour une personne âgée ne pouvant plus vivre seule à La Réunion en 2010
Tableau 7. Nombre de familles d'accueil pour personnes âgées selon les secteurs en 2015
Tableau 8. Classification des technologies ayant un potentiel industriel dans les 5 à 10 ans
Tableau 9. Classification des secteurs industriels de la Silver Économie en 2013
Tableau 10. Classification des innovations qui facilitent le maintien à domicile selon le domaine d'application
Tableau 11. Classification des technologies selon le services rendus
Tableau 12. Classification des gérontechnologies pour accompagner la maladie d'Alzheimer
Tableau 13. Classification des aides pour les troubles cognitifs
Tableau 14. Dispositifs technologiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants
Tableau 15. Comparaison des taux d'équipement (en %) en TIC de l'ensemble de la population, des 50-64 ans et des plus de 65 ans en 2012

Cartes

Carte 1. Répartition de la proportion de la population âgée de 60 ans et plus dans le monde, projection 2050

Carte 2. Croissance annuelle moyenne de la population des plus de 65 ans en France entre 2013 et 2050

Carte 3. Le relief et les communes de La Réunion

Carte 4. Carte historique de La Réunion

Carte 5. Les îlets de Mafate

Annexes

Annexe 1. Liste des entretiens

Annexe 2. Tableau des observations

Annexe 3. Entretien Mme Vierre

Annexe 4. Questionnaire enquête CCAS 2016

Annexe 5. Le dispositif Maia

Annexe 6. Liste des variables utilisées pour l'exploitation de l'enquête MFV

Introduction générale

L'émergence des gérontechnologies comme aide ou support du vieillissement doit se comprendre dans un contexte démographique et social particulier. Pour cela, nous définirons dans un premier temps le phénomène du vieillissement de la population à l'échelle mondiale, française et réunionnaise. Ensuite, nous aborderons les enjeux sociaux liés au vieillissement de la population en lien avec l'élaboration des politiques publiques. Enfin, nous verrons la place des innovations dans le champ du vieillissement. Ces éléments contextuels nous permettront de développer notre problématique ainsi que le plan de ce travail.

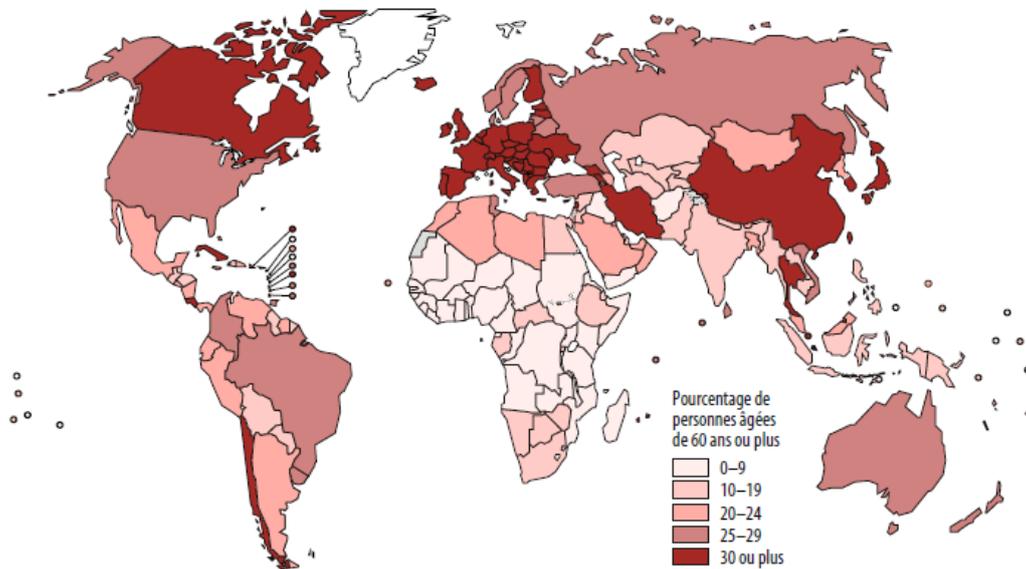
1 – Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique mondial qui correspond à l'augmentation de la part de personnes âgées dans la population. Il s'agit d'une augmentation relative du nombre de personnes âgées dans la société mais aussi d'une augmentation absolue ou « gérontocroissance » (Dumont, 2010). Le vieillissement de la population s'opère par deux mouvements : le vieillissement par le haut qui résulte de l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement par le bas qui résulte de la baisse de la fécondité. Ce phénomène démographique est mondial mais ne se réalise pas avec la même intensité en fonction des régions.

1.1 Vieillissement à l'échelle mondiale

A l'échelle mondiale, tous les pays ne sont pas au même niveau de vieillissement de leur population. La carte 1 permet de mettre en lumière ces différents niveaux. On peut voir que les pays ayant le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans le plus important se concentrent majoritairement en Amérique du Nord, en Europe et en Asie du Sud Est. À l'inverse, cette carte met en évidence les pays encore jeunes qui sont majoritairement situés en Afrique.

Carte 1. Répartition de la proportion de la population âgée de 60 ans et plus dans le monde, projection 2050



Source : (OMS, 2016a)

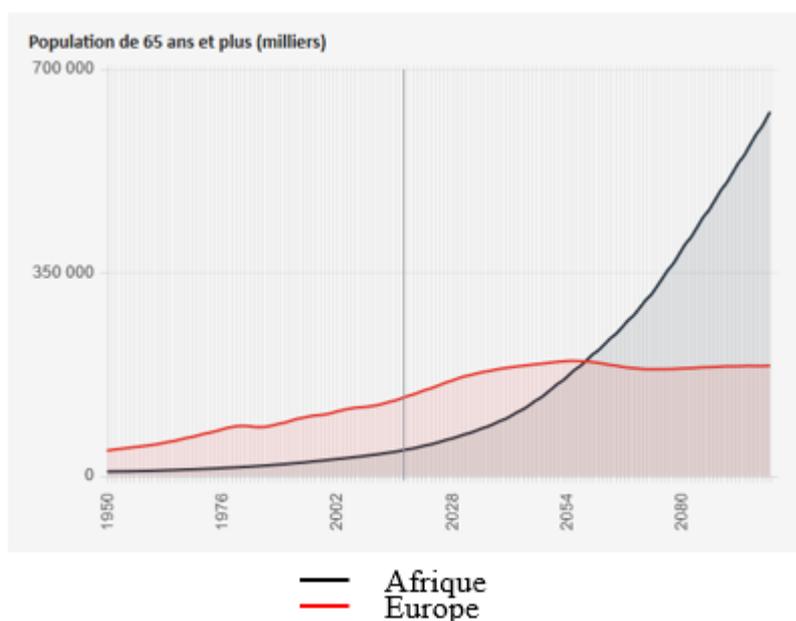
L'Afrique est un continent encore jeune avec une proportion de personnes âgées assez faible. En moyenne dans les pays d'Afrique, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 5% de la population. De plus, l'Afrique héberge l'Ouganda qui est le pays le plus jeune du monde avec seulement 3% de personnes âgées de plus de 60 ans (tableau 1). Si la population est encore jeune étant donné le niveau encore élevé de la fécondité, le continent africain, lui aussi, vieillit. Les Nations Unies projettent que la population de personnes âgées africaines de plus de 65 ans devrait dépasser la population de personnes âgées européennes de plus de 65 ans aux alentours de 2060 (graphique 1).

Tableau 1. Part des plus de 60 ans dans la population des différentes régions et pays du monde en 2017 (en %)

Régions ou pays du Monde	Part des plus de 60 ans (en %)
Monde	13
Afrique	5
Asie	12
Europe	25
Amérique latine et Caraïbes	12
Amérique du Nord	22
Océanie	17
Japon	33
Ouganda	3

Source : Nations Unies, 2017

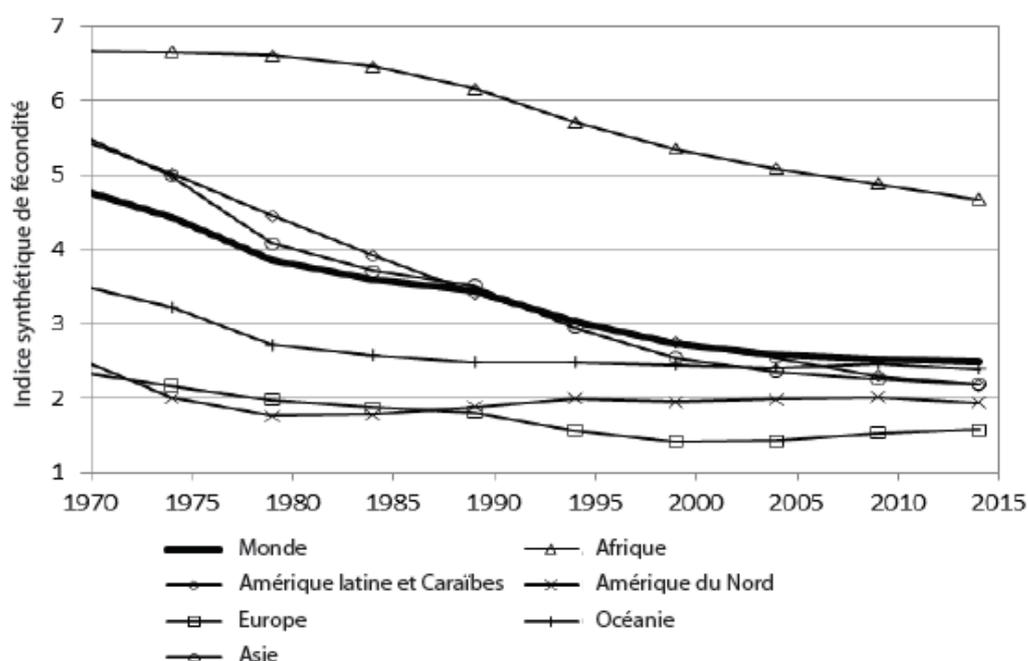
Graphique 1. Évolution de la population de plus de 65 ans en Europe et en Afrique entre 1950 et 2100 (en milliers)



Source : Ined, Nations Unies, 2015

On peut noter les mouvements communs de la baisse de la fécondité (graphique 2) et de la hausse de l'espérance de vie (graphique 3). Entre 1970 et 2015, la totalité des régions du monde ont vu leur indice synthétique de fécondité (ISF)¹ baisser. Cette baisse est particulièrement importante pour l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine qui avaient en 1970 des niveaux de fécondité au-dessus de 5 enfants par femme. L'espérance de vie mondiale a progressé de plus de 10 ans entre 1970 et 2015. On constate une hausse généralisée de l'espérance de vie mais l'Afrique est encore très loin derrière les autres régions du monde avec une espérance de vie à la naissance de moins de 60 ans. Ces deux graphiques mettent tout à fait en lumière la transition démographique non achevée de l'Afrique.

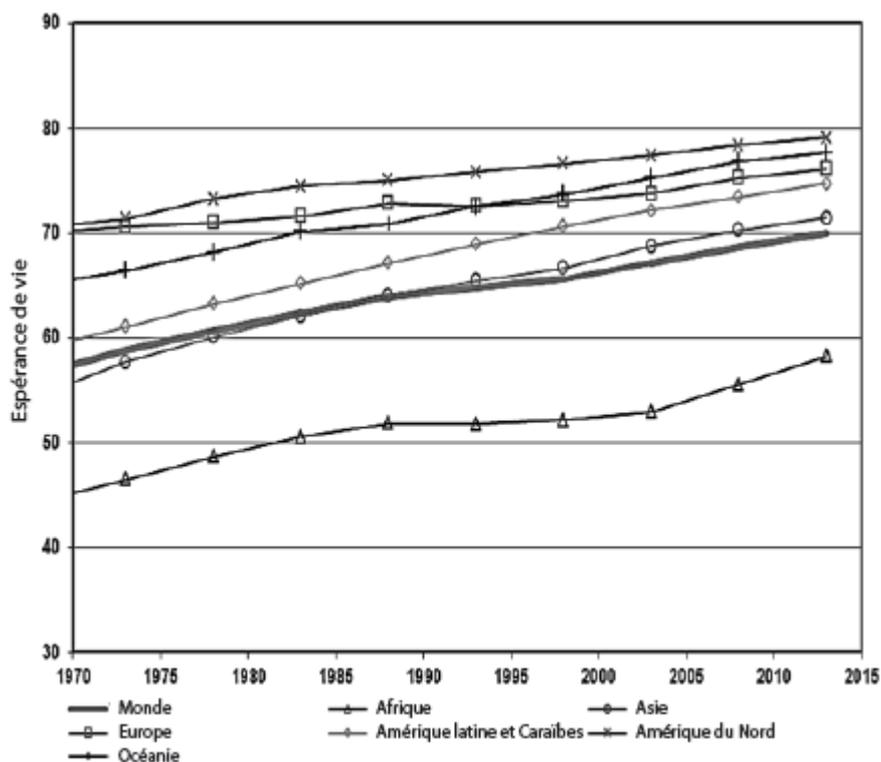
Graphique 2. Évolution de l'indice synthétique de fécondité dans le monde et ses grandes régions entre 1970 et 2015 (en nombre d'enfants par femme)



Source : Nations Unies, 2014

¹ L'indice synthétique de fécondité correspond au nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer à l'intérieur d'une population. Un autre indicateur équivalent est l'indicateur conjoncturel de fécondité qui correspond à la somme des taux de fécondité par âge d'une année. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait, durant toute sa vie féconde, les conditions de fécondité observées cette année-là.

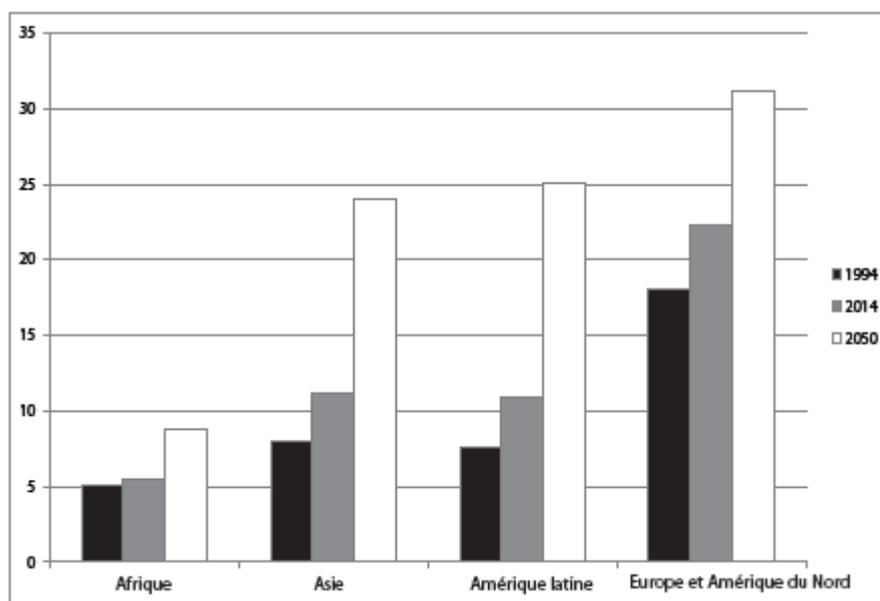
Graphique 3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance dans le monde et ses grandes régions entre 1970 et 2015 (en années)



Source : Nations Unies, 2014

Dans son dernier rapport sur le vieillissement l'OMS (2016a) fait remarquer qu'entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%. Cela est particulièrement le cas pour les pays qui sont encore jeunes aujourd'hui (graphique 4). De plus, d'ici 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va dépasser celui des enfants de moins de 5 ans. En 2050, 80% des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS rappelle que le vieillissement est bien plus rapide que dans le passé et insiste sur la nécessité, pour les différents pays, de préparer leurs systèmes sociaux et de santé eu égard à ces mutations démographiques.

Graphique 4. Évolution de la part des personnes âgées de plus de 60 ans par grandes régions du monde en 1994, 2014 et 2050 (en %)



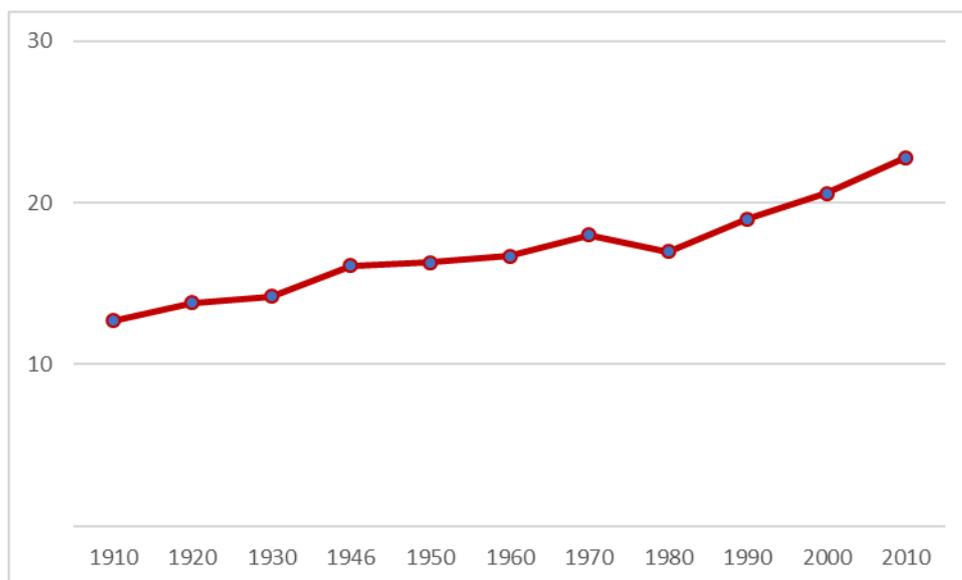
Source : Nations Unies, 2014

1.2 Vieillesse de la population en France

La France fait partie des pays les plus vieux du monde. Le vieillissement de la population en France est le résultat de trois facteurs. Il est dû au vieillissement par le haut avec une augmentation de l'espérance de vie. Entre 1971 et 2016, l'espérance de vie à 65 ans est passée de 13 ans à 19,4 ans pour les hommes et de 16,8 ans à 23,2 ans pour les femmes. Il est dû également au vieillissement par le bas avec la baisse de la fécondité. Pendant longtemps, la France pouvait se targuer d'un niveau de fécondité au-dessus du seuil de renouvellement des générations malgré un processus de transition démographique achevé. La France connaît en 2016, un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,93 enfants par femme. Enfin, le vieillissement de la population française est dû, en conséquence des deux premiers facteurs, à la taille de la génération à la naissance. En effet, depuis 2011 la France voit arriver des générations de plus en plus nombreuses à l'âge de la retraite qui sont nées lors du renouveau démographique de l'après Seconde Guerre mondiale (Dumont, 2017). C'est donc la conséquence de l'arrivée à la retraite des enfants du baby-boom de l'après-guerre.

La part de personnes âgées dans la population française n'a cessé d'augmenter. En un siècle, la part des personnes de plus de 60 ans a presque doublé dans la population française passant de 12,7 à 22,8% (graphique 5).

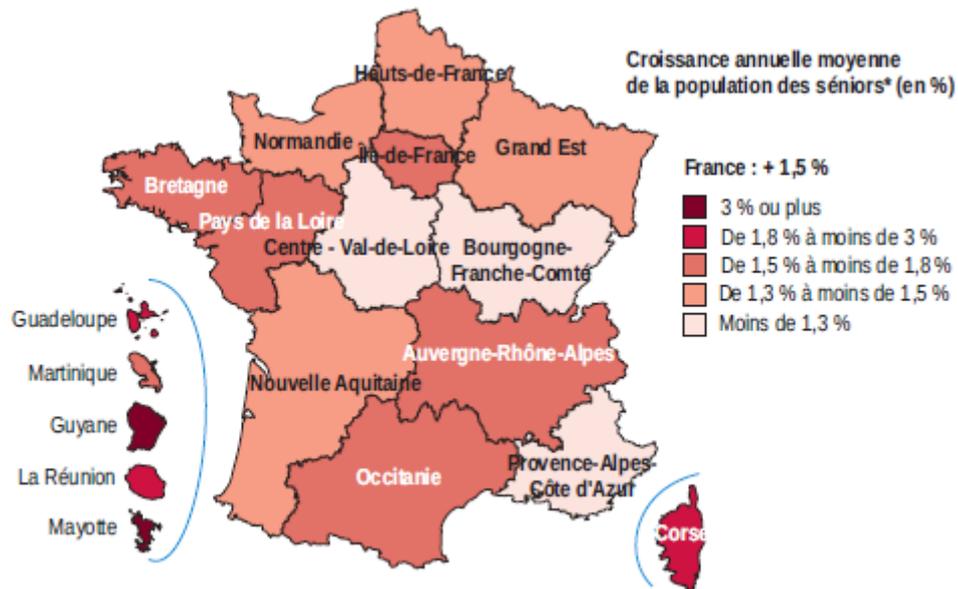
Graphique 5. Évolution de la part des plus de 60 ans en France entre 1910 et 2010 (en %)



Source : Insee, estimation de la population, 2014

Le vieillissement de la population n'est pas homogène sur le territoire français. Si la situation est relativement similaire parmi les régions et les départements métropolitains, le vieillissement de la population va s'accroître davantage en Corse et dans les départements d'outre-mer suite à une transition démographique plus tardive et plus rapide (carte 2).

Carte 2. Croissance annuelle moyenne de la population des plus de 65 ans en France entre 2013 et 2050

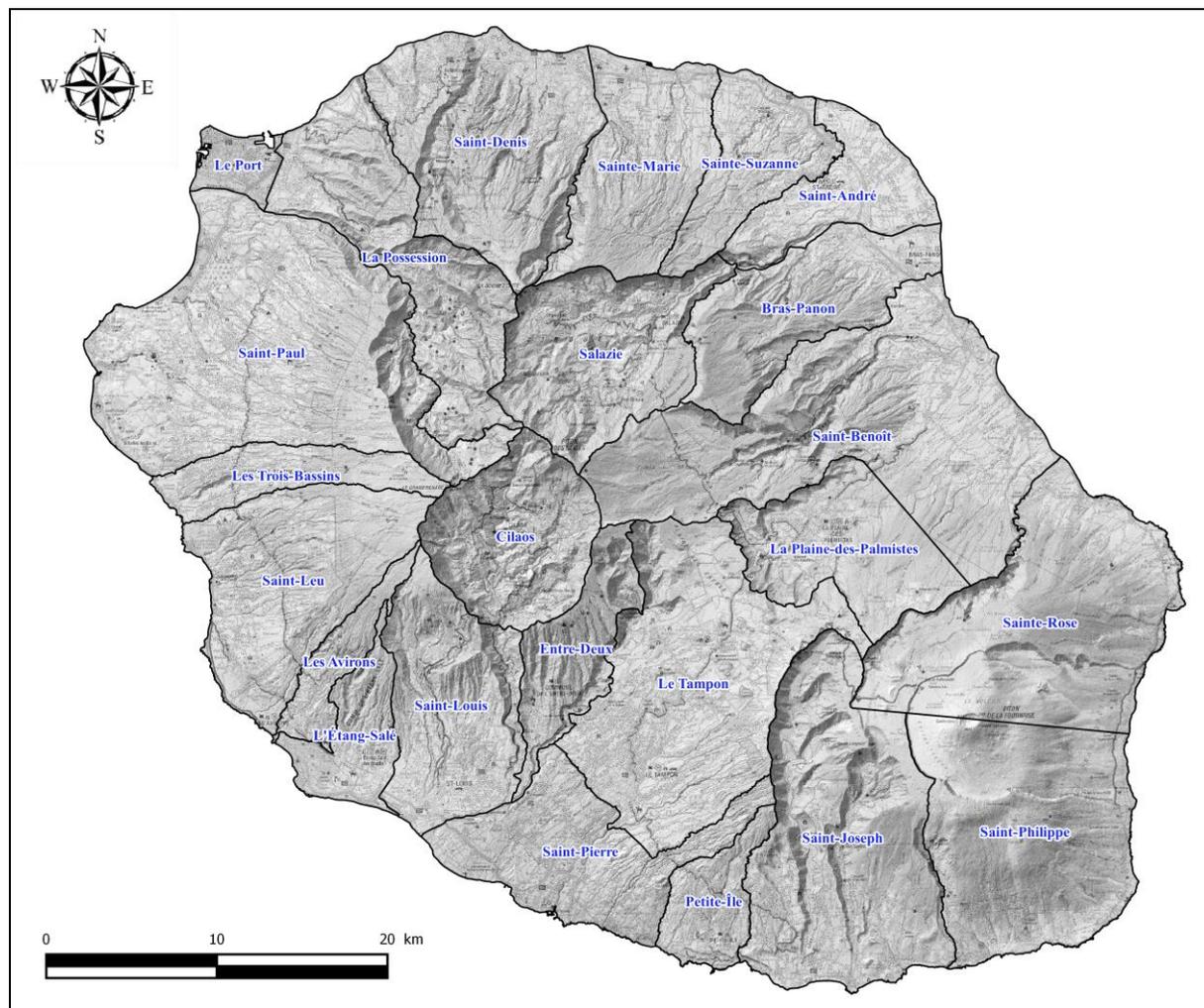


Source : (Désrivierre, 2017)

1.3 Vieillesse de la population à La Réunion

La Réunion est un département français d'outre-mer situé dans l'océan Indien d'une population de 851 000 habitant au 1^{er} janvier 2016 (Insee). C'est une île volcanique qui comprend 24 communes et de nombreux reliefs avec un point culminant à 3070 mètres (carte 3).

Carte 3. Le relief et les communes de La Réunion

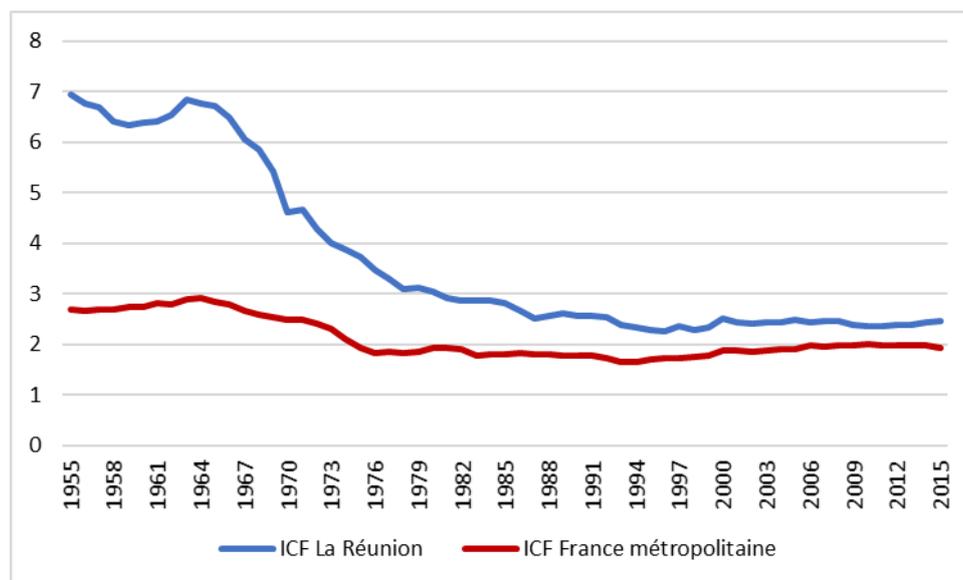


Exploitation : QGIS

La Réunion est un département jeune eu égard à la situation métropolitaine. La population de La Réunion va connaître un vieillissement très rapide. L'Insee projette qu'entre 2010 et 2030, la part des seniors réunionnais âgés de 60 ans et plus dans la population passera de 12% à 23% (Chaussy et Fabre, 2014), leur effectif passant de 100 000 à 225 000. Ce phénomène résulte à La Réunion d'une chute très rapide de la fécondité et d'un allongement de l'espérance de vie. À La Réunion, le vieillissement de la population va être un des plus rapides au monde. Cette rapidité s'explique en premier lieu par une baisse impressionnante de la fécondité entre les années 1960 et la fin des années 1980. En l'espace de 30 ans, la fécondité est passée de 7 à 2,5 enfants par femme (graphique 6). Cette même baisse s'est

opérée sur plus d'un siècle en France métropolitaine. Le niveau de la fécondité réunionnaise est relativement stable depuis la fin des années 1980 autour de 2,5 enfants par femme.

Graphique 6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité en France métropolitaine et à La Réunion entre 1955 et 2015 (nombre d'enfants par femme)

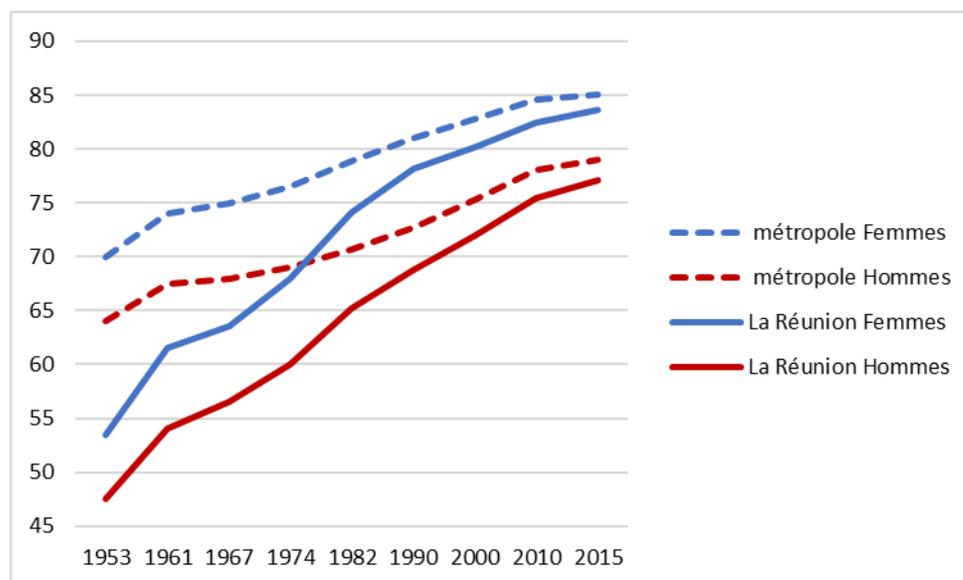


Source : Insee, état civil (données domiciliées) et estimations de population

Par ailleurs, La Réunion est devenue un département français en 1946, date à partir de laquelle ont débuté de grands travaux de modernisation qui se sont surtout intensifiés dans les années 1960 et qui ont eu pour conséquence une amélioration générale des conditions de vie et notamment sur le plan sanitaire. Ceci a permis une baisse de la mortalité et une augmentation de l'espérance de vie. L'espérance de vie réunionnaise est inférieure à celle métropolitaine d'environ 2 années mais elle s'est beaucoup améliorée. Entre 1953 et 2015 l'espérance de vie à la naissance des femmes réunionnaises est passée de 53.5 ans à 83.6 ans et celle des hommes de 47.5 ans à 77.1 ans (graphique 7). En 2015, le taux de mortalité standardisé est supérieur à celui de la métropole pour les moins de 65 ans (2,1 pour mille contre 1,9 pour mille) et pour les plus âgés (41 pour mille contre 38,4 pour mille pour les plus de 65 ans). Les décès sont plus nombreux chez les hommes, l'écart de mortalité entre les hommes et les femmes est deux fois plus élevé à La Réunion qu'en métropole (+1,3 point contre +0,6 point). Les hommes meurent plus jeunes à cause notamment de comportements à

risque (alcoolisme, accident). La moitié d'entre eux ont moins de 69 ans à leur décès contre 80 ans pour les femme en 2015 (Ajir *et al.*, 2017).

Graphique 7. Évolution de l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes en France métropolitaine et à La Réunion entre 1953 et 2015 (en nombre d'années)



Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil

Le vieillissement de la population à La Réunion s'est donc opéré en premier lieu par le bas. Et cela, bien que les taux de fécondité soient restés, depuis les années 1990 relativement élevés et stables et ensuite, par le haut. Ainsi, il y a eu une augmentation importante de la proportion de personnes âgées dans la population réunionnaise. Entre 1967 et 2016, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est passée de 5 à 16% de la population (*Ibid*) (tableau 2) et devrait atteindre 23% à l'horizon 2030.

Tableau 2. Nombre et part des plus de 60 ans dans la population réunionnaise entre 1967 et 2016

	Nombre de personnes de plus de 60 ans (en effectif)	Part des plus de 60 ans (en %)
1967	22 021	5
2016	132 399	16

Source : Insee, estimations de population

2 – Enjeux du vieillissement et politiques publiques

Le phénomène démographique du vieillissement de la population a de nombreuses répercussions dans différentes sphères de la société. L'économie d'abord, car le système français est basé sur la solidarité ou du moins l'équilibre entre les actifs et les inactifs et le déséquilibre vers lequel nous penchons force à penser et anticiper la question du financement des retraites d'une part, et aussi le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie d'autre part. La Silver Économie tente justement de tirer profit du vieillissement de la population pour favoriser la croissance comme nous aurons l'occasion de le présenter dans le chapitre 4. L'organisation territoriale est également impactée par le vieillissement de la population comme en témoigne l'importante considération de celle-ci dans les initiatives en lien avec le vieillissement : Loi d'adaptation de la société au vieillissement², label « Ville amie des aînés »³, les dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie (Maia, CLIC, ...) et l'importance de la notion de territoire dans les politiques publiques en lien avec le vieillissement⁴. Enfin, le vieillissement de la population a des conséquences culturelles et sociales importantes qu'il n'est pas encore possible de mesurer complètement. Mais il est certain que cette modification relative de la composition de la population aura une influence sur les aspirations et les modes de vie des individus. Cela aura également un impact sur les

² Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

³ http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/fr/.

⁴ « Territoires gérontologiques : contraintes, défis et controverses », Gérontologie et société, 2010, n°132.

perceptions et les représentations de la vieillesse car la sociologie du vieillissement nous l'a appris, « les autres » à comprendre comme autrui mais aussi l'entourage sont « des supports ambivalents de l'individu vieillissant » (Caradec, 2012, p.102).

Le vieillissement de la population en tant que phénomène démographique est aujourd'hui invoqué pour « forcer » l'intérêt des politiques publiques et la mise en place de mesures en faveur d'un vieillissement en bonne santé, dorénavant bien connu sous le vocable du « Bien vieillir » (Alvarez, 2014). L'augmentation importante du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la société et ses conséquences en termes socioéconomiques nécessitent des actions publiques spécifiques et anticipées. En effet, un des enjeux majeurs du vieillissement de la population est la manière dont les politiques publiques vont intégrer dans une logique prospective les changements induits de ce phénomène démographique. Les politiques publiques du vieillissement sont relativement récentes et marquées par des paradigmes changeants de la vieillesse. La prise en compte anticipée des conséquences du vieillissement démographique doit nécessairement passer par des solutions globales et évolutives à l'image d'une représentation multidimensionnelle du vieillissement.

2.1 Santé et vieillissement

Les politiques de la vieillesse puis gérontologiques sont relativement récentes. En France, le système de retraite s'organise vraiment à partir de 1930 avec la loi sur les assurances sociales du 30 avril 1930 même s'il existait déjà des systèmes de protection de la vieillesse et de la famille propre à certains domaines ou grandes entreprises des Mines, des Chemins de fer ou de la métallurgie. La loi du 2 août 1949 sur l'aide sociale aux personnes âgées, différencie enfin les personnes âgées, des infirmes et des incurables⁵. Mais les politiques de la vieillesse naissent véritablement à partir du texte fondateur du rapport Laroque datant de 1962. Se succéderont ensuite de nombreux rapports notamment le rapport Arreckx en 1979 qui propose pour la première fois le terme de dépendance pour les personnes âgées, le rapport Braun en 1988 qui pointe l'importance d'écouter les besoins et les attentes des personnes âgées, de développer le maintien à domicile et enfin de favoriser la coordination gérontologique. Sous l'effet des lois de décentralisation des années 1982-1983, les départements se voient acquérir

⁵ Loi n°49-1094 du 2 août 1949 dite Cordonnier relative à l'aide aux aveugles et grands infirmes.

de nouvelles compétences dans la gestion de la dépendance et deviennent les chefs de file de l'action gérontologique en France. Les rapports Schopflin et Boulard datant de 1991 s'inscrivent dans une perspective de gestion de la vieillesse où apparaît le concept du « risque dépendance » et qui évoquent la création d'une allocation pour les personnes dépendantes qui sera la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) puis l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) (Vercauteren, 2010). A partir de la fin des années 1990, les politiques sanitaires et sociales se centrent davantage sur les pratiques et les besoins des individus (Frinault, 2005) et cela a une double conséquence. « Celle de mieux apprécier sur le territoire les besoins des personnes et de mieux considérer les configurations géographiques en lien, et celle de contribuer au développement de dispositifs et d'établissements toujours plus ciblés. Pourtant, en dépit de ce mouvement, force est de constater que les politiques de la vieillesse demeurent concentrées, tant économiquement que politiquement, autour de la perte d'autonomie des personnes âgées » (Blanchet, 2016, p.172). Cet enjeu constitue le cœur des politiques gérontologiques et demeure partagé au niveau institutionnel entre les compétences sanitaires et médico-sociales de l'État et les compétences sociales des départements. « En tant que chef de file de l'action gérontologique, les départements établissent des documents de planification, financent et gèrent l'APA au domicile et dans les maisons de retraites médicalisées, financent et organisent la coordination gérontologique et, peuvent, le cas échéant, soutenir des actions gérontologiques extra-légales (lutte contre l'isolement, aide à la mobilité, amélioration de l'habitat, prévention...). L'État, *via* ses services déconcentrés, autorise et finance le versant médico-social de l'action gérontologique (services de soins infirmiers à domicile, partie médicale des maisons de retraites médicalisées) et contribue au déploiement sur le territoire de dispositifs issus de plans nationaux (Plans solidarité grand âge 2006 et Alzheimer 2008-2012) » (*Ibid*, p. 172).

2.2 Le vieillissement ou la gestion de la dépendance

Jusque dans les années 1990, la vieillesse était traitée, dans le cadre des politiques publiques, quasi exclusivement par son versant social. A partir des années 1990, on assiste à une imprégnation de plus en plus importante du médical dans la définition du vieillissement. Les politiques publiques du vieillissement se concentrent alors sur la dépendance des personnes âgées et encouragent une vision purement biologique du vieillissement et une association exclusive entre personnes âgées et dépendance. La mise en place de la PSD en 1997 puis de

l'APA en 2002 appuie ce nouveau paradigme de la vieillesse. En effet, pour pouvoir bénéficier de cette prestation, les personnes âgées sont évaluées à l'aide de la grille AGGIR. La grille AGGIR repose sur une évaluation fonctionnelle de l'autonomie et ne prend pas en compte les autres aspects de l'existence. Par ailleurs, la politique menée « contre » la dépendance a gommé « le phénomène le plus important des décennies 1996-2016, le report sur la famille – et leurs 'dramas privés' – de l'accompagnement du grand âge et de la dépendance » (Weber, 2017, p.121). C'est en effet à partir de la fin des années 1990 que les médecins commencent à alerter la surmortalité des aidants familiaux notamment dans le cas d'un accompagnement de la maladie d'Alzheimer. L'accompagnement et le soulagement des aidants deviendront une priorité à partir des années 2000 (Bloch, 2012). La canicule de 2003 est un tournant majeur dans les politiques publiques à destination des personnes âgées car elle a laissé voir la misère et l'isolement de certaines personnes âgées délaissées de tout entourage familial (Keller, 2015). La prise en charge de la perte d'autonomie intervient dans un système à quatre générations (enfants, jeunes adultes, adultes d'âge mûr et vieux) avec la problématique de la génération pivot qui doit accompagner à la fois ses descendants et ses ascendants. Ainsi, « la vieillesse est un remarquable révélateur des transformations sociales : qu'il s'agisse de l'espérance de vie, des relations familiales ou des enjeux économiques de la protection sociale, elle est au cœur des questions de justice sociale qui rendent légitime, ou non, un ordre social garanti par l'Etat » (Weber, 2017, p.127).

2.3 Vers une approche globale du vieillissement : la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi du 28 décembre 2015)

A partir des années 2000, la coordination devient une nouvelle catégorie d'action publique gérontologique qui accompagne une vision plus large du vieillissement (Grand, 2016) pour la prise en charge de la perte d'autonomie mais aussi pour la prise en compte des personnes âgées non dépendantes. En effet, d'un côté on essaye de coordonner les différentes institutions et acteurs de la prise en charge de la perte d'autonomie par le développement des réseaux, des Maia et des CLIC au prisme d'une approche multidimensionnelle des personnes âgées. De l'autre côté, les politiques publiques tentent d'élargir la vision du vieillissement au-delà de la perte d'autonomie vers une politique du « Bien vieillir ». C'est dans ce contexte que la prévention prend sa place dans les politiques publiques gérontologiques. La loi d'adaptation de la société au vieillissement est tout à fait révélatrice de ce mouvement d'élargissement du

vieillesse puisqu'elle prône une vision plus globale des personnes âgées et revendique des actions publiques sur l'environnement des personnes âgées.

Les politiques publiques de la vieillesse sont passées d'une approche hospitalo-centrée avec une vision de la dépendance purement biologique puis elles se sont orientées vers la gestion économique de la dépendance tout en développant une approche de plus en plus globale du vieillissement, pas seulement la perte d'autonomie mais aussi le « vieillissement actif » comme en témoignent les rapports préliminaires de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement⁶ (Aquino, 2013 ; Broussy, 2013 ; Pinville, 2013). Pour relever le défi de l'accompagnement global, anticipé et cohérent du vieillissement, les territoires deviennent des laboratoires d'expérimentations innovantes.

3 – Innovations dans le champ du vieillissement

Le vieillissement démographique associé à la stagnation de la croissance économique inquiète au niveau du prolongement et de la continuité de l'action publique dans le champ du vieillissement. Des innovations sociales et technologiques sont alors pensées et testées au niveau territorial pour anticiper les conséquences d'un gonflement de la population âgée dans un contexte de restrictions budgétaires importantes, et qui le seront probablement de plus en plus.

3.1 Territoire et vieillissement : une relation propice à l'innovation

La relation entre le vieillissement et le territoire s'explique à travers plusieurs histoires. Celle des politiques de santé publiques et celle des politiques de la vieillesse qui deviendront par la suite les politiques gérontologiques. Coldefy et Lucas-Gabrielli (2012) dressent l'implication historique du territoire dans les politiques de santé publique. Avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970⁷ apparaît le principe de sectorisation avec la création du service public hospitalier et de la carte sanitaire pour la planification de l'action sanitaire. A cette occasion sont créés les secteurs sanitaires au nombre de 223. La carte sanitaire est rapidement jugée

⁶ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

trop rigide et inefficace dans ses missions de régulation et de redistribution du parc hospitalier sur les différents secteurs sanitaires. Vingt ans plus tard, la loi du 31 juillet 1991 instaure l'échelon régional dans la gestion et l'organisation du système de santé. A cette occasion, deux outils sont créés pour la planification : les Agences Régionales Hospitalières (ARH) et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Ces derniers sont beaucoup moins rigides et laissent plus de latitudes de décision aux différentes régions. Plusieurs générations de SROS se succèdent. Le SROS 1 (1994-1999) redéfinit principalement les secteurs sanitaires, ils sont 152 en 1994. Le SROS 2 (1999-2004) connaît peu de remise en cause du découpage territorial. Le SROS 3 (2006-2011) présente quant à lui de profondes modifications. On passe alors d'une approche hospitalo-centrée à une approche plus globale en termes de santé basée sur l'évaluation des besoins de la population. La carte sanitaire est supprimée. La loi Hôpital Patient Soins Territoires (HPST) du 2 juillet 2009⁸ marque un tournant important car elle crée les Agences Régionales de Santé dont « le rôle est de territorialiser l'action publique dans le domaine sanitaire » (Coldefy & Luca-Gabrielli, 2012, p.2) mais aussi dorénavant celui du médico-social et des soins de ville. Elles ont pour but de créer des territoires de santé dans les différentes régions qui sont encore aujourd'hui les cadres réglementaires de l'organisation des soins. Le SROS suivant et actuel appelé Projet Régional de Santé (PRS) s'élargit à l'offre ambulatoire et à la prévention (Bréchat *et al.*, 2014). « Le territoire apparaît comme un outil essentiel permettant de structurer une prise en charge globale de la population entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social, visant à placer l'individu, l'utilisateur des soins, au centre de la prise en charge » (Coldefy & Luca-Gabrielli, 2012, p.8).

Blanchet porte plusieurs constats intéressants sur les conséquences de la loi HPST sur l'organisation territoriale gérontologique. Le premier est que le département est passé d'un rôle de chef de file à celui de partenaire gérontologique avec la montée en puissance des ARS notamment en ce qui concerne la gestion du médico-social. De plus, la loi HPST introduit une logique d'appel à projet qui a pour conséquence une territorialisation concurrentielle. « La territorialisation désigne ici le processus complexe d'interactions entre des institutions gérontologiques qui s'organisent et s'adaptent aux spécificités territoriales (démographiques, géographiques, organisationnelles) et le milieu géographique déjà marqué par des inégalités,

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

des pratiques et des héritages distinctifs » (Curtis et Riva, 2010 *In* Blanchet, 2016, p.708). Et cela a pour conséquence que « le territoire apparaît comme un moyen d'optimiser, notamment par le truchement de la concurrence, les actions des établissements publics et les dépenses qui s'y rapportent » (*Ibid*, p.187).

Par ailleurs, le territoire a aussi fait son apparition en mobilisant des disciplines pour lesquelles le concept de territoire est central. Cela a été le cas pour la création de statistiques de qualités sur les personnes âgées en faisant appel à des démographes et des épidémiologistes (Colvez, 2010) et pour la création de la carte sanitaire et après, des territoires de santé en faisant appel à des géographes (Coldefy & Luca-Gabrielli, 2012).

Le territoire est donc un support de politiques publiques, un outil de structuration de l'organisation gérontologique et de la coordination, une échelle d'intervention, d'évaluation et d'expérimentations. Sans nul doute, le territoire est au cœur du vieillissement. On constate un double mouvement d'influence ou plus précisément une influence réciproque mais pas toujours de poids égal. D'un côté, les politiques publiques agissent sur les territoires par la définition de leurs contours, par les actions qui y sont assignées et les interactions des différents acteurs en leur sein et aussi par les caractéristiques de population. D'un autre côté, les territoires agissent sur les politiques publiques dans leur capacité d'innovation en lien avec les spécificités géographiques, économiques et sociales de leur population. Le territoire est un espace géographique au sein duquel se jouent des imaginaires collectifs, des interactions d'acteurs, des représentations particulières qui le façonnent et le rendent unique. Nous avons pu relever différents niveaux de territoire : de prévention, de prise en charge, de projet, d'observation, d'action, de savoir, de pouvoir. Ainsi, il est cohérent à tout point de vue de considérer « les territoires » du vieillissement par la diversité des niveaux de territoires et par l'hétérogénéité des situations sur chaque territoire.

3.2 Innovations sociales et expérimentations dans le champ du vieillissement

Selon le réseau québécois RQIS (Réseau Québécois en Innovation Sociale), une innovation sociale « est une nouvelle idée, approche ou intervention, un nouveau service, un nouveau produit ou une nouvelle loi, un nouveau type d'organisation qui répond plus adéquatement et plus durablement que les solutions existantes à un besoin social bien défini, une solution qui

a trouvé preneur au sein d'une institution, d'une organisation ou d'une communauté et qui produit un bénéfice mesurable pour la collectivité et non seulement pour certains individus. La portée d'une innovation sociale est transformatrice et systémique. Elle constitue, dans sa créativité inhérente, une rupture avec l'existant ». L'émergence des nouveaux dispositifs comme les Maia, les CLIC, les PAERPA, les PTA sont des projets innovants dans un contexte de complexification qui recouvrent de véritables enjeux organisationnels (Couturier & Etheridge, 2012). La mise en place de la Maia de La Réunion est un parfait exemple des différents échelons à considérer et des difficultés de communication inter-institutions (chapitre 3).

3.3 Les innovations technologiques comme soutiens du vieillissement

En 1998, une recommandation du Conseil de l'Europe aux États membres positionne le recours aux technologies comme un droit complémentaire du droit aux aides humaines de soutien et d'accompagnement des problématiques du vieillissement et de la dépendance. « Toutes les personnes dépendantes ou susceptibles de le devenir, quels que soient leur âge, leur race, leurs convictions et la nature, l'origine et le niveau de sévérité de leur état, doivent avoir droit à l'assistance et à l'aide requises pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible. Par conséquent, elles doivent avoir accès à des services de bonne qualité et aux technologies les plus adaptées »⁹. Ce droit est régulièrement réaffirmé et notamment dans le dernier rapport de l'OMS sur les aides techniques (OMS, 2016b).

En France, comme dans d'autres pays, les premières initiatives de recours technologiques se sont développées dès la fin des années 1980, dans le domaine de la télémédecine, conçue comme remède à la désertification médicale et à l'hospitalisation abusive des personnes âgées. Dans le domaine de la médecine, l'apport des technologies, se traduit également par l'apparition de la robotique à destination chirurgicale (Gucher, 2014). C'est à partir des années 2000 que les gérontechnologies émergent comme potentielles aides et supports au vieillissement. « Les domaines dans lesquels se développent les technologies et les expérimentations sont, outre ceux de la vie quotidienne concernée principalement par la

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

domotique, ceux de la santé –à travers notamment la e-santé et la robotique médicale- et de l’action médico-sociale avec les technologies dites de compensation, de sécurisation et de ‘lien social’ » (*Ibid*, p.42).

4 – Problématique et annonce de plan

Le vieillissement rapide de la population réunionnaise et les contraintes économiques que connaissent à la fois les institutions et les individus nous ont poussé à interroger l’émergence et la place des gérontechnologies par rapport au processus individuel du vieillissement et en lien avec le contexte institutionnel réunionnais. Plusieurs questions ont animé ce travail à savoir quelles sont les attitudes des personnes âgées à l’égard des gérontechnologies et de la technologie en général, quelles représentations du vieillissement véhiculent-elles et quels sont les enjeux de santé publique associés ? Une démarche essentielle dans notre thèse a été de cerner l’ensemble des acteurs impliqués dans l’utilisation des gérontechnologies : personnes âgées, familles, aidants familiaux, acteurs médico-sociaux, acteurs institutionnels, acteurs économiques. L’analyse centrale porte toutefois sur les personnes directement concernées soit en tant qu’utilisateur soit en tant qu’aide de ces personnes. Plusieurs hypothèses ont permis de guider ce travail de thèse.

- Les personnes âgées réunionnaises ne représentent pas un groupe homogène en termes d’utilisation des nouvelles technologies
- Le processus d’acceptabilité des gérontechnologies ne diffèrent pas de celui des nouvelles technologies en général
- Le parcours de vie, les réseaux de solidarité, l’entourage et les expériences passées de la technologie influent sur le rapport actuel à la technologie
- Dans l’opinion publique, les gérontechnologies sont davantage associées à la perte d’autonomie plutôt qu’à la prévention

Pour répondre à cela, le **chapitre 1** présentera le contexte théorique et méthodologique sur lesquels repose cette recherche. Il sera présenté la filiation disciplinaire ainsi que les concepts clés utilisés. Une réflexion sera particulièrement étayée autour du positionnement théorique de la notion d’acceptabilité en lien avec les concepts de « pratique » et d’« usage ». La

présentation de la méthodologie permettra d'identifier précisément les matériaux utilisés tout en apportant les justifications de ces choix méthodologiques.

Le **chapitre 2** s'appuiera sur le parcours de vie des personnes âgées réunionnaises afin de montrer en détail l'évolution de la société réunionnaise et ses mutations socio-économiques depuis la départementalisation. Un intérêt particulier sera porté aux conditions de vie et aux caractéristiques socioéconomiques des personnes âgées réunionnaises : ressources, état de santé et logement. Le domicile est en effet central dans la prise en charge de la perte d'autonomie notamment à La Réunion où le maintien à domicile est largement majoritaire.

Le **chapitre 3** mettra en lumière les enjeux liés à la prise en charge de la perte d'autonomie et présentera les différents acteurs concernés. Il sera alors détaillé l'organisation et la répartition territoriale, les différentes échelles d'intervention ainsi que l'organisation actuelle de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées réunionnaises. Nous tenterons de détailler le monde de la gérontologie réunionnaise en mettant en lumière les interactions entre les différents secteurs du sanitaire, du médico-social et du social. L'exemple de la mise en place et de l'implantation progressive de la Maia sur le territoire réunionnais permettra de comprendre la difficulté d'innover au cœur d'un monde complexe régi par des interactions codifiées.

Le **chapitre 4** apportera des éclairages sur la définition et les contours de ces gérontechnologies. Il sera présenté le contexte d'émergence de ces gérontechnologies et analysé les différentes études réalisées sur le sujet dans plusieurs disciplines. Enfin, il sera proposé une explication à l'émergence de ces gérontechnologies en parallèle de la structuration de la « Silver Économie ».

Le **chapitre 5** s'intéressera à l'analyse des usages et des pratiques des technologies du « Bien Vieillir » en interrogeant le rapport global à l'innovation, le parcours de vie et l'expérience technologique. Une attention particulière sera portée au concept d'acceptabilité afin d'éclairer son mécanisme à la lumière de l'exemple réunionnais et de l'avancée en âge.

Le **chapitre 6** s'intéressera à l'entourage familial, de proximité et professionnel des personnes âgées dans leur relation à ces nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie. Ainsi, nous

présenterons les solidarités intergénérationnelles pour l'analyse incontournable de leurs influences sur les positionnements individuels. De plus, nous nous positionnerons du côté des acteurs afin d'identifier ceux proposant des gérontechnologies et d'identifier leurs actions concrètes sur le territoire réunionnais. Il sera ensuite analysé quelles sont les attitudes des professionnels œuvrant autour des personnes âgées face aux nouvelles technologies. Nous interrogerons notamment les reconfigurations des pratiques professionnelles perçues. Nous verrons alors que ces attitudes et représentations des gérontechnologies impactent le positionnement des personnes âgées elles-mêmes et participent au processus d'acceptabilité.

Le **chapitre 7**, quant à lui, élargit le débat au champ de la prévention. L'analyse de la mise en place et du suivi d'ateliers de prévention à destination de personnes âgées autonomes permet d'introduire une réflexion autour de « la gestion » de l'avancée en âge au niveau des politiques publiques. Elle permet aussi le développement d'une réflexion sur une « nouvelle » utilité des gérontechnologies au cœur d'une approche longitudinale de la prévention.

Chapitre 1 Contexte scientifique, cadre théorique et méthodologique

Cette thèse de doctorat, au carrefour de la sociologie, de la démographie et de la gérontologie, s'appuie sur un cadre théorique varié et pluridisciplinaire. L'objet de ce chapitre est de présenter le cadre théorique et méthodologique de cette recherche en s'efforçant de rendre à ce travail sa cohérence globale et de justifier les différents choix théoriques et méthodologiques. Un des enjeux actuels de la sociologie n'est plus de débattre sur le niveau d'explication (macro ou micro) ou sur l'orientation explicative ou compréhensive mais de travailler l'articulation des différents niveaux et formes de réflexion sociologique (Hummel *et al.*, 2014). Ce travail prône ainsi une approche analytique multi-située, à la fois microsociologique pour approcher au plus près les pratiques et les usages des personnes âgées et des professionnels les entourant et à la fois macrosociologique pour comprendre comment les conditions d'expression de ces pratiques et de ces usages se manifestent dans leurs contextes familiaux, territoriaux et institutionnels. La sociologie du vieillissement apporte des concepts très intéressants pour l'analyse qui est la nôtre et notamment les concepts de « déprise », d'« étrangeté au monde » et de « parcours de vie ». Si notre approche est affiliée à une démarche de sociologie du vieillissement, notre ambition est de promouvoir une approche pluridisciplinaire à travers le recours à des outils conceptuels d'autres disciplines comme la notion de « contexte » et la théorie de la transition démographique en démographie ou la théorie de modernisation socio-économique en économie. Par ailleurs, le concept de territoire, déjà abordé dans l'introduction en lien avec le déploiement des politiques publiques, sera un concept transversal à l'ensemble de ce travail. Ce chapitre donnera aussi l'occasion de se positionner sur la définition de l'acceptabilité et sur l'approche interactionniste choisie pour rendre compte des mondes de la gérontologie et des gérontechnologies. Tous ces éléments permettront ainsi de justifier la posture méthodologique développée dans ce travail et d'appuyer l'apport de la complémentarité entre le qualitatif et le quantitatif pour notre sujet.

1 – Pour une approche analytique multi-située, pluridisciplinaire et contextualisée du vieillissement

1.1 La sociologie du vieillissement : Histoire, niveaux d'analyse et objets

Dans la tradition anglo-saxonne, la sociologie du vieillissement est apparue plus précocement dans une approche fonctionnaliste dominée par l'analyse des rôles perdus (celui de travailleur) et des rôles assignés (celui de retraité). La sociologie s'est ensuite construite sur deux approches principales. La *Disengagement theory* à partir du début des années 1960 et de l'ouvrage fondateur de Cumming et Henry (1961) puis sur l'approche de la « construction sociale » du champ du vieillissement à la fin des années 1970 (Clément & Membrado, 2010). Nous reviendrons sur la théorie du désengagement pour évoquer le concept de « déprise ».

L'apparition plus tardive de la sociologie du vieillissement francophone à l'échelle de l'histoire de la sociologie est due à différents facteurs. Le premier est lié au fait que la classe d'âge des personnes âgées est devenue une préoccupation sociale et sociétale seulement à partir des années 1960. Cela n'explique pas pour autant pourquoi si peu de sociologues ne s'étaient intéressés à la vieillesse avant cela. Le second est lié, selon Hummel et ses collègues (2014) à la tradition francophone de la sociologie. En effet, parmi les pères fondateurs de la discipline, peu sont ceux qui avaient un intérêt pour la variable 'âge'. Les auteurs évoquent Durkheim et le fait que l'âge n'était pas une variable synthèse pour expliquer le suicide ou encore Bourdieu pour qui les catégories d'âge étaient moins significatives que les classes sociales. Le troisième enfin, serait « une manifestation subtile de l'âgisme » (p.391) au sein même de la discipline.

La sociologie du vieillissement actuelle peut être découpée en trois objets distincts. Le premier étudie la construction sociale de cette catégorie et les représentations qui lui sont associées. Le second étudie cette catégorie à travers ses spécificités. Le troisième, se situant au niveau microsociologique, étudie les évolutions du rapport au monde avec l'avancée en âge (Caradec, 2012). On retrouve ces trois grandes catégories dans l'organisation thématique de l'ouvrage collectif de synthèse dirigé par Hummel *et al.* (2014).

Le vieillissement est un processus au cours duquel de nombreuses transformations s'opèrent à la fois sur le plan physique et cognitif et aussi parallèlement, sur le plan du positionnement

des individus face à eux-mêmes et face à la société. Les représentations de la vieillesse ont beaucoup évolué ces dernières décennies. En passant de la figure du « vieillard » à celui de « retraités actifs », les personnes âgées sont perçues plus positivement dans nos sociétés empreintes d'un certain « jeunisme ». Il demeure toutefois une correspondance marquée entre « personnes âgées » et « perte d'autonomie » (Humbert, 2016). La sociologie tend à montrer la diversité des expériences du vieillissement en étudiant et en pointant le caractère hétérogène de cette population. Mais la sociologie du vieillissement se trouve de plus en plus instrumentalisée par le biais de financements d'enquêtes ou de recherches davantage orientés sur les problèmes de la vieillesse que sur les vieillesse ordinaires pourtant majoritaires (Hummel *et al.*, 2014), point qui sera abordé dans les limites de ce travail.

1.2 De nombreux concepts mobilisés

1.2.1 La déprise

Le concept de déprise est central en sociologie du vieillissement. Il a été théorisé par Barthe et Clément (1988) et complété par Caradec (2004). La déprise est un concept mobilisé en sociologie du vieillissement depuis la fin des années 1980 qui prend ses appuis sur la théorie du désengagement (Cumming & Henry, 1961). Cette théorie s'appuie sur les structures de la société. La mise hors du travail à un certain âge, dictée par le système social est à l'origine du mécanisme de désengagement. Il s'agit d'un double mouvement par lequel « l'individu se désengage en réduisant le nombre de rôles qu'il remplit au sein de la société et en réduisant son investissement dans chacun de ses rôles » (Clément & Membrado, 2010, p.114). Cette théorie sera critiquée par rapport à son approche trop biologisante du vieillissement et par rapport au caractère restrictif de la population concernée. La figure du travailleur et du retraité étant à cette époque majoritairement masculine (Hochschild, 1975). La comparaison avec deux autres approches permet de mieux cerner les contours du concept de déprise. La première est celle du sociologue Coleman (1994) qui parle de stratégies d'adaptation. Selon lui, trois attitudes entrent en compte dans le phénomène d'ajustement des individus à leur vieillissement : Les attitudes envers le passé et l'appel au souvenirs ; Les attitudes envers le présent, « les plus âgées sont des grands voyageurs dans le temps. Ils ont vécu de multiples changements sociaux, ils ont traversé de multiples changements de valeurs, au cours desquels ils ont dû faire des choix. Lorsque l'époque a pris ensuite d'autres orientations, beaucoup sont amenés à condamner la société moderne : c'est pour ne pas renier les choix qu'ils ont faits à

un moment de leur vie » (Clément & Membrado, 2010, p.116) ; Les attitudes face à la mort. Il y a des similitudes avec la déprise mais persiste une différence principale qui est que l'adaptation suppose deux temps dans l'approche de Coleman, lorsqu'on n'est plus adapté et lorsqu'on s'adapte or il y a beaucoup d'autres manières de s'adapter en vieillissant (*Ibid*). La seconde approche est celle du psychologue Baltes (1997) avec son concept « d'optimisation sélective avec compensation ». Ce concept contient trois éléments : la sélection de certaines activités, l'optimisation à travers un déploiement ciblé d'efforts sur certaines activités et la compensation à travers la recherche de procédure ou de technologies pour pallier les déficiences. Selon Caradec (2014) cette approche est centrée exclusivement sur un vieillissement réussi alors que le concept de déprise est plus large.

Concrètement, la déprise est caractérisée par une reconfiguration de la vie au fur et à mesure de l'avancée en âge en lien avec la mise en place de stratégies de préservation de soi. Il s'agit « d'un processus de réaménagement de la vie qui tient compte des modifications dans les compétences personnelles, de la trajectoire de vie antérieure, des situations interpersonnelles d'aujourd'hui dans un contexte particulier [...] On peut définir comme un formidable travail de prévention ce souci des plus âgés de se ménager pour pouvoir continuer à tenir ce qu'ils privilégient, à faire les choix qui ont le plus grand sens dans leur vie » (Clément & Membrado, 2010, p.118). C'est un « processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles telles que des déficiences physiques croissantes, une fatigue plus prégnante, ou encore des moindres sollicitations d'autrui. Ce réaménagement, qui conduit à une baisse tendancielle du niveau moyen d'activités, est le produit de tout un ensemble de reconversions : les vieilles personnes recourent à des aides techniques ou des astuces pour s'adapter aux difficultés auxquelles elles sont confrontées ; elles remplacent des activités qu'elles ne peuvent plus réaliser par un substitut [...] ; elles poursuivent leurs activités antérieures, mais sur une plus petite échelle ou à un rythme ralenti [...] ; elles délaissent certaines activités afin de continuer à avoir prise sur d'autres. Elles s'efforcent ainsi de conserver, aussi longtemps que possible, des engagements importants pour elles » (Caradec, 2012, p.94). D'après Caradec (2014), la déprise est une des « épreuves » du grand âge et ne se produit qu'avec l'action de déclencheurs qu'il dénombre au nombre de quatre. Le premier est relatif aux problèmes de santé et de déficience qui entraîne une « fragilisation » de la personne (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Le second est lié à la fatigue. Le troisième est

relatif à la raréfaction des opportunités d'engagement : expérience du veuvage et l'adolescence des petits-enfants. Le quatrième concerne les interactions avec autrui et les stratégies d'évitement associées. Par ailleurs la déprise est caractérisée par des stratégies variées : adaptation, abandon-substitution, abandon-sélection, abandon-renoncement, rebond (Caradec, 2007).

Finalement, ce concept de la déprise rompt avec la représentation passive de l'avancée en âge et montre au contraire que les personnes âgées, même avec la survenue de fragilités, mettent en place des stratégies et sont donc actives dans la reconfiguration de leur quotidien. Ces reconfigurations sont soumises à la perception de l'adéquation entre les compétences des individus et celles requises pour une activité particulière.

1.2.2 L'étrangeté au monde

Le sentiment d'étrangeté au monde est un sentiment partagé par de nombreuses personnes âgées. Il est dû à un sentiment d'incompréhension de la société actuelle et à la disparition de ses contemporains. « Par sa propre disparition, on ne quitte pas la société, puisque la société nous a déjà quittés, celle dont on connaissait les codes et les coutumes pour les avoir appris en même temps que les amis et connaissances de sa génération, celle qui était la référence pour ses valeurs, sur laquelle on avait exercé le travail de la mémoire avec les autres, celle où l'on retrouvait les êtres avec lesquels on se comprenait à demi-mot » (Clément & Membrado, 2010, p.125). Plusieurs éléments concourent à ce sentiment : l'éloignement des petits-enfants et les transformations de l'environnement. L'enjeu est donc pour ces personnes de recréer ou du moins de maintenir un espace de familiarité avec le monde (Caradec, 2014). Se convertir aux nouvelles technologies est ainsi une manière de ne pas s'exclure de la société. De même que le repli sur le domicile, devenu « repère » et « repaire » (Veysset, 1989) peut s'avérer une stratégie de liaison au monde en lien avec le souci de sécurisation de soi (Riom *et al.*, 2015). Dans sa thèse, Mallon (2004) montre d'ailleurs que l'utilisation de certains objets personnels permet aux personnes de recréer un « chez soi » en maison de retraite.

1.2.3 Le parcours de vie

Le parcours de vie est un paradigme défini comme « un ensemble d'approches pluridisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement dans une totalité » (Bessin, 2009, p.12). Cette totalité est à comprendre à la fois par la complexité des éléments

qui la composent et par son positionnement contextuel c'est-à-dire son insertion sociétale et historique. La perspective en termes de parcours de vie « tente d'organiser la complexité de la vie sociale en tenant compte de la temporalité, du contexte sociohistorique, des contraintes structurelles et des capacités actanciennes (*agency*) des acteurs sociaux en situation d'interdépendance » (Carpentier & White, 2013, p.279). Le paradigme du parcours de vie est « l'étude du déroulement de la vie humaine (ontogénèse humaine), c'est à dire l'analyse et l'intégration dans un cadre théorique commun des interactions et interdépendances entre : (a) les processus développementaux biologiques et psychologiques ; (b) le contexte socio-historique et les dynamiques qui l'affectent, ainsi que ses médiations institutionnelles, dont en particulier les modèles de parcours de vie comme forme de régulation sociale ; (c) les parcours de vie individuels qui se développent dans le cadre des contraintes et des possibilités délimitées par (a) et (b), cela en fonction des ressources propres à chaque individu, du travail de réflexivité qu'il opère et de son "identité narrative" propre (Ricoeur, 1985) » (Lalive d'Epinau *et al.*, 2005, p.197). D'après ces mêmes auteurs, le parcours de vie est à la fois un paradigme et une institution sociale. Le paradigme repose sur un phénomène multidimensionnel qui est nécessairement analysé de manière multidisciplinaire. C'est un processus qui s'allonge tout au long de l'existence et qui est constitué de différentes étapes associées à un cadre social et culturel définissant un ensemble d'enjeux, d'options, de contraintes, de rôles et de statuts qui structurent l'existence. Le parcours de vie comme institution sociale se lit à deux niveaux : Au niveau structurel par les éléments qui régulent le parcours de vie des individus dans le cadre d'un système de contraintes et d'opportunités ; Au niveau individuel par l'ensemble des trajectoires renvoyant aux différentes sphères de l'existence (*Ibid*). « La notion de 'parcours de vie' permet notamment d'analyser les biographies sous l'angle quantitatif et sous l'angle démographique. Des contingences macrosociétales, liées aux cycles de vie et aux événements et modèles sociohistoriques, vont créer des points communs générationnels (allongement du départ légal à la retraite) et des différences singulières dans la façon de réagir à ces contraintes spécifiques, qu'elles soient liées à l'âge ou à des événements historiques ou générationnels » (Dubar & Nicourd, 2017, p.28). C'est précisément dans cette approche que nous souhaitons aborder le parcours de vie des personnes âgées réunionnaises.

1.3 Monographie de territoire et vieillissement contextualisé

De ce point de vue, les travaux à la lisière de la démographie et de la sociologie développés par Courgeau et Lelièvre (1990) et le courant de recherche qui étudie l'inscription des parcours individuels dans leur contexte (Demazière et Samuel 2010) semblent tout à fait pertinents pour répondre à nos questionnements. Cette approche a deux intérêts : mieux saisir leur parcours et la manière dont les individus ont pu se forger une opinion et une attitude envers les gérontechnologies et mieux séparer les effets d'âge et les effets de génération, ce qui nous paraît essentiel dans la thématique traitée.

Selon Demazière et Samuel (2010), « Si la mise en contexte des biographies est encore insuffisante c'est à cause de puissantes exigences théoriques, méthodologiques et empiriques. La variété des matières nécessaires à la description longitudinale des existences individuelles, des espaces intérieurs dans lesquels elles évoluent (couple, famille, réseau relationnel, institution, territoire, milieu professionnel,...) et les structures historiques et macro sociales sont des obstacles à une approche parfaitement englobante et intégrée des parcours et de leurs contextes. Obstacles redoublés par le manque d'outils d'analyse permettant la prise en compte simultanée et diachronique de toutes ces dimensions » (p.2). Cette complexité avérée ne doit pas pour autant freiner la volonté de contextualiser des comportements individuels. La mise en lumière et l'analyse bien que partielle de l'interaction entre plusieurs dimensions et facteurs semblent déjà une démarche à valoriser. Toujours dans ce même article, les auteurs, recensent différentes manières de contextualiser et de prendre en compte le contexte parmi différents chercheurs. Ils en concluent que les contextes peuvent tour à tour apparaître comme des « univers normatifs », des « processus dynamiques », des « espaces d'activités », des « conditions d'énonciation », des « événements conjoncturels », des « systèmes institutionnels » ou encore des « interdépendances biographiques ». Citons toutefois trois approches éclairantes qui permettent de renforcer encore un peu plus l'assise théorique proposée dans ce travail. Lelièvre et Rosette (2010) voient le parcours des individus comme la somme des actions individuelles imbriquées dans un contexte fortement déterminé et ils proposent une analyse des imbrications des trajectoires et des activités de couple dans des logiques spatio-temporelles. Dans la continuité, les travaux de Bonvalet et Bringé (2010) proposent de considérer les mobilités résidentielles dans une logique spatio-temporelle. Cette idée de l'espace et de la géographie des lieux nous semble particulièrement pertinente et

intéressante pour la mobilisation du concept de territoire à la fois en tant qu'entité administrative et en tant que support social et culturel. La dernière approche est celle de Mazaud (2010) qui rapproche les niveaux d'analyse aux contextes. Selon lui, il est nécessaire de multiplier les différentes échelles d'analyse pour considérer les différents « contextes agissants » sur une trajectoire ou une pratique.

Même si nous avons montré les différents objets et les niveaux d'analyse de la sociologie du vieillissement on assiste aussi à une prise en compte de plus en plus généralisée de la notion de contexte. D'abord, dans la branche relative à la construction sociale de la vieillesse avec toutes les réflexions sur le développement des politiques publiques et l'organisation territoriale de la prise en charge de la perte d'autonomie et ensuite, dans une branche plus compréhensive de la sociologie du vieillissement. « Ce n'est pas produire une sociologie compréhensive des individus que de souligner leurs 'marges de liberté', de retranscrire leurs opinions et émotions concernant leur quotidien ou les 'mondes' qui les entourent, sans analyser conjointement ces 'marges', opinions, émotions, quotidiens et 'mondes' au prisme de leurs conditions d'énonciation et des cadres qui les contraignent » (Billaud & Brossard, 2014, p.91). On se situe tout à fait dans la filiation de la sociologie de l'individuation qui tente de prendre en compte la complexité des aspirations des individus le tout intégré dans les processus historiques (Martucelli, 2004).

De plus, d'après Mallon (2014) les contextes locaux du vieillissement ont trop souvent été oubliés notamment dans les grandes enquêtes nationales et internationales. En effet, selon Mallon, « les questions afférentes aux pratiques et aux représentations de la santé et de la maladie, ou encore aux définitions même du vieillir, aux perceptions différenciées de la vieillesse, à la fois parmi les personnes âgées et en dehors de cette population, sont encore peu explorées dans des enquêtes localisées » (*Ibid*, p.180). Elle questionne de ce point de vue, la possibilité de généralisation à partir d'une telle contextualisation. Elle répond à cela positivement en se reposant sur deux auteurs. Elle reprend les mots de Passeron qui affirmait que « les connaissances et les concepts produits par la sociologie, sont toujours indexés à des contextes (d'enquête et socio-historique) particuliers, ce qui n'empêche ni leur généralisation relative, ni leur usage dans d'autres contextes » (*Ibid*, p. 183). Elle s'appuie également sur le concept de « mosaïque scientifique » de Becker (1986) pour encourager la multiplication des contextes variés du vieillissement. En effet,

elle souhaite que se multiplient « des enquêtes retenant des milieux sociogéographiques spécifiques comme cadre d'analyse permettant de montrer comment certains contextes produisent des vieillissements spécifiques, et comment en revanche certains types de vieillissement peuvent se dérouler de manière similaire dans des contextes très différents » (*Ibid*, p.184) et appelle de ses vœux au développement « d'une compréhension et d'une explication critique des vieillissements contextualisés » (*Ibid*, p.185). Cet appel nous donne entière satisfaction dans la mesure où notre travail s'appuie sur un espace géographique, culturel et social particulier qui est celui de l'île de La Réunion.

2 – Rendre compte et analyser des pratiques et des usages dans un contexte d'innovation

L'innovation a été très largement théorisée dans de nombreuses disciplines. Un des grands classiques est l'approche de la « destruction créatrice » de Schumpeter pour qui le développement de l'innovation se fait en trois temps. D'abord par une prise de risque d'une minorité d'individus qui élaborent une nouvelle composition de ressources. Ensuite, une généralisation de ces compositions de ressources par des groupes d'imitateurs qui bouleversent l'ordre établi et enfin, un retour à l'ordre par la diffusion généralisée de ces nouvelles compositions de ressources qui deviennent progressivement les nouvelles règles du jeu. Ainsi, il y a une distinction forte entre l'invention qui correspond à une nouvelle technique ou un nouveau mode d'organisation et l'innovation qui représente l'ensemble des processus qui vont amener l'invention à être utilisée et incorporée dans la sphère sociale (Alter, 2000). Il existe différents types d'innovation : de produit, de procédé, organisationnelle ou managériale, de service, social, dont la typologie présente toutefois des limites du fait de la perméabilité des différents items (Gaglio, 2011). Il est toutefois de coutume de différencier simplement l'innovation technique (objet technologique, procédé technique) de l'innovation sociale (changement organisationnel ou managérial). De nombreux modèles de diffusions de l'innovation existent et sont soit circulaires, hiérarchiques, horizontaux ou encore tourbillonnants mais pour tous, l'innovation s'inscrit dans un écosystème complexe qui ne saurait être réduit à la simple nouveauté technique ou sociale qu'elle présente mais, par son existence, en interrelations constantes avec tous les éléments qui forment son écosystème.

Cette thèse s'intéresse à différents types d'innovations à la fois technologiques et sociales. Pour comprendre et analyser les attitudes des différents acteurs concernés ainsi que les dynamiques d'innovation présentes sur le territoire, différents concepts sont mobilisés. L'acceptabilité d'abord, dont il sera proposé un essai de définition et qui nous a permis d'introduire une approche diachronique et multifactorielle, les usages et les pratiques ensuite, dans une approche plus synchronique permettent une compréhension contextualisée des freins et des impulsions à l'adoption de ces innovations. Enfin, une réflexion théorique sur la notion de contexte, nous a amené à appuyer nos propos, dans une approche interactionniste, sur le concept de « monde ».

2.1 Définition(s) de l'acceptabilité

2.1.1 Des définitions en référence à d'autres notions

Il n'existe pas de définition consensuelle de l'acceptabilité¹⁰. Elle est très présente dans les disciplines tels que l'ergonomie, la psychologie sociale ou l'agronomie mais, bien que présente, elle est peu conceptualisée en sociologie et plus généralement en sciences humaines et sociales (Baba & Raufflet, 2015). La notion d'acceptabilité renvoie à deux approches interdépendantes : « le système et ses caractéristiques » – ici l'acceptabilité est conditionnée par l'utilité et la fonctionnalité et « la manière d'appréhender la technologie par l'utilisateur » - ici l'acceptabilité est conditionnée par la perception d'utilité et de facilité d'utilisation de l'utilisateur, elle-même conditionnée par des facteurs psychosociaux autour desquels évoluent l'utilisateur (Dubois & Bobillier-Chaumon, 2009).

Plusieurs autres chercheurs proposent d'étudier l'usage des technologies en référence à trois notions. D'abord l'utilité qui correspond à la concordance entre fonctionnalité de l'objet et besoins de l'utilisateur. Ensuite, l'utilisabilité qui renvoie à cinq dimensions de facilité d'utilisation : faciliter d'apprentissage, performance possible, maintien en mémoire des fonctions, prévention des erreurs, satisfaction. Enfin, l'acceptabilité qui dépend de l'utilité et de l'utilisabilité tout en étant intégrée au contexte social de l'utilisateur (Terrade *et al.*, 2009). La

¹⁰ Notre réflexion affiliée à la sociologie et liée à des pratiques sociales, nous permet de nous affranchir de l'adjectif 'sociale' généralement placé à la suite de l'acceptabilité lorsqu'on étudie un rapport humain/non-humain.

notion d'acceptabilité regroupe totalement et partiellement d'autres notions telles que l'acculturation, l'adoption, l'adhésion ou encore l'appropriation. « Avec le concept d'appropriation, on interroge la signification donnée par l'utilisateur à faire usage d'une nouvelle technologie dont il peut disposer. Autrement dit, il s'agit de comprendre la réponse que l'objet technique peut fournir dans l'environnement de son utilisateur » (Saint-Laurent-Kogan, 2007, p.140).

D'après Tricot et ses collègues, pour chaque objet (technologique ou non), « il existe une représentation mentale (individuelle ou collective) de cet objet (e.g. de ses attributs physiques) et de sa rationalité. Nous appelons acceptabilité la valeur de cette représentation » (Tricot *et al.*, 2003, p.393). D'après ces auteurs, l'acceptabilité se mesure à travers une situation rationnelle d'adéquation entre les buts attendus et les moyens mis en œuvre. L'acceptabilité est donc une représentation mentale (attitudes, opinions positives ou négatives) de l'utilité et de l'utilisabilité d'un objet (matériel ou non-matériel ; humain ou non-humain). Cette représentation peut être individuelle ou collective et c'est la valeur de cette représentation qui conditionnerait la décision d'utilisation de l'objet étudié. On se situe ici dans une approche de l'action rationnelle au sens de Weber (1922) et particulièrement du côté de l'action *rationnelle en finalité*, proche de certaines théories économiques. En effet, l'action est orientée en considérant les moyens, les fins et les conséquences de cette dernière. Cela participe donc à un mouvement d'adaptation des moyens aux fins désirées, de confrontation des diverses fins possibles entre elles et de liaison de la fin retenue aux conséquences subsidiaires associées à la réalisation du but visé¹¹. Ainsi pour Tricot et ses collègues l'acceptabilité est le résultat de l'adéquation entre la possibilité de mettre en œuvre les moyens (Utilisabilité) et la possibilité d'atteindre le but (Utilité). Ils se sont demandés ensuite comment interpréter les relations entre les trois dimensions : Utilisabilité, Utilité et Acceptabilité. Dans l'exemple qui suit, ils procèdent à une simulation d'évaluation.

¹¹ Dictionnaire de Sociologie, Encyclopaedia Universalis, Albin Michel, 2007.

Graphique 8. Table de contingence, récapitulatif d'une série fictive de 15 évaluations empiriques sur les trois dimensions dans le cadre d'un EIAH (Environnements Informatiques pour l'Apprentissage Humain)

		Acceptabilité			
		-		+	
		Utilisabilité		Utilisabilité	
		-	+	-	+
Utilité	-	5	0	2	0
	+	4	3	0	1

Source : Tricot *et al.*, 2003

Avec cet exemple (graphique 8), ils concluent que « L'analyse des scores d'utilisabilité et d'utilité peut-être interprétée comme une relation d'implication Utilisabilité vers Utilité : l'utilisabilité n'est bonne que si l'utilité est bonne, mais une mauvaise utilisabilité est indépendante de l'utilité. L'analyse des autres résultats de ce cas fictif montre que l'Acceptabilité et l'Utilité sont dans une relation de tautologie tandis que l'Acceptabilité et l'Utilisabilité sont incompatibles. Conclusion : il faut améliorer l'Acceptabilité et l'Utilisabilité et les rendre compatibles. On peut raisonnablement espérer que l'amélioration de l'utilisabilité améliorera l'utilité » (Tricot *et al.*, 2003, p.400). Cet exemple est intéressant car il apporte des éléments sur la force des liens entre les différentes dimensions. Ici, les possibilités de mise en œuvre des moyens (Utilisabilité) ou en d'autres termes les capitaux au sens bourdieusien du terme ainsi que les éléments contextuels prennent toutes leur importance.

On serait tenté, par ce constat, de se pencher sur la théorie fonctionnaliste de Merton qui serait intéressante. Sa typologie d'adaptation individuelle à la société (1997) apporte des éléments pertinents sur les figures d'innovateur et sur les comportements d'adaptation aux changements mais son approche semble peu cohérente avec notre objet d'étude à savoir le monde gérontologique, qui se caractérise par des imbrications institutionnelles fortes et nombreuses, qu'un niveau d'analyse uniquement microsociologique ne saurait rendre compte.

Avec Barcenilla et Bastien (2009), on trouve l'importance du contexte car ils définissent l'acceptabilité comme le degré d'intégration et d'appropriation d'un objet dans un contexte d'usage. Ils définissent l'intégration comme « la manière dont le produit, ou système technique, s'insère dans la chaîne instrumentale existante et dans les activités de l'utilisateur, et comment il contribue à transformer ces activités » et l'appropriation comme « la façon dont l'individu investit personnellement l'objet ou le système et dans quelle mesure celui-ci est en adéquation avec ses valeurs personnelles et culturelles, lui donnant envie d'agir sur ou avec celui-ci, et pas seulement de subir son usage » (p.311).

2.1.2 Des modèles prédictifs et explicatifs : le contexte social souvent absent

Différents modèles existent pour tenter d'anticiper les attitudes des utilisateurs par rapport à un objet (le plus souvent lié aux TIC). Le modèle le plus connu et le plus répandu est le TAM (Technology Acceptance Model). Il s'agit d'un modèle issu de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975) en psychologie sociale, qui tente de prédire si un individu utilisera ou refusera d'utiliser une application informatique quelconque en fonction de deux facteurs : la facilité d'utilisation perçue de cette application et son utilité perçue (Davis, 1989). Différentes versions ont ensuite été proposées par Davis et Venkatesh (1996 ; 2000) puis par Venkatesh et Bala (2008). Venkatesh et d'autres collègues (2003) ont également proposé l'UTAUT (*Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*) qui repose sur quatre éléments : *performance expectancy*, *effort expectancy*, *social influence* et *facilitating conditions*. Même si dans ce dernier modèle on voit apparaître l'influence du contexte social, ces différents modèles ont connu certaines critiques (Bagozzi, 2007), notamment sur le manque de prise en compte de l'influence des groupes sociaux et des émotions des individus.

User information satisfaction est une théorie des sciences du management basée sur la satisfaction des utilisateurs. Développée par Delone et Mclean (1992), cette théorie repose sur le fait que la satisfaction durant l'usage est la cause déterminante du succès d'une technologie et de son utilisation. On peut relier cette théorie à l'*Expectancy disconfirmation theory* (Théorie de la non-conformité) (Oliver, 1981) qui à la différence de la précédente considère la satisfaction comme la conséquence de l'évaluation entre la qualité du service attendu et de l'avantage final obtenu par l'utilisation : « la satisfaction de l'utilisateur provient de la conformité entre les attentes et les résultats évalués par l'utilisateur ; à l'inverse la non-conformité des attentes entraîne une baisse de la satisfaction et donc une sous-utilisation des

« systèmes techniques » (Brangier & Hammes, 2007, p.3). Encore une fois, une des critiques adressées à cette théorie est qu'elle ne considère pas le contexte socio-organisationnel dans lequel l'utilisateur se trouve (*Ibid*) bien qu'elle cherche à comprendre les raisons du maintien de l'usage d'une technologie.

Brangier et ses collègues (2009) proposent un nouveau paradigme à travers un nouveau modèle de symbiose Humain-Technologie-Organisation (tableau 3). Celui-ci repose sur l'idée que la technologie est un prolongement de l'homme et non pas un élément extérieur. D'après lui toutes les théories et modèles le précédant, considère la technologie comme extérieure à l'homme et comme quelque chose que l'on accepte ou que l'on refuse. Ce postulat n'est pas en accord avec le développement actuel de la technologie, qu'il considère en une « coévolution » avec l'homme dans une perspective de dépendance mutuelle.

Tableau 3. Comparaison des approches d'Acceptation et de Symbiose

Éléments de comparaison	Acceptation	Symbiose
Vision de l'homme	Rationnel, il cherche d'abord à maximiser son profit via la technologie. La technologie utile et utilisable est priorisée.	Multi-facettes, il cherche à compenser ses limites diverses (sensorielles, motrices, cognitives...) et à trouver des prolongements à lui-même.
Rôle de la technologie	Est un objet donné une fois pour toutes. Elle est externe et son usage implique son acceptation.	Est une sorte de moi-intermédiaire, ou encore un partenaire à part entière. Elle influence la relation puisqu'elle modifie l'humain et son appréhension du contexte.
Place du contexte	Vu comme un ensemble de variables plus ou moins contrôlées (individuelle, organisationnelle, culturelle).	Vu comme une série d'influences réciproques, l'usage jouant un rôle déterminant dans l'établissement de la symbiose.
Interactions entre les parties prenantes	L'humain décide (unilatéralement).	Coévolution entre l'humain et la technologie Chaque composante influence l'équilibre d'ensemble et contribue au changement des autres.
Vision d'une technologie adaptée	Utile et simple à utiliser, optimise la satisfaction de l'utilisateur.	Conçue pour amplifier les capacités de l'utilisateur et devenir un prolongement de l'humain (un symbiote !).

Source : (Brangier *et al.*, 2009)

Cette approche est particulièrement intéressante sur deux aspects. Le premier est la place prédominante du contexte social dans une approche interactionniste et le second est qu'elle replace l'usage au cœur du processus. Même si certains éléments sont pertinents et peuvent éclairer l'analyse, il semble difficile de considérer, à l'heure actuelle, les personnes âgées réunionnaises dans une relation symbiotique à la technologie même si elles font partie d'un monde qui l'est davantage.

2.1.3 Les facteurs d'acceptabilité : la place de « l'expérience utilisateur »

L'analyse de l'acceptabilité d'un objet s'est progressivement étoffée avec la définition et la mise en lumière des facteurs à prendre en compte. Comme dans beaucoup d'autres domaines, on assiste, à partir des années 1980, à un changement important de paradigme avec un focus

centré sur l'individu : l'enfant au cœur du système éducatif, les usagers au cœur du système de soin, les personnes âgées au cœur des politiques publiques gérontologiques, l'utilisateur au centre du processus de conception, ... « On parle à présent d'utilisateurs ayant divers statuts, diverses histoires d'utilisation, diverses expériences d'interactions, diverses préférences quant à leur couplage au système et surtout au sein de différents contextes de configurations géographiques, culturelles, sociales, logicielles et matérielles » (Brangier *et al.*, 2009, p.344). Donc au delà des simples fonctionnalités de l'objet, « l'idée générale consiste donc à considérer les objectifs de l'ergonomie 'classique', portant sur l'amélioration des conditions du travail physique et cognitif, comme devant être élargis à l'étude du 'ressenti' du sujet. Il s'agira par conséquent de prendre en compte les différentes facettes de la personnalité de l'individu, la cognition, mais aussi les affects (attitudes, émotions, etc.), ainsi que les caractéristiques des produits et des systèmes techniques qui influencent ces aspects ; ceci de façon à concevoir non seulement un produit adapté, mais plutôt 'une relation adaptée au produit' et finalement une 'expérience utilisateur' ». (Barcenilla & Bastien, 2009, p.312). « L'expérience de l'utilisateur est le résultat d'une action motivée dans un certain contexte. L'expérience antérieure de l'utilisateur et ses attentes influencent l'expérience actuelle, et celle-ci conduit à des nouvelles expériences et des nouvelles attentes » (Kankainen, 2002, p. 30).

Avec ce changement de paradigme dans l'étude des attitudes face à la technologie, s'est opéré un mouvement de création autour de la conception universelle. Vanderheiden (2000) a avancé quatre dimensions à prendre en compte :

- Accessibilité vs utilisabilité : il s'agit de prendre en compte les caractéristiques du produit qui peuvent poser des problèmes d'utilisation à un groupe donné.
- Indépendance vs co-dépendance : il s'agit de prendre en compte les capacités de l'utilisateur. Privilégier un usage individuel et indépendant ou au contraire des solutions avec une assistance technique et sociale.
- Efficience vs urgence : il s'agit de penser à la fois la facilité d'accomplissement des tâches et la contrainte temporelle en fonction des utilisateurs et de leur contexte d'utilisation.
- Facilité d'implémentation : il s'agit de prendre en compte les coûts de développement et d'installation.

L'intérêt de cette approche est de se centrer sur les besoins des utilisateurs et notamment pour le cas d'utilisateurs avec des besoins spécifiques. « Les progrès réalisés dans le domaine de la conception universelle, soutenus et encouragés parfois au niveau politique, semblent indiquer que la prise en compte de l'augmentation des besoins fonctionnels de certaines populations (notamment les personnes âgées) devrait constituer dans les années à venir un des principaux champs d'application et de recherche de l'ergonomie des produits » (Barcenilla & Bastien, 2009, p.316). C'est une démarche qui avait déjà été développée par Foxall et Goldsmith (1994) pour qui la satisfaction des besoins est centrale. Les besoins étant de différents ordres : fonctionnels, sociaux, symboliques, hédoniques, émotionnels et cognitifs.

L'autre intérêt est que cela intègre bien le caractère dynamique de l'acceptabilité, « Le degré d'acceptabilité d'un produit varie aussi en fonction des différents moments de la confrontation du sujet avec l'objet, de l'expérience et la connaissance que l'individu possède de celui-ci, et de la perception subjective, chez l'utilisateur, d'un ensemble de facteurs attachés à l'objet : utilité perçue, propriétés esthétiques, valeurs culturelles véhiculées, coût économique, etc. L'acceptabilité dépend donc d'un compromis, chez l'utilisateur, parmi un ensemble de facteurs que la recherche essaie de circonscrire. On pourrait aussi ajouter comme l'indiquait Dourish (2003) que l'utilisateur s'approprie une technologie, c'est-à-dire qu'il l'adopte, l'adapte et l'intègre à son activité » (*Ibid*, p.318).

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

2.1.4 Une proposition de définition

Ainsi, l'acceptabilité revêt un caractère surplombant et englobant. Il s'agit d'un processus et le résultat d'une rencontre de facteurs qui influencent un positionnement individuel et/ou

collectif. On pourrait alors définir l'acceptabilité comme un mouvement (en permanente reconfiguration) au sein duquel des éléments (porteurs de valeurs subjectives plus ou moins objectivés par les individus) entrent en interaction, s'additionnent et produisent un sens. Une analogie un peu facile mais toutefois parlante et fréquente en sociologie serait de comparer les caractéristiques de ce mouvement à une molécule en biologie où une multitude d'atomes se rencontrent et leurs différentes caractéristiques intrinsèques en s'additionnant produisent une entité porteuse d'un sens à la fois vectoriel et identitaire. Cette définition permet ainsi de faire la différenciation entre l'acceptabilité (*processus*) et l'usage (*état* avec une intensité plus ou moins importante à un moment donné).

Cette assise théorique nous permet d'être cohérent avec le caractère processuel des innovations étudiées. Avec cette définition, l'usage et le non-usage participent d'un mouvement similaire et occupent une place importante qu'il convient d'analyser. L'usage, bien que partie prenante et constituante de l'acceptabilité, revêt aussi un caractère explicatif.

2.2 Usages et pratiques : une manière de répondre aux besoins ?

Si l'acceptabilité se comprend aussi comme une forme d'adéquation aux objectifs, aux attentes et aux caractéristiques des individus alors cette approche permet en effet de mettre au jour les besoins des personnes. On rejoint alors un objectif d'utilité sociale de la recherche et de permettre une meilleure connaissance des besoins pour une meilleure applicabilité et une meilleure efficacité des politiques publiques.

La sociologie des usages s'attache à comprendre les usages technologiques depuis plusieurs décennies avec le développement des TIC et notamment celui du Minitel qui détenait au début des années 2000, le record de publications dans cette discipline (Jouët, 2000). Vidal (2012) identifie trois étapes historiques de la sociologie des usages. La première s'appuie sur les travaux de De Certeaux et sur l'image du « braconnier » du quotidien autour des « détournements » de l'usage. La seconde à partir du début des années 1990, s'intègre dans le contexte d'affichage des données personnelles. La troisième est marquée par une pensée de moins en moins critique dans les rapports de pouvoirs qui se jouent dans la société contemporaine. Avec une approche très bourdieusienne, la technologie serait aujourd'hui selon elle, un instrument de la domination du système capitaliste et ne permettrait pas de

réduire les inégalités sociales mais au contraire de les amplifier. La sociologie des usages est également marquée par l'importance du contexte d'utilisation de l'objet et cela se retrouve dans la posture envisagée du chercheur. « L'observateur s'attache plutôt à décrire la totalité de *l'activité en situation*, la mobilisation d'un dispositif technique par l'agent humain devenant l'une des dimensions de la description parmi d'autres. L'observateur décrit comment les agents se coordonnent entre eux et avec les dispositifs techniques, en habitant de façon durable dans un environnement équipé de technologies » (Proulx, 2015, p.7)

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

Dans une recherche sur les objets technologiques et les personnes âgées, Caradec (2001a ; 2001b) réfute les thèses manichéennes des attitudes des personnes âgées face à la technologie en termes d'incompatibilité ou de familiarité. Il postule une diversité des usages au sein de cette population hétérogène et une rationalité dans les usages et les non-usages. Il pointe également l'importance de la dimension intergénérationnelle de l'usage des technologies, point sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 6. Enfin, il propose d'expliquer le rapport des personnes âgées aux nouvelles technologies en termes de logiques d'usage. Il en distingue quatre :

- La logique utilitaire renvoie à une appréciation positive ou négative de l'utilité. Celle-ci peut-être de deux ordres : d'évidence (liée au mode de vie adopté par la personne) ou contextualisé (liée à des problèmes de santé ou à l'environnement matériel).
- La logique identitaire renvoie à l'adéquation ou l'inadéquation entre l'objet et ce que l'on est.
- La logique de médiation renvoie à une utilisation soumise à tiers. Il utilise la terminologie de Simmel et parle de « médiation de type pont » dans le cas d'incitation à l'achat, de cadeaux, de guidage des premiers pas ou de « médiation de type porte »

dans le cas de découragement pour l'acquisition ou d'utilisation de la technologie à la place de la personne.

- La logique d'évaluation renvoie à une évaluation des caractéristiques de l'objet selon différents registres : économique, pragmatique (jugement des performances), idéologique (référence à un système de valeurs), esthétique ou encore spatial.

Il propose ainsi d'étudier la technologie comme « analyseur » du vieillissement et d'en étudier les usages ou les non-usages au prisme des transformations qui se produisent au cours du vieillissement avec un intérêt particulier pour le contexte de vie des personnes. Une autre typologie des usages émane de Gucher et ses collègues (2014). Ils proposent quatre types de situations d'usage : le non-usage, l'usage conforme aux besoins et motivations exprimés, l'usage passif qui se caractérise par une utilisation en dehors de besoins exprimés ou de volonté par l'utilisateur et l'usage détourné lorsque l'usage est différent de celui attendu.

2.3 Des « mondes » en question face aux vécus individuels

Nous avons vu l'importance des contextes dans l'étude qui est la nôtre et pour bien saisir les pratiques et les représentations autour des gérontechnologies et plus généralement des innovations dans le champ (au sens courant du terme) du vieillissement, le cadre théorique retenu devra pouvoir rendre compte à la fois des interactions entre acteurs et de la manière dont se sont forgées les opinions des acteurs principalement intéressés : les personnes âgées elles-mêmes. Dans cette perspective, l'approche interactionniste, notamment telle que développée par la seconde École de Chicago dont Howard Becker (2006) dans son analyse fondatrice des interactions entre les différents sous-systèmes sociaux qui composent les « mondes de l'art », et dont les interactions créent et sont supportées par des normes et des réseaux nous semble tout indiquée. Quand on parle d'interaction en sociologie on évoque des actions réciproques entre individus qui adaptent leur comportement en fonction des uns et des autres dans une situation donnée. Ainsi, le social n'est ni abordé à partir des structures ou des individus mais à partir des interactions face à face au sein d'un cours d'action situé et des significations diverses qui en sont données par les participants¹².

¹² Dictionnaire de Sociologie, Encyclopaedia Universalis, Albin Michel, 2007.

Le concept de « monde » tel que développé par Becker permet de donner à notre travail la dimension globale et multi-située souhaitée. Un « monde » est une métaphore du monde pas forcément spatialisée mais centrée sur des activités collectives. Il englobe un ensemble de personnes agissant selon différentes motivations qui négocient entre eux pour tirer profit au mieux de la situation. De plus, il y a une notion de conflit mais qui n'est déterminant comme peut l'être le « champ » bourdieusien (Becker & Pessin, 2006). Le concept de monde renvoie à l'idée de réseaux formés par un ensemble d'actions et d'interactions qui produisent des conventions (des normes, des règles, des principes). Ces conventions plus ou moins explicitées permettent la coordination des différents acteurs et une forme de cohérence de l'action collective (Girel, 2016).

« L'acceptabilité des 'gérontechnologies' ne peut donc être comprise seulement à partir des caractéristiques des dispositifs proposés mais doit s'appréhender dans une perspective interactionniste et phénoménologique » (Gucher, 2014, p.146). Nous nous sommes attachés alors dans cette perspective à considérer et à décrire le « monde de la gérontechnologie » dans le contexte réunionnais. Cette approche permet de mieux considérer l'innovation et l'acceptabilité comme un processus. Par ailleurs, la prise en compte des interactions dans les discours biographiques est un effort de contextualisation des biographies (Demazière, 2011) ou des parcours de vie. Même si nous n'avons pas, à proprement parler, récolté de biographies, les entretiens réalisés comprennent des éléments biographiques. De plus, pour chaque personne rencontrée, un travail important de recensement de l'état, de la fréquence et de la perception des échanges sociaux a été fait.

3 – Méthodologie

Ce travail de recherche repose sur différentes méthodes, dont l'objectif, est de faire dialoguer des données qualitatives avec des données quantitatives dans une logique de complémentarité. Au total, 92 entretiens semi-directifs ont été réalisés (cf Annexe 1) : 63 entretiens auprès de personnes âgées (Annexe 2) et 29 entretiens auprès de professionnels du secteur social, sanitaire et médico-social œuvrant dans le champ du vieillissement. En parallèle, de très nombreuses observations ont été menées lors de réunions de travail entre professionnels (notamment dans le cadre de la Maia), lors de manifestations

sociales ou culturelles et d'ateliers de prévention à destination des personnes âgées (Conseil Départemental et CGSS - Caisse Générale de Sécurité Sociale) et lors de conférences organisées à la fois par des chercheurs et par des professionnels du domaine autour de différentes thématiques (habitat, mobilité, loi ASV, coordination, ...) (cf Annexe 3). Nous avons ensuite élaboré un questionnaire autour de l'acceptabilité des gérontechnologies à partir de données issues des entretiens. Ainsi, nous avons pu identifier les facteurs freinant l'adoption de ces nouvelles technologies et nous les avons ensuite utilisés comme modalités de réponse afin d'en dégager une hiérarchie dans le processus d'adoption. Nous avons pu faire passer 150 questionnaires (cf Annexe 4). Enfin, pour en terminer avec l'approche méthodologique de cette thèse, une exploitation primaire de la base de données de l'enquête MFV (Migration Famille Vieillesse) a été réalisée. Il s'agit d'une grande enquête réalisée conjointement par l'Insee et l'Ined dans les DOM en 2009-2010. Cette base de données permet d'apporter des éclairages pertinents sur les solidarités familiales et intergénérationnelles et sur les conditions de passage à la retraite à La Réunion.

3.1 Entrée sur le terrain et travail d'observation

Un travail conséquent d'observation a permis une entrée sur le terrain efficace auprès notamment des professionnels œuvrant dans le champ du vieillissement. Ces observations ont toujours été faites avec une grille d'observation et avec des comptes-rendus les plus exhaustifs possible. Les observations menées ont toujours été associées à des espaces circonscrits qui offrent un « ensemble fini et contingent d'interactions » (Arborio & Fournier, 2005, p.14). On s'intéresse en effet « à des situations sociales circonscrites, examinées de façon intensive avec l'intention d'établir des faits de pratique, de saisir le contexte contraignant dans lequel ils se développent, de prendre en compte le travail verbal des acteurs pour s'en rendre maître. Cela conduit à restituer les logiques d'acteurs, à rendre à leur comportement leur cohérence, à révéler le rapport au monde que chacun manifeste à travers les pratiques observables » (*Ibid*, p.9). En effet, contrairement aux autres méthodes, où les événements, les situations ou les phénomènes étudiés sont reconstitués à partir des déclarations des individus ou par les traces laissées par des témoins directs ou indirects (Van Campenhoudt & Quivy, 2011), l'observation permet de

recueillir des données « brutes » très intéressantes à coupler avec des données d'entretiens et de questionnaire.

Les observations ont été de deux ordres. Premièrement non-participantes dans le cas d'observations de réunions de travail entre professionnels (notamment dans le cadre de la Maia), de manifestations sociales ou culturelles à destination des personnes âgées. Et participante dans le cadre de conférences organisées à la fois par des chercheurs et par des professionnels du domaine autour de différentes thématiques (habitat, mobilité, loi ASV, coordination, ...) et dans le cadre de la mise en place et du suivi d'ateliers de prévention.

3.2 Le travail d'entretien : un terrain riche avec certaines limites

92 entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette thèse. Plusieurs campagnes de terrain ont été organisées à l'échelle de l'île. D'abord d'un point de vue géographique et d'un point de vue thématique. Ainsi, deux campagnes d'une semaine ont été réalisées dans le cirque de Mafate sur une expérience de télémédecine et sur les représentations de la vulnérabilité des Mafatais. Ensuite plusieurs entretiens ont été menés pour éclairer certaines pratiques comme l'accueil familial ou encore le travail social en faveur des personnes âgées. Une des particularités de cette thèse est qu'elle a été financé dans le cadre d'un contrat CIFRE avec la société prestataire de santé à domicile Pour être bien chez soi. De plus, elle s'intègre à différents projets de recherche, ce qui a apporté beaucoup de richesses du point de vue du travail en équipe et du travail pluridisciplinaire. En effet, des entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le cadre du projet G-Run sur l'acceptabilité des gérontechnologies à La Réunion (portage IRD, financement Recherche Ministère des Outre-mers, 2014-2016), du projet Maia-Age sur la coordination dans le champ de la perte d'autonomie (portage EHESP, USPC, financement IDEX, 2014-2016), du projet AMARE sur la mobilité résidentielle des retraités (portage CNAV, IRD, financement CNAV, 2014-2016) et du projet 5P sur l'évaluation pluridisciplinaire d'ateliers de prévention à destination des personnes âgées à La Réunion (portage IRD, financement CGSS/CNAV-ARS Océan Indien-Fond Muta Réunion, 2016-2020).

3.2.1 Le projet G-RUN (Gérontechnologies à La Réunion)

Projet de recherche coordonné par Frédéric Sandron (IRD - Institut de Recherche pour le Développement) et financé par le Ministère des Outre-mers pour deux ans (2014-2016). Les différents partenaires de ce projet étaient l'IRD, le PREFAS Réunion, SciencesPo Paris, l'Université du Havre et Pour être bien chez soi. L'objet du projet G-RUN était d'étudier de quelle manière les nouvelles technologies, les gérontechnologies, pourraient favoriser le maintien à domicile des personnes âgées à La Réunion. Ce projet s'est articulé autour de deux aspects. Le premier se concentre sur une approche socio-anthropologique afin de mieux comprendre les connaissances, les opinions, les attentes et les pratiques face à la e-autonomie à La Réunion. Le second quant à lui répond à une logique économique pour apporter des éléments de réponse sur les coûts liés à la perte d'autonomie à La Réunion et sur les enjeux d'innovation et de régulation dans le champ du vieillissement.

Dans le cadre du projet G-Run, nous avons décidé de nous intéresser à la téléassistance comme voie d'entrée sur l'acceptabilité des gérontechnologies. La téléassistance avait le mérite d'être suffisamment répandue auprès des personnes âgées réunionnaises et de présenter un intérêt scientifique double. Les études menées sur les dispositifs de téléassistance (acceptabilité, usages, organisation) auprès des personnes âgées et des acteurs concernés ont montré que cet outil était marqué par deux contradictions majeures. Premièrement une contradiction liée aux représentations du dispositif. Initialement la téléassistance a été pensée par ses concepteurs et les pouvoirs publics comme un outil de prévention pour minimiser notamment, les risques d'hospitalisation des suites d'une chute prolongée ou encore pour anticiper le recours à l'aide la plus pertinente et donc la plus efficace. Si on considère le vieillissement comme un processus qui intervient en parallèle de l'évolution identitaire qui est marquée par des phénomènes de transitions, de ruptures et d'emprises-déprises (Caradec, 2001a) et que bien souvent la chute est l'événement déclencheur à la souscription d'un abonnement de téléassistance, l'appropriation et l'utilisation de ce type de dispositif semblent plutôt être associées à une période de reconstruction identitaire en lien avec la familiarisation à un nouveau corps fragilisé (Saint-Laurent-Kogan, 2007). Le dispositif de téléassistance serait alors parfois vécu comme un outil stigmatisant et marqueur de dépendance et de vieillesse et parfois comme une sécurisation. Deuxièmement une contradiction liée aux décalages entre l'offre et la demande. En effet différentes études ont montré le décalage existant entre les logiques de

l'offre et celle de la demande (Saint-Laurent-Kogan, 2007, Charue-Duboc *et al.*, 2012, Ben Ahmed, 2012). L'offre était initialement marquée par une orientation d'urgence sanitaire mais les études ont révélé de nombreux autres usages que certains ont pu qualifier de déviants par rapport aux usages « normaux ». (Charue-Duboc *et al.*, 2012). Ces auteurs relèvent différents types de déviance à l'usage dit « normal » : Les appels involontaires, les non-usages, la demande d'aide pour les besoins du quotidien. Ces auteurs analysent les interactions multiples et complexes des différentes visions de l'usage « normal ». Ces visions sont celles du réseau de solidarité, celle des acteurs du champ médical et de l'urgence et enfin celle des acteurs publics porteurs d'une responsabilité sociale. En 2008 seulement 1,7% des appels nécessitaient une intervention des services d'urgence (SAMU et Pompier)¹³. C'est pourquoi, la téléassistance serait pour certains plus proche d'un service social que d'un service sanitaire (Ben Ahmed, 2012).

J'ai réalisé vingt entretiens semi-directifs sur les quarante réalisés au total. Les entretiens ont été menés grâce à plusieurs facilitateurs auprès de personnes équipées et non-équipées. D'abord grâce à la société Allianz qui propose un service de téléassistance avec une plateforme d'appels opérationnelle sept jours sur sept et 24h/24. Nous avons suivi à plusieurs reprises le technicien en charge de l'installation et du suivi de la téléassistance, ce qui a permis de prendre contact avec des personnes équipées ou en cours d'équipement. Des entretiens ont également été réalisés auprès de personnes âgées dans le cirque de Mafate (lors d'une campagne de terrain), par l'intermédiaire d'infirmiers libéraux et enfin par l'intermédiaire de différents CCAS qui fournissent soit un service d'aides à domicile soit un service de téléassistance.

3.2.2 Le projet AMARE (Ancrage et Mobilité résidentielle A la REtraite)

Projet de recherche coordonné par l'équipe de recherche de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) qui associe l'Université de Tours (Laboratoire CITERES), l'Ined (Institut national d'études démographiques), la CNAV et l'IRD et qui a été financé sur deux ans (2015-2017). L'objectif de projet était d'approfondir la connaissance de la relation des retraités à l'habitat (et des formes de soutien recherchées). A partir des fichiers de la CNAV,

¹³ Selon l'Association Française de Téléassistance (AFRATA).

il a été sélectionné une centaine de personnes retraitées pour réaliser une première série d'entretiens. Plusieurs groupes de retraités ont été distingués en fonction de l'ancienneté de la retraite et de l'âge. Des recherches récentes ont en effet montré que les baby-boomers ont une inscription sociale différente de celles de leurs aînés, et en particulier un autre rapport à la mobilité. Les situations de retraités ayant été récemment *mobiles* (au cours de l'année 2014 ou 2015) ont été analysées en tenant compte des parcours de vie, des positions sociales, du genre, des situations maritales, du réseau familial, du parcours résidentiel, des projets de mobilité et du rapport au vieillissement. Trois terrains ont caractérisé ce projet : L'île de France, l'Indre et Loire et La Réunion. D'un point de vue méthodologique, des personnes de plus de 60 ans ont été tirées au sort (sur le critère de mobilité mais aussi de sexe et d'âge) dans la base de données de la CNAV. L'équipe de recherche de la CNAV a envoyé à ces personnes un petit questionnaire ayant pour objectif de vérifier que le profil de la personne correspondait bien à la recherche et de demander à la personne concernée son accord pour faire un entretien (une prise de contact était prévue par téléphone). Différentes vagues d'envoi ont été réalisées afin d'obtenir le nombre d'entretiens et les caractéristiques d'enquêtés souhaitées.

Tableau 4. Chronologie des vagues d'envoi, projet AMARE

Vagues d'envoi	Type d'envoi	Nombre de courriers envoyés
Avril 2015	Pré-enquête	70 courriers 20=> Indre-et-Loire 20=> Réunion 30=> Île -de-France
Printemps 2015	Première vague de courriers	998 courriers 244=> Indre-et-Loire 247=> Réunion 507=> Île -de-France
Été 2015	Des envois plus ciblés : <ul style="list-style-type: none"> • Selon le profil des enquêtés recherchés => Indre-et-Loire • Selon le nombre d'entretiens restant à réaliser => Réunion • Selon le nombre de retours négatifs (refus ou absences) => Île-de-France 	734 courriers 206=> Indre-et-Loire 20=> Réunion 508=> Île -de-France
Automne 2015	Des envois plus ciblés : <ul style="list-style-type: none"> • Selon le profil des enquêtés recherchés => Indre-et-Loire • Selon le nombre d'entretiens restant à réaliser => Réunion • Selon le profil des enquêtés recherchés => Indre-et-Loire 	435 courriers 132=> Indre-et-Loire 108=> Réunion 195=> Île -de-France

Les retours des questionnaires nous ont permis de contacter une trentaine de personnes et parmi ces personnes seize entretiens ont été réalisés. Finalement seulement quatorze entretiens ont été retenus car les deux autres ne répondaient pas aux critères du corpus. En effet, ces deux personnes n'avaient pas été mobiles au cours de la dernière année. On peut attribuer cette erreur à une mauvaise compréhension du questionnaire initial et/ou à une mauvaise compréhension au téléphone lors de la prise de contact.

Plusieurs difficultés ont été rencontrées. La première a été de « négocier » les entretiens auprès de personnes parfois très méfiantes. En effet, de nombreux abus auprès des personnes âgées à domicile ont été relevés et médiatisés à La Réunion, les personnes sont très sensibilisées à ce « risque ». La seconde difficulté a été de trouver des enquêtés de plus de 75 ans dans notre échantillon. Les situations de perte d'autonomie étant plus précoces à La Réunion, nous avons décidé de changer la tranche d'âge pour concerner les 70 ans et plus. Enfin, la troisième difficulté concerne l'introduction de l'enquêteur par la CNAV. Il est arrivé plusieurs fois que des conjoint(e)s ou des enfants de personnes à qui étaient adressés les courriers répondent positivement à notre demande d'entretien pour ne pas se mettre en porte à faux vis-à-vis de la CNAV, même dans des cas où la personne âgée n'est pas en capacité de recevoir un enquêteur ni même de communiquer. Ces deux derniers points expliquent en grande partie la différence entre le nombre d'accords de principe sur le questionnaire et le nombre d'entretiens effectivement réalisés. À cela s'ajoute aussi une quinzaine de personnes qui ont finalement changé d'avis ou qui n'ont jamais pu être joignables. Par ailleurs, l'objectif de recherche qui suscitait l'entretien n'était pas toujours bien cerné par les personnes âgées, qui nous sollicitaient régulièrement pour des renseignements ou des questions particulières, notamment en matière de versement de la retraite ou d'aides sociales.

Tableau 5. Profil des personnes enquêtés à La Réunion, projet AMARE

Terrains	Catégorie d'âge	Situation de la personne au domicile	Hommes*	Femmes*
Île de la Réunion	Entre 60 et 74 ans	couple	974086 M. Damiano 974160 M. Prade	974382 Mme Barton
		Ne vit pas en couple	974136 M. Fontaine 974122 M. Gilbert 974150 M. Bara 974170 M. Chong	974496 Mme Hoarau 974488 Mme Divoux 974492 Mme Durel 974420 Mme Grand
	75 ans et plus	couple	974022 M. Lalou 974034 M. Franck	
		Ne vit pas en couple		974312 Mme Bretel

* Il s'agit de pseudos

3.2.3 Le projet Maia-Age (Vers un maillage optimal au service des personnes âgées en situation de fragilité)

Projet de recherche financé dans le cadre de l'Idex Sorbonne Paris Cité « Dynamique du vieillir ». Coordonné par Marie-Aline Bloch (Ehesp - École des hautes études en santé publique), ce projet a rassemblé différents partenaires : SciencesPo, l'Ehesp et l'IRD. Les objectifs de ce projet étaient 1. Observer la mise en œuvre d'actions innovantes afin d'améliorer le repérage des personnes âgées fragiles/ vulnérables, tant sur les processus mis en œuvre que sur les outils utilisés avec leur degré d'acceptabilité. 2. Décrire sur chaque territoire, les populations actuellement prises en charge par les différents types de dispositif versus population complète (voir populations échappant au système ou sans accès aux soins et aides dont elles auraient besoin). Une analyse des différents types de financements mobilisables et de leurs montants, et des effets de leur fragmentation sera aussi réalisée. 3. Étudier les interactions sur le terrain (au niveau des professionnels, des institutions) et aux niveaux de gouvernance, entre les différents dispositifs innovants, ainsi que leurs effets.

4. Voire à terme à préparer une étude de l'impact de ces dispositifs innovants (identification des critères pertinents, données qui peuvent être rendues disponibles) dans une approche d'évaluation réaliste (s'intéressant autant à l'impact qu'à « pourquoi cela fonctionne ») en vue d'une éventuelle diffusion/généralisation.

Le projet s'est articulé autour de quatre terrains : le département de Paris, le département de Seine Saint-Denis, le département d'Île et Vilaine et le département de La Réunion. Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés sur le territoire réunionnais auprès de professionnels du sanitaire, du social et du médico-social œuvrant dans le champ du vieillissement. Un guide d'entretien a été réalisé autour des représentations de la Maia (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) (cf Annexe 5) et des conditions de son intégration sur le territoire, de la définition du concept de fragilité et des outils d'évaluation de la perte d'autonomie utilisés par les différents professionnels.

3.2.4 Le projet 5P (Prestation de Parcours Personnalisé Participatif de Prévention)

Projet de recherche pluridisciplinaire financé sur cinq ans (2016-2020) par la CGSS (Caisse Générale de Sécurité Sociale) de La Réunion, la CNAV, l'ARS OI (Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien) et le Fond MUTA Réunion. Ce projet est coordonné par Frédéric Sandron (Ceped, IRD/Paris Descartes) et Pierre-Paul Vidal (Cognac G, CNRS/Paris Descartes) et rassemble différents partenaires de recherche : le CHU de la Réunion (Service de gériatrie et DRCI), LURPA et CMLA (Ens Cachan) et L2TI (Université Paris 13).

L'objectif du projet est d'évaluer la mise en place d'ateliers de prévention par la CGSS sous le label « Ateliers Atout'Age ». Il s'agit d'ateliers de prévention qui se déclinent sur différentes thématiques : mobilité, nutrition, habitat, mémoire et qui devraient s'étendre à celles du sommeil et du médicament. Ce projet a un intérêt particulier sur les questions de mobilité et a pour objectifs de proposer une quantification fine de la mobilité des personnes âgées à travers l'analyse croisée de données issues d'outils de mesure innovants (capteurs de mesure de la marche, plateforme de force pour mesurer l'équilibre, système de suivi des déplacements indoor et outdoor). Par ailleurs un des résultats attendus est de proposer des indicateurs de

repérage de la fragilité qui devraient permettre à terme de mieux anticiper les risques évitables d'entrée dans la perte d'autonomie.

L'objectif de l'approche sociologique du projet 5P est d'apporter des éclairages sur les processus d'acceptabilité des actions de prévention à destination des personnes âgées réunionnaises et des équipements technologiques de mesure prévus dans le cadre du projet 5P. Il est également question d'évaluer les Ateliers Atout'Age en appréciant l'interaction des différents facteurs entrants en compte dans le processus d'acceptabilité. Et notamment de voir comment s'articulent les enjeux sociaux et les enjeux sanitaires de la prévention du point de vue des personnes âgées mais aussi des intervenants et organisateurs des ateliers Atout'Age. En conséquence de cela, notre travail s'articule autour de deux grandes parties. La première concerne l'évaluation des Ateliers Atout'Age (suivi, attentes, motivations, dynamique de groupes, ...). La seconde concerne le suivi des personnes âgées équipées des outils de mesures mobilisés dans le projet 5P (Mesure de la marche, de l'équilibre statique et suivi des déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile).

Les observations participantes

Élaboration et constructions des ateliers

Ateliers nutrition, Mobilité et Habitat

Installation/retrait des capteurs – suivi de la personne concernée par les capteurs dans le domicile

Suivi des personnes équipées de téléphones portables pour le suivi des déplacements en dehors du domicile.

Journée de clôture

Les entretiens semi-directifs

Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés : sept ont été réalisés en amont des ateliers lors du passage en hôpital de jour à Saint-Joseph en Février 2016, deux entretiens ont été réalisés avec les intervenants des ateliers et vingt et un entretiens ont tous été réalisés après les ateliers au domicile des personnes entre mai et juin 2016 (pour un volume d'environ une trentaine d'heures). Il nous a semblé intéressant d'interroger des personnes ayant suivi les ateliers dans leur totalité et aussi des personnes qui n'ont pas suivi la totalité des ateliers pour comprendre à la fois les facteurs encourageants et décourageants dans le suivi des ateliers de prévention.

Entretien	Date de naissance	Date d'entretien	Durée entretien	Description
1	1946	24 février 2016	38'04	Séniors ante-atelier
2	1954	24 février 2016	24'48	Séniors ante-atelier
3	1953	24 février 2016	27'18	Séniors ante-atelier
4	1940	24 février 2016	21'38	Séniors ante-atelier
5	1932	25 février 2016	48'23	Séniors ante-atelier
6	1942	25 février 2016	36'57	Séniors ante-atelier
7	1953	25 février 2016	30'04	Séniors ante-atelier
8		14 avril 2016	29'52	Intervenant
9		14 avril 2016	22'23	Intervenant
10	1939	17 mai 2016	1h16'53	Séniors post-atelier
11	1932	17 mai 2016	1h23'46	Séniors post-atelier
12	1942	19 mai 2016	1h14'23 + 47'26	Séniors post-atelier
13	1937	20 mai 2016	1h05'23	Séniors post-atelier
14	1935	20 mai 2016	48'18	Séniors post-atelier
15	1940	20 mai 2016	54'17 + 6'30	Séniors post-atelier
16	1954	20 mai 2016	39'30	Séniors post-atelier
17	1943	23 mai 2016	39'05	Séniors post-atelier
18	1935	23 mai 2016	39'16	Séniors post-atelier
19	1937	23 mai 2016	9'37	Séniors post-atelier

Entretien	Date de naissance	Date d'entretien	Durée entretien	Description
20	1946	23 mai 2016	9'56	Séniors post-atelier
21	1949	24 mai 2016	45'48 + 0'56	Séniors post-atelier
22	1935	24 mai 2016	1h13'07 + 4'19	Séniors post-atelier
23	1950	24 mai 2016	58'41	Séniors post-atelier
24	1945	25 mai 2016	41'39 + 34'43	Séniors post-atelier
25	1949	25 mai 2016	1h06'45	Séniors post-atelier
26	1953	25 mai 2016	1h06'21	Séniors post-atelier
27	1947	26 mai 2016	1h04'29	Séniors post-atelier
28	1949 1937	26 mai 2016	31'55	Séniors post-atelier
29	1946	26 mai 2016	1h00'54	Séniors post-atelier
30	1949	26 mai 2016	1h	Séniors post-atelier

Nous avons également suivi de façon très rapprochée, les deux campagnes d'équipement des smartphones pour la mesure des déplacements en dehors du domicile. Celles-ci se sont déroulées du 23 mai au 7 juin 2016 et du 19 au 29 septembre 2016.

Suivi des déplacements à l'extérieur du domicile

Les 5 seniors ont été sélectionnés sur la base du volontariat à la fin des ateliers Atout'Age

Achat des 5 téléphones avec 3G

Installation des applications sur les 5 téléphones

Équipement des 5 seniors le 23 mai 2016 (4 entretiens semi-directif parmi les 5)

Des visites régulières ont été effectuées pour s'assurer que tout allait bien : 26 mai, 31 mai, 3 juin et récupération des téléphones le 7 juin soit 2 semaines

Peu de difficultés ont été rencontrées, nous avons toutefois noté :

2 oublis pour aller au marché forain le 28 mai et à un rdv le 2 juin

1 chute de téléphone mais cela n'a pas altéré les données

1 oubli pour brancher le téléphone

De nombreuses questions techniques nous ont été posées : sur le rechargement de la batterie, sur l'utilisation du téléphone, ...

Globalement les 5 seniors n'ont pas perçu le téléphone comme un inconvénient mais au fur et à mesure des jours, de plus en plus de questions venaient en ce qui concerne l'utilisation des données recueillies et l'utilité pour eux de sortir avec le téléphone. Il n'y a pas le même degré de compréhension du « projet téléphone », si certains ont bien compris que c'était pour de la recherche et pour développer des solutions par la suite d'autres ont manifesté des réticences ou du moins des interrogations répétitives du fait qu'ils n'en tiraient aucun bénéfice immédiat (surtout pour 1 senior).

Lors de nos différentes visites, les seniors ont continué à manifester leur envie de poursuivre les ateliers Atout'Age et de remercier pour la qualité du traitement qu'ils avaient reçu pendant ces quelques mois (acceptabilité // possibilité de prolonger les ateliers).

2 des 5 seniors ont manifesté l'envie d'avoir un retour sur l'utilisation des données !

Les deux premières années de ce projet sont consacrées à la faisabilité et aux tests relatifs aux différents outils de mesure pour pouvoir ensuite généraliser les process et passer en population générale. La première année (2016) a concerné 36 personnes et la seconde année

(2017) en a concerné 100. Dans l'optique de recherche d'indicateurs déjà évoquée plus haut, une Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS)¹⁴ a été réalisée pour tous ces participants en amont des ateliers et certaines mesures sont réalisées à nouveau à l'issue des ateliers. L'objectif étant de voir l'impact des ateliers sur ces différentes mesures.

Si l'étendue des thématiques portées par ces projets présente un enjeu majeur de cohérence, elle a aussi permis une connaissance fine des contextes socio-économiques dans lesquels s'inscrivent les vieillissements individuels. Nous nous positionnons alors dans la continuité de la pensée de Billaud et de Brossard pour qui, il faut « chercher les clefs de compréhension du vieillissement hors du vieillissement : cette démarche rendrait d'autant mieux compte des marges de manœuvre des personnes âgées qu'elle les réinscrirait dans les cadres qui les contraignent. Concrètement, cela passe par des allers-retours réguliers entre les matériaux d'enquête et les données dont on dispose quant aux contextes sociaux dans lesquels ils prennent sens. La situation d'enquête est également à prendre en compte. Les chercheurs participent à la production et/ou à la sélection des matériaux qu'ils considèrent comme révélateurs d'expériences individuelles » (Billaud & Brossard, 2014, p.76). De plus, l'intégration de ce travail de recherche au sein de différents projets et donc de différentes temporalités a permis de réaliser les entretiens par salves et donc d'échelonner les entretiens pour une meilleure prise en compte des discours (Ramos, 2015) et pour encourager les allers-retours entre les différents matériaux de recherche (discours, éléments contextuels, données quantitatives, situation d'enquête) et les sources bibliographiques.

3.2.5 Un terrain riche avec certaines limites

Même si la situation d'enquête n'est autre que la somme des interactions provoquées par les entretiens, il est possible de dégager quelques grands constats qui la caractérisent et qu'il convient d'analyser. Elle a été d'abord caractérisée par une différence linguistique. En effet, la grande majorité des personnes âgées interrogées parle le créole réunionnais et celui-ci constitue leur langue maternelle. Si la compréhension du français est largement répandue, peu de personnes âgées interrogées le parlent couramment. Dans la continuité, la situation

¹⁴ « L'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme » (Rubenstein, 1995).

d'enquête a été caractérisée par une différence culturelle. Même si La Réunion est un département français, on ne peut nier un certain particularisme culturel. Certains entretiens sont d'ailleurs devenus l'arène de la défense de la culture réunionnaise et de revendications identitaires fortes face à une chercheuse métropolitaine. Ensuite, elle a été caractérisée par une différence sociale à travers notamment un décalage important en termes de niveaux d'éducation. Et enfin, elle a été caractérisée par une différence d'âge certaine. Même si le fait d'être jeune et d'avoir le statut d'étudiant est plutôt un avantage (Chamboredon *et al.*, 1994 ; Beaud & Weber, 2010 ; Ramos, 2015), nous avons pu faire l'expérience, comme le décrit Mallon (2004) dans son travail de thèse, d'une forme de « maternalisme » de la part des femmes enquêtées, à la fois bienveillant mais pas toujours confortable. En voici un exemple : « *longtemps on lavait avec le coton de maïs, mon enfant. Excusez-moi de vous appeler mon enfant* » (Mme Pelle, 91 ans).

Il n'est plus à démontrer que l'analyse de la relation enquêté/enquêteur est productrice de résultats de recherche (Beaud & Weber, 2010) et qu'elle est « une condition nécessaire à l'intelligibilité des matériaux recueillis » (Mauger, 1991, p.8). De la même manière, la mise en lumière des limites du terrain et des limites méthodologiques permet de se prémunir contre le risque de surinterprétation en questionnant la pertinence des données. Ainsi, il est aussi essentiel d'analyser les biais liés au recrutement des enquêtés. Tout « doit être explicité, analysé, étudié, par le chercheur pour prendre conscience de la manière dont il a conquis, pénétré et étudié son terrain » (Ramos, 2015, p.27).

Dans la continuité des propos précédents, il est indispensable de mettre en lumière les limites de la recherche liées aux mandataires/financeurs et aux médias d'entrée sur le terrain. Dans le champ du vieillissement, le fonctionnement de la recherche par appels à projet a déjà montré ses limites (Hummel *et al.*, 2014). En effet, il est plus souvent encouragé de mener des travaux de recherche sur les populations âgées vulnérables que sur les populations âgées pour lesquelles tout va bien. Il faut alors être attentif à ne pas se laisser enfermer dans certaines populations cibles. C'est d'ailleurs un positionnement que l'on retrouve parfois dans le discours de certains travailleurs sociaux, qui extrapolent leur vécu professionnel à toute une classe d'âge ou catégorie sociale. Que ce soit au niveau des financeurs de la recherche ou bien celui des facilitateurs d'entrée sur le terrain, il faut tenter de comprendre les représentations qui les entourent du point de vue des individus

et l'influence que cela peut avoir sur l'acceptation ou le refus d'un entretien et ensuite sur la qualité des données récoltées à travers le discours. Une situation survenue dans le cadre du projet AMARE permet de montrer comment les représentations peuvent jouer sur le discours et permettre d'introduire d'après les mots de Schwartz (1990) de la « tactique » et de la « manipulation » dans l'entretien. Ce projet de recherche est porté par l'équipe de recherche de la CNAV. Même si la CNAV est peu visible au niveau local, elle est toutefois identifiée. Seize entretiens ont été réalisés dans le cadre de ce projet et deux éléments majeurs ont été communs à l'ensemble du corpus. Premièrement, des demandes permanentes de services de types administratifs et notamment des réclamations sur les pensions de retraites étaient formulées. Deuxièmement, il a été formulé très peu de satisfaction des conditions de vie et notamment de logement. Sans rentrer dans le détail du mode de sélection des enquêtés, il faut bien avoir en tête les représentations que peuvent avoir les personnes de ce type d'institution. Et cela est particulièrement le cas, dans un département où les aides sociales ne sont pas particulièrement stigmatisantes (Roinsard, 2014).

Le travail d'entretiens a été ponctué d'un certain nombre de « déviations sémantiques » et de « glissements de terrain » que nous proposons de présenter. En premier lieu et de manière récurrente, une non-maîtrise de l'entretien à travers la temporalité et ses orientations. Même si se laisser emporter par le discours est une forme d'achèvement du travail d'entretien par le chercheur, cela peut rendre difficile l'accès à certaines informations. Ce mouvement peut se faire de manière consciente à l'image de Mr Fontaine qui oriente sans cesse l'entretien vers des réflexions qui le mettent à l'aise : ses activités professionnelles passées, la bonne éducation qu'il a donnée à ses enfants, ... ou de manière inconsciente comme pour Mme Dijoux qui est complètement obnubilée par ses conditions de vie précaires et qui est incapable de se projeter et de parler d'autres choses que de ses difficultés du quotidien. Par ailleurs, ce travail a été ponctué par une confusion importante autour du rôle et des motifs du chercheur. Cela a été parfois difficile de faire comprendre les objectifs du travail de recherche et cela notamment à partir du moment où une institution était identifiée et/ou assimilée, de près ou de loin, à ce travail. De plus, les entretiens se sont révélés parfois comme des espaces de contestations autour de l'insuffisance des aides sociales et des conditions de logement insatisfaisantes notamment pour les personnes logées en logement social. Ils se sont également révélés dans certains cas comme des espaces de revendications à travers une

valorisation forte des modes de vie et des modes de sociabilité passés sur fond de revendications identitaires « *Nous les Créoles on est comme ça ...* ». Enfin, l'expérience de la « violence symbolique » s'est manifestée par une forme de « manipulation douce » issue de l'orientation du discours, du grossissement de certains traits du quotidien et de la rétention de certaines informations.

Tous ces éléments reflètent finalement une inquiétude importante face à l'avenir qui est d'ailleurs particulièrement amplifiée lorsque les personnes sont en grande précarité économique et lorsqu'elles s'estiment peu entourées. Le développement rapide de l'île et les transformations sociales qui l'ont accompagné sont visibles à l'échelle d'une vie pour les personnes âgées réunionnaises (Klein, 2017). Elles identifient pour beaucoup la somme de ces changements aux modifications des formes de sociabilités familiales mais aussi amicales et de voisinage et à la diminution des solidarités familiales. Dans la continuité de ce processus bien connu de l'individualisation de la société, et peut-être aussi dans une stratégie de protection par anticipation, on assiste à un glissement du recours à l'aide. L'aide familiale donc privée a tendance à se substituer à l'aide collective publique et on voit bien dans le cadre de notre terrain une attente particulière de l'aide publique de solidarité. En effet, les membres de la famille restent un recours privilégié lorsqu'ils sont présents et disponibles pour des aides du quotidien, pour être accompagné pour aller faire des courses ou pour aller chez le médecin. Mais dès lors qu'il s'agit d'aides financières ou d'aides liées à la santé (à la prise en charge de la perte d'autonomie par exemple), le recours au collectif est plus systématique. On retrouve d'ailleurs ces éléments dans les résultats de l'enquête MFV sur la description des aides reçues et perçues à La Réunion (Marie *et al.*, 2011). Ce mouvement vers les aides collectives n'est pas pleinement satisfaisant pour les personnes âgées réunionnaises qui gardent en tête et qui continuent de valoriser des modes de solidarités de leur passé. Nous aurons l'occasion de détailler tous ces éléments dans les chapitre 5 et 6.

Ces « prises » de pouvoir disent aussi beaucoup de choses sur le positionnement des personnes face à leur propre vieillissement. Les personnes âgées sont inquiètes et peu sereines face à l'avenir. Si ce résultat est évidemment à prendre avec précaution eu égard aux biais d'enquête évoqués et qu'il est sans doute un peu amplifié par la situation d'enquête, il ne peut être complètement infondé. Ainsi, les personnes âgées inscrivent leur parcours de vieillissement dans une certaine fatalité et manifestent une forme de « déprise » avant même

la survenue de difficultés physiques ou cognitives à l'origine de la mise en place de stratégies d'adaptation du quotidien. Cet espace de parole donné et permis par l'entretien constitue finalement une « prise » encore possible sur un monde qui devient de plus en plus étranger. Cette « étrangeté au monde » (Caradec, 2012) est d'autant plus forte qu'elle s'inscrit dans une dynamique de changements extrêmement rapides. Ce constat fournit des éléments d'analyse précieux pour le sujet qui nous intéresse à savoir les attitudes des personnes âgées face aux gérontechnologies notamment au niveau de la capacité d'investissement des personnes dans de nouvelles activités.

3.3 Questionnaires et analyses statistiques

L'approche quantitative est arrivée dans un second temps dans le cadre de ce travail de thèse. Elle a reposé sur trois opérations principales. La première est liée au programme 5P : il a été réalisé et passé un questionnaire de caractérisation socioéconomique sur les 36 personnes participantes aux ateliers Atout'Age lors de l'hospitalisation de jour, lieu de réalisation de l'EGS. L'analyse des données a permis de dresser les caractéristiques socio-économiques des 36 personnes dont voici une première analyse descriptive des données.

L'âge moyen des participants est de 71 ans, le plus jeune a 57 ans et le plus âgé 84 ans.

Il y a 31 femmes et 5 hommes.

Les 36 participants sont de nationalité française, 35 sont nés à La Réunion et un ailleurs dans la zone océan Indien. Ils habitent Saint-Pierre.

14 sont mariés, 9 sont divorcés/séparés, 7 sont veufs et 6 célibataires.

Les participants ont eu en moyenne 3,5 enfants nés vivants, les extrêmes allant de 0 à 10.

Les participants ont eu en moyenne 7,7 frères et sœurs (incluant ceux décédés), les extrêmes allant de 0 à 16.

26 participants n'ont aucun diplôme, 5 ont le certificat d'études, 2 le BEPC et 3 un CAP ou BEP. Aucun n'a eu le bac et a fortiori fait d'études supérieures.

La moitié d'entre vivent seuls dans leur logement.

Les trois quarts des participants ont des contacts fréquents avec leur famille, avec leurs voisins, avec leurs amis. Un peu plus de la moitié d'entre eux ont des contacts fréquents avec les trois à la fois et 3 participants n'ont aucun contact avec famille, amis ou voisins.

4 participants sont aidants, s'occupent d'un proche.

26 d'entre eux ont exercé la profession d'employé, 3 ont exercé des professions intermédiaires, 3 ont été ouvriers, un seul agriculteur et 3 sans profession.

22 habitent dans une maison et 14 dans un appartement.

16 sont propriétaires, 11 locataires privés, 6 en logement social et 3 sont hébergés à titre gracieux.

Dans leur logement, tous les participants possèdent l'eau chaude, ont une salle de bain, des toilettes dans le domicile et seulement un déclare des problèmes électriques. 23 se plaignent de l'isolation de leur logement, 5 de problèmes d'odeurs, 11 d'humidité dans le logement et 9 déclarent que leur logement est sombre dans la journée.

28 participants bénéficient d'une pension de retraite, 5 du minimum vieillesse (ASPA) et 1 de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

10 ont une aide-ménagère et 15 bénéficient des chèques santé.

Les 36 participants possèdent tous une télévision couleur et un réfrigérateur, 34 un lave-linge, 24 ont un congélateur, 26 un four à micro-ondes et seulement 2 un lave-vaisselle.

30 ont un téléphone fixe, 29 un téléphone portable, 10 ont une voiture, 8 ont un accès internet et 6 possèdent un ordinateur.

Parmi les 36 participants, 23 sont membres d'une association du troisième âge, 10 d'une association religieuse, 4 d'une association culturelle et 3 d'une association sportive.

27 d'entre eux pratiquent la marche à pied, 22 vont au restaurant, 19 se rendent au bal et 5 au cinéma.

Pour une grande majorité d'entre eux, ils sont déjà allés en métropole (33) et à Maurice (29). 34 estiment que leur langue maternelle est le créole et 33 le parlent préférentiellement à leur domicile.

Les participants pensent que la technologie complique plutôt la vie des personnes âgées aujourd'hui plutôt qu'elle ne la facilite. Seuls 11 voient les aspects positifs de la technologie.

Pour l'avenir, ils ne sont que 5 à penser que la technologie va faciliter la vie des personnes âgées.

La seconde opération est elle aussi liée au programme 5P. Nous avons lancé une grande enquête auprès de deux CCAS (Saint-Pierre et Saint-Louis) et d'un service d'Actions de Santé (Saint-Louis) sur l'acceptabilité des nouvelles technologies.

- Le CCAS de Saint-Pierre : les questionnaires ont été passés par des travailleurs sociaux et des animateurs du CCAS. Les travailleurs sociaux ont passés les questionnaires à des personnes âgées suivies par le CCAS dans le cadre de sa politique sociale à destination des seniors (portage de repas, téléassistance, ...) au domicile de ces derniers. Les animateurs ont fait passer les questionnaires dans les RPA (Résidence Personnes Âgées) et dans le cadre d'animations proposées par le CCAS (couture).
- Le CCAS de Saint-Louis : les questionnaires ont été passés dans différents services du CCAS à la fois par des personnels administratifs et par des travailleurs sociaux. Certains ont été passés par les travailleurs sociaux dans le cadre de visite à domicile de personnes âgées et de personnes handicapées suivies par le CCAS et d'autres ont été passés par le personnel administratif de « l'accueil social » du CCAS.
- Les Actions de Santé de Saint-Louis. Les questionnaires ont tous été passés par les travailleurs sociaux, les IDE et éducateurs spécialisés des services APA et Accueil familial lors de visites à domicile de personnes âgées.

Le questionnaire a été élaboré à partir des données qualitatives récoltées avec le travail d'entretiens. La mise en lumière des processus et des différents facteurs intervenants dans le positionnement des personnes âgées face à la technologie et notamment aux gérontechnologies, nous a permis de les traduire en variables dans le questionnaire dans l'optique de dégager de grandes tendances et une hiérarchisation des facteurs. Nous avons récupéré 150 questionnaires que nous avons analysés (analyse statistique descriptive et tris à plat).

L'échantillon a été réalisé auprès de personnes âgées de 55 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale communale ou départementale. Si cet échantillon par son nombre et son mode de sélection n'est pas représentatif de la population âgée réunionnaise, il offre une vision pertinente des personnes âgées les plus vulnérables, celles-ci représentant presque la moitié des personnes âgées (45% des personnes âgées vivent sous le seuil de pauvreté à La Réunion (CESER, 2011)).

Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon

Lieu de résidence : 47% des personnes interrogées vivent dans la commune de Saint-Louis et 53% résident sur la commune de Saint-Pierre.

Age :

Age	%
Moins de 60 ans	5
60-64 ans	16
65-69 ans	13
70-74 ans	24
75-79 ans	20
80-84 ans	13
85-89 ans	8
90 ans et +	2
Total	100

Nombres d'enfant : Le nombre moyen d'enfants est de 2,8 et la médiane se situe à 2 enfants. Les fratries vont de 0 à 12 enfants et cette médiane relativement faible est due au nombre important, dans notre échantillon, de personnes n'ayant eu aucun enfant. Une des explications réside dans les caractéristiques du public relevant du CCAS et le fait qu'un nombre conséquent de personnes porteuses de handicaps ont été interrogées.

Lieu de naissance : 93% sont nés à La Réunion, 3% dans un pays étranger de la zone Océan Indien, 3% dans un autre pays étranger et 1% en métropole ou dans un autre DOM.

Statut matrimonial : 24% sont célibataires, 22% mariés, remariés ou pacsés, 1% sont en concubinage, 21% sont divorcés ou séparés et 32% sont veufs.

Mode d'habitation : 62% de l'échantillon vivent seul, 23% avec un conjoint ou une conjointe, 9% avec un enfant et 6% avec une autre personne.

Niveau de diplôme : 74% de l'échantillon n'ont aucun diplôme, 7% ont le certificat d'étude, 4% le BEPC, 10% un CAP ou BEP, 3% ont le bac et 1% ont un niveau post-bac.

Catégorie socioprofessionnelle (dernier emploi exercé) : 12% étaient agriculteurs exploitants, 3% artisans, commerçants ou chef d'entreprise, 1% étaient cadres ou issus de professions intellectuelles supérieures, 44% étaient employés, 16% ouvriers et 24% n'ont jamais travaillé.

Statut du logement : 48% sont propriétaires, 5% sont locataires privés, 34% locataires sociaux et 14% sont logé gratuitement.

Aides diverses : 76% ont une pension de retraite, 11% touchent l'Aspa, 15% perçoivent l'APA, 37% ont une aide-ménagère et 32% reçoivent des chèques santé.

Langues : 83% parlent majoritairement le créole et 46% ne lisent pas le français ou avec difficulté.

Enfin la troisième opération est l'exploitation primaire de la base de données de l'enquête MFV (Migration Famille Vieillesse) réalisée conjointement par l'Insee et l'Ined dans les DOM en 2009-2010. C'est une enquête qui est réalisée pour la première fois dans l'ensemble des DOM. Même si les aspects comparatifs ont leur pertinence, notre intérêt s'est porté quasi exclusivement sur les données de La Réunion à l'exception des données relatives aux solidarités intergénérationnelles. Cette enquête s'articule autour de grandes thématiques : la famille, l'insertion professionnelle et sociale des jeunes adultes, les trajectoires migratoires, le vieillissement et les solidarités intergénérationnelles, le vécu des discriminations, la vie citoyenne et les ressources culturelles (langues et religions). L'objectif de cette enquête est donc « de produire sur ces sujets des connaissances scientifiques nouvelles permettant, notamment, d'en apprécier les effets sociaux à moyen terme et de fournir des indicateurs utiles à la définition et à l'évaluation des politiques publiques »¹⁵.

Population étudiée dans le cadre de l'enquête MFV

Les personnes enquêtées sont les natifs du département, les migrants de retour et les immigrants. L'enquête a été réalisée aux mêmes dates dans les quatre départements d'outre-mer auprès d'un échantillon d'environ 16 000 ménages répondants soit environ 4 000 par département. L'enquête est conduite auprès d'hommes et de femmes âgés de 18 à 79 ans.

¹⁵ Se référer au manuel d'instructions aux enquêteurs p.4, (Manuel d'instructions aux enquêteurs, Enquête MFV dans les DOM, Ined, Insee, 59 p.

Échantillon

L'enquête MFV est une enquête représentative séparée en deux sous-échantillons. Le premier sous-échantillon représente des ménages tirés au hasard dans la base CARTO du recensement de la population. Le second sous-échantillon est tiré au hasard parmi les personnes ayant répondu à l'enquête emploi (EEDOM) et n'étant plus interrogées à ce titre (derniers tiers de l'enquête emploi) en procédant à une sélection particulière. Cette sélection retient uniquement les personnes dites « migrant retour », c'est-à-dire les personnes qui sont nées dans le département d'enquête mais qui en sont parties au moins durant 6 mois entre leur date de naissance et la date d'enquête.

Le questionnaire s'articule autour de différents modules :

- Le module famille
- Le module trajectoires des natifs et des immigrants
- Le module famille élargie et solidarités familiales
- Le module ressources culturelles

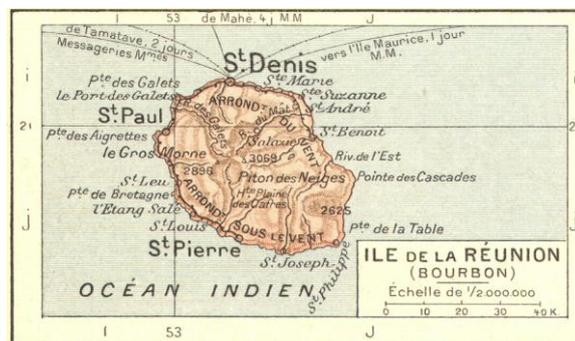
La base de données est divisée en trois tables :

- La table THL (Tableau des habitants du logement) est composée de 194 variables
- La table EGO est composée de 1597 variables (table principale pour l'exploitation)
- La table ENFANTS est composée de 57 variables

Pour l'exploitation nous avons décidé de travailler sur la table EGO en sélectionnant 29 variables (cf Annexe 6). Cette table comprend 3986 individus à La Réunion. Avec ces différentes variables, nous avons réalisé une analyse statistique descriptive et des tris à plat.

Chapitre 2 La Réunion : un territoire et une population

Carte 4. Carte historique de La Réunion



Source : <https://habiter-la-reunion.re/cartes-de-la-reunion/>

L'île de La Réunion a connu une histoire et un développement particulier au cours de ces derniers siècles. Les premiers habitants, constitués de colons européens et d'esclaves malgaches sont arrivés en 1663. A partir de cette date et avec la mise en place de la Compagnie des Indes (1763), l'île Bourbon est en charge de ravitailler les navires de la Route des Indes. Jusqu'en 1715, la production agricole est tournée vers l'autosubsistance et les cultures vivrières destinées aux navigateurs de passage. En 1715, le café est introduit sur l'île et va être à l'origine d'un recrutement important de colons et surtout d'esclaves venus massivement de Madagascar à partir de 1717, d'Afrique australe à partir de 1754 et d'Inde à partir de 1762. Avec la Révolution Française, l'île Bourbon devient l'île de La Réunion et voit arriver des membres de l'aristocratie chassés par la Révolution Française qui achètent des terres et se mettent à cultiver la canne à sucre, introduite depuis 1815. A partir de cette date c'est la culture de la canne à sucre qui prendra le dessus et sera destinée à approvisionner la métropole. Un nouveau recrutement d'esclaves massif est mis en place malgré l'interdiction de la traite en 1817. C'est à cette époque que se développe le système de plantation. En 1848, l'abolition de l'esclavage a pour conséquence la libération de 62 000 esclaves et le recrutement d'Engagés (venus pour la plupart d'Inde du Sud). Entre 1860 et 1882, c'est 110 000 Indiens qui débarquent sur l'île. L'économie agricole tournée vers la culture de la canne à sucre reste très majoritaire jusqu'à la départementalisation. La Réunion a connu différentes vagues de migration économique. Des Chinois d'abord, dans la seconde moitié du 19ème siècle, qui organisent le commerce de détail puis des Indiens musulmans ensuite, qui développent un

commerce de tissus et de bois. On retrouve alors à cette époque des « gros blancs » (anciens colons, propriétaires terriens), des « petits blancs » (anciens propriétaires terriens déshérités qui ont dû migrer dans les Hauts), des « créoles », des « malbars » (anciens engagés indiens), des « chinois » et des « zarabs » (indo-pakistanaïens musulmans). Ces catégories ethniques viendront à être complétées par les « zoreils » (métropolitains), nouveaux fonctionnaires arrivés à partir de la départementalisation de 1946 et puis plus récemment des échanges nombreux avec Madagascar et avec Mayotte l'autre département français de l'Océan Indien. La départementalisation et surtout les années 1960 marquent un tournant dans l'histoire de l'île. (Combeau, 2002 ; Sandron, 2007 ; Wolff & Watin, 2010). Notre population d'étude qui est celle des personnes âgées, est pour la majorité née avant 1946. Qu'en est-il de La Réunion de leur enfance, de leur jeunesse voire de leur début de vie d'adulte ?

L'objectif de ce chapitre est de montrer les évolutions socio-économiques rapides qu'à connues La Réunion depuis la départementalisation et de montrer que des mutations visibles et profondes se sont opérées à l'échelle d'une vie pour la plupart des personnes âgées actuelles. Le parcours de vie des personnes âgées est marqué par ces profondes mutations et n'est pas sans conséquence sur le mode de vie et sur leur positionnement face à l'avancée en âge. Une première partie sera consacrée à la définition et la mise en lumière de ces évolutions socioéconomiques et sanitaires. Un intérêt particulier sera porté sur le développement du cirque de Mafate appelé aussi « l'île dans l'île ». Une seconde partie sera consacrée aux personnes âgées réunionnaises à la fois dans la définition de leurs caractéristiques socioéconomiques, de leur état de santé et dans une approche plus sociologique de leur mode de vie et habitudes. Cela nous permettra d'introduire la relations des personnes âgées à l'habitat. Cette réflexion prend tout son sens à La Réunion étant donné les faibles ressources des personnes âgées, le faible taux d'équipement en structures d'accueil et le recours massif au maintien à domicile même dans le cas de perte d'autonomie lourde.

1 – Des mutations socio-économiques rapides et profondes

1.1 La situation en 1946

Comme toutes les colonies et territoires d'Outre-mer, La Réunion est mobilisée pendant la Seconde Guerre mondiale. De nombreux rebondissements rythment ces quelques années : liens avec Madagascar plus ou moins bons, menaces d'invasion, ... (Le Joubioux, 2011). Mais c'est surtout un blocus maritime qui va marquer La Réunion et ses habitants. En effet, ce dernier a entraîné de graves problèmes d'approvisionnement et une malnutrition sévère, problème aggravé avec les violents cyclones notamment celui de 1948 (Sandron, 2016). Mme Rivière se souvient lors d'un entretien de ce cyclone « *mon grand-père paternel, il a fait un AVC et ma grand-mère est morte écrasée sous sa maison, le cyclone de 1948 [...] 7 morts dans la famille. Moi, je n'ai pas vu parce que j'étais mariée, j'étais aux Makes, on ne pouvait pas sortir avec les rivières et tout* » comme Mme Pelle : « *avant, le cyclone envoyait tout à terre* » (Mme Pelle, 91 ans). La loi du 19 mars 1946 transforme La Réunion en département et apparaît, pour une grande majorité de réunionnais comme une promesse de jours meilleurs. En effet, « au regard de la situation de misère et de pénurie, les trois articles de la loi fixent le cadre virtuel de futures réformes comme autant de dispositions et de réponses concrètes (aides économiques, soins médicaux, protection sociale ...) modifiant l'existence des habitants » (Combeau, 2016, p.25).

En 1946, l'espérance de vie était de 48 ans et le taux de mortalité infantile de 160 pour mille. La mortalité infantile est due au manque d'alimentation, aux maladies endémiques, à l'insalubrité de l'habitat, aux problèmes d'hygiène et au manque d'équipement de santé (Priba & Rigal, 2016). A cette époque le profil épidémiologique est caractérisé par l'importance des maladies infectieuses, des maladies parasitaires et des carences alimentaires. Le paludisme est responsable de 40% des décès (Catteau & Catteau, 1999). En 1946, il y a seulement 0,14 médecin pour 1000 habitants (Sandron, 2007).

Du point de vue de l'éducation, pendant la période coloniale, il existe un établissement du secondaire, le Collège Royal qui vise à former les élites et dont le corps professoral est issu d'établissements parisiens prestigieux. Cet établissement deviendra un lycée en 1948.

À cette époque, il n'existe qu'un seul lycée, le lycée Leconte de Lisle qui se trouve dans un très mauvais état à la fois par la tenue de son administration et par la vétusté de ses locaux. « La scolarisation des enfants est faible et l'analphabétisme très développé. A la veille de la départementalisation, l'enseignement secondaire complet n'est dispensé que par le lycée Leconte de Lisle qui compte 743 élèves¹⁶, dont 498 dans le secondaire. 32 lycéens se sont présentés au Brevet de Capacité Colonial, l'équivalent du baccalauréat, 14 ont été reçus. Côté élémentaire, 29 170 élèves fréquentent les 175 écoles publiques coloniales et 6 637 élèves sont répartis dans 46 écoles privées » (Lucas, 2005).

En 1946, la part de la population dans le secteur primaire est de 65%. L'économie est essentiellement tournée vers la production agricole notamment la culture de la canne à sucre (Sandron, 2007).

En 1946, le taux d'urbanisation est de 20%. Seulement 8% des habitats sont en dur et sont, pour une grande majorité, dépourvus de confort. Seul 12% des logements ont l'électricité et 10% ont l'eau courante. Il existe très peu d'équipements et d'infrastructures peu nombreux et ceux qui existent sont en mauvais état. Globalement les Hauts comme les Bas¹⁷ sont peu dotés en équipement comme en installations électriques (Priba & Rigal, 2016).

1.2 La modernisation des années 1960 à aujourd'hui

Pendant toute la quatrième République (1946-1958), les retards s'accumulent dans la mise en place des lois de la départementalisation. C'est véritablement avec l'élection de Michel Debré dans la première circonscription de Saint-Denis en 1963 que La Réunion entre véritablement dans une phase de départementalisation. « La Réunion connaît une succession de grands chantiers (infrastructures, liens de communications et de transports) qui modèlent le paysage (Combeau, 2016, p.31). Ainsi, selon Sandron (2014a), « le développement économique et social de La Réunion au cours de la seconde moitié du vingtième siècle a été spectaculaire. Aujourd'hui, les standards de vie sont ceux du reste

¹⁶ Population de La Réunion en 1946 : 202 067 habitants (Recensement de 1946).

¹⁷ Les Bas correspondent à la partie partant du littoral jusqu'à 400 m d'altitude et les Hauts correspondent aux espaces au-dessus de 400m d'altitude.

de l'Europe. Néanmoins, de nombreuses inégalités persistent, d'une part, au sein de la population réunionnaise et, d'autre part, entre les départements d'outre-mer et ceux de la métropole » (p.4).

Les premiers efforts se concentrent sur la santé avec des campagnes d'éradication du paludisme. Une fois la lutte antipaludique autorisée (pulvérisation et don de chloroquine aux enfants) par la loi du 19 mars, les campagnes s'intensifient entre 1949 et 1953. En 4 ans, le paludisme est presque éradiqué et les effets sur la prévalence de la mortalité s'en ressentent immédiatement (Sandron, 2016).

Du point de vue de l'économie, on assiste à une mutation classique avec une tertiarisation de l'économie et un effondrement de l'agriculture. Cette mutation économique s'opère très rapidement. Avec la départementalisation, La Réunion voit arriver des transferts financiers publics (TFP) et c'est ce qui va assurer une dynamique économique positive de long terme. La Réunion connaît un taux de croissance en volume de 5% sur quarante ans. Il se développe aussi des services non marchands pour la gestion du nouveau département. Puis apparaît le développement du secteur du BTP sous l'impulsion des grands chantiers et du commerce par l'augmentation du pouvoir d'achat des ménages. L'agriculture via la culture de la canne à sucre n'est pas pour autant abandonnée et reste longtemps à un niveau élevé de l'activité économique (Rochoux, 2016). Du côté de l'emploi, son augmentation n'a jamais réussi à résorber le chômage. En 1982, le secteur public est le premier secteur employeur. Malgré une augmentation constante du nombre d'emplois, le chômage n'a cessé d'augmenter sauf entre 2001 et 2007 (période au cours de laquelle les créations d'emplois ont été les plus fortes). Les difficultés du marché du travail réunionnais s'expliquent « par la très forte pression exercée par la population active qui augmente de 3000 à 7000 personnes par an selon les périodes de 1967 à 2007, son augmentation est due à 80% à la croissance démographique et à 20% à la hausse des taux d'activité, en particulier féminins, qui contribue le plus à la croissance de la population active » (Fabre, 2016, p.87). Mais elles s'expliquent surtout par l'absence de développement endogène.

Au niveau des équipements, la première décennie après la départementalisation est marquée par de grands chantiers : 200 km de voirie sont réalisés et bitumés et les réseaux routiers sont rénovés et étendus. En 1963 est livrée la route du littoral appelée « route en corniche » qui ouvre « des perspectives d'un développement urbain et économique » (Priba & Rigal, 2016, p.94). Plusieurs liaisons sont aussi construites entre les Hauts et le littoral, ce qui participe au désenclavement des Hauts. La première piste de l'aéroport est construite en 1946 et le premier aérogare en 1951. De plus, « Des efforts notables sont également portés sur les conditions sanitaires avec la multiplication d'équipements comme les dispensaires et les hôpitaux, entraînant une diminution de la mortalité infantile » (*Ibid*, p.94).

Aujourd'hui, les différents indicateurs sociaux, économiques, sanitaires sont proches de ceux de métropole et des pays développés mais il persiste toujours des inégalités et cela est lié notamment aux transformations rapides du marché du travail et au fort chômage qui persiste depuis de longues années. En effet, le taux de chômage était de 22,4% et de 44% chez les 15-24 ans en 2016 (Paillole, 2017). Notons que cette année 2016 a enregistré un niveau de chômage historiquement faible et qu'il y a seulement deux années de cela le taux de chômage était de 26,8% et de 54,4% chez les jeunes de 15 à 24 ans (Le Grand & Rivière, 2015).

1.3 La vie dans les cirques : l'exemple du cirque de Mafate¹⁸

1.3.1 Le développement de Mafate

Carte 5. Les ilets de Mafate



Source : (<http://www.reunion-mafate.com/cirque/presentation-des-ilets/>)

Mafate est un cirque c'est à dire une formation géologique due à l'action conjuguée de l'affaissement d'un ancien volcan et du phénomène d'érosion des sols. Il s'agit donc d'un espace, au sens géographique du terme, délimité par des remparts naturels. La Réunion comporte trois cirques, Mafate, Salazie et Cilaos mais seul Mafate est inaccessible par la route. Il faut compter plusieurs heures de marches pour rejoindre l'un des dix ilets (villages de Mafate, carte 5). Il y a plusieurs accès par des cols (Le Maïdo, le Col du Taïbit, le Col de Fourche, Le Col des Bœuf), par Dos d'Ane (commune de La Possession), par la canalisation des Orangers (depuis Sans Soucis, commune de Saint-Paul)¹⁹ ou bien par la rivière des Galets. Considéré encore aujourd'hui comme une île

¹⁸ Les éléments de cette section sont issus de deux terrains d'une semaine chacun réalisés dans le cirque de Mafate. Au total une vingtaine d'entretiens ont été réalisés. Ces entretiens ne figurent pas dans la liste des matériaux de cette thèse. Ils ont servi à écrire deux articles (Klein & Sandron 2016b ; Klein & Sandron, 2016d) dont les résultats sont présentés dans cette section.

¹⁹ Les travaux de la canalisation des orangers ont débuté en 1965 dans le but de capter l'eau des grandes ravines de Mafate et pour la ramener dans les hauts de Saint-Paul. Lors d'un entretien, une dame d'environ 90 ans nous a raconté comment se sont déroulés les travaux et l'organisation logistique que cela représentait notamment en termes de transport des matériaux. Elle était cantinière pour les ouvriers.

dans l'île, le cirque de Mafate a connu un développement à part du reste de l'île. Aujourd'hui peuplé de 750 – 800 habitants²⁰, le cirque de Mafate s'est peuplé à partir du 18ème siècle et jusqu'au milieu du 19ème siècle par les esclaves en fuite appelés "marrons" partis pour échapper à leur maître et à leur condition de servitude dans cette zone alors très reculée. Ils furent suivis ensuite par les "petits blancs des Hauts", qui étaient souvent les cadets de famille de propriétaires terriens qui étaient laissés pour compte au moment des successions familiales (Sandron, 2013). L'histoire du peuplement de Mafate a alimenté des représentations plutôt négatives des Mafatais. En effet, l'expression "petits blancs des Hauts" signifiait « en même temps le démodé, la consanguinité, le retard, l'isolement » (Dion, 1984, p.21) et « l'identité socio-historique des habitants a souffert de la non-reconnaissance et des stéréotypes qui furent véhiculés sur leur compte. Tour à tour 'marrons' et 'Petits Blancs dégénérés' ont été les qualificatifs utilisés dans lesquels les habitants ne pouvaient pas se reconnaître » (Souffrin, 1992, p.262).

Le cirque de Mafate cumule plusieurs vulnérabilités décrites par Sandron (2013) et par Klein et Sandron (2016d). Le cirque cumule une vulnérabilité environnementale due aux risques d'éboulements et d'effondrements auxquels il fait face et ce, de manière amplifiée pendant la saison des pluies (pendant l'été austral : de décembre à février) et le passage de cyclones ; Une vulnérabilité sociale du fait des représentations négatives de la populations déjà évoquées ; Une vulnérabilité économique du fait du peu de perspectives d'emploi pour les Mafatais. Elles se limitent en effet à l'ONF (entretiens des sentiers), l'école (cantinière, Atsem) et les gîtes ; Une vulnérabilité sanitaire liée à l'enclavement du cirque et au peu de présence médicale ou paramédicale dans le cirque.

A la fin des années 1970 est créé le Commissariat d'aménagement des Hauts pour réduire les écarts de développement entre le littoral et les Hauts (y compris Mafate) mais c'est à partir du début des années 1980 que s'amorcent véritablement les travaux de modernisation de Mafate. Cela passe par la création de sentiers pédestres, la modernisation des logements, le développement d'aides incitatives à la construction de

²⁰ Il s'agit d'une estimation car il n'existe pas de chiffre officiel. La comptabilité des habitants est rendue difficile du fait de l'étalement de Mafate sur les deux communes de La Possession et de Saint-Paul et du fait de la circulation importante avec les bas notamment en lien avec la scolarisation des enfants à partir du collège. Le facteur de Mafate tient un registre dans lesquels tous les habitants de Mafate sont répertoriés mais nous n'avons jamais pu nous le procurer ni y avoir accès.

gîtes pour accueillir les touristes, l'installation de panneaux photovoltaïques et plus tard par l'investissement dans les TIC (Jauze, 2011). Ces travaux de modernisation et le processus de patrimonialisation immatériel entamé depuis les années 1990 (Sandron, 2013), ont entraîné une ouverture de Mafate sur l'extérieur. Le cirque de Mafate fait partie intégrante du Parc National de La Réunion créé en 2007 et il est depuis 2010 au Patrimoine Mondial de l'Unesco au titre des "Piton, Cirques et Remparts de La Réunion". Cette ouverture sur l'extérieur est aussi à l'origine d'un changement d'image de la population mafataise. « Le changement d'image de Mafate est donc séquentiellement le résultat d'une politique sociale et économique et celui d'une politique territoriale qui vise à mettre en valeur les qualités propres du territoire aptes à en faire un espace attractif pour les visiteurs. La démarche de valorisation culturelle de cet espace n'est donc pas un substitut à son déclin économique mais, au contraire, c'est à la suite d'une amorce de développement économique qu'a pu émerger cette possibilité » (Sandron, 2014b, p.326).

1.3.2 Vivre à Mafate

Aujourd'hui la vie des Mafatais est semblable à celle de n'importe quel Réunionnais à l'exception près du cadre naturel, du ravitaillement et de certains ennuis du quotidien relevant de la sphère intime. Les maisons sont pour la plupart en dur, elles sont toutes équipées de panneaux solaires et de télévisions. Seuls les gîteurs et les habitants les plus fortunés ont un groupe électrogène pour prendre le relai des panneaux solaires en cas de mauvais temps. Si certains critiquent le manque d'entretien des panneaux solaires et leur autonomie relative, ils ont quand même apporté dans Mafate un niveau minimum de confort avec par exemple la possibilité de brancher un réfrigérateur. Il existe quelques petits commerces dans les îlets les plus importants mais ils sont surtout destinés à dépanner les touristes. Pour leurs courses, les Mafatais descendent dans les Bas, font leurs courses dans l'un des grands supermarchés du littoral et font monter leurs provisions en hélicoptère. Ces rotations d'hélicoptères ont un coût souvent jugés trop élevé par les Mafatais qui n'ont pas d'autres moyens que d'y recourir. « Depuis 1976, le seul moyen c'est l'hélicoptère. S'il n'y a plus d'hélico, les gens se déplaceront de Mafate. C'est l'hélicoptère qui tente les gens de rester à Mafate parce que si tu as besoin, il y a toujours l'hélico pour ravitailler. Parce que s'il faut repartir comme avant à tête ou avec des bœufs, on n'y arrive plus » (Mr Pison, 55 ans). Il y a une zone d'atterrissage pour l'hélicoptère dans chaque îlet et le prix de la rotation est fixé en fonction de la distance parcourue. « Les personnes âgées évoquent l'époque pas si lointaine où le transport des

marchandises individuelles se faisait à pied, les rares petites boutiques acheminant leurs produits avec des bœufs. Elles évoquent aussi le passage de l'éclairage à la bougie à l'électricité grâce aux panneaux solaires, le transport à pied sur les sentiers des personnes malades ou handicapées sur des chaises et la véritable révolution qu'a apportée l'hélicoptère dans les années 1980. La vie entière est organisée autour de ce moyen de transport de personnes et de marchandises dans le cirque de Mafate et en particulier pour ce qui concerne la santé, que ce soit pour les visites régulières dans les Bas, les évacuations d'urgence ou encore l'acheminement des personnels médicaux » (Klein & Sandron, 2016d, p.9).

Les Mafatais vont à l'école dans Mafate jusqu'au CM2. A partir de la 6ème, ils doivent aller dans un collège puis un lycée situé en dehors du cirque. Les enfants sont envoyés en famille d'accueil, chez de la famille et parfois les parents descendent avec les enfants dans les Bas pour rester avec eux pendant leurs années de scolarité secondaire. Le départ des enfants est souvent vécu difficilement pour les parents contraints de rester dans Mafate notamment lorsqu'ils sont gîteurs. Globalement, les enfants reviennent les weekends mais surtout pendant les vacances.

Au niveau de la santé, deux infirmières pratiquent dans le cirque de Mafate depuis la fin des années 1980 (Sandron, 2013). Il existe des petits dispensaires dans presque tous les îlets où elles peuvent prodiguer des soins d'urgences ou des soins de suivi. Elles se répartissent à elles deux l'ensemble du territoire de Mafate. En plus de leur activité, il y a une mission médicale tous les vendredis qui passe une fois par mois dans chaque îlet. Un médecin généraliste accompagné des infirmières se déplace en hélicoptère pour faire des consultations, donner des ordonnances et livrer des médicaments notamment aux personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer. Ce système permet un minimum de service public sanitaire dans le cirque mais il est fragile. Par exemple, en cas de mauvais temps le jour de la mission médicale, la visite du médecin est totalement annulée et il faut attendre sa venue le mois suivant. L'implication des infirmières et des pilotes d'hélicoptère auprès de la population mafataise fait que des solutions sont souvent trouvées en cas d'urgence et qu'il est souvent possible de s'arranger. Une des solutions est l'appel du Samu et le rapatriement sanitaire par l'hélicoptère du PGHM (Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne). Face à ce constat et au souci de continuité des soins pour les habitants de Mafate plusieurs expérimentations de télémédecine ont été lancées dans Mafate.

1.3.3 Expérimentations de télémédecine à Mafate

Une première expérience de télémédecine a été lancée en 2003 mais elle a très vite été arrêtée à cause de problèmes techniques. L'expérience mafataise, inspirée d'un projet en Guyane avait pour objectif de : « 1) améliorer la prise en charge des situations aiguës en apportant des outils décisionnels aux médecins régulateurs du SAMU ; 2) améliorer la prise en charge régulière des patients et leur suivi en offrant des avis spécialisés à distance ; 3) diminuer le nombre de transferts hélicoptérés, onéreux et mobilisant toute une équipe de professionnels » (Runavot *et al.*, 2004, p.62). Avec les progrès technologiques réalisés entretemps, une nouvelle expérimentation a alors été initiée à Mafate en 2010. Il s'agit d'un projet dans le domaine de la téléconsultation dont l'essentiel est résumé dans le Programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et Mayotte de l'Agence de santé Océan Indien : « Le Cirque de Mafate est enclavé. Il peut être difficile d'assurer dans de bonnes conditions l'accès aux soins tant pour les habitants que pour les randonneurs. Pour la régulation de l'urgence médicale, des îlets pilotes ont été sélectionnés afin de participer à une expérimentation. Un réseau de sentinelles constitué d'habitants mafatais volontaires a été formé aux soins de premier secours. Équipés d'un téléphone portable et d'une valise médicale, ces sentinelles assurent le lien avec le SAMU en cas d'urgence au sein du Cirque. La possibilité de transmettre en temps réel des indicateurs vitaux, tels que le tracé d'un ECG, la tension artérielle, représente une aide supplémentaire au médecin urgentiste dans son acte de régulation, notamment dans l'indication ou non d'un transfert vers l'hôpital. Ce dispositif de téléconsultation renforce l'égalité de l'accès aux soins et assure aux services médicaux et de secours une information rapide permettant ainsi d'améliorer les moyens de secours à déployer en cas de nécessité » (ARS 2012a, p.51). Malheureusement cette expérimentation, pourtant prometteuse, s'est vite essoufflée. Ce ne sont pas cette fois des freins uniquement techniques qui ont entraîné l'abandon du projet mais des freins sociaux mêlés à des freins techniques. Les sentinelles ont été choisies sur la base du volontariat et ont reçu en tout et pour tout une semaine de formation au cours de laquelle elles ont été formées à la fois aux gestes de premiers secours, à l'utilisation du matériel de la valise médicale et à l'informatique. Ce manque de formation additionné à l'absence de suivi et de mise à jour de la formation a entraîné un manque de légitimité de ces sentinelles au regard de la population. Le seul endroit où l'expérimentation a fonctionné et continue de fonctionner c'est dans un îlet où le référent est un ancien pompier qui avant même le début de l'expérimentation occupait ce rôle de sentinelle. Ce manque de légitimité a aussi été amplifié par la proximité affective voire

familiale des sentinelles avec la population. Cette proximité des référents locaux avec la population n'a pas permis à la population de se livrer sur des problèmes de santé pouvant être très intimes. Les infirmières nous confiaient à ce sujet que certains habitants de Mafate étaient très discrets au niveau de la santé et que les grossesses étaient très souvent cachées. Du point de vue des sentinelles, c'était une responsabilité lourde à porter qu'ils ont été d'accord d'endosser au début mais le manque de suivi a rendu leur investissement plus difficile et risqué à leurs yeux. Enfin, il y avait un problème avec le port de la valise médicale qui pesait une vingtaine de kilogrammes et avec le stockage du matériel.

Cet exemple de la mise en place d'une expérimentation de télémédecine à Mafate fait émerger la nécessaire prise en compte de différents facteurs d'ordre technique, social et organisationnel lorsque l'on considère une innovation. Commençons par les caractéristiques socioéconomiques des personnes âgées réunionnaises.

2 – Caractéristiques socioéconomiques et mode de vie

Les seniors réunionnais connaissent des conditions d'existence plus précaires qu'en métropole. Ils vivent plus souvent dans des logements comportant des défauts et souffrent d'une précarité financière très importante (Département de La Réunion, 2013). De plus, ils ont globalement une moins bonne santé que les métropolitains.

2.1 Une précarité importante

En 2014, 40% des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté. Cette pauvreté touche plus particulièrement l'Est pour 46% et le Sud pour 43%. La moitié des réunionnais vivent avec moins de 1150 euros par mois (Besson, 2017). En 2011, 45% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en-dessous du seuil de pauvreté, c'est quatre fois plus qu'en métropole où les personnes âgées représentent la classe d'âge la plus épargnée par la précarité (CESER, 2011). D'après l'enquête MFV, plus de la moitié des personnes âgées entre 60 et 79 ans vivent avec moins de 800 euros par mois. Dans un de nos entretiens Mme Hoarau, 86 ans, nous dit : « *Mais moi, je n'ai jamais pris quelque chose à crédit. Aujourd'hui tout le monde gagne achète parce qu'aujourd'hui, les voitures ils*

achètent comme ça, mais si demain tu n'arrives plus à payer, il faut attendre encore deux mois pour essayer de payer. Moi, j'achète aujourd'hui pour aujourd'hui »).

En 2013, 23 % des seniors réunionnais de plus de 60 ans bénéficient de l'ASPA contre 3% en métropole (Baktavatsalou & Clain, 2016). De plus, parmi les seniors réunionnais hébergés en institution, 90% bénéficient de l'ASH contre 17% en métropole (Département de La Réunion, 2013).

Du point de vue du logement, il n'est plus nécessaire de démontrer les liens étroits qu'entretiennent le domicile et la perte d'autonomie ni le défi majeur que constituent le logement et même l'habitat pour le maintien à domicile (Argoud, 2011). Les personnes âgées réunionnaises ont accédé plus facilement à la propriété, 72% des personnes âgées de plus de 65 ans possèdent leur propre logement contre 55% pour les 35-49 ans. On relève que la superficie dont disposent les seniors est souvent plus grande que celle des jeunes alors que les ménages sont plus petits. Cependant, la moitié des seniors vivent dans des logements construits avant 1981, alors que c'est seulement le cas pour moins d'un quart des moins de 50 ans. Si les logements 'sans confort' ont quasiment disparu, en revanche, les seniors sont plus que les autres (63%) confrontés à des défauts au sein de leur logement : humidité sur les murs, absence de protection des fils électriques, infiltration d'eau, absence d'eau chaude (Insee, 2010). Même si les conditions de logement ont tendance à s'améliorer, « les plus mal logés, ceux qui vivent plus souvent dans des logements avec trois défauts ou plus, sont les familles monoparentales, les personnes seules, les locataires du parc social et les ménages âgés » (Chaussy, 2016, p.4).

2.2 Un état de santé mitigé

Après avoir présenté les différentes caractéristiques socioéconomiques des personnes âgées réunionnaises, poursuivons le propos en analysant le contexte épidémiologique réunionnais et les spécificités de la perte d'autonomie. Tout d'abord, le profil épidémiologique de La Réunion est aujourd'hui semblable aux pays occidentaux avec seulement 2% de décès des suites de maladies infectieuses ou parasitaires (Insee, 2014) ce qui est égal au niveau observé en France métropolitaine. Selon Barbieri et Catteau (2007), les causes principales de décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans entre 1997 et 1999 sont les maladies cardio-

vasculaires, les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire. En 2010, les causes principales de décès sont liées à des tumeurs ou à des maladies de l'appareil circulatoire. Ce sont les mêmes causes en France métropolitaine mais elles sont inversées en termes de prévalence. En effet, à La Réunion 23,7% des décès sont dus à des tumeurs contre 29,5% en métropole et 29% des décès à La Réunion résultent de maladies de l'appareil circulatoire contre 26,4% en métropole. Aussi, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques sont à l'origine de 7,9% des décès à La Réunion contre 4% en métropole en 2010. Cela s'explique par une prévalence particulièrement importante des cas de diabète à La Réunion. En effet, en 2013, dans les trois territoires de santé de La Réunion, les taux d'ALD (Affection de longue durée) pour diabète et maladies cardiovasculaires sont supérieurs aux taux nationaux et particulièrement pour le diabète²¹. Le taux de prévalence du diabète est deux fois supérieur à La Réunion par rapport à la métropole. Plusieurs causes sont à l'origine du diabète comme une alimentation inadaptée ou un manque d'activité physique. « Chômage, précarité, exclusion, entraînent 'mal bouffe', inactivité, comportements à risques (consommation excessive d'alcool, tabac, ...) constituent le terreau des maladies chroniques telles que le diabète » (CESER, 2014, p.15). On retrouve une fréquence particulièrement élevée de diabète à La Réunion par rapport aux autres DOM et notamment chez les femmes (Filipovic-Pierucci *et al.*, 2016).

De plus, les cas de mortalité prématurée c'est-à-dire avant 65 ans sont plus fréquents à La Réunion qu'en métropole (Insee, 2014). Ils représentaient en 2013 entre 34,7% et 38,7% des décès selon les territoires de santé à La Réunion contre 19,5% en métropole. Au regard de l'enquête permanente sur les AcVc (accidents de la vie courante) à La Réunion entre 2005 et 2009 (Giron *et al.*, 2011), on constate que le taux standard des AcVc à La Réunion est inférieur à celui de la métropole, 4,3% contre 7,5%. Les AcVc sont définis par l'InVs (Institut de veille sanitaire) comme des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation ni des accidents du travail. Les chutes semblent moins nombreuses sur l'île et la part des accidents domestiques plus grande. Le faible taux d'incidence des AcVc à La Réunion par rapport à la métropole pourrait être dû à un nombre d'accidents plus faible ou à des habitudes différentes de recours aux soins avec notamment un recours aux urgences moins systématique. Ainsi, cela confirmerait que la part élevée des AcVc nécessite un suivi médical

²¹ ORS, Profils de santé des territoires de santé, Observatoire régional de la santé, La Réunion, Juillet 2013.

ultérieur étant donné que pour des lésions peu graves, le recours au médecin traitant serait généralisé²². Selon la même enquête sur la période 2000-2004, c'est dans l'avancée en âge que les AcVc sont de plus en plus mortels. Les chutes étaient, pendant cette période, la première cause de décès par AcVc. D'ailleurs, le taux de mortalité dû aux chutes augmente fortement avec l'âge. En effet, il était de 19,4 pour 100 000 chez les 65-74 ans et de 292,7 pour 100 000 chez les plus de 84 ans²³.

Comme dans l'ensemble des pays développés, la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer et des pathologies associées vont augmenter fortement. En 2013, 4 800 personnes seraient atteintes par la maladie d'Alzheimer à La Réunion (Ricquebourg, 2015), ce chiffre atteindrait 13 500 en 2030. L'association France Alzheimer Réunion estime qu'il y a 8 000 personnes dont la moitié non diagnostiquée, concernées par la maladie d'Alzheimer²⁴. Ce type de démences présente un véritable enjeu à La Réunion puisque les facteurs de risque les plus importants de la maladie sont le diabète, l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, le surpoids ou l'alcoolisme (ORS, 2010) et nous avons vu qu'ils étaient pour la plupart présents dans le profil épidémiologique de la population réunionnaise. Ainsi, la maladie d'Alzheimer présente également un enjeu important pour la prise en charge de la perte d'autonomie.

Si l'on s'intéresse aux seules personnes âgées, on peut noter que la proportion de bénéficiaires de l'APA au sein de la population des 60 ans et plus est plus élevée à La Réunion qu'en métropole avec 12% contre 8%. « La Réunion arrive en 4^e position des départements ayant la plus forte part de bénéficiaires de l'APA derrière l'Aveyron, la Haute-Corse et la Creuse. Elle se distingue pourtant de ces trois derniers départements qui comptent une proportion élevée de personnes très âgées : entre 37 % et 43 % des personnes âgées y ont plus de 75 ans contre 28 % à La Réunion en 2015 » (Baktavatsalou et Clain, 2016, p.1). En 2013, 27% des bénéficiaires de l'APA à domicile ont moins de 75 ans à La Réunion. Cela représente une proportion trois fois plus importante qu'en

²² Résultats de l'enquête permanente sur les AcVc, Ile de La Réunion, 2005-2009, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°7, Mars 2011

²³ Mortalité par accident de la vie courante, Ile de La Réunion, 2000-2004, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°46-47, Décembre

²⁴ <http://www.reunion-alzheimer.org/>

métropole. On retrouve cela également concernant l'APA en institution car ils sont 38% à La Réunion à avoir plus de 85 ans contre 66% en métropole (*Ibid*).

En conséquence des éléments précités, les situations d'incapacité ou de dépendance apparaissent plus précocement à La Réunion. En effet, d'après l'enquête HID (Handicap, incapacité et dépendance) de l'Insee en 2004, le niveau de dépendance de la population âgée de 50 à 59 ans à La Réunion équivaut à celui de la population âgée de 70 à 79 ans en France métropolitaine (Catteau & Nartz, 2005). De plus, « Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence de 20 points supérieurs à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés » (ARS, 2012b). En 2030, l'Insee prévoit un doublement de la population dépendante qui devrait toucher 26 700 personnes contre 13 300 en 2012. D'après le scénario central de l'Insee, le taux de dépendance resterait stable autour de 12% de la population contre 9,1% en 2012 en métropole (Chaussy & Fabre, 2014). La prévalence de la perte d'autonomie à La Réunion est essentiellement due au taux de dépendance plus élevé des femmes. En 2012 15,6% des femmes réunionnaises de plus de 60 ans sont dépendantes contre 10% des femmes métropolitaines. Il faut aussi noter qu'en 2012, la part de la dépendance modérée est plus forte à La Réunion qu'en métropole. En effet, elle est de 72% à La Réunion contre 59% en métropole.

2.3 Modes de vie et habitudes

2.3.1 Vers une diminution des activités

Les déplacements dans la vie courante des personnes âgées de notre corpus sont principalement de trois ordres : affinitaires, utilitaires et de loisirs. Certains déplacements peuvent être à la fois affinitaires et utilitaires, c'est le cas par exemple d'une dame qui va faire ses courses, accompagnée de ses enfants. Ils peuvent être affinitaires et de loisirs pour un monsieur qui va passer un après-midi dans un Club du troisième âge pour y retrouver ses amis. On constate sans surprise que les déplacements ont tendance à diminuer avec l'avancée en âge et l'apparition des fragilités. Dans ce cas, à mesure que la déprise s'intensifie, les activités ont tendance à se concentrer de plus en plus exclusivement au sein du domicile.

C'est ce que l'on comprend par exemple à travers les paroles de Mr Barton : « *Des activités moi je lis le journal je vais promener le chien, ma femme comme elle a du mal à marcher elle*

a beaucoup de mal à se déplacer et ici en fauteuil roulant c'est pas évident je dirais que c'est le seul inconvénient ici y'a des endroits ça monte ça descend y'a pas de trottoirs s'aventurer dans les chemins de traverse » ; Celles de Mr Gilbert : « le matin je descends par les Thermes je fais des petites côtes et puis je me repose. Auparavant je sortais beaucoup maintenant je sors un peu moins parce que avec mon cœur je préfère l'éviter » ; Ou encore celles de Mme Manse, quant à elle, n'a plus beaucoup d'activités car elle ne peut plus rester debout à cause de ses douleurs au dos. Elle ne peut plus s'occuper de son jardin, faire son ménage, faire la cuisine. Elle évoque ses journées : « Elles ne seraient pas longues parce que j'aurais du travail à faire mais moi je ne suis pas capable à le faire j'aime les fleurs tout j'aime arranger j'aime marcher dans la cour et tout cela mais je ne suis plus capable et la cour est plein de roches plein de bois ben je suis obligée de partir parce que je peux tomber ce matin encore en sortant de mon lit je me suis écrasé les fesses je suis tombée dans le couloir ». Elle regrette de nombreuses activités : « Ben la couture mon jardin ah les fleurs et tout ça ça m'ennuie et puis mon grand nettoyage que je faisais auparavant avant c'était propre ah ce n'était pas comme ça ». Elle regrette aussi les sorties et les voyages qu'elle faisait avec son mari : « C'est-à-dire que oui je partais comment dire ça en pèlerinage par le bus et comme mon mari avait une voiture on partait tout le temps se promener partout à Cilaos on restait deux jours on partait un peu partout dimanche et tout on partait danser repas j'aime tout ça demandez-moi ce que je n'aime pas je vais vous dire que j'aime tout sur le repas je pourrais vous dire ce que je n'aime pas mais sur la vie je ne sais pas ce que je n'aime pas tout tout tout j'aime j'aime voir le monde si je m'assieds et que je ne vois personne passer je m'ennuie je m'assieds à une place où je vois du monde j'aime danser partir faire des courses j'aime visiter partout pour voir les affaires s'il y a quelque chose qui me plaît j'aime tout j'aime aller à la messe j'aime faire mon ménage ». Aujourd'hui, elle regarde un peu la télévision, fait un peu de ménage et de cuisine mais à son rythme : « Ah si l'après-midi ben je m'assieds je lave mon évier je fais mon lit et puis si mes toilettes sont sales je les lave là comme j'ai mis des haricots à cuire ben je fais autrement je fais cuire à manger pour la journée ou le soir je ne mange pas juste un petit peu de soupe ou bien un bouillon pour boire ou bien un peu de lait l'après-midi je regarde la télé on mange plus de bonne heure aussi vers onze heures auparavant le temps de mon mari c'était douze heures douze heures trente mais maintenant... dès fois à onze heures je n'ai pas faim je sors de mon lit tard mais quand je me réveille tard je prends mon petit déjeuner et après je n'ai plus faim hier j'ai pris une bouchée à trois heures hier soir je n'ai rien pris non plus j'ai mangé un morceau de papaye et la papaye c'est léger ».

2.3.2 Des activités qui dépendent de l'entourage

Par ailleurs les déplacements et les activités en général sont très souvent liés au réseau social des individus et plus globalement aux stratégies de recours à l'aide. Nowik (2014) montre qu'il y a deux grandes logiques de soutien escompté dans le cadre des mobilités résidentielles des personnes âgées. La première est celle qui pousse les individus à s'établir à proximité des services privés et publics pour assurer son autonomie et éviter de dépendre des solidarités primaires. La seconde est davantage une logique qui mobilise très fortement la sphère familiale et pour laquelle la proximité aux services n'est plus une priorité. Dans notre corpus, la seconde logique est très largement majoritaire. Il y a une attente importante de l'aide familiale, qui est parfois déçue, et dans certains cas qui prend la forme d'une véritable dépendance familiale. C'est le cas par exemple de Mme Grand et de Mme Bretel qui ne se voient pas sortir si elles ne sont pas accompagnées de leurs enfants. Le fait de posséder une voiture et de pouvoir encore la conduire semble être à La Réunion un élément majeur de l'autonomie des personnes dans leurs déplacements de la vie quotidienne. En effet, si les réseaux de bus desservent l'île, certains arrêts sont difficilement atteignables pour des personnes ayant des difficultés à marcher notamment dans les Hauts de l'île. C'est le cas pour Mme Dijoux : *« Je prends le bus j'ai pas de transport moi je descends à pied comme je vous dis au Point chaud là là il y a les petit bus qui m'emmènent et je vais chez le médecin et après je reviens et je remonte tout ça à pied ou bien je descends tout ça à pied j'ai personne c'est vraiment la galère si je conduisais ça aurait été bien mais comme je pouvais pas conduire et je voulais pas acheter une autre voiture pour un an ah non il faut de l'argent là j'ai vendu mais pour rien hein et malheureusement si on veut acheter un gasoil faut mettre le double dessus si c'est pas plus faut pas se vieillir faut rester jeune (rire) et oui malheureusement tout le monde vieillit ».*

2.3.3 Vers une concentration autour du domicile

Le domicile constitue pour les personnes âgées vieillissantes un repère et un repaire (Veysset, 1989). C'est particulièrement le cas à La Réunion où des modes de sociabilité bien spécifiques se sont construits autour de la maison traditionnelle réunionnaise, appelée « case ». « Dans le monde créole à La Réunion, la séparation entre le privé et le public traverse l'espace domestique : la notion de privé – 'chez soi' - se compose à la fois d'une partie des différents espaces domestiques implantés dans le *kartié* généralement l'arrière des *kour* et des lieux collectifs (le sentier) qui les relient. Le monde du public est constitué quant à

lui, de la partie de l'espace domestique prévue pour la réception de 'l'étranger', de 'ceux que l'on ne connaît pas', généralement situé à l'avant de la maison et de l'espace ouvert à tous sur le chemin » (Watin et Wolff, 1995, p.5).

La *kour* désigne l'espace domestique élémentaire. Il s'agit d'un espace généralement clos qui comprend la *kaz* dont l'implantation détermine une avant-cour plantée de fleurs et une cour arrière où se déroule la majeure partie de la vie familiale et où sont plantées des cultures « identitaires » comme les épices, le manioc ou encore des herbes pour les tisanes. « La notion de quartier est difficile à cerner à La Réunion. Elle ne fait pas ici strictement référence à une division de la ville, basée sur un découpage administratif ou sur une physionomie propre et une certaine unité, voire les deux à la fois. Le *kartié* peut définir aussi bien une agglomération toute entière (sauf le chef-lieu de Saint-Denis), qu'un lieu habité en campagne. Les limites sont à la fois précises mais changeantes, car le *kartié* est un espace à géométrie variable » (Watin, 1991, p.250). « Les différentes annexes de la maison sont construites ou donnent sur 'l'arrière'. Elles déterminent autant de sous-espaces spécialisés investis par les différents membres de la maisonnée. Dans tous les cas, on trouve une cuisine ou un boucan [espace réservé à la cuisson au feu de bois], domaine quasi exclusif de la femme, ainsi qu'un appentis plus ou moins fermé pouvant servir d'établi à l'homme et de rangement, comme le *godon* [cave ou réserve notamment pour le sucre, le riz et les bananes], espace partagé entre l'homme et la femme » (*Ibid*, p. 147). Ces différents éléments « ayant une forme et une organisation étonnamment stables, on peut mettre en évidence un continuum, qu'on a qualifié de créole, qui va de la modeste *kaz* à la riche maison. » (*Ibid*, p.398).

Par ailleurs, trois éléments sont importants à rappeler pour qualifier et décrire l'habitat créole traditionnel à La Réunion. Premièrement, pour une grande majorité, il est lié à une unité familiale. Deuxièmement, celle-ci, à mesure de ses propres évolutions, transforme le terrain familial en y ajoutant des constructions au fil des générations. Ce sont souvent des maisons qui sont construites pour les enfants voire les petits-enfants. Troisièmement, c'est un habitat qui est découpé en différents espaces, ce qui n'est pas sans conséquence sur les déplacements des personnes âgées et leur maintien à domicile. En effet, « lorsque le bâtiment principal s'agrandit, on constate de façon très fréquente que les niveaux des planchers des parties ajoutées diffèrent de celui d'origine. Ces niveaux se trouvent le plus souvent situés plus bas que le plancher initial, ne serait-ce que par la hauteur d'une marche » (Watin, 1991, p.157).

« Les constructions sont souvent éclatées en plusieurs bâtiments : dans 6% des cas, cet éclatement concerne les pièces principales (chambres, salle à manger) dans 38% des cas, c'est la cuisine qui reste écartée du corps du bâtiment, prolongeant ainsi les modes de vie anciens (en 1967, seulement 23% de l'ensemble des logements comportaient une cuisine intérieure contre 80% en 1989) ; ou bien ce sont les sanitaires, témoignant là d'un apport ultérieur à une construction ancienne. Les matériaux sont souvent hétéroclites, même si à l'origine ils étaient de bonne qualité » (Jacob et Pavageau, 1991, p.49). Aujourd'hui, les conditions de logement ont beaucoup évolué mais les personnes âgées font partie des catégories de personnes les moins bien logées (Chaussy, 2016).

3 – Conclusion

La Réunion a une histoire particulière marquée par un peuplement multi-ethnique et un rattachement français progressifs. La départementalisation en 1946 marque un tournant important pour La Réunion car elle l'instaure comme département français avec tous les intérêts notamment financiers que cela accompagne. Les personnes âgées réunionnaises sont nées pour la plupart avant la départementalisation et ont connu des conditions de vie difficiles qui se répercutent aujourd'hui sur leur état de santé. En effet, les personnes âgées cumulent précarité économique et mauvais état de santé si l'on se réfère aux standards métropolitains. Elles ont des ressources économiques moins importantes et connaissent plus souvent des maladies chroniques. Ces éléments entraînent une entrée dans la perte d'autonomie plus précoce et plus coûteuse qu'en métropole car l'écart de l'espérance de vie est de deux années alors que l'écart de l'entrée dans la perte d'autonomie est évalué à une petite dizaine d'année.

Le contexte français de stagnation de la croissance économique et de la maîtrise voire de la restriction des dépenses publiques, ainsi que le contexte réunionnais décrit ci-dessus poussent à questionner le modèle de gestion du vieillissement et de la prise en charge de la perte d'autonomie dans un territoire vieillissant très rapidement. L'échelle territoriale dans la gestion institutionnelle du vieillissement est centrale et le caractère délimité du territoire réunionnais permet une lecture propre des enjeux et des caractéristiques qui y sont associés. La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est un enjeu important pour La Réunion eu égard aux caractéristiques socioéconomiques des personnes âgées et aux

évolutions sociales qu'elle connaît. Il est plus que jamais nécessaire de développer des solutions accessibles économiquement (Gannon & Touzé, 2017b) et acceptables socialement. Ces nouvelles solutions ou innovations s'intègrent dans un monde structuré depuis plusieurs décennies dont il convient de décrire les contours, l'organisation et les acteurs.

Chapitre 3 Le « monde » de la gérontologie – La prise en charge de la perte d'autonomie

L'intérêt politique pour la dépendance apparaît en France au cours des années 1990 et va occuper une place centrale voire exclusive dans les politiques publiques de la vieillesse jusqu'au début des années 2010. Le terme de dépendance sera progressivement abandonné au profit du terme plus positif de la perte d'autonomie. Ce terme a également l'avantage de considérer l'autonomie au sens large et pas seulement sous le prisme du vieillissement. Il recrée ainsi une continuité entre le secteur du handicap et celui de la dépendance. Le monde de la perte d'autonomie des personnes âgées regroupe une multitude d'acteurs issus d'origines professionnelles variées. On distingue le secteur sanitaire pour la prise en charge et le suivi médical, le secteur social pour l'accompagnement social des personnes âgées en perte d'autonomie et enfin le secteur médico-social qui regroupe principalement les structures d'accueil type EHPAD. Ces différents secteurs ont des histoires et des fonctionnements particuliers qui entraînent des logiques professionnelles différenciées. Ces différentes logiques professionnelles rendent parfois difficile le discours et l'action inter-secteur. La coordination des acteurs devient donc à partir des années 2000 un enjeu majeur des politiques publiques à destination des personnes âgées. La coordination concerne à la fois la qualité des actions de terrain auprès des personnes âgées et l'efficacité économique (Bloch *et al.*, 2011) ainsi que la réorganisation territoriale qui y est associée (Bauduret, 2013 ; Bloch & Hénaut, 2014). La coordination se travaille et s'améliore à travers le développement d'innovations sociales et technologiques dans le but de fluidifier les échanges entre les acteurs et de garantir un partage d'informations de qualité. Le déploiement du dispositif Maia (Annexe 5) sur le territoire français est un exemple typique d'innovation sociale de coordination. Sur le territoire réunionnais, le dispositif Maia a mis plusieurs années à s'installer de manière reconnue et durable. Le nombre très important d'acteurs impliqués dans la prise en charge de la perte d'autonomie, les identités professionnelles multiples ainsi que le caractère informel des échanges sont d'autant de freins à la diffusion de ces réorganisations de pratiques proposées par ces innovations sociales. L'objectif de ce chapitre est de comprendre l'appropriation d'une nouvelle manière de travailler et d'échanger dans un champ professionnel composé d'interactions nombreuses et complexes. Pour cela, nous verrons dans un premier temps, l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ce sera l'occasion de présenter les différents acteurs concernés et leur

échelle d'intervention ainsi que les enjeux associés à cette situation de la vieillesse. Dans un second temps, nous présenterons en détail le territoire gérontologique réunionnais et en lien les modes de prises en charge qui y prévalent. Enfin, dans un troisième temps, nous utiliserons l'exemple du déploiement du dispositif Maia sur le territoire réunionnais pour analyser les freins et les difficultés rencontrés au prisme d'un contexte interactionniste complexe.

1 – La perte d'autonomie, acteurs, enjeux et actions

La perte d'autonomie n'a pas toujours été traitée de la même manière à travers l'histoire mais elle a très tôt été liée au sanitaire et au système de protection sociale.

1.1 Historique et modèle de protection sociale

Le terme de dépendance a peu à peu été abandonné au profit du terme de perte d'autonomie. Le champ de la dépendance est intimement lié au sanitaire mais ne repose pas exclusivement sur celui-ci. Il doit aussi se comprendre en lien avec l'évolution de l'aide sociale. L'aide sociale est insérée dans un système politico-administratif extrêmement complexe qui a connu un changement de paradigme fort. Weber et ses collègues (2013) montrent qu'avant 1995 et la mise en place de la PED (Prestation expérimentale dépendance), l'aide aux personnes âgées relevait uniquement de l'aide sociale pour les plus démunis. En 1995 avec l'instauration de la PED, l'aide devient universelle et œuvre pour le droit à des prestations en nature financées par l'État et les Conseils Départementaux en complément des prestations sanitaires de la sécurité sociale. Les auteurs montrent cependant que la PSD (Prestation spécifique dépendance) a marqué un retard en la matière puisque cette prestation était à nouveau soumise à la récupération sur succession. En 2002, l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) réaffirme la politique universelle puisque toutes les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent prétendre à l'APA et l'APA n'est soumise ni à l'OA (Obligation Alimentaire) ni à la récupération sur succession.

Ainsi, la politique menée en faveur de l'APA a introduit le système français du côté du modèle du Welfare State nordique. Il faut toutefois rappeler que l'APA est soumise à un ticket

modérateur en fonction du revenu des personnes âgées. De plus, les prestations du type de l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées) ou de l'ASH (Aide sociale à l'hébergement) place directement la France du côté du modèle d'assistance aux plus démunis. En effet, « l'aide » à la dépendance serait devenue un droit universel mais en même temps le dualisme entre assurés sociaux et ayants droit serait toujours au cœur du système. Enfin, les questionnements de plus en plus médiatisés en France autour de l'assurance dépendance réaffirment l'appartenance du système français de prise en charge de la dépendance des personnes âgées au modèle bismarckien. Il existe à ce jour en France trois types de contrats d'assurance dépendance mais ils sont encore faiblement répandus au sein de la population. Il existe le contrat de dépendance, le contrat garantie dépendance et enfin le contrat de retraite garantie avec une option dépendance. On peut cependant penser que ces solutions vont être amenées à se développer au détriment peut-être de l'équité sociale face à la perte d'autonomie.

Jusque dans les années 1960, il n'existait pas à proprement parler de politiques en faveur des personnes âgées. L'État intervenait auprès d'elles de la même manière qu'il intervenait auprès des personnes pauvres et donc en tant « qu'assistance aux vieillards pauvres ». En 1962, le rapport Laroque constitue la première réflexion concrète sur la question de la prise en charge des personnes âgées. C'est ainsi, qu'au début des années 1960, apparaît une nouvelle conception de la vieillesse : celle du troisième âge actif participant à la vie sociale. Le rapport Laroque pose les premières pierres de la politique du maintien à domicile. A partir des années 1970, la politique centrée autour du mode de vie choisi des personnes âgées va se trouver contrecarrée par le chômage des travailleurs vieillissants et va ensuite à partir des années 1980, peu à peu se focaliser sur les personnes âgées dépendantes (Caradec, 2012). C'est en parallèle de ce double mouvement que vont être menées des politiques massives de construction de maisons de retraites et de logements-foyers d'abord puis des établissements pour personnes âgées dépendantes. C'est à nouveau au cours des années 1990 et notamment avec les lois de 1995 et de 1997 que les orientations des politiques publiques réaffirment leur volonté de promouvoir et de garantir le maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes. Et c'est aussi dans ces années qu'émerge la problématique de l'aide aux aidants familiaux. Il ne faut cependant pas oublier que le VI^{ème} plan quinquennal du Commissariat général au plan, entre 1971 et 1975, prévoyait déjà un programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées à travers trois types d'actions : les services d'aides ménagères et

de soins à domicile, les équipements légers de quartier tels que les clubs et les foyers-restaurants et les centres de jours. Il insistait aussi sur le rôle de la coordination comme « la clé de voûte du maintien à domicile ». Trois ans plus tard, le maintien à domicile est reconnu comme un droit grâce à la loi du 4 janvier 1978 qui prévoit le financement des dépenses des soins paramédicaux par les organismes de sécurité sociale. Plus récemment, dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, les politiques publiques instituent le principe de « libre choix » qui place la personne dépendante au cœur de son projet d'accompagnement en même temps que l'idée qu'elle évolue dans un parcours de soins lui-même inscrit dans un parcours de vie. La mise en place du projet pilote PAERPA en 2012 (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) s'inscrit tout à fait dans cette continuité puisqu'il fait suite aux travaux du HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) sur le parcours des personnes âgées. La loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui a été acceptée le 3 juin 2014 au Conseil des Ministres et voté le 28 décembre 2015 prévoit cent mesures concernant l'avancée en âge. Évidemment orientée vers le maintien à domicile, cette loi prévoit une augmentation de l'APA pour toucher jusqu'à 700 000 bénéficiaires supplémentaires pour un montant de 400 millions d'euros et une semaine de répit par an pour les aidants familiaux ayant à charge une personne âgée dépendante. La loi propose aussi des mesures pour développer la prévention en vue de détecter les fragilités chez les personnes âgées et pour adapter l'environnement sociogéographique des personnes âgées. Cette adaptation concerne quatre cercles concentriques : le logement d'abord puis le quartier, la ville et enfin le territoire départemental. Il s'agit de garantir aux personnes âgées un accès à toutes les commodités socioéconomiques de ces différents cercles.

En conclusion de ce rapide tour d'horizon historique, on constate que la mise en œuvre de l'action publique en matière de personnes âgées et de perte d'autonomie s'inscrit dans un enchevêtrement de différents niveaux d'actions. Souvent et depuis longtemps qualifiée de « système en tuyaux d'orgue »²⁵, l'organisation de l'action publique française revêt un caractère complexe qui toutefois est rendu plus lisible dès lors qu'on décompose la fonction et les compétences de chaque acteur institutionnel. L'étude stricte de la prise en charge de la

²⁵ Assemblée Nationale, Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, En conclusion des travaux de la mission, sur les Agences régionales de santé, Assemblée Nationale, 6 février 2008, 168 p.

perte d'autonomie des personnes âgées est parfois complexifiée par l'action relative aux personnes handicapées. En effet, certains acteurs mêlent leurs actions pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes handicapées alors que d'autres acteurs font un distinguo net entre ces deux catégories d'actions publiques. On en revient à la critique de la barrière des 60 ans (chapitre 4). Ce cloisonnement institutionnel complexifie la prise en charge de la perte d'autonomie et c'est pourquoi la notion de coordination est maintenant centrale dans les politiques publiques gérontologiques.

1.2 La coordination, un enjeu de santé publique

Les politiques de la vieillesse ont été élaborées de façon sectorielle (Argoud, 2010 ; Henrard, 2010) et cela n'est pas sans conséquence sur l'organisation actuelle et les enjeux associés à l'organisation territoriale des politiques gérontologiques (chapitre 3). La coordination gérontologique territoriale est au centre de l'efficience publique mais aussi de la qualité de prise en charge. En effet, il n'est plus à démontrer que l'écosystème de la prise en charge de la perte d'autonomie, dont « l'enjeu est de faire des liens multiples entre des besoins d'utilisateurs/clients et des réponses en termes de services et d'organisation » (Gand & Periac, 2015, p.22), est complexe. Le lien entre territoire et coordination n'est plus à démontrer non plus. « Le territoire a été défini dans la décennie 2000-2010 pour désigner des modes localisés de prise en charge et d'accompagnement limités à des zones géographiques ou d'influence. Leur opérationnalité a été associée au terme de coordination. [...] Le principe du territoire est d'avoir une action repérable et adaptée dans une sphère d'influence limitée » (Vercauteren, 2010, p.238).

La coordination est tour à tour considérée comme un problème et à la fois une solution ayant pour but d'améliorer l'articulation des différents acteurs gérontologiques relevant de trois secteurs. « Le secteur sanitaire, qui recouvre les acteurs institutionnels, la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ; le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale [...] des personnes ; et le secteur médico-social, spécificité française, qui regroupe les établissements d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile » (Bloch & Hénaut, 2014, p.3).

Le monde de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est caractérisé par un maillage complexe d'institutions, d'organisations et de structures relevant de sphères différentes et plus ou moins hermétiques les unes par rapport aux autres. Liées à des considérations professionnelles, règlementaires ou géographiques (Grenier & Guitton-Philippe, 2011), ces cloisonnements observés dans le domaine sanitaire, médico-social et social sont encore plus visibles lorsqu'on s'intéresse à la distribution et à la répartition de l'offre sur un territoire donné. Les échelles différentes et non systématiquement communicantes de ces dispositifs peuvent elles-mêmes être démultipliées selon que l'on se place au niveau décisionnel et gestionnaire ou au niveau de l'action et de ses déclinaisons locales. Ainsi, on distingue l'échelle régionale pour les grandes orientations du sanitaire et du médico-social, l'échelle départementale pour les orientations de la politique sociale, l'échelle des Territoires de santé pour la mise en œuvre de la politique de santé, l'échelle des arrondissements pour l'action sociale du département et de la Sécurité Sociale et l'échelle communale pour l'action sociale des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). Selon Tonnellier (2010), les contraintes des territoires gérontologiques sont le financement, le rôle de l'État et des départements et le défi majeur est celui de l'articulation entre la décentralisation et l'État central. Cette articulation est cruciale pour la cohérence d'une offre sanitaire, médico-sociale et sociale adaptée aux besoins des personnes âgées sur un territoire.

La coordination s'opère donc, nous le voyons, à la fois au niveau institutionnel à travers notamment la mise en cohérence des différentes politiques institutionnelles et au niveau territorial par l'organisation et le maillage de l'action. On assiste depuis quelques années à deux changements majeurs de paradigme. Le premier concerne la coordination et le reproche qui lui est très souvent associé, d'accumuler sans cesse des dispositifs en mille-feuille. Dans un souci d'individualisation de la prise en charge, la notion de parcours a émergé pour accompagner sur le long terme les personnes concernées. Cette approche en termes de parcours a des conséquences sur l'organisation et les représentations de l'écosystème de la prise en charge de la perte d'autonomie : le vieillissement comme processus, situation individuelle considérée, prise en compte globale de toutes les dimensions de la vie d'une personne, importance de la perception subjective et du vécu de chaque individu (Bloch & Hénaut, 2014).

Le deuxième changement de paradigme est celui du passage de la notion de réseau à celle d'intégration. En effet, depuis les années 2000, des réseaux ont vu le jour dans le domaine gériatrique. Les réseaux de santé en premier lieu et les Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC) qui sont des guichets uniques d'information, d'évaluation et d'accompagnement social dédiés aux personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels. Ils ont pour but de fluidifier le parcours des personnes âgées auprès des différents professionnels et services. La difficulté rencontrée par ces réseaux est qu'ils s'accumulent sur le territoire en lien avec l'augmentation des situations de plus en plus complexes. C'est pourquoi, est apparue la notion d'intégration que l'on peut définir comme « le produit de la mise en cohérence fonctionnelle de toutes les composantes du système de santé et des services sociaux requises au bien-être d'un usager ayant des problèmes biopsychosociaux chroniques et complexes » (Couturier & Etheridge, 2012, p.78). Ce changement de paradigme se matérialise par l'arrivée de « méta-réseaux » (Bloch & Hénaut, 2014) comme la Maia ou encore les nouvelles Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). Ces dernières ont été préfigurées par le programme des Territoires de Soins Numériques (TSN) et l'expérimentation des Parcours de santé des Personnes Agées en Perte d'Autonomie (PAERPA). Elles ont été instaurées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et ont pour objectif d'apporter un soutien aux professionnels selon quatre types de services²⁶ :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...
- Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- L'appui aux professionnels de 1er recours et aux équipes hospitalières pour les admissions et des sorties des établissements est particulièrement nécessaire dans les 30 à 90 jours après la sortie, période la plus à risque pour les ré hospitalisations.

²⁶ <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/article/plateformes-territoriales-d-appui>

- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Si ces différentes expérimentations se mettent en place c'est aussi dans un souci de mutualiser des financements et une meilleure utilisation des ressources.

1.3 Efficacité économique, efficacité sociale ?

A l'échelle nationale, l'État participe au financement de la dépendance des personnes âgées principalement d'un point de vue fiscal en exonérant les charges patronales et réduisant les impôts liés à l'emploi des personnes à domicile. L'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) qui est le montant, annuellement établi et voté par le parlement, des dépenses d'assurance maladie en France, est financé par les cotisations sociales et concerne uniquement les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Par conséquent, il ne comprend pas les frais non remboursés par l'assurance maladie comme par exemple le ticket modérateur ou les dépassements d'honoraires médicaux. Quand les dépenses relèvent des hôpitaux, l'ONDAM est négocié avec les différentes ARS. Dans le cadre des soins de ville, il est directement négocié avec les professionnels de santé en fonction du type de conventions contractées avec l'assurance maladie. L'ONDAM est divisé en six catégories dont une intitulée « Contribution aux dépenses des établissements et services pour personnes âgées ». C'est donc cette enveloppe budgétaire qui permet, en partie le financement de la dépendance des personnes âgées. Cette enveloppe s'élevait à environ 8 milliards d'euros en 2012²⁷.

La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) est un établissement public en fonction depuis le 1er janvier 2006. C'est à la fois une « caisse » chargée de répartir équitablement les moyens financiers d'un département à l'autre et une « agence » d'appui technique. Elle dispose de ressources provenant de l'État et de la Sécurité sociale. Les recettes propres de la CNSA sont constituées de la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA), des droits de consommation sur les tabacs (DCT) à partir de 2015, de la contribution sociale

²⁷ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.

généralisée (CSG) remplacée par un prélèvement social sur les revenus du capital en 2016 et, depuis 2013, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Le budget prévisionnel de la CNSA pour 2017 est de 25,5 milliards d'euros (CNSA, 2017b). La CNSA est un opérateur unique de l'État c'est-à-dire qu'elle n'a pas de représentations locales et elle est composée de 6 secteurs : la Médicalisation, le Fond de concours de l'APA, les Maisons départementales du Handicap, le Fond de modernisation de l'Autonomie à domicile, les Etudes et Investissements, le Fonctionnement (RH). Une de ses missions phares est de lutter contre les zones blanches et les déserts hospitaliers en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes ou handicapées. A ce stade, il semble important de rappeler que la législation française s'appuie sur un critère d'âge pour différencier les personnes handicapées des personnes âgées dépendantes. En effet, avant 60 ans, une personne ayant une autonomie limitée fera partie de la catégorie des personnes handicapées et dès lors que cette personne dépassera les 60 ans, elle sera considérée comme une personne âgée dépendante. Bien des auteurs ont critiqué ce qu'ils qualifient de « discrimination par âge » (Ennuyer, 2010) mais inutile de rentrer dans ce débat qui dépasse largement nos propos. Une partie des ressources de la CNSA est versée aux Conseils Généraux pour financer les aides individuelles. L'APA pour les personnes âgées et la PCH pour les personnes handicapées. La CNSA affecte le solde à l'offre collective, c'est-à-dire aux dotations annuelles destinées aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées. Intéressons-nous un instant au calcul du concours de la CNSA au titre de l'APA pour les différents départements. Ce calcul se décompose en trois parties. D'abord, la CNSA détermine un coefficient pondéré pour chaque département, à partir des quatre critères suivants : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondéré à 50%), le montant des dépenses obligatoires d'APA déclarées par les départements (20%), le nombre de bénéficiaires du RMI (5%) et la richesse fiscale de la collectivité (25%). Ce coefficient est donc d'autant plus élevé que la collectivité recense un grand nombre de bénéficiaires de l'APA et du RMI, qu'elle a d'importantes dépenses d'APA et un moindre potentiel fiscal. C'est précisément le cas de La Réunion. Ensuite, la CNSA vérifie que la charge nette supportée par chaque département, c'est-à-dire le montant de la dépense APA diminuée du montant provisoire, ne dépasse pas 30% de son potentiel fiscal. Enfin, après soustraction des acomptes déjà versés de ce concours définitif, la CNSA détermine le solde à verser à chaque département.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. La mission principale des ARS est donc d'homogénéiser le système de soins à l'échelle régionale tout en luttant contre les inégalités en matière de santé. C'est dans cette optique que chaque ARS définit des territoires de santé. Il en existe 107 à ce jour. A La Réunion, on en dénombre trois : le territoire de santé Nord-est, Ouest et Sud. Depuis la loi HPST de 2009, les ARS doivent se doter d'un Projet Régional de Santé (PRS) qui rassemble les démarches stratégiques autour des compétences de l'ARS, à savoir la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et le médico-social. Le PRS est constitué d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux, de schémas (un schéma régional de prévention (SRP), un schéma régional de l'offre de soins (SROS) et un schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS)), de programmes (le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins), le PRGDR (programme régional de gestion du risque), PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), de contrats locaux de santé.

Par ailleurs, le Conseil Départemental à l'échelle du département compte de nombreuses compétences comme l'aide sociale avec notamment la protection de l'enfance, le RSA, l'APA, la PCH, l'éducation avec la gestion matérielle des collèges, la culture, le développement local, la voirie et bien d'autres domaines. Depuis la loi du 13 août 2004 qui a renforcé la décentralisation, les départements se sont vu attribuer de nouvelles compétences et notamment l'élaboration d'un programme de santé avec un schéma gérontologique. Au niveau local de La Réunion, le SDOSMS (Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale) guide l'action du Conseil Départemental envers les personnes âgées et s'inscrit directement dans la filiation du PRS (Projet régional de Santé) de l'ARS Océan Indien. Le SDOSMS 2013-2017 (Département de La Réunion, 2013) détermine notamment les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale sur cette période. Il s'articule autour de trois orientations. La première concerne les droits fondamentaux des personnes âgées et vise à favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté et à inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable du maintien de l'autonomie. La seconde concerne l'accompagnement du

projet de vie des personnes âgées en développant des modalités de prise en charge inscrites dans la continuité des projets individuels, en améliorant la qualité de prise en charge tout en favorisant la bientraitance et enfin, en poursuivant la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés. La troisième orientation concerne l'évaluation du schéma départemental et de ses différents objectifs. Ces orientations au niveau local s'imbriquent tout à fait dans les orientations nationales. On retrouve en effet, l'idée du projet de vie des personnes âgées, le libre-choix des personnes vis-à-vis de leur prise en charge et la volonté de développer le maintien à domicile. D'autre part, le Conseil Départemental continue de préconiser le développement de l'offre d'accueil en institution mais dans une mesure relativement modérée. Sur le continuum entre l'institution et le domicile de la prise en charge de la dépendance, nous proposons de commencer par l'extrémité relative à l'institution.

Enfin, à l'échelle communale, on retrouve les actions sociales menées en faveur des personnes âgées via notamment les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale). Ces actions sont légales pour certaines et facultatives pour d'autres et varient d'une commune à l'autre en fonction de leur morphologie démographique mais aussi de leurs orientations politiques.

D'après Joël, les enjeux économiques de la perte d'autonomie se situent à quatre niveaux différents. Le premier relève de la complexité économique du secteur et des problèmes de gouvernance qui l'entourent. Le second concerne l'évolution des marchés et des nouvelles technologies. Le troisième concerne l'évolution du comportement économique des aidants et enfin le dernier enjeu est le poids économique que pourraient prendre les pathologies neuro-dégénératives (Joël, 2013). D'après l'auteure, notre modèle de prise en charge de la perte d'autonomie est complexe parce qu'il est « un compromis entre le devoir de solidarité de l'État républicain, la vision libérale de la subsidiarité et l'action sociale facultative des caisses d'assurance et des municipalités ».

Le Conseil Départemental de La Réunion a dépensé 78 millions d'euros pour les 12 601 bénéficiaires de l'APA en 2011 (Département de La Réunion, 2013) sachant que la CNSA finance à hauteur de 30% ce montant. D'autre part, le Conseil Départemental doit financer l'aide-ménagère. En 2011, l'aide-ménagère légale et facultative a représenté un montant de plus de 6,1 millions d'euros et l'ASH, un montant de plus de 20,3 millions d'euros pour le Conseil Départemental de La Réunion. Le Conseil Départemental a également mis en place le

dispositif des « chèques santé » qui permet aux personnes âgées les plus démunies de bénéficier d'une complémentaire santé. Le coût de ce dispositif s'élevait à plus de 20,7 millions d'euros en 2011. Ensuite, il faut prendre en compte le financement des associations qui œuvrent pour les personnes âgées et cela s'élevait à 729 290 euros en 2011. Enfin, il faut aussi comptabiliser l'aide à l'amélioration du logement. Celle-ci est financée par le Conseil Départemental via l'AHAN (Agence Nationale de l'Habitat). Cette aide a représenté une dépense de plus de 43 millions en 2011. La contribution du Conseil Départemental de La Réunion à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées s'élève donc à 168,8 millions d'euros en 2011.

En complément de la part du Conseil Départemental, il faut prendre en compte la participation des personnes âgées au plan d'aide dans le cadre de l'APA. Celle-ci s'élevait à 164 526 euros à domicile et 193 277 euros en institution en 2011. En 2010, le montant moyen du plan d'aide s'élevait à 572 euros à La Réunion contre 492 euros en métropole. Ainsi, les bénéficiaires réunionnais de l'APA sont en moyenne plus aidés que les bénéficiaires métropolitains. La participation mensuelle moyenne est de 5 euros à La Réunion contre 91 euros en métropole (*Ibid*). Ces montants sont calculés à partir du plan d'aide mais ne prennent pas en compte toutes les autres dépenses que les personnes âgées ou leurs proches ont engagées en dehors du plan d'aide.

Il faudrait également établir les dépenses des différentes communes via les CCAS et les actions communales mais aucun chiffre n'a pu être trouvé. Les différentes communes de l'île ne s'investissent pas de la même manière dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et on ne retrouve pas les mêmes services d'une commune à l'autre. Si la majorité ont développé un service de portage des repas, l'aide-ménagère par exemple, n'est pas existante dans toutes les communes. De même, les dépenses des caisses de retraites et des mutuelles nécessiteraient une attention particulière. En plus de cela, il faudrait calculer le montant des exonérations et réductions d'impôts à La Réunion. Ces chiffres ne sont disponibles ni à l'échelle de la France ni à celle de La Réunion. Reste encore à calculer la part des dépenses de l'assurance maladie, exercice qui sera développé dans la partie qui suit.

Les salaires des aides à domicile sont payés soit par l'assurance maladie si la prescription vient du sanitaire, soit par la personne âgée et/ou sa famille soit encore par certains

organismes comme les mutuelles qui proposent une aide-ménagère gratuite mais seulement aux personnes âgées faiblement dépendantes relevant du GIR 5 et 6²⁸. Lorsqu'il s'agit d'emplois directs, mandataires ou prestataires, il existe deux cas de figure selon que la personne âgée est bénéficiaire de l'APA ou ne l'est pas. Dans le premier cas, la personne âgée doit payer le complément du plan d'aide et si elle n'est pas bénéficiaire de l'APA la personne âgée paye le salaire mais pas les charges sociales qui sont déduites de ses impôts. En résumé, le coût de l'aide à domicile est pris en charge soit entièrement par la sécurité sociale, soit par les personnes aidées (ou les proches) et ce, entièrement ou partiellement, soit enfin, partiellement par le Conseil Départemental via les impôts locaux.

Gannon et Touzé (2017a) ont estimé le coût de la dépendance à La Réunion à 250 millions d'euros en 2013 soit 1,4% du PIB. Ils ont également évalué le reste à charge relativement faible de 2% contre 26% en métropole. Le financement de la perte d'autonomie présente donc un enjeu de taille de par les montants engagés et la dispersion institutionnelle des financements. Nous avons décrit de façon théorique l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie et nous proposons à présent de nous intéresser à un cas concret de La Réunion.

2 – Le monde gérontologique à La Réunion

Dans beaucoup de domaines, La Réunion a tendance à suivre avec un petit décalage dans le temps, ce qui se passe en France métropolitaine. Cette situation est en partie dû au fait que les instruments législatifs ont tendance à s'installer dans un second temps dans les départements d'Outre-mer. Ce n'est pourtant pas le cas au niveau de la gérontologie. De manière anticipée et précurseur, La Réunion s'est dotée de son 1^{er} plan gérontologique départemental en 1983. On y retrouve déjà les bases d'une politique territoriale de prise en charge de la perte d'autonomie dans un département pourtant encore très jeune. On y évoque déjà le maintien à domicile ainsi que la prévention. On doit ce caractère visionnaire de l'importance croissante

²⁸ La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance, physique et psychique, des personnes âgées dans l'accomplissement des actes quotidiens. Six groupes classent ainsi les personnes du GIR 1, pour les plus dépendantes au GIR 6 pour les plus autonomes. Cette grille sert notamment de référence pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les GIR 1 à 4. Les personnes classées en GIR 5 et 6 sont considérées comme autonomes et relèvent de l'action sociale des caisses de retraites.

du vieillissement à La Réunion au Dr Pierre Catteau qui parlait d'ailleurs des personnes âgées réunionnaises comme des « rescapés démographiques » (chapitre 2). Voyons comment s'organise la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire.

2.1 Trois secteurs : le sanitaire, le médico-social et le social

2.1.1 Le secteur sanitaire

La Réunion comprend trois Territoires de santé (Nord-Est, Ouest et Sud). Les filières gériatriques à La Réunion se sont développées dans la mouvance du Plan national Solidarité Grand âge 2007-2012 dont l'objet était d'« assurer une continuité entre le domicile, l'établissement médicosocial et l'établissement de santé » (Jeandel et Vigouroux 2015, p.82 ; CHR Réunion 2009). Elles se sont structurées en premier lieu au sein du Centre Hospitalier Universitaire qui comprend deux pôles principaux, un au Nord à Saint-Denis (Neurologie, Unité de Soins de Longue Durée, Court Séjour de Gériatrie, Equipe Mobile de Gériatrie, Unité mobile de soutien et de soins palliatifs), et l'autre au Sud réparti sur différents sites, à Saint-Pierre (Centre de maladies neuromusculaires et neurologiques, urgences, Equipe Mobile de Gériatrie, Unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs), à Saint-Joseph (Court Séjour de Gériatrie, Hôpital de jour) et au Tampon (Unité Cognitivo-Comportementale spécialisée Alzheimer, unité de Soins de Longue Durée). Ces deux filières comprennent également des partenariats avec des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et des Structures de Soins de Suite et de Réadaptation au Nord comme au Sud. Chacune de ces filières compte une consultation mémoire labellisée au sein du service de gériatrie dans le Sud et adossée au service de neurologie dans le Nord. En plus du Centre Hospitalier Universitaire, il existe deux groupes hospitaliers, un dans l'Est à Saint-André (USLD et SSR gériatrique) et Saint-Benoît (Court séjour gériatrique, Equipe mobile de gériatrie, Consultation mémoire), rattaché au CHU et un autre dans l'Ouest à Saint-Paul (Court séjour gériatrique, Equipe mobile de gériatrie, consultation mémoire, Equipe mobile de soins palliatifs, Consultation douleur chronique). L'offre sanitaire se complète par deux organismes d'Hospitalisation à Domicile (HAD), quatre Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et deux Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) qui, contrairement au reste de l'offre sanitaire hospitalière, ne répondent pas à une logique de Territoire de santé mais à une approche globale du territoire avec des découpages spécifiques à chaque structure. On peut noter également la présence et la relativement bonne répartition sur le territoire des

unités de psychiatrie pour la plupart rattachées à l'EPSMR (Etablissement Public de Santé Mentale à La Réunion) mais rarement spécialisées pour les personnes âgées, on trouve seulement trois unités de géronto-psychiatrie sur le territoire, à Saint-Benoit, au Port et à Saint-Pierre. Même si l'offre sanitaire hospitalière est encore fortement polarisée entre le Nord et le Sud laissant certaines zones et principalement dans les Hauts dépourvues de telles structures, les autres territoires tendent à rattraper le retard. Par ailleurs, il y a des cliniques privées : trois sur le Territoire de santé Nord-Est, quatre sur le Territoire de santé Ouest et trois sur le Territoire de santé Sud.

2.1.2 Le secteur du médico-social

Il y a au total 21 structures EHPAD et EHPA, « six Établissements d'Hébergement pour Personnes âgées (EHPA) répartis dans cinq communes (Saint-Leu, Saint-Pierre, Saint-Paul, Sainte-Marie et Le Tampon) et il y a seize EHPAD répartis sur onze communes (Chaussy & Fabre, 2014). Le tiers des places en Unité Alzheimer dans les EHPAD sont concentrées dans le Nord. La moitié des communes de l'île ne contiennent aucune structure d'hébergement complet. L'accueil temporaire qu'il soit en Accueil de jour ou en place dédiée en EHPAD est, d'une part, très faible et, d'autre part, polarisé au Nord à Saint-Denis et au Sud à Saint-Pierre ». (Klein & Sandron, 2015b). Il existe au moins une trentaine d'entreprises ou associations de maintien à domicile ayant des territoires d'intervention différents, toute l'île ou zones partielles. La plupart de ces entreprises sont privées et quelques-unes relèvent de l'économie sociale et solidaire. Dans le cas de la perte d'autonomie de la personne âgée, le maintien à domicile est le mode de prise en charge le plus largement usité à La Réunion. Même en cas de dépendance lourde, ce sont 83% des personnes âgées qui restent à leur domicile, contre 49% en métropole (Chaussy & Fabre, 2014). De façon concomitante, La Réunion est un département avec peu de place en structures d'accueil médico-sociales. En effet, au 1^{er} janvier 2016, le taux d'équipement en structures d'hébergement complet (lits maisons de retraite, lits hébergement temporaire, lits Unité de Soins de Longue Durée) pour les personnes âgées de 75 ans et plus est de 6,8 pour 1 000 à La Réunion contre 25,5 pour 1 000 en métropole (ARS, 2016). Il y a cinq Établissements d'Hébergement pour Personnes âgées (EHPA) répartis dans cinq communes (Saint-Leu, Saint-Pierre, Saint-Paul, Sainte-Marie et Le Tampon) et il y a seize EHPAD répartis sur onze communes (*Ibid*). Le tiers des places en Unité Alzheimer dans les EHPAD sont concentrées dans le Nord. La moitié des communes de l'île ne contiennent aucune structure d'hébergement complet. L'accueil

temporaire qu'il soit en Accueil de jour ou en place dédiée en EHPAD est, d'une part, très faible et, d'autre part, polarisé au Nord à Saint-Denis et au Sud à Saint-Pierre. A noter tout de même l'ouverture récente de 14 places en accueil de jour itinérant dans l'Est.

2.1.3 Le secteur social

Les procédures d'aides sociales spécifiques aux personnes âgées (Allocation Personnalisée d'Autonomie, Aide-ménagère, Chèque santé) sont instruites et suivies par les Actions de Santé, réparties dans les quatre arrondissements du Département de la Réunion. Il est intéressant de noter ici que le découpage territorial est très différent de celui des Territoires de santé. Sur le Territoire de santé Nord-Est, on retrouve deux arrondissements, le Nord et l'Est et trois antennes d'Actions de Santé. Sur le Territoire de santé Ouest, on retrouve un arrondissement et trois antennes d'Actions de Santé. Sur le Territoire de santé Sud, on retrouve un arrondissement et deux antennes d'Actions de Santé. C'est par contre au niveau central du département que se gère l'aide aux aidants avec une dispersion géographique importante. C'est aussi à ce niveau que le dispositif de gratuité des transports sur toute l'île est élaboré pour les personnes de soixante ans et plus, favorisant ainsi leur accès aux services sur le territoire. Certaines offres de soins ou de prise en charge ne sont pas aisément accessibles aux personnes ayant des difficultés à se déplacer et/ou aux personnes vivant dans des zones isolées car montagneuses et enclavées. C'est en revanche au niveau communal que les CCAS instruisent les demandes d'aides légales (c'est-à-dire les aides de l'Etat déléguées par conventionnement) et les aides extra-légales (facultatives et décidées par le conseil d'administration) très variées sur le territoire. La Caisse Générale de la Sécurité Sociale et les caisses complémentaires de retraites fournissent également des aides sociales à leurs pensionnés autonomes. S'ajoute à cela un tissu associatif assez dense et un réseau structuré d'entreprises et d'associations du Maintien A Domicile (MAD) et du Service A la Personne (SAP) qui interviennent sur l'ensemble du territoire. Finalement, c'est sans doute au niveau de l'offre sociale que les politiques publiques sont les plus complémentaires et les plus couvrantes sur le territoire réunionnais.

Ce rapide tour d'horizon de l'offre de soins et de services à destination des personnes âgées sur le territoire réunionnais, permet de dresser plusieurs constats. D'abord, il y a une grande hétérogénéité de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale sur le territoire. L'offre sociale est quant à elle plus uniformisée mais elle doit faire face à des difficultés d'accès aux soins et

aux services. Ensuite, on constate effectivement des échelles d'intervention différentes en fonction des sphères considérées. Par ailleurs, la superposition de certains dispositifs rend peu lisible les missions de chacun. Par exemple, la distribution de chèques de santé qui est normalement de la compétence de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) est aussi assurée par le Conseil Départemental. L'aménagement de l'habitat est aussi à la fois assuré par le Conseil Départemental et par les Caisses Communales d'Actions Sociales (CCAS). Enfin, on peut noter l'absence sur le territoire réunionnais de réseaux gérontologiques ou de CLIC. Il a existé pendant quelques années un réseau gérontologique dans l'Ouest mais celui-ci s'est arrêté en 2015 faute de financements. Par ailleurs, l'association Oriapa (Organisation Réunionnaise d'Information et d'Aide aux personnes âgées) est porteuse d'un CLIC mais, même si elle est dans une démarche de relance de ses activités, elle ne joue pas (encore) le rôle d'un CLIC même de niveau 1. En complément de ces manques institutionnels, les professionnels rencontrent un certain nombre de difficultés.

2.2 Difficultés sur le territoire en matière de prise en charge de la perte d'autonomie

Nos entretiens menés auprès des professionnels de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées a permis de recenser les difficultés rencontrées par les professionnels dans leurs pratiques. Globalement on constate, auprès des différents acteurs de la prise en charge de la perte d'autonomie que les difficultés sont communes et récurrentes. Elles concernent à la fois l'organisation et les aspects généraux de prise en charge ainsi que les caractéristiques socioéconomiques des personnes âgées sur le territoire réunionnais.

On peut noter deux problématiques majeures dont découlent les autres. D'abord, la problématique des « Hauts ». En effet, le territoire réunionnais est marqué par une dichotomie forte entre ce que l'on nomme les « Hauts » et les « Bas ». Les Hauts présentent une problématique importante en matière d'accès aux soins et aux services. En effet, plusieurs professionnels ont soulevé la difficulté d'intervenir dans certaines zones comme le Brulé, Saint-François ou Saint-Bernard (quartiers situés dans les Hauts de Saint-Denis) et comme Mafate. La problématique de l'isolement géographique et de l'accès aux soins, souvent matérialisée par la situation du cirque de Mafate, peut dans certains cas recouper des formes d'isolement social. En effet, la seconde problématique est celle des conditions de vie des

personnes âgées et la précarité sous toutes ses formes. Les professionnels évoquent des difficultés de compréhension du fait du faible niveau d'éducation des personnes âgées qui limitent par exemple l'éducation thérapeutique et l'acceptation de l'intervention professionnelle.

Les professionnels évoquent plusieurs manques concernant les transports permettant aux personnes âgées d'accéder aux services de soins ou aux services sociaux ; le manque de structures d'accueils temporaires ; le manque d'informations concernant les nouvelles technologies et les dispositifs de prise en charge et le manque de formation de certains professionnels par rapport à la gestion des démences.

Les professionnels soulèvent également la difficulté d'interpeller certains dispositifs ou institutions. Ainsi, le petit nombre de places en EHPAD et l'incompréhension sur le fonctionnement concret des listes d'attente rendent compliquées les démarches de placement en institution. L'obligation de bricoler au quotidien avec les solutions existantes est un sentiment partagé par les professionnels. L'exemple du recours au SSR (Services de Soins et de Réadaptation) est parlant de ce point de vue. Le manque de place en institution ou en accueil temporaire pousse à placer des personnes âgées en SSR comme solution d'attente. Il faut parfois attendre qu'une situation familiale se stabilise ou que certains dispositifs soient mis en place pour permettre à une personne de rentrer seule chez elle. Les EHPA et EHPAD sont principalement localisés dans les grandes communes (Saint-Denis, Saint-Pierre, Saint-Paul) et les Hauts en sont quasiment démunis. Ainsi, les communes ayant les proportions de personnes âgées de plus de 60 ans les plus importantes ne sont pas forcément celles les mieux dotées en termes d'hébergements pour personnes âgées (carte 7). De plus, certains pointent la difficulté de faire appel à un SSIAD le weekend dans certaines zones comme Ciloas et tous s'inquiètent du prix des aides de nuit pour les personnes qui ne peuvent pas rester seules chez elles.

Enfin, les associations qui dépendent en grande partie de financements publics sont très inquiètes du maintien des financements publics et de la pérennisation de leurs actions. Les représentants de ces associations regrettent le temps passé à la course aux financements et à la multiplication des financements par appels à projets qui créent une mise en concurrence des différentes structures sur le territoire (Blanchet, 2016).

L'offre gérontologique du territoire doit aussi être mise en relation avec la demande et les souhaits de la population en matière de prise en charge de la perte d'autonomie.

2.3 Organisation de la prise en charge des personnes âgées à La Réunion

En 2010, seulement une personne âgée sur cinq souhaitait entrer en institution en cas de perte d'autonomie. Les autres préfèrent être prises en charge à domicile par l'intermédiaire de différents types d'aides (61%) et par des membres de leur famille (17%) (tableau 6). L'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie doit aussi se lire en fonction des aspirations des personnes et des contraintes notamment économiques qu'elles rencontrent.

2.3.1 L'institution

Aujourd'hui la vie en institution est marginale chez les personnes âgées dépendantes réunionnaises. En 2010, seulement 6% des personnes âgées de 75 ans et plus sont prises en charge en institution à La Réunion contre 39% au niveau national (CESER, 2011). En effet, il a été mis en évidence, dans l'enquête sur les listes d'attente en maisons de retraite réalisée par l'ARS (2011), que lorsque les dernières places prévues seront ouvertes sur le territoire toute la demande sera satisfaite. On pourrait penser qu'il existe une relation de réciprocité unique entre les solidarités familiales et la prise en charge institutionnelle. Ainsi, lorsque les liens familiaux et notamment intergénérationnels sont très forts, la demande d'accueil en institution serait très faible et inversement si les liens sont distendus on peut imaginer une acceptation du placement en institution plus aisée. Or, les solidarités intergénérationnelles exprimées par les aides reçues ou apportées ne concernent que très rarement la prise en charge de la dépendance. Il ne faut pas non plus oublier qu'en 2014, 40% des Réunionnais vivaient sous le seuil de pauvreté (Besson, 2017). Ainsi, la demande n'est pas nécessairement satisfaite ; elle est probablement inexistante pour certains, pour qui le recours à l'institution n'est pas envisageable sur le plan financier. L'argument des « solidarités familiales » atteint assez vite ses limites lorsqu'il s'agit d'expliquer la faible offre de places en institution pour les personnes âgées dépendantes (Roinsard, 2007).

Il ne faut pas non plus minimiser la pratique encore ancrée de la cohabitation intergénérationnelle (même si elle est en perte de vitesse) et le sentiment de déracinement

familial éprouvé lors du placement d'un proche en institution. Au regard des solutions envisagées par et pour les personnes âgées ne pouvant plus vivre seules (tableau 6), on constate que moins du quart des personnes interrogées souhaitent aller dans un établissement spécialisé et cette proportion a tendance à diminuer avec l'avancée en âge.

Tableau 6. Solutions envisagées pour une personne âgée ne pouvant plus vivre seule à La Réunion en 2010

Tranches d'âges	Recourir à l'aide à domicile	Vivre chez un membre de la famille	Aller dans un établissement spécialisé
60 – 69 ans	62	13	25
70 – 79 ans	59	24	17
Total	61	17	22

Source : MFV, 2010

Malgré cela et la volonté de développer le maintien à domicile, l'accueil et le nombre de lits disponibles sur le territoire présentent un enjeu certain pour les années à venir étant donné les évolutions sociodémographiques que nous avons décrites. En effet, La Réunion était en 2007 classée 22^{ème} sur les 24 régions françaises en termes de taux d'équipement médical (ARS, 2012a).

En effet, au 1^{er} janvier 2016, le taux de d'équipement en structure d'hébergement complet (maison de retraite, hébergement temporaire et ULSD) pour des personnes âgées de plus de 75 ans est de 6,8 pour mille à La Réunion contre 25,5 pour mille en métropole. La Réunion se situe donc très loin du niveau d'équipement de la métropole. Il existe à ce jour à La Réunion, 21 maisons de retraite dont 16 sont des EHPAD.

Les EHPAD sont des structures médico-sociales qui ont l'obligation de signer une convention tripartite avec le Conseil Départemental dont ils dépendent, ainsi qu'avec l'État via l'assurance maladie. Ce sont des établissements qui accueillent exclusivement des personnes

âgées dépendantes. Ce sont donc des maisons de retraite médicalisées qui ont été initialement conçues pour répondre à un suivi médico-social individualisé de la personne âgée. Les ULSD sont des services rattachés à l'hôpital qui accueillent quasiment exclusivement des personnes âgées très dépendantes. L'enquête EHPA (comprenant aussi bien les EHPA, les EHPAD ou encore les USLD) réalisée par la Drass en 2007 met en lumière différents éléments. D'abord, entre 2003 et 2007, la capacité d'accueil a augmenté mais moins rapidement que la proportion de personnes âgées au sein de la population réunionnaise ce qui a eu pour conséquence un taux d'équipement en baisse. Période que nous pouvons mettre en parallèle avec l'évolution du taux d'équipement entre 2011 et 2012 précédemment citée. Si l'on s'intéresse au profil des personnes âgées hébergées on peut noter qu'en 2007, la moyenne d'âge était de 78,1 ans pour une durée moyenne d'hébergement de 4 ans et 10 mois (5 ans en EHPA/EHPAD et 3 ans en ULSD). Mais les résidents appartenaient pour 86% aux GIR 1 à 4. Le degré de dépendance est corrélé à l'âge de la personne. Le pourcentage d'hommes dépendants augmente en continu entre 60 et 90 ans mais celui des femmes est stable en marquant un saut autour de 90 ans. Nous l'avons vu, les femmes réunionnaises ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes. La plus grande longévité féminine et la mortalité masculine plus prématurée conduisent à ce que près des deux tiers soit 64% de la population hébergée en EHPA/EHPAD (et 55% en ULSD) sont des femmes, cette proportion est de 66% en 2011 (ARS, 2014). Les hommes sont plus souvent hébergés que les femmes avant 80 ans puis la tendance s'inverse. L'enquête a aussi montré que l'entrée en institution se faisait de plus en plus tardivement. En effet, entre 2003 et 2007 l'âge moyen d'entrée en institution est passé de 72,4 ans en 2003 à 75,2 ans en 2007. Cependant, la population hébergée en EHPAD à La Réunion est plus jeune de 5 ans qu'au niveau national. En effet, en 2010, 48% des résidents en EHPAD ont moins de 80 ans à La Réunion contre 22% en métropole. De plus, les femmes entreraient en institution en moyenne sept ans plus tard que les hommes (ARS, 2011).

On observe que plus des deux tiers des personnes vivaient à leur domicile ou chez un proche avant l'hébergement en institution. C'est le cas pour 40% des personnes hébergées en ULSD. On note aussi une dégradation prononcée des situations de dépendance puisqu'on est passé de 5 résidents sur 10 aux GIR 1 et 2 en 2003 à 6 résidents sur 10 en 2007. En comparaison aux mêmes dates en métropole, on est passé de 47% des résidents au GIR 1 et 2 en 2003 à 51% en 2007. En 2010, 62% des résidents relevaient des GIR 1 ou 2 contre 52% au niveau national. Le mouvement d'aggravation du niveau de dépendance en institution est donc toujours

valable. De plus, les situations de dépendance sont encore beaucoup plus fortes en ULSD où 92% des résidents appartiennent aux GIR 1 ou 2 contre 82% en métropole. Enfin, plus de la moitié des résidents en institution sont placés sous protection juridique, sous tutelle, curatelle ou bien sauvegarde de justice.

Au total, 398 places sont encore en attente d'ouverture dans 6 établissements différents (Département de La Réunion, 2013). Notons que nous nous basons sur les données de l'ARS (2016) mais il faut savoir que le Conseil Général dénombre 22 institutions d'accueil des personnes âgées et que l'annuaire de la santé Océan Indien en dénombre 25. Il existe un déséquilibre certain entre les différentes régions de La Réunion en termes d'équipement en maisons de retraite. En effet, si l'on considère toutes les maisons de retraite (EHPA, EHPAD, ULSD) installées ou en cours d'installation, la région Est bénéficie seulement de 14,3%²⁹ des structures d'accueil pour personnes âgées contre 47,6% dans la région Sud. Certes, la région Sud est la région où la concentration de personnes âgées de plus de 60 ans est la plus importante mais il n'empêche que la région Est souffre d'un manque de structures notamment en structures d'accueil de jour Alzheimer. En ce qui concerne l'accueil de jour, il est à La Réunion exclusivement réservé aux personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées. Il en existe cinq, deux à Saint-Denis, deux à Saint-Pierre et un ambulancier dans l'Est. Ainsi la région Ouest en est dépourvue. Nous l'avons déjà explicité, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer présente un véritable enjeu et le développement de structures temporaires est nécessaire au soulagement des aidants familiaux ayant à charge un proche atteint de la maladie d'Alzheimer. A priori, ce type d'accueil temporaire est amené à se développer puisque la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit un répit légal d'une semaine par an pour les aidants familiaux et pour mettre en place cette mesure il va bien falloir augmenter le nombre de places existant aujourd'hui à La Réunion soit 69 places et/ou se pencher sur d'autres solutions en complément. Notons que La Réunion est en attente d'ouverture de trois EHPAD au Port pour 80 places en mars 2018, à Saint-Denis pour 85 places en janvier 2019 et au Tampon pour 83 place en mars 2019 (ORS, 2017).

²⁹ D'après nos calculs.

En conclusion, la population hébergée en institution à La Réunion connaît des degrés de dépendance plus lourds qu'en métropole et une entrée plus tardive en institution. Il s'agit d'une population majoritairement féminine et cela s'explique notamment par la plus grande espérance de vie des femmes. Ces éléments corrélés à la forte proportion de résidents placés sous protection juridique et/ou souffrant de démences montrent que l'institution est perçue comme un ultime recours pour les personnes âgées réunionnaises et leurs proches, recours qui n'est parfois même pas envisagé en raison du niveau de précarité de la personne concernée.

2.3.2 Les solutions intermédiaires

Par solutions intermédiaires, il faut comprendre des modes de prise en charge de la dépendance des personnes âgées qui occupent une position intermédiaire dans le continuum qui relie d'un côté le domicile et de l'autre l'institution. Nous allons voir que La Réunion présente une spécificité importante qui est le recours important à l'accueil familial et cela n'est pas sans lien avec le contexte socioéconomique décrit dans le chapitre 2. Nous commencerons par présenter les dispositifs intermédiaires qui existent en France et nous rentrerons ensuite dans le détail des familles d'accueil. Ainsi, nous nous attacherons à présenter l'accueil familial et son ampleur à La Réunion et nous tenterons d'apporter une analyse explicative de cette situation.

Contrairement en métropole, il n'existait pas encore récemment de résidence-autonomie (anciennement appelées Logements-foyers) à La Réunion. Les résidences-autonomie pour personnes âgées sont des établissements à caractère social qui ont été créés dans les années soixante et qui se sont développés dans les années soixante-dix et quatre-vingts avec pour vocation première d'offrir aux personnes âgées de 60 ans et plus, valides ou en légère perte d'autonomie, assurant seules ou avec une aide extérieure les actes de la vie quotidienne, un logement proche d'un domicile individuel dans un environnement sécurisant. Il s'agit souvent de logements dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs et des locaux communs ainsi que, le cas échéant, diverses prestations collectives telles que restauration, blanchisserie, service de soins ou services sociaux, délivrées pour partie à titre obligatoire et pour partie à titre facultatif. Leurs résidents y aménagent leur logement avec leur propre mobilier et sont considérés comme locataires. Ils acquittent à ce titre une redevance mensuelle comprenant au moins le loyer et les charges locatives. En 2013, le Drees estimait que les

logements-foyers représentaient 100 000 places en France dont 70% issus du secteur public (Aouici et Gallou, 2013).

Cependant, en raison du vieillissement de la population qu'elles accueillent, certaines résidences-autonomie abritent de plus en plus de personnes âgées devenant dépendantes. Celles-ci se sont donc tout d'abord, à l'instar des maisons de retraite, dotés de sections de cure médicale ou ont bénéficié d'un forfait « soins courants » versé par la Sécurité sociale, afin de permettre le maintien dans leur logement des personnes à l'état de santé altéré. Ensuite, les résidences-autonomie accueillant un nombre significatif de personnes âgées dépendantes ont été concernées par la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, amorcée au début des années 2000. Les conditions d'application de cette réforme, ainsi que les règles de sécurité en matière d'incendie dans les logements-foyers, ont été précisées en mai 2007. Désormais, les logements-foyers ayant un GMP (Gir Moyen pondéré) supérieur à 300 doivent signer une convention tripartite avec l'État (Assurance Maladie) et le Conseil Départemental de leur lieu d'implantation. Parmi eux, ceux comptant plus de 10 % de personnes très dépendantes, classées en GIR 1 ou 2, conventionnent pour l'ensemble de leurs places et deviennent ainsi des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceux comptant moins de 10 % de personnes classées en GIR 1 ou 2 peuvent conventionner seulement pour une partie de leurs places. La signature d'une convention tripartite engendre pour ces logements une transformation de l'organisation interne et, du moins pour les places conventionnées, le passage d'une redevance à un prix de journée. Cela explique pourquoi les logements-foyers autrefois existants sur l'île de La Réunion ont disparu ou plutôt ont été transformés en EHPAD. Très récemment, plusieurs résidences-autonomie ont été inaugurées sur le territoire réunionnais. Evoquons par exemple, la résidence « Les Tournesols » à Saint-Pierre qui a vu le jour grâce au partenariat entre le CCAS de Saint-Pierre, l'un des bailleurs sociaux et l'île et la CGSS par l'intermédiaire de prêt à taux zéro.

Dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, ces résidences-autonomie se rapprochent des « résidences services seniors » en garantissant un socle commun de services soit la demi-pension, la lingerie et l'animation en plus de l'aspect locatif. De plus, il est prévu de mettre en place un forfait autonomie en ce qui concerne les aides humaines et techniques dont pourrait avoir besoin la personne âgée concernée. Finalement, la grande

difficulté de ces solutions dites intermédiaires qui fleurissent d'ailleurs un peu partout en Europe (l'habitat adapté/adaptable en Suède, l'habitat évolutif au Royaume-Uni, l'habitat kangourou en Belgique, le duo-housing au Pays-bas, ...) (Nowik & Thalineau, 2014) est l'avancée dans la perte d'autonomie des personnes âgées hébergées. Cette difficulté ou du moins ce constat concerne évidemment aussi l'accueil familial.

L'accueil familial est extrêmement répandu à La Réunion et c'est bien là une des spécificités réunionnaises pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. L'accueil familial consiste à accueillir à titre onéreux à son domicile, une, deux ou trois personnes âgées pour une période de 5 ans renouvelable. Cet accueil peut être temporaire ou permanent et permet aux personnes accueillies de vivre au sein d'une famille. L'agrément mis en place par la loi du 10 juillet 1989 et donné par le Conseil Départemental suppose de nombreux critères. D'abord, l'accueillant ne peut pas faire partie de la famille de la personne âgée et ce, jusqu'au 4^{ème} degré. Ensuite, l'accueillant doit être majeur avec un casier judiciaire n°3 vierge. Enfin, l'accueillant s'engage à assurer la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies dans un logement adapté. Les deux parties signent un contrat qui régit notamment la rémunération payée par la personne accueillie. Le montant de la rémunération est égal à 2,5 fois la valeur horaire du SMIC par jour à temps complet. Le salaire reçu par l'accueillant varie en fonction du logement mais aussi des services rendus. Le loyer ainsi que le forfait de services sont soumis à l'impôt sur le revenu. Une des assistantes sociales que nous avons rencontrées, nous confiait que cela revenait pour les personnes âgées à un montant compris entre 500 et 1000 euros par mois. « L'accueil familial de personnes âgées dépendantes s'avère un bon compromis entre : les désirs de la personne accueillie et de sa famille biologique de demeurer dans un cadre familial et attentionné ; la perspective pour les accueillants familiaux d'une activité rémunérée et d'un statut d'emploi ; la gestion par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie d'une population âgée en forte croissance » (Klein & Sandron, 2016c, p.17).

En 2014, La Réunion était le second département de France le mieux doté en familles d'accueil après le département du Nord (Klein & Sandron, 2016c). Entre 2004 et 2012, l'accueil familial connaît une augmentation de 99,7% en termes de places et une progression de 73% concernant les accueillants familiaux à La Réunion (Département de La Réunion, 2013). En 2015, le secteur Sud comprend à lui seul 58,2% des familles d'accueil de l'île

(tableau 7). Selon le service départemental d'accueil familial du Conseil Départemental, l'importance de l'implantation des familles d'accueil au Sud relèverait de la tradition réunionnaise très attachée à la case créole comme lieu d'existence et de sociabilité. Nous rajoutons à cela l'impact certainement important de la politique du Conseil Départemental en faveur de l'accueil familial. On dénombre en 2012, 491 familles d'accueil dont seulement 7 accueillent uniquement des personnes porteuses de handicaps. Cela représente 960 places en temps complet et 37 en temps partiel³⁰ soit un total de 997 places en familles d'accueil (*Ibid*).

Tableau 7. Nombre de familles d'accueil pour personnes âgées selon les secteurs en 2015

Secteur	Nombre de familles d'accueil
<i>Nord</i>	
Effectif	55
%	9,8
<i>Est</i>	
Effectif	95
%	16,8
<i>Ouest</i>	
Effectif	86
%	15,2
<i>Sud</i>	
Effectif	328
%	58,2
Total	564
%	100

Source : Conseil Départemental de La Réunion, 2015

In (Klein & Sandron, 2016c)

Nous ne pouvons parler des familles d'accueil sans évoquer le phénomène des pensions de famille ou « maisons marrons ». En effet, les « maisons marrons » sont apparentées à des

³⁰ L'accueil à temps partiel correspond à un accueil non complet qui s'opère en alternance et en parallèle d'un autre mode de prise en charge de la personne âgée concernée.

familles d'accueil mais n'ayant pas reçues l'agrément du Conseil Départemental. Celui-ci estime qu'il y a une centaine de « maisons marrons » sur le territoire réunionnais. En effet, même si ces pensions de familles peuvent s'avérer être une solution pour les personnes âgées isolées, elles échappent à tout contrôle sanitaire et social. Pourtant, elles hébergent parfois des personnes âgées très dépendantes. Le risque est donc celui de la maltraitance bien qu'il n'existe à ce jour, aucune donnée sur le sujet. En termes de répartition spatiale, les pensions de familles seraient majoritairement localisées dans l'Est et dans le Nord alors que les familles d'accueil sont majoritairement localisées dans le Sud. On peut alors logiquement à un effet de substituabilité entre les familles d'accueils officielles et les pensions de famille sur le territoire (Klein & Sandron, 2016c).

A la fin des années 1980, le professeur Hugonot a présidé un groupe de travail consacré aux violences et aux négligences subies par les personnes âgées dans le cadre du Conseil de l'Europe. En parallèle, la fondation nationale de gérontologie a élaboré en 1987 une charte pour les personnes âgées qui sera ensuite modernisée en 1997 et en 2007. Le professeur Hugonot rend son rapport en 1990 en parallèle de quoi il rénove les unités gériatriques de Grenoble et crée le premier service d'hospitalisation à domicile. Il est aussi le créateur du réseau d'écoute et de réponse ALMA (Allo maltraitance) en 1994. Dans les années 2000, se succèdent de nombreux rapports concernant la maltraitance des personnes âgées et émerge la notion de bientraitance. En 2008, ALMA puis l'AFBAH (Association francilienne puis française pour la bientraitance des aînés et des handicapés) anime le 3977. La promotion de la bientraitance a été ponctuée par la création en 2003 du Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale et remplacé en 2007 par l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Ses missions sont « de valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de les diffuser » (Laroque, 2010). L'Anesm définit la bientraitance comme « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les

acteurs »³¹. Ennuyer propose une classification selon différents facteurs de risques (Ennuyer, 2014). Il définit des facteurs de risques liés à la victime en fonction de son état de dépendance, de son incontinence ou de ses troubles du comportement, des facteurs de risques liés à l'auteur de la maltraitance autour de l'épuisement, de la fragilité psychologique, de l'isolement ou encore du manque d'informations ou de formation. Ensuite, il définit des facteurs de risque endogènes liés à des antécédents de violences intrafamiliales ou à la difficulté de cohabiter et des facteurs de risque exogènes liés notamment à l'inadaptation du lieu de vie. Les problèmes de maltraitance ne sont pas du seul ressort de l'institution et posent aussi problème dans le cadre du maintien à domicile notamment dans la relation avec l'aidant familial qui par négligence ou infantilisation inconsciente peut développer des situations de maltraitance.

L'ampleur du recours à l'accueil familial à La Réunion s'explique doublement. D'une part, la prise en charge de la perte d'autonomie en famille d'accueil présente des coûts relativement faibles pour la personne âgée ou ses proches. Même si la personne âgée n'est pas prise en charge dans sa propre famille, elle l'est dans un autre cadre familial intermédiaire entre le domicile et l'institution. D'autre part, l'accueil familial est un moyen important pour compléter ses revenus et dans le contexte socioéconomique qui a été décrit dans le chapitre 2, il apporte des revenus non négligeables aux personnes accueillant des personnes âgées dépendantes. La création d'emplois est d'ailleurs un argument phare de la politique sociale du département de La Réunion, qui a été réaffirmé en 2016 avec la création des MAF (Maisons d'Accueillant Familiaux). Ces MAF sont des regroupements d'accueillants familiaux dans des locaux dédiés et ont pour objectifs de³² :

- Répondre aux situations d'urgence en réservant certaines capacités de ces MAF à l'accueil temporaire ou d'urgence (sorties d'hospitalisation, de centre de rééducation...)
- Accroître les capacités d'accueil à dimension humaine
- Lutter contre l'isolement de personnes âgées
- Compléter le dispositif en faveur des aidants familiaux
- Créer des emplois d'accueillants familiaux par la délivrance d'un agrément à des personnes ayant des qualités humaines et relationnelles

³¹ <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>.

³² <http://www.cg974.fr/index.php/Le-Conseil-departemental-pour-nos-gramounes-en-2016-creation-des-Maisons-d-Accueillants-Familiaux.html>.

- Insérer professionnellement de jeunes Réunionnais pour faciliter la transmission de savoirs et le maintien du lien intergénérationnel
- Consolider la réponse apportée aux aidants pour leur permettre de souffler quelques heures ou quelques jours et garantir un " droit " au répit

On assiste donc à une volonté politique de structuration de l'accueil familial comme dispositif à part entière de la prise en charge de la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Nous arrivons finalement, au point de dire que s'il est admis que les modes de prise en charge à domicile ou en institution s'opposent en différents points et qu'ils représentent les deux extrémités du continuum de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, ils ne doivent pas être confondus avec la continuité du parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées. Il faudrait alors se poser la question de l'évolution diachronique de la prise en charge et savoir réagir à l'évolution dans le temps de la situation d'une personne âgée et de ses besoins. Les solutions intermédiaires présentées ci-dessus apparaissent comme des solutions nécessaires qu'il convient toutefois d'intégrer à ce continuum de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ce continuum tend d'ailleurs à s'étendre avec le mouvement d'institutionnalisation du domicile.

2.3.3 Le maintien à domicile : l'aidant et les aides

La prise en charge à domicile de la perte d'autonomie des personnes âgées est largement majoritaire à La Réunion. En 2012, elle représentait 90% de la prise en charge contre 61% au niveau national (CESER, 2011) et 83% en cas de lourde dépendance contre 49% en métropole (Chaussy & Fabre, 2014). Le maintien à domicile est indissociable de la figure de l'aidant et des aides qui s'associent à la prise en charge que nécessite la personne âgée. Pour décrire l'aide dans sa définition, dans son organisation et dans son efficacité, la description des dispositifs tels que les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile), les organismes d'HAD (Hospitalisation À Domicile) ou de MAD (Maintien À Domicile) viendront renforcer le propos. Deux idées majeures vont guider cette démonstration dans cette partie. D'abord, l'idée d'une institutionnalisation du domicile et ensuite, la combinaison complexe des aides.

Lorsqu'une personne en perte d'autonomie est prise en charge à domicile, elle est dans la majorité des cas entourée d'un aidant familial même si celui-ci ne prend pas en charge la stricte perte d'autonomie. L'aidant familial est la plupart du temps un membre de la famille et, à La Réunion la tâche revient souvent aux enfants et notamment aux filles. Mais il peut aussi être un ami ou un voisin. Le nombre d'aidants à La Réunion est estimé à 44 000 personnes selon l'association « La Maison de l'aidant »³³. La problématique du statut et des conditions de vie de l'aidant a émergé dans les années 1990 où le viseur des pouvoirs publics s'est élargi de la santé de la personne âgée à celle de son ou de ses aidants (Bloch, 2012). En effet, la prise en charge de la perte d'autonomie passe aujourd'hui aussi par l'aide aux aidants. Le Conseil Départemental de La Réunion a mis en place depuis quelques années un dispositif de « répit-repos » pour les aidants familiaux. Ce dispositif ainsi que toute la politique départementale à destination des aidants sont assurés par le GIP-SAP (Groupement d'Intérêt Public – Services À la Personne). Le dispositif de répit-repos permet aux aidants familiaux de souffler puisque l'on sait à quel point sa fonction est contraignante. L'aidant familial peut faire appel au Conseil Départemental qui, grâce à une équipe médico-sociale étudiera ses besoins et pourra lui donner jusqu'à 12 jours par an de répit pendant lesquels la personne âgée sera prise en charge soit en accueil de jour soit en accueil temporaire en famille d'accueil. Le « répit-repos » peut se donner la première fois sur un maximum de 2 jours consécutifs et il ne peut dépasser 6 jours de suite. Cette mesure entre tout à fait en accord avec les considérations actuelles envers les aidants familiaux puisqu'il est préconisé de développer trois types d'aide. D'abord, l'aide dans l'exercice de l'aide avec par exemple le répit-repos. Ensuite, l'aide directe dans la réalisation du « care » via par exemple des séances de formation pour apprendre à déplacer un malade. Enfin, l'aide pour créer de bonnes conditions du « care » comme par exemple la flexibilité des horaires de prise en charge (Joël, 2013). D'autre part, le Conseil Départemental organise des séjours aidants-aidés « Grand air » qui consiste à proposer une offre d'accueil sur un temps court (2 à 4 jours) pour l'aidé et son aidant en village vacances ou dans les Thermes de Cilaos. Ce projet expérimental est pour l'instant réservé exclusivement aux bénéficiaires de l'APA GIR 1 ou 2 en gré à gré, c'est-à-dire qu'ils ne font pas appel au Conseil Départemental pour les aides dont ils ont besoin³⁴. Même si ce dispositif est encore à l'état expérimental, il présente un état d'avancement meilleur que ce qui est prévu dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population. Celle-ci

³³ http://www.lamaisondesaidants.com/news/index.php?val=509_%22repit+repos%22+pour+aidants+reunion.

³⁴ Conseil Général de La Réunion, document « Le répit & repos est fait pour vous ! ».

propose dans des conditions similaires seulement une semaine de répit par an. En métropole les actions de répit-repos passent beaucoup plus par des associations comme « France Alzheimer » que par les pouvoirs publics comme c'est le cas à La Réunion. Cela s'explique parce que le Conseil Départemental de La Réunion a une présence et une reconnaissance très importante du fait du caractère ultrapériphérique de l'île et probablement en raison de ses compétences en matière d'aides sociales. Cette situation a toutefois tendance à changer car l'antenne réunionnaise de l'association France Alzheimer a récemment ouvert deux structures d'accueil « Maison cœur Alzheimer » au Port et à Sainte-Marie. Notons également, un dynamisme important autour des aidants familiaux depuis ces dernières années avec l'inauguration de la Kaz Grand'Air à l'Entre-Deux et la maison Halte Alzheimer dans la ville du Tampon.

A côté de ces mesures de répit-repos, il existe à La Réunion un tissu associatif bien développé autour notamment de deux grandes structures que sont l'association « Réunion Alzheimer » et l'association « ORIAPA ». Ces associations accompagnées par d'autres de dimensions plus petites développent également des actions en faveur des aidants familiaux. Pour n'en citer que quelques exemples, elles mettent notamment en place des modules de formations, d'informations et d'accompagnement de l'aidant dans la prise en charge de son proche dépendant. C'est en parallèle de cela qu'a émergé la question du statut de l'aidant familial. En effet, dans un contexte économique difficile et de coupe budgétaire, l'aidant familial est apparu comme une ressource privilégiée car peu onéreuse et permettant en même temps de garantir une prise en charge individualisée de la personne âgée en perte d'autonomie. Cependant beaucoup d'efforts étant à fournir, l'aidant s'épuise et part en quête de reconnaissance sociale et financière. Toutefois, des études ont montré que la professionnalisation des pratiques de l'aidant à travers notamment des référentiels et des heures de travail établies avait fait naître de nouvelles problématiques (Sandron & Souffrin, 2013). Le niveau d'exigence supérieur et l'approche bureaucratique des pratiques en sont des exemples. Une réflexion est aujourd'hui menée sur les modalités de passage de l'aidant familial à celui d'aidant professionnel même si certains rejettent ce terme présenté comme antinomique à la notion d'aide (EHESP, 2012).

L'aidant familial qu'il soit reconnu ou autoproclamé comme tel, est aujourd'hui au centre de l'aide apportée à la personne âgée en perte d'autonomie. En présentant une description de

l'aide à domicile, il sera alors possible de dégager les logiques d'organisation de ces multiples formes et comment celles-ci se combinent les unes aux autres. Notre propos ici, est de montrer la complexité de cette aide qui n'est pas sans lien d'ailleurs avec le mouvement d'institutionnalisation du domicile. Nous montrerons comment, à La Réunion sont organisées ces multiples aides. Il existe en effet, différents types d'aides que nous proposons de classer de la manière suivante :

- Les aides humaines comprennent le soutien psychologique, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement social
- Les aides techniques comprennent l'aménagement ou l'adaptation des logements, l'approvisionnement en matériel médical et paramédical
- Les aides sanitaires comprennent tout ce qui est relatif aux soins
- Les aides financières comprennent principalement les aides sociales pour la perte d'autonomie

Weber et ses collègues (2013) montrent que l'aide est caractérisée par différents modèles de mise en œuvre hautement concurrentiels et nous ajouterons qui ne sont aucunement uniformes. Le modèle sanitaire d'abord, comprend un personnel qualifié dont les prestations sont payées par la sécurité sociale et qui est régi par une autorité médicale dans la relation d'aide. Le modèle domestique ensuite, est caractérisé par un contact direct entre les familles et les employés de maison. Le modèle social/industriel enfin, présente l'articulation entre les travailleurs sociaux qui prescrivent l'aide, les salariés qui exécutent la prescription et des tiers qui surveillent l'exécution. Ce tiers dans la relation d'aide est né des réformes de 1995 et de 2002 avec la valorisation du modèle social par la mise en œuvre de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) et ensuite par la valorisation du statut de l'aidant familial. En effet, dans cette logique les SSIAD et l'HAD relèveraient du modèle sanitaire, les HAD du modèle domestique et les services du Conseil Départemental du modèle social/industriel. Adopter cette classification va nous permettre de rendre la situation plus limpide. Avant cela, il convient de comprendre comment une personne se retrouve prise en charge dans tel ou tel modèle. Une personne peut aussi tout aussi bien se retrouver à l'interstice de plusieurs modèles bien qu'ils soient concurrentiels. La réponse n'est pas simple et dépend de très nombreux facteurs. Ecartons tout de suite, le facteur dépendance qui n'intervient en rien puisque que l'on retrouve des personnes âgées lourdement dépendantes

dans les trois modèles de mise en œuvre de l'aide. En revanche, il varie beaucoup selon l'aspiration des personnes âgées et de leurs proches à l'encontre du secteur public ou du secteur privé. Cela dépend également des ressources de la personne âgée, si celle-ci est bénéficiaire de l'APA ou encore de la qualité/quantité de son entourage social. Maintenant il faut savoir que les modèles domestiques et le modèle social/industriel dominant très largement à La Réunion.

Si l'on s'intéresse au modèle sanitaire, on doit évoquer deux types d'organismes. Premièrement les SSIAD qui sont, contrairement aux structures d'hébergement pour personnes âgées à un niveau équivalent d'équipement avec la métropole. Les taux d'équipement en SSIAD et en SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile) dans sa nouvelle appellation à La Réunion sont de 20,2‰ personnes âgées de 75 ans et plus contre 20,7‰ métropole (ARS, 2016). L'écart est donc relativement faible et on retrouve ce même constat en ce qui concerne les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes. Le SSIAD est une alternative à l'hospitalisation ou l'hébergement en institution. Des soins techniques infirmiers et des soins d'hygiène générale sont proposés à domicile ainsi qu'une aide à l'accompagnement comprenant des services non médicalisés. Le SSIAD s'adresse à toute personne, de plus de 60 ans, malade ou en perte d'autonomie. Les personnes admises en SSIAD choisissent elles-mêmes l'infirmier libéral ou les autres professionnels qui prendront en charge les recommandations du médecin traitant. Le forfait est journalier et est remboursé à 100% par l'assurance maladie pour ce qui est des soins infirmiers et des prestations de l'aide-soignante. Il existe à La Réunion sept SSIAD rassemblés autour de quatre opérateurs. Au 1^{er} janvier 2016, on compte 684 places également réparties sur le territoire. Notons d'ailleurs que l'intervention de SSIAD est complétée par un recours significatif des plus de 75 ans aux soins infirmiers libéraux. En moyenne à La Réunion, une personne âgée de plus de 75 ans consomme 1 122 € par an en soins infirmiers libéraux contre 266 € pour une personne âgée métropolitaine (Département de La Réunion, 2013). En 2008, l'ARS Océan Indien a mené une enquête auprès des SSIAD de La Réunion. Celle-ci a montré qu'au 31 décembre 2008, les personnes âgées représentaient 92,7% des bénéficiaires des SSIAD. Dans la période de référence du 6 au 19 octobre 2008, 45,4% d'entre elles relevaient des GIR 1 ou 2 (ARS, 2010).

Ensuite, l'HAD est en quelque sorte le pendant hospitalier du SSIAD. Il sous-entend, la plupart du temps, un passage par l'hôpital lors de consultations ou suite à une hospitalisation. Pour devenir un organisme d'HAD, il faut recevoir un agrément de l'ARS du même ordre que celui donné aux établissements d'accueil des personnes âgées. L'HAD ne doit pas être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital, puisqu'elle n'héberge pas la personne et n'assure ni la présence permanente ni les moyens techniques et humains qu'on y trouve. Elle intègre en revanche des préoccupations différentes : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, officines pharmaceutiques, services à domicile, services sociaux). Il existe deux organismes d'HAD à La Réunion : l'ASDR (Association de Soins à Domicile à La Réunion) et l'ARAR (Association Réunionnaise d'Assistance Respiratoire et de soins à domicile). Il est nécessaire d'évoquer ici, les unités mobiles de gériatrie qui sont au nombre de deux à La Réunion et qui rassemblent différents professionnels. Ces unités généralement composées d'assistants sociaux et de personnels paramédicaux dépendent de l'hôpital et fournissent une aide à domicile suite à une hospitalisation. C'est finalement pour pallier la prise en charge partielle de l'HAD que se sont développées, et depuis longtemps à La Réunion, des entreprises publiques ou privées de MAD (Klein, 2014).

Enfin, pour aborder le modèle social/industriel, il convient de se référer en grande partie à l'action du Conseil Départemental de La Réunion en faveur des personnes âgées. Comme son nom l'indique ce modèle est à la base de l'action sociale et dans ce contexte, il concerne donc les personnes âgées bénéficiaires de l'APA. Au 31 décembre 2014, 13 810 personnes étaient bénéficiaires de l'APA (ARS, 2016). Nous proposons à ce stade, un zoom sur le financement, le calcul et les conditions d'attribution de l'APA. Depuis 1997, la grille AGGIR créée par une équipe de gériatres, mesure le degré d'autonomie ou de perte d'autonomie d'un individu dans ses activités mentales (cohérence, orientation et communication avec autrui), corporelles (alimentation, élimination, toilette, habillage, transfert des positions corporelles, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur), domestiques et sociales (gestion personnelle de son patrimoine, cuisine, ménage, transports, achats, suivi d'un traitement, activités de temps libre, ...). Elle était déjà la grille de référence pour la PSD qui prenait en compte les GIR 1 à 3. La mise en place de l'APA en 2002 est une avancée substantielle et garantit une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il s'agit d'une allocation universelle pour les

personnes de plus de 60 ans qui présente une amélioration par rapport à la PSD puisqu'elle s'est aussi accompagnée de nombreuses mesures comme le renforcement de la coordination avec la création des CLIC (Centres Locaux d'Intervention et de Coordination) et la rénovation des diplômes d'accompagnement des personnes âgées (le Diplôme d'État d'Assistant Familial (DEAF), le Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS), le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) et le Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP)³⁵. Toute personne âgée, demandeur de l'APA est ainsi évaluée par des équipes médico-sociales qui la classent dans l'une des six modalités classificatoires ou groupes iso-ressources dits GIR. Ces derniers comprennent des variables « illustratives » et des variables « discriminantes » de l'état d'autonomie des personnes âgées. Les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent prétendre à l'APA, les personnes classées aux GIR 5 et 6 relèvent de l'action sociale des caisses de retraite ou des CCAS. L'APA peut être versée à une personne à domicile ou en institution. Le montant maximum du plan d'aide attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national. Il varie selon le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4). Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge (le ticket modérateur) qui est calculé en fonction de ses ressources. Ainsi, en 2013, lorsque la personne âgée dépendante avait un revenu mensuel supérieur ou égal à 2 927,66 euros sa participation s'élevait à hauteur de 90% du plan d'aide.

Le Conseil Départemental de La Réunion travaille en collaboration avec différents SAAD (Services d'accompagnement à domicile). On dénombre 14 prestataires agréés sur le territoire (Chaussy & Fabre, 2014). Ce sont tous des organismes publics ou associatifs. Une part importante relève des CCAS des grandes villes du territoire. Il existe différents modes d'intervention. D'abord, lorsque le Conseil Départemental fait appel à un prestataire, cela correspond à un type d'organisation de la prise en charge dans laquelle le professionnel est salarié d'une entreprise, d'une association ou d'une structure publique dont la personne aidée est simple cliente. Lorsqu'il s'agit d'un mode d'organisation mandataire, alors le professionnel est salarié par la personne aidée, mais la gestion administrative de l'emploi est déléguée à une entreprise, une association ou une structure publique. Enfin le mode de gré à gré correspond à la situation dans laquelle la personne âgée est cliente et gestionnaire de

³⁵ Entretien Mme Marne (Ministère de la Santé).

l'aide reçue. Le mode d'intervention mandataire est largement majoritaire à La Réunion. En 2012, 29% des personnes âgées dépendantes à domicile avaient recours à un prestataire agréé soit le double des 15% en 2009. De plus, le gré à gré a diminué en passant de 82% en 2009 à 67% en 2012 (*Ibid*).

Tout cela est présenté de façon schématique et théorique et dans la pratique les choses se compliquent beaucoup puisqu'une personne âgée dépendante prise en charge à domicile peut recourir à des solutions mixtes. Ainsi, elle peut très bien être en HAD pour toute la partie médicale, mais aussi faire appel à une entreprise privée en ce qui concerne le matériel, à son CCAS pour ce qui est de l'aide-ménagère et du portage de ses repas et enfin au Conseil Départemental pour ce qui est de l'adaptation de son logement. A cet égard, Weber et ses collègues (2013) utilisent un exemple tout à fait parlant qu'il a été possible de constater sur le terrain. Ils évoquent la situation d'une personne âgée lourdement dépendante prise en charge à domicile. Ses enfants ont installé chez elle un garde malade qu'ils emploient directement. Dans la matinée cette personne reçoit les services de l'aide-soignante du SSIAD de sa commune pour la toilette et la prise de médicament. Les aides-soignantes sont au nombre de 3 sur la semaine. Ce service revient le soir si nécessaire. Elle reçoit ensuite la visite de deux religieuses de la paroisse voisine qui la visitent bénévolement. Ensuite, elle est approvisionnée par le service municipal de portage des repas. Enfin, une voisine passe au moment des repas pour s'assurer que la personne âgée mange. Les auteurs montrent que c'est la personne âgée qui en premier subit cette « multiplicité d'aides mal coordonnées ». De plus, ils montrent que les cahiers de liaisons censés faciliter la coordination entre les différents professionnels intervenant auprès de la personne créent finalement une concurrence entre ces différents acteurs. On arrive alors à une situation paradoxale dans la mesure où cette personne est particulièrement entourée et semble subir ce trop-plein de contacts. Cette personne semble toutefois privilégiée par rapport à l'isolement social que peuvent connaître d'autres personnes âgées en perte d'autonomie.

En 2004, l'enquête HID à La Réunion a révélé qu'il y avait une implication forte (pas nécessairement pour la stricte dépendance) de la famille dans la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie et que les aides techniques et humaines apparaissaient comme complémentaires. C'est-à-dire que la situation de combinaison d'aides se retrouve chez beaucoup de personnes âgées réunionnaises prises en charge à domicile.

En conclusion, si La Réunion a développé depuis longtemps déjà, un réseau structuré d'entreprises privées, d'associations ou d'organismes publics spécialistes de la prise en charge de la dépendance à domicile, les problèmes de coordination restent le point central à examiner. En effet, il est tout à fait légitime et même indispensable de placer la personne âgée dépendante au centre de son parcours de soins mais dans le contexte d'une prise en charge complexe c'est aussi elle qui se trouve au centre des difficultés de chacun des acteurs. Nous sommes donc face, non seulement à une multiplicité de modes de prise en charge à domicile mais aussi à une multiplicité de statuts qui rend la coordination d'autant plus difficile. C'est bien en ce sens que l'on peut parler d'institutionnalisation du domicile. On comprend la nécessité de poursuivre la réflexion sur ce point étant donné que la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile demeure la solution privilégiée pour les personnes âgées réunionnaises et leur famille et que selon l'Insee, le recours aux prestataires d'aide à domicile devrait continuer à s'intensifier d'ici 2030 (Chaussy & Fabre, 2014). L'exemple de l'implantation de la Maia sur le territoire réunionnais va permettre d'analyser une tentative de solution pour fluidifier la prise en charge de cas complexe.

3 – L'exemple de l'implantation de la Maia

Les Maia sont nées au niveau national avec le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. Il s'agissait dans la mesure n°4 qui leur est dédiée de créer les conditions d'une « meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement [pour] permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ». A l'origine, l'acronyme signifiait « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer ». Après une expérimentation de deux années, en 2011, les Maia deviennent des « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie » et étendent ainsi leurs prérogatives à un public cible qui est celui des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle du fait des pathologies liées à l'âge, public plus large que les seules personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. « Les Maia ne sont pas de nouvelles structures qui viendraient se superposer aux autres. Elles n'ont pas non plus pour objet de se substituer à l'existant, mais bien au contraire de s'appuyer sur les ressources du territoire en matière d'accueil, d'orientation et de

coordination. Maia est une méthode pour conduire des porteurs identifiés de la coordination (réseaux de santé, Clic, conseils généraux...) vers une dynamique d'intégration » (Dupont, 2012, p.180). La méthode Maia a six composantes : la concertation, la gestion de cas, le guichet unique, les outils d'évaluation multidimensionnels, le plan de services individualisé, le système d'information partagé (Dupont, 2010). Pour la concertation, la Maia met en place une table stratégique qui est un « espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs des politiques gérontologiques » et une table tactique qui est un « espace collaboratif et décisionnel entre les opérateurs responsables des services d'aide et de soins qui concourent au soutien à domicile de la population âgée »³⁶.

3.1 Historique de la Maia

A La Réunion, la Maia est portée par l'association France Alzheimer Réunion depuis 2012. Il existait à l'origine une seule Maia pour l'ensemble du département autour des trois territoires de santé : le Nord-Est, le Sud et l'Ouest. Depuis 2015 et après un certain nombre de difficultés, trois Maia ont été créées, une par Territoire de santé avec un projet de scission en deux Maia pour le territoire Nord-Est. C'est à cette échelle qu'interviennent les professionnels que sont les gestionnaires de cas, dont le rôle est d'intervenir auprès des personnes âgées en situation complexe, à travers un ensemble de compétences faisant l'objet en France d'une formation spécifique et réglementaire depuis 2012 : « identification du bon niveau d'intervention, évaluation multidimensionnelle standardisée, planification de l'ensemble des aides (soins et services), mise en place du plan, monitoring et réévaluation de celui-ci et réévaluation régulière de l'ensemble des besoins dans un processus continu et de long terme » (Somme *et al.* 2015, p.61). C'est d'ailleurs cette fonction de gestion de cas complexe qui semble la plus importante aujourd'hui dans le dispositif de la Maia de La Réunion. Ce dernier constat est variable d'une Maia à une autre pour l'ensemble du dispositif français, qui avec 305 Maia en 2016 connaît des situations très diversifiées. Cette diversité des modalités d'action des Maia en France n'est autre que le reflet de l'hétérogénéité des territoires sur lesquels elles se déploient et de la dynamique locale des dispositifs de coordination (Gand et Periac 2015).

³⁶ <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>.

Le rôle intégrateur de la Maia à La Réunion n'a pas encore véritablement débuté. Le dispositif a souffert depuis le début de sa mise en place d'un turnover important des pilotes et gestionnaires de cas, ce qui a empêché la consolidation des tables stratégiques et tactiques. Même après plusieurs années de fonctionnement, il y a encore beaucoup de confusion sur les missions de la Maia et sur les termes (certes un peu complexes) de la méthodologie. Par ailleurs, la Maia souffre de relations conflictuelles avec le Conseil Départemental et a pâti du manque de soutien de l'ARS pendant un temps. L'étude du dispositif Maia est passionnante puisqu'elle met en lumière à elle-seule les difficultés et les forces en présence sur un territoire donné. Au niveau des gestionnaires de cas, les ressentis sont très variables d'un territoire à l'autre. Par exemple à l'Ouest, les gestionnaires de cas parlent de « territoire carrefour » qui dépend nécessairement du Nord et du Sud par le peu de structures présentes sur le territoire Ouest. Au Nord-Est, comme c'est le lieu de concentration des services centraux du Conseil Départemental, les gestionnaires de cas sont plus soumis à des blocages. Enfin au Sud, moins freinés par le Conseil Départemental, les gestionnaires de cas évoquent des listes d'attente très importantes qui ont pu dégrader un temps les relations avec certains hospitaliers. Les communes du Sud ont pour la plupart une proportion de personnes âgées plus forte que la moyenne régionale.

3.1.1 Portage de la Maia

La MAIA est portée par France Alzheimer Réunion, déclinaison régionale de l'association nationale. Elle est née de la volonté de l'ancienne directrice de France Alzheimer Réunion. Cette dernière a vu passer l'appel à projet de la CNSA pour les premières expérimentations des MAIA. France Alzheimer Réunion n'a pas été retenue au premier appel à projet mais a été retenue pour la seconde salve. Dès le départ, cela arrangeait bien les acteurs locaux que la Maia soit portée par France Alzheimer Réunion. Le CD est venu les chercher pour porter la Maia sans vouloir au début s'y impliquer. Or, France Alzheimer Réunion était d'accord pour porter la Maia à condition que le CD partage le portage pour assurer une forme de légitimité. Le CD a accepté un co-portage après négociations. Officiellement, le CD est co-porteur de la Maia mais il ne s'est jamais véritablement investi que ce soit en termes de ressources humaines ou en mise à disposition de locaux. Il y a plutôt eu un effet d'éloignement du CD. En effet, le CD avait mis à disposition la première pilote MAIA mais il l'a récupérée au bout d'un an. Des locaux avaient également été mis à disposition puis retirés par la suite. Depuis la création de la Maia à La Réunion en 2012 plusieurs pilotes se sont succédés. Il y avait à

l'époque une équipe Maia constituée d'un pilote et de deux gestionnaires de cas localisée dans le Sud. Le pilote a interpellé directement la CNSA sans passer par France Alzheimer Réunion. Cela a beaucoup fragilisé l'équipe et les deux gestionnaires de cas ont démissionné. Une nouvelle équipe a été recrutée avec une pilote « prêtée » par le CD et deux nouveaux gestionnaires de cas. Malheureusement le CD a très rapidement récupéré la pilote ce qui a été un « nouveau coup dur » pour la Maia. Entre février et juin 2014, la Maia n'avait aucun pilote. Ensuite un troisième pilote a été recruté (niveau stratégique et tactique) localisé dans le Nord dans les locaux de France Alzheimer Réunion ainsi que quatre autres gestionnaires de cas d'abord dans le Nord-Est puis dans l'Ouest. Une deuxième pilote a été recrutée dans le Sud pour occuper la fonction de pilote tactique tandis que l'autre pilote se concentre sur la fonction stratégique dans le Nord. Six gestionnaires de cas, deux par territoires ont été recrutés. Récemment le pilote stratégique a été remercié. Pendant plusieurs mois, la dernière pilote en place était seule avec 6 gestionnaires de cas. La Maia a reçu des autorisations de recrutement pour 2 pilotes. Ainsi il y a aujourd'hui un pilote par territoire avec 2 gestionnaires de cas à l'Ouest et 3 gestionnaires de cas au Sud ainsi qu'au Nord Est. La Maia qui était originellement pensée comme une et seule Maia départementale va de plus en plus vers un modèle départemental avec plusieurs Maia.

3.1.2 L'équipe de la Maia

Les gestionnaires de cas sont tous d'anciens travailleurs sociaux travaillant déjà sur le territoire : CESF (Conseiller en Économie Sociale et Familiale), ASS (Assistant de Service Social), IDE (Infirmier Diplômé d'État), éducateur spécialisé qui connaissent bien le terrain. Ils sont pour la plupart arrivés à ce poste très sensibilisés et déjà bien intégrés dans un réseau de coordination informelle. Globalement ce qui ressort des discours sur la Maia est que le terrain fonctionne bien. C'est une Maia qui s'est construite et qui vit par le bas. Les gestionnaires de cas se sentent plutôt bien dans la MAIA, ils ont bien compris le discours sur la MAIA du point de vue du terrain et de l'accompagnement de cas complexes mais la notion d'intégration est beaucoup plus complexe à faire passer. Ainsi, pour pouvoir légitimer leurs actions et leur présence, les professionnels de la Maia ont aussi participé à ce focus sur la gestion de cas au détriment de l'« intégration ». On voit bien que la confusion s'opère même au niveau du pilotage « *je ne sais même pas ce que vous entendez par guichet intégré finalement* » (Pilote, Maia).

Il y a aujourd'hui des incertitudes au niveau du portage de la Maia, la directrice de France Alzheimer Réunion exprime des doutes concernant la capacité de l'association de continuer à porter la Maia. Il y aurait des réflexions en cours avec le CD et l'ARS pour de potentiels accords de portage. Si les relations sont, de manière générale, assez conflictuelles avec l'ensemble des institutions, celles avec l'ARS semblent s'améliorer un peu depuis le retour en poste de la personne chargée de la Maia à l'ARS (poste qui avait été vacant pendant un an mais réoccupé depuis septembre 2015). La directrice de France Alzheimer Réunion a changé et la question du portage est toujours centrale. Il existe un désaccord important au cœur du pilotage actuel sur la question du portage. Certains pensent qu'il faut changer tout de suite de portage, d'autres pensent qu'il faut le maintenir en transition en attendant un portage plus solide notamment en créant une association qui porterait à la fois la Maia et la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) (entretien avec l'équipe de la Maia).

Nous pouvons faire plusieurs constats de l'implantation du dispositif Maia sur le territoire réunionnais. D'abord, si l'« intégration » peine à se mettre en place, la gestion de cas est très bien implantée et fonctionne très bien sur le terrain. On peut associer cette réussite à la persistance encore forte d'une coordination informelle entre les acteurs. En effet, la petitesse du territoire et le nombre restreint de professionnels permettent une communication et un partage d'informations en circuit court. Si cette coordination informelle est un élément fort de l'identité des professionnels de l'île, on retrouve aussi souvent dans les discours une volonté de formaliser davantage les choses entre les professionnels et les institutions. Le risque ressenti est la prépondérance de l'humain, aspect positif lorsqu'on se trouve face à quelqu'un de bonne volonté mais aspect négatif lorsque ce n'est pas le cas. Ensuite, c'est un dispositif qui prend de l'ampleur et qui participe au décloisonnement du sanitaire, du médico-social et du social à l'échelle de la gestion de cas. Enfin, c'est un outil intéressant pour appréhender, évaluer et faire évoluer la cohérence entre l'offre et la demande sur le territoire. Mais alors comment les professionnels ont-ils perçu l'arrivée de la Maia par rapport à leurs pratiques professionnelles ?

3.2 La Maia une solution de coordination sur le territoire réunionnais ?

Globalement tous les acteurs du terrain réunionnais reconnaissent la coordination comme un enjeu majeur de la prise en charge de qualité de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Elle est même souvent revendiquée et pensée comme inhérente à leurs missions. C'est le cas par exemple de Mme Payet (Assistante sociale en EMG) qui se considère comme une « super assistante sociale » au sein des différents services de l'hôpital et ensuite pour le suivi du retour à domicile avec une coordination ville-hôpital. Pour Mr Duval, l'Oriapa s'est créée pour un souci de coordination des acteurs et cela déjà au milieu des années 1970. *« Donc quand on parle de coordination on peut presque dire que l'Oriapa est née d'une volonté de coordination d'un certain nombre d'acteurs du territoire sur la problématique des personnes âgées laissées seules à leur domicile ou dans des difficultés majeures. L'idée de base de l'Oriapa c'est la coordination des acteurs. Il faut dire les choses telles qu'elles sont. C'est l'AREP qui était le fer de lance mais derrière, dans les associations qui ont fondé l'Oriapa il y avait la Croix-Rouge Française, la Fondation Père-Favron, des associations évangéliques des Sœurs je ne sais plus lesquelles, (hésitation) d'autres associations caritatives qui existent encore dont je n'ai plus les noms en tête mais on peut les retrouver. En tout cas il y avait une volonté d'acteurs à l'époque de faire ce constat qu'ils ont partagé, pendant plus d'un an ils ont fait une analyse des problématiques des personnes âgées, pour au final se dire que la seule façon de s'occuper d'elles, de prendre le cheval de bataille à pleines mains, c'est de créer des Clubs. Donc ils ont commencé à créer des Clubs pour faire de la coordination, pour faire de l'information. Un canal, ils ont cherché à créer un canal de communication pour pouvoir être en lien avec l'ensemble des personnes âgées et des familles. A l'époque, le premier canal qu'ils ont trouvé c'est de créer des associations sur tout le territoire qui permettaient que des personnes âgées se rencontrent entre elles, sortent de l'isolement, qu'il y ait un lien social qui puisse se créer, se recréer ou se développer. Donc l'Oriapa a été créée par l'AREP qui avait commencé à faire ce travail de coordination au niveau des associations et de « distillation » de l'information auprès de ces Clubs créés par eux-mêmes, sauf que l'AREP a considéré que ce n'était plus vraiment son métier de faire ce travail-là donc ils ont décidé, ensemble, de créer une autre association, l'Oriapa, pour faire ce travail de coordination des associations, basé sur l'information, le conseil, l'aide et l'accompagnement aux personnes âgées, au travers de la mise en place de ces clubs, de l'accompagnement dans ces clubs de l'ensemble des personnes âgées ».* Les Actions de Santé qui sont les services dédiés aux personnes âgées au niveau des arrondissements départementaux jouent également un rôle de coordination notamment avec le secteur sanitaire dans le cadre du maintien à domicile. Les intervenants à domicile que ce soit les structures de MAD, les CCAS ou encore les SSIAD revendique également des actions de coordination. *« Je fais de la coordination*

*médicale, coordinateur pour ne pas dire commercial parce qu'on n'aime pas trop le terme dans la société, parce qu'on ne fait pas de commerce mais du service à la personne, organiser un retour à domicile dans le réseau « hôpital-ville » donc ça consiste tout simplement à organiser le retour d'un patient, on est appelé par une structure, souvent dans mon cas, hospitalière, qui fait appel à nos services pour prendre un patient en charge, globalement» (Jean Hoarau, MAD). La coordination est aussi revendiquée au niveau plus stratégique par la mise en place de dispositifs de coordination par exemple au niveau d'un CCAS avec « *Le Centre Local d'Aide aux Personnes âgées c'est un outil que nous avons mis en place au niveau de la ville de x et qui travaille en transversalité avec les autres politiques publiques. Par exemple on travaille en lien avec le Département, la CGSS, les mutuelles, les bailleurs sociaux... Mais on fait en sorte que nos séniors identifient ces lieux-là comme un lieu de rencontre, de ressources, d'informations* » (Mr Brandy, CCAS)*

Ainsi, on voit que quel que soit l'échelon considéré, tous les professionnels revendiquent plus ou moins activement la coordination comme une mission propre à leurs actions ou à leurs structures. Malgré cela, il y a un constat partagé de manque de coordination que ce soit au niveau institutionnel ou au niveau plus local. Beaucoup des enquêtés évoquent la nécessité de mettre en place un acteur unique de coordination ou une plateforme partagée mais personne n'associe cette nécessité et ce besoin à la Maia. « *Les questionnements c'est : on a plein d'outils à la Réunion, des gens qui se connaissent, on est dans des réseaux informels et les informations circulent, on sait qui appeler, comment appeler, mais je trouve qu'il n'y a pas de chef d'orchestre, de plateforme pertinente pour l'information et pour redispacher vers tous ces outils qu'on a. Alors justement, est-ce que c'est la MAIA qui doit faire ça ? Ou est-ce que c'est le GIPSAP qui intervient, qui a été créé entretemps ?* » (Dr Passin, CHU).

3.3 Des freins à la diffusion de la Maia

En effet, il manque à La Réunion un échelon essentiel de la coordination autour des réseaux gérontologiques et des CLIC. Pour le Dr Passin il « *manque un chef d'orchestre* ». Par ailleurs, ces réseaux sont vécus comme des ressources instables du fait de l'instabilité des financements et de l'engagement de certains acteurs. Mais ce n'est pas pour autant que l'on peut conclure en l'absence totale de coordination sur le territoire réunionnais. A ce jour, il n'existe pas de CLIC ni de réseaux gérontologiques à La Réunion. Il y a eu deux CLIC de

niveau 1 pendant quelques années. Le RGO (Réseau Gérontologique Ouest) a mis la clé sous la porte par manque de financements dû à un problème de timing entre la réception des demandes de subventions et le bouclage des budgets du CD et dû à un problème de personnes entre le RGO et le CD. Certains acteurs associent la fin du RGO au transfert de fonds du CD vers le GIP-SAP et la Maia. *« Le Réseau Gérontologique Ouest, qui était aussi un CLIC de niveau 1 je dis « qui était » parce qu'il y a eu des soucis de financements donc Mme Duval, Réseau Gérontologique Nord a préféré suspendre les activités du Réseau Gérontologique Ouest parce qu'on avait un déficit de financements du CD au moment où se mettaient en place le GIPSAP (Groupement d'Intéressements Publics de Services d'Aide à la Personne) et la MAIA »* (Dr Passin, CHU). Le manque de structures formelles de coordination a entraîné le développement en interne des différentes structures, des actions de coordination plutôt informelles. *« Les autres dispositifs de coordination moi je les identifie par rapport à ce que prévoient les textes règlementaires, que ce soit les réseaux gériatriques, gérontologiques, ou des CLIC avec les différents stades, et bien il n'en existe pas de formel : un projet, avec des ressources à 100% sur ces questions-là. Le dernier réseau gérontologique Ouest a fermé, donc en termes de coordination aujourd'hui on s'appuie sur les équipes terrain et les éventuelles équipes de coordination des établissements et services. Il faut savoir qu'il y en a qui développent beaucoup d'équipes de coordination en intra, dans les services »* (Arnaud Rénier, Maia). Ainsi, pour beaucoup la Maia est vécue comme *« une spoliation de leurs compétences, de leurs domaines d'actions. Ça a déclenché une sorte d'animosité contre les professionnels MAIA »* (Jeanne Gallec, France Alzheimer Réunion). Au début, la Maia a donc été vécue comme un dispositif supplémentaire venu perturber l'identité professionnelle des différents acteurs concernés. Mais cela a aussi été le cas au moment de la mise en place du RGO. *« C'est dommage, ça n'aurait pas dû en arriver là mais c'est un concours de circonstances qui fait que le département n'a pas été aussi (hésitation) n'a pas répondu. Ce qu'il faut retenir aussi c'est que le Réseau est là, certes, mais on sait très bien que celui qui fait vraiment celui qui est autour des personnes âgées, handicapées c'est d'abord le département, c'est la compétence du Département. Donc le réseau aurait déjà dû s'appuyer sur le Département. Ce qui n'a pas été le cas, il s'est plus appuyé sur un CCAS, ce qui fait qu'à la base (hésitation) je pense que quand on met en place un Réseau il faut d'abord que les personnes et l'institution qui ont vraiment la compétence sur le sujet et qui subventionne l'association ; mais il faut qu'il y ait un lien étroit entre ces acteurs. Ce qui n'a pas été le cas du tout, mais c'est mon analyse a posteriori. Je pense qu'au niveau du RGO il y a aussi eu ce*

dont je parlais : « nous on sait faire, c'est nous qui faisons tout ». C'est compliqué pour tout le monde, on voit ce que ça a donné » (Dr Davant, Conseil Départemental).

La prise en charge de la perte d'autonomie et les liens entre les professionnels sont marqués par une implantation très forte de la coordination informelle. Cela peut expliquer de nombreuses réussites quand les personnes ou professionnels concernés sont en accord et dynamiques mais aussi de nombreux échecs puisque les coordinations ou liens entre professionnels sont intimement liés à la personnalité de ceux qui les portent et peuvent s'effondrer rapidement. Les professionnels tiennent à cette coordination informelle qu'ils revendiquent comme une identité de leur profession et de l'identité réunionnaise. Ces liens informels étant pour la plupart efficaces, ils expliquent en partie la réticence de certains professionnels à devoir intégrer des dispositifs ou des modes de faire plus formalisés. *« Justement, si cette solution informelle fonctionne relativement bien, la réponse est peut-être contenue dans la question ! C'est peut-être aussi pour ça qu'on a du mal à passer à un système de plateforme unique... c'est la transition qui risque d'être difficile. Passer de ce système informel qui fonctionne plutôt bien à quelque chose dont on ne sait pas si ça fonctionnera mieux ou en tous cas qui risque de fonctionner moins bien » (Dr Etre, CHU).* Paradoxalement, une part assez importante de professionnels interrogés met en lumière la nécessité de conventionner les partenariats entre différents acteurs qu'ils soient professionnels ou bien institutionnels. La Maia a donc connu à ses débuts, de grandes difficultés à fédérer des acteurs qui étaient habitués à fonctionner avec leurs propres réseaux et pour qui l'arrivée de la Maia a été perçue comme une lourdeur administrative supplémentaire. Notamment pour certains professionnels libéraux qui ne perçoivent pas forcément le retour sur investissement de la coordination au niveau de leurs missions. La seconde grande difficulté a été ses conditions de portage et son manque de légitimation de la part de l'ARS. Cela fait écho à la faiblesse des tables tactiques et stratégiques. Celles-ci ont d'ailleurs été interrompues pendant presque un an. Enfin, la Maia a souffert au début de son organisation territoriale. Le fait de jongler avec seulement une seule Maia pour l'ensemble du territoire réunionnais a été contre-productif eu égard aux spécificités de chaque sous-territoire en termes d'offres, de services et de réseaux professionnels.

La Maia a eu plus de mal à s'implanter au Sud car il existe depuis plus longtemps un réseau informel, une filière gériatrique bien structurée et la Maia avait été déstabilisée dans le Sud

par un turnover important. Il y a un certain nombre de freins avec des problèmes de reconnaissance et de légitimité. La Maia au Sud a souffert de l'augmentation des listes d'attente en vue du recrutement d'un gestionnaire de cas supplémentaire. En plus des tables tactiques et stratégiques, seul le territoire Est (sous territoire Nord-Est) a fait des réunions de concertation chaque mois en rassemblant tous les acteurs autour des cas complexes et concrets pris en charge par la gestion de cas. Ces réunions de concertations sont pour l'heure arrêtées a priori. Pourtant le sous-territoire Est était particulièrement dynamique dans la démarche Maia car la filière gériatrique s'est construite en parallèle de la Maia avec une médecin particulièrement dynamique. Le Nord a également souffert du gonflement des listes d'attente et les gestionnaires de cas soulèvent certains « retours en arrière » notamment en ce qui concerne les relations avec le CD. La proximité institutionnelle au Nord est finalement peu profitable pour la Maia car c'est aussi au Nord que le manque de légitimation par l'ARS est gênant. Enfin, l'Ouest est un « territoire carrefour » qui dépend du Nord et du Sud en termes de structures et la Maia est née en même temps qu'a disparu le RGO.

Pour résumé, la Maia a fait face à plusieurs freins. Premièrement, les concepts et le vocabulaire utilisés sont complexes et la Maia n'est pas perçue comme une méthode mais plutôt comme un dispositif supplémentaire reposant principalement sur la gestion de cas. *« Pour moi la MAIA c'est un maillon intermédiaire entre nous et les administrations, entre les patients et les administrations – et les patients à travers nous d'ailleurs. C'est un maillon intermédiaire assez intéressant et relativement indispensable. On devrait avoir une grande réunion avec eux bientôt parce qu'a priori, si j'ai bien compris, ils vont ouvrir un peu plus, ils vont augmenter leur nombre de prises en charge »* (Gaelle Fermier, SSIAD). Une confusion importante a entouré la Maia les premières années et notamment aux niveaux hiérarchiques les plus élevés du fait de l'inexistence des tables stratégiques et tactiques. Deuxièmement, cette confusion sur la Maia a été aggravée par un manque d'appuis institutionnels dans ses débuts. On peut lire ici un effet pervers de la loi HPST de 2002 qui a créé une forme de concurrence entre le Conseil Départemental et l'ARS sur un territoire donné (Blanchet, 2016). Cette mise en concurrence se retrouve aussi au niveau des acteurs locaux qui doivent de plus en plus recourir à des appels à projets pour leur fonctionnement et se retrouvent en concurrence avec d'autres structures du territoire. Cette obligation de répondre à des appels à projets pour fonctionner a pour conséquence une convergence des actions sur un territoire. C'est précisément ce qui freine les professionnels qui entendent conserver l'identité

professionnelle qu'ils se sont forgée. Troisièmement, la Maia vient heurter le mode de fonctionnement informel valorisé par les professionnels du monde gérontologique réunionnais. Si les relations informelles sont mises en avant comme garantes d'une intervention rapide et efficace auprès d'un bénéficiaire, les professionnels sont nombreux à être en attente de formalisation des échanges et des missions de chaque structure ou institution. Ainsi, les professionnels revendiquent la pérennité des réseaux informels tout en demandant la signature de conventions entre partenaires. La notion de responsabilité est centrale puisqu'elle réintroduit les enjeux de prises en charge relatifs à chaque secteur (sanitaire, médico-social et social). En effet, les professionnels du sanitaire regrettent l'absence de médecins au sein de la Maia et les professionnels du secteur social regrettent l'orientation trop sanitaire de la Maia.

4 – Conclusion

L'intérêt public pour la perte d'autonomie date des années 1960 mais sa mise à l'agenda politique date des années 1990. Le monde de la gérontologie s'est construit progressivement sur trois histoires : celles du sanitaire et de la protection sociale, celle du médico-social et celle du social. Avec l'élargissement du paradigme de vieillissement présenté en introduction, la coordination est devenue un levier majeur d'efficacité sociale et économique dans ce domaine. Face au maillage complexe des différents acteurs intervenant dans la prise en charge de la perte d'autonomie, différentes innovations territoriales sont mises en place.

Ces innovations pensées au niveau national se confrontent aux spécificités territoriales. À La Réunion, le maintien à domicile est très largement majoritaire même en cas de perte d'autonomie lourde. Il y a assez peu de structures d'hébergement et d'accueil qui apparaissent comme un ultime recours dans le parcours du vieillissement. Par ailleurs, certaines solutions intermédiaires entre le domicile et l'institution comme l'accueil familial rencontrent un certain succès. De plus, les professionnels de terrain voient leurs actions rendues difficiles par les caractéristiques du territoire : à la fois géographiques et sociales. Concernant la coordination, le manque de réseaux est souvent mis en exergue comme explication au manque de coordination. C'est peut-être aussi l'importance que revêt la coordination informelle aux

yeux des professionnels qui a freiné, un temps, l'émergence de solutions plus formalisées. Dans cette perspective, la Maia est une tentative de rationalisation de l'action publique par l'intégration et la concertation des acteurs.

L'analyse de la mise en place de la Maia sur le territoire réunionnais a mis en évidence plusieurs freins à sa diffusion. La grande réussite de la Maia à La Réunion est la gestion de cas car elle a répondu à un besoin d'aide aux professionnels parfois démunis face aux situations dites complexes. Par contre, la Maia a souffert de la technicité de sa méthode, du manque de légitimité institutionnelle et de craintes de modifications des identités professionnelles. Mais surtout elle est venue concurrencer un mode de fonctionnement informel jugé efficace et plus proche des valeurs des professionnels liées à leurs pratiques. C'est un mode de fonctionnement qui repose sur la proximité entre professionnels mais aussi entre professionnels et personnes âgées. En effet, les personnes âgées valorisent elles également ces relations de proximité.

Cet exemple de la Maia laisse à voir les différents facteurs intervenant dans l'adoption de nouvelles compositions de ressources. D'une part, ces modifications intangibles des pratiques interrogent les effets de similitudes avec des modifications plus tangibles comme l'utilisation de nouvelles technologies. D'autre part, l'insertion de nouvelles technologies dans le continuum de solutions de prise en charge de la perte d'autonomie ne peut se faire sans une réflexion sur la logique globale de la coordination et sur les jeux d'acteurs en présence.

Chapitre 4 Les gérontechnologies : de quoi parle-t-on ?

« Gérontechnologie », « technologies d'assistance », « technologies du bien vieillir », « technologies pour l'autonomie », « technologies pour la santé », « technologies pour la qualité de vie » sont tour à tour utilisés sans pour autant avoir les mêmes limites. Le domaine de la gérontechnology³⁷ (en tant que discipline scientifique) ou des gérontechnologies (en tant que technologies à destination des personnes âgées et de leur entourage) est un domaine extrêmement vaste et foisonnant en termes de publications. Ce chapitre n'a pas vocation à l'exhaustivité mais plutôt à en dégager les contours et à montrer les différentes évolutions en termes de définitions, de paradigmes et de cibles.

1 – Naissance des gérontechnologies

Cette section propose de retracer la naissance des gérontechnologies. La rencontre entre la gérontologie et la technologie s'est initialement opérée à travers la mise en place d'une discipline scientifique au Pays-Bas à partir des années 1980. C'est une discipline qui est aujourd'hui bien structurée autour d'une association et d'une revue scientifique. Cette discipline scientifique, basée sur un principe de pluridisciplinarité est peu représentée en France. En France, le terme de « gérontechnologie » est uniquement associé à celui des objets technologiques dans le champ du vieillissement. L'émergence des gérontechnologies en France est plus récente et est liée en premier lieu à l'intérêt de certains médecins pour ces nouvelles solutions et en second lieu à l'inscription et au développement de ces gérontechnologies dans les orientations stratégiques des politiques publiques avec notamment la mise en place de la filière Silver Économie³⁸. Le contexte français de promotion des gérontechnologies, présentées à la fois comme une solution pour améliorer le bien-être des personnes âgées (dans tous ses aspects) et une opportunité économique, a entouré ces nouvelles technologies du « Bien Vieillir » d'une certaine méfiance. Les réflexions et recherche sur les enjeux éthiques de ces gérontechnologies

³⁷ Nous privilégions l'orthographe anglaise pour évoquer la discipline scientifique étant donné qu'elle s'est surtout développée dans le monde anglosaxon. Cela nous permet également de la différencier des objets qu'elle promeut.

³⁸ Nous prenons le parti de privilégier l'orthographe française de la Silver Économie bien qu'elle ait connu une période anglaise. En effet, nous travaillons sur l'objet Silver Économie et ne souhaitons pas rentrer dans les effets de marketing ni dans les aspirations internationales portées par l'anglicisation du terme.

ont été et sont toujours très nombreuses. Les gérontechnologies ont initialement été pensées dans une approche holistique des personnes âgées c'est-à-dire d'une part avec une prise en compte globale des besoins et d'autre part avec une prise en compte de l'évolution de ces besoins en fonction de l'avancée en âge. En France, les gérontechnologies ont très vite été uniquement associées à la dépendance et réduites aux potentielles réponses qu'elles pouvaient y apporter. Les gérontechnologies ont souffert des représentations de la vieillesse qu'elles ont véhiculées au départ de leur diffusion et peinent à dépasser une approche ciblée et stigmatisante. L'approche tend toutefois à s'élargir et à s'appuyer sur un nouveau paradigme, le même que celui qu'on observe au niveau des politiques publiques, caractérisé par le passage d'une vision de la vieillesse (centrée sur les incapacités) à une vision du vieillissement (processus différencié).

1.1 De la « Gerontechnology » aux gérontechnologies

1.1.1 La naissance d'un nouveau terme et d'une nouvelle discipline scientifique

Tout commence à l'Université des Technologies d'Eindhoven, aux Pays-Bas, au début des années 1980 lorsqu'un travailleur social du nom de Vermijs rencontre des ingénieurs pour leur demander de s'impliquer dans la conception d'outils capables de résoudre les difficultés rencontrées par les personnes âgées. Le terme « gerontechnology », contraction entre « gerontology » et « technology », apparaît pour la première fois à la fin des années 1980 comme un nouveau support pour la collaboration interdisciplinaire (Graafmans, 2012). L'idée est donc de créer une nouvelle discipline. « The 1st international conference on human aspects of IT for the interdisciplinary aged population » est organisée en 1991 à l'Université d'Eindhoven et un an plus tard en 1992, sera publié le premier ouvrage sur les gérontechnologies, *Gerontechnology* (Bouma & Graafmans, 1992). En 1996 a lieu « the 2nd conference of Gerontechnology » et en 1997, l'équipe pluridisciplinaire autour du Professeur Bouma crée the International Society for Gerontechnology (ISG). Cette association scientifique autour des gérontechnologies a pour mission de promouvoir les échanges culturels et scientifiques, internationaux entre chercheurs et ingénieurs de toutes disciplines, designers et architectes, industries connexes, organisations et professionnels dans le domaine du confort, du bien-être et de la santé pour le vieillissement et l'âge ; Encourager la création de réseaux de recherche internationaux ainsi que des expériences internationales appliquées, afin de renforcer, par une diffusion plus large de l'information, des potentialités

internationales en Gerontechnology et de participer à leur évaluation ; Contribuer à la promotion de programmes internationaux en Gerontechnology ; Encourager la création de réseaux de recherche ainsi que des réseaux de professionnels, afin de renforcer la participation à des formations à destination des ingénieurs, des administrateurs et des professionnels de la gestion industrielle ; De coopérer étroitement avec toutes les organisations internationales similaires et avec tous les organismes nationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux, concernés par la Gerontechnology ; Impliquer le citoyen plus âgé dans toutes les activités pertinentes³⁹. La revue scientifique *Gerontechnology: International journal on the fundamental aspects of technology to serve the ageing society*, est créée en 2001 et des conférences internationales sont régulièrement organisées tous les deux ou trois ans. La dernière conférence de l'ISG a eu lieu pour la première fois en France, à Nice du 28 au 30 septembre 2016. Cette nouvelle discipline scientifique, par essence pluridisciplinaire (graphique 9), intègre l'ensemble de la recherche en gérontologie et ses applications pratiques dans le domaine de la technologie. Elle a pour finalité de proposer des produits et des services utilisant un support technologique en adéquation avec les besoins des usagers et de leurs aidants.

Graphique 9. Matrice de croisements fertiles en Gérontechnology

Discipline de gérontologie	Discipline de technologie					
	<i>Chimie biochimie</i>	<i>Architecture Bâtiments</i>	<i>Information Communication</i>	<i>Mécatronique Robotique</i>	<i>Ergonomie Conception</i>	<i>Gestion d'entreprise</i>
<i>Physiologie nutrition</i>						
<i>Psychologie sociale psychologie</i>						
<i>Sociologie démographie</i>						
<i>Médecine réhabilitation</i>						

Source : (Bouma et al., 2007)

³⁹ <http://www.gerontechnology.info/objectives.html>.

1.1.2 Les gérontechnologies en France

En France, le terme gérontechnologie est apparu plus tardivement dans les années 2000 et surtout à partir de 2007 avec la création de la Société française de technologies pour l'autonomie et gérontechnologie (SFTAG) sous l'impulsion notamment du Professeur Franco et l'implication du docteur Rialle. En France, les gérontechnologies ont été rapidement institutionnalisées dans le sens d'un portage institutionnel. Ennuyer (2014) consacre une petite partie de son ouvrage aux gérontechnologies et à leur historique. Il relève différentes étapes dans le développement des gérontechnologies que nous proposons de reprendre et de compléter. Une première étape correspond à la multiplication des rapports concernant les gérontechnologies : en 2004, le rapport commandité par le Conseil Général de l'Isère et la ville de Grenoble intitulé « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées » avait pour mission :

- De faire un état des lieux sur la commune de Grenoble en lien avec le CLIC (Centre local d'Information et de Coordination) de Grenoble et une analyse des solutions proposées aujourd'hui, à travers : un recensement de la population dépendante sur Grenoble, une évaluation et une analyse des besoins satisfaits et non satisfaits
- De faire un état des lieux et une analyse des orientations et des prestations proposées par les différents acteurs intervenants à Grenoble et sur l'agglomération (collectivités locales et établissements publics, structures hospitalières publiques et privées, associations, entreprises, mutuelles et assurances)
- De faire un inventaire, une analyse et une évaluation des systèmes d'information, de communication et des prototypes existants utilisant les NTIC
- De faire un bilan des expériences menées en France, en Europe et au Canada afin d'identifier celles transposables au contexte local
- De faire des propositions d'actions dans le cadre des compétences du Département (Giard et Tinel, 2004).

La ville de Grenoble n'est pas une ville prise au hasard puisque c'est la ville où officie le Dr Rialle. Un autre rapport important date de 2004 et a été commandité par Hubert Falco, le

Secrétaire d'État aux personnes âgées de l'époque. Il est intitulé « Mission Gérontologie Numérique » et avait pour objectif la mise en lumière des différents besoins et solutions existantes ainsi que de proposer des recommandations pour la formation numérique des personnels médico-sociaux et des aidants via les TIC (Benhamou, 2003). En 2007, le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, l'Agence nationale de la recherche et de la CNSA commanditent une analyse des potentialités de marché dans le domaine sanitaire que l'on retrouvera dans le rapport « Les technologies de la santé à domicile : opportunités et enjeux » (Poulain *et al*, 2007) communément appelé le rapport Alcimed. Toujours en 2007, les actes des 13èmes Rencontres parlementaires sur la longévité intitulés "Longévité et innovation technologique" (Jacquat et Forette, 2007) sont publiés et présentent les enjeux, les besoins, les possibilités et les limites des gérontechnologies. Le ministre de la Santé et des Solidarités Philippe Bas a demandé au Dr Rialle un rapport sur les nouvelles technologies intitulé « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille » (Rialle, 2007a) dans lequel il propose un état de la recherche et des expérimentations en la matière, synthétise les enjeux éthiques et formule des recommandations prospectives à court, moyen et long terme. Puis en 2010 est créée l'Association Solutions Innovantes pour l'Autonomie et Gérontechnologies (ASIPAG) pour fédérer les industriels français dans le secteur des technologies pour l'autonomie des personnes âgées en « représentant, fédérant et développant de manière humaine et éthique une nouvelle économie à même de répondre aux enjeux du vieillissement de nos populations »⁴⁰. L'ASIPAG deviendra en 2013 le syndicat de la Silver Économie. Les gérontechnologies ont, de plus, été particulièrement mises sur le devant de la scène avec le lancement de la Silver Économie en 2013 et sont aujourd'hui entrées dans le langage courant.

1.2 Un cadre de plus en plus structuré

1.2.1 La Silver Économie

Fort de la connaissance apportée par ces différents rapports, la constitution d'une filière de la Silver Économie s'organise en France avec notamment la mise en place, en 2009, du Centre National de Référence Santé à domicile et Autonomie (CNR Santé) qui a pour mission de

⁴⁰ <https://www.asipag.org>.

faciliter le développement et l'usage des TIC dans la prise en charge de la santé et de la dépendance à domicile. Le CNR Santé deviendra le 10 décembre 2014 l'association France Silver Eco. Cette association verra son spectre d'actions s'élargir et aura à présent pour objectif de développer la filière et de promouvoir les solutions innovantes⁴¹. C'est aussi à ce moment-là que Luc Broussy prendra ses fonctions à la présidence de l'association. France Silver Eco devient un acteur incontournable de l'animation, de la fédération et du développement de la filière. Elle sera d'ailleurs responsable de trois des six priorités annoncées dans la dernière feuille de route de la filière Silver Économie, du 12 décembre 2016.

En 2012, trois rapports sont commandités par la ministre des Personnes âgées et de l'Autonomie en vue de l'élaboration d'une loi-cadre sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, annoncée par François Hollande au moment de sa candidature à l'élection présidentielle. Ces travaux sont censés balayer l'ensemble des dimensions relatives aux technologies, à la santé et à l'autonomie, en particulier les aspects économiques. Le docteur Jean-Pierre Aquino, président du comité « Avancée en âge », gériatre et directeur médical de la clinique de la Porte Verte à Versailles, est ainsi chargé de réfléchir sur les questions de prévention et d'anticipation de la perte d'autonomie. Son rapport paru en 2013 insiste sur le nécessaire développement d'une culture de la prévention en France et sur l'adaptation du système de santé, pour d'une part mieux repérer les premiers signes de fragilité chez les personnes vieillissantes, et d'autre part pour apporter une réponse sanitaire et sociale à domicile davantage coordonnée. C'est dans ce double cadre que les technologies peuvent, selon l'auteur, trouver toute leur place (Aquino, 2013). Martine Pinville, députée de la Charente, se voit quant à elle confier une mission parlementaire de « benchmarking » visant à identifier les pratiques innovantes d'autres pays en matière de vieillissement. Son rapport paru en 2013 présente des expériences en matière de prévention des chutes, de promotion de l'activité physique, mais également d'adaptation du logement, dans lesquelles les outils technologiques ont toute leur place. Il revient aussi sur les initiatives de différents pays pour soutenir le développement de technologies ou de services mobilisant des outils technologiques, ainsi que sur des expériences pour sensibiliser les personnes âgées aux nouvelles technologies et aux services rendus par celles-ci.

⁴¹ Dossier de presse, *Silver Economie*, 12 décembre 2016.

Enfin, Luc Broussy, Conseiller général du Val d'Oise, directeur de l'Executive Master de Politiques gérontologiques à Sciences-Po Paris, prend le pilotage d'une mission interministérielle sur « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! ». Le rapport s'inscrit dans l'idée que « le vieillissement peut-être un formidable potentiel de développement économique et d'emplois » (Broussy, 2013, p.23) et signale que « de grandes entreprises ont donné leur accord de principe pour acter un 'Pacte national en faveur d'une économie du vieillissement' » (Broussy, 2013, p. 24). Il présente le secteur des services à la personne comme un gisement d'emplois potentiels. De manière surplombante, l'un des défis majeurs mis en exergue par le rapport est bien celui lié à l'organisation d'une filière industrielle et de services autour des technologies et du vieillissement (Gucher, 2014).

L'un des trois rapports demandés par Michèle Delaunay pour la mise en place de la loi des 3A (Anticiper, Adapter, Accompagner) et qui deviendra ensuite la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement évoque assez largement les gérontechnologies et appuie sur les opportunités économiques qu'elles présentent : « Le développement des technologies de l'autonomie constitue à l'évidence une formidable opportunité pour la France. Une opportunité économique et industrielle, une opportunité en emplois industriels et de services, une opportunité pour améliorer le bien-être des personnes âgées, une opportunité directement liée à la forte croissance demain du nombre de personnes âgées » (Broussy, 2013, p.131). On retrouve ces mêmes idées dans le discours de Michèle Delaunay pour le lancement de la filière de la Silver Économie le 24 avril 2013 « La Silver Economy est tout à la fois un espoir et un marché pour les personnes âgées c'est une filière industrielle et économique [...] ce sont les seniors qui déterminent une large majorité de la consommation française. Ils dégagent donc un marché potentiel pour tous les secteurs de l'économie liée à l'âge [...] nous avons là devant nous un formidable gisement de croissance et d'emplois »⁴². D'après Ennuyer (2014) « Après l'époque des vieux étiquetés 'gisement d'emploi' (Ennuyer, 2003, p.141), voici venu le temps des vieux 'opportunément' étiquetés en période de crise 'moteur de développement économique' » (p.278). L'idée, voire l'idéologie de la Silver Économie peut être défini ainsi : « Plus qu'une source de développement, la longévité peut être un levier de transformation économique et sociale en contribuant à une nouvelle dynamique de l'emploi, en favorisant les

⁴² Dossier de presse *Lancement de la filière industrielle Silver Economy*, 24 avril 2013.

logiques de mutualisation et d'économie de ressources publiques, en inventant des territoires plus adaptés aux plus âgés mais qui profitent, finalement, à l'ensemble de la population » (Guérin & Berrut, 2016, p.362).

La filière Silver Économie est lancée officiellement le 24 avril 2013 par Arnaud Montebourg, Ministre du redressement productif et par Michèle Delaunay, Ministre Délégué chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Ils annoncent à cette occasion la constitution d'un comité de filière qui aura pour objectif d'aider au développement du secteur en élaborant notamment un contrat de filière. Les objectifs de la Silver Économie telle que présentés lors du lancement sont de favoriser les échanges entre les acteurs concernés : entreprises (petites, grandes, moyennes), institutionnels, mutuelles, associations, assurances, pôles de compétitivité et acteurs du monde médico-social, de faire connaître les biens et les services existants et de proposer un cadre stratégique pour les années à venir notamment en termes de perspective de développement au niveau national et européen⁴³. Les premiers travaux entrepris dès 2012 pour la constitution de la filière Silver Économie ont identifié sept freins à l'émergence de la filière⁴⁴ :

- Un marché trop étroit qui ne permet pas les économies d'échelle nécessaires à l'offre des grands groupes
- Une demande où la solvabilisation des aides techniques n'est pas suffisante, tant par les dispositifs d'aide publique (APA) que par les mutuelles et les assureurs
- Des circuits de distribution restreints et peu concurrentiels
- Une communication insuffisante sur l'existence et la pertinence des services et des technologies disponibles
- Un manque d'investissements tant en amorçage qu'en capital-risque
- Un niveau de labellisation trop faible qui limite la visibilité des meilleurs produits
- Un manque de vision commune entre les acteurs qui nuit à l'efficacité de l'ensemble

Le 1er juillet 2013 a été officiellement installé le comité de filière autour de cinq groupes de travail : aidants-aidés, simplification, écosystème, relations avec le grand public, relations

⁴³ <https://www.economie.gouv.fr/lancement-de-la-filiere-silver-economy>.

⁴⁴ *Le contrat de filière Silver Économie*, Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, 14 p.

avec les acheteurs. Leurs travaux ont débouché sur la signature du contrat de filière le 12 décembre 2013. À sa création, le comité de filière était présidé par le ministre du redressement productif et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et vice présidé par le PDG du groupe LEGRAND et président de la FIEEC (Fédération des Industries Électriques, Électroniques et de Communication). Il était par ailleurs composé d'une quarantaine de membres publics et privés. Le contrat s'articule autour de six axes : créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver Économie, favoriser le développement d'une offre compétitive de la Silver Économie, exporter les produits de la Silver Économie, Professionnaliser les acteurs de la Silver Économie, communiquer positivement sur les seniors et le « bien vieillir » auprès du grand public et des distributeurs et créer des innovations dans le champ de la Silver Économie⁴⁵. La Silver Économie est inscrite dans les 34 plans d'actions prioritaires fixés en 2013 par le gouvernement pour relancer la croissance économique et la réindustrialisation du pays. En parallèle des coups de pouce institutionnels plusieurs outils ont été créés pour faciliter et encourager la structuration de la filière. Le premier outil est la création de la Silver Valley le 1er juillet 2013 à Ivry-sur-Seine à partir du cluster Soliage (Solution innovante pour l'autonomie et les gérontechnologies) lui-même existant depuis 2010. La Silver Valley s'est construite sur le modèle de la Silicon Valley via un regroupement d'entreprises dans le secteur de l'innovation pour l'autonomie. L'idée est de faire cohabiter des entreprises innovantes, des compétences, des services disponibles, du foncier et des infrastructures, des partenaires et des fournisseurs potentiels favorisant le développement accéléré de solutions, produits et services. L'objectif étant donc d'accélérer le développement d'activités économiques innovantes, répondant aux besoins et aux usages des seniors, pour générer de la croissance et de l'emploi en Île-de-France⁴⁶. Soliage et Silver Valley ont été accompagnés par une thèse de doctorat en génie industriel (Zimmer, 2012). Le second outil est la tenue annuelle du Salon « Silver Economy Expo », un salon BtoB (*Business to Business*) entre mi-novembre et début décembre depuis 2013.

Un bilan de cette première phase de développement est formulé le 29 septembre 2015 à l'occasion du comité stratégique de la filière présidé par Emmanuel Macron, Ministre de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique et Laurence Rossignol, Secrétaire d'État chargée

⁴⁵ *Le contrat de filière Silver Économie*, Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, 14 p.

⁴⁶ <http://www.silvervalley.fr/Silver-Valley>.

de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie. Il a été décrit les différentes avancées⁴⁷ :

- L'ouverture du portail CNSA regroupant l'ensemble des informations sur les établissements et services utiles à la prise en charge de la perte d'autonomie
- Les travaux de normalisation pour des aides et services spécifiques aux personnes âgées, engagés par l'AFNOR et de labellisation, réalisés avec l'appui de France Silver Eco (La Silver Économie sera par la suite inscrite dans la *French Standardization Strategy* 2016-2018 au côté de la transition écologique, de l'économie circulaire, de l'économie digitale, ou encore de l'économie collaborative)⁴⁸
- Le soutien aux TPE mis en place par Business France
- Le développement du label « Silverbat » par la Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB)
- Le soutien à l'innovation et l'investissement via la création du fonds sectoriel d'investissement SISA, et le lancement d'un concours mondial sur la Silver Économie
- L'intégration de la Silver Économie dans les cursus universitaires

Le 12 décembre 2016 a eu lieu le lancement officiel d'une nouvelle feuille de route pour la Silver Économie avec différents objectifs :

- La mise en place d'une animation des filières industrielles régionales de la Silver Économie
- Mise en place d'une instance ad hoc pour la coordination et le développement des initiatives territoriales
- Mise en place d'un comité de pilotage pour l'adaptation des logements et du cadre de vie
- Création d'un réseau d'« appui à l'achat public »
- Lancement d'un observatoire de la Silver Économie (projet sur lequel travaille la CNSA depuis 2007)
- Mission attractivité et export

⁴⁷<http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/comite-strategique-de-la-filiere-silver-economie>.

⁴⁸ Afnor Normalisation, *French Standardization Strategy* 2016-2018, 26 p.

Enfin, une autre initiative de la Silver Économie est le lancement le 28 juin 2016 du label HS2® (Haute Sécurité Santé) qui a pour objectif de certifier les logements ayant reçu une réhabilitation préventive dans le but de prolonger au minimum de trois à six mois le maintien à domicile. L'idée qui soutient cette démarche est à la fois de garantir une bonne adaptation du logement mais aussi d'assurer une réduction des coûts de la prise en charge de la perte d'autonomie. On peut saluer ce type d'initiatives qui est toutefois insuffisant eu égard à la durée moyenne de séjour en EHPAD. En effet, la moitié des séjours en EHPAD durent plus d'un an et demi (Fizzala, 2017).

Le développement de la Silver Économie en France montre bien la volonté des pouvoirs publics de s'investir dans le champ de l'économie des cheveux gris et cela pour plusieurs raisons. « On peut estimer que la Silver Économie repose sur trois axes : développement économique global pour répondre aux besoins et usages des 16 millions de plus de 60 ans, transformation de l'écosystème du soin et de la santé sous la pression des démarches de e-santé et de la chronicisation de la maladie, investissements dans l'innovation technologique, en s'appuyant sur la ville intelligente (smart city) et l'adaptation du logement, comme dans l'innovation sociale en privilégiant les logiques de mutualisation, de participation sociale et de territoire de vie » (Guérin & Berrut, 2016, p.358).

1.2.2 Les centres d'évaluation

En parallèle de la structuration du marché des gérontechnologies par la Silver Économie, se sont développés des centres d'évaluation privés, semi-privés et publics qui ont différents objectifs en fonction de leurs cibles. Le TASDA (Technopôle Alpes Santé à Domicile & Autonomie) est une association créée en 2009 par le CHU de Grenoble et le pôle de compétitivité MINALOGIC. Le TASDA était l'une des parties constituantes du CNR Santé (ancêtre de l'association France Silver Eco). Ses orientations stratégiques s'articulent autour de deux axes qui sont l'évaluation des technologies et des services pour la santé à domicile et l'autonomie et l'intermédiation des différentes parties prenantes de la santé à domicile et de l'autonomie. Le TASDA a ainsi plusieurs objectifs⁴⁹ :

⁴⁹ <http://www.tasda.fr>.

- Soutenir au niveau local et régional le développement et la diffusion de technologies pour la santé à domicile et l'autonomie et les services fondés sur ces technologies
- Faciliter les rencontres, échanges et coopérations entre personnes en situation de handicap ou perte d'autonomie, professionnels de santé, utilisateurs, fournisseurs, concepteurs et promoteurs de solutions technologiques de santé à domicile et d'autonomie
- Contribuer à la normalisation et à la standardisation des solutions de santé à domicile et d'autonomie
- Et plus généralement réaliser toute opération pouvant se rattacher directement ou indirectement à l'objet ou pouvant en favoriser la réalisation

Le TASDA propose une évaluation multidimensionnelle. A la fois sur les aspects médicaux, ergonomiques, technologiques, économiques ou encore socio-organisationnels. Il propose également une évaluation à tous les niveaux de développement de l'objet et à destination de tous les acteurs concernés. Il propose ainsi de « s'assurer que la solution apporte un service au patient (chez lui), à son entourage, au professionnel qui le visite ou le prend en charge, que la solution a un impact positif sur la santé publique, sur l'intégration sociale, que le financeur fait fructifier les fonds engagés, que l'industriel développe une activité viable, que les technologies sont maîtrisées... Elle apporte ainsi des éléments d'aide à la décision à tous niveaux »⁵⁰.

Le CENTICH (Centre d'Expertise National des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'autonomie) a été lancé par le pôle handicap de la Mutualité Française Anjou Mayenne dans l'optique d'évaluer les aides techniques et technologiques pour l'autonomie et la santé. La mission d'évaluation du CENTICH est certes importante mais le CENTICH se donne une ambition plus vaste de développement et d'accompagnement de l'usage des technologies pour l'autonomie et la santé⁵¹. Par ailleurs, le CENTICH est l'un des cinq Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques (CEN-AT) à être soutenus (financièrement) par la CNSA. Ses activités sont structurées autour la gestion de projet ou la prestation de service pour l'évaluation, le conseil, la recherche et l'innovation et autour de la veille, la diffusion et le développement de projet.

⁵⁰ <http://www.tasda.fr>.

⁵¹ <http://www.centich.fr>.

La société privée MEDIALIS est un acteur incontournable qui propose également des expertises en évaluation et en conseil sur les gérontechnologies, la e-santé et l'accessibilité. Elle propose également des solutions informatiques à destination des professionnels du secteur médico-social. Médialis fait partie du forum des Living-Labs Santé Autonomie depuis 2011.

1.2.3 Les Living Labs (LL) : l'exemple des Living Labs Santé Autonomie (LLSA)

Les LL ou laboratoires vivants sont des espaces dédiés à l'innovation qui sont structurés au niveau européen par le réseau ENoLL (European Network of Living Labs). Ces laboratoires vivants concernent de nombreux domaines comme les villes intelligentes, l'énergie, l'éducation ou encore l'innovation sociale. Au sein d'ENoLL, la majorité des LL relève du domaine de la santé et du bien-être. Dans ce domaine spécifiquement, on retrouve différentes thématiques⁵² :

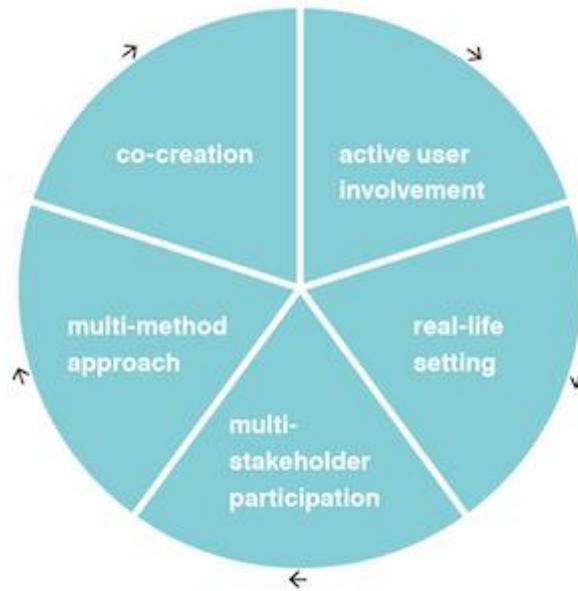
- Participation active à l'élaboration de programmes environnementaux ambiants et d'assistance
- Travail sur des systèmes novateurs, sociotechniques et sur des solutions de design pour la santé et le bien-être
- Élaboration de produits et de services pour un vieillissement actif et en bonne santé, piloté et axé sur l'interaction
- Développement de l'innovation axée sur l'utilisateur et l'*evidence-based research* dans le domaine AHA (*Active and Healthy Aging*)
- Collaboration avec des structures de soins infirmiers, des centres de soins et avec des maisons de retraites
- Validation active de dispositifs techniques par les usagers

D'après ENoLL, les LL reposent sur une méthodologie centrée sur l'utilisateur qui encourage une innovation ouverte et collaborative (écosystème large autour de l'innovation considérée) en développant une approche de co-création avec l'utilisateur (Berthou & Picard, 2017 ; Martin *et al*,

⁵² <http://www.openlivinglabs.eu>.

2017)⁵³ (graphique 10). L'objectif est donc d'encourager une recherche et un processus d'innovation dans un contexte réel (au sein par exemple de maison intelligente (*Smart flat*)).

Graphique 10. Méthodologie adoptée dans le cadre de Living Labs



Source : <http://www.openlivinglabs.eu/>

Plus spécifiquement dans le champ de la santé et de l'autonomie « ces laboratoires vivants proposent un modèle organisationnel qui conjugue la mobilisation d'un large spectre de parties prenantes en matière d'offre de soins et la contribution des usagers à la conception de celle-ci, dans des logiques plus collaboratives et plus ouvertes » (Berthou & Picard, 2017, p.69). Ce sont aussi des « outils puissants pour mettre en pratique l'intention (législative, politique) de faire de l'utilisateur un acteur 'responsable de sa santé' » (Picard & Poilpot, 2011, p.5). Par cette affirmation on perçoit que l'utilisateur est au cœur d'un double processus, à la fois de responsabilisation et de participation au processus de création. Ce double processus fait écho à la manière dont est pensée la prévention à destination des personnes âgées, ce que nous approfondirons dans le chapitre 7.

⁵³ Pour plus de détails, un numéro complet de la revue *Réalités industrielles* des Annales des Mines a été consacré aux « Patients et praticiens de terrain, acteurs de l'innovation de santé » en 2017 (n°2). Une grande partie des articles concernent les LL.

Ces laboratoires vivants soulèvent un certain nombre de questions sur les enjeux juridiques et éthiques à travers notamment la véritable place accordée aux usagers dans le processus d'innovation. Si l'on se réfère à la définition d'Alter (2000) sur l'innovation et aux facteurs intervenants dans l'usage ou le non-usage on peut émettre quelques réserves par rapport à ces laboratoires vivants. D'abord, si l'on considère effectivement l'innovation comme une invention ou une création qui s'est diffusée au sein du tissu social alors on ne peut affirmer (comme il est souvent fait état dans les documents relatifs aux LL), que les usagers, par leur participation, sont garants d'une innovation adaptée. Cela interroge alors l'instrumentalisation des usagers à des fins de marketing. Une thèse de doctorat est actuellement menée sur la place des usagers dans les LLSA et montre notamment le caractère top-down des LLSA. « Malgré leur proximité avec les usagers, le LL apparaît comme l'instrument d'empowerment des usagers 'par le haut'. Le regain de capacité ne s'exprime ni directement ni de manière complète. Les processus méthodologiques du LL filtrent et diminuent les revendications. Le LL s'inscrit surtout comme un instrument de libération des pratiques professionnelles des acteurs qui le composent, plutôt que comme le reflet ou l'émanation d'une volonté citoyenne en manque de représentativité ou de liberté d'action dans le secteur de la santé » (Berthou, 2017, p.7). Par ailleurs, il paraît difficile de critiquer la démarche de faire participer les usagers au processus de création et certains en montrent les bienfaits dans l'adéquation des outils aux besoins et aux attentes des usagers (Loiseau *et al.*, 2015) mais d'autres mettent aussi en lumière les risques liés à cette pratique notamment par rapport au moment d'inclusion des usagers dans le processus de création (Peine *et al.*, 2014 ; Compagna & Kohlbacher, 2015). Il convient aussi de rappeler que l'environnement social est un facteur extrêmement important et influant dans le processus d'acceptabilité et qu'il est absent des éléments pris en compte au sein des LL. Si l'on peut reconstituer un intérieur, une salle de bain ou une chambre à coucher, reconstituer ou revivre la fréquence, la qualité et les caractéristiques des échanges avec le réseau social paraît plus difficile.

En France, il existe plusieurs LLSA qui sont rassemblées et représentées par l'association Le Forum LLSA qui a pour objectifs de⁵⁴ :

⁵⁴ <http://www.forumllsa.org/forum>.

- Reconnaître les initiatives territoriales en santé et autonomie se référant de l'approche Living Labs
- Favoriser les liens inter-régionaux et l'interaction permanente des territoires
- Accélérer les partages d'expériences et de bonnes pratiques
- Développer ensemble les éléments de mesure d'impact tant économiques que médico-sociaux
- Valoriser le savoir-faire français au niveau européen et international
- Favoriser l'émergence d'une véritable politique d'innovation à la fois économique et sociale.

On peut citer plusieurs LLSA comme Autonom'lab, PROMETEE ou encore CEN STIMCO qui correspondent aux critères énoncés plus hauts mais présentent toutefois un certain nombre de différences en termes de statut (GIP, réseau, laboratoire), d'organisation, d'équipements techniques et en termes de recrutement et de mobilisation des usagers (Berthou, 2017).

1.3 Assimilation au public gériatrique

Les gérontechnologies, dans leur conception, ont très vite été associées à la prévention (Fozard, 2012) et à une approche globale des personnes âgées (Carré & Cornet, 2008). Dans sa thèse, Laila (2009) montre que la prévention, le maintien et l'amélioration de la santé des personnes âgées sont une dimension fondamentale de la gérontechnologie. Pourtant, en France, l'intérêt pour les gérontechnologies s'est cristallisé autour de la perte d'autonomie en laissant de côté les autres dimensions. On retrouve ceci au niveau institutionnel et au niveau de travaux de recherche (Laperche & Uzunidis, 2015), qui présentent les gérontechnologies uniquement dans leur association à la perte d'autonomie ou à la fragilité. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation. Le premier élément est lié aux représentations de la vieillesse dans la société. Notre société est empreinte d'un certain âgisme et la vieillesse rime souvent avec dépendance même auprès de publics familiarisés au vieillissement (nous avons été frappé à plusieurs reprises lors de conférences ou de réunions entre professionnels de la persistance des représentations négatives de la vieillesse). On peut noter les efforts des politiques publiques pour influencer sur les représentations dans leur attention et leur action sur

les termes employés. Ainsi le passage de la « vieillesse » au « vieillissement » pour insister sur la notion du processus et rompre avec l'idée d'un état de vieux ou encore le passage de la « dépendance » à la « perte d'autonomie » pour insister encore une fois sur la notion de processus tout en utilisant un terme connoté plus positivement, ne sont pas anodins.

La récente loi d'adaptation de la société au vieillissement tout comme les initiatives à l'image de « Ville amie des aînés » vont dans ce sens. Mais les actions sur les représentations se retrouvent bien souvent confrontées à une temporalité différente de la circulation des idées. Un second élément est lié à l'apparition des gérontechnologies en France. Nous l'avons vu, elles ont été portées à l'origine par des médecins dont il est resté une grande tradition en France. Dans son étude prospective, le rapport Alcimed (Poulain *et al.*, 2007) propose de s'associer à une quinzaine de laboratoires de recherche qui sont quasi exclusivement des laboratoires de médecine dont les référents sont des gériatres. Un certain nombre de gérontopôles ont des actions concrètes liées au gérontechnologies. Citons par exemple le gérontopôle du Pays de la Loire et son lien institutionnel avec le CENTICH, le gérontopôle Auvergne Rhône Alpes et son portage de TASDA, le gérontopôle de Toulouse et son laboratoire de gérontechnologies rattaché à l'hôpital de La Grave ou encore le gérontopôle Bourgogne Franche Comté avec son Pôle de Gérontologie et d'Innovation (PGI). Cette mainmise de la gérontologie et de la gériatrie sur les gérontechnologies ont entraîné un glissement vers les technologies gériatriques qui soutiennent une vision très médicale et biologique de la vieillesse axée exclusivement sur les réponses directes de la perte d'autonomie ou de la fragilité. Ces technologies représentent des technologies à destination d'un public gériatrique donc en perte d'autonomie. Ce glissement a également été observé dans le cadre des politiques publiques de la vieillesse au moment de la mise en place de la PSD et de l'APA comme nous l'avons vu dans l'introduction de ce travail. On peut s'étonner de ce constat eu égard à l'approche globale des personnes âgées soutenue et revendiquée par la gérontologie et la gériatrie. Cette « domination » initiale de la médecine sur les gérontechnologies a aussi eu un effet de ciblage exclusif sur les personnes âgées. Nous sommes donc face à une vision des gérontechnologies assez étroite qui s'adressent aux personnes âgées dépendantes.

Les gérontechnologies peuvent pourtant jouer un rôle dans la prévention de la perte d'autonomie à plusieurs niveaux. Pour les personnes âgées sur le plan psycho-social d'abord,

en apportant « sécurisation de soi », confiance physique et affective via par exemple la téléassistance et les interfaces connectées. Sur le plan de la santé ensuite, en stimulant les facultés cognitives, en entretenant les facultés physiques et en agissant sur l'environnement des personnes : *serious games*, système d'actimétrie, capteurs de mouvements, chemins lumineux. Enfin, au niveau de l'entourage familial et professionnel des personnes en réduisant les risques liés à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie : aide à la manutention, exosquelettes, aide à la coordination des soins. Les gérontechnologies peuvent également contribuer à la qualité de vie au travail des professionnels et à réduire l'épuisement des aidants. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus longuement dans le chapitre 7. Nous plaçons pour une définition plus large des gérontechnologies à l'image de la diversité des situations rencontrées par les personnes âgées et leur entourage au cours de l'avancée en âge.

2 – Définir un large panel de technologies

Les gérontechnologies regroupent un panel extrêmement large de technologies et il n'existe pas de consensus commun sur une définition. Ennuyer (2014) montre qu'il n'y a pas de définition consensuelle des gérontechnologies et critique le manque d'objectivité des termes utilisés pour les définir. Il prend pour exemple les mots de Carré (2009) qui définit les gérontechnologies comme des technologies « évoluées ou intelligentes ». Pourtant les gérontechnologies représentent bel et bien un objet que nous allons tenter de décrire et de délimiter. Nous développerons deux manières de préciser leurs contours. Premièrement en interrogeant les liens entre les aides techniques et les gérontechnologies. Deuxièmement en analysant différentes classifications présentes dans la littérature scientifique. Nous pourrions montrer ainsi qu'il y a souvent une confusion dans les items des catégories.

2.1 Aides techniques vs gérontechnologies

Une première manière de définir les gérontechnologies est d'interroger les différences et les similitudes avec les aides techniques. Les aides techniques sont en premier lieu associées au secteur du handicap.

2.1.1 Le secteur du handicap

Le secteur du handicap est un champ qui a connu de nombreuses évolutions dans les dernières décennies. Associé originellement au secteur médical, il était exclusivement considéré dans ses conséquences en termes de maladies ou de traumatismes (Frinault, 2005 ; Laila, 2009 ; Ennuyer, 2014). Tout comme le secteur de la vieillesse, le secteur du handicap s'est d'abord construit sur l'idée d'assistance aux personnes. La reconnaissance et la prise de responsabilité de l'État vis à vis du handicap datent de 1975 avec la loi du 30 juin en faveur des adultes handicapés⁵⁵. On assiste alors progressivement à un changement de paradigme en passant de l'assistance à la compensation du handicap. Cette approche en termes de compensation est liée au concept d'égalité des chances pour garantir aux personnes en situation de handicaps les mêmes possibilités au quotidien : accès à l'éducation, à l'espace public, ... (Gucher, 2008). C'est la Classification Internationale du Fonctionnement humain (CIF) de l'OMS en 2001 qui introduit une approche plus globale du handicap et une approche plus complexe par rapport aux facteurs à prendre en compte « pour déterminer les activités et la participation de la personne » (Ennuyer, 2014, p.101). « Cette description multidimensionnelle de l'état de la personne handicapée permet de déterminer le niveau de son handicap et donc de ses besoins. La définition des besoins permet de rationaliser et d'orienter le choix des interventions médicales, sociales et rééducatives nécessaires qui sont de plus en plus réalisées à l'aide des nouvelles technologies » (Laila, 2009, p.38). Les politiques publiques de la vieillesse et celle du handicap se sont construites sur des « fondements anthropologiques » différents (Gucher, 2008), elles ont connu au cours de ces dernières décennies des rapprochements et des éloignements en termes de philosophie mais aussi en termes de gestion administrative. Aujourd'hui, ces deux champs sont bien distincts malgré des caractéristiques communes. Ils sont régis par des lois différentes et par des institutions différentes. Ils ont des outils de gestion ainsi que des réponses institutionnelles différents. Cette situation est loin d'être consensuelle et soulève des interrogations notamment d'un point de vue éthique et en ce qui concerne le suivi et la fluidité du parcours des personnes vieillissantes en situations de handicap. Par ailleurs, la délimitation administrative de 60 ans est perçue pour certains comme discriminatoire et déconnectée des vécus individuels (Ennuyer, 2011, 2013 ; Baudot, 2016).

⁵⁵ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

2.1.2 Définitions et reconnaissances institutionnelles des aides techniques

Dans cette approche compensatoire du handicap, les aides techniques ont donc rapidement trouvé leur utilité en complément de l'aide humaine ou de l'aide financière. Il existe une définition internationale qui est celle de la norme « ISO 9999 ». Cette norme, révisée tous les cinq ans et intitulée *Produits d'assistance pour personnes en situation de handicap* définit les aides techniques comme « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap » (Lecomte, 2003). Dans son rapport, le Pr Lecomte (2003) fait la synthèse des différentes classifications sur les aides techniques. Il montre qu'entre 1985 et 1995, quatre rapports se sont concentrés sur les aides techniques et ont souligné différents manques et constats comme :

- « Le manque de données épidémiologiques
- Le manque d'information sur les besoins des personnes en situation de handicap
- L'absence de fiabilité des matériels
- L'absence de conseils compétents, faute de connaissance et de recensement des produits
- La nécessité d'une approche globale et d'évaluation personnalisée des besoins de chaque personne
- L'influence du remboursement sur le choix des matériels
- La compétence variable des revendeurs et l'absence de structuration de la distribution
- L'absence d'essais effectifs du matériel
- Le financement dispersé, éclaté, hétérogène et trop compliqué des produits
- La nécessité d'évaluation du suivi des préconisations » (p.16)

Ensuite, de 1995 à 2001, plusieurs rapports se sont succédé et ont surtout insisté sur les difficultés de financement des aides techniques. La loi 30 juin 2004⁵⁶ a créé la CNSA et depuis 2006 elle a pour objectifs de :

⁵⁶ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- « Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs, des résidences-autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quels que soient l'âge et le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources et en apportant un appui technique aux acteurs locaux pour favoriser l'harmonisation des pratiques
- Assurer une mission d'animation de réseau, d'appui et d'harmonisation des pratiques
- Assurer une mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles
- Faciliter l'accès aux actions de prévention et aux aides techniques
- Assurer un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap »⁵⁷

Concernant les aides techniques, la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit « l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue »⁵⁸ via la CNSA. Depuis cette loi, la CNSA est chargée du pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, à l'information et au conseil sur les aides techniques. Elle doit aussi instaurer une évaluation de ces dispositifs en fonction des besoins des personnes et enfin elle doit assurer la qualité et l'équité des conditions de leur distribution (CNSA, 2017a). Pour amorcer ces nouvelles missions, la CNSA avait animé un observatoire des aides techniques entre 2007 et 2014. Cet observatoire avait pour mission de mieux connaître et comprendre le marché des aides techniques et d'apporter des connaissances utiles aux

⁵⁷ <http://www.cnsa.fr/qui-sommes-nous/missions>.

⁵⁸ Article 3 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

consommateurs et aux professionnels⁵⁹. Cet observatoire n'a plus été actif depuis plusieurs années mais il est, comme nous l'avons vu, à l'agenda de la nouvelle feuille de route de l'association France Silver Eco. Par ailleurs, la loi définit « les équipements et aides techniques individuelles [...] comme] tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus. Ils doivent contribuer :

- à maintenir ou améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne
- à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne
- à favoriser ou accompagner le maintien ou le retour à domicile »⁶⁰

2.1.3 Financement

Les aides techniques sont donc des dispositifs dont le financement peut en partie ou en totalité être pris en charge par différentes institutions publiques. L'assurance maladie finance un certain nombre de dispositifs médicaux assimilés aux aides techniques. On retrouve ces différents produits dans la Liste des Produits et Prestations (LPP). La LPP est une nomenclature des différents dispositifs classés par catégories et précisant la hauteur du remboursement proposé. Dans sa mise à jour réglementaire de juillet 2017, la LPP présente différentes catégories de produits ou de prestations⁶¹ :

- Les dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement des pathologies spécifiques. On retrouve par exemple les dispositifs d'autosurveillance du diabète, les dispositifs relatifs à l'oxygénothérapie, à l'insuffisance respiratoire ou encore à la perfusion et à la nutrition (entérale, parentérale). C'est aussi dans cette catégorie que l'on trouve les lits médicalisés, les soulèvements malades ou verticalisateurs, les cannes, les déambulateurs ou encore les dispositifs anti-escarres (cousins, matelas)

⁵⁹<http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/aides-techniques/lobservatoire-du-marche-et-des-prix-des-aides-techniques>.

⁶⁰ Article R. 233-7 du décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

⁶¹ https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3917/document/lpp_assurance-maladie.pdf.

- Les orthèses et les prothèses. On retrouve ici tous les dispositifs liés à l'optique ou à la surdité
- Les dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine. Sont rassemblés ici les différents types d'implants (articulaires, vasculaires, ...), les stents ou encore les endoprothèses
- Les véhicules pour handicapés physiques où l'on retrouve la déclinaison de tous les fauteuils roulants possibles (électrique, sportif, verticalisateur, ...)
- Les dispositifs médicaux invasifs

L'assurance maladie prend donc en charge une large gamme de dispositifs assimilés aux aides techniques selon la définition donnée précédemment. Certaines mutuelles peuvent prendre en charge la partie non remboursée par l'assurance maladie et la CNSA, dans le cadre de ses dotations aux Conseils Départementaux pour l'APA et la PCH, participe également au financement des aides techniques.

En conclusion, une différence majeure entre les aides techniques et les gérontechnologies est le caractère institutionnalisé des aides techniques. En effet, elles sont reconnues comme telles car elles ont une définition qui fait consensus à l'échelle nationale et même internationale et elles jouissent d'une reconnaissance institutionnelle par l'implication publique dans leur financement. Contrairement à Lachal (2015) qui associe aux gérontechnologies la notion d'innovation et qui exclut tous les dispositifs médicaux de ses composantes, nous considérons que les gérontechnologies englobent les aides techniques. On ne cesse de parler de la nécessité de considérer les personnes âgées dans la globalité de leur existence. Ainsi, comment bannir les aspects relatifs à la santé et à la prise en charge médicale pour des objets et services (les gérontechnologies) qui s'adressent à des utilisateurs pour qui la santé occupe une place importante dans le quotidien.

2.2 Nombreuses classifications : confusion entre domaines d'application, services rendus et utilité sociétale

Une autre manière de définir les gérontechnologies est de s'intéresser aux différentes classifications proposées dans la littérature scientifique et institutionnelle. Elles sont très nombreuses eu égard à la densité de publications sur le sujet. Il est toutefois possible de les trier et de les analyser en fonction des critères et des objectifs poursuivis dans l'élaboration de ces classifications. Il a été possible de dégager trois types de classification : Les classifications par rapport aux potentiels industriels, par rapport aux services rendus et pour répondre à un contexte particulier. Pour éviter l'effet de catalogue, nous proposons de présenter seulement quelques exemples par type de classification.

2.2.1 Les classifications pour le potentiel industriel des gérontechnologies (ou des domaines d'application)

Le rapport Alcimed (Poulain *et al.*, 2007) qui portait une étude prospective sur les technologies de la santé et de l'autonomie a dégagé six types de technologies ayant un potentiel industriel à moyen et long terme.

Tableau 8. Classification des technologies ayant un potentiel industriel dans les 5 à 10 ans en 2007

Types de technologies à potentiel industriel	Exemples
Les dispositifs de rappel de tâches et de stimulation	Logiciels paramétrables
Les aides techniques pour la motricité	Déambulateur intelligent
Les technologies d'interface	Dispositif permettant la transformation du discours oral en discours écrit en temps réel
Les outils de communication spécifiques	Technologie basée sur une centrale inertielle qui cartographie l'environnement et permet de situer les déplacements de la personne en mesurant ses écarts par rapport à des points de repères
La domotique	Élaboration de standards communs dans la conception des bâtiments publics, permettant une accessibilité universelle
La robotique	Robot animal

Source : (Poulain et al., 2007)

La Silver Économie propose une classification en termes de secteur industriel dans lesquels elle regroupe les biens et les services pouvant œuvrer pour les personnes âgées

Tableau 9. Classification des secteurs industriels de la Silver Économie en 2013

Secteurs industriels	Exemples
Habitat	Domotique, urbanisme, architecture, hébergement collectif, logement adapté (MAD), efficacité énergétique...
Communication	Téléphonie mobile, tablettes tactiles, accès internet, réseaux sociaux
Transport	Transports mieux adaptés, solution à trouver au « dernier kilomètre »
E-Autonomie	Téléassistance active/passive/évoluée, bouquets de services
Alimentation	Produits alimentaires pour âgés, bouchées alimentaires senior
Sécurité	Télévigilance, téléassistance, mode de paiement, gestion bureautique
Santé	E-santé, nutrition, télé médecine, m-santé
Services	Service à la personne, portage de repas, assurances
Distribution	Adaptation du parcours du consommateur, adaptation des packagings
Loisirs	Jeux, fitness, stimulation sensorielle, intergénérationnelle
Travail	Télétravail, formation et soutien des aidants familiaux
Tourisme	Tourisme des seniors

Source : Contrat de filière Silver Économie⁶²

Le guide Adhap'lab réalisé dans le cadre du réseau d'aide à domicile Adhab Services classe les innovations selon six catégories.

⁶² Contrat de filière Silver Économie, 12 décembre 2013, 151 p.

Tableau 10. Classification des innovations qui facilitent le maintien à domicile selon le domaine d'application en 2016

Domaines catégoriels des innovations pour le MAD	Exemples
Nutrition	Fourchette intelligente, cuillère « anti tremblements », verre connecté
Santé	Pilulier intelligent, vêtement connecté, tensiomètre connecté
Communication	Téléphones, applications, interfaces simplifiés
Habitat / Sécurité	Téléalarme, détecteurs de chute
Vie quotidienne / Loisirs	Canne connectée, application pour retrouver ses lunettes, amplificateur auditif
Robotique	Robot d'assistance (Aïdo, Paro, Nao)

Source : le guide Adhap'lab⁶³

2.2.2 Les classifications par rapport aux services rendus

Cornet et Carré (2008) proposent une classification par rapport aux services rendus aux personnes âgées.

⁶³ « Adhap'lab les innovations qui facilitent le maintien à domicile », Adhap Service, 21 p.

Tableau 11. Classification des technologies selon le service rendu

Technologies en fonction des services rendus	Exemples
Au service de la santé	Les dispositifs médicaux implantables actifs (stents, implants auditifs), Les techniques médicales (imagerie assistée d'un ordinateur, ingénierie tissulaire), Les systèmes embarqués mobiles et/ou portés pour le suivi des paramètres vitaux doublés d'un système de transmission automatique, Téléconsultations
Au service du mieux vivre (notamment MAD)	Habitat intelligent (capteurs d'alarme, de régulation et de contrôle), Système de géolocalisation porté,
À la stimulation des capacités mentales et physiques	Dispositif d'aide-mémoire vocal, jeux vidéo, Technologies de remise en forme
Au maintien des liens sociaux	Échanges par internet

Source : (Cornet et Carré, 2008)

2.2.3 Les classifications pour répondre à un contexte particulier

On trouve dans la littérature des classifications des gérontechnologies par rapport à des contextes précis et particuliers. Le contexte de la maladie d'Alzheimer est très représenté dans cette approche. Rialle (2007a) propose une classification des gérontechnologies pour répondre aux besoins sociaux et médicaux fondamentaux. En réalité, on se situe plutôt dans une classification des gérontechnologies pour répondre aux conséquences de la maladie et donc dans une approche plus médicale que sociale.

Tableau 12. Classification des gérontechnologies pour accompagner la maladie d'Alzheimer

Besoins médicaux et sociaux	Exemples
Isolement social	Communication visiophonique, téléconsultation, visiophonie de lien social
Chutes, perte de mobilité et troubles de l'activité	DéTECTEURS de chute, télé-suivi des paramètres biologiques, systèmes de mesure du comportement, déambulateur
Fugues et errance	Capteurs de présence, système de géolocalisation
Angoisses du malade	Lampe intelligente, robot animal
Troubles de la cognition	Système de stimulation cognitive

Source : (Rialle, 2007a)

Rialle évoque également l'existence de robots domestiques comme les robots d'assistance, les robots de travaux ménagers ou les robots humanoïdes.

Toujours en lien avec la maladie d'Alzheimer, présentons cette autre classification issue des travaux de Rigaud et de ses collègues (Rigaud *et al.*, 2011). Ils présentent différentes technologies en fonctions des aides qu'elles peuvent apporter aux personnes atteintes de troubles cognitifs.

Tableau 13. Classification des aides pour les troubles cognitifs

Aides apportées	Exemples
Aides cognitives	Rappel de la prise de médicaments et agenda, les environnements virtuels, les stimulations cognitives informatisés
Aides au contact social	Téléphone simplifié à une touche
Aides pour le suivi de la santé et la sécurité	Capteurs de chute, capteurs de suivi des paramètres biologiques, système de géolocalisation, maison intelligente (capteurs de présence et de mouvements, capteurs d'ouverture de porte, de franchissement de seuil, de contrôle d'eau, de gaz, d'électricité)
Les robots	Robots sociaux et assistants
Demandes d'infos concernant la maladie d'Alzheimer et le soutien	Plateforme interactive avec mise à disponibilité de ressources éducatives et didactives, Supervision à distance

Source : (Rigaud et al., 2011)

Au début des années 2000, l'équipe pionnière de la Gerontechnology a proposé une matrice des portées de la discipline (Bronswijk *et al.*, 2002) en couplant les objectifs de l'intervention technologique avec les finalités relatives aux domaines de l'activité humaine. Cette approche est très intéressante mais uniquement centrée sur les personnes âgées elles-mêmes.

Graphique 11. Matrice des portées de la Gerontechnology

Objectif/ intervention technologique	Finalité/ domaine de l'activité humaine				
	<i>Santé & auto-évaluation</i>	<i>Logement & vie domestique</i>	<i>Mobilité & transport</i>	<i>Communication & gestion</i>	<i>Travail & loisirs</i>
<i>Amélioration & satisfaction</i>					
<i>Prévention & engagement</i>					
<i>Compensation & assistance</i>					
<i>Support des soins & organisation</i>					

Source : (Bronswijk et al., 2002)

En plus de ces différentes classifications, on trouve des catégorisations de ces gérontechnologies avec par exemple la distinction entre les technologies de « substitution ou de compensation » et les technologies de « renforcement » (Bobillier Chaumon & Ciobanu, 2009) ou encore la distinction entre les technologies de « compensation », de « communication » et de « promotion de la santé » (Gondo, 2016).

À la lecture de ces différentes classifications, il est possible de dresser un certains nombres de constats. En fonction de l'angle privilégié et des critères de catégorisation choisis, les classifications diffèrent mais s'articulent toujours autour des mêmes technologies. Toutefois les technologies purement médicales sont souvent exclues. Il y a souvent un mélange entre des objets et services qui existent effectivement et sont commercialisés et des objets ou services en cours de conception, de production voire même dans une logique prospective.

2.3 Des gérontechnologies aux TSA (Technologies de la Santé et de l'Autonomie)

On retrouve aussi dans ces classifications une confusion par rapport aux besoins des personnes. Cela peut s'expliquer à travers deux éléments. Le premier est lié à la difficulté d'identifier et de mettre en lumière les besoins des personnes. C'est difficile car les individus ne sont pas forcément en mesure d'exprimer leurs besoins soit parce qu'ils n'en ont pas conscience soit parce qu'on ne leur offre pas l'espace pour le faire soit parce qu'on les impose à eux. A ce propos, nous aurons l'occasion de discuter de « l'injonction du bien vieillir » (Billé & Martz, 2010 ; Balard, 2013 ; Alvarez, 2014, 2016) plus précisément dans le chapitre 7. Du point de vue des personnes âgées, les besoins n'évoluent pas forcément en phase avec les représentations des besoins, les « manières de se représenter les technologies se développent de façon autonome, sans que le lien soit toujours établi avec les besoins de la vie quotidienne. Dit autrement, deux mondes coexistent en termes d'images mentales chez les personnes âgées : le monde des solutions probables à leurs difficultés et le monde de leur expérience quotidienne. Les deux ne se croisent pas spontanément. Ainsi les représentations ne sont pas susceptibles d'évoluer en fonction des besoins avérés mais seulement à travers l'usage » (Gucher, 2014, p.118). C'est difficile également parce qu'en fonction du mode de recueil des besoins (questionnaires, entretiens, ...), de nombreux biais peuvent interférer. Le second élément est lié au fait que les gérontechnologies ne s'adressent pas uniquement aux personnes âgées mais aussi à leurs entourages qu'ils soient professionnels ou familiaux et rencontrent, à une échelle différente, des besoins sociaux et économiques. Il est difficile de rendre compte de la complexité des gérontechnologies car plusieurs logiques d'acteurs s'entremêlent. Cela amène à réfléchir aux aspects éthiques de ces gérontechnologies, comme beaucoup l'ont fait précédemment et notamment en sciences sociales. « Nous nous retrouvons dans un contexte qui nous impose à la fois des impératifs économiques et sociaux qu'il semble difficile de concilier avec les besoins exprimés » (Ben Ahmed, 2012, p. 190). Enfin, ces classifications apportent des éclairages mais masquent d'une part, l'imperméabilité des différentes catégories et d'autre part, les convergences possibles des intérêts de certaines technologies en fonction des utilisateurs.

De plus, le terme de gérontechnologies pour désigner les nouvelles technologies à destination des personnes âgées et de leurs aidants ne fait pas consensus. En effet, déjà en 2013, Rialle

prônait un abandon du terme au profit des technologies pour la santé et l'autonomie (Rialle, 2013). De par son histoire en France, les gérontechnologies sont associées à la Silver Économie et à des produits entourés de marketing ce qui peut cacher leur véritable utilité. Mais surtout le terme de gérontechnologie stigmatise une classe d'âge comme une catégorie ayant besoin d'aides. Ainsi, le terme technologie de la santé et de l'autonomie, plus large et moins stigmatisant semble avoir été préféré par nombreux professionnels et les chercheurs travaillant dans le domaine. Nous verrons aussi au fil de ce travail que le terme de TSA est plus cohérent avec l'élargissement de la notion de vieillissement.

3 – Un terrain fertile de recherche

Les gérontechnologies sont des objets de recherche depuis la fin des années 1980. L'objectif de cette partie est de montrer comment celles-ci ont été étudiées et de dégager les grandes tendances de la recherche à leurs égards. Les études sur les gérontechnologies se sont cristallisées autour de quatre approches principales : L'approche utilitaire pour montrer leur utilité dans des contextes particuliers ; L'approche thématique pour montrer les réponses apportées par les gérontechnologies dans certaines situations ou aspects de la vie quotidienne (MAD, la chute, ...) ; L'approche liée à l'évaluation des gérontechnologies ; L'approche liée à l'acceptabilité des gérontechnologies.

3.1 Approche utilitaire vs Approche thématique

Ces deux premières approches sont liées puisque dans les deux cas, l'objectif est de démontrer l'efficacité ou l'inefficacité des gérontechnologies dans certains contextes. La différence de ces approches réside dans l'angle adopté. En effet, l'approche thématique s'appuie sur une certaine situation comme par exemple une situation de MAD, la maladie d'Alzheimer ou encore la chute pour en déduire ou non une réponse technologique efficace et souhaitable. L'approche utilitaire quant à elle, s'appuie sur une certaine technologie ou groupe de technologies pour démontrer ou non leur efficacité. Cette efficacité est nécessairement contextualisée en fonction d'un public, d'une maladie ou de tout autre contexte particulier.

3.1.1 Approche thématique

Une des thématiques majeures relatives aux personnes âgées en perte d'autonomie est celle de la chute. La chute chez les personnes âgées est un facteur important de morbidité. En effet, les chutes sont responsables en France de 9000 décès par an pour les personnes âgées de plus de 65 ans. De nombreux facteurs liés à l'état de santé de la personne en sont la cause : troubles de la marche ou de l'équilibre, troubles de la vue, démences. D'autres facteurs sont liés aux comportements de la personne : prise de médicaments, sous-alimentation, consommation d'alcool. Il existe aussi des facteurs liés à l'environnement de la personne : aménagement du domicile (escalier, baignoire, tapis, mauvais éclairage) et déplacements extérieurs. La grande majorité des chutes surviennent lors d'activités de la vie quotidienne. Les chutes sont elles-mêmes des facteurs importants d'entrée dans la perte d'autonomie. Les conséquences des chutes sont multiples. D'ordre physique, elles sont liées à la chute en elle-même (fractures, hématomes), au temps plus ou moins long resté à terre (déshydratation, troubles circulatoires) et aux conséquences de l'immobilisation forcée (escarres, infections post-opératoires). Elles ont également des conséquences sur l'état psychologique de la personne en lien avec la perte de confiance en soi et sur les relations sociales de la personne avec un repli marqué sur le « chez soi ». Plusieurs études se sont concentrées sur la chute pour montrer que les détecteurs de chute pouvaient diminuer la peur de tomber (Brownsell & Hawley, 2004).

De très nombreuses études s'intègrent à une réflexion autour de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie neurodégénérative et les autres pathologies associées en termes de symptômes et de conséquences sont des enjeux de santé publique importants. Le Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 (PMND)⁶⁴ qui s'inscrit dans la continuité du plan Alzheimer 2008-2012 met en lumière douze enjeux relatifs à ces maladies :

- Faciliter un diagnostic de qualité et éviter les situations d'errance
- Favoriser une évaluation globale et partagée de chaque situation et garantir l'accès à un programme personnalisé de soins
- Donner l'accès à des soins de qualité tout au long de la vie avec la maladie

⁶⁴ Stratégie Nationale de Santé, « Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 », Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 124 p.

- Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades
- Faciliter la vie avec la maladie au sein d'une société respectueuse, intégrative et volontaire dans son adaptation
- Favoriser le lien social, les liens de proximité, l'innovation sociale et lutter contre l'isolement
- Soutenir les proches-aidants dont font partie les aidants familiaux
- Atténuer les conséquences économiques de la maladie et aider au maintien d'un parcours professionnel pour les malades jeunes
- Faire des droits de la personne et de la réflexion éthique un levier de la conduite du changement
- Dynamiser et mieux coordonner la recherche sur les MND
- Mieux comprendre les MND pour prévenir leur apparition et ralentir leur évolution
- Rendre effective la démocratie sanitaire et structurer la gouvernance dans le cadre de la mise en œuvre du PMND

Certaines technologies sont spécifiquement créées pour répondre à ces enjeux et sont discutées par la recherche. Rialle en premier lieu a réalisé une thèse en Génie Biologique et Médical intitulée « Technologies et Alzheimer, Appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer » (Rialle, 2007b). Hein et ses collègues (2012) évoquent les « pistes de réflexion et les outils technologiques existants concernant le diagnostic des pathologies cognitives, la stimulation cognitive préventive ou curative et les moyens de pallier le retentissement fonctionnel de ces maladies » (p.352). Et Rigaud et ses collègues (2011) se sont intéressés aux différentes aides que pouvait apporter la technologie dans le contexte de la maladie d'Alzheimer à la fois aux personnes malades et à leurs aidants (tableau 14).

Tableau 14. Dispositifs technologiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et leurs aidants

Domaine	Objectifs	Exemples de technologies utilisées	Population cible	Potentiel d'industrialisation
Aides cognitives	Rappel de prise de médicaments, rendez-vous	Pilulier et agenda électronique	Aidant familial ou patient à un stade léger	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans de systèmes de rappel de tâches
	Stimulation cognitive	Ordinateur + écran tactile	Patient seul ou + aidant familial et professionnel	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans de logiciels de stimulation cognitive Disponibilité dans 5 à 10 ans d'outils de réalité virtuelle
Aides au contact social	Communication (téléphone, visiophone)	Téléphone simplifié Ordinateur ou écran TV + logiciel vidéoconférence	Patient et aidant familial	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans de système de visiophonie Disponibilité à 5 à 10 ans de systèmes de communication interactifs Disponibilité dans plus de 10 ans d'interfaces haptiques (donnant la sensation du toucher)
Sécurité	Géolocalisation	Montre ou boîtier GPS	Patient et aidant familial	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans
	Capteurs de chutes, de pouls	Bracelet ou boîtier	Patient	
	Capteurs de présence, de mouvement	Bracelet ou boîtier détecteur ou matelas	Patient	
	Habitats intelligents, robinets, appareils ménagers (gaz, électricité), éclairage (veilleuse, chemin lumineux), ouverture de portes, centralisation des commandes	Capteurs de détection	Patient	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans d'outils domotiques Disponibilité dans plus de 10 ans d'une définition d'un standard commun dans la conception de bâtiments publics et privés permettant une accessibilité universelle
Robots (stade expérimental)	Sociaux	Chien « Aibo » Chat « NeCoRo » Bébé phoque « Paro »	Patient	Technologie existante ou disponibilité à moins de 5 ans de technologies relationnelles
	Assistants	Pearl	Patient	Disponibilité dans 5 à 10 ans (ou plus) de robot d'assistance à la manipulation d'objets
Information et soutien	Information (services, aides sociales et financières), éducation thérapeutique Soutien et partage entre aidants familiaux	Ordinateur, site/forum sur internet et eLearning	Aidant familial et professionnel Patient à un stade léger	Technologie existante
	Supervision des aidants	TV, téléphone téléassistance	Aidant familial et professionnel	

Source : (Rigaud *et al.*, 2011)

Enfin, pour ne donner que quelques exemples supplémentaires, on peut noter les recherches relatives au contexte de prise en charge de la perte d'autonomie : en institution (Wu *et al.*, 2014 ; Bismuth *et al.*, 2017), pour le maintien à domicile (Bobillier-Chaumon *et al.*, 2014 ; Noguès *et al.*, 2017) ou en résidence-seniors (Chirié, 2017) ainsi que les recherches liées au contexte médical comme par exemple la perte de mémoire (Cho *et al.*, 2013), le déclin cognitif (Malvy, 2016) ou encore la fracture du col du fémur (Rialle *et al.*, 2015).

3.1.2 Approche utilitaire

Cette approche tend à montrer l'utilité des gérontechnologies dans certains contextes et les bénéfices qui en découlent. On peut classer l'utilité de ces gérontechnologies en deux catégories : les bénéfices médicaux et les bénéfices psycho-sociaux. Du point de vue médical, on peut relever les études relatives à l'efficacité des psychothérapies par Internet (Barak et al., 2008), de certains types de télémédecine (Bensink et al., 2007 ; Gaikwad & Warren, 2009) et des systèmes pour améliorer la prise de médicaments (Ammenwerth et al., 2008). Du point de vue psychosocial, les études montrent que des technologies peuvent avoir des effets positifs sur l'autonomie et notamment sur les prises de décision (Nicolas et al., 2005 ; Paré et al., 2007). Les technologies visant à faciliter et encourager la communication peuvent augmenter les contacts sociaux bien que virtuels et participer à la diminution de la dépression (Griffiths et al., 2009). Les systèmes de géolocalisation peuvent diminuer le sentiment d'insécurité (Lauriks et al., 2007). De plus, ces technologies peuvent avoir un effet sur la qualité de vie, le niveau d'indépendance et la reconstruction du lien social (Aula, 2005, Karavidas *et al.*, 2005) mais aussi sur la stimulation physique et cognitive, la redynamisation du système de vie et les leviers permettant de rester acteur de son vieillissement, le sentiment d'exister encore, d'évoluer, de progresser et de faire émerger de nouvelles pratiques sociales de collaboration (Michel *et al.*, 2009a et Michel *et al.*, 2009b). « Lorsque les savoir-faire techniques sont acquis l'application est perçue comme un support d'évaluation et/ou de contrôle de ses capacités pour soi et envers les autres » (Goulinet, 2015, p.8). Enfin, « l'usage d'un environnement technologique a favorisé sinon encouragé les interactions de l'utilisateur avec son environnement social (en suscitant, par exemple, des discussions ou des pratiques collectives autour de l'outil), et a permis aussi à la personne d'obtenir en retour des signes de légitimité et de valorisation par l'utilisation d'un dispositif innovant » (Michel *et al.*, 2009a, p. 281). En somme, « Les objets technologiques ne sont pas de simples rétroprojecteurs de la vie sociale : ils agissent, façonnent, perturbent et transforment » (Le Douarin, 2014, p.64). En conclusion, nous pouvons citer les travaux de Khosravi et de Ghapanchi (2016) qui ont recensé les articles portant sur les technologies d'assistance et sur leur utilité dans des domaines variés : maladie chronique, démence, dépression, risque de chute, autonomie, observance médicamenteuse, isolation sociale et bien-être, et les travaux relatifs aux robots d'assistance (Broekens *et al.*, 2009 ; Wrobel *et al.*, 2014).

Il existe beaucoup d'articles qui soutiennent l'utilité des gérontechnologies, mais relativement peu d'évaluations sont basées sur des études solides à large échelle (Balises, 2014 ; Lachal, 2015). Il est difficile d'évaluer de façon sûre l'utilité des gérontechnologies le tout dans une approche multifactorielle et contextualisée. Pourtant différents projets ont émergé à la fois en termes de propositions de grilles d'analyse et pour tenter de questionner les enjeux éthiques et sociaux associés aux gérontechnologies.

3.2 La question de l'évaluation

La question de l'évaluation des gérontechnologies est complexe car elle s'articule autour de plusieurs niveaux. L'objectif de cette partie est de montrer à la fois les efforts réalisés par rapport à l'évaluation des gérontechnologies à travers notamment la présentation de différentes grilles d'analyse ou méthodologies et de comprendre les éléments qui sont à la base du caractère complexe de ces évaluations. Si l'on reprend la définition des gérontechnologies comme toutes les technologies œuvrant dans le champ de la santé et de l'autonomie à destination des personnes âgées et/ou de leur entourage familial et/ou professionnel, l'évaluation se pose déjà en plusieurs termes. Pourquoi évalue-t-on ? Pour qui ? Comment évalue-t-on ? A quel moment ? En amont de la conception, pendant la conception ou après la conception ? Dans quelles conditions évalue-t-on ? Comment intègre-t-on les résultats des évaluations ? Quelles prises en compte et reconnaissances des évaluations ?

3.2.1 Des questionnements éthiques au fondement de l'évaluation

Nous l'avons vu, les gérontechnologies suscitent de nombreux espoirs mais elles suscitent également de nombreuses craintes. Trois craintes majeures ont pu être identifiées à travers la littérature relative aux questionnements éthiques des gérontechnologies (Couturier, 2006 ; Rialle, 2007a ; Ben Ahmed, 2012 ; Ennuyer, 2014 ; Gucher, 2014 ; Rialle, 2015). Premièrement, on retrouve des craintes relatives à la préservation de l'intégrité humaine. Ainsi, on interroge la capacité de ces nouvelles technologies de garantir voire d'amplifier l'autonomie des personnes ; De garantir l'intégrité morale et physique des individus ; De garantir leur liberté de choix tout en préservant leur intimité ; De garantir une utilisation raisonnée des données de santé. Du point de vue des individus, les travaux en sociologie du vieillissement offrent une perspective nouvelle sur l'incidence de l'utilisation des nouvelles technologies sur la continuité identitaire des individus (Caradec, 2007). Selon Gucher,

l'utilisation de nouvelles technologies engage et modifie le rapport de soi à soi, de soi aux autres et du monde à soi par une triple équation paradoxale au cœur de nombreux questionnements éthiques. Dans notre société moderne l'accès aux nouvelles technologies est un marqueur de réussite et d'insertion sociale et témoigne donc de capacités alors que ces mêmes technologies dans le domaine de la perte d'autonomie reposent sur le postulat d'un déficit. Elles comportent alors « un effet stigmatisant qui opère au détriment de son effet de valorisation » (Gucher, 2012, p.31). De plus, elles résultent à la fois d'une demande d'aide de par l'état de fragilité des personnes concernées qui doivent à la fois faire preuve d'esprit d'entreprise dans la familiarisation et l'adaptabilité à ces nouveaux supports techniques. Enfin, « elles reposent sur des formes de sociabilité particulières qui supposent des compétences sociales et relationnelles qui font justement cruellement défaut à ceux qui vivent difficilement l'isolement et la solitude » (*ibid*, p.31).

Deuxièmement, on retrouve des craintes relatives à la bataille entre la rentabilité et le bien-être. En effet, dans un contexte de crises économiques récurrentes et de restrictions budgétaires, les gérontechnologies (comme toute autre action sociale) se trouvent tiraillées entre une nécessaire rentabilité économique ou du moins des investissements utiles et une indispensable efficacité de la réponse sociale. Les craintes naissent de la peur que le désir d'économies prenne le pas sur les conditions de bien-être des individus et que la réponse aux besoins des personnes passe au second plan. L'évaluation se veut et devrait pouvoir garantir une efficacité en termes de réponse sociale en toute intelligence économique.

Enfin troisièmement, on retrouve des craintes relatives à la persistance d'un certain modèle de société. La technologie imprègne aujourd'hui toutes les sphères de la société et la fameuse et récurrente peur du remplacement de l'homme par la machine est omniprésente. Cette forme de résistance se matérialise dans le combat contre les dérives sécuritaires, technicistes et inégalitaires potentielles de la technologie. Dans la sphère du social, du sanitaire et du médico-social c'est surtout la modification des rapports sociaux qui fait peur. « Le développement de techniques, susceptibles de remplir des fonctions jusqu'alors indissociables de la présence de tiers humains -fonctions de surveillance, de présence, de lien, de soins...- ouvre le débat des choix individuels, professionnels et collectifs entre sécurité et liberté, entre autonomie individuelle et solidarités collectives, entre technicité et humanisme » (Gucher, 2014, p.8).

3.2.2 La valeur de l'objet comme guide : l'évaluation institutionnelle

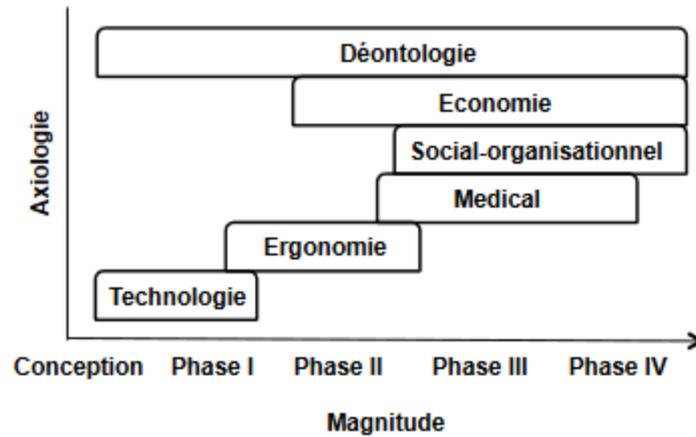
Si le passage des gérontechnologies aux TSA a été justifié, l'inclusion des dispositifs médicaux au sein de ces technologies n'est pas anodine par rapport à la question de l'évaluation. En effet, en fonction de l'objectif donné à l'objet (prévention, préservation de l'autonomie) et de la valeur de l'objet au sens de Ben Ahmed (2012) c'est à dire le résultat de l'évaluation, l'objet ne sera pas soumis au même processus de mise sur le marché. En France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a pour mission d'encadrer et de contrôler le cycle de vie et la mise sur le marché des médicaments et des dispositifs médicaux. Il existe plusieurs catégories de dispositifs médicaux (DM) : classe I, classe IIa, classe IIb, classe III, DMIA (Dispositifs Médicaux Implantables Actifs) et DMDVI (Dispositifs Médicaux de Diagnostic In Vitro). La plupart des gérontechnologies évoquées se trouvent en classe I c'est-à-dire dans la catégorie la moins dangereuse et la moins invasive. Pour cette catégorie, la mise sur le marché dépend de la certification d'un organisme notifié ou du fabricant. Le contrôle de l'État se passe a posteriori de la mise sur le marché. Pour les autres dispositifs médicaux, relevant des autres classes, le circuit est forcément un peu plus complexe et plus contrôlé. Ainsi, il ne s'agit pas de la même évaluation ni même du même parcours commercial si on parle d'un verticalisateur ou d'un robot thérapeutique.

3.2.3 Des propositions d'évaluation

Le caractère complexe et multidimensionnel de l'utilisation des gérontechnologies entraîne une nécessaire prise en compte de ces différentes dimensions pour l'évaluation. C'est l'objectif que se sont fixé plusieurs équipes de recherche à travers la mise en place de méthodologies et de grilles d'évaluation. Dans sa thèse, Lachal (2015) fait une revue de littérature sur l'évaluation des gérontechnologies. Pour rappel, Lachal prend comme définition des gérontechnologies des innovations qui apportent un soutien direct ou indirect à l'autonomie ou à une pathologie liée au vieillissement en excluant les dispositifs médicaux. Dans son étude, il relève 5130 articles en lien avec la thématique de l'évaluation des gérontechnologies et il n'en conserve que 95 pour sa revue de littérature. Ils montrent qu'il n'y a pas d'homogénéité méthodologique, que les termes sont rarement définis (notamment dans le cas de la chute), qu'il y a très peu d'études randomisées, de cohorte ou expérimentales (type avant-après) et que ces évaluations sont rarement multidimensionnelles. Par exemple, seulement 30% des études évoquent et discutent les contraintes économiques.

Rialle et Vuillerme ont développé ce qu'ils nomment « un espace d'évaluation à six dimensions » intitulé TEMSED pour les dimensions Technologique, Ergonomique, Médicale, Sociale, Économique et Déontologique. « La dimension *technologique* concerne l'évaluation des performances, de la robustesse et de la fiabilité, notamment en termes d'indicateurs référencés ; La dimension *ergonomique* concerne l'évaluation du rapport utilisateur/dispositif technique ou de services ; La dimension *médicale* concerne l'évaluation du Service Médical Rendu : possibilités de voies nouvelles de pratiques thérapeutiques non médicamenteuses, augmentation/amélioration du maintien à domicile, adaptabilité du dispositif en fonction d'une évolution de maladie ; La dimension *sociale* concerne l'évaluation du Service Social Rendu : amélioration du soutien à domicile, création de services à la personne ; La dimension *économique* concerne l'évaluation en terme d'indicateurs de coûts et de gains effectifs dans toutes les dimensions de la vie économique et sociale ; bilan financier global de toutes dimensions du modèle ; La dimension *déontologique* concerne l'évaluation des technologies en terme de respect des droits et des devoirs des parties prenantes, de clarté et fiabilité des contrats, de recours » (Rialle & Vuillerme, 2009, p.1). Par la suite, Rialle éclaire davantage cette méthodologie en la structurant en quatre phases distinctes : « La phase I concerne les aspects purement Techniques (fiabilité, robustesse...), de très petite taille en termes de nombre de sujets inclus. La phase II concerne la relation directe de l'utilisateur au dispositif. Il s'agit de tester, l'Ergonomie, l'acceptabilité... du dispositif développé. A cette étape, l'échantillon est de petite taille. La phase III concerne l'impact sur la pratique Médicale ou Sociale et organisationnelle selon le but du dispositif. L'échantillon est alors de taille moyenne. A ce stade, il est nécessaire d'étudier à la fois le service rendu par la technologie, mais aussi l'intervention humaine associée à cette technologie. Cette étape de conceptualisation de l'intervention associée est trop souvent considérée comme allant de soi et mal prise en compte au moment de la conception, ce qui conduit à des technologies inutilisées faute d'adéquation aux acteurs et à leurs contextes réels de travail et de besoins. La phase IV concerne la capacité de diffusion à grande échelle du dispositif et concerne des échantillons de grande taille ; à noter cependant que l'étude de viabilité Économique, nécessairement liée à cette phase, peut commencer dès la phase III » (Rialle *et al.*, 2013, p.15). Ces différentes phases sont représentées sur le graphique suivant.

Graphique 15. Chronologie des phases d'évaluation selon la méthode TEMSED



Source : (Rialle *et al.*, 2013)

Cette chronologie peut être discutée car, d'une certaine manière, elle donne la primauté aux aspects purement technologiques. Mais c'est un choix qui est justifié, « son évaluation ne survient qu'après celle des aspects techniques, en raison du fait qu'il faut d'abord disposer d'un objet fonctionnel et fiable (phase I) pour pouvoir en apprécier ses rapports à la personne humaine » (Rialle *et al.*, 2013, p.16). A notre connaissance, la méthodologie TEMSED n'a pas encore été mobilisée en dehors de l'équipe initiale. Par contre, on retrouve dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle, proposées par le TASDA et déjà évoquées plus haut, les mêmes assises théoriques. Rien d'étonnant à cela étant donné les liens (CHU de Grenoble notamment) entre cette équipe de recherche et le TASDA.

En France, une grille d'évaluation des TIC en santé et autonomie a été développée par Picard (qui a déjà été évoqué pour ses travaux sur les LLSA) et Le Goff-Pronost (Institut Telecom Bretagne) (Le Goff-Pronost & Picard, 2011). Cette grille est constituée de deux grilles : « Une grille d'instruction dont l'objectif est l'évaluation en amont de projets soumis à appel à projet en vue de la prise de décision d'allocation de ressources et une grille d'évaluation lorsque le projet est en phase opérationnelle » (Lachal, 2015, p.75). La grille d'instruction comporte 6 axes : Stratégie, Technologie, Organisation, Qualité, Économie et Gestion de projet. La grille d'évaluation comporte 5 axes : Stratégie, Technologie, Organisation, Qualité, Économie. Cette grille a été pensée comme un outil pour les investisseurs publics ou privés (sélection d'offres dans le cadre d'appels à projet) et aux industriels.

3.3 Acceptabilité des gérontechnologies : que sait-on ?

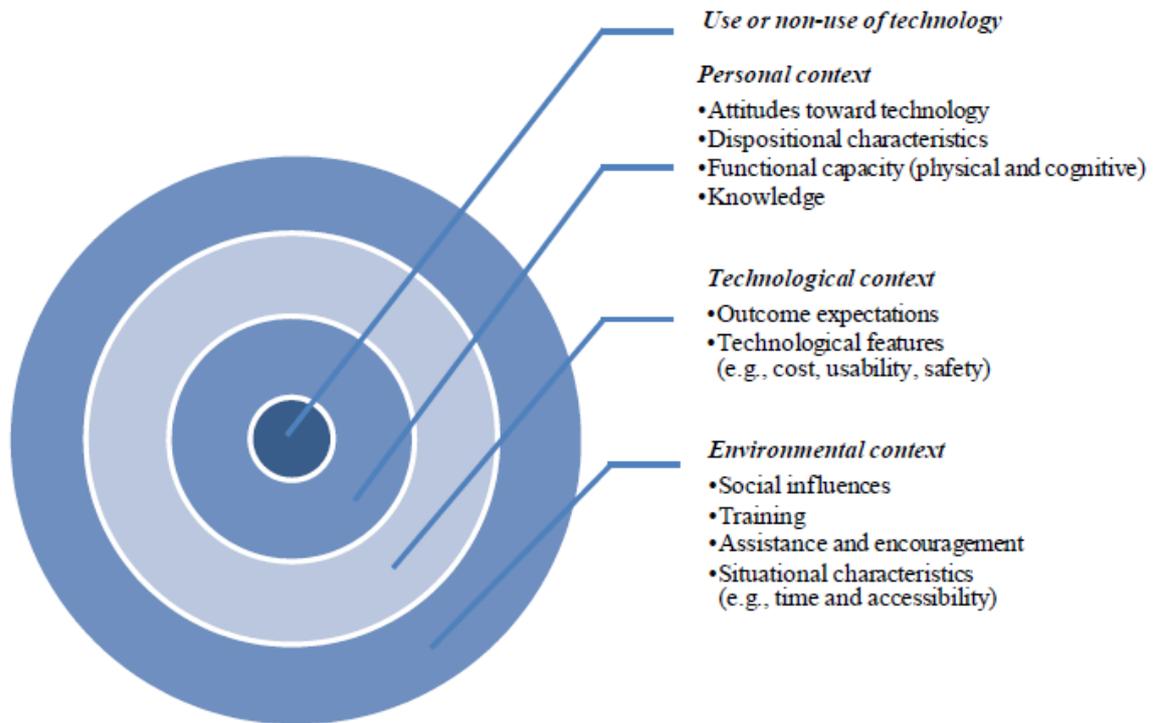
Après avoir rappelé les bases théoriques de l'acceptabilité et avoir proposé une définition dans le chapitre 1, l'objectif de cette partie est de faire un point sur la connaissance relative à l'acceptabilité, plus spécifique, des TSA. Ce terrain très fertile de recherche ne permet pas de rendre compte de manière exhaustive des différents travaux réalisés sur le sujet mais prétend présenter les travaux des équipes de recherche les plus investies sur le sujet et les plus reconnues. Ainsi, nous nous attarderons notamment sur les travaux de Chen et de Chan en Chine, les travaux de Peek aux Pays-Bas et les travaux de Gucher en France.

Dans le rapport de recherche intitulé « Les technologies de l'autonomie et de la santé : entre progrès et régressions », Gucher et ses collègues (2014) consacrent un chapitre entier à la question de l'acceptabilité et des usages des gérontechnologies par les personnes âgées. Ils insistent, comme éléments fondamentaux de l'usage, sur l'importance des caractéristiques techniques et technologiques de l'objet au même titre que la familiarisation et l'intégration dans la vie quotidienne de l'objet. De plus, ils insistent sur l'importance des représentations dans le positionnement des personnes âgées face à la technologie dans le contexte particulier de l'avancée en âge. « L'expérience du besoin d'aide et de soins amène les personnes à faire l'expérience de la limitation du champ de leurs possibles, de la perspective de la finitude et de la relation de dépendance à autrui pour les actes ordinaires de l'existence. Ces trois types d'expériences, contribuent d'une part à modifier la perception et l'image de soi-même et d'autre part à revisiter son rapport au monde et à autrui. Ces mutations favorisent l'émergence de représentations renouvelées qui s'actualisent dans cette ultime forme de socialisation » (*Ibid*, p.114). Les auteurs évoquent en premier lieu les représentations sociales qu'ont les personnes âgées de la technologie et ils montrent qu'elles sont à saisir au regard de leur socialisation qui s'est déroulée dans un monde beaucoup moins technicisé. En second lieu, ils pointent l'importance des représentations présentes dans les discours et les pratiques des proches et des professionnels. En effet, l'environnement social influe d'une part sur le niveau d'information et de connaissance des technologies et d'autre part sur la vision du monde technologique dans lequel évoluent les jeunes générations et notamment les petits-enfants. Ce sont des éléments sur lesquels nous reviendrons largement dans les chapitre 5 et 6. Enfin, ils évoquent « la fabrique des représentations » ou comment l'état de santé et surtout sa dégradation est à l'origine de reconfigurations identitaires s'inscrivant dans une recherche de

continuité (Caradec, 2007 ; Gucher, 2012). Ces représentations sont fortement liées aux caractéristiques socio-économiques et culturelles des personnes. Sur cet aspect, on trouve un argument contraire dans les travaux de Le Deist et Latouille (2015) qui montrent dans leur étude sur la téléassistance, que ni le sexe ni le niveau d'éducation n'a d'influence sur l'acceptabilité. Ce qui compte par contre dans leur étude est la curiosité exprimée, le fait de vivre en ville et le niveau d'information. Toujours dans leur rapport de recherche, Gucher et ses collègues (2014), s'intéressent plus spécifiquement aux technologies de soutien aux liens sociaux et aux technologies de sécurité. Ils montrent que dans les deux cas la motivation première pour s'équiper de ce type de technologies est le soutien qu'elles procurent au système relationnel et au système d'aide. La seconde motivation est liée à la perspective de continuer la vie antérieure. Concernant les technologies de liens sociaux, les auteurs montrent que l'équipement est plus souvent volontariste que pour les technologies de sécurité qui sont souvent le fruit d'une volonté de l'entourage. Ainsi, pour les technologies de liens sociaux, les motivations pour s'équiper sont les possibilités d'aménagement des relations à distance, de lutte contre la solitude, d'affiliation avec le monde moderne, de s'informer, décider, agir et de continuer à apprendre. Pour les technologies de sécurité, les motivations sont plutôt liées au fait de rassurer et de faire plaisir aux proches et c'est souvent vécu comme un moindre mal pour pouvoir rester chez soi.

Du point de vue des facteurs œuvrant dans le processus d'acceptabilité des gérontechnologies, les travaux de Chen et de Chan (2013) sont très éclairants. Ils insistent sur l'importance du contexte social et culturel dans lequel s'intègre la technologie. Ils montrent par exemple que dans le contexte culturel chinois, les vieux exercent une forme de domination sur les jeunes et que ce sont les vieux qui sont responsables de l'éducation des jeunes qui leur doivent obéissance voire même soumission. Ainsi, l'idée de recevoir un apprentissage d'un jeune par exemple pour l'utilisation d'une technologie, menace le statut d'autorité conféré aux personnes âgées dans la société chinoise. Ils proposent une modélisation à partir de leurs données qualitatives relatives à l'acceptabilité des gérontechnologies à Hong Kong (graphique 13).

Graphique 13. Modélisation de l'acceptabilité des gérontechnologies

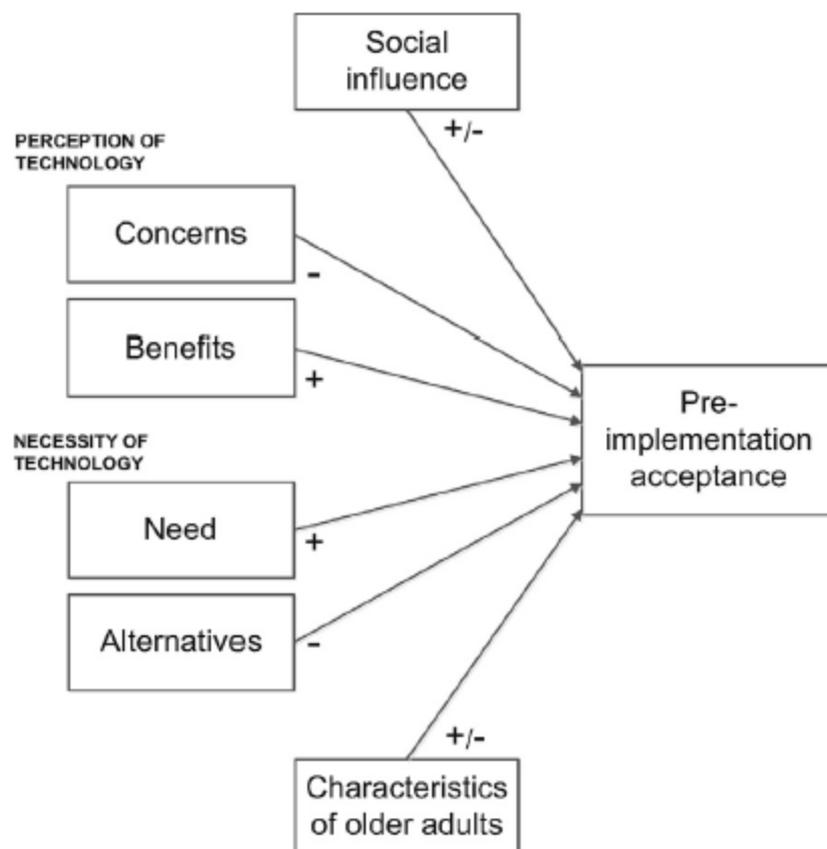


Source : (Chen & Chan, 2013)

Dans leur approche, l'usage et le non usage sont déterminés par le contexte individuel (*personal context*) c'est à dire les croyances, connaissances et capacités des individus, par le contexte technologique (*technological context*) c'est à dire toutes les caractéristiques de l'objet et par le contexte social (*environmental context*) à savoir les influences sociales notamment en termes d'assistance et d'encouragement. Par ailleurs, ils pointent le rôle important des barrières (*barriers*) et des facilitateurs (*facilitators*) dans le processus d'acceptabilité. Pour les facteurs qui font obstacle à un positionnement positif face aux gérontechnologies, ils relèvent des barrières de dispositions personnelles (*dispositional barriers*), des barrières environnementales (*situational barriers*) et des barrières technologiques (*technological barriers*). Pour les facteurs encourageant un positionnement positif face aux gérontechnologies, ils notent la capacité d'auto-évaluation positive de soi-même, les possibilités de s'entraîner, d'être assisté et d'être encouragé et la présence d'un design adapté.

Dans la continuité de ces travaux mettant en évidence les facteurs intervenant dans le processus d'acceptabilité, on peut citer les travaux de Peek et ses collègues (2014) qui mettent en évidence à partir d'une revue de littérature les facteurs d'acceptabilité qu'ils modélisent (graphique 14), et les travaux de Yusif et ses collègues (2016) qui mettent en lumière les barrières à l'adoption des technologies d'assistance. Ils proposent également une modélisation intéressante qui nous semble complémentaire à celle développée par Chen et Chan car elle intègre d'autres facteurs, le tout dans une perspective dynamique.

Graphique 14. Modèle de pré-utilisation des gérontechnologies



Source : (Peek et al., 2014)

4 – Conclusion

Les TSA sont donc un ensemble vaste de solutions technologiques à destination des personnes âgées et de leur entourage qu'il soit familial, de proximité ou professionnel qui incluent toutes sortes de réponses aux besoins accompagnant l'avancée en âge. Mais il n'existe pas de définition consensuelle car les délimitations ne sont pas les mêmes pour tout le monde. En particulier l'inclusion des dispositifs médicaux dans les gérontechnologies ne sont pas automatiques mais devraient l'être davantage sous l'appellation des TSA. Leur histoire en France est liée à celle des politiques publiques de la vieillesse ce qui les place comme des outils de ces dernières. Elles ont donc été traversées par les mêmes biais et tendent aujourd'hui à s'ouvrir à une conception plus globale du vieillissement. Initialement portées par le monde médical, elles ont dévié dans les représentations comme des outils gériatriques à destination de la compensation de la perte d'autonomie. Ensuite, les gérontechnologies ont été portées par un mouvement d'institutionnalisation de la Silver Économie. La filière bien que de plus en plus structurée semble stagner sous l'effet de la stigmatisation portée par les gérontechnologies et des contraintes financières à la fois des potentiels utilisateurs et des pouvoirs publics. Finalement, il existe une différenciation dans les termes entre les gérontechnologies comme objets marketing et les TSA comme outils de politiques publiques et objets de recherche⁶⁵.

Les questionnements éthiques, l'utilité et l'efficacité de ces TSA ainsi que le contexte institutionnel a entraîné un ensemble foisonnant de travaux de recherche adoptant différentes postures et relevant de différentes disciplines. Les travaux relatifs à l'acceptabilité des TSA sont très éclairants et permettent une base théorique riche pour le terrain qui nous intéresse. Le prochain chapitre sera donc consacré à l'étude de l'acceptabilité des TSA par les personnes âgées réunionnaises.

⁶⁵ Pour la suite de ce travail, nous privilégierons donc le terme de TSA.

Chapitre 5 Représentations, attitudes et usages des gérontechnologies par les personnes âgées réunionnaises

L'objet de ce chapitre est d'étudier l'acceptabilité des TSA par les personnes âgées dans le contexte réunionnais, déjà explicité dans les chapitres 2 et 3. Nous partons de l'hypothèse que les expériences passées intégrées dans un parcours de vie individuel et dans un contexte social particulier façonnent certaines représentations et influent sur le rapport à l'innovation et sur l'utilisation des gérontechnologies. Nous souhaitons, à travers ce chapitre, interroger le lien entre le rapport à l'innovation et l'adoption des TSA dans la société réunionnaise, identifier les enjeux et les conditions d'adoption de ces dernières et tenter d'en faire le pont avec les besoins sous-jacents aux différentes logiques d'usage. Pour répondre à cela, nous verrons dans un premier temps la nature des pratiques et des représentations technologiques et comment elles s'insèrent dans les parcours de vie des personnes âgées en définissant un certain rapport à l'innovation. Dans un second temps, nous interrogerons la notion d'acceptabilité sociale pour en dégager les mécanismes et les différents facteurs qui la composent à La Réunion en lien avec l'avancée en âge. Il sera alors possible d'aller encore davantage dans la compréhension du processus d'acceptabilité en explicitant l'usage, dans ses différentes formes, comme un résultat mais aussi comme un facteur déterminant et enfin, nous tenterons d'étendre cette réflexion à une proposition de prise en compte des besoins des personnes âgées.

1 – Des attitudes face aux gérontechnologies construites tout au long de la vie

L'analyse de la littérature scientifique sur l'acceptabilité des nouvelles technologies (chapitres 1 et 4) montre l'importance des représentations individuelles et collectives dans les déterminations de l'usage. Ces représentations, socialement construites au cours de l'existence, agissent et guident les pratiques. L'expérience que certains qualifient de « facteurs expérientiels » (Michel *et al.*, 2009a) joue à la fois sur ce qu'elle peut apporter de familiarité ou de distanciation et à la fois sur la perception d'utilité d'un objet en fonction de l'expérience positive, négative ou indéterminée, vécue dans un passé proche ou lointain. Dans cette logique et dans la continuité de l'hypothèse de travail relative à la similitude des procédés d'acceptabilité en fonction des technologies considérées, interroger l'équipement des personnes âgées en technologie et notamment en TIC apporte un premier élément introductif

aux représentations des gérontechnologies qui seront abordées dans cette section. Ces représentations se manifestent et prennent tout leur sens par l'approche contextuelle du parcours de vie des personnes âgées réunionnaises.

1.1 Équipements et pratiques technologiques

Une enquête réalisée en 2012 par l'ARCEP (2013) et le CSA sur l'équipement en communications électroniques et audiovisuelles des ménages et des individus dans les DOM apportent des informations intéressantes. L'enquête nous apprend que globalement l'équipement des Réunionnais est plus faible que celui des métropolitains. Ainsi, en 2012, 65% des Réunionnais sont équipés de téléphones fixes contre 72% des métropolitains ou encore 68% des Réunionnais sont équipés d'un ordinateur contre 75% des métropolitains. L'équipement en téléphone mobile est quant à lui de 84% pour les Réunionnais contre 88% pour les métropolitains. Comme dans beaucoup d'endroits du monde, l'équipement technologique des personnes âgées est plus faible que dans le reste de la population (tableau 15).

Tableau 15. Comparaison des taux d'équipement (en %) en TIC de l'ensemble de la population, des 50-64 ans et des plus de 65 ans en 2012 à La Réunion

Equipements	Ensemble de la population	50-64 ans	65 ans et plus
Téléphone fixe seul	11	13	52
Poste de radio fixe	67	75	73
Téléphone mobile seul	28	20	7
Téléphone mobile et fixe	58	62	33
Non équipé de téléphone	3	5	9
Ordinateur*	68	61	33
Internet*	52	52	27
Non équipé d'internet	48	48	73
Connexion à internet tous les jours	64	51	36
1 à 2 fois par semaine	13	12	15
Moins souvent	9	8	10
Jamais	14	29	39

Source : (ARCEP, 2013)
* Equipement des ménages

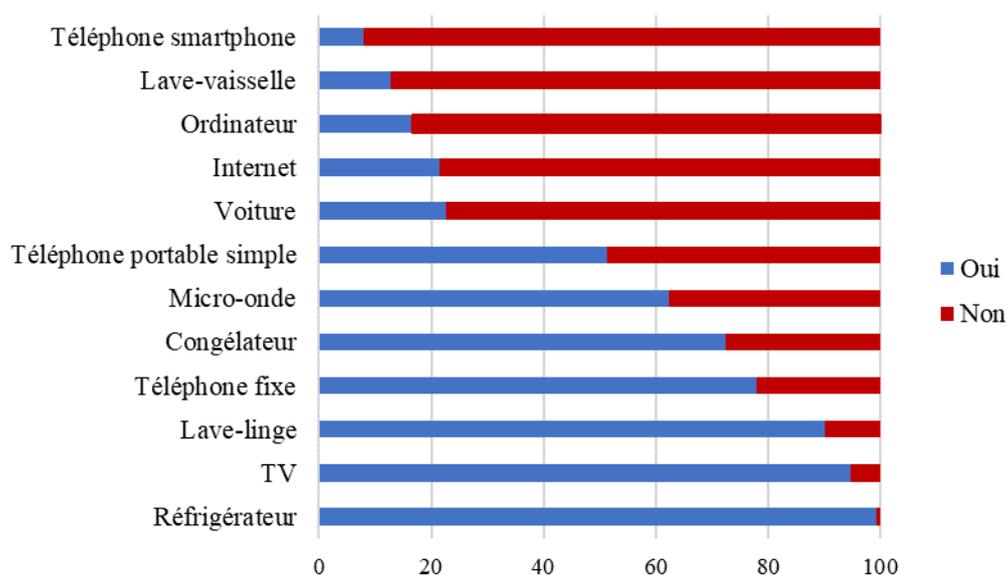
La lecture de ce tableau permet de dresser plusieurs constats. Le premier est que la catégorie des 65 ans et plus est globalement moins équipée que l'ensemble de la population réunionnaise en termes de technologies récentes. A cet égard, on peut noter que les seuls équipements pour lesquels les taux d'équipement sont plus importants chez les 65 ans et plus

sont la possession unique d'un téléphone fixe pour plus de la moitié contre 11% au niveau de l'ensemble de la population et la possession d'un poste de radio fixe pour 73% des plus de 65 ans contre 67% de l'ensemble. Pour le reste, les plus de 65 ans sont moins bien équipés en téléphones mobiles, en ordinateurs et en connexion à internet. A l'inverse, ils sont plus nombreux à ne pas être équipés de téléphones mobiles ou d'internet. Pour ce qui est de la fréquence de connexion à internet, les plus de 65 ans ont des pratiques plus occasionnelles que le reste de la population et sont plus nombreux à ne jamais utiliser internet soit 39% contre 14% pour l'ensemble de la population. Un autre constat est celui d'une différenciation générationnelle des équipements et des pratiques. En effet, si on s'intéresse à la catégorie des 50-64 ans, on constate qu'elle est comme une catégorie intermédiaire entre l'ensemble de la population et les plus de 65 ans mais souvent plus proche de l'ensemble de la population. Cette proximité de comportement vis-à-vis de la technologie pour la catégorie des 50 ans et plus en 2012 s'explique par l'ancrage de cette génération dans un monde peu technicisé de l'avant modernisation des années 1960. Cependant, il existe un effet de génération pour les plus jeunes de cette catégorie et ceci nous donne quelques indications pour l'avenir et nous laissent à voir des générations à venir plus équipées en technologies et ayant des pratiques plus fréquentes que leurs aînés.

Les personnes âgées rencontrées lors de nos différents entretiens ne sont pas toutes équipées de la même manière et on est face à une population hétérogène. Certaines personnes sont très peu équipées, même en électroménager, elles cuisinent au feu de bois, lavent le linge à la main tandis que d'autres sont davantage équipées en machines à laver le linge et la vaisselle, en robots de cuisine ou encore en TIC : téléphones portables voire smartphones, ordinateurs, tablettes, Internet. La différenciation entre les jeunes retraités et les vieux retraités a pu être observée sur le terrain. Les jeunes retraités sont d'une part, plus équipés et d'autre part, les jeunes retraités mettent plus de valeurs d'usage dans la technologie. Concernant les TIC, on constate que les personnes âgées de notre corpus sont globalement assez faiblement équipées et que les personnes qui possèdent un ordinateur ou une tablette avec Internet font figure d'exception. Les smartphones sont toutefois assez largement utilisés mais rarement pour les fonctions qui dépassent l'usage classique du téléphone (réception et émission d'appels, réception et envoi de SMS).

L'enquête réalisée en 2016 auprès des bénéficiaires des CCAS et des Actions de Santé a apporté quelques éléments complémentaires sur l'équipement des personnes âgées réunionnaises de notre corpus (Graphique 15).

Graphique 15. Biens d'équipements possédés au domicile des personnes âgées réunionnaises en 2016 (en %)

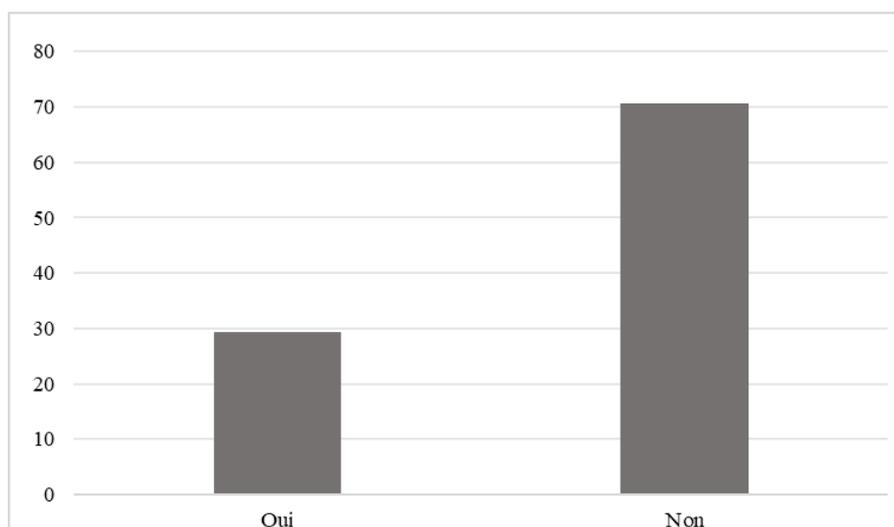


Sources : *Enquête CCAS, 2016*

On apprend que la majorité des personnes âgées interrogées possèdent une télévision (95%), un réfrigérateur (99%), un lave-linge (90%), un congélateur (72%) et un téléphone fixe (78%) qui apparaissent comme les équipements de base présents au domicile des personnes âgées. Ensuite, on trouve des biens d'équipement moins fréquents comme le micro-onde (62%), la voiture (23%) et le lave-vaisselle (13%). On peut imputer au faible pourcentage de possession de lave-vaisselle, le coût ainsi que des modes culturels d'alimentation qui ne sont pas en adéquation avec la présence d'un lave-vaisselle. La faible possession de voiture est due à deux éléments. Le premier est lié au fait de l'abandon de la conduite et donc de la possession de véhicule avec l'avancée en âge et le second est lié à la féminisation de l'échantillon et au fait que peu de femmes de cette génération ont passé le permis de conduire, elles dépendaient pour beaucoup de leur mari. Maris qui sont souvent morts plus tôt eu égard à l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. En 2015, selon l'Insee, l'espérance de vie à La Réunion était en effet de 77,1 ans pour les hommes et de 83,6 ans pour les femmes.

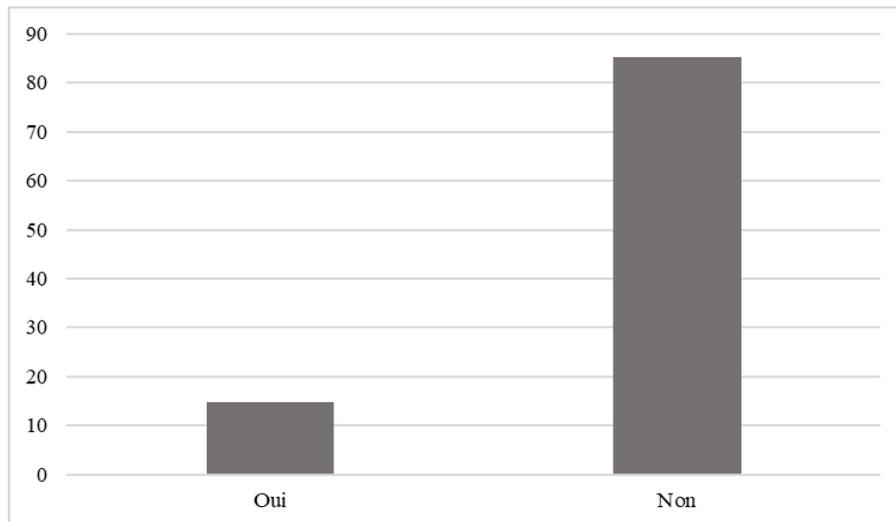
Concernant les TIC, la moitié des personnes âgées détiennent un téléphone portable et seulement 8% possèdent un smartphone. 17% ont un ordinateur et 21% ont une connexion internet. Cet écart entre les ces deux derniers objets s'explique par deux éléments. D'abord, parce que certaines personnes ont une connexion internet pour pouvoir se connecter depuis leur smartphone et ensuite, parce que certaines personnes ont une connexion pour leurs enfants et petits-enfants soit parce qu'ils l'ont demandé soit parce que c'est vécu comme un moyen ou une stratégie pour les faire venir rendre visite. Sur l'utilisation maintenant, l'enquête révèle que 71% des personnes interrogées n'ont jamais utilisé d'ordinateur (graphique 16) et que 85% n'ont jamais utilisé Skype (graphique 17).

Graphique 16. Utilisation d'un ordinateur (au moins une fois) (en %)



Source : *Enquête CCAS, 2016*

Graphique 17. Utilisation de Skype (au moins une fois) (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

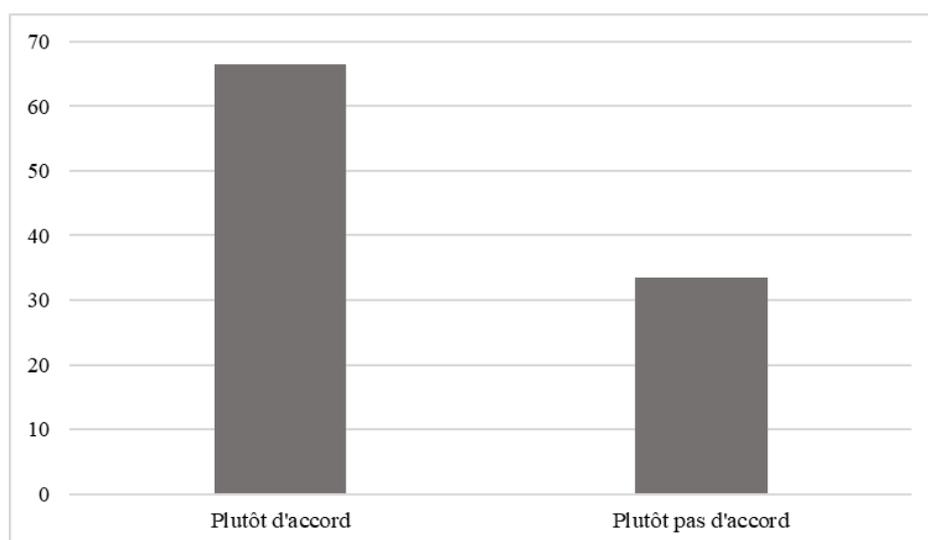
Pour conclure sur l'équipement des personnes âgées, on peut rappeler que globalement les personnes âgées sont moins bien équipées que l'ensemble de la population et notamment en TIC. Le travail de terrain réalisé a aussi permis de mettre en lumière l'hétérogénéité des situations en matière d'équipement et de pratiques technologiques. Très peu de personnes âgées sont équipées en gérontechnologies mis à part en téléassistance. Ainsi, nous avons souhaité interroger les représentations de la technologie et de ces gérontechnologies en particulier.

1.2 Représentations des gérontechnologies

1.2.1 La technologie : perception d'utilité

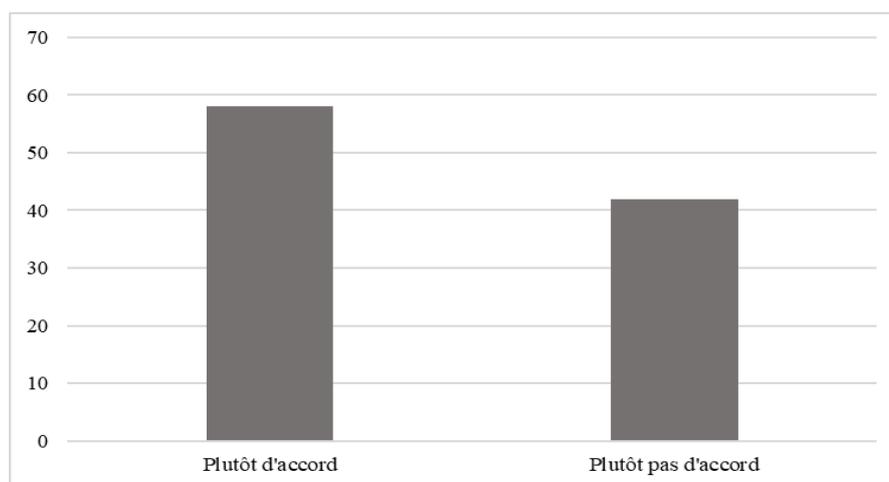
Les personnes âgées réunionnaises ont un rapport ambivalent à la technologie. Elles estiment que c'est pour les jeunes donc que la technologie n'est pas de leur âge pour 66% d'entre elles (graphique 18). Elles estiment aussi que la technologie est essentiellement composée de gadgets sans réelle utilité pour 58% d'entre elles (graphique 19), que la technologie est pour les initiés pour 66% d'entre elles (graphique 20) et qu'elle requiert des compétences particulières qu'elles ne possèdent pas d'après 60% d'entre elles.

Graphique 18. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est pour les jeunes »



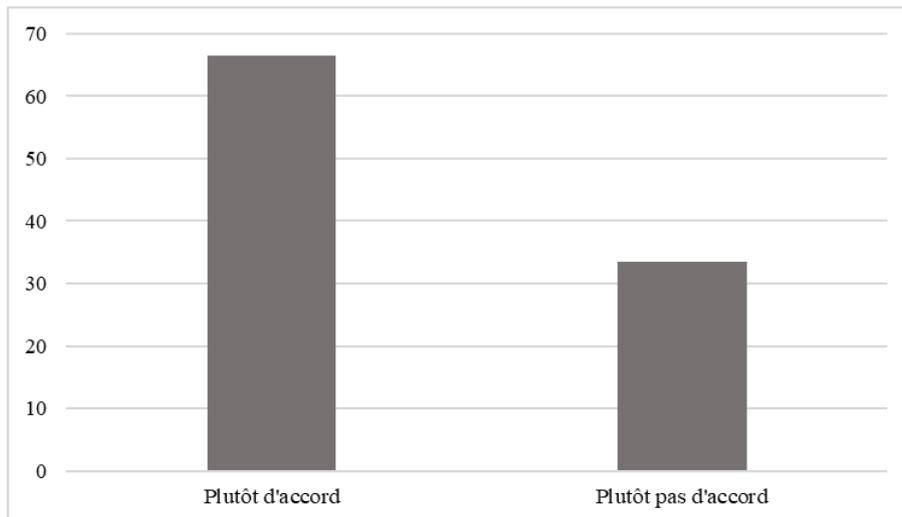
Source : *Enquête CCAS, 2016*

Graphique 19. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est des gadgets »



Source : *Enquête CCAS, 2016*

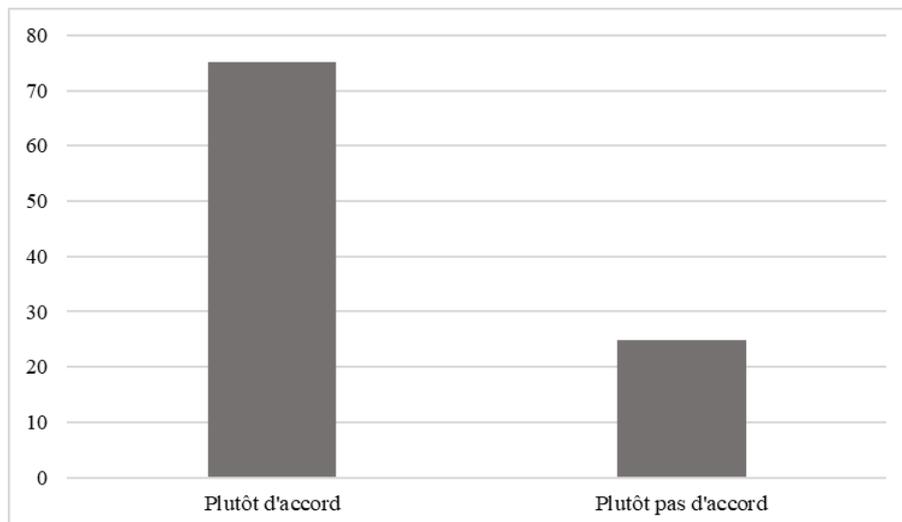
Graphique 20. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est pour les initiés »



Source : Enquête CCAS, 2016

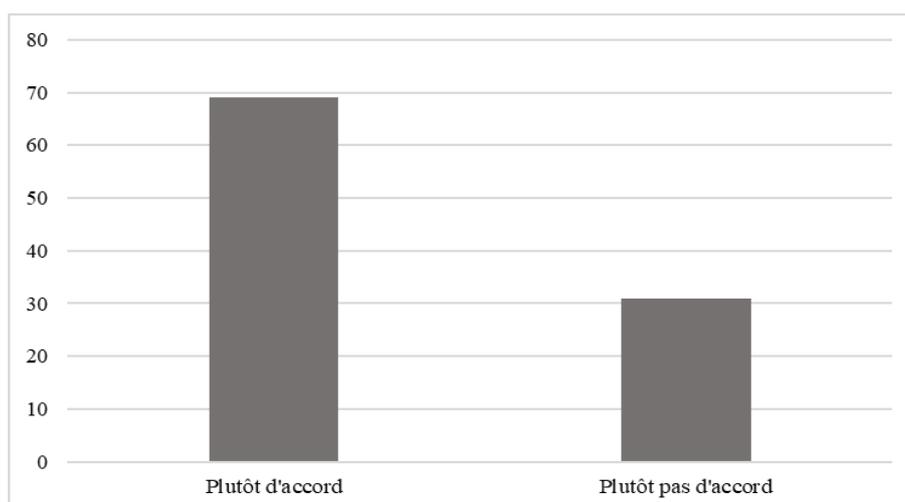
Pourtant, elles estiment aussi que la technologie est un progrès pour les trois quarts d'entre elles (graphique 21), que la technologie simplifie la vie pour 69% d'entre elles (graphique 22) et qu'elle est utile dans différents domaines tels que la santé, la sécurité au domicile, le maintien à domicile, la communication et les loisirs (graphique 23).

Graphique 21. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie c'est le progrès »



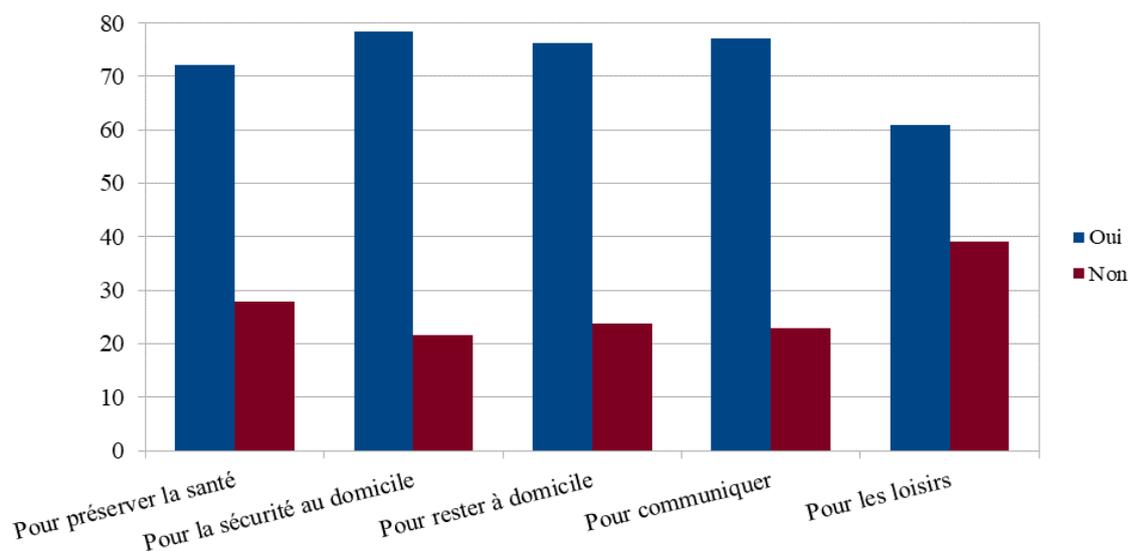
Source : Enquête CCAS, 2016

Graphique 22. Pourcentage de réponse à l'affirmation « La technologie ça simplifie la vie »



Source : Enquête CCAS, 2016

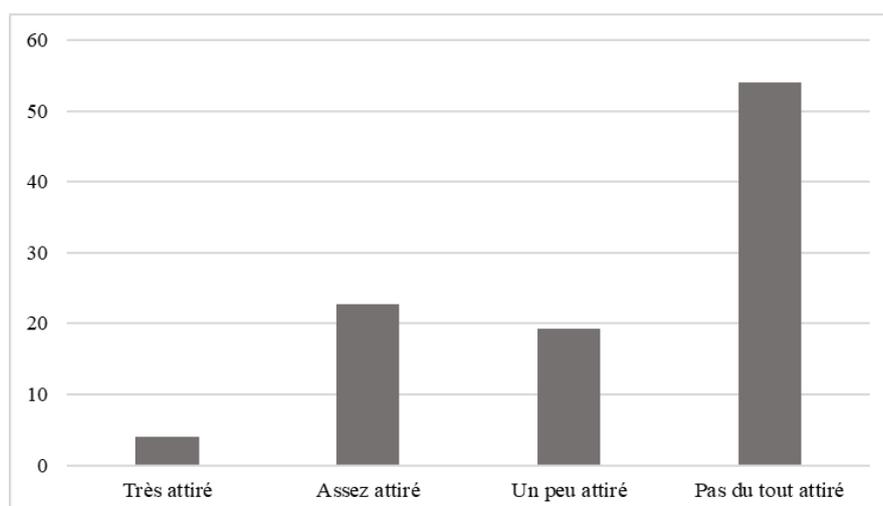
Graphique 23. Perception d'utilité des technologies (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

Les personnes âgées réunionnaises estiment donc pour une majorité que les technologies sont utiles en soi mais qu'elles ne sont pas nécessairement utiles pour leur quotidien et leurs besoins propres. Globalement elles n'ont pas d'attrance pour les technologies comme en témoigne le graphique 24. En cas de possibilité sans surcoût supplémentaire de changer de téléphone, 75% de l'échantillon préfère conserver leur ancien téléphone plutôt que d'obtenir un téléphone plus perfectionné.

Graphique 24. Sentiment d'attrance pour la technologie (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

Pour conclure, on constate dans notre corpus, un lien très fort entre la possession d'objets technologiques et les valeurs d'usage qui leur sont assignées. Les personnes équipées en TIC ou bien en gérontechnologies le sont quand elles estiment qu'elles en ont besoin et inversement pour les personnes qui estiment ne pas en avoir besoin.

1.2.2 Représentation des gérontechnologies : entre manque de confiance et menaces

Les éléments présentés ici sont issus des entretiens réalisés auprès de personnes équipées ou non de téléassistance. Les questions ont donc tourné autour de la téléassistance mais aussi des technologies de géolocalisation, des robots d'assistance et parfois aussi de la technologie en général (électroménager, TIC) en fonction du degré de connaissance et d'information de la personne interrogée.

Les gérontechnologies renvoient à un imaginaire inconnu dont les personnes âgées se sentent exclues en raison de leur âge comme Mme Belle, 93 ans « *c'est pour les jeunes [...] je préfère rester dans ma vie ancienne* » et en raison de leur position dans leur cycle de vie comme Mr Pinson, 55 ans pour qui « *quand tu vieillis, tu ne peux plus faire trop grand chose juste tourner et virer* » et Mme Lebon, 95 ans qui dit « *Moi je n'ai rien de nouveau moi c'est l'ancien temps ce qui est nouveau je ne connais pas [...] ce n'est pas aujourd'hui que je vais avoir une machine à laver. Je n'en ai plus besoin [...] Si j'avais été plus jeune oui mais à mon âge je ne vois pas pourquoi j'aurais besoin de choses modernes* ». Ce sentiment d'exclusion

est également dû au sentiment de manque de compétences relatives à l'utilisation de telles technologies. C'est ce que l'on retrouve dans les paroles de Mr Burel, 62 ans « *oh c'est trop compliqué ça c'est pas à ma portée, j'ai pas les finances pour ça, ça m'étonnerait que ce soit gratuit et même si c'était gratuit je suis vieux ça c'est pour les jeunes ceux qui ont 30 ans 50 ans 40 ans plutôt mais à 60 ans je n'ai pas besoin d'un robot* ». Cet extrait est intéressant car on voit apparaître plusieurs justifications ou raisons qui se mêlent pour ne pas utiliser de gérontechnologies. Nous aurons l'occasion d'approfondir ce point dans la deuxième section de ce chapitre.

Les représentations des technologies citées ci-dessus renvoient à trois aspects que sont celui de l'enfance, de la religion et du danger. En effet, ces objets nouveaux à l'échelle de la vie des personnes rencontrées, sont associés dans le discours à des jouets, à des objets qui ne sont pas sérieux et à des objets auxquels on ne peut pas se fier et sur lesquels on associe une certaine forme de domination. On retrouve cela dans le discours de Mme Ricel, 72 ans : « *Je vois comme une invention, comme un jouet. Parce que le robot, à un certain moment, il est dirigé, vous voyez, il y a quand même un endroit où les boutons sont rangés. Si quelqu'un ne voit pas, il ne peut pas appuyer sur un bouton. Vous voyez ? C'est un jouet qui est télécommandé* » et dans le discours de Mme Juin, 69 ans : « *il n'y a personne dans la maison, il y a le petit robot qui me dit, c'est mieux de prendre ton médicament. Est-ce que je vais l'écouter ? Il ne me commande pas, les gens vont dire qu'ils prennent leur médicament s'ils veulent, je suis sûre que les gens vont dire ça. Peut-être, peut-être le soir, mais je suis sûre que je ne l'écouterais pas. Si par exemple, dans l'après-midi, j'ai un mal de tête, est-ce qu'il va savoir que j'ai un mal de tête ? Non. Franchement, je ne l'écouterais pas [...] Si par exemple, dans l'après-midi, j'ai un mal de tête, est-ce qu'il va savoir que j'ai un mal de tête ? Il ne pourra pas me dire de prendre un doliprane ou un comprimé ? Il ne me servira à rien. Si j'avais un mal de tête et qu'il me dit, écoutez, vous avez un mal de tête, il faut prendre un médicament, là je vais l'écouter, mais si c'est un médicament que j'ai l'habitude de prendre, je ne l'écouterais pas. Les autres peut-être mais moi non. Si ma fille me dit de prendre un médicament, je vais faire exprès de ne pas écouter, c'est juste pour voir si je vais aller prendre ça. Il va me dire une fois, mais pas deux fois. Il ne me dira pas trois fois, mais s'il me dit une fois que j'ai oublié ou bien que je vais faire autre chose avant, il ne me répétera pas. Ben, ça sert à quoi ? A rien. Moi les robots, je n'aime pas ça. C'est un commandant et puis c'est tout* ». Ce qu'exprime Mme Juin dans cet extrait est un manque de confiance envers

l'objet et notamment pour un geste aussi important que celui de prendre ses médicaments. Ce qui est sous-entendu également dans les propos de Mme Juin est l'incapacité de l'objet à interagir de manière intelligente avec l'environnement humain. Elle pointe ainsi les limites supposées d'un objet élaboré et construit par l'homme qui devrait, dans l'ordre des choses, lui obéir et non pas l'inverse. Cette obéissance est toutefois mise en doute par les potentielles incapacités naissantes et notamment cognitives. C'est ce qu'exprime Mme Pauline (80 ans) dans ses propos : « *mais quand on est comme ça est-ce qu'on comprend le robot quand on est dans un piteux état ? si on connaît plus toute seule on peut pas compter sur lui je peux pas moi j'aurai confiance mais si on est pas capable toute seule le robot il sert à quoi moi je dis il faut qu'on ait la mémoire je sais pas jamais pensé à tout ça mais ça m'est déjà arrivé que je ne savais plus rien* ». Cette idée est souvent développée par les personnes âgées dans les entretiens avec des références aux croyances religieuses et à une forme de philosophie religieuse. Notons à ce propos que d'après l'enquête MFV⁶⁶, 93% des plus de 60 ans déclarent avoir une appartenance religieuse et 58% estiment que la religion est très importante dans leur quotidien. Ainsi plusieurs enquêtés expriment leur manque de confiance et d'utilité perçue de ces objets par le fait que c'est Dieu qui a donné aux hommes l'intelligence et que cette intelligence permet le développement de la science et la technologie. Si ce développement est parfois jugé trop rapide : « *Le progrès c'est génial mais il ne faut pas aller trop vite non plus* » (Mr Dune, 70 ans), « *la science est partie trop vite ça passe trop vite* » (Mme Jeanne, 89 ans), il n'est pas cependant critiqué en soi. Les résultats de la science et le développement de la technologie sont donc perçus, avec cet ancrage religieux, par l'œuvre et la domination des hommes sur les machines. La technologie est créée par les hommes donc elle obéit aux hommes. Il n'est donc pas concevable d'être guidé, conseillé ni même soigné par des objets technologiques. Si l'on pousse le raisonnement alors il n'est pas possible de s'en remettre uniquement à la technologie sans aucune présence humaine pour superviser. On retrouve à partir de cela, l'idée de non concurrence entre l'homme et la technologie. « *La technologie ne peut pas faire concurrence à l'humain, l'humain est trop rapide, l'humain a une vision bien plus poussée puisque c'est un humain qui a inventé, puisque c'est l'homme qui invente alors l'homme est supérieur à la technologie* » (Mme Ricel, 72 ans) ; « *C'est Dieu qui crée tout et qui décide tout [...] C'est lui qui a donné à l'homme l'intelligence mais rien ne sert d'essayer de la dépasser ça ne marchera pas* » (Mme Lauret, 80 ans).

⁶⁶ La population considérée par l'enquête MFV sont les 60-79 ans (2010).

Ainsi, la technologie peut représenter une forme de menace à l'imaginaire et à l'ordre établi des choses propres à la philosophie religieuse présentée juste avant. Cette menace est matérialisée par certains par une menace d'ordre physique « *une fois j'ai entendu qu'un robot a agressé une personne* » (Mr Burel, 62 ans) et pouvant même aller jusqu'à une référence à la mort en associant les robots à des « *têtes de mort* » (Mme Lauret, 80 ans). C'est ainsi l'opposition vie *versus* mort et homme *versus* technologie qui émerge. Si la technologie est associée à la mort alors on comprend une posture de distanciation vis à vis de la technologie. Cette distance et cette méfiance s'expliquent d'autant plus qu'elles s'inscrivent dans un contexte individuel de vieillissement et d'une conscience plus ou moins objectivée de sa propre finitude et de l'approche de la mort. Les propos de Mme Ricel sont également très intéressants car ils introduisent, dans une logique judéo-chrétienne, l'idée que l'homme est à la fois créateur et destructeur de son environnement. « *ça ne remplace pas l'humain ! Vous voulez que je vous le dise ? Parce que dans ce cas, vous savez, vous voulez que j'ose le dire ? Eh ben, voilà. On ne commande pas dans une époque où la science est poussée, on ne commande pas son corps quand l'amour est profond, quand la création pour renouveler la terre, ce qu'il va se passer, il y aura la destruction comme je vous dis. Les gens qui sont énervés et qui n'ont pas de travail. C'est naturel ! Un enfant avec un ordinateur dans une classe, on va demander aux parents de lui acheter. Les parents qui n'ont pas de travail, ils ont 4 ou 5 enfants, il y a une classe fructifiable avec une institutrice que lorsqu'il y a 25 élèves. Vous savez, c'est politisé, c'est réglementé. On ne peut pas faire la classe avec deux élèves de riches et deux élèves de pauvres. Alors, à ce moment-là, les enfants qui n'ont pas de matériel vont détériorer le matériel de logement. Alors, où est-ce qu'on en est ? On ne peut pas arrêter la création. L'homme dit, bon ben je t'aime et je ne fais pas d'enfants aujourd'hui, demain, une année, et après année, au fur et à mesure, il voit que cela est bon de faire un enfant pour toutes les matières. Qu'est-ce qu'il se passe ? Nous revenons au point de départ, puisqu'il y a du vieillissement, tout arbre brûle, tout arbre vieillit. Il y a de la repousse mais vous ne trouverez pas un robot qui va tracer des tuyaux dans la terre et semer le grain, couper la canne, on a déjà la solution, mais une fois que la canne est coupée, qui met le feu ? Toute la production. Nous avons tellement d'exemples de destructions, de l'autodestruction, de la défense et de l'autodéfense [...] Vous voyez vous-même qu'il y a amplement d'inventions, de découvertes et il y a aussi autant de morts ».*

La technologie est aussi perçue comme un synonyme de progrès positif dans différents domaines et notamment celui de la santé et des conditions de vie. Notre corpus d'entretiens laisse émerger une relation entre la notion de confiance et une représentation plutôt positive de la technologie et des gérontechnologies. En effet, le fait d'adopter une posture de confiance vis-à-vis des autres, des institutions et des changements sociétaux semble induire une représentation plus positive de la technologie. Mme Rivière, 92 ans nous dit « *il faut faire confiance il faut pas dire oui on est sûr* ». Il faut continuer à douter (au sens du *doute cartésien*) de ce qui nous arrive, de ce qu'on nous propose mais avoir confiance et ne pas être dans le rejet systématique. La confiance est un concept scientifique mobilisé dans de nombreuses disciplines telles que l'économie, la sociologie, la psychologie et les sciences de gestion. En économie, elle est définie comme l'espérance de la fiabilité des postures et des actions humaines. La confiance précède et détermine les échanges quelle qu'en soit leur nature (Laurent, 2012). Ici, la notion de confiance renvoie à l'espérance d'un sentiment de bienveillance d'autrui (individuel ou collectif) envers soi. Cette bienveillance se matérialise à différents niveaux : au niveau de l'entourage familial et proche par la croyance d'une solidarité et d'une écoute fidèle des souhaits et choix exprimés ; au niveau des institutions par la croyance de l'adéquation des actions aux besoins ; au niveau des politiques publiques par l'intelligence des lois et des orientations stratégiques publiques. Les personnes qui expriment une confiance à ces différents niveaux vont plus facilement avoir recours et accepter l'utilisation des gérontechnologies. Mais la confiance est fragile et le moindre déséquilibre comme par exemple des conflits familiaux, peut être très déstabilisant et entraîner un repli sur soi et un refus d'échanges. C'est le cas de Mme Juin qui n'est pas prête à accorder sa confiance à la technologie « *Pour les médecins et pour les patients parce que moi je trouve que les médecins avec toute cette technique-là, peut-être qu'ils n'apprennent plus bien leur métier, comment ça va, pourquoi ça ne va ? Ils se basent plutôt sur les appareils. Les patients eux maintenant, peut-être, ils font confiance à la machine et ils ne font plus confiance au docteur. Moi je ferais plus confiance au docteur qu'à la machine. C'est vrai que c'est de notre temps, les gens préfèrent la modernité, toute la technique, peut-être pour eux non, mais moi personnellement, je préfère avoir confiance au docteur qu'en la machine* ». Le fait que la formation et la pratique des médecins reposent aujourd'hui en partie sur la technologie pousse Mme Juin à douter de leurs compétences et de leurs capacités d'écoute.

1.3 Parcours de vie et rapport à l'innovation

Rappelons-le, le parcours de vie est un paradigme défini comme « un ensemble d'approches pluridisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement dans une totalité » (Bessin, 2009, p.12). Cette totalité est à comprendre à la fois par la complexité des éléments qui la composent et par son positionnement contextuel c'est-à-dire son insertion sociétale et historique (Lalivé d'Épinay *et al.*, 2005). Les discours des personnes âgées réunionnaises sont marqués par un fort dualisme dans leur parcours de vie. En effet, on retrouve en permanence la balance entre d'un côté le temps *lontan* et de l'autre le temps d'aujourd'hui. La référence au passé, à son vécu et le parcours de vie sont des éléments clés de la construction de soi pour les personnes âgées et de leur rapport au monde (Caradec, 2012 ; Gucher, 2012). Dans cette perspective, le temps *lontan* ne fait pas seulement référence à l'avant, il fait référence à un avant daté très précisément correspondant à l'avant-modernisation c'est-à-dire avant les années 1960-1970 (Andoche *et al.*, 2009). Cet 'avant' fait référence à la fois à l'enfance voire le début de vie adulte et à la fois aux modes de vie et aux formes de sociabilités qui y régnaient. Ainsi, on retrouve dans le discours des personnes âgées réunionnaises une dichotomie forte entre le temps *lontan* et le temps d'aujourd'hui.

La référence au temps *lontan* est souvent utilisée pour rappeler les conditions très dures qu'ont connues les personnes âgées durant leur enfance. « *Mon enfance c'était de l'esclavage* » (Mme Juin, 69 ans), « *le bien-être je ne l'ai jamais vu [...] tout ce qui est dur j'ai connu et ce qui est léger je n'ai pas connu* » (Mme Lebon, 95 ans), « *lontan c'était l'enfer on mangeait pas comme maintenant on travaillait par ci par là pour gagner un petit quelque chose y'avait pas de lumière y'avait pas d'eau pas de toilettes c'était inadmissible ! la vie c'était l'enfer* » (Mme Vine, 94 ans), « *On était malheureux lontan [...] lontan il n'y avait pas d'eau il fallait aller en chercher maintenant il y a de l'eau à gaspiller (rire), avant on faisait cuire au bois aussi là c'est plus pareil nous on habitait dans une petite case en paille après en tôle* ». Mme Pelle (91 ans) évoque la difficulté de la saison des cyclones avec les dégâts matériels entraînés et notamment les maisons à terre. Mme Lauret (80 ans) raconte également avoir eu « *une enfance bien bien malheureuse bien triste* ». Elle a perdu sa maman à 10 ans, ils étaient 7 enfants. Elle devait passer le balai mais elle n'y arrivait pas à cause de son asthme. « *J'ai connu toutes les misères du monde [...] Ils n'y avaient pas toujours à manger [...] Je n'ai jamais été heureuse [...] lontan il n'y avait pas tout ça moi je faisais tout à 10 ans [...] Je*

n'ai pas connu les bals, les amusements avec les garçons ». Mme Vierre, 94 ans, évoque également les difficultés liées aux conditions de vie pendant la guerre « *J'ai travaillé très dur parce que j'ai perdu mon père vite, j'ai dû travailler dans les champs pour manger après il y avait la guerre on manquait de tout [...] Aujourd'hui je suis heureuse mais avant j'ai travaillé très dur, on n'avait pas grand-chose à se mettre sous la dent* ».

La référence au temps d'aujourd'hui est associée à une vie plus facile par rapport aux conditions de vie. « *La vie maintenant c'est la belle vie* » (Mme Mamoussou, 99 ans). « *Aujourd'hui on a à dormir à manger avant on n'avait pas tout ça* » (Mme Lauret, 80 ans). « *Il y a plus de facilité aujourd'hui car tout le monde a un petit travail une petite maison [...] là je trouve du point de vue de la vie que les gens sont bien aidés* » (Mme Vierre, 94 ans). « *Il y a plus de facilités aujourd'hui car tout le monde a un petit travail une petite maison mais lontan on ne pouvait pas avoir de petite maison on restait n'importe où sous n'importe quel toit je ne vous décris pas mais enfin c'était la misère mais là je trouve du point de vue de vie que la plupart des gens sont bien aidés mais avant il n'y avait pas toutes ces aides* » (Mme Rivière, 92 ans). C'est notamment l'arrivée de l'eau et l'électricité dans les foyers qui a changé beaucoup de choses en termes de confort. « *L'électricité et l'eau dans les maisons c'était bien, parce qu'il fallait qu'on aille charrier l'eau pour laver, pour la cuisine, même pour distiller le géranium on a charrié de l'eau nous, et comment ? C'était dans une petite source comme ça avec une boîte de sardine. On remplissait les grands bacs de fer blanc de pétrole longtemps, on mettait ça sur notre tête, la petite patte en l'air, à un certain moment on était content, parce qu'on disait « papa il n'y a plus d'eau dans la source ». S'il n'y a plus d'eau, il faut charrier le bois et le géranium, emmène là. Charrier le géranium, un petit instant, la petite source est plein. (Rire) Oh ! on a souffert de tout ça. Mon Dieu Seigneur ! Et avant, le chemin était en poussière et on charriait l'eau dans la ravine pour arroser le chemin parce qu'il ne fallait salir la maison. Ah lala, ce n'était pas une vie, c'était l'esclavage ! Malgré que l'esclavage n'existait plus, nous on a connu l'esclavage. Mais maintenant c'est fini, heureusement ! Quand je dis tout ça aux enfants, ils ne croient pas* » (Mme Juin, 69 ans)

Cette dichotomie positive en faveur du temps présent est cependant atténuée par une forme de nostalgie du passé (qualité des relations humaines et de la solidarité) et un rejet du mode de vie actuel (mauvaise éducation des enfants et insécurité). « *Maintenant c'est dangereux* » (Mr Dune, 88 ans), « *la vie fait peur maintenant* » (Mme Jeanne, 89 ans), « *La vie d'avant c'était*

pas comme ça la vie était dure c'était pas facile de gagner sa vie je me suis débrouillée mais toute seule sans personne à part mon mari mais il est mort parce qu'il avait dix ans de plus de moi il a fait la guerre de 39-45 [...] on peut pas comparer parce que c'était dur avant mais c'est dur aussi maintenant c'est peut-être un peu plus facile parce qu'on a des aides par exemple la sécurité sociale mais sinon on préfère la vie d'avant parce que c'était familial mais maintenant on se débrouille on était tout le temps ensemble on mangeait chez l'un et l'autre maintenant ça se fait plus mes frères et sœurs ne me reconnaissent même pas c'est pas difficile si ils me reconnaissent j'aurais été en contact avec eux mais ils ne veulent pas [...] lontan les gens étaient plus humains que maintenant je trouve je sais pas mais j'accepte la vie comme elle est j'ai un peu oublié aussi la vie d'avant c'est comme ça » (Mme Pauline, 80 ans). « Ce qui est moins bien c'est que je suis toute seule presque abandonnée j'ai souvent des crises et ça c'est pas bon » (Mme Lauret, 80 ans).

Les personnes âgées de notre corpus sont assez critiques sur les comportements qui les entourent et notamment sur les jeunes. On retrouve souvent dans les discours un glissement de l'incompréhension de l'environnement qui mène à un sentiment d'insécurité. « *Il y a beaucoup de mauvaises choses avant il y avait la misère mais les gens n'étaient pas aussi méchants on entendait pas les accidents tout ça* » (Mme Rivière, 92 ans). « *Quand je sors, je vois tous ces jeunes, hein, on est sur un trottoir, les jeunes montent, c'est vous la vieille personne, vous êtes obligé de sortir du trottoir pour laisser les jeunes passer, ils sont trois. On ne voyait pas cela autrefois. Les gens étaient gentils* » (Mme Belle, 93 ans). « *Ah ben je ne sais pas moi. Aujourd'hui, il y a trop de choses. Il se passe trop de choses avec les jeunes. Il y a trop de mal fondé dans la tête. On n'était pas voleur nous, on n'était pas machin, au contraire, on aidait les autres. Aujourd'hui, il faut faire attention. Quand je ferme ma porte le soir, je veille sur celle du voisin, sur toutes et les voleurs aiment faire ça [...] Ils sont mal élevés mal éduqués. Pas besoin de taper un enfant pour qu'il reste tranquille. S'il ne reste pas tranquille, ben, il ne partira pas promener demain, en pénitence. Moi, j'étais mariée avec deux enfants pour m'occuper. J'avais de la patience avec le temps. Aujourd'hui, les enfants partent la journée, mais les miens n'étaient pas comme ça. Les enfants obéissaient et sans taper* » (Mme Pelle, 91 ans).

Pour beaucoup de personnes âgées interrogées, dans le temps *lontan*, la vie était plus dure et plus solidaire. Dans le temps d'aujourd'hui, la vie est plus facile mais aussi plus dangereuse,

comme le résume très justement Mme Mammoussou, 99 ans pour qui « *avant c'était un malheur heureux* ». Cette phrase résume en effet très bien, à elle toute seule, le sentiment partagé de beaucoup, de réduction des solidarités. On retrouve également ce constat à travers les paroles de Mme Pelle à travers l'évolution de son habitat : « *On ne peut pas dire qu'on est malheureux. Quand on était petit, on jeunait et on avait une toute petite maison. Aujourd'hui, je suis toute seule et regardez la maison comme elle est grande. Nous, on était dans une petite maison de deux pièces, tantôt les enfants étaient là, la cuisine était en dehors pour faire cuire au feu de bois, à l'époque. Ben, dedans, il y avait le lit, la chambre, deux lits. Ben tout le monde dormait ensemble là. C'était petit, on dormait à deux ou à trois ensemble et les garçons dormaient dans l'autre côté de la chambre. Et aujourd'hui, je suis toute seule, on dirait que je suis riche comme ça. Ah oui !* »

La diminution des solidarités est un ressenti généralisé qui semble trouver une certaine cohérence eu égard à la progression de la décohabitation familiale et de l'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules. Pour ce qui est du sentiment d'insécurité, des chercheurs ont montré que les personnes âgées ont « le sentiment qu'elles n'ont plus vraiment leur place dans la société d'aujourd'hui » (Caradec, 2012, p.106), en lien avec l'apparition de fragilités tant physiques que psychologiques. « La question de la sécurité est d'abord associée à leur vulnérabilité croissante qui les amène à développer différentes parades pour limiter les entraves liées au vieillissement, notamment en matière de mobilité.

Les conditions de vie précaires ont eu des conséquences sur les personnes âgées réunionnaises actuelles. Sur leurs ressources, en premier lieu, puisque pour beaucoup elles sont analphabètes et ont travaillé de façon informelle et se retrouvent aujourd'hui avec de très petites retraites comme en témoigne l'importance du recours au minima sociaux (chapitre 2). Le fait de ne pas être allé à l'école est souvent un regret exprimé. « *Dans notre temps ce n'était pas évident, on n'aurait pas pu arriver. Les personnes qui arrivaient, c'est ceux qui habitaient près des écoles et qui avaient des parents qui tenaient vraiment à ce que les enfants aient quelque chose. Tandis que nous, c'était des parents qu'il fallait travailler, travailler pour ramasser de l'argent, et puis c'est tout. Ce n'était pas pour autre chose malheureusement* » (Mme Juin, 69 ans). Sur leur santé, ensuite puisque par rapport aux personnes âgées métropolitaines, elles sont globalement en moins bonne santé avec une entrée dans la perte d'autonomie plus précoce. Aussi, ces bouleversements rapides ont un impact fort sur les relations

intergénérationnelles, sur les modes de prise en charge de la perte d'autonomie et sur le rapport à l'innovation.

Il semble intéressant de s'arrêter un instant sur la situation des personnes âgées mafataises. Mafate est considéré comme une « île dans l'île » par son caractère très enclavé (chapitre 2). En effet, aucune route n'y mène et seuls les bons marcheurs peuvent s'y aventurer. Pourtant plusieurs centaines de personnes y habitent et notamment des personnes âgées. Le développement de Mafate a été plus tardif que dans le reste de l'île, autour des années 1980, mais il a été tout aussi rapide (Sandron, 2013). Les habitants de Mafate ont connu des sauts technologiques très importants dont voici deux exemples. D'abord, au niveau de l'éclairage, ils sont passés de la bougie directement au panneau solaire, rares sont ceux qui ont pu se payer, entre les deux, un groupe électrogène étant donné le prix du fuel rajouté à celui de son transport. Mr Pinson précise avec humour que l'on se fait vite au confort : « *maintenant, si tu mets une petite bougie, tu ne vois plus rien* ». Ensuite, au niveau des déplacements, ils sont passés de la charrette ou de la marche à pied (des heures faisant) à l'hélicoptère dont ils ont aujourd'hui un usage très fréquent et même indispensable. Ainsi, les personnes âgées mafataises interrogées ont une aisance avec les technologies qui les entourent et un rapport plutôt positif à l'innovation en général. Nous avons été frappés à plusieurs reprises de la connaissance des personnes âgées interrogées sur les hélicoptères et notamment leur capacité à reconnaître au son le type d'hélicoptère dont il s'agit. Ceci est le résultat de technologies offrant une réponse immédiate à des besoins de confort et bien-être fondamental.

Aujourd'hui, comme nous avons pu le montrer les gérontechnologies sont encore assez peu présentes au domicile des personnes âgées réunionnaises. Celle que l'on retrouve la plus fréquemment est la téléassistance. Il existe quelques Systèmes d'Informations pour l'intervention et la coordination au sein d'associations ou entreprises de prise en charge de la perte d'autonomie et quelques solutions techniques plus poussées comme des montres connectées dans certains EHPA et EHPAD mais cela reste encore très limité. Cela n'est pas spécifique à La Réunion puisque c'est également le cas en France métropolitaine. Il est plus facile pour une structure d'investir dans des objets technologiques coûteux que pour un individu, notamment à La Réunion où 40% de la population vit sous le seuil de pauvreté (Besson, 2017).

On peut déduire de ce qui précède qu'aujourd'hui les gérontechnologies sont peu développées sur le territoire réunionnais et que les personnes âgées réunionnaises sont plutôt favorables à l'innovation dans ce qu'elle a permis de confort et d'amélioration globale des conditions de vie mais en même temps plutôt réfractaires à l'innovation par rapport aux changements sociétaux qu'elle a pu induire. Nous avons vu que l'utilisation de nouvelles technologies était liée au parcours de vie et à la perception de son utilité. Notons que les personnes âgées de par leurs conditions socio-économiques précaires ont des difficultés à se projeter dans le futur or c'est notamment par ce mécanisme de projection dans une potentielle utilisation positive d'un objet technologique qu'il pourra être adopté. On retrouve une forme d'imprégnation des valeurs actuelles de l'innovation et du progrès à travers une reconnaissance des bienfaits et de l'utilité de certaines technologies mais cependant teintée de méfiance. Les personnes rencontrées ont le sentiment d'avoir subi des changements sociaux vécus comme négatifs à travers la diminution des liens familiaux et des solidarités. La technologie renvoie à un monde étranger, un monde qui s'est dérobé et qui se dérobe rapidement sous leurs capacités de prises sur le monde. Nous proposons à présent de détailler les facteurs d'adoption et de rejet des gérontechnologies qui ont pu être dégagés en explicitant également le processus d'acceptabilité.

2 – Les usages et ses logiques ou le degré d'acceptabilité

Cette section tend à se concentrer sur les usages de la technologie et des gérontechnologies à travers la mise en lumière des facteurs d'acceptabilité connotés qui deviennent alors des freins et des facilitateurs de l'usage. Notons la parfaite réciprocity des facteurs explicatifs. En effet, étant donné la nature des facteurs en jeu, ils peuvent être d'une personne à l'autre tour à tour facilitateurs ou freineurs. Par exemple, le coût peut être un frein si celui-ci est jugé trop élevé et il peut être encourageant au contraire s'il est jugé faible. De la même manière, le réseau social peut être facilitant si celui-ci est présent et au contraire empêchant si celui-ci est absent. L'analyse de notre corpus d'entretiens nous a permis d'élaborer différents types de freins et de facilitateurs entrant dans le processus d'acceptabilité des gérontechnologies. Nos analyses rejoignent, sur beaucoup de points, celles de Boudokhane (2006) et Michel *et al.*, (2009a) concernant les facteurs facilitants et au contraire ceux freinant l'adoption de nouvelles technologies et plus globalement l'intégration d'innovations. Il est intéressant de noter qu'on

trouve des résultats similaires en France métropolitaine et concernant des technologies qui ne sont pas spécifiquement en lien avec la perte d'autonomie. Ce constat permet alors d'affirmer d'une certaine manière que les gérontechnologies ne présentent pas de schéma d'appropriation différenciée des autres technologies. Les typologies des facteurs de non-usage développées par Ram (1987), Roger (1995) et Boudokhane (2006) et la typologie d'adoption des technologies par Michel *et al.*, (2009a) ont été utiles théoriquement pour simplifier la complexité des variables en jeu mais ne répondent pas au continuum existant entre l'usage et le non-usage. Les facteurs d'acceptabilité ne sont pas par nature orientés et caractérisés. C'est le contexte d'usage qui pondère les facteurs positivement ou négativement. Le contexte d'usage varie d'un individu à l'autre et s'intègre dans un contexte plus macrosociologique, institutionnel et territorialisé (chapitre 3).

2.1 Des freins

2.1.1 Les freins relatifs à soi

Le frein le plus fréquemment rencontré dans les discours des personnes interrogées concerne leurs compétences intellectuelles et physiques. De ce point de vue, le fait de ne pas savoir lire, d'avoir sa vue ou son ouïe qui baissent sont des freins majeurs. Le fait d'être analphabète est souvent source de gêne et de sentiment d'infériorité. Le fait de ne pas être allé à l'école et de ne pas savoir lire entraîne une forme de dépendance des personnes âgées envers leur entourage notamment pour la circulation de l'information. C'est ce qu'exprime Mme Latchimy (79 ans) : *"Comme je ne sais pas lire, je ne comprends pas les choses. Il faut que quelqu'un me fasse comprendre les choses car je ne sais pas lire"*.

C'est la perception des personnes âgées sur leurs propres compétences, dans le prisme du regard et des représentations d'autrui, qui entraîne un sentiment d'illégitimité à l'égard de l'utilisation des nouvelles technologies. On retrouve cela exprimé par différentes personnes. « *Je ne saurais pas m'en servir* » (Mme Pauline, 80 ans), « *je n'entends pas bien et j'ai peur de décrocher et de ne pas entendre ce qu'on me dit* » (Mme Lebon, 95 ans), « *faire quelque chose manuellement je ne pourrai pas et je ne retiendrai pas non plus il faudrait me dire cinquante fois la même chose* » (Mme Vierre, 94 ans), « *c'est compliqué ça c'est pas à ma portée* » (Mr Burel, 62 ans), « *l'ordinateur je n'y comprends rien* » (Mme Belle, 93 ans), « *je ne peux pas assimiler cet apprentissage parce que je ne vois pas très bien j'ai des implants* »

dans les yeux et les images lumineuses qui défilent me font mal aux yeux » (Mme Payet, 73 ans). On voit transparaître différents types de gênes. Effectivement, la survenue de difficultés physiques comme la baisse de la vue ou de l'ouïe complexifie l'usage à cause d'une gêne que l'on pourrait qualifier de mécanique. Ensuite, on comprend aussi le souci de ne pas imposer ses difficultés aux autres et devenir un poids social. Celle-ci étant amplifiée par la peur de déranger son entourage et par l'effet miroir de ses difficultés au prisme des représentations d'autrui sur soi.

Un autre frein est lié au sentiment d'exclusion de la société et au sentiment de ne pas pouvoir prendre place dans la modernité et la société actuelle et donc une certaine forme d'infériorité perçue. *« Je n'arriverais pas à m'en servir de tout ça je ne vois pas l'utilité si j'étais plus jeune j'aurais aimé mais là comme je ne peux plus m'en servir »* (Mme Vierre, 94 ans), *« c'est bien le progrès et l'innovation mais c'est pour les jeunes je ne sais pas si on est capable de nous adapter à tout ça il fallait en avoir pour savoir si on a jamais vu on ne peut pas »* (Mme Lauret, 80 ans). Cette infériorité perçue de la part de certaines personnes âgées réunionnaises est souvent contrecarrée par une survalorisation de la réussite des enfants et des petits-enfants.

2.1.2 Les freins relatifs à autrui

On retrouve ici la peur d'une certaine forme de stigmatisation en même temps que la peur d'être espionné. *« Comme ça dans mon cou [en parlant de la téléassistance] peut-être que certains disent que j'ai perdu la tête »* (Mme Lebon, 95 ans). Mme Vine (82 ans) explique aussi lors d'un entretien qu'elle n'osait pas utiliser la téléassistance car le boîtier était trop près de sa porte d'entrée et elle avait peur que tous ses voisins entendent ses conversations et ses difficultés.

Un autre frein important est celui des changements sociétaux perçus induits de la technologie. Une idée répandue est celle que la technologie crée du chômage et qu'elle concurrence l'homme : *« Avant avec un certificat d'étude [...] vous pouviez travailler dans un bureau à la Mairie ou bien dans n'importe quel organisme. Avec un bac et un BTS, je ne sais pas combien de diplôme, un enfant n'a plus de travail. Ils ne gagnent pas de travail, cela sert à quoi les études maintenant, c'est ce que les enfants se posent comme question, cela sert à quoi ? Et sans ça, ils n'ont rien. C'est une chose qu'il faut mais qui ne sert à rien. Parce que vraiment,*

je vois des enfants, qui vont travailler dur à l'école, ils ont leur diplôme mais le travail ils ont pas » (Mme Juin, 69 ans), « *c'est le travail des humains ça la ferraille prend notre place* » (Mme Jeanne, 89 ans), « *si jamais il y a un robot elle [l'aide-ménagère] ne fera plus rien elle n'aura plus de travail* » (Mr Robert, 88 ans), « *avant dans la banque il y avait plus de 15 personnes qui travaillent mais maintenant il y en a 3 4 dans les bureaux c'est plus comme avant* » (Mr Robert, 88 ans). La technologie pour certaines personnes est aussi la source de paresse chez les gens « *aujourd'hui les gens sont paresseux et ne veulent plus travailler et c'est à cause de la technologie et des machines [...] j'aime pas trop toutes ces machines-là ça empêche les gens de travailler et incite les gens à la paresse j'aime pas ça même pour le repassage qui est dur à faire même pour le nettoyage de la maison* » (Mme Pauline, 70 ans). « *D'abord, le lave-vaisselle, c'est pour soutirer la paresse des gens, parce que dès fois ils ont deux verres, deux assiettes, deux fourchettes, deux couteaux, ils passent à table, et quand la machine est plein, ils vont faire tourner quand c'est plein ? Non, c'est la paresse. Non, je n'aime pas. Si moi, je vais faire un bon rôti, c'est sur le feu de bois, est-ce que la machine va broser ma marmite ? Sûrement que non, eh ben, ça ne sert à rien. Un bon repas, c'est un bon rôti cuit au feu de bois. Vous avez des invités, une vingtaine de personnes, vous n'allez pas commander les plats ? Vous faites cuire votre repas. C'est meilleur ! Ah non la machine à laver la vaisselle je n'en veux pas. Je ne suis pas d'accord du tout avec ça* » (Mme Juin, 69 ans). Au-delà du jugement de valeur de la technologie, c'est tout un ordre social qui est remis en cause : celui du travail avec les mains, des échanges sociaux et autant de valeurs qui prévalaient dans les moments et espaces socialisants de nos enquêtés.

2.1.3 Les freins relatifs à l'objet

Les freins liés à l'objet sont de deux ordres. Le premier frein relève de l'utilisabilité de l'objet et des difficultés d'utilisation ressenties et/ou rencontrées. « *Il y a trop de choses qui changent. Par exemple, si je veux essayer, je vais taper pour la CAF, le code et puis je retombe sur une autre organisation, j'essaye mais j'abandonne* » (Mr Burel, 62 ans), « *Je connais lire mes messages mais je ne sais pas envoyer. Si quelqu'un envoie un message, je vais lire. Mais parfois je bloque avec le code. Dès fois, il faut attendre le lundi pour débloquer le téléphone. J'avais mon numéro pour débloquer mais je n'ai plus trouvé. On m'a redonné et j'ai noté. Quand je vois qu'il ne s'allume plus, je fais le numéro et ça se débloque* » (Mme Fontaine, 58 ans). Ces difficultés d'usage peuvent entraîner un abandon de certaines pratiques technologiques. Nous avons notamment rencontré des personnes qui

avaient suivi des cours d'informatique et qui avaient abandonner au bout de quelques séances à cause de leurs difficultés à l'utilisation de l'ordinateur.

Le second frein lié à l'objet est celui du coût. Comme nous l'avons déjà montré, les personnes âgées réunionnaises disposent de ressources financières limitées. Ces ressources sont d'autant plus limitées que beaucoup de personnes âgées ne demandent pas l'Aspa bien qu'elles pourraient y prétendre. Des professionnels du secteur nous confiaient que beaucoup avaient peur de l'obligation alimentaire et surtout de la récupération sur succession. Cette peur est nourrie par la personne elle-même ou par son entourage. C'est ainsi que de nombreuses personnes âgées vivent avec 300 ou 400 euros par mois. « *Je suis coincée je ne vais pas m'en acheter* » (Mme Lauret, 80 ans), « *ça m'intéresse pas ça coûte cher* » (Femme, 87 ans), « *j'ai pas les finances ça m'étonnerait que ce soit gratuit* » (Mr Burel, 62 ans), « *si c'est cadeau je prends* » (Payet, 73 ans). L'argument du coût trop élevé est très souvent donné en premier lieu mais les résultats d'une de nos enquêtes incitent à analyser ce frein avec prudence. D'après l'enquête CCAS 2016, seulement 40% des personnes âgées interrogées estiment que la technologie est trop chère. Cela relativise l'argument du coût comme freins majoritaires et nous laisse à penser l'importance plus forte des freins identitaires et sociaux. De ce point de vue, les propos de Mme Taochy (63 ans) montrent bien que le coût est souvent le premier argument avancé pour ne pas utiliser une nouvelle technologie mais cela cache souvent des freins liés à l'objet ou à la personne : « *quand je suis allée me renseigner pour le prix, j'ai réalisé que les ordinateurs étaient très chers à La Réunion. Après mes enfants m'ont dit t'inquiète pas on va t'envoyer des sous pour que tu achètes un ordinateur mais j'ai dit non Ah ce n'est pas mon truc* »

2.2 Des facilitateurs

2.2.1 Facilitateurs relatifs à soi

Les facilitateurs relatifs à soi renvoient à des facteurs personnels. Ils sont liés aux dispositions personnelles et aux positionnements qu'on adopte face à la société, certains croient en leur capacité d'apprentissage « *on n'est jamais trop vieux pour apprendre, peut-être que ça rentre encore un petit peu [...] l'ordinateur c'est comme le téléphone au début avec mon tactile j'avais du mal et ensuite on apprend, l'ordinateur c'est pareil* » (Mr Pinson, 55 ans) et d'autres estiment qu'il faut suivre les évolutions sociétales sans les subir « *on est obligé si on*

veut rester dans la société » (Mr Dune, 70 ans). Notons que cette posture est majoritairement prise par les hommes dans notre corpus et que très peu de femmes expriment cette position de se maintenir dans la société. Nous aurons l'occasion de revenir sur cet aspect dans la troisième section de ce chapitre. On retrouve aussi comme facilitateur, la posture de confiance adoptée par certaines personnes face aux éléments extérieurs qui leur parviennent.

2.2.2 Des facilitateurs relatifs à autrui

On peut noter ici l'importance du rôle de l'entourage dans la familiarisation d'outils technologiques. « *Ils [ses enfants et petits-enfants] essaient de gagner du terrain tout doucement jusqu'à ce que j'accepte la tablette* » (Femme, 75 ans)⁶⁷, « *ce sont mes enfants qui se sont occupés de tout ça* » (Femme, 71 ans)⁶⁸, « *de temps en temps je pianote un peu sur le téléphone de ma petite fille mais ce n'est pas moi qui utilise ! C'est facile ça pépé !* » (Mr Burel, 62 ans). L'importance des tiers dans l'apprentissage et l'appropriation des nouvelles technologies a été soulevée par de nombreux chercheurs. Ils sont déterminants dans la phase d'apprentissage et donc d'essais et d'encouragements. L'entourage est même souvent à l'initiative de l'équipement. Ainsi, il est fréquent qu'une personne âgée se retrouve équipée de la téléassistance parce que ses enfants lui ont souscrit un abonnement. La question de l'usage sera abordée dans la partie suivante et nous reviendrons très largement sur le rôle de l'entourage dans l'acquisition et l'utilisation des gérontechnologies dans le chapitre 6.

On peut noter également l'importance des facteurs expérientiels. Le fait d'avoir dans son entourage quelqu'un qui a pu bénéficier et pour qui cela a été profitable aura un impact favorisant l'adoption de telle ou telle technologie. « *Moi ma mère c'était vraiment bien une fois elle a chuté et j'ai pu être prévenue tout de suite* » (Mme Fontaine, 58 ans). « *J'ai une amie qui était plus vieille que moi et elle est tombée dans la baignoire, elle a appuyé sur son médaillon et il y a eu les secours tout de suite* » (Mme Pelle, 91 ans). C'est aussi dans cet optique qu'intervient le parcours de vie de la personne et son rôle déterminant dans son schème de valeurs actuelles. On constate que lorsqu'il y a une expérience vécue positivement dans l'entourage, la personne montre une meilleure appréhension, qui est de surcroît mieux argumentée.

67 Entretien réalisé dans le cadre du projet G-Run

68 *Idem*

2.2.3 Des facilitateurs relatifs à l'objet

Les facilitateurs relatifs à l'objet font écho à la perception d'utilité de l'objet que nous avons déjà présentée comme déterminante dans le processus d'acceptabilité. « *Réellement ça me donne envie parce que des fois je suis toute seule la téléassistance moi j'ai un téléphone qui peut me localiser avec un bouton pour les secours* » (Mme Fontaine, 58 ans), « *Internet ça va être notre quotidien alors autant commencer et en profiter* » (Mr Dune, 70 ans), « *toutes ces technologies peuvent rendre service quand on est moins autonome, ça évite les déplacements surtout quand on est fatigué on n'a pas envie de se déplacer on n'a pas envie de sortir* » (Mme Ricel, 72 ans). L'utilité perçue est relative par exemple à la prise de médicaments, à la stimulation de la mémoire ou encore au sentiment de sécurité.

Pour comprendre le rapport aux gérontechnologies, il faut donc considérer la personne dans son rapport à soi et à ses propres fragilités naissantes et dans son rapport aux autres en lien avec son parcours de vie et dans le rapport du monde à soi (Gucher, 2012). Ceci a pour conséquence la nécessité de prendre en compte la diversité des facteurs. Il n'existe pas de facteur unique explicatif donc il est nécessaire de bien contextualiser l'implémentation des gérontechnologies et ce, d'autant plus, qu'elles sont des innovations qui répondent à un enjeu sur le long terme. Il est difficile, à travers un travail qualitatif, de pouvoir analyser les liens et les influences que ces différents facteurs ont entre eux. L'approche relative aux logiques d'usages permet toutefois de continuer l'explicitation du processus d'acceptabilité en introduisant un caractère plus dynamique de l'usage et une approche plus fine sur les degrés d'usage.

2.3 Des logiques d'usage différentes qui apportent une finesse dans l'analyse de l'acceptabilité : l'exemple de la téléassistance

Nous proposons ici d'interroger les usages de la téléassistance auprès d'une trentaine de personnes âgées équipées de la téléassistance soit de manière privée soit dans le cadre des actions du CCAS. Les quatre logiques d'usage (utilitaire, identitaire, de médiation et d'évaluation) définies par Caradec (2001a, 2001b) permettent de mieux comprendre les raisons qui poussent ou pas une personne à utiliser une technologie. Si elles renseignent sur le processus d'acceptabilité et sur la décision d'utilisation, elles ne renseignent pas véritablement sur les modalités d'usage et sur la satisfaction de celui-ci. De plus, elles sont très souvent

mêlées et il semble plus pertinent, dans notre cas, de montrer la complémentarité de ces logiques d'usage en termes de temporalité et de ressentis subjectifs et comment elles se rencontrent. Cela est plus pertinent car dans notre corpus, très peu de personnes s'extraient de la logique de médiation qui domine très largement les modes d'acquisition de la téléassistance (chapitre 6).

Le cas de Mme Rivière (92 ans) est très éclairant à ce propos. Sa décision de s'équiper de la téléassistance relève de plusieurs logiques. D'après elle, *"l'essentiel si je tombe c'est que ça peut m'aider"* ainsi Mme Rivière s'est équipée de la téléassistance car elle estime que c'est utile en cas de chute pour alerter les secours. Elle s'est équipée de la téléassistance car *"ça me permet de sortir un peu dehors sur la varangue"*. Le fait d'avoir la téléassistance lui garantit donc de pouvoir continuer à sortir en sécurité et donc de maintenir une forme d'autonomie et de continuité dans ses activités. On retrouve ainsi une logique identitaire. Enfin, Mme Rivière n'a pas pris la décision seule de s'équiper de la téléassistance car c'est son aide-ménagère qui lui en a parlé et qui a fait les démarches auprès du CCAS. On se trouve dans ce cas face à une logique de médiation.

C'est aussi l'aide-ménagère de Mme Lebon (95 ans) qui a proposé l'équipement et fait les démarches pour la téléassistance. La logique de médiation prime dans le cas de Mme Lebon car étant assez isolée du point de vue familial, son entourage professionnel ne lui a pas laissé le choix pour son maintien à domicile. Elle a accepté toutefois car c'était gratuit et lui permettait de rester chez elle. Ainsi on voit à travers cette situation comment se mêlent à la fois une logique d'évaluation entre le prix à payer pour son autonomie et la gratuité de la téléassistance et une logique identitaire à travers la préservation d'autonomie dans son lieu de vie : *« je trouve que si on a ça avec nous on peut aller dans la cour et avoir une petite distraction »*.

La logique de médiation est aussi présente pour Mr Robert (88 ans) dont l'aide-ménagère a fait les démarches pour l'équiper de la téléassistance. La gratuité de l'équipement a également été déterminant pour l'acceptation de Mr Robert. Il se positionne également du côté de la logique utilitaire car il reconnaît l'utilité de l'objet quand il est seul chez lui si jamais il lui arrive quelque chose mais il estime, par contre, que l'objet l'empêche de vivre comme avant et sollicite une approche identitaire. *"Si je sors un peu dans le chemin et si je tombe dans le*

chemin l'appareil ne fonctionne pas il faudrait que je puisse marcher et que ça me suive il ne faut pas que je reste dans la cour toute la journée moi j'ai des étourdissements ça ne prévient pas".

Pour Mme Belle (93 ans), c'est aussi la logique de médiation qui prime dans l'acquisition et l'équipement de la téléassistance car ce sont les enfants de Mme Belle qui ont insisté pour qu'elle ait la téléassistance. C'est aussi une logique d'évaluation qui lui a fait accepter. *"Je pense que c'est bien. Franchement les enfants ont plus peur que moi parce que moi je n'en ai pas besoin. Le collier, je l'ai mais si jamais j'ai vraiment besoin ben je vais vraiment l'utiliser"*. Mme Belle préfère avoir la téléassistance, bien qu'elle estime ne pas en avoir besoin, plutôt que d'inquiéter ses enfants.

Ces différents exemples sont forts d'enseignement. D'abord, ils permettent de montrer, si cela était encore nécessaire, le caractère complexe et multidimensionnel de la décision d'utilisation de la téléassistance par les personnes âgées. Ensuite, ils intègrent un élément temporel qui justifie à lui seul le caractère processuel de l'acceptabilité. En effet, si une personne a été équipée de la téléassistance par l'intervention d'un tiers ce n'est pas pour autant qu'elle ne peut développer d'autres logiques d'usage par la suite qui viennent s'opposer à l'usage ou le confirmer. Enfin, le postulat de la coexistence des logiques d'usage permet d'introduire l'idée d'une variété d'usages possibles face à un même objet et d'un rapport contrasté à l'objet.

Dans le cas de la téléassistance, l'usage principal qui est revendiqué à la fois par les téléassistants et par les personnes âgées est un usage lié à la sécurité et à la réactivité en cas de chutes ou de problème quelconque. Très souvent les personnes âgées s'équipent ou sont équipées de la téléassistance car elles ont déjà connu une chute ou parce qu'il y a un risque de chute. Le fils de Mme Mamoussou (99 ans) confiait lors d'un entretien que sa mère *"l'a [la téléassistance] déjà utilisée 4 ou 5 fois quand elle est tombée. Avant elle ne le mettait pas autour de son cou mais après plusieurs chutes elle le porte bien"*. Toute la difficulté de l'efficacité de la téléassistance provient du fait que tant que les personnes n'en estiment pas le besoin, même en cas de risque de chute avéré, elle ne l'utilise pas. Certaines personnes avouent ne pas l'utiliser parce qu'elles se sentent bien donc hors du risque ou parce qu'elles oublient ou encore parce que le port du médaillon leur est inconfortable. *"En cas sérieux oui je me sens plus en sécurité mais il faut porter le médaillon mais j'ai un problème avec le*

médaille je trouve que moi je bouge beaucoup et tout d'un coup il se cogne mais c'est involontaire" (Mme Jeanne, 89 ans). Par rapport à cela, certaines personnes préfèrent porter le médaillon à leur cou et d'autres à leur poignet. La plupart des personnes enlèvent le médaillon la nuit par peur d'être gênées à l'image de Mme Pauline (89 ans) *"pour dormir je l'enlève parce que ça tourne partout moi je bouge beaucoup pour dormir j'ai le sommeil léger ou je ne dors pas même"*. On retrouve aussi plusieurs appréhensions par rapport à l'utilisation de la téléassistance. Certains ont peur des effets de l'objet comme par exemple des interférences avec le téléphone : *"j'ai peur des fois parce que quand je mets le portable et le médaillon les deux ensemble ça fasse quelque chose à l'intérieur de mon corps c'est la seule chose qui me fait peur"* (Mme Rivière, 92 ans). On voit bien que Mme Rivière ne comprend pas bien le fonctionnement de la téléassistance et notamment la complémentarité des deux objets. Certains ont peur d'appuyer sans le faire exprès sur le dispositif et que cela ait un impact sur l'efficacité du dispositif. Mme Lebon explique qu'elle ne dort pas avec le médaillon car elle a peur d'appuyer dessus pendant la nuit et que des gens viennent défoncer sa porte en pensant qu'elle ne va pas bien. Pour cela Mme Pelle a trouver la parade en mettant le médaillon dans son soutien-gorge.

L'équipement de la téléassistance naît du risque de chute mais aussi et surtout parce que la personne vit seule. L'équipement en téléassistance a ainsi tendance à s'amplifier lorsque la personne est isolée. La téléassistance est souvent utilisée en substitut de la présence humaine parce que les personnes estiment ne pas en avoir besoin en présence d'autres personnes. C'est ce qu'exprime Mme Belle en disant qu'elle n'en a pas besoin le soir et le week-end car elle est accompagnée ou Mme Pauline qui dit *"quand j'ai du monde j'en profite pour l'enlever sinon je le porte"*. Mais pour beaucoup, lorsque les personnes sont seules, la téléassistance apparaît comme "un secours". Un secours qui peut être sollicité en cas de besoin.

Sur la nature de l'usage, l'exemple de la téléassistance est très parlant. En effet, notre analyse rejoint la littérature scientifique sur le sujet par rapport à la déviation des usages de la téléassistance. Certaines personnes disent ne jamais avoir utilisé la téléassistance mais avoir déjà appelé la plateforme de téléappels pour discuter et échanger. Mme Pelle a déjà *"appuyé pour donner de mes nouvelles"*. Elles sont très largement encouragées à le faire par ce que les téléassisteurs dénomment les appels de convivialité qui se font à une fréquence d'une fois par mois. *« ils discutent avec moi, même si tu n'es pas malade tu peux m'appeler quand tu dors*

pas tu peux m'appeler pour discuter un peu » (Mme Vine, 82 ans). « *Ils me téléphonent à peu près tous les mois ils me disent il ne faut pas hésiter d'appeler si j'ai besoin* » (Mme Pauline, 80 ans). Mme Vierre fait même état d'appels beaucoup plus fréquents : "*c'est eux qui m'appellent de Saint-Denis tous les 15 jours ils me demandent si ça va bien et si on est normal*". Certaines personnes développent même des relations assez privilégiées puisqu'elles connaissent le nom de leur interlocuteur qui semble régulier "*Brigitte je crois elle me demande si je ne suis pas malade*". Ainsi, on se situe dans ce que Gucher (2014) qualifie "d'usage détourné". Ce qui est intéressant c'est que ce détournement de l'usage par les personnes âgées a été intégré par les téléassisteurs qui proposent dans leurs offres ce service de convivialité au même titre que celui de l'assistance. Si le message est un peu nuancé sur les plaquettes commerciales, il est tout à fait assumé dans la relation client.

Cet exemple "d'usage détourné" montre bien l'intérêt théorique de l'étude des usages pour parvenir à une représentation des besoins et des attentes des personnes âgées. C'est ce que nous proposons de faire à présent en analysant les usages et le processus d'acceptabilité des TSA au prisme des transformations propres à l'avancée en âge. L'objectif est ainsi de faire le lien avec l'expérience individuelle et collective du vieillissement.

3 – L'acceptabilité des gérontechnologies comme analyseur du vieillissement

3.1 L'acceptabilité : un processus multidimensionnel

Reprenons la définition de l'acceptabilité proposée dans le chapitre 1, comme un processus et le résultat d'une rencontre de facteurs qui influencent un positionnement individuel et/ou collectif. L'acceptabilité renvoie à un mouvement (en permanente reconfiguration) au sein duquel des éléments (porteurs de valeurs subjectives plus ou moins objectivées par les individus) entrent en interaction, s'additionnent et produisent un sens. Comme il a été dit, cette définition permet ainsi de faire la différenciation entre l'acceptabilité (*processus*) et l'usage (*état* à un moment donné). Les éléments précédemment exposés ont permis de mettre en lumière la difficulté de traitement théorique de l'usage d'une part, parce que l'usage peut être considéré à la fois comme un facteur de l'acceptabilité et comme le résultat du processus, d'autre part, parce que l'usage revêt différentes logiques et différents niveaux d'intensité ou

encore parce que l'usage est aussi conditionné par le contexte social et institutionnel dans lequel il s'insère. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point dans le chapitre suivant à travers l'implication d'acteurs du champ gérontologique et la mise en place de politiques plus ou moins incitatives à l'égard des gérontechnologies.

La relation de l'individu à l'objet s'opère dans un contexte social et institutionnel qui a été dépeint dans le chapitre 3 pour la partie relative au territoire gérontologique réunionnais et dans le chapitre 4 pour la partie relative aux gérontechnologies à travers notamment l'historique de la filière Silver Économie. L'usage, c'est à dire l'action dirigée de l'individu sur l'objet est déterminée par l'interaction de différents facteurs qui s'autoalimentent. Pour le dire autrement, l'usage est évolutif et il se nourrit des évolutions que rencontrent l'individu ou le contexte dans lequel il se trouve. Ainsi, il faut bien voir dans ce graphique le caractère circulaire et évolutif de l'usage.

L'individu à travers ses valeurs et son parcours de vie construit des représentations de l'objet, lui-même caractérisé par un certain nombre de fonctionnalités. Schématiquement, ces représentations vont induire une perception d'utilité de l'objet positive ou négative. Dans le cas d'une perception d'utilité positive et si cet objet répond à un besoin de l'individu (qui n'est pas nécessairement celui prévu par l'objet) alors cela entraînera l'utilisation qui entrainera elle-même un usage (pas forcément univoque). A l'inverse si la perception d'utilité de l'objet est négative alors l'objet ne répond pas à un besoin et empêchera toute utilisation. Cela n'est pas tout à fait aussi simple car intervient également, l'action des freins et des facilitateurs qui ont pu être identifiés précédemment. Les freins, représentés par le signe "-" et les facilitateurs, représentés par le signe "+" sont liés à l'individu, à autrui et à l'objet. Ils agissent positivement ou négativement sur ce mouvement et agissent en interaction avec les autres facteurs pour déterminer l'usage. Pour la population qui nous intéresse, l'action du temps à son importance car elle entraîne des reconfigurations identitaires qui agissent sur l'usage.

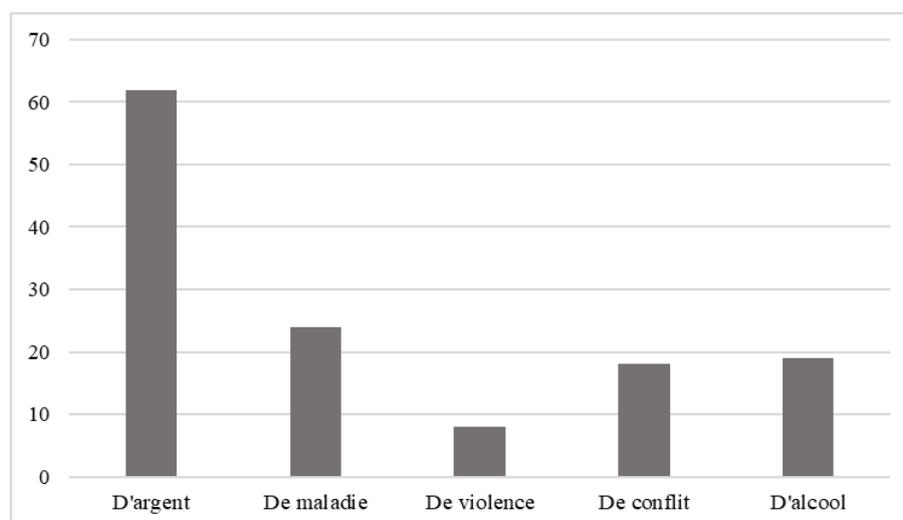
3.2 L'action du temps sur l'usage : la vulnérabilité au coeur du parcours de vie

Nos différentes observations et analyses ont montré que le processus d'acceptabilité était similaire quelle que soit la nature de la technologie considérée (TIC ou TSA). Ce n'est pas la

nature des TSA qui joue sur le processus d'acceptabilité mais plutôt le contexte et le moment social dans lequel il s'insère.

Les éléments exposés dans le chapitre 2 sur les caractéristiques socioéconomiques et l'état de santé des personnes âgées réunionnaises sont assez éclairants sur certaines postures adoptées face à la technologie. Comme il a été dit précédemment, les personnes retraitées à La Réunion ont connu un parcours de vie lié à plusieurs facteurs de vulnérabilité. Une vulnérabilité économique d'abord, causée par l'héritage de la précarité financière familiale, l'obligation de travailler avec les parents ou en placement très jeune, la faible scolarisation, le caractère informel de l'emploi sur une période plus ou moins longue de la vie active. A ce propos, l'enquête MFV semble tempérer ce dernier argument car 79% des plus de 60 ans déclarent avoir toujours cotisés. Mais ce chiffre ne prend pas en compte les périodes de non-emploi et rappelons que cette enquête ne concerne que les 60-79 ans donc elle ne prend pas en compte les personnes qui potentiellement ont le moins cotisé. 21% déclarent par contre n'avoir jamais été déclarées ou avoir cumulé travail formel et informel. La situation des femmes et des plus âgés est pire de ce point de vue. 19% des femmes déclarent n'avoir jamais été déclarées contre 7% des hommes et 12% des 60-74 ans contre 21% des plus de 75 ans. Au moment de l'enquête, 51% des personnes âgées ont un revenu mensuel inférieur à 800 euros. C'est le cas de 57% des femmes et de 44% des hommes. De plus, au moment de la retraite, 45% des personnes de plus de 60 ans interrogées n'étaient pas en activité. C'était le cas pour 49% des femmes et 40% des hommes. Ces chiffres confirment le caractère incomplet des carrières professionnelles des personnes âgées réunionnaises. Ensuite, les personnes âgées réunionnaises ont connu une vulnérabilité sociale non sans lien avec la précarité économique décrite ci-dessus. En effet, d'après l'enquête MFV, 62% des plus de 60 ans disent avoir connu des problèmes d'argent dans leur enfance (graphique 26).

Graphique 26. Problèmes rencontrés par les plus de 60 ans au cours de l'enfance (en %)

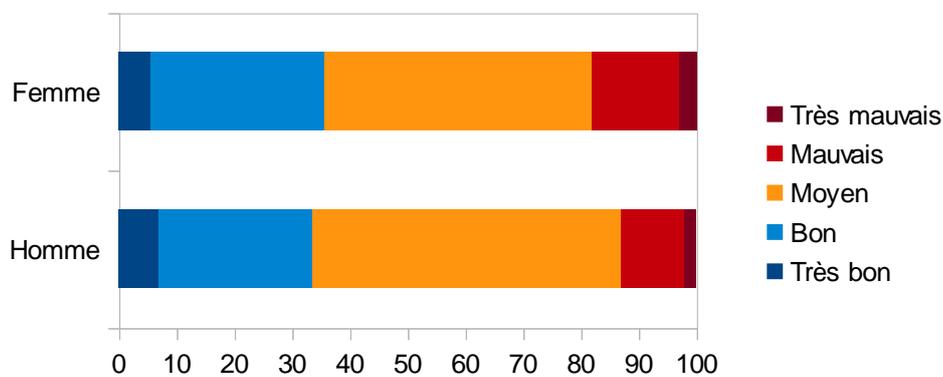


Source : (enquête MFV, 2010)

De plus, il n'existe pas de chiffre exposant le taux d'illettrisme chez les personnes âgées à La Réunion mais on sait par expérience que celui-ci est très élevé. On peut citer toutefois l'enquête Informations et Vie Quotidienne (IVQ) réalisée par l'Insee en 2011 (2013) qui évalue le taux d'illettrisme à 22,6% des 16-65 ans ayant été scolarisés. Le taux d'illettrisme des 60-65 ans s'élève quant à lui à 39%. Ce chiffre est sous-estimé car il ne prend en considération que les personnes ayant été scolarisées or c'est loin d'être le cas pour la majorité des personnes âgées. Nous ne disposons pas de chiffre pour les plus de 65 ans mais on peut aisément supposer que le taux d'illettrisme est encore bien supérieur à celui des 60-65 ans. Notons également que cette enquête ne concerne que les personnes nées après la Départementalisation or nous avons pu montrer précédemment (chapitre 2) que les conditions de vie et notamment l'accès à l'éducation était bien moindres avant 1946. L'enquête MFV met également en lumière que respectivement 18% et 19% des personnes âgées disent avoir connu des problèmes de conflits familiaux ou des problèmes d'alcool dans leur enfance. La consommation excessive d'alcool est un problème majoritairement masculin qui est responsable de 1,8% des décès à La Réunion soit trois fois plus qu'en métropole (Insee, 2014). De plus, ce chiffre ne prend pas en compte les décès liés indirectement à la consommation d'alcool comme la violence, les accidents ou encore les pathologies. Cela nous amène à la troisième forme de vulnérabilité, la vulnérabilité sanitaire. Nous l'avons vu les personnes âgées sont globalement en moins bonne santé que les personnes âgées métropolitaines et connaissent une entrée dans la perte d'autonomie plus précoce. L'enquête MFV apporte des

éléments intéressant sur la perception de l'état de santé (graphique 27). 35% des plus de 60 ans se considèrent en bonne et très bonne santé, 49% en moyenne santé et 16% en mauvaise et très mauvaise santé. Les femmes et les hommes ont globalement la même perception de leur état de santé. Les femmes toutefois sont un peu plus nombreuses à s'estimer en mauvaise santé. Elles sont 15% contre 11% chez les hommes. Ce chiffre serait sans doute plus important chez les hommes si l'échantillon allait au-delà de 79 ans eu égard à l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, 52% des plus de 60 ans disent avoir une santé limitée depuis plus de six mois au moment de l'enquête.

Graphique 27. État de santé subjectif selon le sexe (en %)



Source : (enquête MFV, 2010)

Le renoncement aux soins est assez faible mais représente quand même 6% des plus de 60 ans. Parmi les personnes qui ont renoncé aux soins au cours des 12 derniers mois avant l'enquête 45% sont des hommes et 55% sont des femmes. La première raison invoquée à ce renoncement aux soins est une difficulté pour payer dans 45% des cas. S'ajoute à cela, une vulnérabilité géographique que nous avons pu présenter dans le cas du cirque de Mafate (chapitre 2) mais qui s'applique également aux habitants des autres cirques et plus généralement aux habitants des Hauts.

Ce cumul de vulnérabilités, symptomatique de la pauvreté, impacte le positionnement des individus face à leur vieillissement en rendant d'un part la projection dans le futur peu optimiste et d'autre part, une autonomie décisionnelle relative.

3.3 Quel rapport au vieillissement

En raison de leur parcours de vie et leurs conditions d'existence, certaines personnes âgées réunionnaises manifestent une forme de fatalisme face à leur situation et face à l'avenir. Les fragilités naissantes sont vécues comme une couche de difficultés supplémentaires à un quotidien déjà perçu comme contraignant du point de vue financier et du point de vue social. En effet, la quasi-totalité des entretiens réalisés auprès de personnes âgées ont, à un moment donné, dévié sur les difficultés financières des personnes et les multiples restrictions budgétaires auxquelles elles doivent faire face au quotidien. Nous l'avons montré, le coût de la technologie est souvent évoqué comme l'explication du non usage mais le coût est aussi évoqué par rapport au prix des loyers, au prix des courses ou encore aux prix des transports. La contrainte sociale se matérialise par un phénomène bien connu en sociologie du vieillissement qui est celui du sentiment d'étrangeté au monde. Il est très fortement ressenti dans notre population du fait des spécificités du développement socioéconomique réunionnais. Les changements ayant été très rapides (chapitre 2), les personnes trouvent, en leur existence, un support et une preuve de ces changements. C'est exactement ce mécanisme qui poussent les personnes à évoquer aussi souvent et à se référer au temps *lontan* à la fois comme témoin de ces évolutions et à la fois comme référence identitaire. Lorsque les personnes interrogées affirment qu'elles sont *trop vieilles*, que *les technologies sont pour les jeunes* et qu'*elles ne font pas partie de ce monde de modernité*, c'est bien là la manifestation d'une distance face à un monde dont les codes ne sont plus aussi facilement appréhendés. C'est ce que l'on comprend par les fréquentes références au manque d'éducation actuel des enfants, aux incivilités auxquelles elles sont confrontées et globalement au sentiment d'insécurité qu'elles expriment. Ce sentiment d'étrangeté au monde est, d'après nous, particulièrement amplifié à La Réunion du fait du parcours de vie des personnes âgées. L'illettrisme important chez les personnes âgées est à l'origine d'un sentiment d'infériorité et une perception négative de soi. En effet, si autant de personnes jugent qu'elles n'ont pas les compétences pour pouvoir utiliser un objet technologique c'est parce que d'après elle, le fait de ne pas être allé à l'école, de ne pas avoir appris à lire et à écrire, sont des éléments qui les éloignent du savoir et de l'apprentissage : « *Moi je ne suis pas allé à l'école, je ne connais rien* ». Cette mise à distance de la situation d'apprentissage, comme protection ou comme conviction dévaluante de soi, agit sur les représentations des nouvelles technologies et sur les perceptions d'utilisabilité de l'objet. De plus, cet illettrisme partagé par beaucoup de personnes

de notre corpus est à l'origine d'une situation de dépendance dans la vie de tous les jours que ce soit pour les papiers administratifs, pour les transports ou pour l'accès général à l'information. Cette nécessité du recours à autrui dans les actes de la vie quotidienne, depuis de nombreuses années, entraîne des possibilités d'adaptation plus limitées sur leur quotidien et une certaine passivité dans la prise de décision. Ces personnes s'en remettent ainsi beaucoup à leurs proches pour les décisions importantes ou celles de tous les jours mais aussi aux professionnels qui les entourent. Cela est particulièrement le cas des femmes qui n'ont jamais travaillé et qui ont toujours dépendu de leurs maris. C'est le cas de Mme Belle par exemple : « *Je n'ai jamais travaillé. C'est pour cela que je ne connais rien. Mon mari ne voulait pas que je fasse quoi que ce soit, donc c'était la cuisine, le ménage. Cela ne m'a pas rendu service* ». Il transparait ici une forme de paradoxe dans le positionnement de ces personnes car d'une part, elles sont dans un rapport assez passif par rapport aux événements qui leur arrivent mais en même temps elles sont très en demande de reconnaissance d'une part et d'aides d'autres part.

Ce constat est généralisé dans notre corpus. Certains adoptent un comportement passif face à cette distance sociale et formulent des paroles telles que « *maintenant c'est trop tard* » ou « *ça n'en vaut plus la peine* ». On assiste à une forme d'acceptation détachée de la fin de l'existence. Ce sentiment a tendance à être amplifié lorsque les personnes âgées vivent seules, sont isolées et lorsqu'elles ont des problèmes de santé qui les contraignent dans leur vie de tous les jours. Leurs discours sont alors plus souvent marqués par un sentiment de finitude. « *La vie a été dure mais là c'est la fin* » (Mme Lebon, 95 ans). Ce sentiment est plus atténué chez les jeunes retraités et chez les personnes rencontrées qui viennent de métropole. D'autres, au contraire, décident de réduire cette distance sociale et c'est précisément à cet endroit qu'intervient le processus de déprise. Avec l'arrivée des ennuis de santé et des fragilités tant sur le plan physique que cognitif, les personnes mettent en place des stratégies qui leur permettent de maintenir une ligne de vie cohérente avec leurs valeurs et leurs besoins qui sont en pleine mutation. La littérature scientifique décrit assez largement comment les personnes âgées décident de limiter certaines activités dans leur durée, par leur fréquence ou par leur intensité, comment elles décident d'abandonner une activité au profit d'une autre activité plus en phase avec les capacités physiques et cognitives nouvelles ou encore comment elles décident de s'investir dans une nouvelle activité pour compenser une ancienne activité pratiquée. Le terme d'activité est suffisamment large pour regrouper à la fois des modes de

transports, des activités ludiques et culturelles et toutes les actions du quotidien. Ainsi, l'avancée en âge entraînent des reconfigurations progressives, qui peuvent être lentes au rythme de la fatigue (par exemple la réduction progressive des temps d'activité physique par semaine) ou bien rapides (en réponse par exemple à une chute). Les TSA ou la technologie en général interviennent donc à un moment de l'existence marqué par de nombreux changements relatifs au corps, à l'esprit, à la mémoire et au réseau social. Ainsi, en plus de tous les facteurs intervenants dans le processus de l'acceptabilité, il faut intégrer l'effet des stratégies de déprise ou de préservation de soi mises en place par les personnes. De cette façon, la technologie peut être partie prenante ou exclue d'une de ces stratégies. C'est par exemple le cas de Mme Hoarau qui ne peut pas voyager mais qui utilise Skype pour pouvoir parler à ses enfants et à ses petits-enfants. La limite de notre échantillon se trouve pointée ici par le peu de cas de personnes confiantes et sereines face à l'avenir mais plutôt face à ce que Alvarez (2014) a décrit comme une catégorie de personnes subissant leur vieillissement.

4 – Conclusion

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

Il existe, certes, une réticence un peu plus marquée chez les personnes les plus âgées n'ayant jamais côtoyé d'objets technologiques mais l'approche prospective adoptée dans ce chapitre, laisse présager un contexte social, économique et institutionnel plutôt favorable à l'utilisation des gérontechnologies à condition que celles-ci garantissent l'intégrité de la personne, c'est-à-dire répondent aux besoins individuels tout en favorisant une avancée en âge de qualité.

L'acceptabilité des TSA est donc conditionnée en premier lieu par la perception d'utilité de l'objet par rapport à un besoin. S'ajoute à cela un ensemble de facteurs qui viennent concurrencer cette relation. L'action du temps et des reconfigurations identitaires et sociales au cours du vieillissement est un autre facteur diachronique à considérer. L'étude de l'acceptabilité s'est révélé un excellent moyen d'interroger le rapport au vieillissement des personnes âgées. Ces propos seront d'ailleurs complétés dans le chapitre 7 par la description de trois rapports au vieillissement : fataliste, passif et combatif.

Finalement, la question de l'adoption des TSA revêt des enjeux similaires à ceux rencontrés par des politiques publiques en matière de vieillissement ou d'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie, ce qui n'est pas étonnant puisqu'elles y sont intégrées. Il faut avoir conscience que l'adoption des TSA est conditionnée à une approche multidimensionnelle étant donné le caractère nécessairement cumulatif de l'innovation. Une innovation technique ne peut aller dans ce cas sans innovations sociales en matière de sources de financement ou en matière d'organisation sociale autour des personnes âgées. L'entourage familial et professionnel est en effet central dans le processus d'acceptabilité et c'est ce que nous allons voir dans le chapitre suivant.

Chapitre 6 L'entourage familial et professionnel à l'épreuve de la technologie

L'entourage joue un rôle important dans le processus d'acceptabilité en tant que frein ou en tant que facilitateur. Les solidarités familiales, y compris les solidarités intergénérationnelles, sont au cœur de l'identité réunionnaise et très souvent invoquées pour dépeindre le mode de vie réunionnais. De ce point de vue, l'enquête MFV (Migration, famille et vieillissement) réalisée conjointement par l'Ined et l'Insee en 2010 dans les Départements d'outre-mer apporte un éclairage intéressant sur l'état des solidarités intergénérationnelles à travers les différentes formes d'aides reçues et données. Si les solidarités intergénérationnelles restent ancrées dans la société réunionnaise et notamment eu égard au caractère insulaire et à la faible superficie de l'île, on assiste néanmoins à une modification de certaines valeurs. En effet, « l'attrait pour un mode de vie plus individuel à La Réunion se traduit directement dans les manières d'habiter » (Sandron, 2014a, p.12) avec le phénomène de décohabitation familiale et par la modification de la nature et de la fréquence des relations intergénérationnelles.

Les personnes âgées ont connu à l'échelle de leur existence de fortes mutations socioéconomiques en lien avec le développement rapide de l'île depuis la départementalisation et surtout depuis les années 1960 (Sandron, 2007). Elles ont donc connu des améliorations significatives de leurs conditions de vie en termes de santé, d'éducation et pour la vie quotidienne mais en parallèle aussi, elles ont vu se modifier les relations intergénérationnelles. S'il est vrai que la référence au passé, à son vécu et au parcours de vie sont des éléments clés de la construction de soi pour les personnes âgées et pour leur rapport au monde (Caradec, 2012 ; Gucher, 2012), nos analyses montrent que les personnes âgées réunionnaises ressentent un fort sentiment d'isolement notamment familial et manifestent de véritables inquiétudes pour l'avenir et notamment dans le cas d'une entrée dans la perte d'autonomie. Cette situation est un enjeu majeur pour garantir le bien-être des personnes et adapter au mieux les politiques publiques de prise en charge de la perte d'autonomie. En indiquant de manière récurrente que « la vie était plus dure avant » mais que « les solidarités étaient plus fortes », les personnes âgées indiquent par là même l'évolution d'une société dont les mécanismes de solidarité sont aussi assurés aujourd'hui par les institutions publiques.

L'objectif de ce chapitre est de comprendre comment l'entourage qu'il soit familial, de proximité ou professionnel influe sur l'acceptabilité des technologies par les personnes âgées.

Nous proposons deux niveaux d'analyse : un premier, au niveau du rôle de l'entourage dans le processus d'acceptabilité et un second, au niveau des représentations de la relation personnes âgées – technologie érigée comme norme notamment du point de vue des professionnels du monde gérontologique. Pour cela, une première section sera consacrée aux solidarités familiales et intergénérationnelles où sera mis en relation l'état des solidarités avec le ressenti des personnes âgées. Une seconde section traitera du rôle concret de l'entourage dans le processus d'acceptabilité et notamment pour l'acquisition de nouvelles technologies. Enfin, une troisième section discutera l'introduction des nouvelles technologies dans le monde de la gérontologie réunionnaise en présentant la dynamique de territoire par rapport aux nouvelles technologies tout en exposant les craintes des professionnels quant à leur introduction dans leurs pratiques.

1 – Les solidarités familiales et intergénérationnelles

L'étude de la solidarité et des liens entre les générations est devenue un champ de recherche à part entière à partir des années 1990 (Bonvalet, 2010). Il est admis que les échanges intergénérationnels donnent une bonne mesure de la solidarité intrafamiliale (Attias-Donfut, 1985 ; Attias-Donfut & Litwin, 2015). L'enquête européenne SHARE⁶⁹ a permis d'apporter des éclairages très intéressants concernant les échanges intergénérationnels en termes de fréquence, de quantité et de direction. Cette enquête distingue les transferts financiers qui peuvent être irréguliers, réguliers ou des donations et les transferts en temps qui regroupent les soins apportés, les aides matérielles et les aides administratives. Ainsi, le soutien financier va des plus âgés aux plus jeunes et à l'inverse l'aide en temps va vers les plus âgés et est majoritairement dispensée par les femmes (Attias-Donfut et al., 2005). L'intérêt pour la question des solidarités est lié aux transformations qu'elles subissent. « Si elles sont toujours actives, ces solidarités se transforment toutefois sous l'effet de grandes tendances [...] : le vieillissement démographique, l'évolution des systèmes de protection sociale, la diversification des constellations familiales, la mutation des valeurs » (Attias-Donfut &

⁶⁹ L'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête européenne longitudinale, multidisciplinaire et internationale concernant les personnes âgées de 50 ans et plus issues de vingt-sept pays européens. L'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 2004. Les données recueillies portent sur l'état de santé des répondants et de leurs proches ainsi que sur leur situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine).

Litwin, 2015, p.54). En effet, « la démographie n'intervient jamais seule, elle fait partie de mutations culturelles, sociales et économiques qui contribuent à leur tour à transformer les relations intergénérationnelles (Attias-Donfut & Loriaux, 2013). Il est aussi admis que le système de retraite par répartition, qui porte en lui un accord tacite entre les générations, a profondément transformé les solidarités familiales (Guillemard, 2015) en introduisant des transferts publics dans la sphère privée. La question des interactions entre l'aide formelle et l'aide informelle est toujours en discussion. Deux positionnements s'affrontent entre d'un côté la thèse de la substitution c'est-à-dire que l'aide formelle a tendance à chasser l'aide informelle et de l'autre la thèse de la complémentarité qui considère que les aides formelles et informelles ont tendance à se renforcer mutuellement (Attias-Donfut & Litwin, 2015). Le contexte socioéconomique de La Réunion, caractérisé par une précarité importante pousse à interroger le sens et la nature de ces transferts et cela d'autant plus eu égard aux modifications démographiques rapides.

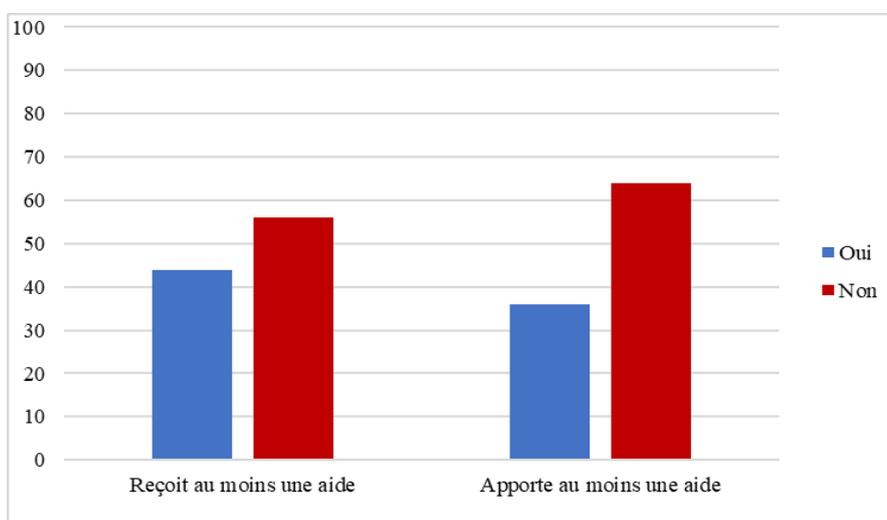
1.1 Aides reçues et perçues par les personnes âgées à La Réunion

L'enquête MFV (Migration, famille et vieillissement) réalisée conjointement par l'Ined et l'Insee en 2010 dans les DOM, a permis d'obtenir des données utiles sur les solidarités familiales et notamment sur les solidarités intergénérationnelles. Avant de rentrer dans le détail des résultats, il semble pertinent de s'interroger sur les critères d'appréciation de la solidarité familiale. En effet, dans l'enquête MFV, le choix a été fait de considérer la solidarité familiale dans une logique de transferts et d'inter-échanges. Pour donner quelques exemples de variables, nous pouvons noter la fréquence des rencontres ou l'aide apportée et reçue. Selon l'enquête MFV, la solidarité familiale est encore forte mais elle est fortement ciblée. L'entraide familiale est fréquente et plus importante que dans les autres DOM. En effet, en ce qui concerne l'aide globale reçue (nous verrons ensuite qu'il est important de différencier les différents types d'aides), La Réunion se place en première position par rapport à la Guyane, la Guadeloupe ou encore la Martinique. Cette aide reçue est très importante pour la jeunesse, elle concerne 60% des moins de 25 ans, elle est peu fréquente entre 35 et 55 ans et augmente significativement à partir de 55 ans pour toucher plus de 50% des plus de 75 ans.

Chez les plus de 75 ans, ce sont donc plus d'une personne sur deux qui reçoivent une aide régulière c'est-à-dire de manière hebdomadaire. En ce qui concerne l'aide régulière apportée,

elle est globalement forte jusqu'à 60 ans et elle décroît ensuite fortement au fur et à mesure de l'avancée en âge. C'est d'ailleurs à La Réunion que les personnes âgées apportent le moins d'aide régulière à leur famille. Finalement, on peut dire que les personnes âgées reçoivent plus d'aide qu'elles n'en donnent (graphique 28). Cependant, elles ne sont pas sans rendre, dans bien des cas, des services de garde de leurs petits-enfants. La garde des petits-enfants est le service le plus répandu et concerne un quart des personnes âgées. 15% d'entre elles le font au moins une fois par semaine et la majorité de ces personnes gardent au moins deux enfants (Marie *et al.*, 2011).

Graphique 28. Don et réception d'aide pour les personnes âgées de plus de 60 ans (en %)



Source : Enquête MFV, 2010

Cette approche et cette répartition globale des aides nécessitent une différenciation par types d'aides. 70% des personnes âgées de plus de 64 ans n'apportent aucune aide à leur entourage et la majorité des aides apportées sont non financières. La moitié des personnes âgées de plus de 64 ans sont aidées régulièrement mais il s'agit d'aides presque exclusivement non financières. Donc l'aide financière est rare dans un sens comme dans l'autre en ce qui concerne les personnes âgées. Les aides les plus répandues sont les aides administratives et les aides relatives à la maison, au ménage et aux courses. Mais la prise en charge, par les proches de la perte d'autonomie, c'est-à-dire les aides dans les tâches quotidiennes comme se lever, s'habiller, entrer et sortir du lit, est très peu fréquente. Ceci est très intéressant puisque cela

rompt l'image de la généralisation de la prise en charge familiale dans le cadre de la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'enquête MFV montre que la solidarité familiale est encore forte à La Réunion qui se place en première position par rapport à la Guyane, à la Guadeloupe ou encore à la Martinique. L'aide reçue du reste de la famille est très importante pour la jeunesse, elle est peu fréquente entre 35 et 55 ans et augmente significativement à partir de 55 ans pour concerner plus de 50% des personnes de plus de 75 ans. Les aides données les plus répandues à destination des personnes âgées sont les aides administratives et les aides relatives à la maison, au ménage et aux courses. Mais la prise en charge par les proches de la stricte perte d'autonomie est peu fréquente. Pour ce qui est de la nature de l'aide reçue et donnée par ou aux personnes âgées, elle est principalement non financière. Les solidarités intergénérationnelles demeurent fortes à La Réunion mais les aides qui les matérialisent sont spécifiques. Concernant les aides non financières on retrouve le modèle présenté en introduction avec un mouvement d'aides à destination des personnes âgées qui s'intensifie avec l'avancée en âge (nos observations ainsi que nos entretiens valident le caractère genré de l'aide informelle à destination des personnes âgées). Par contre, on ne retrouve pas à La Réunion des transferts monétaires descendants. Cette situation s'explique par les faibles revenus des personnes âgées à La Réunion (chapitre 2).

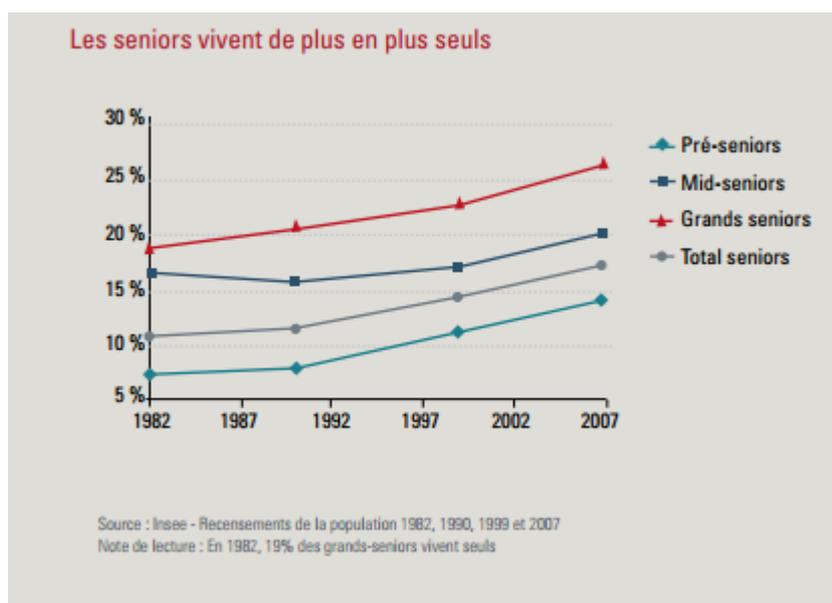
1.2 Personnes âgées et isolement

L'enquête MFV renseigne aussi sur le degré d'isolement des personnes âgées (Marie *et al.*, 2011). Trois seniors âgés de plus de 65 ans sur quatre ont des contacts réguliers avec leurs enfants soit parce qu'ils cohabitent avec eux, soit parce qu'ils ont une visite au moins une fois par semaine. Un tiers des seniors vivent seuls mais la moitié d'entre eux reçoivent de la visite au moins une fois par semaine. Il est possible d'affiner ces résultats dans le contexte spécifique d'un département ultramarin comme La Réunion. Les résultats de l'enquête MFV montrent que la proportion d'enfants non-cohabitants avec la personne âgée lui rendant des visites « tous les jours ou presque » est de 24,8% alors qu'elle est seulement de 12,3% en métropole. À l'autre extrême, si 6,8% des enfants ne rendent jamais visite à leur parent en métropole, ils sont 15,2% à La Réunion (Beaugendre *et al.*, 2016). Cette situation s'explique évidemment par la distance entre parents et enfants. Ces derniers lorsqu'ils ont émigré sont

allés en majorité en France métropolitaine, à 10 000 kilomètres de La Réunion. Inversement, à La Réunion, les distances sont faibles comparativement à la métropole et pour les enfants restés sur l'île, cela signifie un contact plus régulier avec leur parent. Notons que pour les enfants ayant quitté l'île, les contacts téléphoniques fréquents constituent un maintien du lien avec les personnes âgées. En effet, « la dispersion géographique peut certes entraîner une distension des liens, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent ; des échanges à distance soutenus entre générations sont favorisés par l'immense progrès des technologies de la communication et abolissent le temps et l'espace » (Attias-Donfut & Loriaux, 2013, p.139).

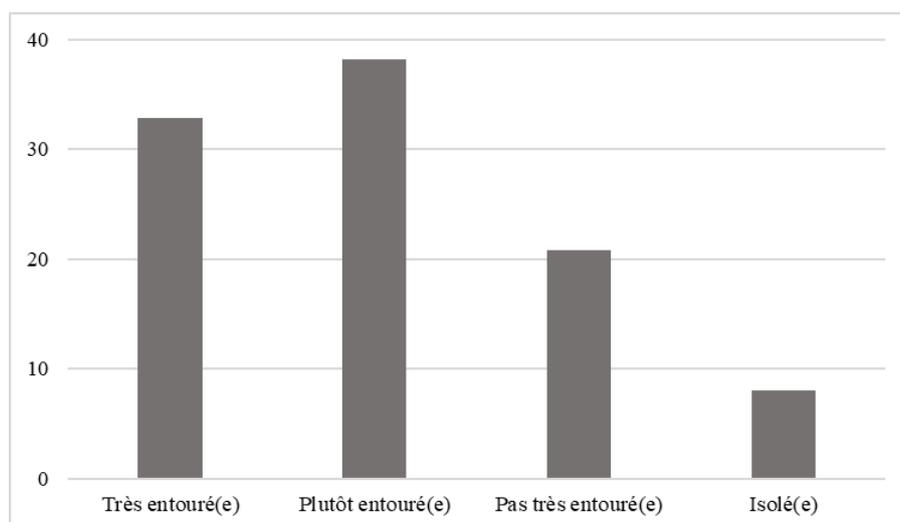
L'isolement des personnes âgées est une problématique sociale devenue publique à partir de la canicule de 2003 (Campéon, 2015 ; Argoud, 2016). Le phénomène de l'isolement social des personnes âgées met en lumière un manque de liens sociaux et une invisibilité de certaines personnes qui échappent aux dispositifs institutionnels. Ce phénomène est lié entre autres au phénomène de décohabitation familiale. Les personnes âgées réunionnaises vivent de plus en plus seules. Ce phénomène s'amplifie avec le temps et aux âges les plus avancés (graphique 29). Pourtant, dans le cadre de l'enquête CCAS en 2016 seulement 8% des personnes interrogées s'estiment isolées et plus des deux tiers se sentent très entourées ou plutôt entourées (graphique 30).

Graphique 29. Part des séniors réunionnais vivant seuls entre 1982 et 2007 (en %)



(In Insee, 2010)

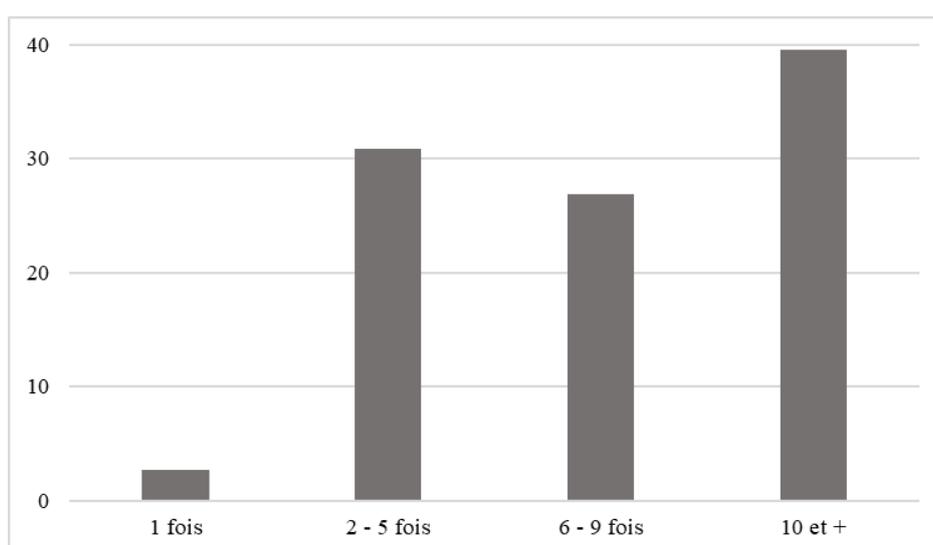
Graphique 30. Perception de la qualité de l'entourage familial (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

L'enquête CCAS confirme qu'une grande majorité des personnes âgées ont des contacts fréquents au cours de la semaine (graphique 31). Ces contacts peuvent être familiaux, de voisinage ou professionnels. Elles ont au moins 6 contacts par semaine pour les deux tiers d'entre elles. Il faudrait bien sûr aller plus finement pour savoir la fréquence, la qualité et la durée des contacts.

Graphique 31. Nombre de contacts en moyenne par semaine (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

Cette réflexion sur les solidarités familiales permet de poursuivre sur une mise en parallèle avec l'aide sociale et amène à se demander de quelle manière les transferts privés et publics interagissent-ils ? Dans son ouvrage, Roinsard (2007) questionne l'ancrage des dispositifs d'aides sociales et notamment le RMI dans le paysage social de l'île. Il se demande si l'aide sociale n'a pas eu comme effet la baisse des relations d'interdépendance et, par conséquent, la baisse des solidarités de proximité. Il constate que l'évolution de la famille à La Réunion renvoie à la question des solidarités familiales qui se trouvent aujourd'hui dans des relations de combinaison, voire de substitution avec la dimension protectrice de l'Etat providence. Plus globalement, il interroge l'impact des transferts publics sur les transferts privés et comment ceux-ci se rencontrent, se combinent ou encore se substituent. La cohabitation familiale est forte à La Réunion et Roinsard montre, avec le cas des jeunes touchant le RMI qui habitent chez leur famille, que leur RMI ne remet pas en question les solidarités familiales mais bien au contraire les aides sociales « permettent de conforter voire de réhabiliter ces solidarités qui étaient alors mises à mal par la faiblesse, au sein du ménage, des revenus par habitant » (*Ibid*, p.143). L'aide aux personnes âgées relève traditionnellement du devoir familial. Roinsard montre que le RMI est venu renforcer cette pratique puisque « l'obligation de s'engager dans une action « d'insertion sociale » a conduit de nombreuses femmes à traduire cette pratique d'entraide familiale en une action sociale validée par l'institution gestionnaire du RMI » (*Ibid*, p.147). De plus, selon lui « La retraite a elle aussi largement participé à la consolidation des solidarités en impulsant même, dans certains cas de figure, une inversion des rapports de dépendance. [...] La retraite (ou le minimum vieillesse) d'un côté puis, de l'autre, le RMI, l'API ou encore l'AAH auront soulagé les générations intermédiaires ainsi que leurs aînés en facilitant l'expression des obligations familiales. La parenté demeure ainsi le lieu d'exercice privilégié des solidarités ». Ces propos peuvent toutefois être nuancés puisqu'il a été vu que les transferts privés monétaires étaient très minoritaires. Cependant, il est intéressant de constater que même dans une société où les aides sociales dites d'assistance sont très nombreuses, les transferts privés ne semblent pas pour autant se substituer aux transferts publics. « Essentiellement fondées sur la réciprocité des intérêts et le respect des valeurs du groupe, les solidarités privées se reproduisent et se transforment, plus qu'elles ne s'effacent, face aux aides publiques » (*Ibid*, p.142).

Au-delà des solidarités familiales, Roinsard propose une réflexion sur les solidarités de proximité et donc sur le rôle du voisinage. Cela intéresse directement notre propos pour les

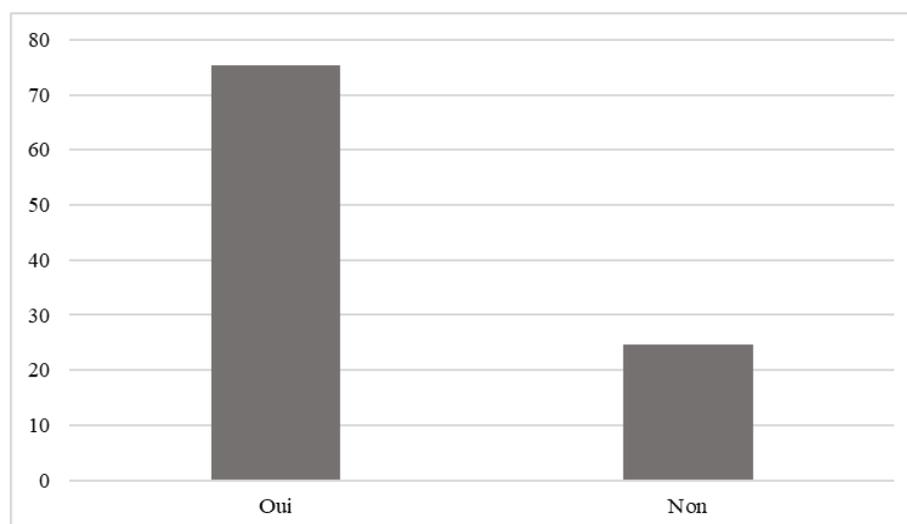
personnes âgées qui, l'expérience le montre, entretiennent un rapport privilégié avec leur domicile et leur environnement social proche (Djaoui, 2011). La proximité spatiale et sociale des individus joue un rôle déterminant dans la production des solidarités de proximité. Le contrôle social qui accompagne cette proximité évite des processus d'exclusion à commencer par le phénomène des SDF qui, même s'il augmente, demeure assez faible dans l'île alors qu'en même temps, les indicateurs relatifs au chômage et aux inégalités sociales sont plutôt alarmants. Les solidarités de proximité se maintiennent selon Roinsard grâce à différents éléments. Il note en premier lieu la force de la religion, le sens de la communauté, le sentiment d'appartenance à un territoire, la réciprocité des intérêts et l'habitus collectif. « Il semble bien que la solidarité exprimée à l'endroit des plus démunis d'une famille a parfois autant une fonction pratique de soutien aux bénéficiaires de l'aide qu'une fonction symbolique de pouvoir économique de celui qui vient en aide. En somme, le comportement solidaire relèverait moins ici de l'altruisme que d'une certaine forme de domination basée sur la rupture du don et du contre-don. » (Roinsard, 2007). L'information importante à retenir est que les aides publiques et la solidarité familiale ne sont pas en concurrence mais bien souvent engagées dans une relation de complémentarité.

1.3 Un sentiment de recul des solidarités

« Je trouve les gens auparavant, moi, je sais pas où vous avez grandi si c'est dans un village ou en ville. Avant, il y avait plus de, on se fréquentait plus. Maintenant, on devient trop individualiste, même la famille hein, même la famille. Je vois par exemple souvent avant quand on se connaissait tous les voisins, et maintenant comme il y a des immeubles et tout, on se connaît plus. Et ce côté social, c'est intéressant pour les personnes âgées. Et puis, les personnes âgées deviennent désagréables aussi, on devient égoïste, euh. C'est pas évident pour ceux qui encadrent euh, les personnes âgées hein...ils sont égoïstes, ils veulent tout. On devrait être en pleine sagesse mais c'est dommage, moi, je suis dans le même tas hein sans exception hein. Oui, oui, mais c'est dommage [...] Il y avait la famille qui était très unie mais maintenant chacun a sa vie, on fait plus attention » (Mme Akoun, 81 ans)

Malgré des manifestations de solidarités importantes et un sentiment d'être suffisamment aidées pour une grande majorité (graphique 32), les personnes âgées expriment un fort sentiment de recul des solidarités et de leurs manifestations.

Graphique 32. Sentiment d'être suffisamment aidé dans le quotidien (en %)



Source : Enquête CCAS, 2016

On retrouve un sentiment partagé de diminution voire de perte des solidarités familiales. Cela n'est pas sans pointer une forme « d'étrangeté au monde » qui s'explique, à La Réunion, par des mutations socioéconomiques très rapides dont les personnes âgées ont été témoins ces dernières décennies. Ceci entraîne une certaine forme d'inquiétude des personnes âgées pour le futur et notamment pour les personnes les plus isolées. Le modèle des solidarités familiales est souvent érigé comme un trait identitaire de la culture réunionnaise mais elles ont tendance à se transformer pour aller de plus en plus vers des solidarités collectives. « On ne saurait comprendre pourquoi la dépendance aux minimas sociaux ne fait pas l'objet d'une stigmatisation dans la société créole sans se référer à nouveau à l'histoire et à la fonction sociale du travail à La Réunion. [...] Pour beaucoup, la pauvreté renvoie à un ordre social sur lequel on a bien peu d'emprise et au sein duquel les stratégies de survie dépendent des solidarités horizontales (famille, quartier, etc) mais aussi et surtout de la solidarité verticale, c'est-à-dire de l'action bienfaitrice d'une autorité supérieure » (Roinsard, 2014, p.187). Si le recours aux aides sociales ou à la solidarité collective n'est pas stigmatisé à La Réunion, il est déstabilisant pour les personnes âgées qui voient en la famille le lieu symbolique de l'expression et des manifestations de la solidarité.

C'est ce que l'on comprend à travers les paroles de Mr Gilbert : « *ils [ses enfants] sont trop loin ils ont peur de la route c'est moi plutôt qui vais vers eux et puis ils ont des enfants en bas*

âge et un peu à l'école et les maris travaillent ils ont peur de la route aussi c'est la route qui fait peur ça je les comprends mais en principe ils peuvent venir ils disent souvent si on va remonter mais quand c'est plus dans notre génération quoi famille là mais maintenant la famille s'éloigne » ; De Mr Tiang : « À La Réunion tout est grand maintenant. Les petits-enfants sont grands. Il y a déjà des arrières petits-enfants. Les petits-enfants on ne les voit pas souvent. Vous savez, les jeunes maintenant, c'est chacun de son côté ». Cette importance de la famille est d'ailleurs tout à fait hiérarchisée : « Les personnes principales c'est la famille puis les amis principaux qu'on a connus et puis les voisins qu'on a à côté » ; De Mr Chong : « Non j'ai pas de loisirs moi mais parfois comme là il y a la fête au temple chinois là le sept le huit y'a la chapelle y'a ça on fait à manger et je vais aider quand y'a un manger je vais aller aider pour éplucher les légumes tout ça mais à part ça des activités j'en ai je me sens pas tout seul comme y'a la famille elle est là on est entouré, en métropole non quand je suis à la maison on reste là on peut pas sortir mais ici on peut partir n'importe où la famille est là, en métropole c'est pas pareil c'est pour ça que je suis retourné parce que en métropole y'a personne même pas le voisin là-bas on sort pour travailler on rentre pour dormir c'est tout travailler dormir ici c'est plus libre ouais ». Pour certains, la famille est l'unique source de déplacement.

Nous avons trouvé dans notre corpus un gradient important dans la qualité, la présence et la satisfaction quant au réseau social du point de vue des personnes âgées. Certaines personnes sont bien entourées et satisfaites de leurs échanges. Comme Mr Damiano : « Oui on s'est fait des amis bien sûr quelques amis il faut se rappeler que quand vous tombez dans un endroit comme ça il faut tomber sur des gens qui sont du même qui ont la même vision que vous parce qu'on dit bien qui se ressemble s'assemble donc c'est vrai on a rencontré quelques amis qu'on va retrouver presque tous les soirs en bord de mer on va discuter ah oui absolument » ; Mr Barton : « Tous les jours on garde parfois le petit quand il sort de l'école notre fils nous dit je vous le laisse je vais faire une course il a quatre ans je veux dire c'est plaisant d'avoir son petit-fils [...] On se voit avec les voisins bonjour ça va on se serre la main dans la résidence ah oui tout le monde se connaît y'a un couple là-bas ils sont très gentils oui très sympathiques y'en a deux ou trois qui sont arrivés en même temps que nous quasiment non c'est sympa » ; Mr Gilbert : « Oui beaucoup d'amis les gens de Cilaos sont très gentils enfin un peu partout mais plus ou moins et ici c'est plus gentil [...] On se promène on dialogue on cause on s'assoit quelque part on a rien à faire on discute la journée voilà » et Mme Durel :

« Bien sûr mais toujours c'est incroyable ce qu'il y a pour les retraités ici vous avez les mêmes activités qu'en métropole faut pas croire que parce que c'est La Réunion c'est pas la brousse c'est civilisé quand même et pour les anciens y'a pas mal d'associations je vois où je suis sur Piton Saint-Leu y'a plein d'associations je crois qu'il en y a au moins une centaine dans tous les domaines j'ai regardé sur internet y'en a au moins une centaine mais dans tous les domaines donc y'a de quoi s'activer vous ne restez pas chez vous là à déprimer et à pleurer de votre sort au contraire vous allez partager et ça c'est beau ».

D'autres personnes âgées sont quant à elles dans des situations d'isolement social bien souvent couplé à l'isolement géographique, aux problèmes de santé et à la précarité financière. Ainsi, c'est le cas de Mme Bretel qui souffre de la solitude du fait de son déménagement à La Réunion, de son éloignement vis-à-vis de sa famille en métropole, de la localisation de son logement et de ses problèmes de jambes qui l'empêchent de se déplacer. *« Je connais personne depuis sept mois que je suis ici je connais personne à part mon voisin qui est un jeune bonjour ça va parce qu'il vient de la métropole aussi on parle un petit peu mais c'est tout c'est tout j'ai pas de voisinage rien je n'aime pas trop ça mais bon quand même je venais d'arriver c'est dur de pas pouvoir parler à personne heureusement que mon fils il venait souvent en cas qu'il arrive quelque chose mon fils il est là ».* Elle peut toutefois compter sur son fils mais regrette son réseau amical à proximité de son dernier logement.

Deux des personnes enquêtées ont exprimé de grandes souffrances liées à la solitude. Dans les Bas, pour Mme Hoarau, et dans les Hauts, pour Mme Dijoux, toutes deux sont isolées car elles n'ont pas de voiture par manque de moyens financiers et présentent des difficultés à se déplacer en transports en commun à cause de problèmes de santé. De plus, elles sont peu entourées, notamment par leur famille.

Mme Hoarau : *« Je n'ai rien je n'ai pas de voiture non je n'ai que le chien j'ai pas de loisirs j'ai rien [...] et je peux pas sortir à cause de ma chienne je peux pas prendre le Car Jaune donc il faut que j'aïlle que je trouve quelqu'un pour la garder. Ils me disent viens passer un week-end mais je peux pas donc le 31 décembre et Noël je les passe toute seule devant la télé [...] je vais avoir soixante-cinq ans à la retraite je peux pas je peux même pas m'inscrire aux trucs des personnes âgées des retraités parce que je ne parle pas créole je suis d'origine réunionnaise mais je ne parle pas créole donc je ne peux pas communiquer avec eux quand*

ils voient ma peau et mon nom ils m'insultent 'té aou lé vantar' [trad : tu te la racontes] Hoarau c'est réunionnais alors je rencontre que des gens qui viennent de métropole ou des étrangers mais je ne peux pas avoir de contacts avec les Réunionnais et eux-mêmes ont un espèce de racisme je leur dis 'mi cose pa kréol mi lé kreol mé mi cose pa'. La mobilité je n'en ai pas je peux même pas aller à Maurice trois cents euros je les ai pas [...] Je me sens seule je me sens isolée et cette amie me dit pense que tu vieillis il ne faut pas que tu restes seule viens [...] l'isolement le sentiment d'avoir été abandonnée isolement parce que je ne peux pas bouger j'ai aucune mobilité je ne peux même pas faire quelques kilomètres j'ai le permis de conduire je conduis la voiture de ma fille quand elle est fatiguée mais non c'est pas la vie qu'il faut à quelqu'un qui est dans ma situation financière et familiale moi je peux mourir là personne ne le saurait ».

Mme Dijoux : *« je me débrouille comme je peux mais je suis livrée à moi-même je suis obligée je prends le bus plus loin là-bas j'ai une sciatique regarde-moi ça j'ai une sciatique je suis obligée de quand j'ai trop mal au dos de mettre ça quand j'ai le dos qui se tasse alors je suis obligée de mettre ça alors je vous dis pas pour descendre là alors je descends là après je traverse un peu plus haut et je prends le bus là je vais à Leclerc je prends un sac je mets dedans alors au lieu de descendre là je préfère pas parce qu'il y a une montée alors je prends le bus parce qu'il faut mieux descendre que monter avec un dos qui va mal je peux pas prendre grand-chose quand j'ai besoin le pire c'est la bouteille de gaz [...] je me retrouve toute seule bah y'a des jours c'est dur je pense à n'importe quoi tu peux faire je pense des mauvaises choses comprenez mais bon je passe mon temps devant la télé 24 heures sur 24 comprenez c'est très très très toute seule c'est un cauchemar ».*

La diversité de ces profils n'est pas sans conséquence sur la projection dans le vieillissement et sur la vision du futur. Globalement, les personnes âgées qui sont bien entourées et plutôt à l'aise financièrement sont plus sereines face à l'avenir tandis que celles qui vivent dans une grande précarité ont beaucoup de mal à se projeter dans les années à venir. Il existe très peu d'anticipation par rapport aux conséquences du vieillissement sauf quand il y a déjà des problèmes de santé qui nécessitent un aménagement particulier du logement. C'est le cas pour Mr et Mme Barton car Mme Barton souffre d'une sclérose en plaque et se déplaçait déjà en fauteuil roulant avant le déménagement. Pour ceux qui souhaiteraient aménager leur logement pour qu'il soit adapté en cas d'arrivée de fragilités, ils sont souvent freinés par le manque de

moyens financiers ou par l'attente de logement social à l'image de Mr Tiang : « *C'est-à-dire que pour l'instant, j'arrive à grimper, parce que moi j'ai déjà posé la question à la gérance de X [bailleur social]. Pour eux aussi, ce n'est pas facile de dégager un logement au rez-de-chaussée. Il faut vraiment qu'il y ait une personne qui parte au rez-de-chaussée et là je fais la relance à X avec un changement de logement. Si vous faites la demande directe pour avoir un logement, comme qui dit le russe, c'est niet, il faut attendre dix ans. En changement de logement, c'est plus facile pour avoir un rez-de-chaussée* ». De manière générale, une large majorité des personnes enquêtées semblent peu ou mal informées sur les aides et les dispositifs présents sur le territoire à destination des personnes âgées.

En conclusion, les solidarités familiales et de proximité sont encore fortes à La Réunion eu égard aux aides perçues et reçues dans le cadre du cercle familial. On peut noter une forme de hiérarchie de valeur en ce qui concerne l'aide souhaitée. Tout en haut de la pyramide se trouve la famille puis on retrouve les amis, le voisinage et les professionnels. Les personnes âgées manifestent un attachement très fort aux valeurs de la famille telle qu'elles les ont connues dans leur enfance. La référence au mode de vie propre à l'enfance des personnes âgées est très fréquente. Rares sont les personnes rencontrées qui n'ont aucun contact humain. Cette situation tend à relativiser (au même titre que les chiffres présentés ci-dessus) l'isolement des personnes âgées. En revanche, le phénomène est bien réel et ne doit pas être nié d'autant que l'on peut supposer que les personnes les plus isolées n'ont pas été touchées dans le cadre de nos enquêtes. De plus, de nombreuses situations de conflits familiaux voire de ruptures familiales ont été relatées par les professionnels ou les personnes âgées elles-mêmes. Cela témoigne d'un mode de solidarités contrasté qui rompt avec l'image idéalisée de la solidarité réunionnaise. Comment l'entourage intervient dans le processus d'acceptabilité des nouvelles technologies est la question à laquelle nous souhaitons répondre à présent.

2 – Entourage et processus d'acceptabilité

Notre corpus d'entretiens laisse à voir des situations très hétérogènes en termes de réseaux sociaux. Certaines personnes sont très entourées par leurs familles (enfants, petits-enfants, ...), d'autres n'ont aucun contact familial. Lorsqu'il y a des ruptures familiales à cause de conflits ou à cause de l'éloignement géographique, les personnes âgées ont tendance à développer

davantage leur réseau de proximité amical et de voisinage. Nous l'avons vu, l'entourage peut-être un facilitateur ou un frein dans le processus d'acceptabilité et une grande partie des personnes utilisant les nouvelles technologies relèvent d'une logique de médiation (chapitre 5). L'objectif de cette section est d'interroger la manière dont l'entourage qu'il soit familial ou professionnel intervient dans le processus d'acceptabilité des nouvelles technologies. Pour cela, nous dégagons trois formes d'engagement de l'entourage dans la relation personnes âgées – technologie : la transmission d'informations, les démarches d'acquisition et l'entraînement / confortation.

2.1 L'entourage vecteur de transmissions de connaissances

L'entourage et notamment la jeune génération apporte des connaissances concrètes du monde social dans lequel elle évolue et renseigne le monde technologique et ses valeurs. Les personnes âgées sont assez peu équipées en technologie mais connaissent Facebook ou Skype même si elles ne l'utilisent pas (Albert, 2017). L'entourage est alors un moyen de familiarisation avec le monde technologique pour des personnes qui ont évolué la majeure partie de leur vie dans un monde non technicisé.

Cette transmission de connaissances, consciente lorsqu'elle est issue d'une action volontaire de partage de connaissances ou inconsciente lorsqu'au contraire elle n'est pas volontaire et participe d'un mécanisme de socialisation, n'est pas intégrée de la même manière en fonction du vécu individuel du vieillissement et de la qualité des liens porteurs de la transmission. On retrouve ici la question de la confiance déjà évoquée dans le chapitre précédent comme élément déterminant pour l'intégration positive d'un message. Cela s'opère également en parallèle d'expériences positives. C'est le cas déjà évoqué de personnes âgées qui prennent connaissance de l'existence de la téléassistance par leur aide-ménagère ou bien par des pairs. Si l'on reprend notre classification des vécus du vieillissement, une personne engagée dans un vieillissement fataliste ne sera pas du tout réceptive à ce genre de message puisque son existence n'est faite que de renoncements. Les personnes qui se trouvent dans un rapport plus passif à leur vieillissement seront différemment sensibles en fonction de la qualité des liens qui les unissent avec les émetteurs de messages. Par rapport aux liens familiaux Gucher (2014) écrit « lorsque les personnes ont eu une existence construite et organisée autour de la primauté du lien familial avec une forte ritualisation des échanges (le dimanche, les fêtes de

famille, les sorties...), il peut leur être par exemple difficile d'accepter la médiatisation des échanges à travers des outils technologiques perçus comme limitatifs des échanges, alibis pour une distanciation ou encore écran dans l'expression des sentiments ou des émotions. A contrario, d'autres ayant construit leur existence sur le même modèle apprécieront la contribution apportée par les technologies. Comment alors comprendre ces différentes appréciations ? C'est ici la forme du lien et des sentiments qui vont interférer dans le jugement porté : dans le cas d'un lien exclusif voire possessif, la technique apparaîtra comme « privatrice » alors que dans le cas d'un lien plus compréhensif des contraintes de l'existence des générations précédentes, la technique semblera facilitatrice » (p.139). Pour les personnes adoptant un rapport passif à leur vieillissement, l'entourage joue un rôle très important dans les prises de décisions et pour les agissements individuels. Enfin, dans le cas d'un vieillissement combatif alors ces connaissances du monde technologique créent des aspirations à se réaliser tout en surmontant un challenge supplémentaire. Se mettre à l'ordinateur ou à tout autre objet technologique est un moyen de valorisation personnelle et une manière de rester « connecté » avec les générations précédentes et de continuer à appartenir au monde. Les propos de Mme Simana sont tout à fait révélateurs de ce souci de valorisation « *j'ai dit à mon fils quand maman va mourir, tu pourras dire aux gens que maman a fait de l'informatique* ».

2.2 L'entourage au cœur des démarches d'acquisition de la technologie

Nous l'avons vu, dans le cadre de la téléassistance, la logique de médiation était majoritaire. Dans la plupart des cas, ce sont les enfants ou bien les aide-ménagères qui proposent aux personnes âgées de s'équiper de la téléassistance et qui organisent l'installation. Une responsable d'un groupe de téléassistance nous confiait que 60% de contrats étaient au nom des enfants et non pas à celui du bénéficiaire principal. La plupart des personnes âgées expriment très bien le fait qu'elles sont poussées par leur entourage et notamment par leurs enfants à avoir un téléphone portable, un ordinateur ou internet. C'est le cas par exemple de Mme Akoun « *c'est mon fils qui me dit maman euh, tout le monde a l'ordinateur* » ou de Mme Lallemand « *Un jour mon petit-fils est arrivé chez moi et il a dit ah ! mamie [...] ben il te manque internet là, j'ai dit oui peut-être quand mamie pourra, elle installera internet. Lui il veut internet pour m'apprendre à l'utiliser* ». C'est souvent les enfants qui font la totalité des démarches et qui payent même l'objet à l'occasion d'un anniversaire, des fêtes de fin

d'années ou même sans raison apparente si ce n'est celle d'être rassurés (pour le cas du téléphone et de la téléassistance). Lorsque ce sont les aide-ménagères qui font les démarches pour la téléassistance, elles se débrouillent pour que cela soit pris en charge par le CCAS ou le Département.

Les personnes âgées sont pour certaines en attente de leurs enfants et petits-enfants pour leur apprendre les rudiments de la technologie à l'image de Mme Fontaine qui attend que sa fille prenne le temps de lui apprendre à manier l'ordinateur et internet notamment pour payer ses impôts en ligne.

2.3 L'entourage, support de confortation

L'entourage est une ressource précieuse lorsqu'il a des compétences en informatique ou pour manier des objets technologiques spécifiques. En cas de problèmes ou de blocages, le fait de pouvoir faire appel à quelqu'un est une source de confortation, d'encouragement et parfois même de moyens de conserver une relation de proximité notamment avec les petits-enfants.

Les personnes âgées se retrouvent toutefois dans une position ambivalente entre d'une part le besoin d'aide et le nécessaire recours à l'entourage et d'autre part, le souci de ne pas déranger et de ne pas, par là même, contraindre davantage son autonomie. Dans cette logique Mme Bénard ne souhaite pas que ses enfants lui apprennent à manier le téléphone portable car elle a peur de ne pas savoir s'en sortir une fois seule. Ainsi, c'est une manière de se protéger et de se sécuriser que de s'assurer qu'il y aura toujours quelqu'un pour intervenir en cas de besoin.

L'entourage familial et professionnel joue un rôle prépondérant dans l'acceptabilité des nouvelles technologies à plusieurs niveaux comme nous venons de le voir. L'entourage devient un frein en l'absence de ces différentes actions. De ce fait on ne peut considérer l'introduction de technologie sans accompagnement ni suivi humain. Cela s'accorde également avec la crainte de certains professionnels de perdre, avec la technologie, la plus-value humaine propre aux métiers du social et de l'accompagnement des personnes âgées en général.

3 – Attitudes des aidants familiaux et des professionnels face aux nouvelles technologies

Les professionnels qui œuvrent auprès des personnes âgées, que ce soit les aide-ménagères, les animateurs des CCAS ou des associations et les personnels paramédicaux, occupent une place importante dans le quotidien des personnes âgées. Certaines personnes âgées développent des relations assimilables à des relations familiales avec ces professionnels qui interviennent à leur domicile parfois depuis de nombreuses années et ce, plusieurs fois par semaine. Dans la plupart des cas, une relation de confiance s’instaure et notamment avec ceux qui viennent fréquemment. On assiste alors à un mélange d’aides formelles et informelles qui façonnent l’environnement social des personnes âgées. Les représentations en sociologie, dans leur triptyque : des autres à soi, de soi aux autres et de soi à soi (Gucher, 2012), influent sur les comportements et sur les perceptions. À la fois motrices et freinantes, ces dernières guident subjectivement les agissements individuels. L’objectif de cette section est d’interroger l’introduction des nouvelles technologies dans le monde de la gérontologie du point de vue des aidants et des professionnels. Pour cela, nous interrogerons dans un premier temps, les représentations du vieillissement et de la relation personnes âgées – technologie et nous verrons que les représentations des aidants et des professionnels ne reflètent pas forcément l’hétérogénéité des comportements des personnes âgées face à la technologie (chapitre 5). Nous aborderons ensuite l’incidence de l’introduction d’outils technologiques dans le champ des pratiques professionnelles en gérontologie (Gucher, 2014) pour montrer que le rapport à la technologie varie en fonction du profil des professionnels. Enfin, nous verrons qu’en dépit de réticences assez importantes, le territoire réunionnais s’engage dans une dynamique plutôt favorable à la diffusion des technologies de la santé et de l’autonomie.

3.1 Des représentations stéréotypées

Les nombreuses observations menées dans le cadre de ce travail lors de réunions professionnelles, de conférences thématiques sur le vieillissement ou encore d’événements culturels et sociaux à destination des personnes âgées montrent une vision assez stéréotypée des personnes âgées. En effet, les personnes âgées sont souvent dépeintes comme des personnes en perte d’autonomie qui ont des capacités de prise de décision limitée et qui sont technophobes. Cette vision stéréotypée a tendance à être nuancée lors des entretiens « *c’est vrai qu’il y a certaines personnes âgées qui n’y connaissent rien mais qui ont envie ! Quand*

on leur dit 'ça vous permettra, par Skype, de voir votre petit-enfant qui est en études en métropole, vous allez parler, il va vous voir, vous allez le voir !' ça les passionne ! Pour ceux qui ont envie, il faut le faire, et passer par les clubs du 3eme âge notamment, c'est intéressant » (Mme Juras, présidente d'une association). Mais la vision stéréotypée des personnes âgées est véhiculée dans le monde gérontologique et influe sur le positionnement des personnes âgées puisque l'on sait le rôle essentiel des médiateurs professionnels et familiaux pour l'utilisation des nouvelles technologies (Gucher, 2014). Cette vision renvoie aux personnes âgées une image faussée d'elles-mêmes mais qu'elles intègrent comme une norme sociale devant guider leurs agissements. Ainsi, on peut penser que cette vision stéréotypée et intériorisée des personnes âgées vient renforcer encore davantage le sentiment d'étrangeté au monde et le sentiment d'imposture face à l'utilisation des nouvelles technologies. Cette vision des personnes âgées amplifie aussi la frontière entre un monde supposé non technicisé des personnes âgées et le monde technologique des jeunes générations.

Les éléments du parcours de vie des personnes âgées réunionnaises présentés précédemment (chapitre 2) sont des éléments qui ont été intériorisés par les générations suivantes comme une photographie de comportements. Ainsi, on retrouve souvent dans le discours des enfants, ayant le statut d'aidants ou dans le discours des professionnels travaillant auprès des personnes âgées, des représentations qui ne sont pas nécessairement en adéquation avec le discours des personnes âgées elles-mêmes. Une situation caractéristique est survenue lors d'un entretien réalisé dans le cadre du projet de recherche G-Run qui visait à étudier les pratiques à la fois sociales et économiques et l'acceptabilité sociale des gérontechnologies. L'entretien se déroule auprès d'une femme de 70 ans et elle est interrogée sur ses pratiques technologiques et son rapport à l'innovation notamment technologique. Elle se montre très intéressée pour ce qui est de la téléassistance et elle a un rapport à l'innovation plutôt positif malgré de faibles ressources expérientielles. À la fin de l'entretien, sa fille arrive chez elle, prend place avec nous et pendant que sa mère part lui chercher un café à la cuisine, je lui explique les raisons de cet entretien. Elle confie alors tout de suite, « *vous savez, les personnes de l'âge de ma mère ne sont pas faites pour la technologie, elles sont d'un autre temps* » (Femme, 48 ans). Si cette phrase pouvant paraître anodine est dans son fond assez répandue notamment chez les professionnels auprès des personnes âgées, on voit bien que les

représentations de la fille sur les aspirations et les positionnements de la mère ne correspondent pas au discours de la mère.

Cette situation renvoie finalement à l'idée qu'il est très difficile de se dégager de ses représentations. Celles-ci sont socialement construites et souvent consolidées par la récurrence des profils rencontrés adéquates qui valident encore davantage ces représentations tandis que les profils divergents ne sont tout simplement pas pris en compte. Cette situation a d'ailleurs été relevée par Alvarez (2014) concernant la prise en compte des besoins des personnes âgées. « La prise en compte des attentes des gens est alors écartée au profit de la définition des besoins prioritaires par les intervenants sociaux. Ces derniers appliquent sur le terrain les normes sociales de vieillissement, au détriment de l'expertise profane des individus sur leur parcours de vieillissement » (p.177). L'idée n'est pas de porter un jugement de valeur sur les professionnels. L'idée est de montrer le poids des représentations qui sont parfois véhiculées au sein même de discours institutionnels et politiques, sur le positionnement des personnes âgées face à la technologie. Cette vision stéréotypée peut aussi cacher des réticences plus personnelles liées aux pratiques professionnelles. En effet, affirmer que les personnes âgées sont technophobes peut être une manière de se prémunir de changements professionnels liés à l'introduction des nouvelles technologies. Pour nuancer un peu le propos, nos observations montrent que l'appétence pour les nouvelles technologies dans les pratiques professionnelles dépend du champ d'intervention (social, sanitaire ou médico-social), de l'appartenance générationnelle, du parcours professionnel antérieur, de la position hiérarchique et du genre. Comme l'avait analysé Gucher (2014), les hommes professionnels du médico-social ou du sanitaire avec un niveau d'étude élevé et donc une place importante dans la hiérarchie de leur institution revendique une utilisation des nouvelles technologies dans leurs pratiques tout en identifiant un certain nombre de freins. Tandis que les femmes plus nombreuses dans le champ du social avec un niveau d'éducation plus faible sont moins favorables à l'introduction de la technologie dans leurs pratiques professionnelles.

3.2 Des craintes liées à l'introduction de la technologie

Plusieurs réticences ont été identifiées auprès des professionnels par rapport à l'introduction et l'utilisation de nouvelles technologies dans le cadre de leurs activités professionnelles : la question de l'accessibilité financière de la technologie, de l'accès à l'information et du

manque de compétence des professionnels de terrain. Ces réticences portent aussi et surtout une crainte de la perte d'identité professionnelle dans des métiers où l'humain tient une place prépondérante.

3.2.1 Manque de moyens financiers et d'accès à l'information

La question du manque de moyens financiers pour investir dans des nouvelles technologies est souvent énoncé par les responsables d'institutions et de structures qui ont conscience des coûts déjà engagés et qui ne visualisent pas de possibilité d'investissements supplémentaires. C'est par exemple le cas d'un cadre de CCAS *« quand même des montants excessifs que le CCAS met pour le bien-être pour nos ressortissants âgés. Aussi sur le portage des repas ou la téléassistance, enfin on ne fait pas de téléassistance mais de la mise en relation, nous aidons les familles à payer l'abonnement. On a à peu près 100 bénéficiaires pour lesquels nous payons l'intégralité de l'abonnement. Pareil, nos actions de prévention c'est sur nos fonds propres également. A chaque fois que l'on fait un regroupement, on en a pour 5-6000 € par journée, quand vous en faites 5 ou 6 sur l'année ça vous donne une idée... Si on rassemble et on mutualise les coûts de prestations, on peut considérer que la politiques des AGS [Régime de garantie des salaires] via le CCAS on est une force d'action assez conséquente »*. Les professionnels évoquent également des doutes quant à l'accessibilité financière des nouvelles technologies pour les personnes âgées et notamment dans un contexte important de recours au minima sociaux. *« Mme Virpaye : Aujourd'hui il existe des améliorations, on a une chaise qui peut se baisser etc. il y a plein de choses, il suffit d'aller voir sur les sites de ce qu'on appelle la technologie d'assistance aux personnes âgées dans leur vie de tous les jours, on a des lavabos qui se baissent – parce que ces gens-là n'utilisent pas de lave-vaisselle, ils aiment bien laver leur vaisselle, ça fait partie de leur truc – on est à bonne hauteur, on a tout ce qu'il faut pour laver et on n'est pas en train de se faire de mal. Sauf qu'aujourd'hui quand on va dans une case et que dans cette case on lavait la vaisselle à 20 ans mais qu'à 94 on la lave de la même façon... ça aujourd'hui quand on en parle avec des professionnels ils sont loin de là, très loin. Si on faisait ça il y aurait moins de monde dans les EHPAD etc.*

Mr Bertrand : Après je ne sais pas comment ça se passe en métropole, la question de la prise en charge de la personne âgée mais je pense que c'est une évolution sociétale qui va vite, les nouvelles technologies etc. Aujourd'hui sort quelque chose, demain sort autre chose : au final nous-même on n'a même pas le temps de s'adapter. La question même de la problématique

n'est pas encore prise en compte qu'il y a déjà des nouvelles technologies auxquelles on n'a même pas encore réfléchi à ce qu'on devait regarder.

Mme Virpaye : C'est pour ça qu'il ne faut pas regarder ce qui sort mais ce dont on a besoin. Je reviens sur le truc : certes pour les personnes Alzheimer le bracelet c'est très bien, on le sait depuis 15 ans qu'il est en place. Ça répond à une problématique donc on ne va pas se poser la question du financement et ainsi de suite, bien sûr qu'il faut financer ces systèmes, mais par contre demain les logements dits intelligents, avec de la domotique et tous ces trucs, ça correspondra à 2 choses : les besoins de la personne et ses moyens. Parce qu'on ne proposera pas à quelqu'un qui est aux minimums sociaux de pouvoir améliorer sa maison comme il pourrait mais par contre ceux qui ont les moyens qu'ils le fassent parce que ça fait des maisons équipées pour d'autres gens derrière, donc ça fait moins d'investissements » (Coordinateurs Conseil Départemental). Cet extrait assez long est intéressant car il montre que l'accessibilité financière interroge les professionnels ainsi qu'une nécessaire sélection de technologies adaptées aux besoins des personnes parmi une multitude de solutions. On voit bien que ces professionnels se sentent un peu perdus face à une profusion de technologies dont il est difficile de faire le tri. Cela rejoint également les paroles de Mme Servan relatives au manque de connaissance et d'accès à l'information sur les nouvelles technologies de la santé et de l'autonomie. « J'ai un peu l'impression parfois qu'à La Réunion on est un peu coupé de tout ce qui est « nouvelles technologies » parce que je n'ai pas vraiment de vendeurs qui viennent me rencontrer pour me présenter les nouvelles choses qui se font, les produits, alors qu'en métropole j'ai l'impression que ça se fait un peu plus. Ici dès qu'on veut essayer quelque chose qui sorte un peu de l'ordinaire – déjà il faut faire le tour de tous les vendeurs de l'Île pour savoir qui l'a – après on te dit 'on peut mais il faut commander' alors que toi tu voudrais juste faire un essai, montrer un peu à la personne à quoi ça ressemble parce qu'essayer tout de suite ça va faire trop, donc on veut d'abord montrer les produits. Donc on est obligé de sauter l'étape de se familiariser avec l'idée que peut-être on va passer à quelque chose d'un peu plus technique et on passe tout de suite à la commande, donc c'est un peu problématique et ça peut prendre du temps aussi, on commande quelque chose mais on sait qu'on est sur un délai de 2 mois et demi/3 mois, sauf qu'au bout de 2 mois j'ai fini mon intervention donc c'est compliqué [...] Oui, ça s'élargit aussi aux gens qui sont autour, aux aidants. Une des difficultés c'est aussi qu'il y a tellement de gens qui gravitent autour de la personne, tu parlais de la coordination, c'est vrai que ce n'est pas si simple. Il y a tellement de gens à contacter. Je vois le boulot que ça demande d'envoyer le compte-rendu à chaque

personne, d'appeler pour avoir un avis sur la mise en place d'une chaise de douche, parce qu'on sait que si on n'a pas demandé l'avis on a un infirmier qui pourra mettre notre projet en l'air parce qu'il ne sera pas d'accord, ou le kiné, etc. On est vraiment obligé de solliciter tout le monde et on n'a pas d'outil informatisé pour l'instant, déjà nous à l'hôpital on n'a même pas les dossiers de patients informatisés, contrairement aux autres centres hospitaliers de l'Île, donc à domicile c'est encore pire » (Ergothérapeute). Ainsi, les professionnels (appartenant la plupart du temps à une jeune génération) sont en attente d'utilisation d'outils technologiques que ce soit pour les personnes âgées auprès desquelles ils interviennent ou pour faciliter leurs pratiques.

3.2.2 Manque de compétences

Une autre réticence à l'utilisation des nouvelles technologies dans le milieu professionnel est le manque perçu de compétences des professionnels de terrain pour l'utilisation des nouvelles technologies. Ainsi, Mme Fermier (Infirmière coordinatrice) doute des compétences des aides-soignantes à pouvoir utiliser des outils informatiques *« le problème qu'on pourrait avoir demain si on demandait aux aides-soignants de s'en servir c'est que ce n'est pas un logiciel intuitif et nos aides-soignantes ne sont pas des fans d'informatique, pour certaines elles sont âgées, donc je pense que c'est déjà quelque chose qu'elles n'utilisent pas chez elles donc je pense que ça sera compliqué »*. Et Mr Rénier (Maia) pense qu'il est vain d'équiper les domiciles des accueillants familiaux en nouvelles technologies car ces derniers n'ont pas *« vocation »* à les utiliser. *« Pour moi il n'y a aucun intérêt parce que la personne se retrouve avec des personnes pas qualifiées à la maison, une absence d'aide, des maisons qui ne sont pas aménagées pour l'accès handicap et pas de nouvelles technologies parce que les familles d'accueil en général ce ne sont pas des ingénieurs en robotique (Rires). Donc ils n'ont pas forcément vocation à mettre ça chez eux »*. Le terme de vocation est un peu surprenant car il soutient l'idée que certaines catégories de personnes seraient de facto mises à l'écart de l'utilisation des nouvelles technologies. Le long extrait de l'entretien de Mr Satouri (Cadre d'une entreprise de Services à la personne) présente une bonne synthèse des différents freins identifiés par les professionnels à la diffusion des nouvelles technologies dans le monde de la gérontologie. *« Moi j'aurais voulu innover, notamment à la Réunion, dans le cadre de la prévention. C'est quelque chose qui existe, je n'invente pas l'eau chaude. Vous avez tout ce qui concerne la téléassistance, tous les dispositifs nécessaires à alerter soit la famille soit un prestataire... J'aimerais pouvoir le développer davantage. Pas au sein même de ma structure*

mais être un partenaire pour le faire. La problématique majeure c'est que l'ensemble de notre population locale n'en a pas les moyens parce qu'ils sont au minimum vieillesse, l'étude avec la CGSS l'a démontré, donc elle ne pense pas à ce type de choses pour leur bien-être et faciliter leur quotidien. Ça pourrait permettre, un, d'éviter tout ce qui est risque de chute et aggravation suite à une chute etc. Donc je pensais à ça, ensuite j'aurais aimé pouvoir bénéficier de moyens de télécommunication télévisée avec une personne âgée ou autre, on a aussi comme limite le fait que pour les girages 1 et 2 ce serait problématique, sauf inventer une télévision qui répondrait par la voix, je pense que ça existe... d'avoir une certaine télésurveillance visuelle. Peut-être aussi que dans ce cadre-là, cette « télévision » soit interactive. Ça j'aimerais bien le créer dans notre service, enfin créer un service ici où on ferait des animations le jour pour travailler sur la mémoire, individuelles, c'est-à-dire que j'aurais quelqu'un qui lancerait des jeux sur la télévision, les gens répondraient et quand on verrait que des gens ont des difficultés, hop ! on essayerait de contacter la petite image de l'intervenante, alors 'Mme. Untel ne comprend pas ça en créole, donc...' Être dans l'interactif mais à distance pour travailler sur la mémoire, pour ne pas que les gens perdent leurs facultés sensorielles, mémorielles etc. Malheureusement, ce type de dispositif a des coûts importants et une structure comme la nôtre n'a pas la capacité d'investissement en adéquation avec les besoins qui seraient recensés mais si des institutions avec leurs enveloppes budgétaires souhaiteraient, dans le cadre de la lutte contre la déperdition mémorielle ou sensorielle, investir, même à titre expérimental, je serai prêt à le faire. Recruter le personnel informatique adéquat, des personnes formées dans des actions... enfin il y a des dispositifs en ce sens. On avait pensé, j'ai été invité aussi à une présentation de l'usage des tablettes tactiles pour les personnes âgées, on s'est rendu compte que ce n'était pas pour notre public, parce que l'ensemble de notre public, toujours pour les mêmes critères de ressources, n'ont pas Internet chez elles, c'est une réalité, on n'est pas en Métropole avec des coûts qui facilitent l'accès. La plupart de nos bénéficiaires ne pensent même pas à Internet mais préfèrent mettre 40 euros par mois avec les clubs de 3eme âge ou faire des sorties en famille ou autre. Donc ce genre d'outil n'est pas... ça aurait pu l'être pour garder des liens avec la famille ou avec nos services, mais faut-il que le réseau Internet soit disponible à moindre coût. Donc tout ce qui est vraiment très préventif c'est ce qui est téléassistance, à développer. Est-ce que les pouvoirs publics veulent bien investir dedans ? Ça éviterait peut-être l'aggravation de situations sanitaires ou médicales et ça permettrait de développer un service interactif à distance avec bien sûr l'accord des familles pour pouvoir

œuvrer... on serait vraiment dans... je ne dirais pas la « télé-réalité » parce que je n'aime pas trop mais quand même. Et l'interactivité entre nos services et les familles ou des populations ciblées qui auraient besoin, au quotidien, de travailler la mémoire mais aussi de respecter leur temps de repos etc. Leur faire passer peut-être des émissions qui les intéresseraient... voilà, peut-être une télé spécialisée, à des plages horaires adéquates... Voilà, c'est ce genre de réflexions que j'ai. On est vraiment là dans des compétences nouvelles dans la création d'activités nouvelles, d'emplois nouveaux... mais en lien avec la prévention et la mission qui serait la nôtre. Voilà, l'appel est lancé !

Question : Sur la téléassistance, le CD dans le cadre de l'APA peut financer...

Mr Satouri : Oui, sauf que les familles ne la sollicitent pas, parce qu'elles préfèrent avoir quelqu'un à domicile plutôt qu'on réduise leurs heures pour de la téléassistance. C'est toujours la même politique. Nos populations, et ce n'est pas du jugement, ça va faire 25 ans que je fais du social, nos populations n'ont pas la même mentalité qu'en Métropole. Pour elles, pouvoir bénéficier d'un système et d'une prise en charge en plus par le CD, donc elles ne déboursent rien, c'est si possible en tirer un profit maximum au quotidien. Parce que pour elles ce qui est important c'est l'entretien de la maison, leur hygiène etc. La téléassistance... c'est très éloigné de leurs priorités, 'si sa va pas i crie !' comme on dit en créole, il y a toujours des voisins autour... c'est de ça dont je parle. Pour les amener à ce type de procédures, il faudrait que le CD se dise 'dans le cadre de ce dispositif, sans leur retirer le nombre d'heures fixé, je leur accorde la téléassistance' pour celles qui auront été ciblées. Ou alors c'est dès le départ, à l'évaluation, en fonction d'un girage bien précis, un nombre d'heures, un forfait y incluant tout de suite la téléassistance. En disant 'Madame, vous avez tant d'heures d'aide-ménagère et en plus on vous donne la téléassistance'. Mais ça ne peut venir que d'eux, je pense. Il n'y a pas d'automatisme donc ça ne peut venir que d'eux, je pense. Pour l'heure, on ne nous a toujours pas conviés à une réunion sur ce type de dispositifs ».

Ces différents freins identifiés révèlent aussi des attentes fortes des institutions et des politiques publiques notamment pour permettre aux différentes structures du monde gérontologique d'investir et de s'investir dans les nouvelles technologiques. Ces attentes sont également portées sur l'augmentation du pouvoir d'achat des personnes âgées pour lever le frein du coût même si celui-ci ne semble pas être le frein le plus important (chapitre 5). Ces

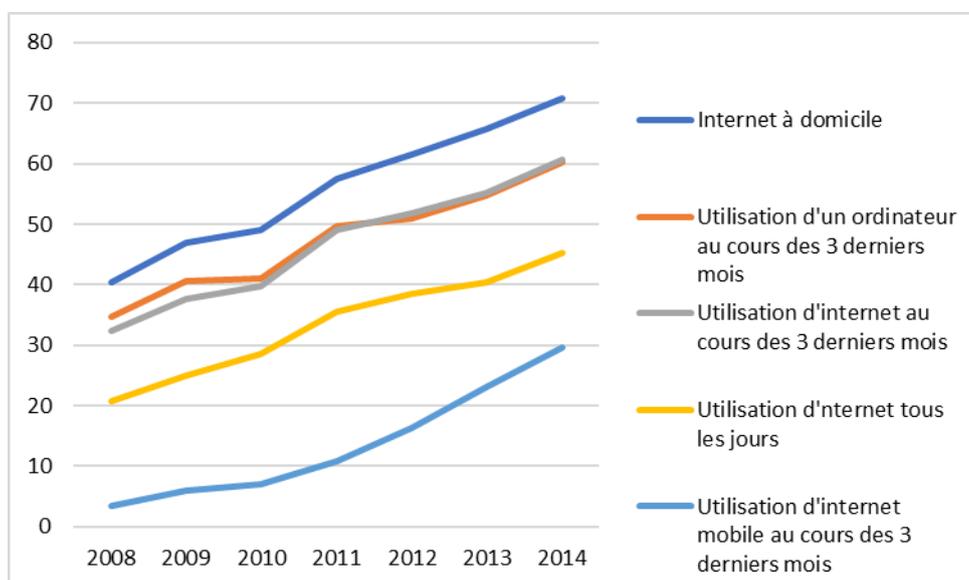
attentes semblent en partie entendues puisqu'une dynamique en faveur des technologies de la santé et de l'autonomie émerge depuis quelques années sur le territoire réunionnais.

3.3 Une dynamique en faveur des technologies de la santé et de l'autonomie

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

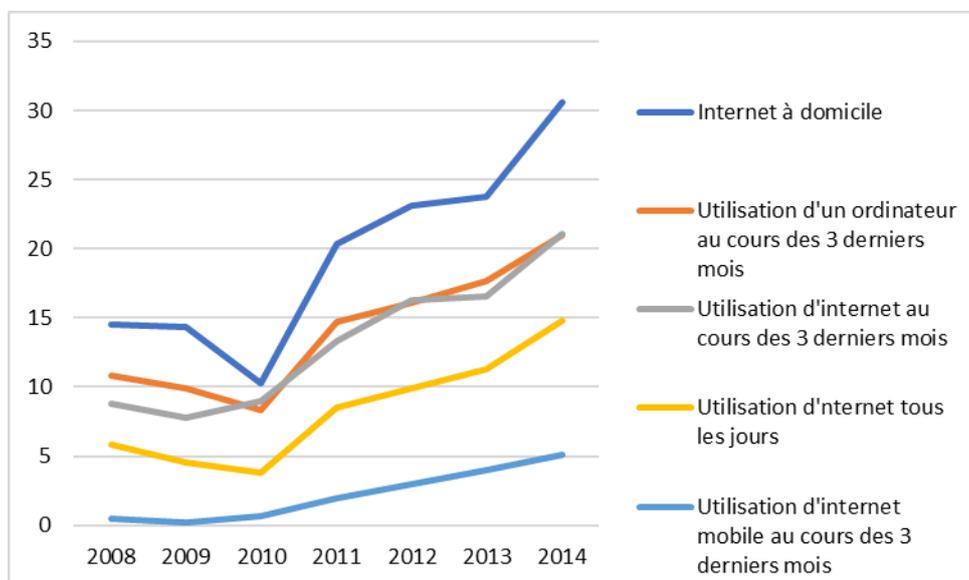
S'il est vrai qu'à l'heure actuelle, les personnes âgées réunionnaises sont peu équipées en nouvelles technologies à l'exception des TIC et de la téléassistance, on constate un effet générationnel fort entre les jeunes retraités et les vieux retraités. Cet effet risque de s'accroître encore davantage dans les années à venir car même si le taux de chômage est très élevé, 22,4% en moyenne en 2016 (Paillole, 2017) et qu'il n'a cessé d'augmenter entre les années 1970 et la fin des années 1990 (Insee *et al.*, 2004), la proportion de personnes âgées ayant cotisé dans le secteur formel et notamment les femmes dont le taux d'activité est passé de 29,9% en 1974 à 55,4% en 2011 (*ibid*) va fortement augmenter. En parallèle de la modernisation de la société, les personnes âgées auront côtoyé de façon plus systématique les nouvelles technologies que ce soit dans le milieu professionnel ou dans la vie de tous les jours. Ainsi, on peut supposer qu'il y aura un rapport plus familier à la technologie et qu'il pourra entraîner une adhésion plus importante. Cela est déjà très frappant en seulement quelques années. Les graphiques 33 et 34 montrent que les équipements et les usages des nouvelles technologies augmentent en France très rapidement pour les 60-74 ans et pour les plus de 75 ans. Ainsi, les personnes âgées n'étaient que 40% à posséder internet à leur domicile en 2008 et sont plus de 70% en 2017.

Graphique 33. Évolution des équipements et des usages des 60 – 74 ans entre 2008 et 2014 en France (en %)



Source : Enquête Technologie de l'information et de la communication, Insee, 2017

Graphique 34. Évolution des équipements et des usages des 75 ans et plus en 2008 et 2016 en France (en %)



Source : Enquête Technologie de l'information et de la communication, Insee, 2017

Par ailleurs, pour La Réunion, nous avons relevé trois éléments favorables à la diffusion des technologies de la santé et de l'autonomie. Le premier relève du contexte institutionnel réunionnais. Les technologies à destination des personnes âgées participent à un mouvement plus vaste autour de la E-santé. La Réunion a récemment obtenu le label « French Tech » en E-santé qui a pour mission de fédérer et d'organiser les start-ups et moyennes entreprises du secteur de la E-santé et du bien-être dans le but de leur donner une visibilité industrielle à l'internationale⁷⁰. La Réunion est également, « Territoire de Soins Numérique » qui vise l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins⁷¹. Si ces deux dispositifs ne visent pas spécialement les personnes âgées, celles-ci y sont incluses. Plus spécifiquement, La Réunion a été aussi un département préfigurateur de la « Conférence des Financeurs » animée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui vise à rassembler les acteurs institutionnels sur le financement d'actions de prévention à destination des personnes âgées⁷². La Conférence des Financeurs est aujourd'hui installée et un premier appel à projets doit être lancé au mois d'octobre 2017. Tout cela témoigne d'un dynamisme important autour de l'innovation en santé et plus spécifiquement de l'innovation en lien avec le vieillissement. De plus, le GIE VA (Groupement d'Intérêt Économique Vieillesse Actif) en partenariat avec la CCI (Chambre de Commerce et d'Industrie) de La Réunion ont lancé le Club Silver Eco en 2016. Cette filière réunionnaise de la Silver Économie a pour objectifs de produire de l'information et de l'animation pour encourager les partenariats d'affaires et encourager la rencontre de tous les acteurs autour de la Silver Économie⁷³.

Un second élément relève du contexte social et géographique de La Réunion. Avec l'avancée en âge, les personnes âgées rencontrent un certain nombre de difficultés tant sur le plan physique, psychologique que social. En effet, la déprise peut tout à fait prendre la forme d'un refus de l'investissement dans de nouvelles choses. De plus, lorsque l'état de santé se dégrade, que l'entourage est moins actif et que les opportunités d'accès sont moins soutenues, les sources de capacités se trouvent diminuées et augmentent le risque de fragilité physique, psychologique et sociale. La perception de soi et son propre vécu impactent directement sa

⁷⁰ <http://www.france-ehealthtech.org/>.

⁷¹ <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/territoire-de-soinsnumerique/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>.

⁷² <http://www.cnsa.fr/compensationdelapertedaautonomie/financementdesprestationsconcoursauxdepartements/la-conference-des-financeurs>.

⁷³ <http://www.gie-va.re/index.php/2016/06/07/lancement-du-club-silver-eco-reunion/>.

projection dans l'usage (Demagny *et al.*, 2015), mais à La Réunion avec la constante augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules et parfois très isolées tant socialement que géographiquement, le sentiment d'isolement et le manque de solidarité familiale reviennent souvent dans le discours des personnes âgées rencontrées en entretien, ce qui témoigne d'un souci de sécurisation de soi (Nowik et Thalineau, 2010). De ce point de vue, les nouvelles technologies peuvent apporter des solutions complémentaires aux aides humaines et professionnelles déjà en place, en termes de relais à l'activité humaine parfois absente voire défaillante, grâce à la téléassistance, aux systèmes de géolocalisation ou encore aux capteurs de chutes.

Parce que les politiques publiques en matière de vieillissement sont encore majoritairement tournées vers la prise en charge de la perte d'autonomie (Gucher *et al.*, 2015), les gérontechnologies ont pour principe de s'adresser à des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser notamment le maintien à domicile ce qui n'exclut pas pour autant de pouvoir faciliter à la fois la mobilité et la stimulation cognitive par exemple. Elles s'adressent donc à des personnes potentiellement fragiles, comprenant la fragilité comme « une constellation de conditions multiples » (Lalive d'Épinay et Cavalli, 2013, p.27) qui intervient nécessairement dans le processus d'acceptabilité des technologies. Les fameuses stratégies de protection dont font preuve les personnes âgées sont souvent en lien avec le retrait de l'espace privé. En cela, on comprend l'envie partagée de la majorité des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Dans cette optique, les nouvelles technologies ont une réelle utilité puisqu'elles peuvent garantir en même temps qu'une certaine forme d'autonomie, le maintien de ce repère/repère qu'est le domicile. La culture du domicile à La Réunion est si bien ancrée qu'on puisse imaginer qu'elle soit un facteur majeur pour encourager la diffusion des nouvelles technologies auprès des personnes âgées. Et c'est en cela que réside notre troisième élément favorable à la diffusion des technologies de la santé et de l'autonomie. En effet, en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, le territoire réunionnais présente une posture relativement innovante (Klein et Sandron, 2016a) puisque l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie s'est depuis longtemps articulée en faveur du maintien à domicile, ce qui place La Réunion en précurseur des prérogatives actuelles. À La Réunion, près de 90% des personnes âgées en perte d'autonomie sont prises en charge à domicile même si c'est le résultat d'une certaine contrainte liée au faible nombre de structures d'accueil et aux faibles moyens financiers des personnes âgées et de leur famille. On le sait, l'habitat est au

cœur de la politique en faveur des personnes âgées (Argoud, 2010) et en cela les nouvelles technologies en lien avec l'aménagement et la sécurité du logement, à travers notamment la domotique, trouveront nécessairement leur importance à La Réunion où il y a chaque année, d'après les estimations de l'Insee, 3600 ménages supplémentaires ayant à leur tête une personne de plus de 60 ans (Levet et Almeida, 2011).

4 – Conclusion

Les solidarités familiales à La Réunion sont encore fortes mais elles ont tendance à changer. Les personnes âgées sont de moins en moins cohabitantes avec des membres de leur famille et il existe un phénomène d'isolement qui se caractérise souvent à La Réunion par un cumul d'isolement social et géographique. Malgré des solidarités encore présentes notamment pour les aides non financières du quotidien, les personnes âgées sont en attente d'aides et expriment un manque de solidarités familiales mais aussi sociétales. Ce sentiment est à mettre en perspective avec deux éléments imbriqués. Le premier est lié au parcours de vie des personnes, témoins à l'échelle de leur existence des mutations sociales au fil du développement de l'île. Le second est lié au processus même du vieillissement. La référence au passé et à ses valeurs est le moyen de maintenir une continuité dans l'existence. Les transformations identitaires qui se produisent avec l'avancée en âge se vivent et se ressentent au prisme d'un éthos individuel qui trouve son ancrage dans la jeunesse et dans les socialisations successives. Le vieillissement peut ainsi être considéré comme une socialisation de par son caractère processuel et interdépendant d'autrui. L'entourage prend alors toute son importance dans le processus d'acceptabilité. En effet, l'entourage est central pour la transmission intergénérationnelle des valeurs du monde technicisé et pour la phase d'acquisition et d'accompagnement des TSA.

Nous avons pu voir que les aides relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie étaient très rarement faites par la famille. Ainsi, un nombre assez important de professionnels interviennent auprès des personnes âgées issus des différents secteurs (chapitre 3). Notre propos a été de montrer comment se positionnent les professionnels face à l'introduction de la technologie dans leurs pratiques professionnelles. Les jeunes professionnels voient plus souvent en la technologie des possibilités d'amélioration de leurs pratiques mais doutent des

compétences des professionnels plus âgés. On retrouve par contre des craintes partagées par rapport à l'introduction des nouvelles technologies par rapport à l'éthique et aux modalités d'accompagnement engendrées. Notre propos était aussi de montrer comment les représentations de la relation personnes âgées – technologie, de la part de l'entourage professionnel mais aussi familial, participent (parfois) à une vision stéréotypée des personnes âgées qu'elles peuvent intégrer et produire des comportements qui s'y affilient.

Les personnes âgées ne peuvent en conséquent être considérées de manière isolée. La relation personne âgée – TSA ne peut se comprendre par la simple interaction de ses deux composantes. Autrui étant le support ambivalent de l'existence au cours du vieillissement, on peut en conclure que l'entourage qu'il soit frein ou facilitateur dans le processus d'acceptabilité est un facteur déterminant. Le chapitre suivant va dans ce sens par rapport à l'accompagnement des ambitions publiques de la prévention.

Chapitre 7 Les technologies de la santé et de l'autonomie au service de la prévention⁷⁴

La gerontechnology, telle qu'elle a été pensée initialement, avait pour ambition de rassembler la technologie de la gérontologie dans tous les aspects du vieillissement : prévention, prise en charge de la perte d'autonomie, maintien à domicile, vie sociale, ... La matérialisation de la gerontechnology en gérontechnologies dans le contexte français (politiques publiques et représentations de la vieillesse) s'est cristallisée autour de la dépendance. Certains éléments explicatifs ont été soulevés comme les liens entre les gérontechnologies et la médecine et particulièrement la gériatrie ou encore l'intérêt public de la dépendance à partir des années 1990 (chapitre 4). La diffusion d'une conception plus large du vieillissement (portée par différentes initiatives au niveau local et par la loi ASV) et l'institutionnalisation des gérontechnologies (filière Silver Économie) ouvrent la voie à une relation plus étroite entre la prévention du vieillissement et les TSA. Cependant cette relation plus étroite sera-t-elle automatique ? A quoi se heurte-t-elle ? Quels sont les leviers et la philosophie qui soutiennent cette rencontre ? Ce sont autant de questions auxquelles ce chapitre va tenter de répondre. Ce chapitre a pour objectif d'interroger les points de rencontre entre la prévention et les TSA en s'appuyant sur les travaux réalisés dans le cadre du projet de recherche 5P. Ce projet a pour objectif de mesurer l'efficacité d'ateliers de prévention mis en place par la CGSS à La Réunion à destination de personnes de plus de 60 ans évaluées en GIR 5 et 6. Pour cela, une première section sera consacrée à l'histoire de l'émergence de la prévention dans le champ du vieillissement. La prévention dans le domaine du vieillissement est un phénomène relativement récent bien qu'elle trouve ses fondements dans les textes fondateurs de la politique de la vieillesse en France (Alvarez, 2014). La prévention est aujourd'hui une mesure phare de santé publique qui repose sur une volonté de maîtrise des dépenses de santé et des risques tout en augmentant et maximisant le bien-être de la population (Peretti-Watel & Moatti, 2009 ; Déchamp-Le Roux, 2012). Si le principe même de prévention ne peut être critiqué, ses moyens de mise en œuvre ainsi que ses actions présentent des limites et des effets pervers qu'il convient de mettre en lumière. De ce point de vue, la notion de fragilité est

⁷⁴ Dans ce chapitre, la prévention fait référence en majorité à la prévention primaire qui s'adressent à une population saine pour éviter qu'elle ne tombe malade. Parfois à la prévention secondaire qui s'adresse à des individus déjà atteints pour traiter leur mal ou freiner la propagation d'une maladie (c'est par exemple le cas de personnes âgées atteintes d'une maladie mais qui restent autonomes selon la classification des GIR). Par contre la prévention tertiaire en tant que réponse à la diminution des conséquences d'une maladie ou de soins n'est pas traitée dans ce chapitre (Gordon, 1983).

éclairante. La notion de fragilité a émergé dans le champ de la prévention du vieillissement comme le pré-état de la perte d'autonomie sur lequel il faut agir. Ce concept est beaucoup discuté, notamment dans le monde médical. Il a le mérite d'être un outil d'action mais présente des limites par la vision du vieillissement qu'il diffuse. Une deuxième section sera consacrée à l'analyse de l'acceptabilité d'ateliers de prévention. L'objectif de cette section est de comprendre comment les personnes âgées se positionne face à ces ateliers, face aux messages de prévention qu'ils véhiculent et comment elles les intègrent dans leurs pratiques de tous les jours. Ces résultats seront l'occasion de discuter de la temporalité, des échelles d'intervention et des leviers d'action pour la prévention du vieillissement. Enfin, une troisième section relatera une tentative de rencontre de la prévention et des gérontechnologies en présentant une expérimentation de suivi et de mesures des déplacements *indoor* et *outdoor* de personnes âgées. Après une description des outils technologiques utilisés, seront présentés les facteurs d'acceptabilité de ces outils dans une logique de prévention et seront ensuite analysé les conditions de rencontre de la prévention et des TSA. Nous pourrons alors développer l'idée que les TSA pourront s'avérer un outil de prévention efficace et souhaitable à partir d'un changement important de paradigme dans la manière de penser la prévention.

1 – La prévention du vieillissement

Comme l'écrivent Peretti-Watel et Moatti (2009), « la prévention a envahi nos vies. Elle est devenue une notion centrale dans notre société, un élément incontournable des politiques publiques, des discours officiels, des pratiques et même de l'éducation que l'on donne aux enfants. A quel titre ? La prévention a l'ambition de nous aider à vivre plus longtemps et mieux. Elle vise à conjurer les principaux risques de l'existence – la maladie, la mauvaise santé, le vieillissement, la mort prématurée » (p.7). On peut donc penser logiquement que les personnes âgées sont des cibles privilégiées de prévention puisqu'elles se trouvent dans la fin de leur existence et qu'elles présentent un état de santé globalement moins bon que le reste de la population. Pourtant, la prévention du vieillissement est assez récente et s'est développée sur certains principes, à travers certains acteurs et à travers différents outils que nous proposons de présenter ici.

1.1 Prévention et politiques publiques du vieillissement

La politique de prévention du vieillissement telle que nous la connaissons aujourd'hui sous le vocable du « Bien vieillir » apparaît au début des années 2000. Dans sa thèse sur les politiques publiques du vieillissement, Alvarez (2014) montre qu'elle trouve toutefois ses fondements du côté de la prévention sociale portée par les pionniers des politiques publiques de la vieillesse et du côté de la prévention sanitaire issue de l'hygiénisme du XIX^{ème} siècle. Comme nous l'avons vu en introduction générale, les politiques publiques du vieillissement voient le jour au lendemain de la Seconde Guerre mondiale avec la mise en place de la Sécurité Sociale et à travers l'instauration du système de retraite général. A cette époque, les personnes âgées qui ne travaillaient plus vivaient dans une grande misère et la vieillesse était associée à la pauvreté. A partir des années 1960 et particulièrement à partir du rapport Laroque de 1962, on passe d'une action politique économique à une action politique sociale où il ne s'agit plus d'agir sur la pauvreté des personnes âgées mais plutôt de les maintenir dans la vie sociale. Les objectifs de cette politique sociale visaient « tout autant l'intégration sociale que la prévention des facteurs d'aggravation du vieillissement » (p.98). On retrouve en effet, l'idée de prévention et de limitation des risques sociaux du vieillissement. C'est à cette époque que se développent les mesures en faveur du maintien à domicile et les actions d'adaptation de l'environnement des personnes âgées. Dans la conception du rapport Laroque, c'est la société qui doit s'adapter aux personnes âgées. Cette approche et ce positionnement des politiques publiques seront réaffirmés cinquante ans plus tard dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Entre-temps, les politiques publiques de la vieillesse ont adopté une conception plus sanitaire du vieillissement en découpant la vieillesse en deux : celle qui va bien et celle qui fait face à des problèmes de santé et à la dépendance. A partir des années 1990, la politique publique de la vieillesse s'est principalement axée sur la politique de la dépendance. La politique de la dépendance crée une nouvelle catégorie d'action publique et promeut une vision médicale et fonctionnelle de la dépendance (Ennuyer, 2011 ; 2013 ; Alvarez, 2014 ; 2016). Ses objectifs sont d'« orienter la prise en charge des personnes vieillissantes vers des préoccupations de santé en leur octroyant une allocation leur permettant de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible » (Alvarez, 2014, p.91). Cette politique de la dépendance s'est instaurée grâce à l'élaboration de différents outils comme la PSD qui deviendra l'APA, la grille

AGGIR et le partage des compétences entre les Conseils Départementaux et les caisses de retraites. « Cette segmentation de la population retraitée est également une séparation des champs de compétence entre les départements et les caisses de retraite, et rend nécessaire la construction d'une nouvelle catégorie d'action publique : la prévention » (*Ibid*, p.41). Selon Alvarez (*Ibid*), c'est précisément ce dernier élément qui (ré)ouvre la porte à la prévention à partir du début des années 2000 dans son versant sanitaire du côté des orientations stratégiques et dans son versant social du côté des acteurs de terrain. C'est d'ailleurs une divergence d'approche profonde qui rend difficile sur le terrain (à l'échelon territorial par exemple), la mise en œuvre des politiques de prévention.

La séparation des compétences en matière de vieillissement avec d'un côté la gestion de la dépendance (GIR 1 à 4) par les conseils départementaux et de l'autre côté la gestion de la prévention auprès des personnes âgées autonomes (Gir 5 et 6) par les caisses de retraites a entraîné l'émergence de nouveaux acteurs de la prévention du vieillissement. La CNAV est l'acteur incontournable de la politique du vieillissement en tant que caisse de retraite du système général. Habitée depuis sa création à l'action sociale, c'est sur ce versant qu'elle va continuer dans son action. La CNAV et ses antennes régionales les CARSAT⁷⁵ ont un rôle déterminant en matière de prévention à travers le financement d'actions de prévention (ateliers mobilité, nutrition, mémoire, sommeil, médicament, numérique, ...). Notons de ce point de vue l'existence depuis 2014, à La Réunion du GIE VA créé par la CGSS et le RSI dans le but « de déterminer et de mettre en œuvre, via des actions coordonnées, une politique d'action sociale concertée entre les différents organismes de protection sociale en matière de maintien à domicile des personnes âgées peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6) »⁷⁶. Aux côtés de la CNAV et de ses déclinaisons régionales, on retrouve la CNSA qui a différentes missions dont celle de faciliter l'accès aux actions de prévention pour les personnes de plus de 60 ans. C'est aussi la CNSA qui est en charge, depuis la loi ASV, de l'installation de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie sur le territoire. La Conférence des Financeurs est une instance de coordination institutionnelle qui a pour but de faire un diagnostic de territoire des besoins des personnes âgées, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention (article

⁷⁵ À La Réunion, la CGSS regroupe en une seule entité l'assurance maladie, l'assurance retraite et la MSA.

⁷⁶ <http://www.gie-va.re/index.php/qui-sommes-nos/>.

L.233-1 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015) (Klein & Sandron, 2015b). Il est présidé par le Président du Conseil Départemental, et le Directeur Général de l'ARS en assure la Vice-Présidence. Par ailleurs, plusieurs autres institutions siègent à la Conférence des Financeurs comme les caisses de retraite et des partenaires locaux⁷⁷.

Les préoccupations de la prévention refont surface à travers le Plan National Bien Vieillir (PNBV) présenté par Philippe Bas, ministre délégué aux Personnes âgées, le 24 janvier 2007. Ce plan s'inscrit dans la continuité du plan « Solidarité Grand Âge » de 2006 et dans la même filiation que le rapport Trillard en 2011 et celui de Aquino (2013) en vue de la préparation de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement. Ces différents rapports proposent des mesures pour favoriser un vieillissement en bonne santé et encourager le « Bien vieillir ». Ces orientations de la prévention sont qualifiées par certains « d'injonction » du bien vieillir (Billé & Martz, 2010 ; Balard, 2013 ; Alvarez, 2014, 2016) qui portent en elles certaines limites et effets pervers associés et déjà connus de la prévention.

1.2 Limites et effets pervers de la prévention du vieillissement

1.2.1 La prévention : contradictions, paradoxes et effets pervers

La prévention comme outil de santé publique est reconnue comme un levier pour améliorer la santé des populations mais pas forcément comme une source d'économie. De ce point de vue, la France accuse un retard certain en termes d'évaluation des politiques de prévention (Barnay, 2012). Si la prévention s'avère efficace en termes d'amélioration de la santé, de recul de l'entrée dans la perte d'autonomie ou de mortalités prématurées, elle n'est pas neutre et comprend un certain nombre d'effets indésirables potentiels que nous proposons de soulever.

Dans leur ouvrage Peretti-Watel et Moatti (2009) soulève cinq contradictions non résolues de la prévention telle qu'elle est pensée et mise en œuvre : « la course effrénée à la non-mort, le spectre de la privation totale, la tyrannie de l'expertise, l'existence d'effets contre-productifs, une moralisation délétère » (p.9). En effet, ces auteurs

⁷⁷ À La Réunion, la Vice-Présidence de la Conférence des Financeurs est coassurée par le Directeur Général de l'ARS OI et par le Directeur Général de la CGSS.

comparent la prévention à une utopie et montrent que la prévention repose sur des principes erronés et contre-productifs du fonctionnement humain. Selon eux, la prévention est pensée pour s'adresser à des individus responsables, autonomes et rationnels producteurs de leur propre santé. Les messages de prévention qui s'adressent à cet *homo medicus* sont donc censés l'éduquer aux bonnes conduites et le conduire à optimiser ses conduites pour préserver son espérance de vie. Ce mécanisme est censé se réaliser selon un calcul purement rationnel entre les risques liés à une pratique et les conséquences sur la santé. Or, ce mécanisme relève d'un idéal et nie un certain nombre de réalités sociales comme le fait que le rapport aux risques, à la santé, au temps soit différencié selon le milieu social et le parcours de vie des individus et nie l'effet des déterminants de santé⁷⁸. Il nie aussi la part d'impulsion et la recherche de plaisir pouvant être associées à certaines pratiques jugées à risques. Et enfin, il nie le fait que les individus doivent souvent arbitrer entre différents types de risques. Cela amène les auteurs à mettre en garde contre le fait que la prévention adopte très rarement une approche compréhensive des pratiques des individus ce qui peut amener à mal cibler la population recherchée. « Une meilleure compréhension des conduites à risques, d'une part, et du déni du risque, d'autre part, permettrait aussi de mieux saisir, voire d'anticiper, les effets imprévus et délétères que produisent parfois les campagnes de prévention » (p.91). De plus, ils soulèvent deux paradoxes majeurs de la prévention. « D'une part, le culte de la santé ambitionne d'éradiquer les risques pour conquérir une santé parfaite, alors même que le principe de prévention exclut le risque zéro et participe activement à la prolifération des conduites étiquetées « à risque ». D'autre part, le culte de la santé exhorte chacun de nous à devenir l'entrepreneur de sa propre santé, tandis que le principe de prévention privilégie le point de vue des experts et délaisse la compréhension des conduites individuelles » (p.30). Enfin, deux limites de la prévention énoncées par Peretti-Watel et Moatti semblent particulièrement pertinentes par rapport à notre population d'étude, les personnes âgées réunionnaises. Il s'agit d'abord, du fait que la prévention soutient un caractère moralisateur et stigmatisant des conduites à risques. Cela peut avoir comme

⁷⁸ « Les déterminants sociaux de santé » est un concept qui regroupe « l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres » (Potvin *et al.*, 2010, p.30). L'OMS propose trois recommandations principales pour agir sur les déterminants de santé : Améliorer les conditions de vie et de travail de façon à favoriser une vie pleine et riche à tous les stades de la vie ; Rendre plus équitable la distribution du pouvoir de l'argent et des ressources au sein des sociétés et entre elles ; Mesurer et comprendre le problème de même qu'évaluer les impacts des actions entreprises pour les réduire.

conséquence une mise en silence de pratiques à risque et une distanciation des pratiques préventives pour échapper aux effets néfastes de la stigmatisation. Il s'agit ensuite, du fait que les mesures de prévention peuvent contribuer à « amplifier la différenciation sociale des conduites à risque » (p.63). En effet, il est bien connu et démontré que la prévention a tendance à trouver un écho plus important auprès des catégories sociales privilégiées déjà sensibilisées aux messages de prévention ce qui vient, encore davantage, creuser les écarts avec les catégories sociales plus défavorisées et par là même amplifier les inégalités sociales de santé⁷⁹ (Peretti-Watel, 2013 ; Lang, 2014).

1.2.2 Les personnes âgées face à l'injonction ou la norme du « Bien vieillir »

Dans son analyse sur la rhétorique de la prévention dans le domaine du vieillissement, Alvarez (2014) s'inscrit dans la continuité des propos défendus plus haut. A partir d'une analyse du PNBV et des lois relatives à la prévention et au vieillissement, il montre que la prévention à destination des personnes âgées est une tentative de responsabilisation des individus face à leur santé et est une préoccupation essentiellement sanitaire où aucune référence n'est faite aux déterminants sociaux de la santé et aux conditions socioéconomiques dans lesquels les individus se trouvent et dans lesquels ils ont évolué au cours de leur parcours de vie. Ainsi, la prévention comme politique des modes de vie est une affaire de santé publique et de responsabilité individuelle qui correspond à « une entreprise de normalisation des comportements et des mœurs des individus pour réduire les risques de maladie et *in fine* améliorer les indicateurs de santé » (p. 119). Cela entraîne deux difficultés majeures pour l'auteur. La première est une difficulté éthique qui tient au concept de « Bien vieillir » (Rowe & Kahn, 1997)⁸⁰. « Bien vieillir » correspond à l'alliance de trois éléments : une bonne santé, des capacités intellectuelles préservées et une intégration sociale de qualité. Ce concept tend à responsabiliser l'individu et accorde une grande importance au mode de vie (Déchamp-Le Roux, 2002). Cela pose deux problèmes. D'une part, cela ne laisse pas la place à une approche

⁷⁹ « Les inégalités sociales de santé (ISS) » est un concept qui peut être défini comme « les écarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux » (Potvin *et al.*, 2010, p.30). « La place des individus dans l'échelle sociale influe sur les conditions dans lesquelles ils grandissent, apprennent, vivent, travaillent et vieillissent et sur leur vulnérabilité face à la maladie et à ses conséquences » (OMS).

⁸⁰ Ce sont les mêmes auteurs qui dix ans plus tôt montraient l'hétérogénéité du vieillissement à travers les concepts de vieillissement réussi, de vieillissement usuel et de vieillissement pathologique (Rowe & Kahn, 1987).

collective de la prévention du vieillissement qui serait plus efficace sur les déterminants sociaux et d'autre part, cela segmentarise la prévention qui n'est jamais « considérée comme un continuum tout au long de la vie » (Déchamp-Le Roux, 2012, p.89). De fait, cela induit une dichotomie entre d'un côté le « bien vieillir » et de l'autre le « mal vieillir ». « Mal vieillir » devient alors une faute (Billé & Martz, 2010), stigmatise et rend responsables les individus qui ne mettent pas tout en œuvre pour « bien vieillir ». Cela revient au fait que c'est aux personnes âgées de s'adapter aux changements auxquels elles font face sans pour autant qu'il y ait d'actions sur leur environnement (Alvarez, 2014).

La seconde difficulté est une difficulté de cohérence institutionnelle. En effet, la prévention telle qu'elle est définie par les plans nationaux et les lois, c'est-à-dire dans son versant sanitaire, rencontre des difficultés à coordonner de très nombreuses initiatives locales mises en place depuis longtemps par les caisses de retraite qui relèvent d'une approche globale de l'individu et d'actions de prévention sociale. Ainsi, il y a une non congruence entre des actions de terrain qui se développent majoritairement sur le modèle de la prévention sociale et les actions à l'échelon politique qui demande de se positionner sur une prévention sanitaire dans laquelle l'environnement de la personne n'est ni pensé ni pris en compte. « Les acteurs de la prévention [se trouve] dans une tension entre les deux « visions » de la prévention : un développement d'actions collectives, d'éducation et d'information sur la santé dans le vieillissement, actions qui ne prennent pas en compte les déterminants socio-environnementaux, et la poursuite d'actions de prévention sociale historiquement proposées par les acteurs de l'action sociale » (*Ibid*, p. 53). Pour ces deux raisons, la politique de prévention du vieillissement semble dans l'impasse. « C'est parce que la politique de prévention s'intéresse au vieillissement en cherchant à sécuriser la dernière étape de la vie, et ne prend que peu en compte l'ensemble du parcours de vie des individus et ses multiples trajectoires de vie qu'elle est inopérante. Les comportements et les modes de vie ne peuvent faire de l'individu vieillissant un 'homme nouveau', comme le demande le 'bien vieillir' : à l'inverse, le vieillissement est un travail de relecture du parcours de vie, des événements centraux vécus par les individus et de la place sociale occupée. La politique de prévention ne peut alors atteindre ses objectifs : les parcours de vie nous apprennent qu'il est vain d'isoler une trajectoire particulière, ici la trajectoire de vieillissement. L'existence, dans le vieillissement, se vit et se pense comme une dynamique

continue. Il faut ainsi remettre en cause les périodisations de la vie que les politiques publiques, dont celles de la vieillesse et du vieillissement, contribuent à construire. Le vieillissement et ce qu'il implique ne sont pas vécus en dehors de tout ce qui a construit les individus » (*Ibid*, p.320). Le concept de fragilité, qui a émergé en parallèle de la résurgence de la prévention du vieillissement, est une matérialisation de ce manque de cohérence institutionnelle et une nouvelle catégorie d'action publique.

1.3 La fragilité : état de santé et catégorie d'action publique

« Une nouvelle notion est utilisée de plus en plus souvent pour qualifier le vieillissement de certaines personnes dites âgées. On parle alors de 'personnes âgées fragiles', voire du concept de fragilité » (Ennuyer, 2004, p.142). La fragilité est un concept clé de la gériatrie et de la gérontologie qui se place dans la tradition du paradigme biomédical de la dépendance (Finiez & Piotet, 2009). La fragilité serait définie par « une perte de réserve conséquence de faiblesses en de multiples systèmes biologiques et physiologiques qui accroissent la vulnérabilité des personnes aux chocs physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux » (Béland, 2012, p. 209). Il n'existe pas de définition consensuelle⁸¹ de la fragilité mais l'approche de Fried semble largement rassembleuse. Fried et ses collègues (2001) définissent la fragilité selon cinq critères. 1. Une perte de poids supérieure ou égale à 5% par an, 2. Une fatigue subjective permanente ou fréquente, 3. Aucune activité physique ou moins de 1 à 2 marches par semaine, 4. Vitesse de marche inférieure à un mètre par seconde, 5. Une faible force de préhension. Une personne est fragile si elle a trois critères ou plus et elle est pré-fragile si elle a un ou deux critères. L'évaluation et la détection de la fragilité sont au cœur des questionnements de la gériatrie et de la gérontologie⁸² (Vogel *et al.*, 2014).

⁸¹ La société française de gériatrie et de gérontologie propose la définition suivante : « La fragilité est un syndrome clinique. La fragilité se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité pourrait réduire ou retarder ses conséquences, mais actuellement le niveau de preuve pour une telle efficacité est faible. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible » (Rolland *et al.*, 2011, p. 388).

⁸² Dans le cadre du projet 5P, nous avons présenté deux posters dans le cadre du 4^{ème} Congrès de la fragilité et de la prévention du sujet âgé qui a eu lieu les 17 et 18 mars 2016 à Paris. Nous avons pu constater le nombre important de communications et de posters liés aux questions de l'évaluation et du repérage de la fragilité.

Le concept de fragilité s'est progressivement implanté dans les discours et les textes officiels faisant des « fragiles » une nouvelle catégorie d'action publique au côté des « dépendants ». Cette nouvelle catégorie construite sur des bases médicales regroupe un certain nombre d'autres catégories comme les « vulnérables » ou les « dépendants » dont les frontières ne sont pas clairement explicitées. « Les actions fragmentent cet ensemble hétérogène [les personnes âgées] sous le principe de la fragilité, qui induit une forme de catégorisation sociale où la fragilité n'est pas une fragilité gériatrique, mais une vulnérabilité face à des conditions de vie précaires et des événements qui ont impacté et/ou impactent le cours de vie » (Alvarez, 2014, p.171). Finalement, les politiques publiques utilisent le concept de fragilité gériatrique pour parler de vulnérabilité sociale (ou fragilité sociale) et cela participe d'autant plus à brouiller un principe cohérent et global de prévention. Une étude récemment réalisée par des gériatres a montré que la fragilité était associée à la vulnérabilité sociale (Bongue *et al.*, 2017). Pour autant, le caractère plastique de la notion de fragilité est ce qui a permis l'engagement de multiples acteurs issus de champs différents (Bertillot & Bloch, 2016).

On comprend bien le souhait des pouvoirs publics de vouloir agir en amont d'événements médicaux, sociaux ou environnementaux, qui une fois amorcés propulsent la personne âgée dans une forme d'inéluctabilité de son processus de vieillissement. Pour autant, la notion de fragilité introduit une notion de réversibilité. Avec la création des observatoires de la fragilité, la CNAV s'inscrit dans cette logique. Cet observatoire des fragilités a été créé en 2012 dans le cadre du plan Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées (PAPA). Il prévoit une double finalité prospective et opérationnelle. Du point de vue prospectif, l'outil de cartographie développé permet de collecter des données pour des analyses populationnelles qui permettent la mise en place de programmes locaux d'interventions prioritaires sur les plus fragiles. Du point de vue opérationnel, l'objectif est de formuler des requêtes sur la base de données de la sécurité sociale afin d'élaborer des outils de repérages individuels de la fragilité et proposer une offre adaptée (Blanckaert, 2012). « Parmi les 390 384 personnes à risque de fragilité repérées au niveau national en 2014 via les Observatoires régionaux des situations de fragilité, 119 100 ont été invitées par les CARSAT à bénéficier d'une offre de service ou d'une action collective de prévention, adaptée à leurs besoins » (Noguès *et al.*, 2015, p.235).

On retrouve à La Réunion deux projets dans la filiation de l'observatoire des fragilités. Tout d'abord le programme « Proximité Autonomie et Avancée en Age » lancé en 2015 par le GIE

VA. Il s'agit d'un appel à projets locaux visant à prévenir la perte d'autonomie et à maintenir le lien social des personnes âgées de 55 ans et plus, vivant à domicile et en risque de fragilité. Des zones prioritaires ont été identifiées comme les plus sensibles : Bras-Panon, Cilaos, Le Port, Saint-André, Saint-Benoît, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Sainte-Rose, Salazie, Trois Bassins. L'objectif est donc d'identifier à la fois des personnes en risque de fragilité et des territoires infra-départementaux défavorisés jouant comme un facteur supplémentaire de la fragilité ou de la pré-fragilité de ses ressortissants âgés (Klein & Sandron, 2015b). Le second projet est la création et le développement d'une offre globale de prévention sous l'appellation des ateliers du bien vieillir « Atout'Age⁸³ ». Dans le cadre du projet 5P, une phase initiale a été lancée en 2016 auprès de trente-six seniors qui ont suivi trois types d'ateliers (mobilité, nutrition et espace-habitat). Nous proposons donc à présent d'analyser cette phase d'expérimentation et d'interroger le positionnement des seniors face aux ateliers « Atout'Age » et face aux messages de prévention délivrés. Notons l'intérêt d'étudier le positionnement des personnes âgées réunionnaises eu égard à leurs caractéristiques socioéconomiques et aux difficultés de la prévention exposés plus haut. Si certains justifient les ISS par « le sommeil de l'*homo medicus* [...] particulièrement profond en bas de l'échelle sociale », le manque d'informations et le manque de compétences pour comprendre les messages de prévention (Pereti-Watel & Moatti, 2009), nos analyses penchent vers une hétérogénéité des comportements préventifs au sein même d'une population relativement homogène en termes de vulnérabilité sociale.

2 – Des ateliers de prévention du Bien Vieillir

Cette section repose sur l'étude et le suivi d'ateliers de prévention mis en place par la CGSS dans le cadre de son programme de prévention à destination des personnes âgées. Ces ateliers de prévention nommés Atout'Age regroupent trois modules différents : un module lié à l'activité physique (12 séances d'une heure), un module lié à la nutrition (4 séances de trois heures) et un module lié à l'aménagement de l'habitat (2 séances de trois heures). Ces différents ateliers ont été suivis par 36 personnes âgées de 57 à 84 ans réparties dans trois groupes. L'objectif de cette section est donc de comprendre comment

⁸³ Le projet 5P est adossé à la mise en place de ces ateliers Atout'Age.

les personnes, qui ont assisté à ces ateliers, ont perçu ces ateliers, quelles étaient leurs motivations pour y participer ou au contraire leurs réticences et comment elles ont intégré ou pas ces messages de prévention dans leurs pratiques de la vie quotidienne. Nos réponses à ces questions nous permettront donc de synthétiser et de proposer quelques recommandations pour la mise en œuvre d'ateliers de prévention et pour une approche souhaitable de la prévention du vieillissement. Nous devons au préalable rappeler le caractère expérimental de la mise en place de ces ateliers et les conditions particulières de leur mise en œuvre. Premièrement, nous ne connaissons pas exactement les conditions de recrutement des seniors par le CCAS. En effet, on nous a informé lors des entretiens que le CCAS avait organisé différentes réunions pour proposer aux personnes de participer à l'expérimentation des ateliers mais il est difficile de savoir exactement la règle de choix des personnes concernées. Deuxièmement, le CCAS a eu un investissement important dans l'organisation et le suivi des personnes ce qui a évidemment joué dans la présence des personnes tout au long des différents modules. Ces conditions d'investissement ont été possibles étant donné le nombre restreint de participants et le dynamisme particulier du CCAS. Il faut toutefois avoir conscience que ces conditions ne seront pas nécessairement reproductibles en population générale. Troisièmement, étant donné le caractère expérimental des ateliers Atout'Age, on peut faire l'hypothèse que les personnes ayant été choisies ou ayant accepté de participer aux ateliers sont parmi les plus motivées et les plus sensibilisées à la prévention du Bien vieillir et ne sont pas forcément représentatives de toute la population des personnes âgées réunionnaises. Nous verrons que cette hypothèse ne sera validée qu'en partie. Enfin quatrièmement, les animateurs des différents ateliers étaient pour la plupart des membres du comité d'experts à l'origine des contenus des ateliers et donc extrêmement compétents et investis dans leur domaine. Ils ne pourront évidemment pas dispenser la totalité des modules pour toutes les personnes âgées réunionnaises.

2.1 Les personnes âgées face aux ateliers de prévention

2.1.1 Le blues de la fin des ateliers

Cette expérimentation relative aux ateliers Atout'Age a été une réussite en termes de ressenti et en termes de présence comme en témoigne le peu d'abandons rencontrés lors des trois mois. Les absences et les quelques arrêts du programme ont été, pour la plupart, motivés par

des raisons de santé. On peut noter par exemple le cas de Mme Gonthier qui a arrêté de venir car son mari est tombé très malade et il a été hospitalisé. Il a donc fallu qu'elle s'occupe de lui et n'était plus disponible pour se rendre aux ateliers. Notons également le cas de Mr et Mme Vidot qui ont été contraints d'arrêter car lors de l'évaluation gériatrique préliminaire, les gériatres ont diagnostiqué à Mme Vidot de graves problèmes cardiaques. Un voyage prévu de longue date par un club troisième âge a entraîné l'absence de quelques personnes pendant une semaine.

Les entretiens réalisés après les ateliers ont révélé un enthousiasme partagé par la grande majorité des personnes. Comme dit Mme Vitry (77 ans) « *c'était vraiment super* ». Cet enthousiasme vis-à-vis des ateliers se mesure par la demande généralisée de poursuivre les ateliers au-delà des trois mois d'expérimentation et par la peur de l'abandon et du manque de suivi à l'issue des ateliers. Ainsi, Mme Huet (73 ans) exprime le manque que la fin des ateliers a entraîné « *Quand c'était fini, on a dit quand est-ce que ça recommence ? Ah oui, c'était bien. Ça nous fait un manque maintenant que c'est fini* ». Comme Mme Naze (73 ans), beaucoup d'autres personnes mettent en avant la joie qu'on se soit occupé d'elles et l'appréhension après cela d'être « abandonné ». « *On était content qu'on s'est occupé de nous mais je pense que ça va continuer. Il ne faut pas nous laisser à l'abandon* ». Ce sont également des paroles que l'on retrouve chez Mme Cadet (74 ans) qui relate son sentiment à la fin d'une séance d'activité physique « *Ah ben, je trouvais que c'était trop courte. (Rire). Ben l'atelier avec Laurent, il avait commencé à 09h30 et des fois à 12h30 nous on était encore en train de discuter. On avait peur de lâcher, et qu'on nous laisse tout seul* ». On peut noter dans le cas de Mme Elisabeth (70 ans) qui, à la suite d'un voyage personnel à Maurice a arrêté de venir aux ateliers et exprime son regret d'avoir arrêté les ateliers. Elle regrette de ne pas avoir continué et exprime le manque que cela lui fait « *Tout ça là, tout ce que j'avais appris, du fait qu'en ce moment là-même, il fallait partir et ben moi j'ai tout oublié, ben comme ça, du coup je n'ai pas continué, c'était un oubli aussi pour moi. Y avait autre chose, je n'avais plus ma place là. Comme j'ai tout oublié je n'étais plus ce que j'étais dans les activités, le voyage a pris la place eh ben j'ai oublié ça. Je n'ai pas continué, c'est ça aussi qui m'a beaucoup manqué* ». L'exemple de Mme Elisabeth est intéressant car il montre l'importance de la dynamique de groupe et la dynamique temporelle et du suivi dans ce genre d'initiatives à destination des personnes âgées. Ainsi, on peut dire que le blues de la fin des

ateliers est révélateur de la satisfaction des personnes âgées à propos des ateliers mais qu'ont-elles apprécié le plus ?

2.1.2 Un enthousiasme lié au partage et à la convivialité

Ce qui ressort de l'analyse des entretiens est une satisfaction liée à l'effet de groupe. En effet, dans les discours, le premier argument qui est utilisé pour justifier la satisfaction de la participation aux ateliers de prévention est la plupart du temps lié à un aspect humain. C'est lié au plaisir de rencontrer d'autres personnes et de partager un moment à plusieurs comme le précise Mme Bénard (82 ans) « *Moi c'était rencontrer du monde, c'était une joie pour moi de rencontrer du monde, j'avais un petit peu peur parce que je ne connaissais personne, parce que j'avais peur qu'on me dise que je ne pouvais pas participer et ça aurait été dur pour moi vous voyez ? mais moi j'étais tellement bien, le monde moi je l'ai adopté j'ai adopté tout le monde (rire). Ah moi j'étais contente* » ; Mme Cadet (74 ans) « *tout, tout, était, les personnes, toutes elles étaient...en vérité, tout le monde était bien. Lorsqu'on faisait de la cuisine ou quand on était en train de faire sport, on parlait, on causait, non non tout le monde était vraiment bien. Non, franchement, je ne m'attendais pas à être aussi gâtée, parce que des fois, c'est pas difficile de mettre en place un atelier, mais toutes les personnes, je veux dire toutes les vieilles personnes, elles étaient toutes bien, il n'y avait pas de 'la dit la fê' [commérage en créole], je ne sais pas comment c'était pour les autres mais moi dans mon groupe, c'était vraiment bien* » ; Mme Latchimy (79 ans) « *on s'est bien amusés, et on était ensemble, nous avons bien causé et on a été bien accueillis et ben c'est pour ça que je veux que ça continue encore* » ; Mme Taochy (63 ans) « *c'était l'occasion de rencontrer tout le monde ensemble. On discute, on papote* ». Cet enthousiasme est également lié à la bonne ambiance du groupe comme l'exprime Mme Gonthier (62 ans) « *ce que j'ai apprécié c'est l'ambiance et comment on s'est occupé de nous, quand je faisais du sport, c'était dur, il y avait des fois je me disais oh c'est dur ! mais c'était pour nous tu comprends ?* » et Mme Zitte (71 ans) « *ben je sais, j'étais contente, j'étais satisfaite parce que là j'étais en groupe. J'étais encadrée [...] ça n'a pas changé, rien dans ma vie. Mais je voudrais recontinuer, hein. Pour avoir de la compagnie. C'est la compagnie. Je rigolais un peu, on faisait les activités, on rigolait un peu aussi, on discutait un petit peu, on faisait des blagues, voilà ben c'était bien* ». Pour Mme Simana, les personnes qu'elle a rencontrées lors des ateliers sont devenues comme une famille pour elle « *parce que moi, j'ai compris que...on aide les personnes âgées. Et moi, vraiment ça me fait du bien, de sortir, d'avoir des amis. Parce que là, on a fait beaucoup d'amis, on*

connaissait ce groupe-là hein. on connaissait toutes les 36 personnes, on se connaissait. Donc, là on a fait encore plus connaissance, on était vraiment comme une famille, vous voyez, on était comme une famille. Hier encore, on est sortis, on était comme une famille. Même si on est sortis à 4 ou à 5, c'est la famille. Parce que moi ma famille, elle est très loin. Donc, ils sont à Saint Leu, Saint Denis euh, en France, partout, mais euh, j'ai que mon fils ici, à Saint Pierre, j'ai personne. J'ai ma voisine, j'ai des voisins, des amis partout mais pour la famille, il y en a pas. Donc euh, ce groupe qu'on était à 11, 12, c'était une famille réunie. Vous pouvez poser la question à toutes, ils vont vous dire qu'on était une famille ». Cet extrait est très intéressant car il montre combien l'effet de groupe a compté pour cette personne et on retrouve aussi le sentiment d'abandon familial et comment ce genre de nouveau groupe peut se substituer à l'entourage familial. Enfin, la référence aux aspects humains se fait aussi pour mettre en valeur la gentillesse et la patience des animateurs. Ainsi Mme Viry (77 ans) qualifie les animateurs de « *gens de patience* » et Mme Huet évoque leur gentillesse « *ils étaient tous très gentils ils étaient souriants, ils étaient avenants, ils étaient tout ce qu'il fallait pour nous. Ah je vous le dis ! On n'avait pas d'argent pour leur acheter des petits gâteaux mais si seulement j'avais eu de l'argent pour les petits gâteaux ça aurait été bien* ». Les aspects humains qu'ils soient liés à la volonté de partage, à la bonne ambiance des groupes ou encore aux qualités humaines des animateurs se sont révélés être les éléments majeurs de réussite des ateliers en termes de suivi et de présence des personnes âgées. Est-ce que cela a été au profit des messages de prévention et une condition nécessaire à la réception des messages de prévention ?

2.1.3 Des messages de prévention relégués au second plan mais jugés efficaces pour la plupart

Très peu de personnes de notre corpus font référence au contenu des ateliers comme premier élément de satisfaction. Si tout le monde loue la qualité des rapports humains qui a entouré ces ateliers, tous ne se positionnent pas de la même manière face aux messages de prévention et face à l'intérêt des informations reçues. On peut noter une hétérogénéité des connaissances par rapport aux pratiques vertueuses de santé. Par exemple Mme Akoun (81 ans) était au fait des conseils nutrition mais très peu au courant des postures physiques, selon elle, les ateliers lui ont réappris à marcher « *J'ai mieux aimé la mobilité, parce qu'on ne savait pas du tout, on n'avait jamais fait ce que...d'ailleurs, je parlais de parcours, je disais à Laurent, est-ce que les parcours c'est bon pour la mémoire, parce que vous savez, j'ai 80 ans moi hein, donc euh,*

on cherche toujours, on oublie un tas de choses. Ah, il m'a expliqué pourquoi on fait ça euh... et puis pour l'équilibre et tout, c'est bien hein. Ah, dommage qu'ils ne forment pas des jeunes pour continuer, disons la nutrition, on sait plus ou moins, parce qu'on dit il faut manger 5 légumes, il faut faire attention le sucre, le sel et on sait tout ça, mais la mobilité pour moi c'était plus intéressant [...] j'ai même dit, j'ai appris à marcher[...] je disais à Nora parce que quand on vieillit là, on a tendance à trainer les pieds, je sais pas si vous avez remarqué, il y a beaucoup de gens qui se prennent les pieds dans les tapis et tout, parce qu'on arrive toujours le devant du pied. Là, j'ai appris qu'il fallait marcher d'abord le talon et dérouler le pied, je savais pas. Mais on apprend un tas de choses, enfin moi j'ai appris un tas de choses ». Pour Mme Lallemand (76 ans) c'est plutôt les conseils nutrition qu'elle a appris « *avant, je vidais de l'huile avec la bouteille, maintenant je mesure. Le sel seulement je mange pas trop de sel. Mais je mets du gros sel dans mon carry. Maintenant avec ma maladie et ben j'essaye d'éviter trop le sel, le sucre aussi, et puis boire beaucoup d'eau ».*

On peut dégager quatre types de positionnement par rapport au contenu des ateliers. Ces différents positionnements ne sont pas exclusifs ainsi, une personne peut manifester plusieurs positionnements. La première catégorie est composée de personnes qui estiment n'avoir rien appris de nouveau mais qui ne critiquent pas pour autant l'efficacité de ces ateliers pour les autres et pour elles-mêmes en termes de lien social et pour se maintenir au courant. En effet, pour une minorité de personnes, les ateliers n'ont rien changé à leur vie. C'est par exemple le cas de Mme Simana (67 ans) qui connaissait déjà les conseils qu'elle a reçus lors de l'atelier nutrition car elle fait partie d'une autre association liée au diabète et au sein de laquelle plusieurs ateliers de prévention ont été organisés autour de la thématique de la nutrition.

Une deuxième catégorie est composée de personnes qui estiment au contraire que les ateliers leur ont apporté de nombreuses informations quel que soit l'atelier considéré. C'est le cas pour Mr Legros (69 ans) « *Les points positifs de ces ateliers, c'était de dire que quand on est chez nous on est tranquille, mais là on dégourdit notre corps, et pour l'équilibrage des repas, nous montrer comment être vieux, suivre cette manière de vivre là, mais ne pas faire comme nos habitudes, par exemple, on n'a pas trop faim, ou va manger un petit bout de gâteau ce soir ».* Cet extrait est intéressant car il fait écho et traduit la critique adressée par certains chercheurs (présentés dans la section précédente) à la manière dont est pensée et organisée la prévention du vieillissement. C'est en effet Mr Legros qui doit s'adapter à un nouveau mode

de vie plus en santé, c'est lui qui doit changer ses habitudes. En l'occurrence Mr Legros semble d'accord avec le fait de s'adapter et s'y estime capable mais ce n'est pas forcément le cas de toutes les personnes âgées.

La troisième catégorie est composée de personnes pour qui les ateliers et les connaissances acquises ont eu un impact direct et positif sur la santé et le bien-être. Ces perceptions subjectives sont riches d'enseignement. Dans cette catégorie, les personnes âgées ont parfois eu le déclic de l'importance de prendre soin de leur santé et de prévenir certains événements comme la perte d'autonomie. « *Ben quand je suis partie là-bas [aux ateliers Atout'Age], j'ai eu un déclic [...] Arrêter de s'occuper des autres [...] je ne me pose plus de questions, je me dis mon dieu que j'ai un petit peu d'argent, que je veux préserver ma santé [...] parce que si je tombe malade comme tous les autres, parce que ça arrive pas rien qu'aux autres, qui s'occupera de moi, et moi je n'ai pas les moyens d'aller dans un EHPAD. Mon petit salaire, là, et mes enfants ne me permettront pas d'y aller. Alors, autant mieux que j'essaye d'améliorer un petit peu ici* ». A cet égard l'exemple de Mme Cadet (74 ans) est illustrant car non seulement elle semble avoir compris et intégré l'importance de prendre soin de sa santé mais aussi l'intérêt d'adopter une démarche préventive. Certains ont vu leur bien-être physique s'améliorer comme une perte de poids pour ceux en surpoids ou le sentiment de se sentir plus jeune. Pour Mme Picard (66 ans) les ateliers ont entraîné une diminution du stress et une augmentation de la confiance en elle et de la qualité de son sommeil : « *Le stress tout est parti, je n'ai plus de stress, mon corps est plus léger, je me sens mieux, je respire mieux. Voilà [...] oui, et j'ai plus confiance en moi aussi. J'avais pas confiance en moi j'avais un petit peu peur de moi-même [...] et puis pour dormir c'est mieux d'avoir le corps léger* ». On retrouve aussi un sentiment d'amélioration du moral et du bien-être psychologique : « *ben oui. Ça a remis mon moral en place hein, et puis c'est ça, mon esprit était occupé avec ça, tandis que les mauvais souvenirs venaient toujours, toujours mais quand on est occupé à faire ça, la tête est plus avec ailleurs. Voilà, moi c'était ça hein. Mes enfants aussi ils ont vu ça* » (Mme Séry, 81 ans). Pour autant cela n'empêche pas certaines personnes de réaliser l'impact du parcours de vie sur la santé et sur la logique de prévention. En effet, Mr Morel (76 ans) exprime deux idées d'une part, qu'on agit souvent un peu tard par rapport à la santé et d'autre part, que tout le monde n'est pas dans une relation d'égalité concernant la prévention. « *D'après moi, quand ou commence à avoir des petits ennuis de santé, c'est là qu'on pense que toutes les choses ne sont pas bonnes et qu'il ne faut pas faire. C'est vrai ça. Mais il y a de*

fois faut penser depuis avant. Pareil lontan, je vous dis ça, par exemple, moi j'ai de l'ostéoporose, moi j'ai toujours entendu dire que celui qui attrape l'ostéoporose il n'a pas assez mangé de produits laitiers quand il était petit. Ben dans temps lontan il n'y avait pas trop trop de produits laitiers ».

Enfin, la quatrième catégorie regroupe les personnes pour qui le contenu des ateliers est largement secondaire au profit de la possibilité de rompre avec la solitude du quotidien et qui ne perçoivent pas forcément l'intérêt des ateliers de prévention. En tout cas, il est souvent difficile pour eux de l'exprimer. Dans cette catégorie, les personnes sont les seules à avoir manifesté des inquiétudes et des incompréhensions par rapport à l'évaluation gériatrique préalable aux ateliers et continue à se poser la question de l'utilité des ateliers comme Mme Viry (76 ans) « *Mais après, je me pose quand même la question, qu'est-ce que ça nous rapporte ?* ».

Finalement, les observations menées lors des différents ateliers tout au long des trois mois de l'expérimentation confirme la bonne ambiance ressentie et la présence d'interactions riches et bienvenues entre les personnes assistant aux ateliers entre elles ainsi qu'entre ces personnes et les animateurs. Toutefois, les personnes âgées de ce corpus manifestent peu l'envie ou la capacité de prendre soin de sa santé, de prendre de bons réflexes et d'anticiper les conséquences du vieillissement sur la vie de tous les jours. Les messages de prévention et les informations transmises lors des ateliers ne sont pas tous vécus et perçus de la même manière comme nous avons pu le montrer. Cette situation est révélatrice des besoins des personnes âgées en termes de maintien du lien social. C'est aussi un bon exemple pour mettre en garde les pouvoirs publics sur le fait que le principe même de prévention n'est pas acquis pour un bon nombre de personnes. Cependant nous pouvons relever certains changements de comportements vertueux après avoir suivi les ateliers.

2.2 Assimilations et changements de pratiques

2.2.1 Une typologie du rapport au vieillissement

Accepter de recevoir des informations, les comprendre et les intégrer dans ses pratiques n'est pas automatique et les individus n'ont pas tous les mêmes capacités pour pouvoir y faire face. Dans sa thèse, Alvarez (2014) définit trois types de rapport au vieillissement et aux messages

de prévention. Il y a tout d'abord les personnes âgées qui vivent leur vieillissement comme une souffrance et pour qui le vieillissement est vécu comme un déclin inéluctable et une épreuve. On retrouve des individus qui sont assez proches de ceux décrits par Cumming et Henry dans la théorie du *desengagement* c'est-à-dire des individus pour qui la prévention arrive trop tard. Ce sont en général des individus qui ont connu une vie difficile et qui sont peu diplômés. Ensuite, il y a les personnes qui voient le vieillissement comme un apprentissage et qui ont de grandes capacités d'adaptation. Ce sont souvent des personnes plus apaisées, moins en colère et qui ont moins de ressentiment. Elles sont dans une valorisation de l'autonomie et de la responsabilité et manifestent une volonté de s'en sortir par elles-mêmes. Le réseau social occupe souvent pour elles une place importante mais un environnement social de qualité n'est pas une condition nécessaire à « la formation d'un sentiment positif vis-à-vis de son vieillissement » (p.212). Les personnes qui voient leur vieillissement comme un apprentissage sont plutôt issues de milieux sociaux privilégiés. Enfin, on retrouve les personnes qui ont un rapport ambivalent au vieillissement. Pour celles-ci, réussir son vieillissement est impossible car le vieillissement est porteur d'atteintes au prestige social dans lequel elles se trouvent. Le vieillissement est alors synonyme de déclassement et de « mort sociale » (Guillemard, 1972). Pour ces personnes issues de milieux sociaux privilégiés, les ateliers de prévention sont souvent mal vécus car ils mettent en lumière la confrontation de leur propre déchéance sociale. Pour ces personnes, la retraite n'est que contrainte mais c'est paradoxalement en adoptant des pratiques préventives qu'ils parviennent à maintenir leur statut. « Bien manger, faire du sport, se soigner prioritairement par les plantes ou des techniques alternatives à la médecine classique et plus globalement tout ce qui peut être assimilé à des pratiques préventives et des comportements sains sont des marqueurs sociaux qui leur permettent de continuer à s'identifier dans une position sociale élevé » (Alvarez, 2014, p.303).

Cette typologie des différents rapports au vieillissement est très instructive mais ne permet pas de rendre compte de la situation réunionnaise de notre corpus. Une des raisons majeures est le nombre extrêmement restreint de personnes issues de milieux sociaux privilégiés. Nous sommes majoritairement face à des personnes ayant connu des conditions de vie difficiles et qui vivent dans des situations de précarité importante (chapitre 2). Ainsi, il n'est pas étonnant de ne pas avoir retrouvé de personnes ayant un rapport ambivalent au vieillissement du moins dans les termes d'Alvarez. Si certaines personnes peuvent considérer le vieillissement comme un inéluctable déclin, ce sentiment ne résulte pas de la perte d'un statut social particulier mais

plutôt des limitations physiques et sociales qu'il entraîne. De plus, très peu de personnes expriment un rapport totalement positif au vieillissement car comme nous avons pu le montrer, les personnes âgées cumulent un certain nombre de vulnérabilités (chapitre 5) et sont globalement peu sereines face à l'avenir. Ainsi, on peut conclure que dans la typologie d'Alvarez, la majorité de notre corpus se situerait du côté du vieillissement vécu comme une souffrance. Nos analyses des entretiens et nos observations nous permettent d'apporter quelques nuances à ce dernier type de rapport au vieillissement et à la prévention pour montrer qu'au sein même de catégories de personnes relativement homogènes en termes de niveau social on trouve une hétérogénéité des comportements face au vieillissement et à la prévention. Avoir une vision négative du vieillissement n'induit ainsi pas nécessairement un refus de la prévention. Pour analyser cela, nous proposons d'interroger la présence ou l'absence de mise en pratique des conseils préventifs.

2.2.2 Quelle appropriation des conseils préventifs selon un vieillissement fataliste, passif ou combatif

Nos analyses de notre corpus d'entretiens nous permettent de dégager trois types de vieillissement qui partagent pourtant une perception plutôt négative du vieillissement. Cette vision plutôt négative du vieillissement est due comme nous l'avons déjà explicité au parcours de vie des personnes et aux héritages de celui-ci en termes de conditions de vie. Les personnes âgées réunionnaises rencontrées dans le cadre de ce travail ont une faible capacité de projection dans le futur du fait de l'instabilité perçue de leur situation. Toutefois malgré le peu d'aisance financière, trois visions du vieillissement et de la prévention émergent.

Le vieillissement fataliste ou « il est trop tard »

Cette posture se rapproche du vieillissement en souffrance décrit par Alvarez. Les personnes de cette catégorie font face à de nombreuses difficultés sur le plan économique, sanitaire et social. Jeunes ou moins jeunes retraités, ils perçoivent très peu de perspectives d'avenir étant donné les fragilités auxquelles ils font face et dont ils perçoivent un caractère irréversible. Selon ces personnes, il est trop tard car elles sont déjà sur la mauvaise pente du vieillissement. Pour ces personnes, leur réseau social n'est pas forcément restreint notamment avec les nombreux professionnels qui viennent à domicile mais elles se sentent souvent isolées voire même abandonnées et livrées à elles-mêmes. Dans ce contexte, les pratiques préventives ont de très faibles échos car les personnes âgées fatalistes font preuve de peu de capacités

d'adaptation. Pour faire le lien avec la théorie de la déprise, on peut dire que ces personnes s'inscrivent dans l'abandon-renoncement. Progressivement les activités sont abandonnées sans pour autant que de nouvelles activités viennent les remplacer. Les conseils préventifs sont ainsi mis de côté car d'une certaine mesure cela ne sert plus à rien de faire des efforts ou de changer ses habitudes (ce qui est coûteux en temps et en énergie) puisque la fin est proche. De la même manière, l'utilisation de nouvelles technologies n'est pas envisagée. Leur rationalité fataliste les pousse au calcul selon lequel le lourd investissement en temps et en énergie dans l'apprentissage d'un nouvel objet technologique est trop important par rapport à la potentielle durée de bénéfice.

Le vieillissement passif ou « je ne sais rien »

Cette posture est probablement la plus caractéristique des personnes âgées rencontrées lors de ce travail de thèse. Ce rapport passif au vieillissement repose sur un principe assumé de non-autonomie individuelle et de dépendance à autrui. Ce sont des personnes qui ne se positionnent pas vraiment face à leur vieillissement et qui ont une vision positive et négative de leur avancée en âge en fonction de leur interlocuteur. On retrouve dans cette catégorie la majorité des personnes analphabètes. Ces personnes qui ne savent pas lire et qui pour la plupart ne maîtrisent pas le français, ont été dans une forme de dépendance à autrui toute leur vie. On retrouve ainsi beaucoup de femmes, qui n'ont jamais été scolarisées ou très peu, qui n'ont jamais travaillé et qui ont toujours dépendu de leurs maris. Cette dépendance au mari se manifestait d'un point de vue financier mais aussi pour les décisions importantes et pour les déplacements. Le seul espace de décision et d'autonomie pour ces femmes était « la case⁸⁴ ». Le fait de ne pas être allé à l'école et de ne pas avoir été dans des situations d'apprentissage bien longtemps entraîne un complexe d'infériorité important et une remise en doute permanente de leurs capacités intellectuelles. Pour ces personnes, l'entourage joue un rôle déterminant dans leur manière de vivre leur vieillissement. Ces personnes ont tendance à s'en remettre systématiquement à leur entourage et particulièrement à leur conjoint ou à leurs enfants pour les décisions les concernant. Ainsi, en fonction de leur entourage, ces personnes pourront vivre positivement ou négativement leur vieillissement. On perçoit ainsi l'importance de la relation humaine pour ces personnes pour qui autrui est l'unique source d'informations et de confiance. Dans ce contexte, les pratiques préventives peuvent être bien

⁸⁴ Maison en créole

ou mal intégrées selon la personne qui délivre le message et selon les relais du message dans l'entourage de la personne. Ces personnes ont un besoin d'accompagnement particulièrement important. Si cette condition est rassemblée alors ces personnes qui se trouvent dans un rapport passif à leur vieillissement peuvent faire preuve de grandes capacités d'adaptation. Par rapport aux nouvelles technologies, on retrouve des personnes qui investissent Skype car elles sont encouragées par leur entourage. Du point de vue de la théorie de la déprise on peut ainsi retrouver dans cette catégorie l'ensemble des stratégies avec une dominance plus marquée des stratégies d'abandon qu'elles soient de substitution, de sélection ou de renoncement ou de rebond dans les cas les plus positifs.

Le vieillissement combatif ou « ça doit m'aider »

Cette posture est adoptée par des personnes qui malgré des contraintes financières et parfois médicales adoptent une vision plutôt positive de leur vieillissement. On retrouve des personnes proactives qui manifestent de la joie de vivre et de l'optimisme malgré les difficultés. Ces personnes ne sont pas forcément très entourées par leur famille mais elles ne manifestent pas de sentiment d'isolement. Pour ces personnes, le voisinage et l'entourage amical jouent un rôle important dans le quotidien. Elles sont parmi les personnes les mieux informées en termes de retraites, de prévention et de vieillissement. Ce sont des personnes qui font preuve de grandes capacités d'adaptation et qui valorisent la notion d'autonomie. Leur rapport au vieillissement est combattant car ces personnes arrivent à gagner des batailles face aux difficultés du vieillissement sans pour autant posséder les armes favorisant le « bien vieillir ». En effet, ces personnes sont loin d'avoir les ressources des catégories sociales privilégiées et pourtant elles parviennent à s'en emparer. Une des explications à cette situation est l'implication importante de ces personnes dans le domaine associatif et notamment dans les clubs troisième âge. Du point de vue de la déprise, on se trouve tout à fait du côté de l'adaptation et du rebond. En effet, on va retrouver très souvent dans leur discours la volonté de s'ancrer dans la société actuelle et de ne pas être mis de côté. Ces personnes vont ainsi plus volontiers avoir recours aux nouvelles technologies comme moyen de préserver leur autonomie et d'asseoir leur existence au présent. Pour ce qui est des pratiques préventives, ces personnes sont souvent bien disposées à les intégrer à leur quotidien et à reconnaître le bénéfice de ces pratiques. Certaines d'entre elles vont même être entreprenantes et diffuser autour d'elle ces bonnes pratiques.

Ces trois manières d'appréhender le vieillissement et les messages de prévention montrent l'hétérogénéité des expériences individuelles face au vieillissement et invitent à penser la prévention comme une réponse à la fois universelle (pour le large spectre de population) et individuelle (pour l'adaptation à la diversité des individus). Alors comment rendre la prévention du vieillissement plus efficace ?

2.3 Pour une prévention au long cours

Nous l'avons vu, tout le monde ne réagit pas de la même manière à la prévention en général et aux messages de prévention en particulier. En effet, « parmi les individus qui composent cet ensemble hétérogène de la population âgée et ses nombreux sous-ensembles, comme les « fragiles », et les « dépendants » tous n'ont pas les mêmes priorités, les mêmes vulnérabilités, les mêmes ressources pour affronter le vieillissement » (Alvarez, 2014, p.184). Cette différenciation de ressources se construit à travers le parcours de vie et peut être déterminée très tôt. « Même si certaines différences observées dans l'état de santé des aînés sont d'ordre génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (notamment le logement, le quartier et les communautés où ces personnes vivent) ainsi que par les caractéristiques personnelles (comme le sexe, l'appartenance ethnique ou la situation socioéconomique). Ces facteurs commencent très tôt à influencer le processus de vieillissement ultérieur. L'environnement dans lequel vit l'enfant, voire celui dans lequel le fœtus se développe, couplé aux caractéristiques personnelles, a des effets à long terme sur la manière dont cette personne vieillira » (OMS, 2016). Ainsi, le vieillissement n'est pas un état mais bien le résultat d'un processus complexe par la multitude des facteurs intervenant dans ce processus. « La vieillesse doit considérer celle-ci non comme un état pathologique déficitaire, mais d'abord comme un fait social et surtout comme le résultat d'une interaction entre des facteurs individuels d'ordre biomédical bien sûr, mais aussi psychologiques, économiques et sociaux au sens large et des facteurs collectifs qui regroupent l'ensemble des lois, des normes, des institutions et des usages qui régissent une forme de société donnée à un moment donné » (Ennuyer, 2004, p. 146). « La vieillesse n'est pas un état, elle s'accomplit de manière plus ou moins sereine, en continuité ou en rupture avec la vie passée, en négociant, plus ou moins bien et selon le moment du parcours de vie, avec les « figures » proposées » (Membrado & Salord, 2009, p.31). Du point de vue des individus, la sociologie du vieillissement met en lumière depuis plusieurs décennies la diversité des expériences

individuelles face au vieillissement et se bat pour une reconnaissance globale et multidimensionnelle du vieillissement. D'une part, le vieillissement ne se résume pas aux aspects biologiques ni à la perte d'autonomie et d'autre part, le vieillissement ne peut être considéré comme un période de l'existence à part. « L'existence, dans le vieillissement, se vit et se pense comme une dynamique continue » (Alvarez, 2014, p. 320). Certes l'avancée en âge se constitue en lien avec une succession d'épreuves et de ruptures mais qui s'inscrivent toujours dans une recherche de continuité identitaire (Caradec, 2007).

Cette vision de la vieillesse fait apparaître un problème de désarticulation des temporalités entre les temporalités pensées et véhiculées par les politiques publiques et les temporalités propres aux individus⁸⁵. « Émerge, dès lors, la question de l'articulation entre le temps collectif objectivé (celui des politiques publiques et de leurs recommandations) et le temps individuel subjectivé (celui des récepteurs des politiques publiques) traduit en termes de parcours de vie et s'inscrivant dans une double dimension temporelle : le « temps long » et le « temps subjectif » (Collinet *et al.*, 2014). Il faut ainsi trouver l'équilibre entre des approches préventives populationnelles et des approches préventives centrées sur des populations vulnérables sans se tromper dans les objectifs attribués et recherchés (Béland, 2012). La prévention « s'inscrit dans le parcours de vie de la personne, s'appuie sur un objectif central et partagé par tous les âges, celui du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie » (Bohic, 2012, p. 226). Il semble alors cohérent d'investir « le champ des déterminants sociaux de la santé afin de permettre d'une part une diffusion de la prévention auprès des populations les moins sensibles aux messages délivrés et d'autre part parce qu'ils expliquent en partie l'état de santé des populations » (Barnay, 2012, p.196).

La promotion d'une approche de la prévention du vieillissement sur le long cours permettrait d'agir à la fois sur les déterminants sociaux de santé et donc sur les inégalités de santé⁸⁶ ; d'agir davantage sur l'environnement des individus et donc de réduire les inégalités liées aux capacités d'adaptation face aux épreuves du vieillissement ; de déstigmatiser les pratiques ne relevant pas du « Bien vieillir » et donc de promouvoir une approche plus compréhensive des

⁸⁵ La question de la désarticulation des temporalités est une thématique récurrente en sociologie des organisations et de l'action publique. Nous avons montré dans un précédent travail cette désarticulation des temporalités par rapport à l'action sociale à destination des personnes âgées (Klein & Sandron, 2015a).

⁸⁶ La santé dans la définition de l'OMS à savoir « 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 ».

pratiques individuelles ; de mettre en cohérence les politiques publiques avec l'expérience de l'existence humaine. Cette approche sur le long cours n'a pas vocation à être exhaustive en termes de prévention. Nous avons pu noter, à travers l'exemple des ateliers Atout'Age, le bénéfice social de ces actions plus temporaires et l'intégration de pratiques vertueuses après seulement quelques séances d'ateliers. Nous avons aussi pu montrer que les personnes qui appliquent plus volontiers les conseils de prévention sont les personnes relevant du vieillissement combatif qui par rapport aux autres s'en sortent déjà un peu mieux. Ainsi, ces actions de prévention ponctuelles semblent avoir un poids subjectif moindre sur les personnes relevant de vieillissement fataliste or c'est précisément à ces personnes dites « vulnérables » qu'elles sont adressées. Cette politique globale et temporellement longue peut apparaître utopique et irréalisable mais elle doit laisser son empreinte sur le chemin de l'élaboration des politiques publiques. Dans cette dynamique, la technologie peut être un appui intéressant.

3 – Des nouvelles technologies au service de la prévention, détecter en amont la fragilité

Dans le cadre du projet 5P, différents outils expérimentaux sont utilisés dans le but de détecter et de mesurer la fragilité⁸⁷. Nous proposons ici de présenter ces différents outils et les différentes campagnes expérimentales pour analyser la manière dont les personnes âgées perçoivent ces objets qui se veulent être des technologies de prévention mais dans une approche expérimentale de recherche.

3.1 Description des technologies de prévention et des protocoles

3.1.1 Des technologies préventives

a. Examen clinique SmartCheck

L'objectif de cette solution est de quantifier l'équilibre des personnes, afin de pouvoir détecter un potentiel risque de chute. Le matériel utilisé est une plateforme Wii Fit et une application Android « SmartCheck », installée sur Tablette. Cet examen se fait par un membre de l'équipe

⁸⁷ Ces différentes solutions technologiques sont développées par le laboratoire Cognac G (CNRS/Paris Descartes), le CMLA (ENS Cachan) et le LURPA (ENS Cachan).

médiale dans le cadre d'une consultation médicale et notamment lors des évaluations médicales préliminaires

b. Test de la marche

L'objectif est de récupérer en consultation médicale les données relatives à la marche des personnes pour pouvoir à terme détecter des anomalies pouvant être caractéristiques de la fragilité. La technologie utilisée est un ensemble de capteurs spécialisés reliés à un logiciel de traitement de l'information.

c. Déplacement outdoor - Suivi par géolocalisation

L'objectif est de récupérer, à l'aide d'un smartphone et d'une application Android « HealthCheck », les coordonnées GPS des personnes dans un laps de temps prédéfini afin d'obtenir leur parcours durant ce laps de temps. Le but est de connaître la mobilité et le périmètre d'actions des personnes.

d. Localisation indoor

L'objectifs est de récupérer les passages du senior au sein de sa maison durant un laps de temps prédéfini grâce à des capteurs binaires. Le but est de mobiliser les déplacements et d'en analyser le suivi.

3.1.2 Protocole des suivis indoor et outdoor des déplacements

Pour les suivis indoor, une personne a été choisie sur la base du volontariat. Elle a été équipée chez elle pour une durée de deux semaines et cela à deux reprises. Des entretiens ont été menés une fois tous les deux jours sur ces périodes.

Pour les suivis *outdoor*, ce sont cinq personnes qui ont été choisies sur la base du volontariat pour être équipées de smartphone pendant deux semaines. Ils ont reçu comme consigne de prendre avec eux le téléphone dès qu'ils sortaient en dehors de leur domicile. Des entretiens ont été menés très régulièrement sur cette période. Ces entretiens avaient pour objectifs d'une part, d'accompagner l'expérimentation et d'autre part, de comprendre le rapport des personnes à l'objet technologique dans le temps.

3.2 Acceptabilité de mesures innovantes pour détecter la fragilité

3.2.1 Suivi des déplacements outdoor

Globalement les cinq seniors n'ont pas perçu le téléphone comme un inconvénient mais au fur et à mesure des jours, de plus en plus de questions venaient en ce qui concerne l'utilisation des données recueillies et l'utilité pour eux de sortir avec le téléphone. Il n'y a pas le même degré de compréhension pour tous du « projet téléphone », si certains ont bien compris que c'était pour de la recherche et pour développer des solutions par la suite, d'autres ont manifesté des réticences ou du moins des interrogations répétitives du fait qu'ils n'en tiraient aucun bénéfice immédiat (surtout pour 1 senior). Deux des cinq seniors ont manifesté l'envie d'avoir un retour sur l'utilisation des données.

Dans l'ensemble, le suivi de l'expérimentation s'est très bien déroulé mais les seniors ont manifesté un fort besoin d'accompagnement. Une grande valeur a été assignée à l'expérience parce qu'elle était liée aux ateliers de prévention. Les seniors étaient en demande d'informations et sont un peu confus quant à la démarche scientifique.

Peu de réticences ou d'inquiétudes ont été manifestées notamment en ce qui concerne l'anonymat des données et leur utilisation. Si une grande confiance était donnée aux différents intervenants du projet 5P, un besoin important de sens était exprimé.

3.2.2 Suivi des déplacements indoor

Dans le cadre de cette expérimentation, la personne concernée avait comme seule consigne de ne rien changer de son mode de vie. En effet, les capteurs ont été installés au début et ensuite aucune action technique n'a été effectuée si bien qu'au fur et à mesure des jours on ne parlait plus des capteurs. Par contre, nous avons compris au fil des jours que cette personne ne comprenait pas bien l'intérêt de l'expérimentation et posait de plus en plus de questions sur l'utilité pour elle d'un tel dispositif. Elle manifestait un intérêt pour que le dispositif soit relié à une alarme pour prévenir des gens en cas de besoins et pour se sentir surveillée et en sécurité. Cette dame était même prête à avoir des caméras chez elle pour être surveillée. Cette demande est assez étonnante lorsque l'on sait les réticences qui peuvent exister en termes de protection de l'intimité.

Enfin, ces expérimentations confirment deux éléments intéressants. Le premier est la confirmation que la perception d'utilité d'un objet en tant que réponse à un besoin est une condition nécessaire à l'utilisation. Le second est que la démarche de prévention doit être suffisamment explicitée pour entraîner l'adhésion. D'autres points peuvent être mentionnés. Premièrement, il est indispensable de garantir la présence d'une figure de légitimité. En effet, le fait de l'implication de médecins gériatres a rendu plus efficace l'implication des seniors dans le projet. Deuxièmement, il est fondamental de prendre en compte le niveau de compréhension des seniors sur les différentes opérations car l'on s'adresse à un public avec un niveau d'éducation relativement faible. Un de nos constat est que quel que soit l'opération (suivi des déplacements ou participation aux ateliers de prévention), les enjeux sont difficilement maîtrisables par une majorité de personnes. Ceci est particulièrement vrai pour le recours à des outils technologiques de mesure de la mobilité relativement sophistiqués à destination des seniors, outils nécessaires au bon fonctionnement du programme. Enfin, un suivi régulier et de proximité est une garantie importante au bon déroulement du projet car nous avons vu qu'au fil du temps de plus en plus d'inquiétudes et d'interrogations émergeaient. Par ailleurs, le sentiment d'appartenance à un groupe, ressenti par les seniors ne doit pas être minimisé et au contraire valorisé dans la démarche. Cela ayant un double intérêt, d'une part de favoriser un esprit de groupe prédisposant à une approche positive de la prévention et d'autre part de fidéliser les seniors et par là même de pérenniser les actions de prévention.

4 – Conclusion

Le propos de ce chapitre n'était pas de justifier le principe de prévention ni d'argumenter les bienfaits d'actions de prévention car la prévention a déjà prouvé son efficacité dans de nombreux domaines. On peut penser par exemple à la prévention des chutes sur laquelle il existe une littérature scientifique abondante. La prévention est aujourd'hui au cœur de la démarche de santé publique et particulièrement en ce qui concerne le vieillissement et notamment la perte d'autonomie. Au cours des années 2000, la perte d'autonomie a failli devenir une cinquième branche de la sécurité sociale. Si la reconnaissance institutionnelle et politique de ce « cinquième risque » n'est pas allée jusqu'au bout, elle place toutefois la perte

d'autonomie comme un risque sociétal sur lequel il faut agir. Prévenir le risque de perte d'autonomie c'est aussi permettre aux individus de mieux vivre leur avancée en âge et plus longtemps. Avec des concepts comme celui de fragilité, on tente de détecter le plus en amont possible les signes d'entrée dans la perte d'autonomie pour retarder l'irréversibilité du processus.

La prévention s'inscrit donc dans une logique d'anticipation censée être profitable au « Bien vieillir ». Le « Bien vieillir » est un concept qui peut présenter certains effets pervers comme celui de stigmatiser les personnes qui vieillissent moins bien ou celui de demander des prises d'initiatives à des populations qui n'en sont pas forcément capables. Les trois rapports au vieillissement identifiés grâce à notre corpus d'entretiens mettent bien en lumière l'hétérogénéité des comportements face à de nouvelles activités. L'idée est d'avoir conscience de cela pour promouvoir à tous les niveaux une approche de prévention cohérente et adaptée. Les TSA présentées dans ce chapitre et testées dans le cadre du programme 5P montrent un point de rencontre possible entre la prévention de la perte d'autonomie et l'utilisation d'outils technologiques que ce soit pour la mesure de l'état de santé, la détection de la fragilité ou encore le suivi de la mobilité des personnes âgées.

Conclusion générale

L'île de La Réunion est un terrain de recherche particulier car c'est un petit territoire insulaire situé à 10 000 kilomètres de la métropole avec des caractéristiques de population spécifiques. Les conditions de vie des Réunionnais sont globalement moins bonnes que celles des métropolitains avec un chômage plus important, une pauvreté plus importante et des personnes âgées plutôt défavorisées par rapport au reste de la population. En effet, leurs parcours de vie ont entraîné une forme d'héritage de la pauvreté qui a pu perdurer à cause de la faible scolarisation, l'importance des carrières professionnelles incomplètes notamment en termes de travail formel et des conditions de santé défavorables. L'analyse macrosociologique est toujours plus importante que les constats microsociologiques établis et la prise en compte synchronique de l'individuation se fait toujours en étroite relation avec un axe diachronique et historique (Martuccelli, 2004) c'est pourquoi le contexte réunionnais a eu un intérêt particulier dans ce travail de thèse.

Face à ces différentes histoires et contextes territoriaux, les politiques publiques en matière de vieillissement laissent de plus en plus de latitude aux territoires en termes de mise en œuvre et de déclinaison des politiques publiques de la vieillesse. Ce mouvement s'est d'abord initié au niveau des départements avec les lois de décentralisation des années 1980. Le département est devenu le chef de file de l'action gérontologique. Ce mouvement s'est ensuite opéré au niveau régional avec l'intensification, depuis les années 2000, des compétences des ARS sur les différents territoires. Le territoire est un concept central des politiques publiques du vieillissement et revêt plusieurs casquettes. Il est parfois considéré comme une entité géographique sur laquelle reposent les politiques publiques et les interventions qui en découlent. D'autres fois, il est considéré comme un outil de structuration de l'organisation gérontologique ou encore il est considéré comme un réservoir social duquel découle toute une politique d'action gérontologique.

La prise en charge de la perte d'autonomie est un bon exemple pour comprendre les latitudes institutionnelles des territoires. La Réunion est caractérisée par un recours très majoritaire au maintien à domicile. L'institution est vécue comme le dernier recours d'un point de vue social et économique. En effet, le monde de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées doit être mis en perspective avec la solvabilité des personnes âgées et de leurs familles

étant donné que l'on va de plus en plus vers des modes de financements mixtes. Or, la solvabilité est assez limitée dans le cas des Réunionnais que nous avons rencontrés. Ainsi, le faible nombre de places en institution ne peut se lire uniquement par rapport au frein social que représente l'institution en termes de liens intergénérationnels. L'importance à La Réunion de l'accueil familial est tout à fait révélatrice de cela. Ce dispositif présente en effet un bon compromis entre d'une part, le désir social de garantir un cadre familial pour la prise en charge de la perte d'autonomie, d'autre part la possibilité d'avoir une activité rémunérée et un emploi stable pour les accueillants familiaux dans un contexte de fort chômage et enfin la gestion par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie des personnes âgées dans un contexte de vieillissement rapide de la population.

Le dispositif des familles d'accueil et ceux des « nouveaux modes d'habiter » (Nowik & Thalineau, 2014) qui se développent sur le territoire réunionnais s'inscrivent dans la tendance générale d'une prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées économique et privée et vers le développement de solutions globales. La résidence Tournesol à Saint-Pierre en est une bonne illustration. Cette résidence-autonomie est en plein centre-ville à proximité des différentes commodités de la ville et du CHU. Elle est aussi rattachée à un restaurant et à un plateau technique. Une maison de l'accueil familial s'est aussi développée en son sein. Ainsi, plutôt que lire la prise en charge de la perte d'autonomie à La Réunion sur un modèle passéiste basé sur la survivance d'hypothétiques solidarités familiales, nous proposons une lecture plus innovante de cette organisation (Klein & Sandron, 2016a ; 2016c). En effet, on peut considérer La Réunion comme précurseur dans le développement déjà ancien du maintien à domicile des personnes âgées même si celui-ci est sans doute facilité par le caractère délimité du territoire.

Le territoire est ainsi indissociable de l'innovation en matière de vieillissement. On constate un double mouvement d'influence ou plus précisément une influence réciproque entre le territoire et les politiques gérontologiques. D'un côté, les politiques publiques agissent sur les territoires par la définition de leurs contours, par les actions qui y sont assignées, par les interactions créées entre les différents acteurs en leur sein et aussi par leurs influences sur la population. D'un autre côté, les territoires agissent sur les politiques publiques dans leur capacité d'innovation et d'adaptation en lien avec leurs spécificités physiques, écologiques, économiques, sociales, démographiques, historiques et politiques.

Les innovations sociales matérialisées par le développement de nouveaux dispositifs comme la Maia mettent bien en lumière les difficultés, pour un tel dispositif, de s'insérer dans un monde complexe défini par des interactions multiples entre des acteurs nombreux issus de milieux professionnels variés. L'exemple de l'implantation de la Maia sur le territoire réunionnais nous a montré que sa réussite est liée à la réponse immédiate apportée aux problématiques des professionnels, à savoir la gestion de cas. Par contre, les aspects plus méthodologiques du dispositif prennent plus de temps à s'intégrer car ils viennent concurrencer un mode d'organisation et d'échanges interprofessionnels jugé efficace. De plus, ils ont tendance à questionner les légitimités professionnelles des différents acteurs. Sur la coordination par exemple, ces remises en question de l'identité professionnelle sont d'autant plus mal vécues que les professionnels, notamment du secteur social, ont un investissement et un engagement citoyen qui portent leurs pratiques professionnelles. Cela met en exergue la question de la temporalité des innovations qui n'en deviennent véritablement que lorsqu'elles s'immiscent dans les interactions sociales (Alter, 2000). Adopter une approche interactionniste était alors essentielle car elle « porte prioritairement sur les points de vue des acteurs, et plus encore sur les croisements de ces points de vue, qui procèdent de la négociation des significations et des normativités » (Demazière *et al.*, 2011, p.1).

Outre les innovations sociales, les innovations technologiques occupent une place de plus en plus importante au sein des politiques publiques de la vieillesse et au sein de l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Dans cette perspective, nous avons souhaité interroger le rôle des gérontechnologies à différentes échelles et interroger, dans le contexte réunionnais, leurs conditions d'émergence et de réception du point de vue des personnes âgées et de leur entourage familial, de proximité et professionnel. Initialement pensée comme une discipline scientifique, la gerontechnology avait pour vocation d'apporter des solutions technologiques au vieillissement dans la globalité de son processus. En France, les gérontechnologies ont été principalement portées par le corps médical et ont rencontré assez naturellement une vision biologisante du vieillissement à partir des années 2000. Les gérontechnologies se sont développées en France grâce à des appuis institutionnels forts à travers notamment le lancement de la filière Silver Économie en 2013.

Malgré ces appuis politiques, la filière Silver Économie peine à décoller et relève pour certains d'un fantasme⁸⁸. La philosophie portée par la Silver Économie est de profiter du vieillissement de la population comme d'une opportunité économique. Plusieurs critiques ont émergé d'une part, par rapport à la nature des emplois créés car ces derniers seront dans les années à venir majoritairement des postes d'aides à domicile donc très peu qualifiés⁸⁹. D'autre part, du fait des coûts des solutions proposées, ces solutions technologiques se retrouvent pour l'instant face à une faible demande et laissent craindre un renforcement des inégalités d'accès à ces solutions basées sur le critère économique. Jusqu'à présent, les pouvoirs publics ont beaucoup investi pour structurer la filière Silver Économie au niveau national et au niveau de ses déclinaisons régionales ainsi que pour soutenir les entreprises. Cela s'est par exemple matérialisé par la création par la Caisse des Dépôts d'un fond de capital risque pour les sociétés intervenant dans la Silver Économie. Avec la loi ASV, davantage de fonds ont été accordés à la CNSA pour le financement d'aides techniques notamment à destination des ménages pauvres. Si la demande a été, pendant un temps, reléguée au second plan par les pouvoirs publics, une prise de conscience semble émerger de la nécessité d'agir sur la demande en ce domaine.

Pourquoi agir sur la demande si celle-ci ne décolle pas, même lorsque le prix n'est pas toujours un frein ? Depuis les années 1980 et l'émergence de la gerontechnology, la communauté scientifique s'est emparée de cet objet de recherche sous divers angles. D'abord, en interrogeant l'éthique et l'introduction de ces nouvelles technologies dans les pratiques de soins, de prise en charge et ensuite, en montrant l'efficacité de certaines technologies dans des domaines spécifiques. Ces domaines concernent par exemple celui du soin et des réponses apportées aux pathologies du vieillissement, celui de la participation citoyenne et le lien social des aînés ainsi que celui du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. S'il n'existe pas de définition consensuelle des gérontechnologies c'est parce qu'elles sont intimement liées, dans leurs délimitations, aux représentations de la vieillesse. Ainsi en France, jusqu'à la loi ASV, le vieillissement rimait avec perte d'autonomie donc les gérontechnologies étaient associées aux services rendus à la perte d'autonomie des personnes âgées et aux personnes qui les aident.

⁸⁸ Le Monde, article du 20 janvier 2016 « Le fantasme de la Silver Économie ».

⁸⁹ Enquête DARES en 2012 sur « les métiers en 2020 ».

Avec la conception plus large du vieillissement et la promotion de la prévention, ces gérontechnologies ont donc vocation à élargir leurs champs d'actions à toutes les sphères du vieillissement et de devenir ainsi des technologies de la santé et de l'autonomie. Ces technologies ont été portées et institutionnalisées comme des outils pour servir les objectifs de santé publique dans le cadre d'une population vieillissante de plus en plus nombreuse. Ce constat nous a conduit à interroger l'acceptabilité de ces nouvelles technologies par les personnes âgées et par leur entourage.

Cette problématique nous a mené à utiliser et développer théoriquement le concept d'acceptabilité relativement peu conceptualisé en sciences sociales (Baba & Raufflet, 2015). L'acceptabilité est bien un processus, et le résultat d'une rencontre de facteurs qui influencent un positionnement individuel et/ou collectif. On pourrait alors définir l'acceptabilité comme un mouvement (en permanente reconfiguration) au sein duquel des éléments (porteurs de valeurs subjectives plus ou moins objectivés par les individus) entrent en interaction, s'additionnent et produisent un sens pour les individus. L'acceptabilité d'une technologie engage l'individu dans une relation à l'objet, à soi et à autrui. Le rapport à l'objet dépend principalement de la perception d'utilité par rapport à une réponse à un besoin objectivé. La perception de l'objet dépend aussi de ses fonctionnalités et de son accessibilité notamment économique. Cette relation entre l'objet et l'individu ne peut être comprise sans comprendre le contexte dans lequel cette relation s'insère. Ainsi, la vision parfois stéréotypée des personnes âgées et la faible expérience de la technologie chez certains professionnels qui entourent les personnes âgées doivent être comprises et prises en compte comme facteurs déterminant la relation à l'objet. De même, le rôle essentiel de l'entourage dans l'acquisition, le suivi et la diffusion de connaissances technologiques doit être intégré dans le processus d'acceptabilité. Enfin, ces technologies de la santé et de l'autonomie interviennent à un moment de l'existence caractérisé par de nombreux changements du point de vue physique, cognitif, psychologique et identitaire (Hummel *et al.*, 2014). Sans qu'une personne ne soit nécessairement en perte d'autonomie, l'arrivée des fragilités nécessite des adaptations du quotidien, connu sous le concept de déprise en sociologie du vieillissement. La complexité de l'analyse du rapport à ces nouvelles technologies découle de ce qu'elles arrivent à un moment où l'implication dans de nouvelles activités est soumise à ce processus de déprise.

L'utilisation de la téléassistance ou la participation à un atelier de prévention peut devenir une nouvelle activité à un moment de l'avancée en âge. Si ces deux activités n'interviennent pas nécessairement au même moment du vieillissement, elles connaissent le même mécanisme et renseignent sur le positionnement des individus face à leur propre vieillissement. Dans le contexte réunionnais, les personnes âgées de notre corpus et de nos échantillons présentent une vision plutôt négative de leur vieillissement qui s'explique par leur parcours de vie et par leur faible capacité de projection sereine dans le futur. Malgré cela, trois types de rapports au vieillissement ont pu être identifiés. Le rapport fataliste au vieillissement regroupe les personnes qui se trouvent dans une posture de renoncement face à la vie. Ainsi, l'investissement dans de nouvelles technologies ou l'adaptation de son quotidien avec des pratiques préventives ne concernent pas ces personnes car c'est trop tard selon elles. Le rapport passif au vieillissement regroupe une majorité d'individus qui ne sont pas en mesure de s'exprimer pour eux-mêmes et qui recourent systématiquement à autrui pour se positionner dans leur vie mais aussi face au vieillissement. Pour ces personnes, l'investissement dans de nouvelles activités, par exemple technologiques, est soumis à l'évaluation d'autrui. Le rapport combatif au vieillissement quant à lui, regroupe des individus qui se trouvent dans une posture d'adaptation et de rebond face aux difficultés de l'existence. Pour ces personnes, l'investissement dans de nouvelles technologies ou l'adaptation de comportements préventifs seront plus facilement possibles. Malgré ces rapports différents au vieillissement, les personnes âgées de notre corpus partagent une vision plutôt négative du vieillissement qui trouve sa source dans leur parcours de vie et la précarité de leur existence.

La notion de « Bien vieillir » prend tout son sens à La Réunion où quatre personnes sur dix vivent sous le seuil de pauvreté, où les personnes âgées connaissent une entrée précoce dans la perte d'autonomie et une prévalence globalement plus importante de maladies chroniques par rapport à la métropole. La prévention est une notion assez récente des politiques publiques de la vieillesse. Si la prévention et ses actions peuvent avoir des effets pervers et contre-productifs, elles participent aussi aux gains d'années d'espérance de vie en bonne santé. Avec l'avancée en âge, certains événements peuvent s'avérer dramatiques comme par exemple une chute. De simples gestes peuvent l'éviter mais encore faut-il en avoir connaissance. Les ateliers de prévention Atout'Age ont montré leur efficacité dans la dynamique sociale qu'ils ont insufflé parmi les seniors réunionnais mais ils montrent également les limites d'une action uniquement ponctuelle et collective. Si ces ateliers et actions sont indispensables, elles

doivent venir se combiner avec des actions plus individuelles, développées par exemple lors de consultations médicales spécialisées et avec des actions populationnelles en termes de messages de prévention et d'actions sur les inégalités sociales de santé.

Les technologies de la santé et de l'autonomie sont des outils qui peuvent aider à répondre à ces différentes ambitions. Le développement de technologies d'actimétrie non portées installées au domicile permet de détecter des anomalies par rapport à des scénarios de déplacements en évitant les effets de stigmatisation et en étant plus en phase avec le caractère processuel du vieillissement. En effet, on peut s'en équiper bien avant de rentrer dans le processus du vieillissement et s'inscrire donc dans une continuité de suivi. En cas d'alerte, il est possible d'intervenir en amont d'une chute par exemple et d'orienter la personne vers des activités préventives comme des séances d'APA (Activité Physique Adaptée) et prolonger ainsi son autonomie.

Plusieurs exemples de ce travail montrent que la dynamique des innovations dépend de multiples facteurs et notamment du contexte institutionnel. À La Réunion, une des manières de réunir la prévention et les nouvelles technologies serait de créer les conditions de rencontre et de travail entre la E-santé et la Silver Économie. Rappelons que La Réunion a obtenu en 2016 le label French Tech en E-santé qui révèle une dynamique importante en termes de télémédecine et de télésoins sur le territoire. La Silver Économie et le label French Tech ne sont pas portés par les mêmes institutions mais ce rapprochement permettrait de déstigmatiser la population âgée au profit de la promotion d'un système de prévention au long cours. L'enjeu est aussi de garantir une certaine flexibilité des modalités d'actions pour laisser le choix aux individus du mode de suivi qu'ils souhaitent privilégier.

Dans cette perspective et parce que la prévention est au cœur des politiques publiques de la vieillesse, il serait intéressant de poursuivre la réflexion autour de la mise en œuvre concrète d'actions de prévention sur le territoire réunionnais et d'interroger le maillage institutionnel qui en découle et en résulte. Aujourd'hui la CGSS est l'acteur principal porteur d'actions de prévention à destination des personnes âgées. Cependant, avec l'installation de la Conférence des Financeurs et donc l'implication de l'ARS et du CD dans le financement de la prévention, on peut se demander comment vont se dérouler les échanges institutionnels et les pratiques de terrain sur le sujet. De plus, un premier appel à projets a été lancé par la Conférence des Financeurs en octobre 2017. Plusieurs structures vont donc proposer des actions de prévention

sur le territoire et il sera intéressant d'en étudier la répartition et les éventuels effets de concurrence *vs* complémentarité territoriales.

Du point de vue des bénéficiaires de ces actions de prévention, deux types de réflexion peuvent se prolonger. La première concerne l'impact des ateliers de prévention, qu'ils soient liés à la mobilité, à la nutrition, au sommeil ou à la mémoire, sur le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Il semble aussi pertinent de continuer la réflexion sur les facteurs facilitant ou entravant (Pin *et al.*, 2015) l'adhésion des personnes âgées aux programmes de prévention. La seconde concerne la réception de messages de prévention à travers des média technologiques. La CGSS est en train de mettre en place une application qui reprend les contenus des ateliers de prévention Atout'Age et il serait intéressant d'analyser la mise en pratique de ces messages préventifs délivrés technologiquement. Une comparaison avec des messages préventifs délivrés en présentiel dans une approche représentative de la population âgée pourrait aussi apporter de nouveaux éléments sur l'acceptabilité des nouvelles technologies.

Les personnes âgées ne sont pas technophobes. Nous avons pu montrer des positionnements hétérogènes au sein même d'une population assez homogène en termes de caractéristiques socioéconomiques. Nous avons mis au jour les mécanismes en œuvre dans la relation à un objet technologique. Il ne faut pas pour autant être sourds aux réticences exprimées par certaines personnes âgées et leur permettre de vivre sans technologie si elles le souhaitent.

Ce travail s'intègre dans une réflexion plus globale de société sur l'utilisation des nouvelles technologies et les conditions de leurs régulations. En effet, nous vivons dans un monde de plus en plus technicisé où la technologie imprègne tous les domaines de l'existence. La technologie a prouvé son efficacité dans de nombreux domaines et notamment celui de la santé mais elle a aussi montré ses limites dans son déploiement parfois sauvage. L'enjeu majeur des recherches scientifiques autour de la technologie est de permettre aux pouvoirs publics de garantir une utilisation éthique, raisonnée et efficace de la technologie pour répondre aux enjeux de santé publique notamment pour une avancée en âge de qualité pour tous les individus.

Bibliographie

AJIR S., BAKTAVATSALOU R., SEGUIN S., 2017, « Évolution démographique depuis 60 ans, une population vieillissante », *Insee Analyses La Réunion*, n°25, 4 p.

ALBERT I., 2017, « Le rôle de l'entourage dans l'adoption des gérontechnologies », *In SANDRON F. (Dir.), Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion*, Université de La Réunion, Saint-Denis, pp. 105-122.

ALTER N., 2000, *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, 388 p.

ALVAREZ S., 2014, « Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du 'bien vieillir' », *Thèse de Doctorat*, Université de Grenoble, 377 p.

ALVAREZ S., 2016, « Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse », *La revue de l'Ires*, n°88, pp. 33-61.

AMMENWERTH E., SCHNELL-INDERST P., MACHAN C., SIEBERT U., 2008, « The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: A systematic review », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 15, n°5, pp. 585-600.

ANDOCHE J., HOARAU L., REBEYROTTE J.F., SOUFFRIN E., 2009, « L'immigration réunionnaise: un peuplement continu, contraint et volontaire », *Revue Expression*, n°33, pp. 137-155.

AOUICI S., GALLOU R., 2013, « À la redécouverte des logements-foyers », *Recherche et statistiques de la CNAV*, Cadrage, n°25, 6 p.

AQUINO J-P, 2013, *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*, Comité avancée en âge, Prévention et Qualité de vie, 132 p.

ARBORIO A-M., FOURNIER P., 2005, *L'Enquête et ses méthodes. L'observation directe*, Paris, Armand Colin, Coll. 128, 128 p.

ARCEP, 2013, « Equipement en communications électroniques et audiovisuels des ménages et des individus à La Réunion », *Les Actes de l'Arcep*, 158 p.

ARGOUD D., 2010, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 103-110.

ARGOUD D., 2011, « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë, *Gérontologie et société*, vol. 34, n°136, pp. 13-27.

ARGOUD D., 2012, « La prévention : un nouveau référentiel pour une politique du vieillissement ? », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 93-100.

ARGOUD D., 2016 « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, Vol. 38, n°149, pp. 25-40.

ARS, 2010, *Enquête auprès des services de soins à domicile (SSIAD) en 2008*, Dossiers Statistiques, 8 p.

ARS, 2011, *Evaluation de la file d'attente des personnes âgées en vue d'une admission en établissement à La Réunion en 2010*, Agence de Santé Océan Indien, 7 p.

ARS, 2012a, *Programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et de Mayotte (PSIT)*, Agence Régionale de Santé Océan Indien, Saint-Denis de La Réunion, 58 p.

ARS, 2012b, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2011*, Agence de Santé Océan Indien, Saint-Denis de la Réunion, 32 p.

ARS, 2014, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées à La Réunion en 2011. Résultats de l'enquête EHPA 2011 à La Réunion », *Infos Statistiques*, n°26, 7 p.

ARS, 2016, *STATISS. Statistiques et indicateurs de la Santé et du Social 2016*, Agence Régionale de Santé Océan Indien, Saint-Denis de La Réunion, 32 p.

ATTIAS-DONFUT C., (Dir.), 1995, *Les Solidarités entre générations : Vieillesse, familles, États*, Paris, Nathan, Coll. Essais et recherches, 350 p.

ATTIAS-DONFUT C., OGG J., WOLFF F.C., 2005, « European patterns of intergenerational financial and time transfers », *European Journal of Ageing*, n° 2, p. 161-173.

ATTIAS-DONFUT C., LORIAUX M., 2013, « La cohésion sociale : au fil des générations ... », *Retraite et société*, n°64, pp. 135-143.

ATTIAS-DONFUT C., LITWIN H., 2015, « Comparaison de l'entraide familiale à l'échelle européenne », *Information sociale*, vol. 188, n°2, pp. 54-63.

AULA A., 2005, "User study on older adults' use of the Web and search engines", *Universal Access in the Information Society*, vol. 4, n°1, pp. 67-81.

- BABA S., RAUFFLET E., 2015, « L'acceptabilité sociale : une notion en consolidation », *Management International*, n°19, pp. 98-114.
- BAGOZZI R.P., 2007, « The Legacy of the Technology Acceptance Model and a Proposal for a Paradigm Shift », *Journal of the Association for Information Systems*, vol. 8, n°4, pp. 244-254.
- BAKTAVATSALOU R., CLAIN E., 2016, « Allocation personnalisée d'autonomie en 2013. Une dépendance plus précoce et plus coûteuse », *Insee Flash*, n°83, 2 p.
- BALARD F., 2013, « “Bien vieillir” et “faire bonne vieillesse”. Perspective anthropologique et paroles de centenaires », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 44, n°1, pp. 75-95.
- BALISES, 2014, « Comment les aînés appréhendent-ils les gérontechnologies ? », *Journal des cadres d'Enéo, mouvement social des aînés*, n°46, 24 p.
- BALTES P.B., 1997, « L'avenir du vieillissement d'un point de vue psychologique : optimisme et tristesse », In DUPÂQUIER J. (Dir.), *L'espérance de vie sans incapacités. Faits et tendances, premières tentatives d'explication*, Paris, PUF, pp. 243-264.
- BARAK A., HEN L., BONIEL-NISSIM M., SHAPIRA N.A., 2008, « A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions », *Journal of Technology in Human Services*, vol. 26, n°2-4, pp. 109-160.
- BARBIERI M., CATTEAU C., 2007, « La mortalité : évolution et structure », in SANDRON F. (éd.), *La population réunionnaise, Analyse démographique*, Paris, IRD Éditions, 216 p.
- BARCENILLA J., BASTIEN J-M-C., 2010, « L'acceptabilité des nouvelles technologies : quelles relations avec l'ergonomie, l'utilisabilité et l'expérience utilisateur ? », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, pp. 311-331.
- BARNAY T., 2012, « Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 185-203.
- BARTHE J-F., CLÉMENT S., DRULHE M., 1988, « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n°15, pp. 11-31.

- BAUDOT P.Y., 2016, « Le handicap comme catégorie administrative, Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°4, pp. 63-87.
- BAUDURET J-F., 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris, Dunod, Coll. Santé Sociale, 288 p.
- BEAUD M., WEBER F., 2010, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La découverte, 336 p.
- BEAUGENDRE C., BRETON D., MARIE C-V., 2016, « Faire famille à distance » chez les natifs des Antilles et de La Réunion », *Recherches familiales*, n°13, pp. 35-52.
- BECKER H.S., 2006 (1982), *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 379 p.
- BECKER H.S., 1986, « Biographie et mosaïque scientifique », *Acte de la recherche en sciences sociales*, n°62-63, pp. 105-110.
- BECKER H.S., PESSIN A., 2006, « Dialogue sur les notions de Monde et de Champ », *Sociologie de l'Art*, n°1 OPuS 8, pp. 163-180.
- BELAND F., 2012, « Prévention des maladies et promotion de la santé des personnes âgées. Divergences et convergences autour de la fragilité », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 205-216.
- BEN-AHMED L., 2012, « Quelles valeurs pour s'orienter dans les questions éthiques des gérontechnologies ? », *Gérontologie et société*, vol. 35, n°141, pp. 183-193.
- BENHAMOU A.C., 2003, « Mission Gérontologie Numérique - Rapport d'étape », Ministère français des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux Personnes Âgées, 125 p.
- BENSINK M., HAILEY D., WOOTTON R., 2007, « A systematic review of successes and failures in home telehealth. Part 2: Final quality rating results », *Journal of Telemedicine and Telecare*, n°13(suppl 3), pp. 10-14.
- BERTHOU V., PICARD R., 2017, « Les *Living Labs*, ces leviers d'innovation en santé publique », *Annales des Mines – Réalités Industrielles*, n°2, pp. 68-72.
- BERTHOU V., 2017, « Participation de l'utilisateur dans les LLSA : de l'empowerment à la transformation organisationnelle », 7ème Congrès de l'Association Française de Sociologie, *Sociologie des pouvoirs, Pouvoirs de la sociologie*, 3-6 juillet, Amiens, 8 p.

BERTILLOT H., BLOCH M-A., « Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique », *Revue française des affaires sociales*, n°4, pp. 107-128.

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

BESSON L., 2017, « Un Réunionnais sur quatre vit dans les Hauts », *Flash Insee La Réunion*, n°89, 2 p.

BILLAUD S., BROSSARD B., 2014, « 'L'expérience' du vieillissement. Les écrits quotidiens d'un octogénaires au prisme de leurs cadres sociaux », *Genèses*, n°95, pp.71-94.

BILLÉ M., MARTZ D., 2010, *La tyrannie du « bien vieillir »*, Lormont, Ed. Le bord de l'eau, 153 p.

BLANCHET M., 2016, « Regards croisés d'acteurs gérontologiques territorialisés sur la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) », *Annales de géographie*, n°708, pp. 170-192.

BLANCKAERT A., 2012, « La mise en place des observatoires des fragilités dans le cadre d'un partenariat CNAMTS-CNAV », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 149-154.

BLOCH M.-A., HÉNAUT L., GAND S., SARDAS J-C., 2011, « Les gestionnaires de cas: une nouvelle figure de tiers », *Revue économique et sociale*, vol. 69, n°3, pp. 103-111.

BLOCH M-A., 2012, « Les aidants et l'émergence d'un nouveau champ de recherche interdisciplinaire », *Vie sociale*, vol. 4, n°4, pp. 11-29.

BLOCH M-A., HÉNAUT L., 2014, *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 315 p.

BOBILLIER CHAUMON M-E., OPREA CIOBANU R., 2009, « Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : entre promesses et interrogations – Une revue de questions », *Psychologie Française*, vol. 54, n°3, pp. 271-285.

BOBILLIER-CHAUMON M., DUBOIS M., 2010, « L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation? », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, pp. 355-382.

BOBILLIER CHAUMON M-E., CUVILLIER B., DURIF-BRUCKERT C., CROS F, VANHILLE M., BEKKADJA S., 2014, « Concevoir une technologie pervasive pour le maintien à domicile : une

démarche prospective par la prise en compte des systèmes d'activité », *Travail Humain*, vol. 1, n°77, pp. 39-62.

BONGUE B., COLVEZ A., DUPRE C., SASS C., DEVILLE N., 2017, « Prévalence et facteurs associés à la fragilité chez les personnes âgées autonomes vivant à domicile », *NPG Neurologie - psychiatrie - Gériatrie*, n°17, pp. 279-284.

BONVALET C., 2010, « Les relations intergénérationnelles : enjeux démographiques », Actes du XVIème colloque de l'AIDELF, Genève, 21-24 Juin, 10 p.

BONVALET C., BRINGÉ A., 2010, « Les trajectoires socio-spatiales des Franciliens depuis leur départ de chez les parents », *Temporalités*, n°11, [en ligne, <http://temporalites.revues.org/1205>].

BOUDOKHANE F., 2006, « Comprendre le non-usage technique : réflexions théoriques », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, vol. 2006, n°1, pp. 13-22.

BOUMA H., GRAAFMANS J.A.M., 1992, *Gerontechnology*, Amsterdam, IOS Press, 447 p.

BOUMA H., FOZARD L.J., BOUWHUIS D.G., TAIPALE V., 2007, « Gerontechnology in perspective », *Gerontechnology*, vol. 6, n°4, pp. 190-216.

BOUTET A., TRÉMENBERT J., 2009, « Mieux comprendre les situations de non-usages des TIC. Le cas d'internet et de l'informatique », *Les Cahiers du numérique*, vol. 5, n°1, pp. 69-100.

BRANGIER E., HAMMES S., 2007, « Comment mesurer la relation humain-technologies-organisation ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°9, [en ligne, <http://pistes.revues.org/2959>].

BRANGIER E., DUFRESNE A., HAMMES S., 2009, « Approche symbiotique de la relation humain-technologie : perspectives pour l'ergonomie informatique », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, pp. 333-353.

BRÉCHAT P-H., BONAL C., GUÉVEL M-R., GRAVELAT C., SCAPIN M-H., THÉBAULT P., JOURDAIN A., 2014, « La planification régionale de la santé : technicisation ou politique de santé ? Regards croisés de deux générations », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, n°7, pp. 405-428.

BROEKENS J., HEERINK M., ROSENDAL H., 2009, « Assistive social robots inelderly care: a review », *Gerontechnology*, n°8, pp. 94-103.

BRONSWIJK J.V., BOUMA H., FOZARD J.L., 2002, « Technology for quality of life : an enriched taxonomy », *Gerontechnology*, vol. 2, n°2, pp. 169-172.

BROUSSY L., 2013, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : ANNEE ZERO !*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, 202 p.

BROWNSSELL S., HAWLEY M., 2004, « Automatic fall detectors and the fear of falling », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 10, n°5, pp. 262-266.

CAMPÉON A., 2015, « Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge », *Retraite et société*, n°70, pp. 83-104.

CARADEC V., 2001a, « 'Personnes âgées' et 'objets technologiques' : une perspective en termes de logiques d'usage », *Revue française de sociologie*, n°42, pp. 117-148.

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

CARADEC V., 2004, *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, Paris, PUF, Coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 256 p.

CARADEC V., 2007, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, n°3, pp. 11-37.

CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 128 p.

CARADEC V., 2014, « Transition du vieillissement et épreuve du grand âge », In HUMMEL C., MALLON I., CARADEC V., (eds.), *Vieillesse et vieillissement, Regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Le Lien Social, pp. 273-288.

CARPENTIER N., WHITE D., 2013, « Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation », *Sociologie et Société*, vol.45, n°1, pp. 279-300.

CARRÉ M., 2009, *Domicile, Autonomie et technologies*, Revigny, Doc Edition, 188 p.

CATTEAU C., CATTEAU P., 1999, « Révolution épidémiologique et démographique à La Réunion », In MAESTRI E., (Ed.), *1946 : La Réunion département. Regards sur La Réunion contemporaine*, Paris, L'Harmattan, pp.73-84.

CATTEAU C., NARTZ E., 2005, « Des handicaps fréquents et précoces à La Réunion », *Économie de La Réunion*, n°124, pp.10-11.

CESER, 2011, *Les personnes âgées à La Réunion : anticiper les risques et les besoins*, Conseil économique, social et environnemental de La Réunion, Saint-Denis de La Réunion, 43 p.

CESER, 2014, *Diabète et santé publique à La Réunion : comment transformer un cercle vicieux en un cercle vertueux ?*, Conseil économique, social et environnemental de La Réunion, Saint-Denis de La Réunion, 65 p.

CHAMBOREDON H., PAVIS F., SURDEZ M., WILLEMEZ L., 1994, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèse*, Vol. 16, n°1, pp. 114-132.

CHARUE-DUBOC F., AMAR L., KOGAN A-F., RAULET-CROSET N., 2012, « Usage déviant et dynamique d'évolution d'une offre de service : le cas de la téléassistance pour les personnes âgées », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n° 105, pp. 17-27.

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

CHAUSSY C., 2016, « Enquête logement à La Réunion fin 2013. Les conditions de logement s'améliorent mais pas pour tous », *Insee Analyses Réunion*, n°15, 4 p.

CHEN K., CHAN A. H., 2013, "Use or not-use of gerontechnology - A qualitative study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n°10, pp. 4645-4666.

CHIRIÉ V., 2017, « Apport des nouvelles technologies en résidence seniors : promesse et réalité ? », *Gérontologie et Société*, vol. 39, n°152, pp. 221-235.

CHO S.Y., JAHNG G.H., RHEEC A.Y., PARK S.U., JUNG W.S., MOONA S.K., KO C.N., A, CHOA K.H., PARK J.M., 2013, « An fMRI study on the effects of jaw-tapping movement on memory function in elderly people with memory disturbances », *European Journal of Integrative Medicine*, n°6, pp. 90-97.

CHR RÉUNION, 2009, « La filière gériatrique du CHR. Ces personnes âgées qui ont besoin de nous », *Convergence*, n°5, Centre Hospitalier Régional de La Réunion, pp. 12-18.

CLÉMENT S., MEMBRADO M., 2010, *Expérience du vieillir : généalogie de la notion de déprise*, In CARBONNELLE S. (dir.), 2010, *Penser les vieillesse, Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli Arslan, 254 p.

CNSA, 2014, « MAIA, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », *Les Cahiers pédagogiques de la CNSA*, Octobre, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Paris, 22 p.

CNSA, 2017a, « Les actions de la CNSA pour une meilleure adéquation entre les besoins des personnes et les aides techniques », *Les mémos de la CNSA*, n°6, 4 p.

CNSA, 2017b, « 2017, les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », 20 p.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., 2011, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *Pratiques et Organisation des Soins*, n°41, pp. 73-80.

COLEMAN P., 1994, « Adjustment in later life », In BOND J., COLDEMAN P., PEACE S. (Dir.), *Ageing in Society*, Londres, Sage Publications, pp. 97-132.

COLLINET C., SCHUT P-O., PIERRE J., CALUZIO C., 2014, « L'articulation des temporalités dans les politiques de prévention du vieillissement », *Temporalités*, n°19, [En ligne].

COLVEZ A., 2010, « Genèse et évolution des clic : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gérontologique de Lunel », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 135-144.

COMBEAU Y., 2002, « De Bourbon à La Réunion, l'histoire d'une île (du XVIIème au Xxème siècle) », *Hermès*, n°32-33, pp. 91-99.

COMBEAU Y., 2016, « 70 ans de gouvernance : l'historique de la départementalisation (1946-2016) », Actes du Colloque des 70 ans de la départementalisation, *Quels enseignements pour l'avenir*, Conseil Départementale, Saint-Denis, 5-6 octobre, pp. 23-35.

COMPAGNA D., KOHLBACHER F., 2015, « The limits of participatory technology development: The case of service robots in care facilities for older people », *Technological Forecasting & Social Change*, n°93, pp. 19-31.

CORNET G., CARRÉ M., 2008, « Technologies pour le soins, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : Quoi de neuf ? », *Gérontologie et Société*, vol. 31, n°126, pp. 113-128.

COURGEAU D., LELIÈVRE E., 1990, « L'approche biographique en démographie », *Revue française de sociologie*, vol.1, n°3, pp. 55-74.

COUTURIER P., 2006, « Place des gérontechnologies dans la prise en charge du patient âgé », *Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, vol. 13, n°127, pp. 346-351.

COUTURIER Y., ETHERIDGE F., 2012, « L'innovation impossible comme objet sociologique. Le cas de l'implantation d'un dispositif intégrateur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie », *Cahiers de recherche sociologique*, n°53, pp. 73-88.

CUMMING E., HENRY W.E., 1961, *Growing old. The process of disengagement*, New York, Basic Books, 293 p.

CURTIS S., RIVA M., 2010, « Health geographies I: complexity theory and human health », *Progress in Human Geography*, vol. 34, n°2, p. 215-223.

DAVIS, F., 1989, « Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptation of Information Technology », *MIS Quarterly*, Vol. 32, n°4, pp. 319-340.

DAVIS F., VENKATESH V., 1996, « A critical assessment of potential measurement biases in the technology acceptance model: three experiments », *International Journal of Human-Computer Studies*, vol. 45, n°1, pp. 19-45.

DECHAMP-LE ROUX C., 2002, *L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale*, Paris, L'Harmattan, 274 p.

DECHAMP-LE ROUX C., 2012, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 81-91.

DELONE W.H., MCLEAN E.R., 1992, « Information systems success: the quest for the dependent variable », *Information Systems Research*, vol. 3, n°1, pp. 60-95.

DEMAGNY L., DESPRÈS C., EYRAUD B., SIFER-RIVIÈRE L., TELLEZ J., TIBI-LÉVY Y., BUNGENER M., GALÈS C.L., BÉLIARD A., 2015, « Vivre à domicile avec la maladie d'Alzheimer au regard des « capacités par faveur », *Retraite et société*, n°69, pp. 59-75.

DEMAZIÈRE D., SAMUEL O., 2010, « Inscrire les parcours individuels dans leurs contextes », *Temporalités*, n°11, [en ligne, <http://temporalites.revues.org/1167>].

DEMAZIÈRE D., 2011, « L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui », *Recherches qualitatives*, vol. 1, n°30, pp. 61-83.

DEMAZIERE D., GUIGNON S., MORRISSETTE J., 2011, « De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche », *Recherches qualitatives*, vol. 30, n°1, pp. 1-9.

- DÉPARTEMENT DE LA RÉUNION, 2013, *Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale, 2013-2017*, Conseil Général, Saint-Denis de La Réunion, 115 p.
- DESRIVIERRE D., 2017, « D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole », *Insee Première*, n°1652, 4 p.
- DION M., 1984, « Grand-Ilet, un isolat blanc des Hauts de La Réunion ? », *Espace Populations Sociétés*, n°1, pp. 17-24.
- DUBAR C., NICOURD S., 2017, *Les biographie en sociologie*, Paris, La Découvert, Coll. Repères, 128 p.
- DUBOIS M., BOBILLIER-CHAUMON M-É., 2009, « L'acceptabilité des technologies : bilans et nouvelles perspectives », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, pp. 305-310.
- DUMONT G-F., 2010, « La géographie des territoires gérontologiques », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 47-62.
- DUMONT G-F., 2017, « Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation », *Population & Avenir*, n°732, pp. 17-19.
- DUPONT O., 2012, « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement », *Gérontologie et société*, vol. 35, HS n° 1, pp. 179-184.
- DUPONT O., 2010, « Les « MAIA » maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 129-133.
- EHESP, 2012, « Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë », *Rapport de recherche*, École des Hautes Études en Santé Publique, 57 p.
- ENNUYER B., 2003, « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, vol. 26, n° 104, pp. 135-148.
- ENNUYER B., 2004, « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société*, vol. 27, n° 109, pp. 141-154.
- ENNUYER B., 2010, « "Territoire gérontologique" ? quels sens donner à cette locution ? », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 165-170.

- ENNUYER B., 2011, « A quel âge est-on vieux ? La catégorie des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et Société*, vol. 34, n°138, pp. 127-142.
- ENNUYER B., 2013, « Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance », *Gérontologie et Société*, vol. 36, n°145, pp. 25-35.
- ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod, Coll. Santé sociale, 320 p.
- FABRE E., 2016, « Quand l'augmentation de l'emploi ne résorbe pas le chômage », Actes du Colloque des 70 ans de la départementalisation, *Quels enseignements pour l'avenir*, Conseil Départementale, Saint-Denis, 5-6 octobre, pp. 87-92.
- FILIPOVIC-PIERUCCI A., RIGALT A., FAGOT-CAMPAGNA A., TUPPIN P., 2016, « L'état de santé des populations des départements d'outre-mer en 2012, comparativement à la métropole : une analyse de la base nationale de l'Assurance maladie », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, n°64, pp. 175-183.
- FINIELZ E., PIOTET F., 2009, « La problématique de la notion de fragilité au cœur d'une politique de prévention de la dépendance », *Lien social et politiques*, n° 62, pp. 149-161.
- FISHBEIN M., AJZEN I., 1975, *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*, Reading, Addison-Wesley Pub., 578 p.
- FIZZALA A., 2017, « Les durées de séjour en EHPAD », *Les Dossiers de la Drees*, n°15, 38 p.
- FOXALL G.R., GOLDSMITH R.E., 1994, *Consumer Psychology for Marketing*, New York, Routledge Chapman & Hall Inc, 244 p.
- FOZARD J.L., 2012, « The relevance of Gerontechnology for medical, biological and behavioral studies on aging », *Gerontechnology*, n°11, p. 116-117.
- FRIED L.P., TANGEN C., WALTSON J., NEWMAN A.B., HIRSCH C., GOTTDIENER J., SEEMAN T., TRACY R., KOP W.J., BURKE G., MCBURNIE M.A., 2001, « Frailty in older adults: evidence for a phenotype », *Journal of Gerontology: Medical Science*, vol. 56, n°3, pp. 146-156.
- FRINAULT T., 2005, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n°72, pp. 11-31.
- GAGLIO G., 2011, *Sociologie de l'innovation*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je, 128 p.
- GAIKWAD R., WARREN J., 2009, « The role of home-based information and communications

technology interventions in chronic disease management: A systematic literature review », *Health Informatics Journal*, vol. 15, n°2, pp. 122-146.

GAND S., PERIAC E., 2015, « Vers des écosystèmes de services gérontologiques ? : Instrumenter la coopération territoriale dans l'aide aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie », *Congrès des IAE 2015*, Rennes, 24 p.

GANNON F., TOUZE V., 2017a, « Construire un compte de la dépendance à La Réunion : premier bilan et éléments prospectifs » In SANDRON F. (Dir.), *Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion*, Université de La Réunion, Saint-Denis, pp. 23-44.

GANNON F., TOUZE V., 2017b, « Vieillesse et accès au bien vieillir : enjeux d'innovation et de régulation » In SANDRON F. (Dir.), *Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion*, Université de La Réunion, Saint-Denis, pp. 45-72.

GIARD J., TINEL A.L., 2004, « L'innovation technologique au service du maintien à domicile des personnes âgées », *Rapport de la Mission Personnes âgées commandité par le conseil général de l'Isère et la Ville de Grenoble*, 206 p.

GIREL S., 2016, « Mondes de l'art », In GLINOER A., SAINT-AMAND D., (dir.), *Le lexique socius*, [en ligne, <http://ressources-socius.info/index.php/lexique/21-lexique/44-horizon-d-attente>].

GIRON S., SOLET J.-L., RICARD C., MORBIDELLI P., DEKKAK R., THELOT B., FILLEUL L., 2011, « Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), Ile de La Réunion, France, 2005-2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'InVS*, n°7, pp.66-69.

GONDO Y., 2016, « Technology and old age in Japan », *Angewandte*, vol. 1, n°1, pp. 28-30.

GORDON R.S., 1983, « An operational classification of disease prevention », *Public Health Reports*, n°96, pp. 107-109.

GOULINET G., 2015, « Conditions d'appropriation et d'acculturation numérique de seniors pour maintenir leur autonomie et leur pouvoir d'agir. Retour d'expérimentation du programme ALLIAGE sur tablette tactile », [en ligne, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article357>].

GRAAFMANS J.A.M., 2012, « The incubation of gérontechnology », *Gerontechnology*, n°11, pp. 115-115.

- GRAND A., 2016, « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante ans de politiques publiques en France », *Vie sociale*, n°15, pp. 15-25.
- GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011, « La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management & Avenir*, n°47, pp. 98-113.
- GRIFFITHS K.M., CALEAR A.L., BANFIELD M., TAM A., 2009, « Systematic review on Internet support groups (ISGs) and depression (2): What is known about depression ISGs? », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 11, n°3, pp. 41.
- GUÉRIN S., BERRUT G., 2016, « La « Silver Économie », un levier pour un autre développement ? », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 14, n°4, pp. 358-362.
- GUCHER C., 2008, « Des fondements aux enjeux contemporains des politiques publiques du handicap et de la vieillesse : divergences et convergences », *Empan*, n°70, pp. 105-114.
- GUCHER C., 2012, « Technologies du 'bien vieillir et du lien social' : questions d'acceptabilité, enjeux de sens et de continuité de l'existence - la canne et le brise-vitre », *Gérontologie et société*, vol. 35, n°141, pp. 27-39.
- GUCHER C., (dir.), 2014, « Les technologies de l'autonomie et de la santé : entre progrès et régressions », *Rapport de recherche*, SFR Santé Société, 214 p.
- GUCHER C., GUILLALOT E., MOLLIER A., MANSANTI D., 2015, *Retraite et vieillissement : intervention publique et action sociale*, Paris, Dunod, 224 p.
- GUÉRIN S., BERRUT G., 2016, « La 'Silver Économie', un levier pour un autre développement ? », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 14, n°4, pp. 358-362.
- GUILLEMARD A-M., 1972, *La retraite, une mor sociale, Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris/La Haye, Mouton, 304 p.
- GUILLEMARD A-M., 2015, « Sécurité sociale et transformation des rapports entre les générations », *Informations sociales*, n°189, pp.116-124.

- HEIN C., VIGOUROUX N., VILLARS H., 2012, « Pathologies cognitives neurodégénératives : la place des gérontechnologies », *Les cahiers de l'année gérontologique*, vol. 4, n°4, pp. 352-355.
- HENRARD J-C., 2010, « Territoires gérontologiques : la question en France au regard d'autres pays européens », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 123-128.
- HERMET F., ROCHOUX J-Y., 2014, « Vie chère et pauvreté à La Réunion », *Informations sociales*, n°186, pp. 90-97.
- HOCHSCHILD A.R., 1975, « Disengagement theory : a critique and proposal », *American Journal Review*, vol. 40, pp. 553-569.
- HUMBERT C., 2016, « La représentation de la vieillesse dans la société », *Vie Sociale*, n°15, pp. 27-44.
- HUMMEL C., MALLON I., CARADEC V., 2014, *Vieillesse et vieillissements.*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 403 p.
- INSEE, AFD, IEDOM, 2004, *Chômage, productivité et politique d'emploi à La Réunion : une double transition presque réussie*, Saint-Denis, 46 p.
- INSEE, 2010, « Personnes âgées. Démographie et conditions de vie », *Économie de La Réunion*, n°137, pp. 11-19.
- INSEE, 2011, « Niveau de vie des personnes âgées en 2008 », *Informations Rapides Réunion*, n°183, 4 p.
- INSEE, 2013, « 116 000 personnes en situation d'illétrisme en 2011 », *Insee Partenaires La Réunion*, n°27, 4 p.
- INSEE, 2014, « Tableau économique de La Réunion 2014 », *Insee Réunion*, Saint-Denis de La Réunion, 169 p.
- JACOB M., PAVAGEAU C., 1991, « Le logement à La Réunion : entre tradition et modernité », *Économie et Statistique*, n°240, pp. 47-57.
- JACQUAT D., FORETTE F., (DIR.), 2007, « Longévité et innovation technologique », *Actes de la 13ème Rencontres parlementaires sur la longévité*, Paris, Altedia M&M Conseil, 87 p.

JAUZE J-M., 2011, « Les Hauts de La Réunion, un désir de reconnaissance identitaire qui passe par la patrimonialisation », In JAUZE J-M. (ed.), *Les Hauts de La Réunion, terres de tradition et d'avenir*, Saint-André, Océan Editions, pp. 125-169.

JEANDEL C., VIGOUROUX P., 2015, « Huit recommandations pour adapter la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé », *Les cahiers de l'année gérontologique*, vol 7, n°2, pp. 78-86.

JOËL M-E., 2013, « Enjeux financiers et économiques de la dépendance », *Gérontologie et Société*, vol. 36, n°145, pp. 91-102.

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

KANKAINEN A., 2002, « Thinking Model and Tools for Understanding User Experience Related to Information Appliance Product Concepts », Thèse de doctorat, Helsinki University of Technology, 59 p.

KARAVIDAS M., LIM N.K., KATSIKAS S.L., 2005, « The effects of computers on older adult users », *Computers in Human Behavior*, vol. 21, n° 5, pp. 697-711.

KELLER R.C., 2015, *Fatal Isolation : the Devastating Paris Heat Wave of 2003*, Chicago, The University of Chicago Press, 240 p.

KHOSRAVI P., GHAPANCHI A.H., 2016, « Investigating the effectiveness of technologies applied to assist seniors: A systematic literature review », *International journal of medical informatics*, n°85, pp. 17-26.

KLEIN A., 2014, « Analyse de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées à La Réunion », *Mémoire de Master2*, Université Paris Descartes, 96 p.

KLEIN A., SANDRON F., 2015a, « Le travail social à l'épreuve du temps et de la multiplication des dispositifs de l'aide sociale aux personnes âgées : une étude de cas à l'île de La Réunion », 6^{ème} Congrès international de l'AIFRIS, *Multiplication des précarités : quelles interventions sociales ?*, Porto, 7-10 juillet, 12 p.

KLEIN A., SANDRON F., 2015b, « Vieillesse de la population et politiques publiques réunionnaises à l'échelle infra-territoriale », Chaire Quételet 2015, *Démographie locale, Relations entre population, lieu de résidence et politiques publiques*, 18-20 novembre, Louvain-la-Neuve, 21 p.

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

KLEIN A., SANDRON F., 2016b, « Télémédecine et nouvelles technologies pour les populations isolées à l'île de La Réunion », colloque international LESOR, *Développement socio-économique et dynamique des sociétés rurales. Pluralité d'acteurs, gestion des ressources et développement territorial*, 3-5 mai, Tunisie, 14 p.

KLEIN A., SANDRON F., 2016c, « Une nouvelle famille ? L'accueil familial des personnes âgées à La Réunion », XIX^e colloque international de l'Aidelf, *Configurations et dynamiques familiales*, 21-24 juin, Strasbourg, 21 p.

KLEIN A., SANDRON F., 2016d, « Perceptions de la vulnérabilité de Mafate et de ses habitants (La Réunion) », 27^{ème} journées scientifiques de la Société d'Ecologie Humaine, *Vulnérabilités et Territoires*, 19-21 octobre, Dijon, 14 p.

KLEIN A., 2017, « Parcours de vie et rapport aux gérontechnologies », In SANDRON F. (Dir.), *Vieillesse et gérontechnologies à La Réunion*, Université de La Réunion, Saint-Denis, pp. 105-122.

LACHAL F., 2015, « Les nouvelles technologies : une réponse aux effets physiologiques du vieillissement et des maladies liées au grand âge », *Thèse de doctorat*, Université de Limoges, 290 p.

LAILA M., 2009, « La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution : modélisation du besoin, de la prescription et du suivi », *Thèse de doctorat*, Université Joseph Fournier, 384 p.

LALIVE D'EPINAY C., BICKEL J-F., CAVALLI S., SPINI D., 2005, "Le parcours de vie : émergence d'un paradigme interdisciplinaire", In GUILLAUME J-F., (dir.), *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Liège, Editions de l'ULG, pp. 187-210.

LALIVE D'EPINAY C., CAVALLI S., 2013, *Le quatrième âge*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 144 p.

LANG T., 2014, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, pp. 31-38.

LAPERCHE B., UZUNIDIS D., (Dir.), 2015, « Dans quelle mesure le vieillissement dénature-t-il de nouvelles technologies ? », Rapport final de recherche, *Réseau de recherche sur l'innovation*, 136 p.

LAURENT E., 2012, *L'économie de la confiance*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 128 p.

LAURIKS S., REINERSMANN A., VAN DER ROEST H.G., MEILAND F., DAVIES R. J., MOELAERT F., DRÖES R.M., 2007, « Review of ICT-based services for identified unmet needs in people with dementia », *Ageing Research Reviews*, vol. 6, n°3, pp. 223-246.

LECOMTE D., 2003, « Vers une réforme radicale de la prise en charge des aides techniques aux personnes handicapées », *Rapport à la demande de la Secrétaire d'État aux personnes handicapées et au ministre de la santé*, 270 p.

LE DEIST F., LATOUILLE M., 2015, « Acceptability Conditions for Telemonitoring Gerontechnology in the Elderly Optimising the Development and Use of This New Technology », IRBM, [en ligne, <http://dx.doi.org/10.1016/j.irbm.2015.12.002>].

LE DOUARIN L., 2014, « Usages des nouvelles technologies en famille », *Informations sociales*, n°181, pp. 62-71.

LE GOFF-PRONOST M., PICARD R., 2011, « Need for ICTs Assessment in the Health Sector : A Multidimensional Framework », *Communications & Strategies*, n°83, pp. 87-108.

LE GRAND H., RIVIERE J., 2015, « Rénovation de l'enquête emploi », *Insee Flash La Réunion*, n°32, 2 p.

LE JOUBIOUX H., 2011, « L'île de La Réunion dans la Seconde Guerre mondiale », *Revue historique des armées*, n°263, pp. 81-92.

LELIÈVRE E., ROBETTE N., 2010, « Les trajectoires spatiales d'activité des couples », *Temporalités*, n°11, [en ligne, <http://temporalites.revues.org/1182>].

LEVET A., DE ALMEIDA J., 2011, « Projection des ménages en 2020 », *Insee Partenaires*, La Réunion, n°14, 6 p.

LOISEAU S., BOOG C., PELAYO S., 2015, « Facilitating the adoption of digital technologies by the elderly », In CORNET R., (dir.), *Digital Healthcare Empowering Europeans*, EFMI, pp. 627-631.

- LUCAS R., 2005, « Le développement de la scolarisation à La Réunion : un cas d'école », *In* SI MOUSSA A., *L'école à La Réunion – Approches plurielles*, Paris, Karthala, 164 p.
- MALLON I., 2004, *Vivre en maison de retraite, Le dernier chez soi*, Rennes, PUR, Coll. Le sens social, 288 p.
- MALLON I., 2014, « Pour un analyse du vieillissement dans des contextes locaux », *In* HUMMEL C., MALLON I., CARADEC V., (eds.), *Vieillesse et vieillissement, Regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Le Lien Social, pp. 175-188.
- MALVY L., 2016, « Bénéfice de l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive sur tablettes tactiles chez des personnes âgées dépendantes et institutionnalisées : programme KODRO », *NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, vol. 16, n°96, pp. 344-352.
- MARIE C-V., TEMPORAL F., CONDON S., ABDOUNI S., BRETON D., 2011, « Migrations, famille et vieillissement. Des défis pour La Réunion de demain », *Insee Partenaires*, La Réunion, n°12, 6 p.
- MARTIN S., BROUILLET D., DRAY G., 2017, « *Living-Lab* en santé et autonomie : de la procédure au processus, de l'innovation à l'énovation », *Annales des Mines – Réalités Industrielles*, n°2, pp. 37-41.
- MARTUCELLI D., 2004, « Pour une sociologie de l'individuation » *In* CARADEC V., MARTUCELLI D. (éds.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, pp. 295-315.
- MAUGER G., 1991, « Enquêter en milieu populaire », *Genèse*, vol. 6, n°1, pp. 125-143.
- MAZAUD C., 2010, « Croisement d'échelles : la famille, la localité et le groupe professionnel », *Temporalités*, n°11, [en ligne, <http://temporalites.revues.org/1193>].
- MEMBRADO M., SALORD T., 2009, « Expériences temporelles au grand âge », *Informations sociales*, n°153, pp. 30-37.
- MERTON R.K., 1997, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, Paris, Armand Colin, 384 p.
- MICHEL C., BOBILLIER-CHAUMON M-É., CIOBANU R., 2009a, « Les nouvelles technologies au service des personnes âgées : entre promesses et interrogations – Une revue de questions », *Psychologie française*, N°54, pp. 271-285.

MICHEL C., BOBILLIER-CHAUMON M-É., TARPIN-BERNARD F., 2009b, « Fracture numérique chez les seniors du 4e âge », *Les Cahiers du numérique*, vol. 5, n°1, pp. 147-168.

NATIONS UNIES, 2014, « Situation de la population mondiale en 2014 », Rapport concis, *Affaires économiques et sociales*, 40 p.

NATIONS UNIES, 2017, « World population prospects, the 2017 revision », *Affaires économiques et sociales*, 47 p.

NICOLAS L., FRANCO A., PROVOST H., AMICO L., BERENGUER M., LOMBARD F., FROSSARD M., 2005, « Téléassistance en hospitalisation à domicile: Le programme ViSaDom », *La Presse Médicale*, vol. 34, n°15, pp. 1059-1064.

NOGUÈS M., BLANCKAERT A., PACCARD D., SUZANNE O., 2015, « Les observatoires des situations de fragilité », *Regards*, n°48, pp. 233-237.

NOGUÈS M., LAUNE D., PACCARD D., COUPET A-L., MILLOT-KEURINCK J., BOTOTO N., BERTRAND M., BOUSQUET J., 2017, « Plateforme intégrée de services de nouvelles technologies à domicile pour les seniors Appel à projets Cnav – Carsat-LR 2015 », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 15, n°1, pp. 5-12.

NOWIK L., THALINEAU A. (eds.), 2014, *Vieillir chez soi - Quelles alternatives ? L'habitat intermédiaire, une nouvelle forme de maintien à domicile*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 240 p.

NOWIK L., 2014, « La mobilité résidentielle des retraités », In Hummel C., MALLON I., CARADEC V., (eds.), *Vieillesse et vieillissement, Regards sociologiques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Coll. Le Lien Social, pp. 257-270.

OLIVER R.L., 1981, « Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings », *Journal of Retailing*, vol. 57, n°3, pp. 25-48.

OMS, 2016a, « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé », *Organisation Mondiale de la Santé*, 279 p.

OMS, 2016b, « Liste des produits et aides techniques prioritaires », *Organisation Mondiale de la Santé*, 14 p.

ORS, 2010, *Les besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer à La Réunion en 2009*, Étude, Observatoire Régional de la Santé Océan Indien, 95 p.

ORS, 2017, *Les personnes âgées à La Réunion*, Tableau de Bord, Observatoire Régional de la Santé Océan Indien, 44 p.

PAILLOLE P., 2017, « Enquête emploi en continu 2016, Le chômage a un niveau historiquement bas », *Insee Flash La Réunion*, n°94, 2 p.

PARÉ G., JAANA M., SICOTTE C., 2007, « Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 14, n°3, pp. 269-277.

PEEK S.T.M., WOUTERSA E.J.M., VAN HOOFC J., LUIJKX K.G., BOEIJED H.R., VRIJHOEF H.J.M., 2014, « Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review », *International journal of medical informatics*, n°83, pp. 235-248.

PEINE A., ROLLWAGEN I., NEVEN L., 2014, « The rise of the “innosumer”—rethinking older technology users », *Technological Forecasting & Social Change*, n°82, pp. 199-214.

PERETTI-WATEL P., MOATTI J-P., 2009, *Le principe de prévention, Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 106 p.

PERETTI-WATEL P., 2013, « La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 61, n°3, pp. 158-162.

PICARD R., POILPOT L., 2011, « Pertinence et valeur du concept de Laboratoire vivant (Living Lab) en santé et autonomie », *Rapport du CGIET*, 38 p.

PIN S., SPINI D., BODARD J., ARWIDSON P., 2015, « Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°63, pp. 105-118.

PINVILLE M., 2013, *Relever le défi politique de l'avancée en âge*, Perspectives internationales, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, 81 p.

POTVIN L., MOQUET M-J., JONES C.M., 2010, « Réduire les inégalités sociales de santé », *Dossier Santé & Action*, Inpes, 386 p.

POULAIN A., PIOVAN R., DE VARAX A., LETELLIER M., 2007, « Étude prospective sur les technologies de la santé et de l'autonomie », *Rapport Alcimed*, 190 p.

PRIBA B., RIGAL A., 2016, « Infrastructures et aménagement du territoire », Actes du Colloque des 70 ans de la départementalisation, *Quels enseignements pour l'avenir*, Conseil Départementale, Saint-Denis, 5-6 octobre, pp. 93-97.

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

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

RAM S., 1987, « A Model of Innovation Resistance », *Advances in Consumer Research*, vol. 14, pp. 208-212.

RAMOS E., 2015, *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*, Paris, Armand Colin, 176 p.

RIALLE V., 2007a, « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille », *Rapport remis au Ministre de la Santé et des Solidarités*, 74 p.

RIALLE V., 2007b, « Technologies et Alzheimer, Appréciation de la faisabilité de la mise en place de technologies innovantes pour assister les aidants familiaux et pallier les pathologies de type Alzheimer », *Thèse de doctorat en éthique médicale et biologique*, Université Paris Descartes, 241 p.

RIALLE V., VUILLERME N., 2009, « Vers un modèle multicritère d'évaluation des technologies de télésanté et d'autonomie : enjeux, méthode et structure du modèle », 1er Congrès de la SFTAG, *Alzheimer – Approche pluridisciplinaire*, 18-19 nov, Université Technologique de Troyes, 2 p.

RIALLE V., SABLIER J., BOUDIN B., BAUCHET J., BEN AHMED L., 2013, « L'approche TEMSED : réponse à l'exigence méthodologique de l'évaluation des technologies et services de santé à domicile et d'autonomie », Actes de Workshop, *Alzheimer, approche pluridisciplinaire, De la recherche clinique aux avancées technologiques*, 25 janvier, IRIT Toulouse, pp. 11-20.

RIALLE V., 2013, « Les valeurs fondamentales qui sous-tendent la gérontechnologie : réflexion axiologique au service du mieux-vivre », In CARRÉ M., (Dir.), *Innover pour + d'autonomie*, Paris, Médialis, pp. 47-55.

RIALLE V., 2015, « Quelle autonomie peut apporter la technologie? De l'aide à la personne âgée à la naissance d'une nouvelle société », *Ethics, Medicine and Public Health*, vol 1, n°2, pp. 155-162.

RIALLE V., CHAUZAL N., YOUMBI-CHOKKI D., 2015, « Avancées technologiques et innovations de service pour optimiser la prise en charge des fractures de l'extrémité supérieure du fémur du sujet âgé », *Rapport de la SFTAG*, 16 p.

RICQUEBOURG M., 2015, *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées à La Réunion*, Observatoire Régional de la Santé, Tableau de Bord, La Réunion, Saint-Denis de La Réunion, 44 p.

RIGAUD A-S., PINO M., WU Y-H., DE ROTROU J., BOULAY M., SEUX M-L., HUGONOT-DIENER L., DE SANT'ANNA M., MOULIN F., LE GOUVERNEUR G., CRISTANCHO-LACROIX V., LENOIR H., 2011, « L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, vol. 9, n°1, pp. 91-100.

RIOM L., HUMMEL C., KIMBER L., BURTON-JEANGROS C., 2015, « « Plus on est vieux, plus on se protège » : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées, *Retraite et société*, n°71, pp. 57-74.

ROCHOUX J-Y., 2016, « Mutations économiques : de l'agriculture aux services », Actes du Colloque des 70 ans de la départementalisation, *Quels enseignements pour l'avenir*, Conseil Départementale, Saint-Denis, 5-6 octobre, pp. 77-80.

ROINSARD N., 2007, « Soixante ans de départementalisation à La Réunion : une sociologie des mutations de l'organisation sociale et de la structure de classe en contexte postcolonial », *Revue Asylon(s)*, n°11, [en ligne, <http://www.reseau-terra.eu/article1278.html>].

ROINSARD N., 2014, « Pauvreté et inégalités de classe à la réunion », *Etudes rurales*, n°194, pp. 173-189.

ROLLAND Y., BENETOS A., GENTRIC A., ANKRI J., BLANCHARD F., BONNEFOY M., DECKER (DE) L., FERRY M., GONTHIER R., HANON O., JEANDEL C., NOURHASHEMI F., PERRET-

GUILLAUME C., RETORNAZ F., BOUVIER H., RUAULT G., BERRUT G., 2011, « La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et de gérontologie », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 9, n°4, pp. 387-390.

ROWE J.W., KAHN R.L., 1987, « Human aging : usual and successful », *Science*, vol. 237, n°4811, pp. 143-149.

ROWE J.W., KAHN R.L., 1997, « Successful aging », *Gerontologist*, n°37, pp. 433-440.

RUBENSTEIN L.Z., 1995, « An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic component », In RUBENSTEIN L.Z, WIELAND D., BERNABEI R., (Eds), *Geriatric assessment technology : The state of the art*, New York, Springer, pp. 1-10.

RUNAVOT G., KALIFA G., HUMBERT C., MERCOYROL E., CHEN L., CHI SONG, DJARDEM Y., BOURDÉ A., 2004, « Télé-médecine et site isolé : projet dans le cirque de Mafate à l'île de La Réunion », *Journal européen des Urgences*, vol.17, n°HS1, pp. 62.

SAINT-LAURENT KOGAN A-F., 2007, « La canne et le médaillon », *Gérontologie et société*, vol. 30, n°121, pp. 137-143.

SANDRON F., 2007, « Dynamique de la population réunionnaise », In SANDRON F. (éd.), *La population réunionnaise. Analyse démographique*, Paris, Éditions de l'IRD, pp. 27-41

SANDRON F., 2013, « Facteurs cumulatifs de vulnérabilité dans une population isolée : Mafate (La Réunion) », 16^{ème} Colloque National de Démographie de la CUDEP, *Les populations vulnérables*, Aix-en-Provence, 28-31 mai, 19 p.

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

SANDRON F., 2014b, « Changement d'image et de représentation d'un territoire enclavé : Mafate (La Réunion) », Actes du 2^{ème} colloque international du CIST, *Fronts et frontières des sciences du territoire*, Paris, 27-28 mars, pp. 322-326.

SANDRON F., 2016, «La transition démographique réunionnaise depuis la départementalisation (1946-2016) », Actes du Colloque des 70 ans de la départementalisation, *Quels enseignements pour l'avenir*, Conseil Départementale, Saint-Denis, 5-6 octobre, pp. 49-52.

SANDRON F., SOUFFRIN E., 2013, « Constitution d'un statut de l'aidant familial et diffusion des savoirs : une étude empirique à l'île de la Réunion », Colloque de l'Aifris, *Construction*,

transformation et transmission des savoirs : quels enjeux pour l'intervention sociale ?, Bruxelles, 2-5 juillet, 4 p.

SCHWARTZ O., 1990, *Le monde privé des ouvriers*, Paris, PUF, 552 p.

SOMME D., CORVOL A., COUTURIER Y., PIMOUGUET C., MOREAU O., PERIVIER S., BALARD F., DE STAMPA M., 2015, « Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas », *Santé Publique*, n°1, HS, pp. 61-66.

SOUFFRIN E., 1992, « Ethno-Histoire appropriation et possession de la terre dans le Cirque de Mafate, Ile de la Réunion », *Thèse de doctorat*, Université de Nice, 283 p.

TERRADE F., PASQUIER H., REERINCK-BOULANGER J., GUINGOUAIN G., SOMAT A., 2010, « L'acceptabilité sociale : la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques », *Le travail humain*, vol. 72, n°4, pp. 383-395.

TONNELIER F., 2010, « Bassins de santé et territoires gérontologiques : limites et frontières », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132, pp. 35-45.

TRICOT A., PLEGAT-SOUTJIS F., CAMPS J-F., AMIEL A., LUTZ G., MORCILLO A., 2003, « Utilité, utilisabilité, acceptabilité : interpréter les relations entre trois dimensions de l'évaluation des EIAH », In DESMOULINS C., MARQUET P., BOUHINEAU D., *Environnements Informatiques pour l'Apprentissage Humain*, Strasbourg, ATIEF, pp. 391-402.

VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R., 2011, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 262 p.

VANDERHEIDEN G.C., 2000, « Fundamental principles and priority setting for universal usability », *Proceedings ACM Conference on Universal Usability*, Washington, pp. 32-38.

VENKATESH V., DAVIS F.D., 2000, « A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies », *Management Science*, vol. 46, n°2, pp. 186-204.

VENKATESH V., MORRIS M., DAVIS G.B., DAVIS FRED D., 2003, « User Acceptance Of Information Technology: Toward A Unified View », *MIS Quarterly*, vol. 27, n°3, pp. 425-478.

VENKATESH V., BALA H., 2008, « Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions », *Decision Sciences*, vol. 39, n°2, pp. 273-315.

- VERCAUTEREN R. (dir.), 2010, *Dictionnaire de la gérontologie sociale, Vieillissement et vieillesse*, Toulouse, Erès, 280 p.
- VEYSSET B., 1989, *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 163 p.
- VIDAL V., (Dir.), 2012, *Sociologie des usages. Continuités et transformations*, Cachan, Lavoisier, Coll. Environnement et services numériques d'information, 251 p.
- VOGEL T., SCHMITT E., KALTENBACH G., LANG P-O., 2014, « La fragilité : un concept robuste mais une méthode d'évaluation encore fragile », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 14, n°79, pp. 43-49.
- WATIN M., WOLFF E., 1995, « L'émergence de l'espace public à la Réunion. Un contexte socio-historique singulier », *Études de communication. langages, information, médiations*, n°17, pp. 19-39.
- WATIN M., 1991, *Approche anthropologique de l'espace domestique à La Réunion*, Thèse de Doctorat, Université de La Réunion, 430 p.
- WEBER M., 1971 (1922), *Économie et société*, Paris, Sciences Humaines Agora, 416 p.
- WEBER F., TRABUT L., BILLAUD S., 2013, *Le salaire de la confiance*, Paris, Edition de la rue d'Ulm, 368 p.
- WEBER F., 2017, « Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance », *Genèses*, n°106, pp. 115-130.
- WOLFF E., WATIN M., *La Réunion, une société en mutation*, Paris, Economica, 248 p.
- WROBEL J., PINO M., WARGNIER P., RIGAUD A.-S., 2014, « Robots et agents virtuels au service des personnes âgées: une revue de l'actualité en gérontechnologie », *NPG Neurologie – Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 14, n°82, pp. 184-193.
- WU Y-H., PINO M., BOESFLUG S., DE SANT'ANNA M., LEGOUVERNEUR G., CRISTANCHO V., KERHERVÉ H., RIGAUD A.-S., 2014, « Robots émotionnels pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en institution », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 14, n°82, pp. 194-200.
- YUSIF S., SOAR J., HAFEEZ-BAIG A., 2016, « Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review », *International journal of medical informatics*, n°94, pp. 112-116.

ZIMMER B., 2012, « Structuration d'un cluster d'innovation : Application aux projets d'innovation dans une grappe d'entreprises en gérontechnologie », *Thèse de doctorat*, École Centrale Paris, 223 p.

Annexe 1. Liste des entretiens

Entretiens personnes âgées

	Pseudo	Age	Lieu	Durée (min)	Retranscrit	Projet
1	Mme Bretel	78	Saint-Pierre	112	Oui	AMARE
2	Mme Hoarau	60	Saint-Denis	73	Oui	AMARE
3	Mr Damiano	75	Saint-Paul	68	Oui	AMARE
4	Mr et Mme Lalou	82	Petite-Ile	30	Oui	AMARE
5	Mr Prade	68	Saint-Pierre	62	Oui	AMARE
6	Mr et Mme Barton	70	Saint-Denis	56	Oui	AMARE
7	Mme Divoux	65	Saint-Pierre	52	Oui	AMARE
8	Mr Fontaine	70	Le Tampon	125	Oui	AMARE
9	Mr Gilbert	70	Cilaos	49	Oui	AMARE
10	Mr Bara	68	Saint-Pierre	88	Oui	AMARE
11	Mr Chong	67	Saint-Pierre	54	Oui	AMARE
12	Mr Franck	79	Le Port	58	Non	AMARE
13	Mme Durel	65	Saint-Leu	73	Oui	AMARE
14	Mme Grand	69	Saint-Paul	41	Oui	AMARE
15	Mr Tiang	75	Le Port	74	Oui	AMARE
16	Mme Manse	84	La Possession	76	Oui	AMARE
17	Mme Belle	93	Saint-Denis	40	Oui	G-RUN
18	Mme Payet	73	Mafate	29	Oui	G-RUN
19	Mr Pison	55	Mafate	38	Oui	G-RUN
20	Mme Fontaine	58	Mafate	49	Oui	G-RUN
21	Mme Ricel	72	Saint-André	73	Oui	G-RUN
22	Mme Juin	69	Saint-Pierre	77	Oui	G-RUN
23	Mr Burel	62	Saint-Denis	62	Oui	G-RUN
24	Mme Lebon	95	Saint-Joseph	81	Oui	G-RUN
25	Mme Pelle	91	Saint-Pierre	94	Oui	G-RUN
26	Mme Rivière	92	Saint-Pierre	41	Oui	G-RUN
27	Mme Mamoussou	99	Saint-Pierre	43	Oui	G-RUN
28	Mme Vierre	94	Saint-Pierre	85	Oui	G-RUN
29	Mme Pauline	80	Saint-Pierre	58	Oui	G-RUN
30	Mme Jeanne	89	Saint-Pierre	60	Oui	G-RUN
31	Mme Vine	82	Saint-Pierre	128	Oui	G-RUN
32	Mme Libel	90	Saint-Pierre	28	Oui	G-RUN
33	Mr Dune	70	Saint-Pierre	70	Oui	G-RUN

	Pseudo	Age	Lieu	Durée (min)	Retranscrit	Projet
34	Mme Lauret	80	Saint-Pierre	28	Oui	G-RUN
35	Mr Robert	88	Saint-Pierre	56	Oui	G-RUN
36	Mme Vitry	77	Saint-Pierre	76	Oui	5P
37	Mme Benard	84	Saint-Pierre	83	Oui	5P
38	Mme Cadet	74	Saint-Pierre	143	Oui	5P
39	Mme Latchimy	79	Saint-Pierre	65	Oui	5P
40	Mme Sery	81	Saint-Pierre	48	Oui	5P
41	Mr Morel	76	Saint-Pierre	54	Oui	5P
42	Mme Gonthier	62	Saint-Pierre	39	Oui	5P
43	Mme Naze	73	Saint-Pierre	39	Oui	5P
44	Mme Sery	81	Saint-Pierre	39	Oui	5P
45	Mme Lallemand	67	Saint-Pierre	45	Oui	5P
45	Mme Akoun	81	Saint-Pierre	77	Oui	5P
47	Mme Picard	66	Saint-Pierre	58	Oui	5P
48	Mme Zitte	71	Saint-Pierre	76	Oui	5P
49	Mme Sinama	67	Saint-Pierre	66	Oui	5P
50	Mme Taochy	63	Saint-Pierre	66	Oui	5P
51	Mr Legros	69	Saint-Pierre	64	Oui	5P
52	Mr et Mme Vidot	67 79	Saint-Pierre	31	Oui	5P
53	Mme Elisabeth	70	Saint-Pierre	60	Oui	5P
54	Mme Ivoula	73	Saint-Pierre	51	Oui	5P
55	Mme Huet	73	Saint-Pierre	39	Oui	5P
56	Mme Lebreton	67	Saint-Pierre	60	Non	5P
57	Mr et Mme Grondin et Mme Techer	75	Mafate	60	Non	Mafate
58	Mme Clain	80	Mafate	24	Non	Mafate
59	Mme Nativel		Mafate	41	Non	Mafate
60	Mr et Mme Damour		Mafate	50	Non	Mafate
61	Mr Pison	55	Mafate	33	Non	Mafate
62	Mme Bègue	82	Mafate	109	Non	Mafate
63	Mme Mussard	88	Mafate	60	Non	Mafate

Entretiens professionnels

	Pseudo	Statut	Institution	Durée (min)	Retranscrit	Projet
1	Justine Payet	AS	EMG	71	Oui	Maia-Age
2	Arnaud Rénier	Pilote	MAIA	118	Oui	Maia-Age
3	Dr Passin	Gériatre	CHU	83	Oui	Maia-Age
4	Jeanne Gallec	Directrice	France Alzheimer Réunion	87	Oui	Maia-Age
5		Equipe	Maia	112	Non	Maia-Age
6	Jean-Luc Pothin	Directeur Délégation Réunion	ARS OI	71	Non	Maia-Age
7	Perrine Juras	Présidente	Alma Réunion	49	Oui	Maia-Age
8	Dr Etre	Gériatre	CHU	89	Oui	Maia-Age
9	Mahé Reef et Jean Hoareau	Directrice	MAD	65	Oui	Maia-Age
10	Laure Davant	Médecin coordinateur	CD	113	Oui	Maia-Age
11	Gaelle Fermier	Coordinatrice	SSIAD	49	Oui	Maia-Age
12	Mr Brandy	Directeur	CCAS	58	Oui	Maia-Age
13	Jeanne Mondon	Direction Délégation Réunion	ARS OI	36	Oui	Maia-Age
14	Jean Duval	Directeur	Oriapa	76	Oui	Maia-Age
15	Laurine Servan	Ergothérapeute	EMG	58	Oui	Maia-Age
16	Hassan Satouri	Directeur Adjoint	Prestataire de service	57	Oui	Maia-Age
17	David Bertrand et Fanny Virpaye	Coordinateurs	GIP SAP	103	Oui	Maia-Age
18	Claire Buisson	Coordinatrice	ESA	55	Oui	Maia-Age
19	Mr Fernandez et Mr Durand	Direction Sanitaire et Sociale	CGSS	58	Oui	Maia-Age
20		Equipe 2	Maia	72	Non	Maia-Age
21	Aurélie Bontier	Infirmière	CD	60	Non	
22	Doris Louvier	Infirmière	CD	98	Non	
23	Mr Brandy	Directeur	CCAS	46	Non	
24	Mme Turpin	Famille d'accueil	CD	71	Non	
25	Mme Etheve	Pension de famille		59	Non	

	Pseudo	Statut	Institution	Durée (min)	Retranscrit	Projet
26	Mme Barret	Famille d'accueil	CD	56	Non	
27	Mme Sautron	Famille d'accueil	CD	40	Non	
28	Mr et Mme Dalleau	Famille d'accueil	CD	48	Non	
29	Mme Marne	Responsable Personnes âgées	Ministère de la Santé	60	Non	

Annexe 2. Entretien Mme Vierre

Réalisé par Armelle Klein

Mme Vierre

94 ans

Durée de la partie enregistrée : 01h25

Synthèse

Mme Vierre est née à Cilaos, Bras Sec, elle s'est mariée avec son mari et ils ont vécu aux Makes. Ils ont eu 6 enfants, des petits enfants et arrières petits-enfants (seulement 2 petits-enfants sont encore à La Réunion). Ils ont eu une histoire de vie assez triste elle a tout perdu à Madagascar là où elle vivait pendant plusieurs années, elle a « travaillé comme un homme dans les champs ». Elle travaillait avec son mari dans une coopérative de Vazahas et ils se sont fait rouler. Son expérience malgache lui a fait connaître la misère. Quand ils sont rentrés en bateau, personne n'était là pour les accueillir. Elle se déplace très difficilement, elle a un déambulateur. Elle ne peut plus aller à la messe. Elle est fière de la réussite de ses enfants et petits-enfants. Elle évoque assez longuement les mois pendant lesquels elle a aidé son mari à la fin de sa vie, elle n'a jamais accepté de le mettre en maison de retraite. Elle est en usufruit chez sa fille. Elle a perdu aussi tous ses frères et sœurs. « *Moi je ne veux pas être sur un lit* ». En 2007 elle a eu le Chikungunya et a dû réaménager son logement notamment installer sa chambre au Rez-de-chaussée.

Réseau de relations et de solidarités – Rôle de l'entourage dans l'adoption des gérontechnologies

Des infirmières viennent deux fois par jour et des auxiliaires de vie viennent aussi deux fois par jour. Elle fait encore à manger. Elle voit une de ses filles chaque semaine qui lui fait ses courses mais ne reçoit pas beaucoup de monde. Elle a confiance en ses enfants. Elle voit son médecin tous les trois mois sauf quand il y a quelque chose qui ne va pas. Elle raconte ne pas y aller plus parce que ça coûte cher car son médecin prend 10 euros de déplacement d'honoraires. Le médecin vient la voir à domicile ainsi que le kiné et son coiffeur. « *Dans ma malchance j'ai quand même de la chance* » (en parlant de ses enfants). Ses yeux ne sont pas très vaillants donc elle lit moins. « *Beaucoup de jeunes ils oublient* » (elle parle de ses petits-enfants qui oublient de lui téléphoner parce qu'ils sont très occupés). Elle a aussi été déçue du comportement de certains de ses amis, de gens qui ont profité d'elle, de sa gentillesse.

Adoption des gérontechnologies et rapport général à l'innovation

« *J'ai travaillé très dur parce que j'ai perdu mon père vite, j'ai dû travailler dans les champs pour manger après il y avait la guerre on manquait de tout* ». « *Aujourd'hui je suis heureuse mais avant j'ai travaillé très dur, on n'avait pas grand-chose à se mettre sous la dent j'étais pas battue ni par mes parents ni par mon mari* ». Elle a le téléphone, la télévision, la machine à laver, le frigidaire. Sa cuisinière est à gaz et électrique. « *Je n'aimerais rien avoir en plus ça ne m'intéresse pas et puis je n'ai plus de place* ». Elle raconte des souvenirs assez terribles de Madagascar et a aussi de mauvais souvenirs des Makes où elle vivait sans électricité et sans eau courante. Il fallait descendre jusqu'à Saint-Louis pour voir un médecin. En parlant des

robots « *J'ai vu à la télé ça ne m'intéresse pas, ça coute cher* ». Il est difficile pour elle de se projeter dans un contexte où les finances ne sont pas un obstacle.

La nature du produit gérontechnologies - Usages

Ça fait près de 10 ans qu'elle a la téléassistance, c'est une dame du CCAS qui l'a commandé pour elle. Elle ne s'en sert pas beaucoup. Quand son mari était malade ou surtout quand il avait des saignements mais depuis qu'elle est toute seule elle ne s'en sert pas beaucoup. « *C'est eux qui m'appellent de Saint-Denis tous les 15 jours ils me demandent si ça va bien et si on est normal* ». Elle a été hospitalisée au mois de décembre mais ne s'est pas servi de la téléassistance elle a préféré appeler sa fille pour qu'elle appelle le 15. Elle était contrariée par une histoire de famille avec son fils et sa belle-fille. Visiblement les relations avec sa belle-fille sont très compliquées car elle « *parle sur tout le monde* », elle est fâchée avec la première fille de Mme Vierre. Ce qui est dur pour Mme Vierre c'est de ne plus marcher, elle ne sort plus parce qu'elle a peur de chuter. « *Ça ne me gêne pas le soir je l'enlève je le mets à côté de mon lit* ». Elle avait demandé à avoir une dame à domicile la nuit plutôt que d'avoir la téléassistance mais c'était 1000 euros par mois et elle ne pouvait pas le payer.

Transcription de l'entretien

La conversation a déjà commencé lorsque l'enregistrement commence ...

R : Et les voisins, moi je ne fréquente pas, un petit bonjour. Parce que parfois, les créoles c'est la di la fé [trad. commérages]. Et puis c'est ça, je vis toute seule. J'ai les infirmières qui viennent deux fois par jour, j'ai l'auxiliaire de vie qui vient le matin et le soir. Ben le soir, pas grand-chose parce que le soir, c'est une demi-heure pour mon repas. Deux fois par jour, je mets au congélateur et puis je réchauffe. Le problème c'est les genoux. Ce n'est pas une question de trop de douleurs, mais je n'ai plus de muscles pour travailler comme quand j'étais jeune.

Q : Qu'est-ce que vous avez fait ?

R : Ben, je travaillais comme un homme dans les champs avec les animaux et tout. Et puis j'ai travaillé à Madagascar pour planter le riz dans la boue, j'ai travaillé pour rien, j'ai tout perdu, un centime je n'ai pas eu.

Q : C'est à cause du temps ?

R : Non, non. C'est la coopérative. Par exemple, tu vendais un lot de porc gras, tu enlèves la nourriture et le maigre et après l'engraissement il faut que tu achètes de la nourriture mais il faut planter des maniocs pour le fourrage et quand on vend une cinquantaine de porcs, ils vous donnent juste un papier pour aller à la caisse de la coopérative. Et puis, si tu as une petite anicroche, tu n'as plus rien. On a laissé 500 000 francs. On n'a pas eu un centime de la ferme. On a acheté des vaches, personnellement quand moi je travaillais quand mon mari était en stage, moi je travaillais avec le curé pour me payer. Alors, je ramassais cet argent pour acheter des bêtes pour nous-mêmes. Oh c'était une société voleuse. Mais ce n'est pas malgache hein ? non, non, les Malgaches n'étaient pas là-dedans. Tous des métropolitains, des américains ah je ne sais pas qui, tout ça. Et alors, en arrivant ici on était un peu déboussolés, enfin. On a ressenti.

Q : Pour que je comprenne bien, est-ce que vous pouvez me dire quand est-ce que vous êtes née, où est-ce que vous êtes née et retracer votre parcours ?

R : Oh, ben, je suis née à Cilaos.

Q : Où ?

R : A Bras Sec. Vous connaissez Cilaos ?

Q : Oui.

R : Moi, j'étais née, j'ai grandi et je me suis mariée à Cilaos. Et pour mon mariage, mon mari était à la Plaine des Makes. Et puis au Makes, il y avait toujours des cyclones, il plantait que du géranium, il n'y avait plus rien, rien. Et puis, il y a quelqu'un qui est venu pour chercher des gens des Hauts pour aller travailler sur le littoral. Ils ont été envoyés pour développer les Bas. Mais maintenant, il n'y a rien plus rien. C'est un pays grand et riche et pauvre. On peut dire comme ça. Parce qu'il y a beaucoup de richesses dedans. Tout ce qu'on plantait, ça poussait très bien, parce que moi et mon mari, on plantait le riz, on avait le riz, on avait nos

grains, nos poules, on était loin de tout. Et puis bon, on a vécu comme ça, 14 ans. Après moi je n'en pouvais plus et les enfants qui grandissent, les Malgaches commençaient à dire qu'on était pauvres ici ou là. Pour eux, il faut que les vahazas [trad. Etranger en malgache] ont de l'argent. Les blancs alors ! J'ai demandé qu'on m'aide et puis j'ai écrit à l'ambassadeur de France et là il a fait faire une enquête et puis il nous a payé notre voyage pour revenir. Et quand on est arrivés ici, il n'y avait personne pour nous accueillir. On est venu en bateau. Et soi-disant quand on arrivait au Port, il y avait une voiture pour nous conduire pour nous porter, mais on n'a pas eu. On n'était pas reconnus et pourtant c'est le Conseil Général. C'était le Tampon, Cilaos, le Maire et tant d'autres encore. Ils nous ont pris pour des imbéciles. Et tous, on est partis en métropole et après en Guyane, on est partis en Nouvelle-Calédonie et après on est rentrés à La Réunion.

Q : Et donc vous êtes revenue à La Réunion depuis combien de temps ?

R : Depuis 1969.

Q : Et depuis ?

R : On est partis en 1955 et on est revenus en 1969. On est partis avec 3 enfants, on est revenus avec 6.

Q : Vous avez eu 6 enfants au total ?

R : Ben, oui, les petits-enfants 14 et 9 arrières petits-enfants.

Q : Et à part votre famille, est-ce qu'il y a d'autres personnes qui comptent pour vous que vous voyez ?

R : Ben, je ne vois pas mes enfants, ma fille vient toutes les semaines et l'autre est à Saint Louis. Il y en a une à la Saline les Hauts, une au Moufia Saint-Denis et une en métropole. Et j'ai un fils mais en Métropole. Moi je n'ai pas peur de vivre toute seule moi. Certains n'arrivent pas à vivre tout seul, mais moi ça va. J'ai 94 ans.

Q : Et vous habitez seule depuis combien de temps ?

R : Ici, là ? 40 ans. Mais elle est vendue la maison. C'est ma petite-fille qui est en métropole qui l'a achetée, je ne sais pas si c'est pour venir ici en mission de travail, parce que mes enfants n'ont pas le droit d'acheter vu que c'est un logement social, parce que mes enfants voulaient acheter eux. Oh, c'est la vie.

Q : Et alors ? Vous m'aviez dit que vous aviez des auxiliaires de vie, des infirmières qui venaient chez vous ? Est-ce que vous avez d'autres personnes qui viennent ?

R : Voir comme ça ? Non.

Q : Des professionnels de santé ?

R : Ben, les auxiliaires de vie. Je ne sais pas trop si elles ont leur diplôme.

Q : Donc, elles vous aident à faire vos courses ?

R : Non ! dès fois c'est ma fille qui fait.

Q : Vous avez un arrêt pas très loin, là ?

R : Non, je suis encore capable de gérer mon corps, c'est l'essentiel. Ma fille fait des courses toutes les semaines. Parce que ce n'est pas toutes les familles qui font ça.

Q : Vous avez confiance en vos enfants et vos petits-enfants ?

R : Bien sûr que j'ai confiance en mes enfants. Mais mes enfants ne parlent pas de choses qui ne leur appartiennent pas. S'ils ont besoin de quelque chose ils demandent. Mais c'est tout ! Ma fille est à Saint-Louis, et c'est elle l'ainée, enfin, avant elle il y en avait un mais il est mort et après la deuxième fille est en métropole. La 3^{ème} est à Madagascar, et le 4^{ème} et 5^{ème} sont nés à Madagascar. Ici à La Réunion, 3 sont nés, Jeanine, Alix, un garçon et un premier qui n'a pas vécu. Et voilà ma vie.

Q : Et le pendentif, la téléassistance, depuis quand est-ce que vous l'avez ?

R : Près de 10 ans. Parce que mon mari commençait à être malade. Et ceux qui travaillaient ici c'était une personne de la CCAS, c'est elle qui l'a commandée.

Q : Pour vous ?

R : Oui. Et depuis, je ne m'en sers pas beaucoup.

Q : Non ?

R : Quand mon mari était malade, oui. Quand il avait des saignements et tout ça, il avait le cancer de la prostate, qu'est-ce que vous voulez ? C'est la vie, hein ? Vous avez des enfants vous ?

Q : Non, pas encore. Et du coup, cela vous est quand même arrivé d'appuyer pour vous ces derniers temps ?

R : Ben, oui mais la famille m'appelle tous les quinze jours. C'est eux qui m'appellent.

Q : Votre famille qui vous appelle ?

R : Non ! Les gens de la téléassistance, mais de Saint Denis.

Q : D'accord, de la plateforme de Saint-Denis. Ils vous appellent tous les quinze jours.

R : Oui.

Q : Et qu'est-ce qu'on vous demande ?

R : On me dit si cela va bien. Si on a besoin on appuie dessus et puis... Moi, j'ai fait 4 jours à l'hôpital car mon cœur s'est emballé.

Q : Et ça vous est arrivé ici ?

R : Ben, j'étais ici le soir. J'ai appelé ma fille de Saint-Louis, ma fille a appelé le 15 et l'ambulance est venue me chercher tout de suite.

Q : Donc, vous n'avez pas appuyé sur le petit bouton ?

R : Non. Ça prenait trop de temps. Ben, avant qu'il cherche un médecin et une ambulance, et tout ça et là alors qu'avec ma fille à Saint Pierre j'ai eu tout de suite.

Q : Vous avez préféré appeler votre fille tout de suite et c'était plus rapide pour vous ?

R : Et ma fille a fait le 15. Le 15 a envoyé l'ambulance tout de suite. Et puis, la nuit, on m'aurait envoyé à Saint Louis, enfin c'était au choix soit Saint Joseph, soit Saint Louis. Et comme ma fille est à Saint Louis c'était plus facile pour moi. Je n'ai pas eu de séquelles, mais ce n'était pas un AVC non plus, j'étais contrariée beaucoup.

Q : Psychologiquement ?

R : Non, non, parce que mon fils est resté 3 mois ici en octobre et il est parti en décembre. Et ma belle-fille trouvait toujours du mal à dire sur les uns et les autres et je ne pouvais pas répondre et j'ai entassé, entassé et puis ça a éclaté. Vous savez quand on ne vit pas sous le même toit comme ça mais pourtant elle a toujours vécu deux ou trois mois comme ça mais elle dit du mal de toute la famille. Jeanine ma première fille s'est presque fâchée avec elle, mais elle est à Saint Louis, elle est entourée de Malbars [communauté indienne], mais elle est chez elle, ben pourquoi tout le monde sont des gens, que ce soit les Malbars ou Chinois... Moi, je n'ai pas de complexe pour ça. Alors, elle est restée un peu de temps fâchée et ben ça m'a fait mal. Et puis quand ils sont partis le soir, moi depuis le matin je ne me sentais pas très bien, mais Valériane l'infirmière quand elle est venue le soir faire ma toilette, il lui semblait que je n'étais pas très bien, ben je lui ai dit oui, mais je ne pensais pas que cela aurait été si grave ? Enfin, on s'est occupé de moi tout de suite. Bon, et voilà.

Q : Comme quoi le psychologique peut...

R : La mémoire, ça va.

Q : Et pour vous alors ? votre vie aujourd'hui, je ne vous parle pas de vos problèmes de santé, mais par rapport à votre vie dans l'enfance, dans votre vie d'adulte, comment vous vous trouvez aujourd'hui ?

R : Ben, moi j'ai travaillé dur, très dur parce que j'ai perdu mon père, j'avais 3 ans et quand on avait 7/8 ans, on allait travailler dans les champs pour pouvoir manger. Il y avait la guerre, et pendant la guerre, il n'y avait rien. 1939, on manquait de tout. On mangeait ce qu'on trouvait, on mangeait ce qu'on plantait mais il y a des années où on n'avait pas beaucoup de récoltes quand il y avait du mauvais temps. Moi, j'ai toujours travaillé avec les animaux, la terre et tout. Je faisais comme un homme, je chargeais, je portais, c'était ma vie.

Q : Vous pensez que c'était plus dur avant alors qu'aujourd'hui ?

R : Ben, aujourd'hui, j'ai ma petite monnaie. C'est-à-dire que je ne peux pas aller marcher. Je pourrais aller marcher mais j'ai peur de tomber. Parce que plusieurs fois je suis déjà tombée sans trop de mal mais je suis déjà tombée de mon lit en faisant des cauchemars, c'était ma vie et puis, on ne peut rien faire.

Q : Je vois que vous avez ça pour vous aider à marcher, vous avez d'autres choses ?

R : Ah non. J'ai la béquille mais ce n'est pas assuré.

Q : Et c'est plus... ?

R : Ah oui, il y a plus de bras tandis que les béquilles c'est un seul côté et souvent ça peut chavire. Et je prends beaucoup de médicaments. Depuis que je suis partie à l'hôpital, je prends deux comprimés le soir, deux le matin, il y a des jours où le jeudi je prends un seul le matin et puis je fais une prise de sang tous les 15 jours, avant c'était toutes les semaines.

Q : Et votre médecin ? vous le voyez souvent ?

R : Tous les 3 mois. Oh s'il est là. Si j'ai un problème. Si j'ai besoin de médicaments, si je n'ai pas de malaises. C'est gaspiller de l'argent, parce qu'il faut payer et le déplacement du médecin c'est 10 € de plus. Les infirmières c'est le Conseil Général qui paye. Les femmes de ménages je ne paie pas non plus.

Q : La téléassistance non plus ?

R : Non, parce que quand j'ai eu ça, je ne touchais que 400 € et mon mari touchait moins que moi. C'est pris en charge. Et beaucoup payent. Chez beaucoup de personnes vous êtes passée ?

Q : Oui.

R : Et beaucoup qui payent ?

Q : Il y en a quelques-uns qui paient mais beaucoup c'est le CCAS.

R : Je signe des papiers pour payer tous les mois. Oh ! Et puis c'est la vie hein.

Q : Est-ce qu'il y a des choses qui vous gênent avec le médaillon ou avec le boîtier ?

R : Non. J'enlève si ça me gêne et puis je mets là, à côté de mon lit. C'est vite fait hein. Et alors ? Il y a d'autres questions ?

Q : (rire) oui, oui, bien sûr. Sinon dans la journée, comment est-ce que vous vous occupez à part les gens qui viennent vous voir ?

R : Ben. Je prépare mon repas, je sors un petit peu dehors quand il fait beau. Je regarde la TV, je fais ma prière, l'essentiel.

Q : Vous allez encore à la messe ?

R : Non. Plus jamais. Je regarde dans la TV. Ben, qui va m'emmener à la messe ? Je ne peux pas aller à l'église. Ce n'est pas loin, mais je ne peux pas. Parce que c'est trop compliqué d'arriver jusqu'au parking.

Q : Et quand vous allez chez le médecin ? C'est pareil ? C'est vos enfants qui vous amènent chez le médecin ?

R : Non ! Tous y viennent sur place. Les infirmières, le kiné, le coiffeur.

Q : Je comprends.

R : Le coiffeur que j'avais choisi, il m'a dit parce que j'étais vieille, et je marchais encore hein ! Il m'a dit puisque je suis vieille, téléphonez-moi le samedi pour qu'il vienne le lundi puisque le lundi les coiffeurs ne travaillent pas. Et tous les mois j'appelle, il arrive. Là, je n'ai pas appelé parce que mes cheveux tombent, c'est peut-être les médicaments. Parce qu'à Saint Louis, il m'a prévenu que le médicament était un peu dangereux.

Q : Un peu dangereux ?

R : Je pouvais faire une hémorragie. Mais je n'ai pas fait ! Mais j'aurais pu faire. Alors la famille avait préparé les médicaments, les deux petites boîtes. Avant je prenais mes médicaments toute seule mais c'est l'ordre des médecins.

Q : C'est eux qui ont demandé ?

R : Non, depuis Saint Louis, quand je suis sortie de l'hôpital et c'est l'infirmière qui doit me les donner et faire la prise de sang, on ne va pas au labo aussi, enfin dans ma vieillesse j'ai de la chance quand même. On peut dire ça.

Q : Par rapport à quoi ?

R : Ben, par rapport à beaucoup de personnes qui sont malheureux, les enfants qui les mettent dehors, ici ou là. Parce que j'ai une voisine elle a mis sa maman carrément dehors parce qu'elle a acheté sa maison et c'était malheureux.

Q : Vous avez le sentiment d'être bien entourée quand même ?

R : Non, je n'ai pas de problèmes avec le voisinage, mais je ne fréquente pas. Avant quand je marchais, qu'il y avait quelqu'un qui était malade dans le coin ou qu'il y avait un mort par exemple j'allais, mais là non.

Q : C'est dû au fait que vous avez du mal à vous déplacer ?

R : Non. Ce n'est pas ça, mais chez certaines personnes il y a des marches pour entrer dans la maison et je ne peux pas.

Q : Vous ne pouvez pas monter ou descendre ?

R : Monter, je ne peux pas. Et puis, comme ça, bonjour, bonjour, on discute un peu mais ouh c'est mieux comme ça.

Q : Vous préférez être tranquille ?

R : Ah, je suis tranquille. Je dors à 21h je suis couchée. Je ne regarde pas de films, le journal un peu.

Q : Est-ce que vous lisez un peu ?

R : Lire ? Un peu. Ben oui. J'ai des livres. J'ai l'œil un peu trouble, j'ai déjà été opéré des yeux, la cataracte, mais là j'ai un peu de mal et c'est difficile d'avoir un rendez-vous.

Q : Parce qu'il y a trop d'attente ?

R : Oui. Mon fils en métropole vient de se faire opérer de l'œil, il ne voyait plus clair du tout, mais lui c'est question de la rétine ce n'est pas la cataracte. Il a été opéré hier, et je vais lui téléphoner tout à l'heure. Oh, je ne vais pas rester sans nouvelles des enfants quand même. Celle qui téléphone le moins c'est ma fille à Saint Benoît, elle est toujours occupée, elle fait beaucoup de randonnées.

Q : Elle est très sportive ?

R : Pas sportive mais elle va visiter tous les petits coins de l'île. Elle était infirmière et maintenant elle a eu un travail à la crèche à Bras-Panon. Elle voulait être à Saint Pierre, mais elle n'a pas réussi. Elle était partie faire puéricultrice en métropole, elle est restée 10 ans et puis c'est le métier d'infirmière je veux dire parce qu'elle avait travaillé avec un labo anglais et puis elle a été transférée ici. Mais ici, elle ne pouvait pas le faire à cause de la route. Parce qu'elle n'arrive jamais au rendez-vous chez les médecins ou dans les pharmacies et elles aurait été en retard mais en métropole, c'était vite fait. Elle gagnait mieux mais je ne lui demande pas.

Q : C'est ce que vous avez compris ?

R : Ah, je ne sais pas combien mes enfants touchent moi. Pourquoi ? On ne fouille pas dans la vie des enfants. Pour les petits-enfants, il n'y en a que deux qui restent à La Réunion. Il y en a un peu en France et ceux qui étaient ici sont partis pour faire des études et pour travailler.

Q : Et ceux qui sont à La Réunion, quelle relation vous avez avec eux ?

R : Il y en a un qui est encore célibataire qui a 25 ans et qui était là le jour de mon anniversaire et l'autre je l'avais soigné quand il était petit. Ma fille travaillait à l'hôpital mais il oublie.

Q : Il a oublié que vous vous étiez occupée de lui quand il était petit.

R : Non. Pas tellement ça mais son travail est difficile et puis beaucoup de jeunes oublient aujourd'hui.

Q : Quand vous dites qu'il oublie ? Il oublie quoi ?

R : Ben, il oublie de téléphoner de faire des choses. En métropole, ce n'est pas tous les jours qu'ils me téléphonent, mais mon fils, ma fille et mes deux enfants qui sont en métropole, il y en a un qui téléphone tout le temps mais l'autre non. Je sais qu'il est bien. Il y en a un qui habite Saint Louis, l'autre est gendarme et l'autre il travaille à la DDE en tant qu'ingénieur mais il n'a pas de diplôme. Ma dernière fille travaille comme agent territorial à Rennes, l'autre à la pharmacie et l'autre infirmière. Et l'autre fille sa fille est infirmière et son fils a une entreprise à lui.

Q : Tout le monde a un bon travail.

R : Ah oui, les petits-enfants et tous sont bien placés. On ne peut pas dire qu'ils ne gagnent pas leur bouchée. Ah non, il loue les bicyclettes comme ça et il répare, c'est une entreprise mais c'est lui le chef dans l'entreprise. Pas grand chef, grand chef mais il est venu ici au mois de janvier. Ils sont bien placés. Ma fille à Saint-Denis est comptable et l'autre son garçon travaille dans un magasin. Il est gérant dans un magasin.

Q : Tout le monde est bien occupé.

R : Sauf un, il était journaliste et l'entreprise a fermé et puis il a changé de boulot. Journaliste ce n'est pas facile mais c'est l'entreprise qui a fait faillite mais sa copine travaille. Ils ont tous des copains, copines, c'est la vie des jeunes. 4 sont mariés et il y en a dans la religion. Le gendarme est marié à la mairie, ma fille s'est mariée à la mairie aussi, l'autre voulait se marier cette année mais il lui manque des sous parce qu'il veut faire un mariage, un grand mariage alors. Sa fille était mariée mais elle a perdu son mari ici, elle était ici, elle est partie à Rennes, non en Bretagne, elle était coiffeuse elle.

Q : Et vos arrière-petits-enfants ? Ils sont ici ou en métropole ?

R : Il n'y en a qu'un ici.

Q : Et il a quel âge celui qui est ici ?

R : 11 ou 12 ans. Il y en a un qui à 10, 2 qui ont 10 ans, ceux de ma fille. La dernière était née l'année dernière, celui que le père est mort... mort foudroyante, il avait 46 ans. Il travaillait dans la chaleur, et il est sorti de son travail, il est entré dans sa maison, dans son fauteuil et pouf. Elle s'est débrouillée pour l'envoyer à l'hôpital mais l'hôpital a dit qu'il ne pouvait plus rien faire. Mais quand on est mort, on est mort hein ? Et puis, oh ben ce n'était pas facile. Elle est retournée en Bretagne avec ses deux enfants, loin de ses parents aussi, hein. Elle vit toute seule avec ses deux enfants. Depuis la naissance, elle devait travailler mais là elle est en train de faire des stages pour reprendre au mois de mars. Il n'y en a qu'un seul dont je ne connais pas trop la vie. Il travaille comme ingénieur à la DDE, mais on ne demande pas. Parfois cela

arrive de téléphoner comme ça mais pas souvent mais je comprends ceux qui travaillent, c'est difficile. Oh, moi j'ai une grande famille.

Q : Oui, vous avez l'air d'avoir une grande famille. C'est bien, ça veut dire qu'il y a quand même beaucoup de gens autour de vous.

R : Oui. Ce n'est pas autour, autour, mais enfin.

Q : Pas très loin.

R : Parce que s'il m'arrive un pépin, le téléphone sonne, tout le monde arrive, hein.

Q : Vous pouvez compter sur eux ?

R : Oui.

Q : C'est important.

R : Quand mon mari était malade, ils venaient chacun leur tour pour m'aider. Alors mes enfants à un moment donné, ils m'ont demandé si je voulais aller dans une maison d'accueil mais moi je ne veux pas.

Q : Pour vous ?

R : Oui, pour moi.

Q : D'accord.

R : Après la mort de mon mari. L'assistante sociale m'a suppliée moi, j'ai dit non ! Je me débrouille toute seule. Et mon mari, cela fait bientôt 6 ans qu'il est parti. J'ai des aides mais quand mon mari était là, j'étais aidée. Il y a toujours une infirmière et une assistante de vie. Il ne faut pas avoir peur, parce qu'il y a des personnes qui vivent toutes seules ils ont peur dès qu'il y a un petit bruit. Moi non.

Q : Vous vous sentez en sécurité ici ?

R : Oui. J'ai changé ma porte, enfin, peut-être que c'est moins sécurisé mais on n'entend pas de bruits. Je ne paie pas de loyer, je ne paie pas les charges alors je me fais une récompense de temps en temps. Oh, je suis heureuse quand même. J'étais malheureuse, enfin, mais là je me sens heureuse.

Q : Et vous avez été malheureuse dans votre jeunesse ?

R : Ben, je travaillais dur. Je travaillais très dur, parfois on n'avait pas grand-chose à se mettre sous la dent. Moi je n'étais pas battue, ni avec mes parents, ni mon mari rien. On a vieilli tranquille. Quand on a été à Madagascar, mon frère était le premier à mettre le pied pour aller travailler, ben il est mort à Madagascar. Et ma dernière sœur il y a deux ans est retournée en métropole et est morte à Bordeaux. Il ne reste que moi toute seule.

Q : Dans votre fratrie, il ne reste plus que vous ?

R : C'est moi la racine, l'ancienne. Je ne sais pas si c'est pour longtemps ou pas longtemps. Quand les enfants fêtent mon anniversaire, ils me disent que j'aurai 100 ans. Je dis, ouhhh, 100 ans c'est un peu trop dur.

Q : Vous trouvez que c'est long encore ?

R : Ben, 6 ans ! Je vais avoir 94 ans. Encore 6 ans. Si j'y arrive, je vais y arriver, mais je ne veux pas être sur un lit...Et alors ? C'est tout votre commentaire ?

Q : Non. Est-ce que vous pourriez me décrire dans votre maison les différents objets technologiques que vous utilisez ? Donc il y a le médaillon...

R : J'ai mes bijoux.

Q : Non. En objets technologiques

R : J'ai une machine à laver, mon frigidaire, j'ai ma cuisinière. Vous voulez regarder ma cuisinière ?

Q : Non, non, ne vous inquiétez pas.

R : Ça ne fait pas longtemps que j'ai acheté ma cuisinière.

Q : La cuisinière, c'est à gaz ?

R : A gaz et électrique, les deux.

Q : Cela fait longtemps que vous avez toutes ces machines ?

R : Non. Au début de l'année dernière. Avant, la cuisinière était trop vieille, il fallait changer. Le frigidaire ne marchait plus, il fallait le changer et puis c'est tout. J'ai ma machine à laver. Je prends mon linge, je le mets dans ma machine et je vais étendre mon linge moi-même mais je ne repasse plus. Je pourrais repasser, mais assise. Mais celle qui vient le soir, elle repasse. Mais je n'ai pas beaucoup de linge à repasser. Autrement, j'ai un petit jardin derrière.

Q : Est-ce qu'il y a des objets technologiques que vous n'avez pas et que vous aimeriez bien avoir ?

R : Non.

Q : Je ne sais pas, peut-être quelque chose que vous pourriez ?

R : J'ai tellement maigri, peut-être 10 kilos,

Q : 10 kilos ?

R : Alors j'ai dit à ma fille de Saint Louis d'aller regarder et acheter du linge à ma taille. Parce que tout le linge que j'ai parce que je faisais 70 kg, après la mort de mon mari, ça a descendu. Je fais 55 kg. Pourtant j'ai envie de manger, ce n'est pas la nourriture, je ne sais pas.

Q : Vous mangez plusieurs fois par jour ?

R : Ben, deux repas. Le matin au petit-déjeuner, mais je ne grignote pas au long de la journée. J'en ai pour grignoter mais je ne grignote pas. Vous voulez boire quelque chose ? Un coca ?

Q : Oh, ben pourquoi pas ? Oui, avec plaisir. Vous voulez que j'aille chercher pour ne pas vous déranger ? Comme vous voulez.

R : J'ai beaucoup dépensé dans cette maison.

Q : Ah oui, cette partie-là, vous l'avez rajoutée après.

R : Pourquoi avoir plus d'objets que ça ?

Q : Ça vous suffit ?

R : Déjà, mon armoire était en haut, je l'ai descendu car depuis le Chikungunya j'étais obligée de descendre.

Q : Vous avez eu le Chikungunya ? C'est depuis là que vous n'arrivez plus à vous déplacer ?

R : Non. Parce qu'en sortant de ma chambre, je suis tombée et je n'ai pas pu me relever et après j'ai fait un mois dans mon lit. Et moi, je n'ai pas d'objets modernes, des robots. J'ai ma cuisinière mais tout ça, ça ne m'intéresse pas.

Q : Ça ne vous intéresse pas ?

R : Non. Pour faire quoi ? Des robots pour mixer ? Et puis je n'ai pas de place. Mon frigidaire est un peu trop large.

Q : C'est vrai qu'il est gros votre frigidaire.

R : Celui d'avant était encore plus haut mais moins large, il a fait plus de 10 ans.

Q : Vous voulez que je vous aide ? Voilà, ce n'est jamais facile à ouvrir. Je vous sers ?

R : Ça va m'empêcher de dormir. Un petit gâteau avec ?

Q : Non. Ça va merci. Moi, ce serait bien que je perde 10 kilos. (Rire)

R : Tu veux perdre ?

Q : Oui, j'aimerais bien.

R : Oh, moi je n'ai pas fait de régimes.

Q : Donc vous avez perdu toute seule ?

R : Non. Manger moins.

Q : Il y a quand même une explication ?

R : Parce qu'avant on mangeait beaucoup, mais j'ai réduit mes repas.

Q : Pour quelle raison ? Parce que vous aviez moins faim ?

R : Non ! C'est par rapport à mon poids pour mes jambes.

Q : Pour que vos jambes aient moins de poids à porter. Et est-ce qu'on vous a proposé qu'il y ait quelqu'un tout le temps plutôt que d'avoir la téléassistance ?

R : J'ai demandé, mais on m'a dit qu'il faut 1000 € pour dormir avec moi et que je ne touche pas 1000 €. Et alors ? Qui va payer ? Moi, je ne veux pas que mes enfants payent car mes enfants ne sont pas riches non plus. Ils vont m'aider un petit peu mais pour aller dans une maison de retraite ou une maison d'accueil, je ne peux pas. Ce n'est pas avec 600 € que je vais partir, hein ? Parce qu'on n'a pas beaucoup travaillé en étant déclaré. On a tout perdu à Madagascar et là-bas, ils ne déclaraient pas le travail. Il n'y avait pas de sécurité, rien du tout. Non, c'est un pays libre.

Q : J'ai vécu à Madagascar aussi un petit peu.

R : Et puis la société c'est un peu bidon parce qu'on n'avait pas le droit de sortir. Et puis, il n'y avait pas de transport. Quand on partait, on venait nous chercher pour aller à la messe et on rentrait dans un camion avec pleins de cochons. Alors, ils faisaient tout le tour des personnes. On était 200 enfermés, sans compter les bureaux.

Q : Tout était fermé, cloisonné.

R : Ben, mon voisin il habitait à 3 km. On avait chacun 14 hectares.

Q : Pour cultiver ?

R : On cultivait le maïs, le manioc et puis un peu de grain, puis c'est tout. On n'avait pas de lampes à pétrole. Vous n'avez pas connu comme ça.

Q : Non. Je n'ai pas connu.

R : On n'avait pas l'électricité quand j'étais aux Makes, j'ai quitté les Makes.

Q : Pour quelle raison ?

R : Ben, parce qu'il y avait une saison, une petite source. Il y avait comme un pilon, comme une petite source où tout le monde prenait de l'eau mais quand on arrivait au mois de juillet, il

n'y avait plus d'eau. Et quand tu as des enfants, il faut faire la lessive, il faut de l'eau pour se laver. Parce qu'on était plus haut, c'était loin. Alors, moi je prenais mon enfant parce que j'allaitais, il était dans mon bras, et mon sac de linge était sur mon dos pour faire la lessive. C'est ça qui m'a dégoutée. Et puis, on était loin. Il n'y avait pas de route, elle n'était pas faite aux Makes et on descendait à pied à Saint Louis. La vie était plus dure quand même. On était bien plus pauvres. Moi, j'étais pauvre, quand j'étais jeune. Mais ce n'est pas pareil, ce n'est pas la même vie et puis mon beau-père voulait empocher tous les sous. Les enfants étaient esclaves pour travailler. André a encore sa famille, deux frères et une sœur.

Q : Vous les voyez encore ?

R : On voit mais pas souvent. Avant il passait assez souvent ici mais il n'y a plus qu'un frère qui passe de temps en temps.

Q : Vous parliez tout à l'heure des robots pour la cuisine et tout ça. Est-ce que vous avez déjà entendu parler des robots qui font le ménage tout seul ?

R : Si j'ai vu à la TV. Ça ne m'intéresse pas, eh, ça coûte cher.

Q : Ça vous ne vous intéresse pas pourquoi ?

R : Quand on mixe la nourriture, j'ai peut-être les moyens de l'acheter mais comme je n'ai pas beaucoup de places à installer non plus. Oh mes enfants ne se servent pas trop de ces objets là non plus. Seulement celle de Saint Denis oui. Et puis, c'est son mari surtout. Il y en a deux qui travaillent celle qui a 60 ans, elle loge à Saint Benoit et travaille à Bras Panon. Avant elle travaillait à la PMI mais elle a quitté la PMI parce que les Mahorais l'embêtaient. Quand ils venaient chercher quelque chose, si elle ne donnait pas, ils crachaient sur elle et ils ont beaucoup d'enfants, ils gagnent beaucoup d'argent, à moins que les bonhommes prennent pour eux. Maintenant, elle est la directrice d'une crèche.

Q : Non.

R : Elle me dit tout le temps qu'à Saint Benoit il y a beaucoup de pluies. Sa maison moisit. La journée elle est enfermée aussi.

Q : Ce n'est pas le même climat qu'ici.

R : Et celle de Saint Denis à Moufia travaillait à la crèche départementale. Elle a moins de diplômes mais elle est formée quand même. Elle est mariée avec un Chinois descendant Malgache mais là il n'est pas là, il est à Madagascar, elle est toute seule avec ses enfants.

Q : Et vous avez déjà entendu parler des robots qui tiennent compagnie ? Ce sont des robots qui peuvent vous rappeler de prendre vos médicaments ou des choses comme ça, ou vous aider à vous déplacer, vous avez déjà vu ça ?

R : oui.

Q : Qu'est-ce que vous en pensez ?

R : Non. Je n'ai pas besoin de ça. Mon déambulateur me déplace. Ça ne me coûte pas cher.

Q : Si ce n'était pas une question financière, est-ce que vous pourriez envisager prendre ce genre de choses ?

R : Non. Question financière, je prends soin de ce que je dépense. Je n'ai jamais été sans argent, je n'ai jamais demandé de l'argent aux uns et aux autres. Au contraire, si un de mes enfants ont besoin, maman est là. Il ne faut pas être méchant sur la terre et il ne faut pas être gourmand non plus. Il ne faut pas s'occuper des uns et des autres. Ce n'est pas moi qui dit, c'est plus haut. Le respect pour tous. Tu crois en Dieu, toi ?

Q : Euh non, pas trop

R : Non, mais la religion ? Catholique ? protestants ?

Q : Pas trop de religions. Mais je respecte tout à fait...

R : Oh ! On a été élevés comme ça. Moi je vais te dire une chose. Dans certaines choses, la prière m'a beaucoup aidée.

Q : Quelle chose par exemple ?

R : Ben, psfff, je fais des prières mais enfin, si un est malade ou pas un étranger hein ? Si mes enfants ont une opération à faire, ben, la prière va réussir et ça se réussit. Il faut avoir confiance c'est tout.

Q : Vous vous en remettez à plus haut.

R : Ils vous écoutent, pas tout le monde y va, on ne voit pas mais il est là autour de nous.

Q : Vous avez été baptisée ?

R : Tout ! Baptisé, communion, confirmation. Je n'ai pas été divorcée non plus. Moi mes enfants, il y en a deux qui ont divorcé parce qu'il y en a une qui était battue par son mari, celle qui est en métropole. Et l'autre, celle qui est infirmière est mariée avec un handicapé qui a la polio et il était costaud mais elle me dit qu'il marchait avec une canne. Elle me dit qu'elle n'est plus capable, elle a fait deux ans et puis elle a divorcé. C'est dur d'être dans le divorce. Il a fini par mourir. Il était dans une maison d'accueil je crois, il est mort. Il était intelligent, il était expert-comptable mais il était malade depuis petit. C'était beaucoup d'opérations, il était né à Madagascar et après il est parti en métropole. C'était une famille assez aisée, la famille Fontaine, ceux qui ont des grandes propriétés du côté des Avirons, c'est sa famille. Oh ! Ce n'est pas moi qui a voulu. Chacun son destin. Moi, j'ai eu la mienne qui est un peu douloureuse, enfin j'ai réussi à passer au-dessus. On peut dire comme ça.

Q : Les moments douloureux c'était quoi ? C'était quand vous viviez plus dans la misère ?

R : Ben, c'est après Madagascar. Parce que mon mari a fait une bêtise sans comprendre ce qu'il a fait. Il a quitté où on travaillait avec les animaux et tout, alors, il m'a dit il faut partir,

c'est vrai que c'était en révolution la société. Moi, on m'a envoyée très loin. Tu connais Madagascar ?

Q : Un petit peu.

R : On m'a envoyée dans les Hauts Plateaux, j'étais chez son cousin que je ne connaissais pas. Alors, je ne te dis pas. J'ai passé un mauvais quart d'heure avec les enfants qui n'avaient jamais vu la ville, c'était dur. Après j'ai travaillé et lui a été envoyé en prison pour des choses qu'il n'avait pas faites, il a fait 8 mois, et alors, il a fallu me battre pour nourrir mes enfants, sans sous sans rien. J'ai été aidé par les secours catholiques et les églises protestantes qui m'ont donné des choses à manger et puis, psfff, c'est ça qui était le plus dur. Mais j'achetais un stère de bois, je fendais le bois et je le vendais au kilo pour avoir des bénéfices, j'ai raccordé des guenilles. Il y avait une usine qui cultivait le riz pas loin de chez nous, alors on pistait. Il m'a donné ça par pitié peut-être, je ne sais pas. C'est pour moi le plus douloureux mais moi j'ai pris le dessus, tu comprends ? J'ai pris le rôle de chef de famille, mon mari a dit qu'on n'avait plus rien, il fallait se débrouiller, il fallait acheter au commerce. Ah après, c'était ça ma vie, moi j'en pouvais plus, mais moi j'ai fait une lettre mais il n'a jamais su que j'avais fait une lettre.

Q : Pour rentrer c'est ça ?

R : Et encore, on avait un terrain pour revenir. Mais moi j'avais ma part d'héritage à Cilaos. Mais on n'a pas pu aller vers Cilaos quand on est arrivés, il y avait un éboulis, j'étais obligée de monter vers les Makes, parce qu'il y avait des querelles entre lui et son frère, on ne pouvait toujours donner raison à ceux qui ne travaillaient pas comme nous. C'était mon mari le premier et puis bon, le dernier c'était lui le chouchouté sans travailler. Et moi, depuis que j'ai pris le dessus, on vit mieux. On peut dire qu'il partait dans les bars, il buvait, il était toujours à côté sauf quand il est sorti de la prison, il est parti dans une entreprise malgache et il était loin, loin, loin pour refaire des maisons pour le riz. Et puis, on ne le voyait pas souvent et puis c'était ça le plus dur dans ma vie. Le travail pour moi c'est le travail mais certaines choses ne sont pas bonnes à faire. Non ! Je n'ai pas fait la rue, je suis restée fidèle avant mon mariage et après jusqu'à aujourd'hui, le seul amour. Je n'ai pas changé de partenaires. Pour faire quoi ? psff. Bof, c'est un tournant de ma vie. En plus la dernière avait 6 ans et puis un beau jour, celle qui est infirmière, elle arrive, elle hein mam'. Parce que tous les enfants me disent mam'. Hein Mam, est-ce qu'il y aurait du riz pour manger ? Ben, ça il ne faut pas dire. Si on vend du bois, on aura un grain de riz à manger, mais si on ne vend pas on va manger autre chose, on va manger le blé que le secours catholique nous donnait, le blé en grain. Il fallait savoir aussi parce que moi je ne voulais pas que mes enfants partent pour aller voler ici ou là dans la rue, j'en avais 6 hein ! C'est ça le plus dur. Je ne lui reproche rien, parce qu'il a fait ça dans l'ignorance, écouter les conseils des uns et des autres. Son cousin lui avait dit de travailler chez lui, il deviendrait plus heureux, oh ! On a commencé à travailler ses terres, planter et arracher les pistaches, hein, et puis il y avait un gardien malgache qui a lâché les porcs dans les pistaches. On plantait le géranium, on était dans une petite case en paille sans rien, sans rien, il faisait frais. Aussi, je n'ai plus fréquenté ces gens.

Q : Quel gens ?

R : Ben, son cousin ! J'ai vu beaucoup de misères.

Q : Aujourd'hui, vous ne vivez plus dans la misère ?

R : On n'est pas riche bien sûr mais on peut manger à sa faim, on peut s'habiller, on peut louer sa maison. Là je ne loue plus mais avant je louais la maison, maintenant je paie une mutuelle de santé, mais la mutuelle décès nous a mis dans la...pardon. La société elle a pris tout l'argent et elle ne nous a rien donné. Ça a tellement changé de patrons là-dedans. J'ai perdu beaucoup d'argent mais je suis toujours debout.

Q : Ben, je trouve que vous êtes plutôt en forme.

R : Ce sont mes jambes qui ne vont pas très bien. Rester chez les uns et chez les autres, c'est pour ça que je ne voulais pas aller dans une maison d'accueil parce que vous êtes mal accompagné, c'est la souffrance. J'ai déjà assez souffert.

Q : Vous aviez peur de vous retrouver avec des gens que vous n'avez pas choisis ?

R : Dans la vie, il faut choisir mais il faut savoir choisir. Et moi, ce n'est pas moi qui a choisi, c'était mon mari et puis j'avais économisé un peu d'argent là où je travaillais, quand je suis partie j'avais 60 000 francs mais j'ai perdu la moitié, quelqu'un a mis la main dessus. Je suis faite pour perdre. Je ne sais pas si c'est moi ou mon mari, je ne sais pas. C'est comme la roulette, c'est la chance. Dans la vie moi j'ai bon cœur, j'aide mais après les gens partent et ce sont des gens malhonnêtes. Il n'y a pas de retour. Ce sont des menteurs, menteuses.

Q : Vous avez déçu comme ça par des gens ?

R : Oui. Elle m'a fait croire qu'elle était en séparation avec son homme et puis elle et ses enfants, quand elle est restée chez sa mère, elle n'avait pas de matelas pour dormir, moi j'ai donné un matelas, mais où c'est ? Je t'ai dit plus de nouvelles, plus rien. Et elle n'a pas divorcé, elle n'est pas séparée, ben, c'était un gros mensonge pour obtenir des choses.

Q : Oui, ça ce n'est pas très sympa.

R : Moi, je n'ai profité de personne. Quand j'étais jeune fille, je partais au champ pour planter, on récoltait et quand ce n'était pas la saison, je faisais de la broderie de Cilaos. Et puis, j'en faisais pour m'habiller. Et quand j'étais toujours bien habillée. Mais mes sœurs, non. Mes sœurs n'ont pas travaillé. Rien que ma première sœur, elle était paresseuse, mon Dieu, pardon ! Quand maman disait, allons au champ pour travailler pour désherber ou pour récolter, elle faisait croire qu'elle était malade et elle ne faisait pas. Et l'autre aussi elle a travaillé aussi un peu avec moi mais pas de la couture, à part les champs, mais son mari est mort...ben, elle est morte car elle était cardiaque. Oh, mon frère lui, il buvait un peu, il était charpentier, menuisier, il travaillait le béton, le bois et tout, mais il avait une mauvaise femme. Quand il est mort, heureusement j'avais ma radio qui était ouverte, j'avais entendu, mais elle ne m'a pas téléphoné. Il est parti comme ça. Je connaissais tout son passé, c'était mon parrain et jusqu'à ses 60 ans, il est mort le jour de son anniversaire.

Q : Ce n'est pas gai, ça.

R : Oh, le nombre de personnes que j'ai vu mourir dans ma famille. Ma mère est morte dans mes bras et elle est morte à 84 ans. Ma sœur était à Saint Denis, elle était chez sa fille, je l'ai

su la semaine d'après. Mon frère était à la Rivière, j'ai compris que c'était mon frère le prénom et l'âge et tout, il était né au mois de juillet, et après ma première sœur, elle est restée un peu de temps sur son lit, mais je n'ai pas été à l'enterrement, et mon mari est incinéré. Moi aussi, je veux faire l'incinération. Les enfants sont d'accord.

Q : Vous savez déjà ?

R : Oh, je prépare mes sous et puis s'il faut payer tout ce qu'il y a pour payer et les enfants n'auront pas besoin de dépenser.

Q : C'est important pour vous que tout soit réglé ?

R : C'est la vie. Quand on vieillit comme ça, un jour ou l'autre il faut s'en aller. Ça ne m'inquiète pas la mort. Mon mari je l'ai perdu à l'hôpital, la veille quand il est sorti ici, il avait des vomissements, j'aurai pu le perdre. J'avais appelé sur le bip mais l'ambulance est arrivée en retard, mais j'étais tellement fatiguée, fatiguée, je m'endormais debout devant le lit. C'est ça. Tu as tes parents vivants ?

Q : Oui.

R : Je suis tombée..., on a pris un seau, il restait tout près de chez nous. Ah c'est la vie, hein. Ma grand-mère du côté de maman est restée 4 mois au lit, elle a fait un AVC, mon grand-père il est resté 6/7 mois au lit, les enfants faisaient le relais pour s'en occuper, pour dormir et faire les soins. Dans le temps, on ne connaissait pas grand-chose, hein. On allait voir un médecin mais il n'y avait pas d'infirmières et mon grand-père paternel, il a fait un AVC et ma grand-mère est morte écrasée sous sa maison par le cyclone de 1948.

Q : Oui, le cyclone de 1948 était meurtrier.

R : 7 morts dans la famille. Moi, je n'ai pas vu parce que j'étais mariée, j'étais aux Makes, on ne pouvait pas sortir avec les rivières et tout, parce qu'on faisait tout à pied. On sortait de Cilaos, Saint-Louis, Saint-Pierre, on le faisait à pied. Il y avait un « car courant d'air ». Tu as entendu parler de ça ?

Q : Non ! C'était quoi ?

R : C'était un bus, mais pas fermé. On était assis comme ça. Alors, on disait toujours le car courant d'air. Mais il n'y avait pas de places pour tout le monde puisque la population de Cilaos portait les marchandises, portait beaucoup de choses. Alors, dessous, il y avait tout le monde et au-dessus du toit, il y avait autant de monde. Je crois que dernièrement, il a été exposé à une place, je ne sais pas où. Ah je vois l'heure je dois partir.

Q : Très bien, merci beaucoup Mme Vierre.

Annexe 3. Tableau des observations

Observation	Description	Date	Organisateurs	Lieu
Tournées avec l'infirmier de PEBCS	Différentes visites à domicile dans le cadre d'un maintien à domicile	Février – mars 2015	PEBCS	La Réunion
Innov'Réunion 2015 : E-santé	Soins numériques Réussir la mutation du territoire : un enjeu majeur pour La Réunion	26 mars 2015	Technopôle, CHU, ARS OI	Saint-Denis, La Réunion
Tournée avec le technicien de téléassistance	Suivi et installation de la téléassistance aux domiciles des personnes âgées	Mars-mai 2015	Allianz	La Réunion
Les journées partenariales départementales	4 évènements répartis sur le territoire réunionnais en lien avec la politique départementale à destination notamment des personnes âgées	Mai – juin 2015	Le Département	Saint-Denis, Saint-Gilles, Bras-Panon, Saint-Pierre
Sélection projet P3A (plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age)	Réunion d'expert pour la sélection des projets financés	8 septembre 2015	CGSS	Saint-Denis
Table tactique de la Maia	Rassemblement de différents partenaires autour de la prise en charge de la perte d'autonomie	10 septembre 2015 17 septembre 2015	Maia Réunion	Saint-André Saint-Pierre

Observation	Description	Date	Organisateurs	Lieu
Comité Mafate	Réunion des différents partenaires professionnels (travailleurs sociaux, ...) qui interviennent à Mafate	24 septembre 2015	Le Département	Saint-Paul
Réunion des experts pour les ateliers Atout'Age	Validation des contenus des ateliers Atout'Age	Septembre 2015 – février 2016	CGSS	Saint-Denis Saint-Paul
Réunion Maia	Réunion de concertation	5 octobre 2015	Maia (+ partenaires)	Saint-André
Journée Porte ouverte Kaz Grand'R	Structure de répit repos pour les aidants	6 octobre 2015	Le Département	Entre-Deux
Semaine Bleue	Multiples événements culturels, sportifs, informatifs à destination des personnes âgées	12 au 18 octobre 2015	Le Département	La Réunion
Assises de la Bienveillance	Etat des lieux sur la bienveillance / maltraitance à La Réunion	9 novembre 2015	Alma Réunion	Saint-Gilles
3 ^{ème} journée RFVAA	« Viens je t'emmène ... lutter contre l'isolement dans une ville plus solidaire »	16 novembre 2015	RFVAA	Paris
2 ^{ème} EGPA (Etats Généraux de la Personne Âgée) à La Réunion	Coordinations Fragilité E-Santé	21 novembre 2015	SGIR (Société Gérontologique de l'Ile de La Réunion)	Saint-Gilles
Salon Silver Eco Expo	Salon BtoB des technologies pour le vieillissement	24 au 26 novembre 2015	France Silver Eco	Paris
9 ^{ème} rencontre France Alzheimer et maladies apparentées	« La parole aux aidants »	9 décembre 2015	France Alzheimer	Paris

Observation	Description	Date	Organisateurs	Lieu
La Biennale des aidants	« La reconnaissance dans tous ses états »	10 décembre 2015	Association française des aidants	Paris
Terrains Mafate	Conditions de vie des personnes âgées mafataises, prise en charge sanitaire, téléassistance, développement technologique	Janvier 2016 Mars 2016	Travail de recherche	Mafate
Ateliers Atout'Age	Participation aux ateliers Mobilité, Nutrition et Habitat	Mars – Mai 2016	CGSS / La Réunion forme	Saint-Pierre
Forum des aidants	Journée de restitution des ateliers Atout'Age et stands de prévention	12 mai 2016	CGSS / La Réunion forme	Saint-Pierre
Projet 5P	2 campagnes de suivi des déplacements indoor et outdoor	Juin 2016 Septembre 2016	IRD	Saint-Pierre
36h chrono de la E-Santé	Etats des lieux des projets E-santé à La Réunion	5 octobre 2016	CHU, ARS OI	Saint-Pierre
Journée Prévention Santé	Sensibilisation et prévention à destination des personnes âgées dans le cirque de Mafate	14 et 15 octobre 2016	PEBCS	Ilet à Malheur
Conférence Bien vieillir	« Bien vieillir à La Réunion, un enjeu majeur »	13 octobre 2016	Université Solidaire, Oriapa	Saint-Denis
Colloque	« Prendre Soins des Personnes âgées Polypathologiques Isolées et Démunies dans les Ecartés »	25 octobre 2016	PEBCS	Saint-Denis

Observation	Description	Date	Organisateurs	Lieu
Salon Silver Eco Expo	Salon <i>BtoB</i> des technologies pour le vieillissement	15 au 17 novembre 2016	France Silver Eco	Paris
Club Silver Eco (Filière réunionnaise de la Silver Économie)	Conférences thématiques autour du vieillissement	09/06/2016 08/09/2016 06/12/2016 04/04/2017	GIE VA / CCI Réunion	Boucan Canot
Séminaire sur la loi ASV	« De l'autonomie à la dépendance, quels accompagnements dans une dynamique de parcours pour les personnes âgées à La Réunion ? »	24 avril 2017 24 mai 2017	IRTS de La Réunion	Saint-Benoit Saint-Denis

Annexe 4. Questionnaire enquête CCAS 2016

Date : _____

Commune de résidence :

Sexe : Homme Femme

Âge : moins de 60 ans 60-64 ans 65-69 ans 70-74 ans
 75-79 ans 80-84 ans 85-89 ans 90 ans et plus

Lieu de naissance : La Réunion France métropolitaine, autres DOM-TOM
 Pays étranger dans la zone océan Indien Autre pays étranger

Statut matrimonial :

Célibataire Marié(e), remarié(e), pacsé(e) Concubinage Divorcé(e), séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants vivants : _____

Vous habitez : Seul(e) Avec votre conjoint(e) Avec un enfant Avec une autre personne

Diplôme le plus élevé : Aucun diplôme Certificat d'études BEPC CAP-BEP
 Baccalauréat Post-baccalauréat, études supérieures

Dernière profession exercée : Agriculteur exploitant Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure Profession intermédiaire
 Employé Ouvrier N'a jamais travaillé

Statut dans le logement : Propriétaire Locataire privé Locataire social Logé gratuitement

Avez-vous : Pension de retraite Minimum vieillesse (ASPA) Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Avez-vous : Une aide-ménagère Des chèques santé

Par rapport à votre famille, vous estimez-vous :

Très entouré(e) Plutôt entouré(e) Pas très entouré(e) Isolé(e)

Avec combien de personnes êtes-vous en contact en moyenne par semaine (famille, amis, voisins, facteur, commerçants, aide-ménagère, etc.) : 1 2-5 6-9 10 et +

Avez-vous le sentiment d'être suffisamment aidé(e) dans votre vie quotidienne : oui non

Quelle langue parlez-vous le plus fréquemment à votre domicile : Créole Français Autre

Vous lisez le français : sans difficulté avec difficulté ne lit pas le français

Êtes-vous déjà allé(e) en métropole : oui non

Êtes-vous déjà allé(e) à l'île Maurice : oui non

Faites-vous partie d'une association (sportive, religieuse, culturelle, club troisième âge) : oui
 non

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez :
 Très satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Plutôt insatisfait(e) Très insatisfait(e)

Vous estimez-vous en bonne santé : oui oui mais avec des problèmes non

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre habitat :
 Très satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Plutôt insatisfait(e) Très insatisfait(e)

Parmi ces objets et biens d'équipement, possédez-vous :

Télévision couleur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Réfrigérateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Congélateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Four à micro-ondes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Lave-linge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lave-vaisselle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Voiture	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ordinateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Internet	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Téléphone fixe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Portable simple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Portable type Smartphone	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Avez-vous déjà utilisé un ordinateur (le vôtre ou celui de quelqu'un d'autre) : oui
non

Avez-vous déjà utilisé Skype : oui non

Êtes-vous plutôt d'accord ou plutôt pas d'accord avec les affirmations suivantes :

Les nouvelles technologies, c'est surtout pour les jeunes Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Les nouvelles technologies, c'est le progrès Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Les nouvelles technologies, c'est surtout des gadgets Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Les nouvelles technologies, c'est surtout pour les initiés Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Les nouvelles technologies, ça simplifie la vie Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

À remplir par l'enquêteur après l'entretien

Nom et prénom de l'enquêteur : _____

Quartier de la personne interrogée : _____

Compréhension des questions par la personne : Bonne Hésitante Difficile

Niveau de GIR : non connu 1 2 3 4 5 6

Éventuelles difficultés rencontrées par la personne (préciser)

Éventuels commentaires sur le déroulement du questionnaire

Annexe 5. Le dispositif Maia

Les Maia sont nées au niveau national avec le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (CNSA, 2014). Il s'agissait dans la mesure n°4 qui leur est dédiée de créer les conditions d'une « meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement [pour] permettre de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ». A l'origine, l'acronyme signifiait « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer ». Après une expérimentation de deux années, les Maia deviennent en 2011 des « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie » et étendent ainsi leurs prérogatives à un public cible qui est celui des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle du fait des pathologies liées à l'âge, public plus large que les seules personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

« Les Maia ne sont pas de nouvelles structures qui viendraient se superposer aux autres. Elles n'ont pas non plus pour objet de se substituer à l'existant, mais bien au contraire de s'appuyer sur les ressources du territoire en matière d'accueil, d'orientation et de coordination. Maia est une méthode pour conduire des porteurs identifiés de la coordination (réseaux de santé, Clic, conseils généraux...) vers une dynamique d'intégration » (Dupont, 2012, p.180). La réalisation de cette ambition repose sur trois mécanismes interdépendants (CNSA, 2014, pp.5-6) :

- « La concertation, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- Le guichet intégré. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- La gestion de cas. Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire ».

Pour mener à bien ses missions, la Maia dispose de trois outils (CNSA, 2014, p.6) « qui permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert :

- Le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle (utilisé par les gestionnaires de cas).
- Le plan de service individualisé (PSI). C'est un outil de gestion de cas servant à définir et à planifier de manière cohérente l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne âgée en situation complexe.
- Les systèmes d'informations partageables (informations en provenance des guichets intégrés, des pilotes et des gestionnaires de cas...) ».

Pour la concertation, la Maia met en place une table stratégique qui est un « espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs des politiques gérontologiques » et une table tactique qui est un « espace collaboratif et décisionnel entre les opérateurs responsables des services d'aide et de soins qui concourent au soutien à domicile de la population âgée » (CNSA, 2014). La figure 3 donne une description synthétique du fonctionnement du dispositif Maia.

Méthode MAIA : un modèle organisationnel national adapté aux diversités locales



Annexe 6. Liste des variables utilisées pour l'exploitation de l'enquête MFV

Nom de la variable	Description de la variable	Modalités de réponses
SEXE	Sexe de la personne enquêtée	Homme ; Femme
AGE	Age de la personne enquêtée	Valeur numérique
ACTI_RESS_J	Minimum vieillesse	Oui ; Non
ANSAL_REMU1	Revenu individuel mensuel	Valeur numérique
AIDANT	Apporte au moins 1 aide (financière ou non-financière)	Oui ; Non
AIDEREC	Reçoit au moins 1 aide (financière ou non-financière)	Oui ; Non
COUPLE	Situation du couple	Oui avec une personne dan le logement ; Oui avec une personne hors du logement ; Non
LR_RELIG	Appartenance religieuse	Oui ; Non ; Refus de réponse, NSP
LR_IMP	Importance de la religion dans la vie	Pas du tout important ; Un peu d'importance ; Assez d'importance ; Beaucoup d'importance ; Refus de réponse, NSP
FAM_PBARG	Problème d'argent dans la famille durant l'enfance	Oui ; Non
FAM_PBAML	Problème de maladie dans la famille durant l'enfance	Oui ; Non
FAM_CONFLPAR	Problème de conflit dans la famille durant l'enfance	Oui ; Non
FAM_ALCPAR	Problème d'alcool dans la famille durant l'enfance	Oui ; Non
FAM_VIOPPAR	Problème de violence dans la famille durant l'enfance	Oui ; Non
SANT_EGO	Être Limité depuis au moins 6 mois dans les activités de la vie quotidienne	Oui fortement limité ; Oui mais pas fortement ; Non pas du tout ; Refus de réponse, NSP
SANT_SUB	Jugement état de santé	Très bon ; bon ; Moyen ; Mauvais ; Très mauvais ; Refus de réponse, NSP
SOIN_COUV	Type de couverture santé	Sécurité sociale ; CMU ; Aide médicale d'État ; Aucune couverture, NSP
SOIN_MUT	Possession d'une mutuelle (y compris complémentaire)	Oui ; Non ; NSP
SOIN_REN	Renoncement aux soins dans les 12 derniers mois	Oui ; Non

Nom de la variable	Description de la variable	Modalités de réponses
SOIN_RAIS1	Raison du renoncement aux soins	Vous ne pouviez pas vous le payer ; Vous avez préféré attendre que ça passe ; Vous ne saviez pas qui aller voir ; À cause des problèmes de langue ; A cause de problèmes de papiers ; Vous aviez peur des soins ; Vous n'aviez pas le temps d'aller chez le médecin ; C'était trop loin ; Autre, Refus de réponse
RET_TYP	Type d'allocations perçues	Pré-retraite ; Revenu de solidarité (RSO) ; Une allocation supplémentaire vieillesse (ASV, Minimum vieillesse) ; Pension de retraite ; Aucune
RET_DEM	Demande de retraite	Sans problème ; Avec difficultés ; Avec beaucoup de difficultés
RET_GLOB	Part de travail déclaré pendant les années d'activité	Vous avez presque toujours cotisé pour votre retraite (travail déclaré) ; Vous avez presque toujours travaillé sans être déclaré (travail non déclaré) ; Autant l'un que l'autre ; Ne veut pas répondre ; NSP
RET_INFO	Sentiment d'être bien informé	Oui ; Non ; NSP
RET_AVT	Situation au moment du passage à la retraite	Vous travailliez ; Vous étiez au chômage ; Vous étiez en préretraite ; Vous étiez en longue maladie ; Vous étiez inactif pour une autre raison
RET_OCCU1	Occupation favorite pendant la retraite	Vous consacrer à vos petits-enfants ; Vous consacrer à votre famille ; Faire des voyages ; Vous occuper de la maison (bricolage, jardinage, rénovation) ; Reprendre une activité rémunérée même partielle ; Vous consacrer à votre activité favorite (musique, théâtre, lecture...) ; Agir dans la vie associative, la vie politique, la vie religieuse ; Rien de spécial, vous reposer ; Autre : Préciser
RET_OCCU2	Occupation favorite pendant la retraite	Vous consacrer à vos petits-enfants ; Vous consacrer à votre famille ; Faire des voyages ; Vous occuper de la maison (bricolage, jardinage, rénovation) ; Reprendre une activité rémunérée même partielle ; Vous consacrer à votre activité favorite (musique, théâtre, lecture...) ; Agir dans la vie associative, la vie politique, la vie religieuse ; Rien de spécial, vous reposer ; Autre : Préciser
RET_SEULLV	Recours si il n'est pas possible de vivre chez soi	Recourir à une aide à domicile ; Aller vivre chez un membre de votre famille ; Aller dans un établissement spécialisé
RET_OFRET	Sentiment d'offre suffisante d'établissements spécialisés pour l'accueil des personnes âgées	Oui ; Non ; Refus de réponse ; NSP

