La révolution du bien vieillir

Comment le numérique transforme l'action sociale et accélère le développement de la Silver Economie

Livre Blanc 2015

Syntec
NUMÉRIQUE

Résumé

En 2030, soit « demain » à l'échelle des politiques publiques, **le tiers de la population française aura plus de 60 ans :** c'est une bonne nouvelle pour tous. Le revers de ce progrès est la prévalence des maladies chroniques qui touchent principalement la population des seniors, et les risques accrus de fragilité et de perte d'autonomie qui l'accompagnent.

La nécessaire transformation numérique de l'action sociale

Le système social français est mis au défi par cette situation qui met à mal ses ressources, ses métiers et son modèle d'organisation.
Les sources de financement qui concourent aujourd'hui à la prise en charge de ces populations sont très diverses, et le manque de coordination entre les structures intervenantes, les prestations réalisées et les professionnels rend complexe l'appréciation aussi bien de l'exécution que de la pertinence des parcours.

Rester à domicile quand on est malade, âgé, en perte d'autonomie ou encore en situation de handicap est le souhait d'une très grande majorité de Français. Les innovations qu'apportent les technologies du numérique dans les usages et les produits permettent aujourd'hui de répondre à cette aspiration, et contribuent ainsi à l'efficience et à la finalité de ce secteur.

La transformation numérique est l'occasion, au travers des nouvelles pratiques qu'elle induit, de contribuer à réinventer la manière dont les professionnels travaillent et d'améliorer l'efficacité opérationnelle. Mais, pour que ces leviers jouent pleinement leur rôle, il est nécessaire de construire un véritable **plan national spécifique, structuré et coordonné, qui inscrive l'action sociale dans l'ère numérique.**

Fort de l'intérêt marqué de ses adhérents pour ce nouveau champ d'action, Syntec Numérique a rejoint l'écosystème de la Silver Economie. En signant le 12 décembre 2013 le « Contrat de filière industrielle Silver Economie », la Chambre Professionnelle atteste de son engagement pour contribuer à répondre à ce défi sociétal majeur.

Ses membres, les entreprises du numérique, sont réputées pour leur savoir-faire en matière d'accompagnement de la transformation, de conception et de déploiement de systèmes d'information et de communication robustes. Ils ont la capacité d'apporter toute leur expertise aux évolutions qui s'imposent dans le domaine social et médico-social en lien avec le sanitaire, pour soutenir la politique du bien vieillir définie par l'exécutif.

Un plan de modernisation dans une logique de territoire

Syntec Numérique propose, dans ce Livre Blanc, un modèle de transformation qui s'appuie sur un schéma d'organisation orchestré autour de **« l'opérateur pivot »** auquel il est fait référence dans le contrat de filière industrielle Silver Economie, ainsi qu'un modèle de financement alliant financement public et financement privé.

La Chambre Professionnelle propose en outre une méthodologie de conduite du changement qui est indispensable au regard de la transformation à apporter dans une optique de simplification et d'accessibilité au citoyen. Au vu de la complexité du système actuel et de sa sensibilité, Syntec Numérique préconise des « préfigurations » au niveau régional qui permettront de tester en grandeur réelle, et avant généralisation, la pertinence des modèles proposés, celle des services de prévention et d'accompagnement de la fragilité, et de capitaliser sur les enseignements tirés de ces préfigurateurs.

Résumé

Syntec Numérique souhaite que soient relancés les travaux du Comité de filière industrielle Silver Economie avec **la mise en place d'ateliers** permettant aux acteurs publics et privés de co-construire ces nouvelles solutions et de promouvoir une vision de l'action sociale, en intégrant les nouvelles possibilités offertes par le numérique. L'objet de ces ateliers est de faire converger l'économique et le social, en favorisant une approche pragmatique.

La Chambre professionnelle préconise d'inscrire ce **plan de modernisation dans une logique de territoire**, s'inspirant en cela du programme « Territoire de soins numérique » (TSN).

Elle recommande que **l'émergence de grands acteurs** soit favorisée afin d'accélérer ce changement et de l'inscrire dans la durée, dans un contexte où l'une des grandes caractéristiques est la multiplicité des petits acteurs ne permettant pas de mettre en œuvre l'ambition de la transformation attendue par le défi sociétal du bien vieillir.

Le développement d'un marché organisé

Compte tenu de l'évolution démographique, du développement de la prévention et des aspirations de chaque citoyen à bien vieillir, le domaine social est plus que jamais en première ligne des préoccupations des Français.

Syntec Numérique est convaincu que, grâce à un plan de modernisation, l'action sociale pourra optimiser son efficacité, avec le **développement de la prévention et de l'accompagnement** du bien vieillir.

Un marché organisé du bien vieillir peut ainsi se créer, il sera source de valeur pour la société (emplois de service, qualité de vie, bien-être) car il répond à ses attentes et il sera un moteur de croissance riche en emplois pour la filière numérique et en nouveaux emplois pour la filière du bien vieillir.

Syntec Numérique s'engage sur ces enjeux ambitieux et à la portée de l'ensemble des acteurs du bien vieillir.

Sommaire

Résumé 3

I - Introduction 6

1 Contexte de la Silver Economie en France 6
2 La transformation numérique de l'action sociale 9

II - Limites du système actuel 10

1 Les flux financiers autour de la dépendance : une complexité vertigineuse 10
2 Une multiplicité d'acteurs institutionnels œuvrant par filières cloisonnées 12
3 Une offre de services reposant essentiellement sur un réseau associatif 13
4 Les métiers d'expertise du social et du médico-social en quête d'évolution 14
5 Une gouvernance éclatée 15
6 Un système soumis à une forte pression financière 16
7 Conclusion 18

III - Eléments clés de la transformation nécessaire du système 19

1 Une politique de santé adaptée à chacun 19
2 « Le citoyen au cœur » : la maîtrise des parcours de vie 22
3 Un modèle d'organisation robuste : l'opérateur pivot 23
4 Un modèle économique viable 28
5 Un modèle de financement robuste 29
6 Une gouvernance nationale et territoriale 31
7 L'impérieuse nécessité des préfigurations 32
8 La numérisation des services et l'usage des technologies par les professionnels 33
9 Les filières métiers 38
10 Territoire et projet 38
11 Le développement de l'emploi 42

IV - Benchmark 43

V - Convictions de Syntec Numérique 46

1 Segmenter la population pour une offre de services pertinente 46
2 Une approche économique indispensable du domaine social et médico-social 46
3 La pertinence et l'urgence de faire entrer le domaine social et médico-social dans l'ère numérique 47

VI - Recommandations 49

1 Relancer le Comité de filière Silver Economie pour inscrire l'action sociale dans l'économie numérique 49
2 Construire un plan de modernisation de l'action sociale dans une logique de territoire 50
3 Faire émerger des grands acteurs pour accélérer la transformation de l'action sociale 51
4 Etablir une démarche proactive et intelligente de la gestion sur les données des seniors 51
5 Conclusion 52

VI - Annexes 53

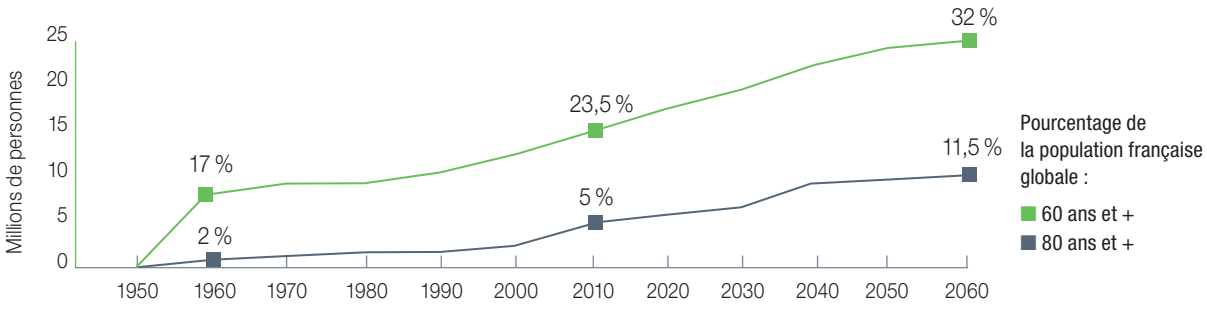
I - Introduction

I.1 Contexte de la Silver Economie en France

I.1.a La rupture démographique

L'allongement de la durée de la vie et le nombre de personnes âgées augmentent très rapidement. Le vieillissement se fait de plus en plus en bonne santé, et la vieillesse est de moins en moins synonyme de maladies ou de handicaps. Elle est moins perçue comme un handicap social et l'entrée dans la dépendance, même si elle se produit tardivement, ne doit pas devenir un motif d'exclusion de la société. Comme l'a relevé l'anthropologue française Bernadette Puijalon*, *« On est socialement vieux de plus en plus jeune et biologiquement vieux de plus en plus tard »*.

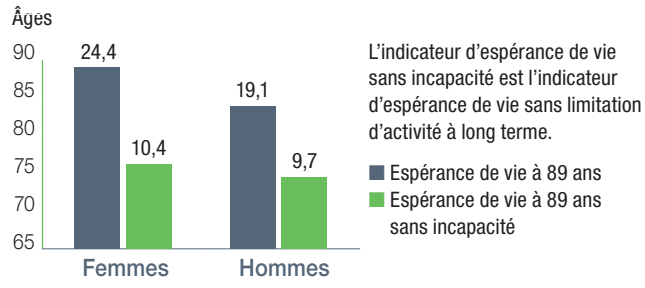
Vieillissement de la population française



Source : INSEE 2011

En France, il est prévu une augmentation très nette[1] du nombre de personnes dépendantes dans les prochaines années. Selon un scenario médian, on pourrait passer de 1,15 million de personnes dépendantes à 1,55 million en 2030 et 2,3 millions en 2060[2]. Mais ce n'est pas tant cette augmentation, ni le nombre de centenaires évalués à 13 000 à l'horizon 2030 qui constitue la « révolution de l'âge ». **Un tiers de la population française aura plus de 60 ans en 2030 : il s'agit là d'un changement profond pour notre société.**

Espérance de vie (EV) à 65 ans, en 2012



Source : EHLETS 2014

Par ailleurs, les seniors[3] occupent une place de plus en plus importante dans les dépenses de consommation. D'ici 2015, le CREDOC estime qu'il dépassera 50 % (sachant que pour le CREDOC, le consommateur devient « senior » à partir de 50 ans). Ce marché représentera un poids prépondérant dans les marchés de l'alimentation à domicile (60 %), de la santé (64 %), des équipements du foyer (58 %), des loisirs (57 %) ou encore des assurances (56 %). Or, parvenues à l'âge de 65 ans, les personnes âgées voient leurs dépenses de consommation courante diminuer.

1) Chiffres INSEE 2011
2) Source : Annexe, « La Silver Economie, une opportunité pour la France et ses Territoires – Propositions de la filière Silver Economie », 24 avril 2013
3) Source CREDOC : un senior a 50 ans et plus

** Compte-rendu de la réunion du 03/02/09, «Existe-t-il un racisme anti-vieux?», Assemblée Nationale - Groupe d'études parlementaires sur la longévité, intervention de Mme Bernadette Puijalon, anthropologue, université Paris XII Val-de-Marne*

C'est donc bien l'ensemble des activités économiques qui va être modifié par l'accroissement de la longévité de la population, la facilité d'usage devenant un facteur clé de succès des produits et services mis sur le marché, quel que soit l'âge de l'acheteur.
L'arrivée à l'âge de la fragilité de la population nombreuse issue du baby-boom questionne le système social et sanitaire français, construit autour de l'hôpital et de la maison de retraite, où sont privilégiées les formes les plus coûteuses de services : le soin plutôt que la prévention, l'hôpital plutôt que le domicile. En outre, la génération du baby-boom a vu le début d'Internet au travail et, à défaut d'être elle-même *digital native*, commence à être familière des outils numériques dont elle a appris à se servir, contrairement à la génération précédente.
C'est l'impact du vieillissement de la population sur le secteur économique de la santé, au sens que donne l'Organisation Mondiale de la Santé à ce terme, que nous nous attachons à mesurer plus spécifiquement dans ce document.

Le vieillissement de la population peut se décliner en trois temps

Entrée en retraite	Fragilisation	Perte d'autonomie
« L'âge où on est âgé sans être vieux »	« L'âge de la vieillesse »	« L'âge de la perte d'autonomie »
• Début de la retraite • Grand-parentalité • Autonomie totale et multiples activités, dynamisme • Difficulté potentielle : fin des relations professionnelles	• Premiers problèmes récurrents de santé • Perte de dynamisme • Premiers besoins d'aides • « Syndrome du glissement »	• Forte perte d'autonomie avec besoin d'aides techniques et humaines • Perte des capacités cognitives

Passage en général progressif

Passage souvent lié à des situations de crise (chute, maladie, perte d'un proche…)

Source : Rapport d'étude CDC « Autonomie et Bien Vieillir : habitat, territoire et numérique »

I.1.b Contexte de la Silver Economie en France

La **Silver Economie** concerne les biens et services qui peuvent être conçus par les différents secteurs d'activité pour couvrir les besoins liés à l'avancée en âge de l'ensemble de la population française, européenne et internationale. Ces biens et services relèvent notamment des secteurs du sanitaire, du social, de l'habitat, des loisirs, du tourisme, du transport, des services de proximité et de la communication.

L'essor de l'économie du vieillissement actif appelle à faire émerger une filière industrielle d'excellence liée à la Silver Economie dans notre pays : la France en a les compétences et les moyens.
La politique poursuivie sur l'ensemble de la chaîne de valeur est celle du bien vieillir, qui va de l'amélioration de la qualité et du confort de vie des personnes vieillissantes à l'augmentation de leur espérance de vie sans incapacité. Dans notre réflexion, nous nous intéresserons plus précisément à la partie de la Silver Economie qui concerne les personnes âgées actives, les personnes fragiles et les personnes dépendantes dans trois domaines : la prévention, l'accompagnement et l'adaptation de l'environnement.

La longévité, un défi sociétal majeur et un impact fort sur notre système de santé

Pour le secteur privé, il s'agit de se mobiliser concrètement : mettre à disposition et organiser de nouveaux services et produits, ce qui va générer des emplois et probablement de nouvelles entreprises sur de nouveaux marchés, et augmenter le chiffre d'affaire de ce secteur, permettant ainsi de consolider une filière industrielle.

Introduction

Le marché global de la Silver Economie représente 92 milliards d'euros en 2013 en Europe et dépassera les 130 milliards en 2020[1].

En France, le marché total est évalué en 2010 à 31 milliards d'euros (soit 1,59 % du PIB), dont 24 milliards correspondent à des dépenses publiques (prise en charge santé, APA, aide pour l'hébergement) et 7 milliards à des dépenses privées[2]. Avec l'évolution démographique envisagée, le marché pourrait augmenter de 0,81 points de PIB à horizon 2040, soit atteindre un total de 2,4 % du PIB.

La **Silver Economie « numérique »** peut être définie comme « l'ensemble des technologies offrant des services destinés aux personnes avançant dans l'âge ou à leurs aidants directs, ou aux professionnels accompagnant ces personnes ». Ces services tiennent compte des exigences d'usages liées aux besoins de bien vieillir du citoyen, impliquant les différents acteurs de son parcours de vie.

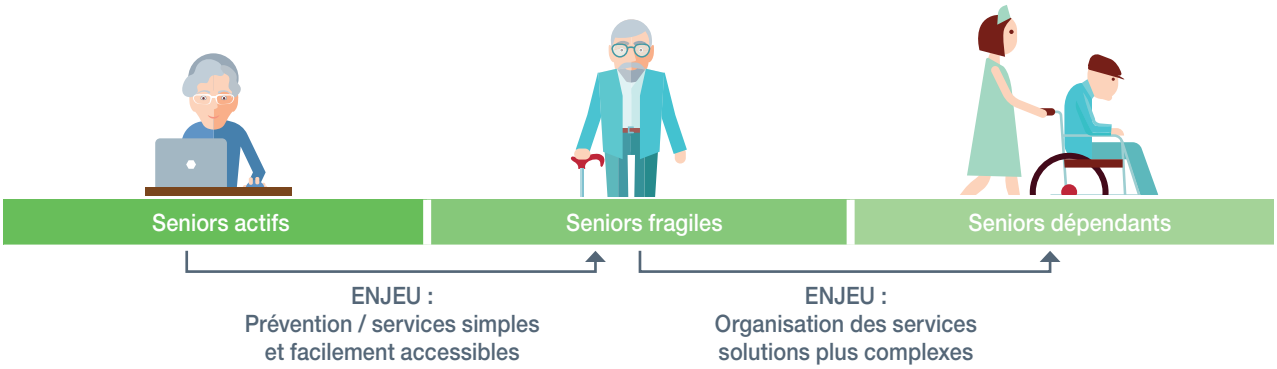
Les travaux sur la Silver Economie en 2013 ont donné lieu à une réelle impulsion et ont permis aux acteurs du domaine - institutions, financeurs, industriels (du numérique au bâtiment), entreprises de services à la personne de proximité et à distance - de se rencontrer, de partager un vocabulaire et une vision commune.

Cependant, les personnes concernées par le bien vieillir, qu'elles soient âgées actives, fragiles ou encore dépendantes, ne constituent pas encore à ce jour un marché pérenne : la filière industrielle doit se structurer pour se préparer à l'essor inéluctable de ce secteur.

La question qui est donc posée est celle de savoir comment accélérer le développement de ce marché potentiel et faciliter la constitution de cette filière industrielle pour le plus grand bénéfice des trois catégories de personnes concernées (âgées actives, fragiles et dépendantes).

Comme dans tout projet de changement, il est nécessaire de faire un état des lieux sans concession et d'expliciter la stratégie poursuivie. En l'espèce, ici, il s'agit de définir la stratégie du bien vieillir, de préciser les objectifs à atteindre et les trajectoires possibles soit d'évaluer les modèles et de faire évoluer des scenarii opérationnels dans le cadre de préfigurations à grande échelle, et d'identifier la contribution de la filière numérique à cette stratégie et à ses déclinaisons opérationnelles.

Trois grandes catégories d'âgés



Source : Document Orange Healthcare

1) EtudeLeMarchedesSeniors.com2013
2) Rapport « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », Bertrand Fragonard, 24 juin 2011

I.2 La transformation numérique de l'action sociale

La stratégie du bien vieillir telle qu'elle s'affirme dans le projet de la loi « Adaptation de la société au vieillissement » s'articule autour des trois axes suivants :

- anticipation et la prévention ;
- adaptation de la société au vieillissement de la population ;
- accompagnement de la perte d'autonomie.

La stratégie du bien vieillir, notamment à domicile, doit s'appuyer sur la transformation numérique

La stratégie du bien vieillir se construit en respectant les principes d'égalité d'accès aux aides, à l'information et aux soins, ceux de la protection et du libre choix du citoyen et de son entourage. Elle s'appuie sur la stratégie nationale de santé qui promeut la prévention.
Cette stratégie vient en appui d'une politique de maîtrise des dépenses publiques : éviter les hospitalisations non justifiées et retarder le placement en institution.
Notre société et son organisation ne permettent pas aujourd'hui d'atteindre ces deux objectifs vertueux, démocratiques et socialement responsables, alors que les contraintes budgétaires renforcent la nécessité de les atteindre.

L'enjeu organisationnel est donc d'accompagner le changement de paradigme de notre modèle de prise en charge : passant de l'épisodique au continu et coordonné, du réactif au proactif et de l'hospitalo-centré à l'intégré autour du domicile, en adaptant le service à l'individu dans ses dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale.

Si la France fait partie des pays à la pointe pour la longévité, il n'en va pas de même pour l'espérance de vie sans invalidité où elle se place dans la moyenne des pays européens. Force est de constater que, malgré les dépenses importantes que consacre notre pays à la santé et au soutien aux personnes âgées, la perte d'autonomie touche inégalement les individus. De nouveaux modes d'organisation doivent être mis en place afin de faire reculer la dépendance dite « évitable », et pour augmenter les possibilités de soutien à domicile des personnes âgées. Cet enjeu répond au souhait de vivre à domicile exprimé par une très large majorité de seniors, et permet de soutenir les aidants familiaux.

Syntec Numérique, considérant les nombreuses solutions innovantes qui émergent du secteur associatif, des aidants, et de structures professionnelles, porte la conviction que le numérique peut aider à un meilleur accès aux soins, à une meilleure prévention et qualité de vie : cette conviction essentielle a animé le groupe de travail.

L'espérance de vie en bonne santé en 2008

Pays	Homme	Femme	Pays	Homme	Femme
Allemagne	55,8	57,4	Luxembourg	64,8	64,2
Autriche	58	59,5	Pays-Bas	62,4	59,8
Danemark	62,3	60,7	Pologne	58,4	62,6
Espagne	63,7	63,2	Portugal	59	62,6
Grèce	65,4	65,8	Suède	69,2	68,7
France	62,4	64,2			

Source : Chiffres Eurostat 2008

II - Limites du système actuel

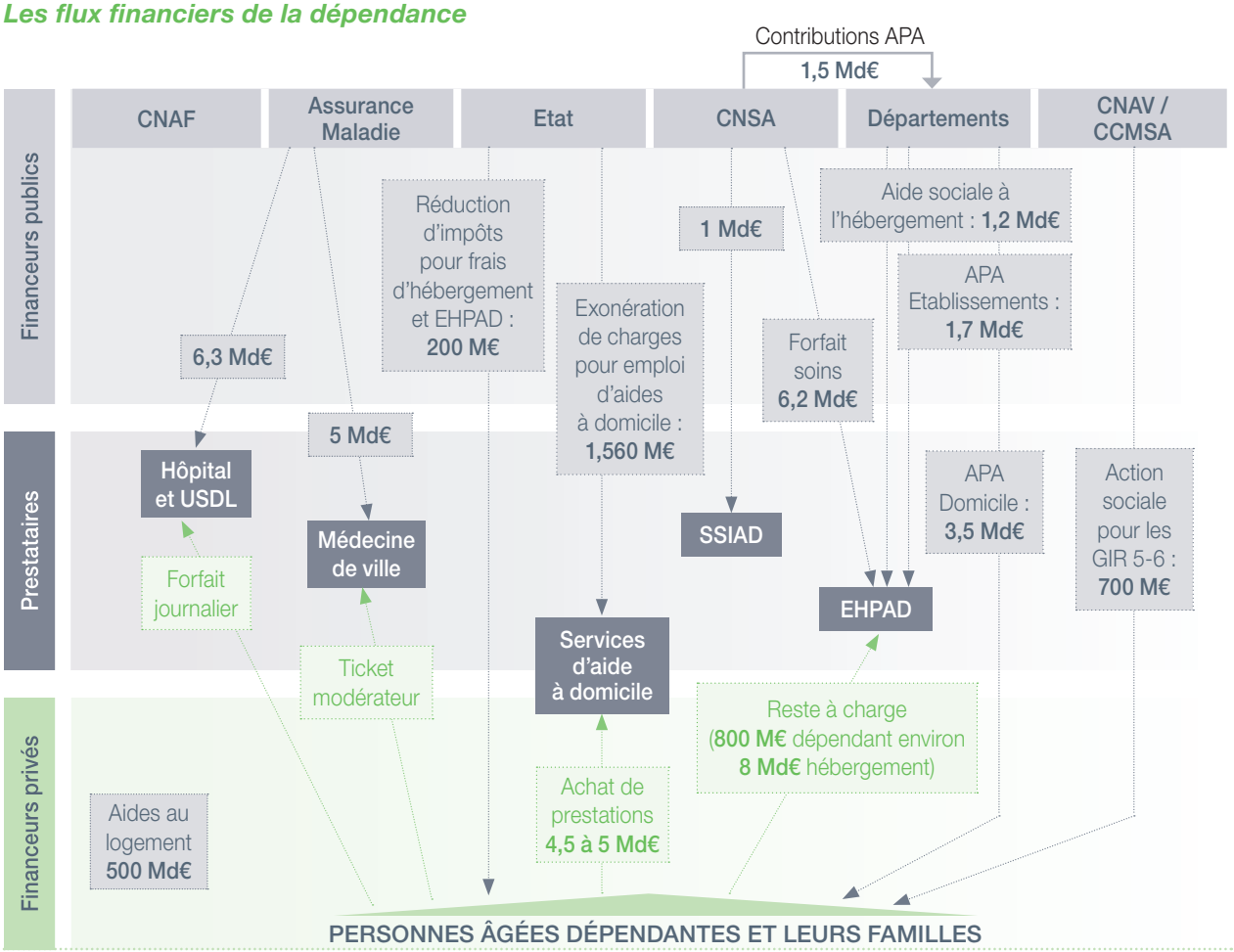
Les limites du système actuel sont largement connues : **les moyens sont présents mais non structurés et peu lisibles par le citoyen et par les acteurs du secteur**. Emiettement des structures, dispersion du financement, offre de produits et services éclatée, réalisée par de très petites entités : le bien vieillir s'inscrit aujourd'hui dans un écosystème d'une rare complexité et sans gouvernance claire.

II.1 Les flux financiers autour de la dépendance : une complexité vertigineuse

La masse financière consacrée à la dépendance a été évaluée à 24 milliards d'euros pour la partie financement public en 2011[1]. Ces calculs (établis dans le rapport « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » de Bertrand Fragonard) n'ont pas été remis en cause par la suite ; si on les complète avec le coût de la médecine de ville et l'apport des aidants, c'est plus de 43 milliards d'euros que la société consacre globalement au 1,2 million de personnes dépendantes, soit environ 4 000 euros par mois, ce qui semble peu en rapport avec la qualité de vie réelle des personnes concernées.

> Une dépense faible en rapport à la qualité de vie réelle

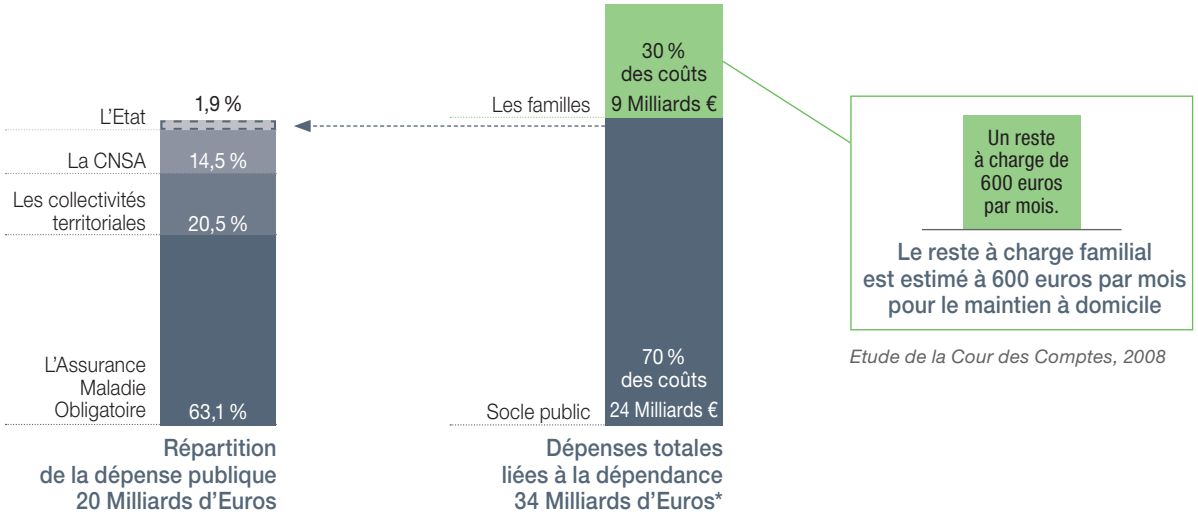
Les flux financiers de la dépendance



Source : F. Heyriès pour Orange, juin 2011

1) Rapport « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », Bertrand Fragonard, 24 juin 2011

Le poids de l'Etat dans la prise en charge et le financement de la dépendance des seniors



Etude de la Cour des Comptes, 2008

Source : Etude de la Cour des Comptes, 2005

Les principaux financeurs publics de l'aide à l'autonomie

Principaux financeurs	Conseils Généraux (APA)	Assurance maladie	Etat	CNAV	Caisses de retraite	CNAF	CNSA	ANAH
Besoins								
Soutien à domicile	■		■	■	■		■	
Adaptation du logement / Prévention	■		■	■	■		■	■
Aide à l'accueil en établissement	■	■	■	■	■		■	
Aides sociales	■			■	■	■	■	
Aides au aidants		■	■	■	■		■	
Soins médicaux		■						
Prévention		■		■	■		■	

Source : Rapport d'étude CDC « Autonomie et Bien Vieillir : habitat, territoire et numérique »

II.2 Une multiplicité d'acteurs institutionnels œuvrant par filières cloisonnées

Construite en filière étanche, l'action sociale se coordonne tant bien que mal autour du bénéficiaire. Ce sont les contrats de collaboration, les protocoles d'accord, les partenariats, établis par les CCAS qui sont au plus près de la population fragile avec des réseaux de soins, les SSIAD ou les CLIC, ou encore les accords de coopération de la méthode MAIA. Ce mode de coopération fonctionne essentiellement grâce à l'implication personnelle des acteurs du terrain. **En réalité, la coordination des professionnels est surtout réalisée par les aidants du bénéficiaire qui sont les seuls à établir une approche pragmatiques des besoins.**

Le HCAAM a évalué dans son rapport 2011 le coût des journées d'hospitalisation indues des personnes âgées dépendantes à 2 milliards d'euros chaque année, soit en raison d'une hospitalisation non justifiée en amont, mais qui permettait la prise en charge pendant le week-end d'une personne isolée, soit parce que le retour à domicile était problématique.

La difficile collaboration des professionnels

A cet égard, l'organisation du retour à domicile d'une personne âgée après hospitalisation et son suivi, est illustrative de cette complexité et des aberrations induites. Trois professionnels doivent se coordonner avec la famille pour organiser ce retour :

- l'assistante sociale de l'hôpital qui connaît la date de sortie possible de l'institution et a accès aux informations relatives aux besoins de l'accompagnement médical nécessaire ;
- l'assistante sociale du département, qui va proposer une aide-ménagère intervenant au « bon » moment (par exemple dans le cadre de l'APA) ;
- l'assistante sociale de la CCAS qui va déclencher les services de portage de repas et de suivi de proximité.

Ce constat illustre à quel point une gestion pro-active, coordonnée et partagée, des besoins de prise en charge transversaux s'appuyant sur un outil de partage numérique (fiche de liaison médico-social partagée par exemple), est nécessaire pour rendre ce suivi efficient, efficace et pertinent. Ce suivi, sans soutien numérique aujourd'hui, est une « mission impossible », sauf à ce qu'un aidant coordonne personnellement ces trois professionnels.

Les projets PAERPA déclinés sur les neuf territoires arrêtés en mai 2013 sont chargés d'apporter des solutions locales. Généralisables au niveau national pour améliorer le parcours de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie », ils visent à optimiser et fluidifier les parcours des personnes âgées de 75 ans et plus qui se trouvent en situation de perte d'autonomie. La complexité de coordination au niveau local est telle que l'identification de la cartographie des acteurs, avec leurs périmètres d'intervention et de leurs missions, la complémentarité des missions, voire le chevauchement des missions, est une étape que les neuf régions n'ont pas encore toutes franchies. Pour les projets les plus avancés, le guichet unique intégré comme perspective organisationnelle est évoqué, basé sur la méthode MAIA[1].

1) http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_CahierPe_degogique_MAIA_HD.pdf

II.3 Une offre de services reposant essentiellement sur un réseau associatif

L'offre de proximité repose essentiellement sur un ensemble de très petites organisations. Si elles sont agiles localement, elles n'ont pas ou peu de capacité d'investissement, notamment dans les technologies numériques : pour mémoire, les services à la personne mobilisent 1 300 000 employés en gré à gré et 224 000 employés dans 8 600 structures.

Structure d'accueil et emploi : prestataires de services à la personne

	Nombre de prestataires (sociétés)	Nombre d'employés
Ensemble des prestataires	≈ 8 600 structures : • entreprises • associations • publiques	≈ 224 000 employés
Prestataires de moins de 50 employés	≈ 6 500 structures (75 %)	≈ 73 000 employés (33 %)
Prestataires de plus de 50 employés	≈ 2 100 structures (25 %)	≈ 151 000 employés (67 %)
Intervenants occasionnels	*indépendants*	*≈ 1 300 000 indépendants*

Source : MISAP, chiffres 2010

Pour le soutien à l'autonomie, les offres divergent peu du soutien à la personne de proximité : des technologies telles que le médaillon d'alerte sont assez répandues, même si leur pertinence est parfois questionnée et leur usage limité. Des solutions alternatives ne sont aujourd'hui pas déployées, faute de suivi coordonné et de financement suffisant, comme évoqué ci-dessus.
Si les aidants trouvent sur Internet des informations et propositions de services (réseau de proximité, conseils, blogs entre aidants…), l'information personnalisée n'est pas encore facile d'accès. Quant aux offres de prévention, elles apparaissent encore peu matures car elles ne s'appuient pas sur une architecture de services d'accompagnement plus globale.

Périmètre et financement restreints, services pauvres

L'agilité locale des petites structures permet l'émergence de nouvelles offres de services, répondant à des besoins évidents comme le portage de courses à domicile par exemple, proposé par la Maison des services à la Personne de la Gohelle, dans le Pas-de-Calais. Ce type de services bénéficierait d'un modèle économique favorable s'il était structuré à une échelle plus importante (dans l'exemple cité, le service est proposé à l'ensemble de la population, pas seulement à la population âgée). Il est illustratif des nouveaux modes de fonctionnement à établir avec pragmatisme pour répondre à des besoins quotidiens, en s'appuyant sur l'usage des technologies du numérique qui permettent d'en dessiner les processus, et de construire un circuit d'information fiable, efficace et qui plus est sain du point de vue du modèle économique.

Ce type de services, plus riche, mieux adapté aux contraintes individuelles, ne peut être déployé avec pertinence et efficacité économique s'il ne touche pas une échelle de population suffisamment importante.

II.4 Les métiers d'expertise et en quête d'évolution du social et du médico-social

Comme les métiers du domaine médical, les métiers du domaine social et médico-social se caractérisent par une extrême spécialisation.

Des nouveaux métiers hybrides apparaissent et ne correspondent pas aux fonctions, parcours de formation et parcours professionnels actuels. C'est le cas du *case manager* repris de l'expérience canadienne de coordination des soins. Il apparaît dans certaines structures de coordination comme les MDPH ou les MAIA : doit-il être exercé par une infirmière, par une assistante sociale, ou être un métier avec une évolution de carrière afférente ?

Repenser les métiers pour une meilleure efficacité des professionnels autour du bénéficiaire

L'étude « Coordination et Parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut parue en 2014 montre avec intelligence comment, « pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, professionnels et associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social ». Très fouillé, le livre propose une typologie des professionnels de la coordination, notamment gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission.

Ces éléments mettent en exergue la limite d'un système où des coordonnateurs coordonnent d'autres coordonnateurs, à l'opposé des systèmes industriels où l'organisation vise à éviter les aléas de la coopération et où les métiers évoluent pour permettre une progression horizontale et verticale (conjugaison de compétences et possibilités de promotion). Ces constats renforcent la réflexion de fond, qui conduit à recréer des métiers autour d'objectifs pragmatiques. Cette réflexion est aujourd'hui permise par le soutien des solutions numériques qui permettent, par une architecture intelligente et sécurisée des circuits d'information, de s'affranchir de nombreuses étapes de coordination sans valeur ajoutée pour le bénéficiaire.

En outre, l'évolution de la démographie médicale, avec une population de médecins généralistes d'âge moyen de plus de 55 ans et la désaffection des nouveaux diplômés pour ce rôle clé de suivi des personnes âgées fragiles, va exiger d'imaginer de nouvelles organisations plus économes en temps d'expertise de ces médecins : repenser la coordination des soins sur la base d'un circuit d'information performant contribuera à permettre à chaque citoyen de bénéficier d'un accès à un temps précieux de suivi médical, et valorisera aussi (le contenu de la profession) les médecins généralistes en les dégageant d'un temps vu comme « administratif, sans valeur ajoutée » par les professionnels.

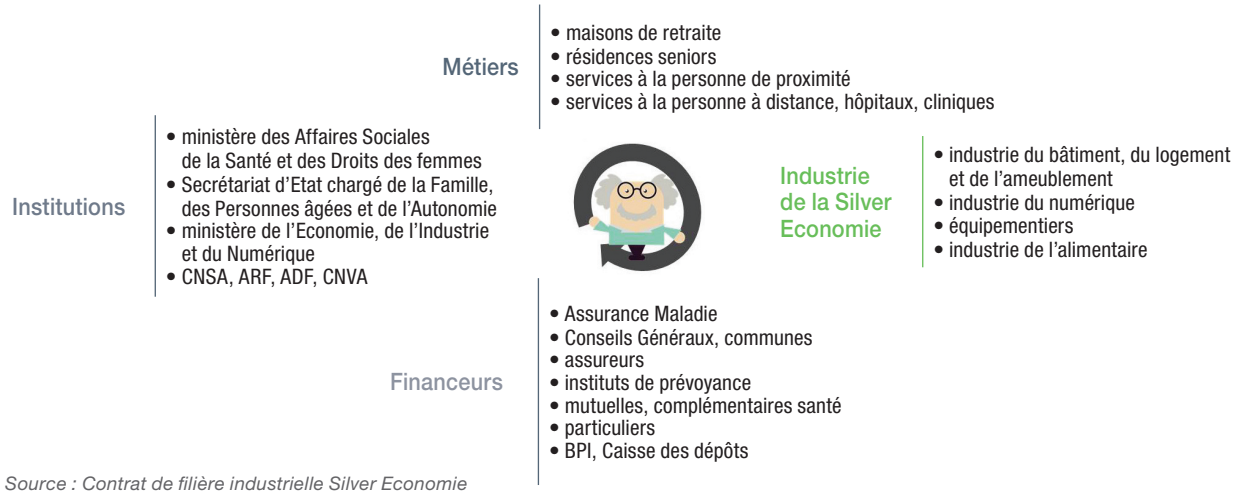
II.5 Une gouvernance éclatée

Les travaux relatifs au contrat de filière industrielle Silver Economie ont permis d'identifier **quatre types d'acteurs-clés du domaine social et médico-social** :

- les institutionnels de la santé ;
- les entités métiers ;
- les financeurs ;
- les industriels.

Auxquels se rajoutent les acteurs de la recherche (CHU, Gérontopoles, Livings Labs).

Quatre grands types d'acteurs pour l'accompagnement du vieillissement



Source : Contrat de filière industrielle Silver Economie

La gouvernance du domaine de l'action sociale est également d'une rare complexité car elle comporte différents acteurs non coordonnés :

- les ministères en charge des Affaires sociales coordonnés par un secrétariat général abrité par le ministère des Affaires sociales et de la Santé (les domaines concernés sont le sport, le logement, le travail, l'économie…) ;
- les collectivités locales - notamment les départements, qui ont été confortés récemment comme chefs de file du domaine social, dont l'action est indépendante des ministères, c'est notre Constitution qui le garantit, des ministères ;
- la CNSA qui collecte une partie du financement de la dépendance ;
- la CNAV et son action sociale au travers des CARSAT ;
- la CNAM, organisme paritaire indépendant de l'Etat, incontournable dans son rôle de financeur.

La coopération de ces décideurs est instruite principalement par des modes de contractualisation : ONDAM, contrat de filière.
Des structures de concertation existent, à l'instar de la Conférence des ARS et de la future Conférence de Financeurs que la loi « Adaptation de la société au vieillissement de la population » a créée dans chacun des départements. France Silver Eco est constituée en collèges, qui représentent les quatre grands types d'acteurs cités ci-dessus, ainsi qu'un collège recherche, qui complète le dispositif.

Il apparait cependant que le seul lieu de coopération réunissant l'ensemble des acteurs, y compris l'Etat, est le Comité de filière industrielle Silver Economie.

II.6 Un système soumis à une forte pression financière

Le secteur du médico-social est protéiforme : il présente une grande dispersion des typologies de structures qui sont liées aux territoires bien en deçà du département. Au niveau national, cela ne représente pas moins de 30 000 structures d'accueil et de service.

Par ailleurs, les revenus actuels de la population concernée ne permettent pas de faire face à la prise en charge de la dépendance : il faut rappeler qu'aujourd'hui la retraite médiane est de l'ordre de 800 euros par mois (la retraite moyenne est plutôt de l'ordre de 1 200 euros par mois[1]), et la tendance est plutôt à la baisse. Le coût pour une maison de retraite étant globalement de 100 euros par jour[2], cela représente un vrai problème pour une très grande majorité de personnes, incapables financièrement de payer entre 1 500 et 3 000 euros par mois selon les régions. Ainsi, plus de 50 % des Français ne peuvent envisager d'aller en maison de retraite (ce qui correspond à une prise en charge « haut de gamme » de la dépendance) et il est donc nécessaire de prévoir des alternatives répondant de manière plus globale aux besoins de la population. Rester à domicile est l'alternative privilégiée.

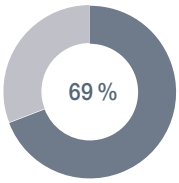
L'habitat des seniors - photographie



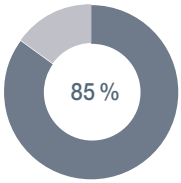
Source : DREES, interprétation VERTONE/Institut SilverLife

1) DREES, http://www.drees.sante.gouv.fr/les-retraites-et-les-retraites-edition-2014,11295.html
2) http://maison-de-retraite.comprendrechoisir.com/comprendre/maisn-de-retraite-tarifs

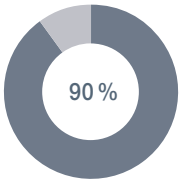
Quelques chiffres sur le souhait d'hébergement des seniors Français



déclarent ne pas pouvoir assumer le coût d'un hébergement médicalisé



des plus de 90 ans vivent chez eux



estiment qu'il est préférable de vieillir à domicile plutôt que d'intégrer une maison de retraite

Source : Document Orange Healthcare[1]

L'accompagnement ou la prise en charge à domicile d'une personne âgée en difficulté et / ou désorientée nécessite des réponses multiples. Par conséquent, la coordination de nombreux acteurs autour du domicile est sollicitée. L'évolution de la démographie médicale (pénurie des personnels de santé et médico-sociaux, déserts médicaux), le vieillissement de la population avec l'accroissement corollaire des maladies chroniques (cancer, diabète…), met sous tension ce système d'organisation en silo dont l'efficience est largement questionnée.
Il ne s'agit plus seulement de « coordonner » mais de « mieux organiser » : la complexité des relations, la parcellisation des relations sont telles que l'usage d'outils informatisés partagés pouvant fluidifier l'échange d'informations est assez illusoire.

L'accroissement de la demande nécessitera, demain, une restructuration globale du domaine social :

- demande de plus en plus forte de prise en charge de personnes âgées (vieillissement de la génération du baby-boom) ;
- demande d'amélioration de la qualité de vie des personnes ;
- demande accrue de qualité face aux dépenses constatées ;
- demande nouvelle de la génération des papy-boomers qualifiés souvent de « Wifi-boomers » : souhait de mobilité et de liberté, malgré l'avancée en âge, de la génération Mai 68.

D'autre part, la rationalisation des dépenses sanitaires et sociales, tant publiques que privées, devient un impératif dans le contexte de l'endettement de la France.

Sans remettre en cause un certain type de fonctionnement en réseau - le rôle des aidants familiaux, des associations de bénévoles est totalement reconnu et indispensable -, il est nécessaire de « charpenter » le domaine social qui doit connaître une véritable refonte de ses modes de fonctionnement.

Certaines initiatives, telles que celles expérimentées en Suisse, peuvent nous inspirer dans cet effort pour nous aider à structurer et accompagner l'aide à nos anciens[2], la solidarité et l'animation locale permettant aux plus démunis de terminer sereinement leur existence, dans des conditions d'équité d'accès aux soins et services.

1) http://healthcare.orange.com/a-la-une/a-la-une/2014/infographie-bien-vieillir-chez-soi
2) http://www.foyers-jour-nuit.ch/

II.7 Conclusion

Le système de santé français s'est construit après-guerre, à un moment où la longévité était de 60 ans, et où prédominaient les maladies infectieuses touchant principalement des sujets jeunes : il reste centré sur les institutions que sont l'hôpital et la maison de retraite. Les derniers plans (hôpital numérique et rénovation des EHPAD) confortent ce système.

La « première ligne » des acteurs, constituée par les travailleurs sociaux, les prestataires de services à la personne, les infirmiers à domicile, la médecine de ville, les pharmaciens, est très éclatée et ne peut absorber la demande croissante de soutien. Or c'est bien cette structure de première ligne qui amortit les profonds changements de la population qui nous occupe : demande de soutien à domicile, disponibilité des médecins généralistes (dans un contexte de pression accrue sur les urgences hospitalières qui ne peuvent se substituer à la médecine de première urgence), demande de soutien financier des familles et pour les aidants non professionnels.

Une première ligne d'acteurs à restructurer, des nouveaux services à délivrer

Il faut réinventer une offre de service avec des coûts de fonctionnement et de facturation optimisés pour être en adéquation avec le pouvoir d'achat de la population. Le numérique permet de créer des solutions alternatives, de réfléchir à des modes organisationnels pertinents et de mettre en œuvre des modèles économiques adaptés : il doit jouer pleinement son rôle, et les acteurs du domaine se saisir de cette opportunité.

Le vieillissement de la population oblige à avoir une action sociale économiquement viable, donc plus industrielle, mais également plus personnalisée : les technologies numériques permettent aujourd'hui de concilier ces objectifs.

III - Eléments clés de la transformation nécessaire du système

Le domaine social et médico-social doit se rénover selon deux dimensions :

- la refonte de l'action de prévention et d'accompagnement du vieillissement ;
- la transformation numérique du métier.

Les entreprises du numérique apportent une réelle vision de l'évolution envisageable pour ce domaine, par leur savoir-faire en matière de transformation des organisations et de conduite du changement, et par leur compétence en gestion de systèmes d'information. Cette vision, exposée dans ce Livre Blanc, doit être confrontée à la réalité des métiers : ce sera chose faite avec les travaux engagés dans le cadre du partenariat lancé avec la FEHAP.

La refonte de la prévention et de l'accompagnement : une priorité citoyenne

III.1 Une politique de santé adaptée à chacun

Avant toute transformation, il est indispensable que les acteurs soient bien alignés sur la stratégie : la complexité du système social et médico-social exposée ci-dessus renforce ce prérequis. La stratégie du bien vieillir est fondée sur la priorisation et l'articulation de la prévention, et de l'accompagnement de la perte d'autonomie. **Rester le plus longtemps possible autonome à domicile**, est le souhait de nos concitoyens mais également un impératif économique.

La mise en œuvre de la stratégie du bien vieillir consiste globalement à retarder le basculement d'une personne âgée active en une personne fragile, et d'une personne fragile en une personne dépendante en privilégiant le domicile : c'est une politique de santé populationnelle à construire.

Quelles catégories pertinentes de personnes âgées ?
La prise en charge comme l'accompagnement des personnes âgées sera d'autant plus pertinente qu'elle s'appuiera sur une organisation robuste et une approche globale permettant la flexibilité des services ainsi que sur un modèle économique explicite, adaptées au segment de population concerné.

En matière de vieillissement de la population, il ne semble pas pertinent de cibler les personnes en fonction de leur âge seul, mais par rapport :

- à des temps forts de la vie ;
- à la notion de dépendance ou de fragilité ;
- ainsi qu'au territoire dans lequel elles vivent, professionnels qualifiés.

C'est un chantier stratégique en soi que de définir plus précisément la segmentation des populations concernées avec des outils d'évaluation partagés : **cette segmentation permet d'affiner notre compréhension des besoins des personnes âgées et des services attendus**.

Jusqu'à présent, le critère chronologique est le seul critère définissant le caractère âgé d'une personne : ainsi à partir de 60 ans une personne peut prétendre à des aides au titre de la vieillesse et 75 ans, l'âge des personnes concernées par les projets PAERPA.

Sans remettre en cause ce critère d'âge chronologique, les travaux sur la Silver Economie ont permis d'identifier la rupture que constitue la retraite. C'est ainsi que la retraite pour un militaire, même jeune, est un moment charnière pour la santé : il passe d'une vie rythmée par le sport et l'activité à une vie plus sédentaire. C'est une période charnière en termes de revenus (avec la plupart du temps une baisse de revenus conséquente nécessitant l'adaptation du train de vie) et de besoins éventuels d'accompagnement financier.

De plus, l'ANI[1], signé début 2013, avec la prévalence des contrats collectifs, nécessite pour les organismes de complémentaires santé de porter une attention accrue au passage de leurs assurés à la retraite où des contrats individuels peuvent être recherchés. La préoccupation de la fidélisation amène certaines politiques de complémentaires santé à accompagner spécifiquement les salariés vieillissants.

Ainsi, avec les travaux sur la Silver Economie, une nouvelle nomenclature est introduite :

- « âgé actif » pour une personne à la retraite en forme ;
- « âgé en perte d'autonomie » pour une personne évaluée de 6 à 1 par la grille AGGIR ;
- la catégorie de population située entre ces deux notions correspond aux « âgés fragiles ».

Les besoins principaux des trois grandes catégories d'âgés





Les âgés actifs	Les âgés fragiles	Les âgés dépendants
Bien-être et prévention	bien vieillir chez soi Suivi à distance des maladies chroniques	Domicile connecté, maison de retraite connectée, hôpital connecté

Source : Document Orange Healthcare

Les principes d'évaluation des personnes âgées ne sont pas complètement partagés entre les acteurs du monde « social » et « médical », privé ou public. Le référentiel qui apparaît le plus partagé aujourd'hui est la grille AGGIR, un outil d'éligibilité qui détermine le niveau de dépendance d'une personne âgée et du montant de l'aide sociale dont elle peut bénéficier.

La Grille AGGIR

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens.

Elle concerne les personnes à domicile ou en établissement et sert de support pour déterminer le montant de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) qui sera versée.

Cette grille comprend 17 variables se rapportant au comportement, à la communication, à l'orientation dans l'espace et dans le temps, à la réalisation de la toilette et de l'habillage, à l'alimentation, à l'élimination, aux transferts et aux déplacements à l'intérieur.
Chacune de ces variables est évaluée et codifiée (A, B ou C) en fonction du degré de dépendance.

1) http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/rub1716/accord-competitivite-securisation-emploi-mesures-portee-encore-incertaine.html

En complément, les experts commencent à s'appuyer sur une grille commune de fragilité pour évaluer la fragilité d'une personne âgée.

Fragilité

L'état de fragilité est souvent décrit en utilisant les critères proposés par Fried*.

Elle est évaluée en tenant compte de cinq symptômes facilement identifiables : perte de poids involontaire, épuisement ressenti, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. L'individu est considéré comme fragile s'il présente trois ou plus de ces critères, et pré-fragile en présence d'un à deux de ces critères.

Quels services pour quelle catégorie de personnes âgées ?

Une réflexion est à mener sur les services à délivrer et les moyens à mettre en œuvre pour retarder le basculement d'une catégorie populationnelle dans une autre.

Dans l'immédiat, les besoins des personnes âgées actives commencent à être bien identifiés – confort, robustesse, simplicité – et ces besoins sont ceux du grand public. Pour ce qui a trait à la fragilité ou la perte d'autonomie, la prévention de la dépression, de la dénutrition et des chutes (ces trois items étant souvent liés) est déterminante. Il est prouvé que le lien social et l'activité physique peuvent retarder la fragilité. On sait également que la prévention des chutes est clé dans le recul de la perte d'autonomie.

Mettre en œuvre des services pour une large population, observer les usages réels et les impacts sur la santé globale est déterminant pour mieux comprendre le bien vieillir pour chaque segment de population.

Il y a donc un **grand chantier à ouvrir pour préciser quels sont les services pertinents par rapport à chaque segment de la population senior**. Ce chantier sur l'efficacité des services est indispensable si un financement assurantiel est recherché.

Quels services, dans quel lieu ?

Le domicile est l'endroit privilégié de délivrance des services, évitant des séjours parfois douloureux en institution. Permettre une adéquation des services, dans des lieux pertinents et accessibles, en fonction des populations présentes dans un territoire donné est un chantier à ouvrir.

Source : Haute Autorité de Santé, « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? », Points clés, solutions et organisation des parcours, juin 2013

III.2 « Le citoyen au cœur » : la maîtrise des parcours de vie

Les pouvoirs publics, conscients de la dispersion des entités en charge de personnes âgées, ont mis en avant la nécessité d'un parcours coordonné des services apportés :

- parcours de santé pour la coordination des soins de la médecine de ville et de l'hôpital pour le bénéfice du patient ;
- parcours de fragilité pour la coordination des équipes sociales et médico-sociales autour de la personne en risque de fragilité ;
- parcours de vie, avec notamment une meilleure coordination entre domicile et institution pour la personne âgée.

Le parcours de vie, un début de rationalisation de l'action sociale

Derrière ce terme « parcours », emprunté au vocabulaire des entreprises de service – le « parcours client » – se dessine la préoccupation de mettre la personne au cœur du dispositif social, médico-social et sanitaire, et non plus d'aligner des services d'expertise.
La loi Kouchner de 2002 place le patient au cœur du dispositif de santé, notamment en terme d'organisation des services d'accompagnement et de soins. Il est temps de tirer les conséquences de cette disposition : elle doit se traduire par une déclinaison des parcours et des objectifs de qualité qu'ils visent, une nouvelle articulation des fonctions et des processus-clés ainsi qu'une clarification des modèles économiques sous-jacents pour pérenniser les services apportés.

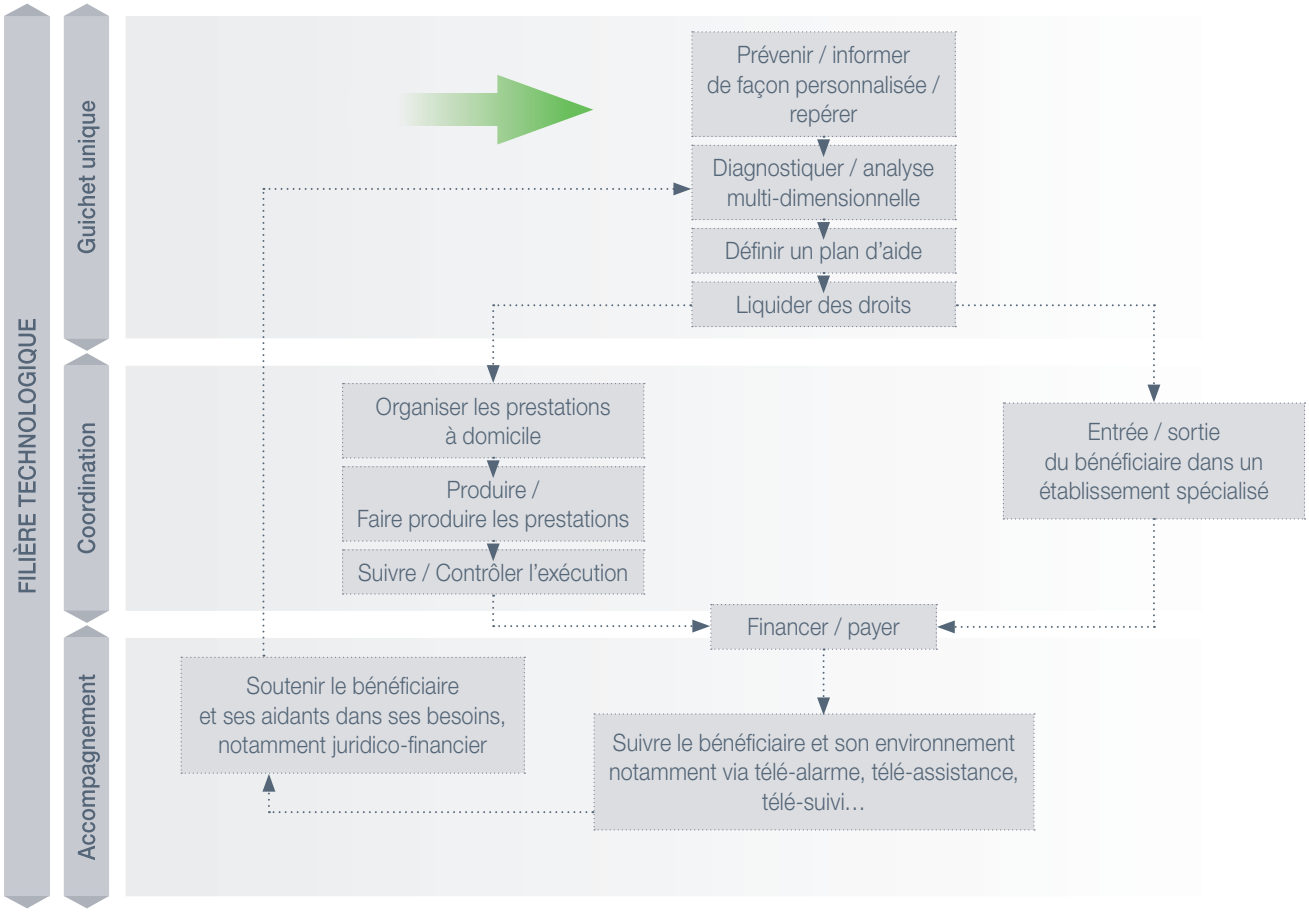
La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner, a été élaborée pour :

- développer la démocratie sanitaire ;
- améliorer la qualité du système de santé ;
- mieux préparer les risques sanitaires.

III.3 Un modèle d'organisation robuste : l'opérateur pivot

Les premiers travaux de la Silver Economie ont permis d'expliciter les fonctions et processus-clés de l'accompagnement du vieillissement, prenant en compte la réalité des deux grands axes de réponse à la dépendance : la grande dépendance nécessite l'accès à un hébergement en structure dédiée, plus ou moins médicalisée d'une part, les autres niveaux de dépendance nécessitent des offres adaptées pour rester à son domicile d'autre part.

Les fonctions clés de l'action sociale et médico-sociale auprès des personnes fragiles et dépendantes



Source : CSC, Orange, Axa Assitance, CNP : Lancement de la Silver Economie, 24 avril 2013

Le rôle de l'opérateur pivot serait de mettre en place une organisation robuste pour :

- **apporter des informations pertinentes**. Ces informations doivent être articulées selon leur échelle géographique, nationale, territoriale voire extrêmement locale ;
- **avoir une vision consolidée des financements** dont peut bénéficier la personne âgée. Cela nécessite de clarifier les financements pertinents ;
- définir un **plan de vie** avec le bénéficiaire, c'est-à-dire proposer un compromis entre ses aspirations (activités, loisirs…), sa situation matérielle et sa santé, en intégrant les services disponibles localement ou à distance et les capacités de financement privé et public ;
- **déclencher et suivre ce plan de vie** quand le besoin se fait sentir (notamment lors de l'entrée / sortie d'hospitalisation) ;
- **gérer l'alerte** (télé-assistance de base ou évoluée) ;
- **donner une vision consolidée de la prise en charge pour le territoire** notamment avec l'établissement du modèle médico-socio-économique pour le « juste » niveau de prise en charge globale et individuel.

Cette organisation robuste est portée par « l'opérateur pivot », comme décrit dans le Contrat de filière industrielle Silver Economie : c'est une entité, avec un directeur, des objectifs et des ressources. Pour un territoire donné, l'opérateur pivot est appelé à jouer le rôle de coordonnateur opérationnel du vieillissement de la population. Il accompagne également le déploiement de services pour les personnes âgées actives. Il est l'acteur opérationnel de la maîtrise du vieillissement « en bonne santé » pour le territoire. L'opérateur pivot se construit à partir des structures métiers existantes sur le territoire. Il vient ainsi en appui de la « première ligne » existante (médecins traitants, acteurs sociaux, infirmiers libéraux ou en association, entreprises de service à la personne, professionnels du para médical…). Avec la montée en charge de l'opérateur pivot, cette première ligne évoluera progressivement. **C'est l'objet de l'appel d'offres Autonom@dom du département de l'Isère.**

L'opérateur pivot : un axe de progrès fondamental pour simplifier le système et permettre l'accessibilité aux services pour tous

L'opérateur pivot

Les premières réflexions menées, appuyées par les expérimentations en cours, ont permis d'identifier les missions principales de l'acteur pivot :

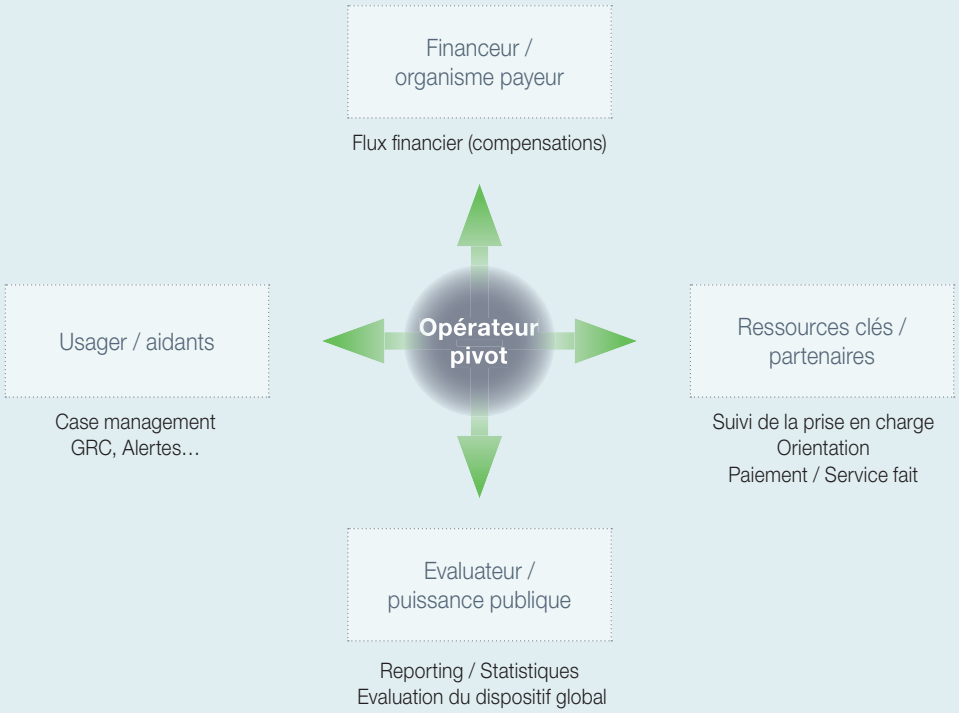
- le guichet unique d'accueil de tous, bénéficiaires, bénéficiaires potentiels et aidants, ou professionnels (numéro unique de contact d'information personnalisée avec éventuellement un lieu identifié de réception du public concerné) ;
- l'analyse personnalisée de situations multidimensionnelles avec l'implication des acteurs de proximité immédiate, et avec une vision consolidée des financements disponibles, publics ou privés, dans le but de définir le plan de vie global ;
- le repérage en amont des situations personnelles délicates ;
- le case management (suivi des situations complexes) et la coordination des acteurs opérationnels ;
- la coordination simple de proximité pour assurer une intervention cohérente de plusieurs professionnels auprès de la personne âgée, et ceci en lien avec les aidants familiaux ;
- l'adaptation technologique du logement existant pour favoriser le bien vieillir à domicile ;
  Note : La coordination est particulièrement importante pour la planification des interventions médico-sociales, et la gestion des situations à risque ou de rupture (hospitalisation programmée ou non).
- L'accompagnement des personnes dans le temps afin de s'assurer régulièrement de l'évolution de la situation du bénéficiaire et de ses aidants et anticiper les changements.

Pour un territoire donné, il s'agit rarement d'une nouvelle structure ou organisation, mais plutôt d'un rôle que des structures existantes sur le territoire peuvent jouer en adaptant et complétant leur organisation.

La technologie soutient l'ensemble des missions de l'acteur pivot au travers d'un système d'information permettant un accès sécurisé et différencié aux données du bénéficiaire (dossier médico-social) pour la coordination, d'un outil de gestion du parcours de la personne âgée (outil du case manager), éventuellement des équipements à domicile et les plateformes techniques associées pour le traitement des données (alarme) et enfin des outils de Big Data et de datamining (pour la veille sanitaire et épidémiologique à destination des professionnels de santé et des patients / usagers, pour la segmentation, le ciblage et l'analyse prédictive à destination des professionnels de santé et les puits de données à des fins de recherche).

La mise en place de ce modèle d'organisation prendra du temps et les missions de l'opérateur pivot évolueront progressivement. En effet, de nouveaux métiers, de nouvelles formes de services ne manqueront pas d'apparaître à l'instar des retours d'expérience des premiers projets de télémédecine. Dès 2011, au travers du livre blanc sur la télémédecine, Syntec Numérique attirait l'attention sur le besoin renforcé de connaissances d'informatiques médicales et insistait déjà sur la nécessité de former dès le début du cursus les professionnels du médical et du social à l'utilisation des outils numériques.

De nouvelles pratiques vont être induites par l'opérateur pivot : des nouveaux métiers comme les case manager ou gestionnaires de cas sont déjà identifiés. Mais il est nécessaire d'anticiper et de prévoir les filières de formation et de professionnalisation en adéquation avec ces évolutions.



Source : Altran, Projet Eclairage

Avec l'opérateur pivot, une nouvelle approche de la prévention avec l'usage des technologies numériques se met en œuvre. Cela peut se traduire entre autres par :

- des campagnes de prévention ;
- des dispositifs de repérage ;
- des services en ligne pour la population générale, les patients et professionnels du domaine ;
- des services permettant de valoriser l'information médicale et sociale, afin de cibler les campagnes de prévention et faciliter une gestion prédictive des cohortes de patient, tant à l'échelle du territoire que localement par le médecin traitant ;
- des outils d'éducation thérapeutique numérique.

Ainsi les actions de prévention et de promotion de la santé pourront être mises en œuvre au travers de moyens de communication modernes (quantified self, moteur de jeu / gameplay, serious games, espace santé Internet, e-learning, bandes dessinées interactives d'éducation…) centrés sur la qualité du savoir à transmettre.

Quelques exemples :

- applications mobiles qui aident à suivre l'apport calorique ou l'activité physique ;
- blog santé qui permet de poser des questions à un professionnel de santé en garantissant l'anonymat du patient ;
- mise à disposition d'informations générales et d'actualités (campagnes de communication, évènements régionaux…) et de liens vers des sites web validés diffusant des données d'observation et d'évaluation, ou consacrés à des thématiques particulières.

La place de l'opérateur pivot dans l'architecture actuelle de la prévention, du soin et de l'accompagnement du vieillissement



Source : Orange Healthcare

L'opérateur pivot s'appuie sur l'utilisation du numérique et des systèmes d'information pour mettre en œuvre les services mentionnés plus haut. Il comprend un guichet intégré (multicanal web, téléphone et lieu physique d'accueil, réseau social accompagné), une plateforme de coordination et d'urgence, s'appuyant sur un dossier médico-social.

Plus précisément, il s'appuie sur :

- une plateforme d'écoute et d'information pour les particuliers
  - analyse et la détection de situations critiques ;
  - construction du projet de vie ;
  - suivi du projet de prise en charge et de l'évaluation.

La rationalisation des flux d'information, une étape incontournable

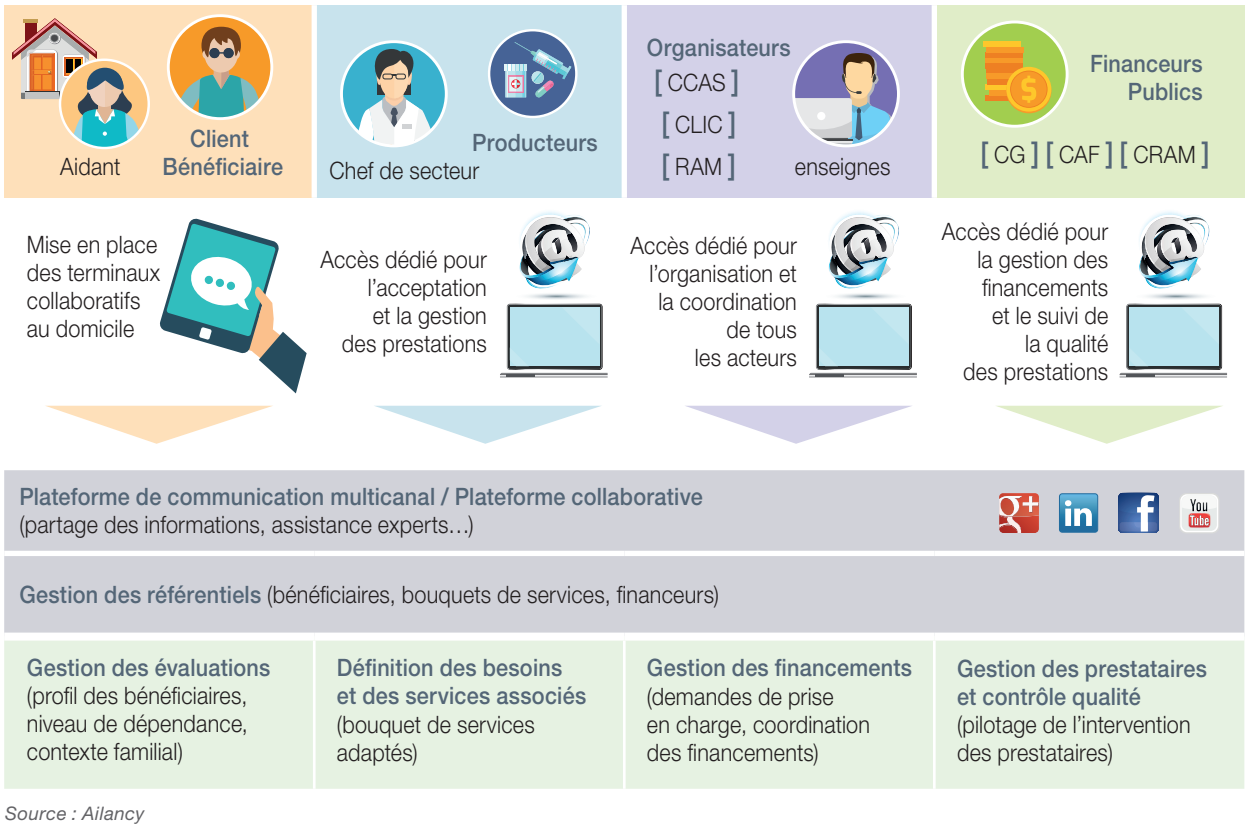
- une plateforme de coordination des acteurs à froid
  - suivi des observations des intervenants ;
  - suivi et tracé des prestations médicales et des services à domicile ;
  - rôle de lien entre aidants, bénéficiaires et experts de la prise en charge ;
  - support à la préparation du retour à domicile d'une personne après un période d'hospitalisation (lien avec ambulatoire) ;
  - rôle de gestionnaires de cas par délégation ;
  - gestion dynamique des files d'attente (lien entre offre et demande).

- une plateforme de coordination des acteurs à chaud
  - régulation médicale et médico-sociale ;
  - gestion des situations de crises.

- une plateforme de relève et d'analyse des alertes
  - analyse en continu des flux d'informations générés par des équipements communicants placés au domicile. Ces outils mesurent notamment des constantes biologiques, la présence ou l'activité de la personne suivie et génèrent des alertes automatiques. Ces éléments permettent, par leur suivi, de résoudre au moins partiellement la problématique des hospitalisations évitables des personnes âgées ;
  - consolidation des flux d'informations d'observance.

- une plateforme d'information pour les professionnels
  - mise à disposition d'une infrastructure communicante proposant des services à destination des tutelles, partenaires et acteurs de la prise en charge (réseaux, acteurs locaux, CLIC…) : fonctions analytiques (rapports, tableaux de bord…) et statistiques, dossiers de liaison, suivi de l'APA, connecteurs avec leurs propres systèmes…

Les grandes fonctions de l'opérateur pivot au sein de l'écosystème



Source : Ailancy

III.4 Un modèle économique viable

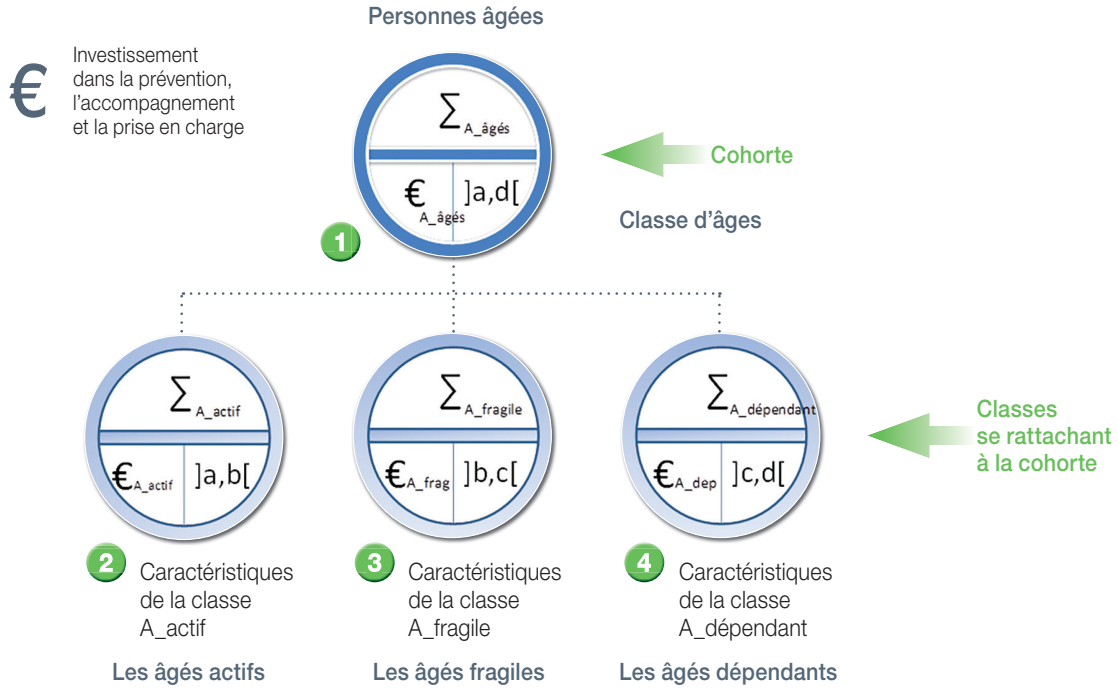
Le modèle économique que nous proposons repose sur une meilleure maîtrise du parcours d'une personne âgée, tant sur la gestion ou l'évitement des situations de rupture, qui ont un coût et des impacts économiques mesurables, que sur les gains engendrés par une optimisation des procédures de prise en charge et l'emploi des ressources associées – financières, humaines et matérielles.

Ce modèle permettrait :

- que les individus vieillissent le plus longtemps possible dans la classe des « âgés actifs ». Autrement dit, que la borne basse de la classe des personnes dépendantes soit la plus élevée possible et le contingent s'y rapportant le plus petit possible ;
- que les dépenses moyennes relatives à une classe se stabilisent, parce que la population y est homogène et / ou équi-répartie.

L'enjeu consiste à pouvoir élaborer une offre de service adaptée à la catégorie des personnes appartenant à une classe, dans la perspective d'un accompagnement en rapport avec la situation de l'usager. On retient ici l'importance de la prévention et de l'éducation thérapeutique dont les modalités restent à définir. L'impact des solutions de « confort » qui permettent de compenser une légère perte d'autonomie reste également à reconsidérer sous l'angle de la maîtrise globale d'une cohorte.

Financement global de l'accompagnement du vieillissement : schéma théorique



Source : Kurt Salmon / Programme fonctionnel TSN ARS Océan indien, 2015

Financement global de l'accompagnement du vieillissement : schéma théorique

- la prévention doit permettre au maximum de personnes âgées d'être actives et de consommer ainsi moins de soins ;
- la prévention de la fragilité doit permettre au maximum de personnes actives d'éviter de basculer en fragilité et donc de consommer plus de services d'accompagnement et de soins ;
- la prévention de la perte d'autonomie doit permettre au maximum de personnes fragiles d'éviter la perte d'autonomie et donc de consommer des prestations d'accompagnement plus lourdes et des soins plus importants.

Le système global pourrait s'équilibrer avec l'évitement de soins et la meilleure maîtrise des prestations d'accompagnement pour chaque segment de population âgée. Le modèle économique d'un tel dispositif ne peut être conçu, de notre point de vue, qu'en lien avec les modalités d'évaluation des impacts du dispositif.

Cette vision économique globale nous interpelle sur la nécessité de :

- raisonner en termes de politique publique et de population ciblée ;
- rationaliser les dépenses et de rééquilibrer dépenses de soins et dépenses de prévention ;
- définir le mieux vivre et mieux vieillir en lien avec le soin.

III.5 Un modèle de financement robuste

Quel modèle de financement ?

Il s'agit de qualifier l'écosystème actuel et de définir les enjeux et le rôle possible des financeurs, dont les assureurs (au sens large du terme), dans la chaîne de valeur de la filière Silver Economie.

Qui finance la prévention et l'accompagnement ?

Aujourd'hui, les sources de financement de la prévention et l'accompagnement du vieillissement sont en premier lieu les pouvoirs publics à travers l'assurance maladie et les conseils généraux. En ce qui concerne les financements privés, la prévention et le soutien sont pris en charge directement par les personnes ou via des souscriptions individuelles, par les fonds sociaux (notamment des mutuelles sur leurs marges), et par les entreprises et les régimes de prévoyance sur les cotisations.

Le financement récurrent, une question centrale

Qui finance les projets de transformation ?

La rénovation du système de santé lié au vieillissement de la population, nous l'avons déjà décrit, passe par l'évolution des organisations et la transformation numérique de l'action sociale et médico-sociale en lien avec le sanitaire. Nous avons proposé un mode d'organisation s'appuyant sur un opérateur pivot pour faciliter le bien vieillir à domicile.

De nombreuses institutions financent des projets innovants de cette nature dans le domaine du bien vieillir, que ce soient l'Etat au travers des appels à projets, la CNAV, la CNSA, ou des Fondations privées (Fondation de la Mutuelle Générale, Fondation Wallach…) ou l'Europe via les fonds FIR, en allouant aux projets une somme forfaitaire limitée dans le temps.
Les expérimentations, telles que CardiAuvergne (voir le chapitre 2F), ont montré les limites de ce type de financement : le paiement des salaires des coordonnateurs et de la hotline, une fois l'enveloppe épuisée, remet en cause la pérennité du projet quels que soient les résultats obtenus : **La rénovation du système nécessite un mode de financement récurrent.**

Un mode de financement assurantiel de la prévention et de l'accompagnement ?
Dans ce mode de financement récurrent, les assureurs sont des acteurs privilégiés.

Les assureurs sont pour l'instant en phase de réflexion. Faut-il proposer de nouveaux produits avec une meilleure appréhension du risque de fragilité ou de perte d'autonomie couvert ? Est-il nécessaire de concevoir de nouveaux produits de prévention en amont, pour qui et à partir de quand ? En effet, les assurances (compagnies d'assurance, mutuelles, instituts de prévoyance) se sont plutôt penchées sur des produits tels que les contrats « Dépendance » où une masse financière est débloquée à l'avènement du risque, mais elles se sont encore assez peu intéressées aux services concrets à offrir.

Or la population vieillissante et les aidants sont surtout en recherche de services, sans toutefois souhaiter les payer intégralement et directement. Dans ce mode assurantiel, il reste cependant à démontrer quels sont les services pertinents pour retarder les risques de fragilisation et de dépendance ainsi que le passage en institution.

Dans ce système en pleine mutation, les mutuelles sont particulièrement bousculées et il est prévu que leur nombre passe de 400 à 50 dans les années à venir. Les mutuelles dans leur rôle de complémentaire santé sont aujourd'hui en mode « financeurs aveugles ». Certaines complémentaires santé telles UNEO, sont de plus en plus enclines à proposer des services d'accompagnement pour les adhérents vieillissants (soutien à domicile, formation des aidants, lien social des bénéficiaires, check-up pré-retraite et suivi des recommandations…), mais leur diffusion reste confidentielle.

Pour les besoins du bien vieillir tels qu'exprimés plus haut, il semblerait intéressant que les mutuelles, en anticipation de la consolidation des acteurs en cours, s'associent : ceci permettrait de financer très rapidement des services à large diffusion, et d'accélérer l'identification des services pertinents pour limiter les risques. Cette proactivité serait au bénéfice conjoint de l'accélération de leur transformation et de la rénovation du système.

Des changements se profilent déjà
La difficulté de financement de la prévention et de l'accompagnement a déjà été identifiée au plus haut niveau. En effet, la loi « Adaptation de la société au vieillissement de la population », prévoit de fonder une ressource dédiée au financement solidaire de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie : la CASA (Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie), à hauteur de 645 millions d'euros par an. Cette loi prévoit également la création de conférences de financeurs qui regrouperont, sous le pilotage du département (ou de la métropole le cas échéant) et avec la participation de l'ARS et de la CARSAT, les financeurs de la prévention et de l'accompagnement du vieillissement (mutuelles, caisses de retraite, institut de prévoyance…). On peut attendre de ces instances une rationalisation du financement et de la délivrance de services. La CNSA dégage des moyens pour soutenir les premiers départements préfigurateurs : certes, 101 conférences, c'est beaucoup, mais on peut imaginer que c'est un outil puissant pour une future rationalisation des financements et des services associés.

En simplifiant, **les âgés actifs financeraient eux-mêmes leur** confort, soit en direct soit via leur assureur (mutuelles, instituts de prévoyance et complémentaires santé), **les âgés dépendants continueraient à être soutenus par un financement public lié à la solidarité nationale**. Le suivi et l'accompagnement des âgés fragiles pourraient être pris en charge par des financements mixtes public-privé, dans lesquels les mutuelles, assurances et caisses de retraite auraient un rôle à jouer.

III.6 Une gouvernance nationale et territoriale

Comme nous l'avons vu plus haut la stratégie du bien vieillir doit être pilotée de bout en bout. Les quatre chantiers que nous avons identifiés pour y parvenir sont interdépendants :

- la politique populationnelle du bien vieillir : il faut que les segments soient définis et que les déterminants de santé du bien vieillir qui caractérisent le passage d'une classe à une autre soient bien explicités ;
- la politique de services adaptés : la pertinence des services de prévention et d'accompagnement doit être évaluée au regard de ces déterminants de santé, indispensables pour un financement de type assurantiel ;
- le modèle économique explicite : les services, notamment de prévention ne pourront être proposés que s'ils sont financés. Il est indispensable de dégager des financements complémentaires à l'action d'accompagnement des pouvoirs publics, soit par les personnes elles-mêmes soit via la prévoyance ou l'assurance ;
- l'évolution nécessaire des métiers : de nouveaux métiers sont en train d'émerger (infirmière coordinatrice au sein d'une plateforme de service, assistance sociale téléphonique…). Il s'agit de travailler à l'émergence d'une filière sans cloisonnement, intégrant des formations pluridisciplinaires adaptées et reconnues.

Nous proposons un pilotage à deux niveaux :

Un pilotage national

Le pilotage national se conçoit sous l'égide du Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales en concertation avec les acteurs de la Silver Economie. Dans ce cadre, France Silver Eco pourrait assurer le rôle de bras armé du secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, en appui de la CNSA. France Silver Eco et la CNSA pourraient jouer le rôle de maître d'ouvrage national pour les grands projets de transformation à opérer.

Le comité de filière industrielle Silver Economie, qui associe l'ensemble des acteurs de la Silver Economie, y compris l'Etat, constitue un lieu privilégié de concertation et d'engagement réciproque des acteurs.

Un pilotage à deux niveaux : national et territorial

Un pilotage territorial

Les départements viennent d'être confortés comme chefs de file du social et du médico-social, à l'exception des territoires où la notion de département disparaît à la faveur de celle de métropole. Les conférences de financeurs, prévues par la loi « Adaptation de la société au vieillissement » au niveau de chaque département, sont des dispositifs intéressants de concertation et d'ajustement des services financés par les pouvoirs publics et les instances telles que les mutuelles ou les caisses de retraite. Cependant, leur périmètre au regard des enjeux de mutualisation est restreint. En outre, les offreurs de service ne sont pas associés à ce dispositif.

Nous recommandons vivement un pilotage global au niveau régional, s'appuyant sur la vision stratégique de l'ARS et en se basant sur le modèle organisationnel de l'opérateur pivot, ce dernier étant l'opérateur territorial opérationnel.
Les Comités Silver Economie qui se constituent en région et qui conjuguent l'action des industriels et des pouvoirs publics, peuvent être des points d'appui à cette politique concertée.

III.7 L'impérieuse nécessité des préfigurations

Syntec Numérique est convaincu que, grâce à un plan de modernisation de l'action sociale, à l'instar des plans « Hôpital Numérique » et du programme d'expérimentation « Territoire de Soins numérique » dans la santé, ce domaine pourra optimiser son efficacité, notamment au travers du développement de la prévention et de l'accompagnement du bien vieillir.

Tester à l'échelle d'un territoire les modèles d'organisation et de financement

Un marché organisé peut se créer, qui sera source de valeur pour la société (services, qualité de vie, bien-être), d'emplois pour la filière numérique, et de nouveaux profils d'emplois pluridisciplinaires. La trajectoire proposée par Syntec Numérique renforce et accélère la dynamique dans ce sens.

Au regard de la sensibilité du sujet (il s'agit de la qualité de vie de chaque citoyen), de l'irrationalité qui l'entoure (les dépenses de santé augmentent de 2 % par an alors que l'augmentation de la richesse de la France est inférieure à 1 %), il faut confronter les modèles décrits plus haut à la réalité, et les aborder avec pragmatisme.

La mise en œuvre de ces actions doit progresser et accélérer la maturité des acteurs en s'efforçant d'éviter les écueils trop connus autour des outils d'évaluation. Syntec Numérique estime que ce point sera levé en testant à l'échelle d'un territoire les modèles d'organisation, les types de financement et de gouvernance proposés plus haut.

Par ailleurs, ce n'est qu'à grande échelle que les gains d'efficience pourront être véritablement appréciés : identification des parcours robustes, des processus-clé, des évolutions des organisations et des métiers.

Il est impératif que des projets structurants soient lancés en premier lieu par les pouvoirs publics pour démontrer ce schéma vertueux, tout en permettant aux acteurs privés (maisons de retraite, acteurs de service à la personne à distance ou de proximité) de trouver et tester les financements pour des expérimentations à grande échelle, basées sur des modèles transposables.
Ces préfigurations doivent être pilotées au niveau national afin de se synchroniser avec les avancées et besoins de chaque territoire.

Elles pourraient s'effectuer en capitalisant sur les projets d'expérimentation « Territoire de Soins Numérique ».

Le rôle des Livings Labs Santé Autonomie dans le domaine social et médico-social

Un Living Lab « regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans l'objectif de tester dans des conditions réelles et écologiques, des services, des outils ou des usages nouveaux dont la valeur soit reconnue par le marché. C'est un environnement expérimental dans lequel la technologie est configurée dans des contextes de la vraie vie et dans lesquels les usagers sont vus comme des co-producteurs. De nouvelles technologies et de nouveaux concepts sont testés pour leur valeur de développement d'affaires, de prise en considération de situations sociétales, comme éléments d'amélioration de la vie quotidienne, etc. »

Note : Réseau européen des Living Labs (ENoLL – European Network of Living Labs)

Compte-tenu de ses caractéristiques, le domaine du social et de la santé, notamment à domicile, se prête bien à cette forme de recherche appliquée. De nombreux Livings Labs Santé Autonomie se sont créés depuis 2007, et s'adossent sur des structures territoriales : notamment des villes, conseils généraux, conseils régionaux, agences de développement économique, pôles de compétitivité,

et / ou encore des ARS, GCS e-Santé. Le Forum des Living Labs en santé autonomie – LLSA a été co-fondé par Robert Picard, Référent Santé du Conseil Général de l'Economie – ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, et Antoine Vial, médecin spécialiste de santé publique, ancien membre de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce Forum constitue un espace d'animation en réseau des Living Labs Santé Autonomie, et permet le partage des expériences, la capitalisation et la diffusion des méthodes et des résultats.

Les Livings Labs Santé Autonomie commencent à trouver leur place dans l'écosystème, notamment pour leur capacité à mobiliser des panels et cohortes adaptées aux solutions à concevoir ou à évaluer, leur compétence en analyse des usages et la compréhension de l'appropriation des technologies par les bénéficiaires et par les professionnels. Ce savoir-faire est précieux pour la connaissance des contextes, des marchés accessibles au-delà des seules données épidémiologiques et de la conduite du changement à opérer dans le domaine social et médico-social en lien avec le sanitaire.

III.8 La numérisation des services et l'usage des technologies par les professionnels

La digitalisation des services de prévention et d'accompagnement du vieillissement de la population entraîne une rupture dans l'exercice de l'action sociale et médico-sociale. Voici quatre exemples emblématiques de cette rupture :

- LinkedAge où la désintermédiation rendue possible par le numérique permet une offre innovante à destination des seniors ;
- le cas d'un grand distributeur qui lance une nouvelle façon de pratiquer le e-commerce en promouvant services à distance et proximité ;
- CardiAuvergne avec la création d'une cellule de coordination (un « opérateur pivot » de coordination des professionnels et un suivi du bénéficiaire) ainsi que la numérisation des protocoles de suivi des maladies cardiaques et du suivi de ces patients âgés à domicile ;
- le cas des robots qui permettent le suppléer aux déficiences dues notamment à l'âge.

LinkedAge : « personne âgée échange place en maison de retraite à l'étranger ! »

A mi-chemin entre le réseau professionnel LinkedIn et le programme d'études à l'étranger pour les jeunes Erasmus, le projet slovène LinkedAge vise à permettre aux personnes âgées d'échanger leur maison de retraite pour un petit séjour à l'étranger dans un établissement similaire au leur… Une belle idée ! Et pourquoi pas après tout ? Pourquoi des personnes âgées encore bien portantes et indépendantes ne profiteraient pas de la vie pour aller se balader un peu à l'étranger ?

Le concept est assez simple. La personne âgée s'inscrit sur le site LinkedAge (en français) moyennant la somme de 60 euros, ce qui lui permet d'avoir accès aux offres des autres aînés qui souhaitent « changer de vie » pendant quelques jours. Il ne reste plus ensuite, qu'à régler le billet de train ou d'avion pour s'en aller voir du pays. Rien de plus à payer sur place. Sauf les petits souvenirs à ramener à la maison.
Ce concept n'en est qu'à ses débuts. Les premiers échanges internationaux viennent tout juste de démarrer. Mais l'idée est belle. A ce jour, plus de cent établissements d'une douzaine de pays, France, Allemagne, Espagne mais aussi Indonésie ou Inde ont déjà rejoint ce réseau. Avec le développement d'Internet dans les maisons de retraite, notamment via les tablettes tactiles, cette idée pourrait bien s'amplifier dans les années à venir.

Source : Senior Actu

Un exemple de projet où le commerce et la distribution rejoint la Silver Economie

Dans le cadre de son programme d'innovation digitale et de son engagement Responsabilité Sociétale de l'Entreprise, un groupe de grande distribution prend l'initiative de lancer dans une région de France à forte démographie rurale, un projet pilote de préfiguration de Silver Economie qui vise à proposer aux personnes âgées et handicapées à domicile, différents types de services numériques mettant en œuvre la mobilité et l'usage d'Internet.

Dans le cadre du développement et du déploiement de ses activités de e-commerce, un des sous-projets du groupe, cible spécifiquement la fidélisation de la clientèle des personnes âgées à domicile et des personnes handicapées, en investissant dans la conception et le développement d'un package de services numériques et de nouveaux usages innovants destinés à cette population.

Il s'agit d'offrir « un nouveau compagnon de vie » au travers d'une tablette tactile Wifi nommée « SilverTab », qui permet à ces personnes seules ou en couple de plus de 60 ans :

- de pratiquer le e-commerce pour passer des commandes en ligne et être livré à domicile ou dans un point relai de proximité ;
- de se distraire et lutter contre l'ennui et l'isolement par la mise à disposition sur le même support tactile d'applications de « e-bien-être » et de « e-santé », proposant des jeux et exercices de stimulation cognitive ainsi qu'un éventuel suivi de l'activité à distance ;
- d'utiliser des services numériques nouveaux et innovants de communication vidéo et de dialogue via Internet et en mobilité avec leurs proches par des appels simplifiés ;
- de constituer ses albums photos souvenirs, agenda et répertoire de façon très simple ;
- de lire son quotidien de façon numérique avant l'heure de distribution ;
- de proposer d'autres services souhaités par les personnes âgées et qui seront développés spécifiquement.

Pour augmenter les garanties de succès de ce projet et favoriser l'adoption, l'appropriation, la familiarisation et l'initiation aux pratiques d'Internet et de la mobilité, ces personnes âgées ou handicapées seront accompagnées voire coachées pour être initiées, formées et aidées par des jeunes en âge scolaire dans le cadre d'un programme de l'Education nationale d'enseignement du numérique à l'école.

Il s'agit donc, par l'intermédiaire d'une initiative d'industriels du commerce et de la distribution et l'aide des pouvoirs publics locaux, de favoriser la reconstruction des liens intergénérationnels et la réconciliation des âges en particulier. En complément, d'autres personnes habilitées comme les les assistantes sociales, les associations, les aidants ou la famille pourront tenir ce rôle d'aide à l'initiation des personnes âgées dans la pratique des usages du numérique en mobilité et la maîtrise de la SilverTab.

L'ambition est forte et ce projet devrait favoriser l'émergence d'un écosystème social et de proximité autour de la personne sur son lieu de vie. Ce projet porte l'espoir d'une nouvelle économie de marché de par l'organisation nécessaire à mettre en place et la création d'une multitude de petits services susceptibles de créer des emplois indirects. Au-delà de l'engagement RSE du groupe de distribution, l'intérêt du projet réside aussi dans la fidélisation indirecte et par capillarité de tous les acteurs de l'écosystème dans le commerce en ligne et en magasin.

CardiAuvergne

Mis en œuvre en 2012 par le réseau de soins CardiAuvergne, le projet permet le suivi aujourd'hui le suivi de plus de 800 personnes âgées en insuffisance cardiaque, déjà victimes d'un AVC, à travers une plateforme numérique permettant la télésurveillance des patients âgés à domicile et la coordination des professionnels autour du bénéficiaire. Le professeur Cassagne, qui a impulsé ce projet, annonce des résultats cliniques très encourageants : division par deux des ré-hospitalisations, division par deux des hospitalisations d'urgence en un an d'inclusion des patients au programme de suivi.

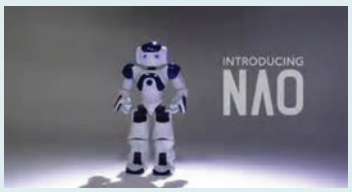
Ce nouveau dispositif comprend :

- une organisation revue incluant de nouveaux métiers (avec notamment le recrutement d'une assistante sociale, d'une infirmière au téléphone et d'un cardiologue) ;
- un parcours patient adapté pour s'appuyer sur un travail de coordination par le réseau professionnel de santé (médecin traitant, pharmacien, infirmière à domicile…), parcours piloté par son équipe ;
- une plateforme pour partager l'information, en soutien des nouveaux processus de supervision et de soins ;
- un financement récurrent assuré pour les trois années à venir par l'ARS Auvergne et la région.

CardiAuvergne illustre ainsi parfaitement le modèle de transformation digitale que nous proposons dans le domaine social et médical, sanitaire et social, l'équipe CardiAuvergne constituant le cœur d'un « opérateur pivot ».







Les technologies relatives à « l'homme augmenté » et à « l'homme accompagné » : exosquelettes et robots*

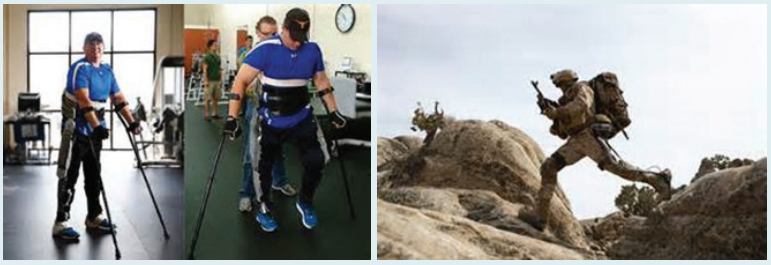
Lorsque le numérique se conjugue à la robotique et aux sciences cognitives pour augmenter les capacités physiques de l'homme, les résultats sont étonnants. S'ils renvoient sans doute à nos imaginaires d'enfant, les exosquelettes sont aujourd'hui une réalité. Ils ont trouvé depuis longtemps des applications importantes dans le domaine militaire pour soulager les soldats sur le terrain dans des conditions extrêmes : les exosquelettes permettent aux hommes de marcher dans un environnement hostile, ils leur procurent les moyens de transporter par eux-mêmes de lourdes charges ou simplement de les « réparer », notamment dans le cas de la perte de membres. Ces résultats probants nous invitent à envisager la multitude d'applications dérivées pour les seniors : les exosquelettes pourraient leur rendre une mobilité ou une endurance perdues et contribuer ainsi à leur autonomie ou faciliter leurs déplacements.

Quant à Nao, le robot humanoïde issu du partenariat entre Créapole et Aldebaran Robotics, il est doté de capacités cognitives exceptionnelles : des programmes de recherche sont mis en place pour élargir ses champs d'application, notamment dans l'accompagnement du senior. On pourra donc à terme parler de « l'homme accompagné ».

Ces nouvelles technologies, conjuguées au numérique, permettent de réfléchir à de nouvelles solutions de bien vieillir en donnant des réponses thérapeutiques et réparatrices, pour permettre de prolonger, d'améliorer ou d'augmenter les performances observées du senior et de mettre en place de nouveaux outils thérapeutiques pour son confort.

** Basé sur les travaux du Cycle national 2012-2013 de l'IHEST (Institut des Hautes Etudes commerciales pour la Science et la Technologie)*

Elles ouvrent des perspectives inédites, physiques ou cognitives, porteuses d'interrogations sur les conséquences sanitaires et sociales de ces applications, dans lesquelles la recherche de solutions pertinentes par les usages prend de l'ampleur et appelle à une réflexion pluridisciplinaire sur l'éthique.



Ces quatre exemples illustrent le champ des services rendus possibles par le numérique. Ils ne les résument pas.

Quatre ruptures technologiques

La désintermédiation va permettre d'enrichir et d'adapter les offres. Les liens numériques permettent aux seniors, directement ou via leurs aidants, d'avoir un accès direct à une large gamme de services et d'informations. Cet accès direct va générer, comme on l'observe dans les autres secteurs, une désintermédiation grandissante, entre aides, services et suivi. Concrètement, cela signifie aussi un potentiel de meilleure compréhension des aides que peuvent solliciter les seniors, et des points de contact de référence. Cela permet également à certains services d'être délivrés directement, par exemple via la mise en œuvre de réseaux sociaux spécifiques, et de créer du lien social facilitant le bien vieillir à domicile.

Aujourd'hui, la complexité de l'écosystème rend encore l'exercice éminemment difficile, même pour des acteurs avertis. Cela procure un sentiment d'iniquité qui va à l'encontre de l'esprit des politiques publiques. L'équité pourrait être rétablie par la mise en œuvre de plateformes et de portails dont l'intelligente articulation permettrait de garantir aux seniors un droit d'accès à une offre complète, et donc d'accéder de façon personnalisée aux services qui leur conviennent.

La démultiplication des objets connectés est une autre rupture majeure. Ces objets connectés sont liés au domicile (détecteur de sécurité intrusion, d'incendie…), à l'environnement du bénéficiaire (qualité de l'air, pilotage de la température des pièces…) ou à sa personne smartphone qui permet le suivi du rythme cardiaque, tissus connectés qui mesurent l'effort physique…). Ils sont passifs ou actifs, permettent une réaction d'un tiers (détection de la perte d'autonomie via actimétrie, par signature électrique des objets, par détection de la qualité de la voix ou de la qualité des échanges téléphoniques) ou l'appréhension de la personne elle-même (par exemple suivi du diabète). Ils permettent l'alerting ou la prévision.

Le traitement des données (Big Data) afférentes et de celles qui circulent sur les réseaux sociaux est associé à cette démultiplication des objets connectés. Le champ ouvert par les analyses de ces données est sans précédent : prédiction de fragilité, anticipation de diagnostic, détermination d'actions préventives et locales…

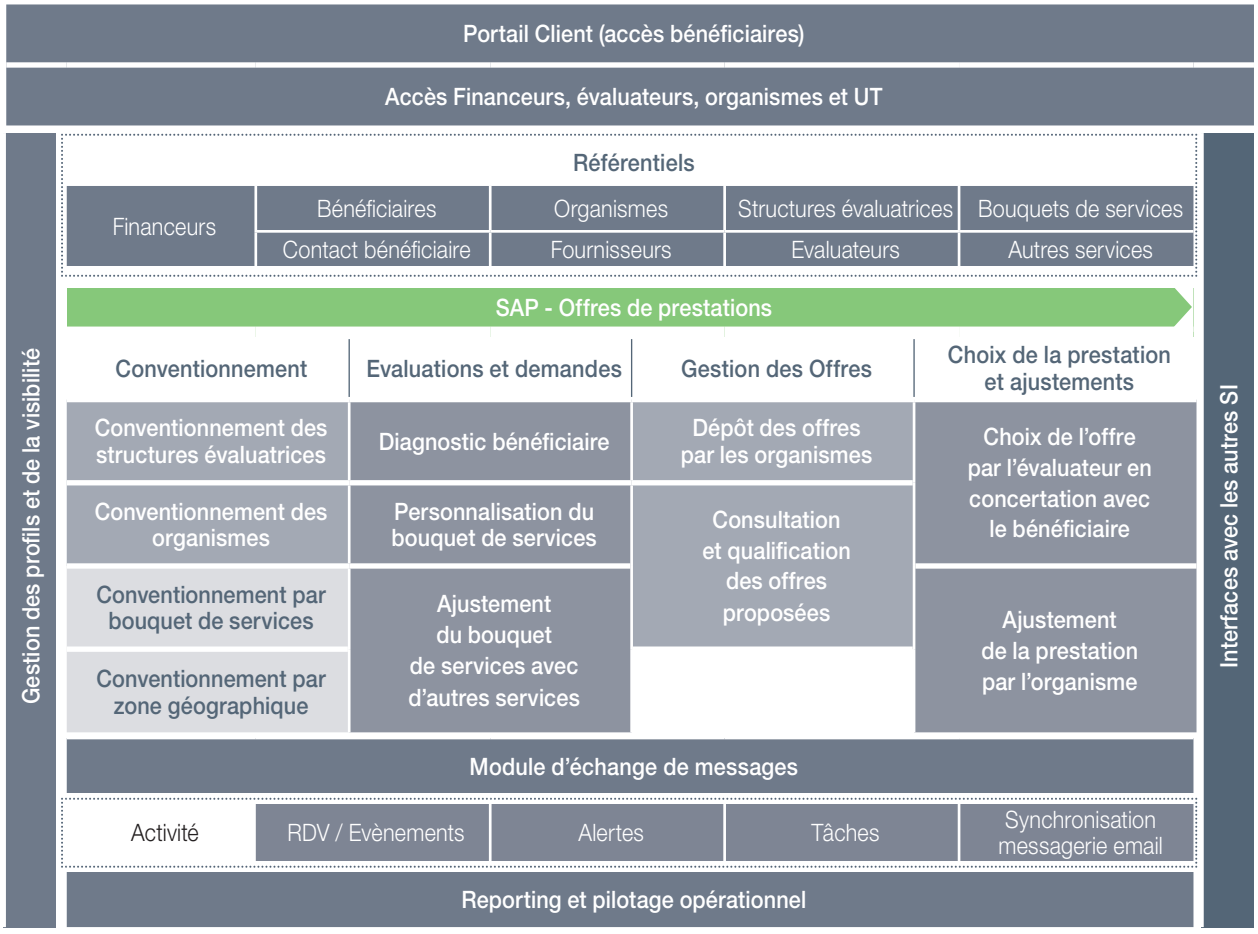
Mais c'est **l'informatisation des parcours de santé et des processus métier** qui va être la rupture majeure dans les années à venir.
Elle va générer de nouvelles sources d'information et permettre, par l'exploration de ces nouvelles données, d'accélérer la mise à disposition de solutions pertinentes en mode réactif et en mode proactif. En effet, nous assistons en ce moment, avec le lancement des projets de télémédecine, à la protocolisation, spécialité par spécialité médicale, du parcours de soins des patients – c'est vrai pour le diabète, pour le suivi des maladies cardiaques, pour l'insuffisance rénale. Comme l'illustre le programme CardiAuvergne, une cellule téléphonique accompagne le patient pour chaque spécialité médicale ; elle coordonne les professionnels de médecine de ville et notamment les interventions de ces professionnels spécialité par spécialité. Le soutien à domicile passe par la mise en place d'un opérateur de maintien à domicile qui peut assurer cette coordination, ce soutien téléphonique, éventuellement complété par un site web ou un réseau social accompagné, et réagir aux alertes remontées soit aux alertes liées à une maladie spécifique, soit à l'état général de la personne.

> La révolution technologique tient essentiellement dans l'introduction de l'informatique de gestion classique de service, dans les organisations du domaine social

L'évolution possible du système d'information

En termes de système d'information, aucune innovation technologique majeure n'est nécessaire, seulement la mise en place d'un CRM (Customer relationship management) multicanal, adapté notamment par des éléments de sécurisation spécifiques au domaine de la santé. Les offres spécialisées, comme les systèmes de télémédecine (télésurveillance du diabète, télésurveillance de cardiologie, d'insuffisance rénale, ambulatoire…), peuvent s'intégrer dans ce système d'information général pour compléter les dispositifs d'accompagnement social.

Une vision possible du schéma fonctionnel du système d'information



Source : Ailancy

Le coût du système d'information : un « faux problème »

Le coût d'usage pour un CG est relativement limité car il ne représente que **0,5 % du coût des investissements SI** ainsi que 0,02 % du budget d'aide sociale du département.

Si l'on considère par ailleurs que notre système doit se traduire par une augmentation de la « productivité » et de la qualité dans la gestion du maintien à domicile, nous pouvons constater que le **surcoût du SI est équivalent à 1 % de la masse salariale** soit 0,7 ETP à l'échelle d'un département.

Dans la transformation à opérer pour l'informatisation de l'action sociale, le coût technique est dérisoire.

III.9 Les filières métiers

Les nombreuses expérimentations que les industriels ont réalisées ont démontré la nécessité de faire évoluer les métiers : ce sont les cadres infirmiers au téléphone, les agents d'écoute sociale, les case managers. D'autres métiers émergent, à l'instar de cet ergothérapeute qui, ayant simplifié une partie de son action, la démultiplie avec l'aide de deux collaborateurs ne disposant pas de sa qualification. Des filières doivent être envisagées avec les acteurs privés comme les assisteurs qui emploient dès à présent des centaines voire des milliers de coordonnateurs, dont le métier est très proche de celui de case manager.

Une réflexion de fond sur l'évolution des métiers s'impose pour que la transformation du domaine ne soit pas subie mais anticipée par les acteurs eux-mêmes : l'extrême spécialisation des métiers du social et du médico-social bute sur l'extrême complexité de la coordination, qu'une informatisation peut à peine aider. **Un observatoire des usages et des métiers devrait être créé dans le but de faciliter la conduite du changement**.

III.10 Territoire et Projet

La complexité de l'organisation du domaine social et médico-social en lien avec le sanitaire est extrême. Une bonne illustration de cette complexité est l'exemple des projets PAERPA : pour les 9 projets PAERPA, la première étape a été l'identification des acteurs, de leurs missions, de leur périmètre d'action et de leur interaction, et ce travail a pris plusieurs mois voire une année pour chacun des projets. La logique de territoire s'impose. Mais nous devons conjuguer cette logique territoriale de service (l'organisation des moyens et des coopérations) avec la logique d'industrialisation (simplification, rationalisation et mutualisation).
Trois lois au cœur de l'actualité récente ont un impact direct sur la répartition des compétences, des acteurs et des budgets car elles délimitent (ou non) des territoires et des missions qui leur sont attribués :

- la loi NOTRe portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République. Adoptée à l'Assemblée Nationale le 12 mars 2015, elle redessine profondément le paysage territorial et, dans le cas notamment des métropoles, impacte la répartition des compétences sur les sujets relatifs au bien vieillir ;
- la loi Santé 2015, en cours, avec les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire) qui renforce le rôle des régions comme territoire de santé ;
- la loi « Adaptation de la société au vieillissement » qui acte le rôle des départements comme chefs de file du social et comme fédérateurs avec la conférence des financeurs. Cependant, la stratégie départementale doit être consolidée au niveau régional, afin de mutualiser les actions qui peuvent l'être, dans le cadre d'une stratégie de santé régionale.

Ce schéma régional doit être soutenu par un cadre national simple :

- Quelle stratégie d'accompagnement du vieillissement, quels parcours d'accompagnement souhaite-t-on ? Quels objectifs se fixe-t-on globalement ? Quels processus souhaite-t-on améliorer, quelles organisations cibles, quels métiers cibles, quelles formations pour atteindre ces métiers cibles ?
- Quel chemin pour parvenir à cette cible, en combien de temps et avec quel financement cadencé ?

… et par une déclinaison territoriale organisée.

Si l'initiative locale est importante, ne serait-ce que pour la motivation des acteurs au plus proche des bénéficiaires, elle ne peut être encouragée que dans un cadre général construit : trop d'énergie est dépensée par des micro-actions dont les conclusions ne peuvent être probantes faute d'échelle d'action suffisante. L'observation de l'évolution des processus, de la pertinence d'un service et de l'évolution des métiers afférents, ne peut se faire que sur une large population.
Le pilotage de cette transformation doit être effectué, et l'on peut s'inspirer des structures mises en place dans le cadre du projet Territoire de soins numérique. La démarche TSN apporte de nouveaux outils et de nouvelles perspectives (organisme d'achat, évaluation des projets, processus transparent…) :

- favoriser l'échange, avoir une vision consolidée des initiatives dans la perspective d'un déploiement rapide du plan ;
- mettre en place les centres de ressources partagées (opérateur pivot, plateforme métier et technique) ;
- faire évoluer la cible si nécessaire ;
- s'assurer que le calendrier d'évolution est tenu.

Ce plan de modernisation passe par un Observatoire des usages et des métiers sur une base régionale, la mise en œuvre de nouvelles organisations, de nouveaux outils et d'une capitalisation nationale. Quant à la gouvernance nationale, une complexité similaire est observée. Deux instances nationales regroupent l'ensemble des acteurs :

- le Comité de filière industrielle Silver Economie, sous la présidence des deux ministères des Affaires Sociales et de la Santé et du ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique, associant les acteurs publics et privés, mais aussi avec une vocation stratégique nationale et internationale ;
- l'association que pourrait constituer la CNSA et France Silver Economie : cette dernière regroupe des représentants de l'ensemble des acteurs du domaine social, médico-social en lien avec le sanitaire et le monde de la recherche.

Modernisation de l'action sociale et medico-sociale en lien avec le sanitaire

Comité de filière Silver Eco	Co-construction du Plan de Modernisation de l'action sociale et médico-social en lien avec le sanitaire	**Gouvernance nationale** CNSA ? France Silver Eco ? Secrétariat Général des ministères en charge du social ?
ARS, avec la région et les départements	Co-construction du Plan de Transformation régional de l'action sociale et médico-social en lien avec le sanitaire Lancement des appels d'offre pour les structures mutualisées	**Conseil Régional Silver Eco** ARS, région, départements et acteurs économiques
Départements avec les collectivités locales	Alignement stratégique local des financements et des services Pilotage de mise en œuvre dans le cadre régional concerté	**Instance de pilotage locale** Conférence des financeurs complétée avec la participation des offreurs (privés et publics)

Source : Orange Healthcare

Un exemple d'organisation optimisée : la métropole de Lyon

Dans le cas de la métropole européenne de Lyon, nouvellement créée, le département disparaît au profit de la métropole. Dès lors, le médico-social est géré par la métropole de Lyon, car l'échelon du département a été mécaniquement intégré à celui de la métropole. Ceci permettra à Lyon, par le regroupement de ces compétences avec celles du volet économique, de gérer au mieux la stratégie poursuivie dans la région, notamment par l'intégration de la Silver Economie dans les projets de ville intelligente.

Les trois piliers de la Silver Economie que sont le développement économique, le médico-social ainsi que les investissements dans la ville intelligente seront donc gérés par la métropole. Un de ses objectifs est également de faciliter le dialogue avec les industriels.

La Silver Economie est donc associée aux investissements dans la ville intelligente, ce qui devrait permettre un continuum entre les acteurs de terrain, et qui, via des outils numériques, comprend notamment :

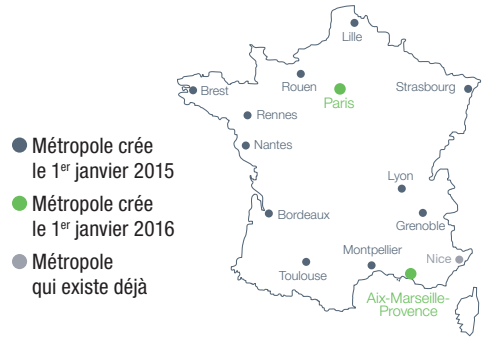
- la réflexion sur l'ouverture des données publiques ;
- la collaboration de nombreux industriels ;
- l'émergence de projets innovants ;
- la réflexion sur les enjeux de la santé, tels que les maladies chroniques ou le maintien à domicile des seniors.

Un des défis est certainement de veiller à ce que les institutionnels soient ouverts, favorisent le dialogue et les partenariats avec les industriels, car les acteurs de terrains sont *de facto* confrontés à un changement de modèle, avec des visions très différentes amenées par le numérique (la téléassistance par exemple). Un autre défi est de dégager, construire de nouveaux modèles économiques.

Territoire et compétence

Un train de réformes

CRÉATION DES **MÉTROPOLES**



Loi de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles (MAPTAM) - 27 janvier 2014

13 NOUVELLES **RÉGIONS**



Loi relative à la délimitation des régions, aux élections départementales et régionales, et modifiant le calendrier électoral

CLARIFICATION DES **COMPÉTENCES**



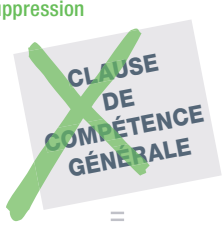
Dire **QUI FAIT QUOI** par une clarification nette des responsabilités de chacun

#NOTRe
Nouvelle Organisation Territoriale de la République

Le projet de Loi NOTRe*, c'est ...

...dire **QUI FAIT QUOI**
et favoriser la coopération
entre collectivités

Suppression

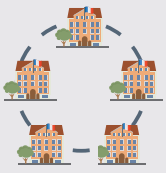


LES **COMMUNES** CONFORTÉES



Les communes sont confortées comme échelon de base de la République : celui de la **démocratie locale**

LES **INTERCOM-MUNALITÉS** MONTENT EN PUISSANCE



Aucune commune ne sera laissée seule

Généraliser la gestion commune de **services publics de proximité**

LES **DÉPARTE-MENTS** CENTRÉS SUR LA SOLIDARITÉ



Les départements se consacrent aux **solidarités** sociales et territoriales

LES **RÉGIONS** RENFORCÉES



Les départements se consacrent aux **solidarités** sociales et territoriales

#NOTRe
Nouvelle Organisation Territoriale de la République

** NOTRe : Nouvelle Organisation Territoriale de la République*

Source : Projet de loi NOTre

III.11 Le développement de l'emploi

Lors de la signature du contrat de filière industrielle Silver Economie, les acteurs industriels (industriels du numérique, du bâtiment, du logement et de l'alimentaire) et les acteurs métiers, (parmi lesquels les hôpitaux, les cliniques, les maisons de retraite et les résidences seniors, ou encore les entreprises et les associations de services à la personne), ont marqué leur intérêt pour le potentiel de développement de l'activité que représenterait une meilleure structuration de l'accompagnement du vieillissement.

Une meilleure structuration, notamment des et des nouveaux financements attendus pour la prévention, tout cela incite à l'optimisme. Si la filière se structure rapidement, de nouveaux financements devraient apparaître pour favoriser l'accompagnement à domicile de proximité et à distance. Tout cela nécessitera des niveaux d'exigence plus importants en termes de qualité et d'efficacité, pour lesquels les technologies du numérique seront déterminantes, qu'ils s'adressent aux professionnels ou aux usagers.

Parmi les acteurs issus des métiers au service du bien vieillir, les entreprises ou associations de services à la personne sont apparues comme porteuses d'un grand potentiel d'emplois non délocalisables. L'historique nous le montre : l'activité du service à la personne s'est considérablement développée avec la loi Borloo et l'APA. En effet, la loi Borloo de 2005 en faveur de la cohésion sociale, a contribué au développement du secteur de la téléassistance (banques, compagnies d'assurance, caisses de prévoyance et de retraite) et a induit la défiscalisation des services à domicile.

La loi « Adaptation de la société au vieillissement » met en évidence l'intérêt des dispositifs techniques et la CASA permet l'achat de tels dispositifs. C'est un indice positif donné aux équipementiers.
Pour ce qui est de l'activité industrielle liée au marché grand public du vieillissement, il frémit avec la banalisation des objets connectés et l'usage courant d'Internet pour accéder aux services d'accompagnement. Les entreprises du numérique comptent développer leur activité autour de la télésurveillance (médicale ou non), les objets connectés et l'aménagement du logement.

Le grand développement attendu en termes de technologie (informatisation des processus, télésurveillance non intrusive des domiciles ou des personnes) est très lié à la restructuration des organisations. A cet égard, la révolution du bien vieillir, notamment avec sa focalisation sur le domicile et l'usage généralisé des technologies du numérique, interpelle le secteur du service à domicile. Quel sera son impact sur les métiers des services à la personne et des services à domicile ? Comment le numérique à domicile va-t-il modifier les services aux particuliers ?

> La transformation numérique qui permet de mettre en œuvre des programmes conjoints entre le bien vieillir et la ville intelligente, est un atout pour les investissements locaux

Dans les années à venir, l'activité de service sera amenée à fortement se développer, au-delà de l'action physique de proximité : des produits et services d'assistance au téléphone, via web ou via réseau social accompagné, le relevé des données issues des objets connectés de la maison, etc. Autant de nouvelles activités dont l'émergence doit être encouragée avec opportunisme mais éthique.

De quels pays peut-on s'inspirer ?

Une étude a été conduite par Accenture, de juin à septembre 2011 sur cinq pays (Japon, Pays-Bas, Danemark, Espagne et Canada), portant sur l'analyse comparative de l'industrialisation des services à domicile pour les personnes dépendantes. De cette étude se dégagent quatre lignes directrices :

- le rôle des pouvoirs publics dans le montage financier, la standardisation et la professionnalisation du secteur ;
- la nécessité d'un point de contact unique de prise en charge, ou « Guichet Unique » ;
- selon les différents pays, la gestion de la dépendance relève des secteurs privés, associatifs ou publics. L'émulation par le privé est cependant souvent préférée ;
- seuls les prestataires de taille significative offrent une large palette de services, et intègrent la technologie de façon plus industrielle.

Le Québec nous a aussi soufflé le métier de case manager pour coordonner l'ensemble des acteurs publics autour de la personne en difficulté.

De son côté, le Danemark a une approche populationnelle : c'est à l'aune de chacune de nos régions que son exemple de structure de coordination est intéressant.

Le Japon, qui a déployé très tôt une politique affirmée de maintien à domicile, notamment pour son financement, est cependant très proche de la situation de la France du point de vue de la prévention : on y observe une étanchéité entre les financements du sanitaire et du social, des structures sociales dépendant des territoires et une organisation sanitaire nationale.

Le Pays Basque espagnol, dans son projet de réorganisation en profondeur pour la prise en charge des patients chroniques, a une approche tout à fait exemplaire. Cinq plans stratégiques soutiennent ce projet : approche populationnelle, prévention et promotion de la santé, autonomie du patient, continuité des soins, interventions adaptées. Une plateforme (plateforme MHSC) a été lancée au niveau du Pays Basque. Elle a pour objectifs de conduire et structurer la transformation du système de santé publique, en mettant à la disposition du public et des patients différents canaux pour y accéder, et en améliorant l'accessibilité des différents services grâce aux TIC et à la télémédecine.

Enseignements de l'étude Accenture pour Orange Healthcare

- Les **pouvoirs publics** jouent un rôle clé dans l'évolution du secteur, avec comme levier le financement, la standardisation et la professionnalisation



Japon
Certification prestataires - Fluidité de l'emploi avec des agences spécialisées - Incitation au maintien à domicile par le non remboursement des frais d'hôtellerie en établissement.



Espagne
Une loi (2006) qui vise à homogénéiser le dispositif d'aide et d'accès à ces aides - Catalogue standard de services.



Danemark
Un système de gestion du vieillissement privilégiant un cadre plus large (conditions de travail pour personnes âgées, prestations en nature).

- Un **point de contact unique**, pour l'information, l'orientation, et le suivi, avec la mise en place de « Case management » pour les pays les plus avancés



Canada
Communauty Care Access Center (Case Management) et Local Health Integration networks (coordination locale des prestations).



Espagne
Imserso (plateforme d'accueil d'information) du ministère de la Santé.



Japon
Case Management opéré par une municipalité ou une entreprise privée.

• **L'innovation et la technologie** sont reconnues comme des leviers d'efficacité et de productivité - mais seuls les prestataires de taille significative semblent en mesure d'intégrer la technologie de façon plus industrielle



Japon
Usage généralisé du téléphone - Soutien public d'expérimentation de robots en support de la dépendance pour compenser le manque de main d'œuvre.



Canada
Solution Star Trek d'horodatage et de renseignement déployée par le prestataire spécialisé dans les services à domicile We Care Health services Telus ofrre des solutions sur mobile.



Pays-Bas
Expérimentation de télé-santé pour les personnes dépendantes atteintes d'une maladie chronique : partenariat public et privé (Menzis et KPN).



Danemark
Dreaming propose un ensemble de services de communication, de partage d'informations et de coordination.

Source : Etude Accenture pour le compte d'Orange Healthcare, juin-septembre 2011

Les industriels de la télémédecine observent l'avancée de la télémédecine aux Etats-Unis, du fait de « l'Obamacare ». En effet, l'obligation est faite aux hôpitaux de reprendre gratuitement les soins d'un malade devant se faire ré-hospitaliser pour la même maladie. Les mutuelles se lancent donc dans la mise en place de systèmes de surveillance à domicile des patients. L'émergence de grands acteurs alliant métier et technologie est en marche.

La comparaison avec les entreprises de service ne serait-elle pas pertinente ?

Les industriels du numérique ont accompagné, depuis une dizaine d'années, la transformation numérique de pans entiers de l'économie, notamment dans les industries de services : c'est le cas des banques et des assurances.

Certes, le domaine de la santé ne peut se comparer qu'avec précaution à d'autres domaines de services : le soin requiert des connaissances spécifiques, des compétences particulières, une éthique et des responsabilités - et donc une réglementation propre. Cependant, d'autres secteurs comme celui de la banque présenteraient des similitudes, et on mesure les changements opérés en dix ans qui ont mené, par exemple, à la création de banques uniquement accessibles via Internet et le téléphone.

Notre relation aux banques et aux assurances a changé fondamentalement dans un passé récent : nous faisons nos transferts par Internet, nous contactons notre agence bancaire uniquement pour des problèmes ponctuels et nous nous y rendons très rarement, à l'occasion de la négociation d'un prêt par exemple.

La santé est éligible à une transformation radicale de ses modes de fonctionnement par le numérique

La graduation des relations, que nous avons ainsi notée dans ce secteur, se transpose aujourd'hui dans notre relation avec le bien-être et la santé. Quelques situations l'illustrent : par exemple l'appel à SOS Médecins ou à Médecin Direct en l'absence de médecin traitant le soir et le week-end comme une alternative à un déplacement aux urgences hospitalières, ou la consultation de sites Internet pour préparer un rendez-vous ou pour établir son régime alimentaire…

De cette comparaison entre domaines de services émerge naturellement le rôle des centres d'appel métier (hotlines), qui permettent une mutualisation des moyens et un bon compromis entre coût du service et proximité humaine. Une équivalence des métiers apparaît avec cette tendance : le case manager reprend ainsi le métier de coordonnateur de cas complexes, en ne portant cependant pas sa dimension et ses compétences d'écoute sociale. Ce parallèle devient évident dans sa traduction en termes de système d'information, car le rôle de l'opérateur pivot s'appuie sur une solution de CRM (Customer relation management), à l'instar des solutions mises en œuvre par les sociétés de services, qui doit cependant recevoir un degré de sécurité supplémentaire.

> La transformation numérique des entreprises de service, pour éclairer celle de l'action sociale à venir

Cette comparaison avec les entreprises de services devrait être approfondie pour tirer les enseignements afin d'en faire bénéficier la transformation numérique à venir de l'action sociale et médico-sociale en lien avec le sanitaire, en éviter les écueils (par exemple les excès du reengineering stérile), mais également pour accélérer l'appropriation et les évolutions des métiers.

« Vieillissement et santé », un colloque international pour redéfinir le système de soins (Chatham House, Londres, 9 février 2015)

Plus que sur le vieillissement de la population, c'est à la longévité et à son impact sur l'ensemble de l'économie (notamment les retraites, la famille, la natalité et la santé), que s'est intéressé ce colloque. Parmi les conférenciers venus de tous les continents, Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie, est intervenue sur les axes de sa politique en France.

Eviter la stigmatisation de l'âge, adopter une approche globale de l'individu et rechercher la coordination du parcours de soins sont apparus comme autant de démarches nécessaires pour adapter la société à la longévité.

Une synthèse des connaissances actuelles touchant les processus de vieillissement a été tentée : vieillissement des cellules, maladies chroniques invalidantes dont la prévalence augmente avec l'âge (Alzheimer, diabète, maladie cardiovasculaire, cancer…). Pour chacun des pays présents, la difficulté consiste à conjuguer une approche médicale d'expertise fine avec une vision globale de la personne et de son environnement. Simon Stevens, directeur exécutif du NHS (National Health Service) anglais, estime pouvoir y arriver en mariant l'accompagnement social avec les services sanitaires du NHS.

Tous voient la nécessité d'appliquer une politique qui soit centrée sur la personne, notamment en privilégiant le domicile. De nouvelles organisations sont donc à prévoir (se basant sur un opérateur pivot) dans lesquelles les technologies sont appelées à jouer un rôle clé. Les services offerts devront être suffisamment industrialisés tout en restant personnalisés pour répondre à la montée en fragilité de la génération nombreuse du baby-boom et à la raréfaction des aidants familiaux.

L'adaptation de la société à la longévité reste un sujet de réflexion complexe, mais déjà fortement ancré dans l'actualité. Un rapport de l'OMS sur le vieillissement de la population est attendu pour octobre 2015, et la Grande Bretagne prévoit d'ores et déjà une intégration du médical et du social dans ses textes légaux.

V - Convictions de Syntec Numérique

V.1 Segmenter la population pour une offre de services pertinente

La **segmentation liée aux besoins populationnels et non à l'âge** permet de différencier les services attendus selon les catégories d'âgés, qui au total représentent 30 % des Français en nombre et pèsent beaucoup plus en termes de pouvoir d'achat.

Une première segmentation de la population âgée a été proposée dans le contrat de filière industrielle Silver Economie. En effet, le vieillissement de la population nous amène à considérer trois cibles de populations âgées – les âgés actifs, âgés fragiles et âgés en perte d'autonomie.

Segmenter la population âgée pour mieux appréhender les besoins et les offres

Le terme « personne âgée » désigne des personnes à la retraite – donc en nette rupture d'activité et de revenu, et sans distinction d'âge.

En termes de besoins, un âgé actif est un individu en forme et ne se distingue pas de l'ensemble de la population : 90 % des personnes âgées figurent dans cette catégorie. Un âgé actif privilégie cependant la facilité d'usage à tout autre critère (esthétique…), et a le souci de maintenir son capital santé : en grande majorité, cette population est connectée. Par son importance numérique et son pouvoir d'achat, cette catégorie de population donne une réelle impulsion pour tout ce qui a trait au design des objets et des services (facilité du parcours client).

La catégorie des personnes en perte d'autonomie est caractérisée par l'évaluation GIR qui est faite par le département (GIR 4 à 1 donnant droit à des aides spécifiques). Les besoins d'accompagnement de cette population sont importants (aide à domicile, aide technique…) et sont partiellement couverts par l'APA et la CASA.

Entre ces deux catégories – « âgés actifs » et « âgés dépendants » – on trouve les « âgés fragiles ». Il n'existe pas de grille de fragilité universelle : cette catégorie d'âgés fragiles se caractérise par le besoin plus ou moins lourd d'être accompagnés pour éviter de perdre leur autonomie.

Cette dernière segmentation ne constitue pas un marché mais permet d'affiner la prise en compte dans les produits et les services du vieillissement de la dimension populationnelle, combattant en cela la vision sans nuances qui peut être faite des seniors.

Affiner cette segmentation permettra d'accélérer l'évolution de notre représentation de la vieillesse et d'avoir une meilleure adéquation entre les besoins à satisfaire et l'offre.

V.2 Une approche économique indispensable du domaine social et médico-social

La France se situe parmi les premiers pays occidentaux en termes de longévité mais est au niveau de la moyenne des pays européens pour ce qui est de la longévité sans perte d'autonomie. En dépit des dépenses sanitaires importantes, la moyenne de vie sans invalidité stagne.

Avec la montée en fragilité de la population particulièrement nombreuse du baby-boom, **le volet économique de nos choix d'accompagnement du vieillissement devient primordial, et sa pertinence au regard de leur efficacité globale doit être réévaluée.**

Repenser la stratégie de service en alliant proximité et mutualisation, approche personnalisée et industrialisée, c'est aujourd'hui possible grâce au numérique

Les personnes âgées actives sont majoritairement en forme et tiennent à le rester ; les personnes fragiles doivent être accompagnées pour éviter de perdre leur autonomie. La prévention fait partie des axes de santé : annoncée dans la stratégie nationale de santé comme un axe majeur d'évolution du domaine de la santé, elle reste à organiser, à renforcer et à financer. La prévention et l'accompagnement du vieillissement doivent apporter des solutions en complément de l'action sanitaire.

L'hôpital et l'EHPAD ne peuvent pas être l'unique solution à la perte d'autonomie. Or faute d'une organisation de la première ligne adaptée, c'est en général la solution la plus coûteuse qui est choisie, à savoir l'hospitalisation.

Un impératif économique, la prévention et l'accompagnement en complément de l'offre de soin

La prévention et l'accompagnement du vieillissement doivent trouver leur juste valeur en complément de l'offre de soins.

Il est indispensable de décloisonner l'action sociale, l'action médico-sociale et le sanitaire : c'est vrai pour les financements comme pour les organisations et les métiers. L'équation économique à trouver ne pourra l'être qu'en s'appuyant sur des modèles faisant appel au numérique.

Repenser la stratégie des services en alliant proximité et mutualisation, approche personnalisée et industrialisée, c'est aujourd'hui possible grâce au numérique.

Nous l'avons vu, le suivi et l'accompagnement social est encore exercé selon un mode artisanal, avec le souci d'être au plus près du bénéficiaire. Le service à la personne de proximité est privilégié, l'expertise au plus près de la personne également.

Les technologies associées au numérique permettent la mutualisation et la démultiplication de l'expertise telles qu'illustrées par :

- les hotlines d'écoute sociale qui permettent le soutien à distance lorsque le besoin de la permanence d'une personne physique n'est pas avéré (ni très souvent d'ailleurs, souhaité) ;
- l'expertise d'un ergothérapeute qui peut être démultipliée par l'usage de questionnaires via Internet, la visite sur place étant ainsi rationnalisée.

Le partage des compétences permet une certaine industrialisation alors que le partage des informations entre acteurs favorise la personnalisation.

Par ailleurs, l'intermédiation est facilitée par Internet qui autorise l'émergence de nouveaux services (par exemple LinkedAge[1]).

La stratégie doit donc être retravaillée en intégrant les possibilités du numérique : **un juste équilibre est à trouver entre présence physique et mutualisation, entre industrialisation et personnalisation.**

L'efficacité des services pour prévenir la fragilité et la perte d'autonomie doit également être mesurée, notamment dans leur efficacité.

V.3 La pertinence et l'urgence de faire entrer le domaine social et médico-social dans l'ère numérique

Actuellement, le constat établit que les professionnels du domaine du social et médico-social utilisent encore peu les technologies numériques. Les particuliers découvrent le rôle que peuvent jouer les nouveaux services numériques dans le suivi de leur forme et de leur santé. De nouveaux services émergent, rendus possibles par la puissance de la médiation Internet, qui permet une accessibilité et une désintermédiation inconnues et une désintermédiation, et qui oblige également à repenser les circuits de l'information et le fonctionnement des organisations.

1) Cf. encart p. 33

Le domaine social et médico-social peut aisément franchir l'étape d'intégration à l'ère numérique en capitalisant sur le savoir-faire des entreprises du numérique en santé et médico-social, à l'image de la transformation induite par le numérique dans d'autres secteurs, notamment dans le secteur tertiaire, et sur les acteurs privés qui ont déjà assimilé la rupture digitale et réussi leur transformation numérique.

Passer directement à l'ère numérique, une opportunité pour les acteurs du domaine social

C'est la confrontation positive des deux mondes privé / public et la rencontre des deux mondes métier / numérique qui permettra au domaine médico-social du bien vieillir de rattraper rapidement son retard.

Une réflexion de fond est nécessaire sur les enseignements tirés des expérimentations réussies en matière de transformation numérique dans des secteurs économiques différents. Cette réflexion doit porter sur les modèles d'organisation, les modèles de financement, la qualité du parcours bénéficiaire, les processus-clés et leur efficacité, et évolution profonde indispensable des métiers. Avec la transformation numérique, les modes de fonctionnement sont repensés et non pas adaptés. Cette transformation fait également appel à des compétences pluridisciplinaires inédites autour du numérique, lorsque les spécialistes du cognitif s'associent aux ergonomes, aux designers, comme cela est déjà illustré et concret dans certaines unités de recherche appliquée telles que LUTIN[1].

La transformation numérique réussie induit une réflexion amont sur les modes de fonctionnement et ne réplique pas l'existant à l'aune d'une nouvelle technologie. C'est la raison fondamentale pour laquelle **les entreprises du numérique peuvent apporter une contribution significative à cette transformation radicale du bien vieillir**, comme elle a été au service de la transformation d'autres secteurs économiques et sociaux.

Au vu de la complexité de l'écosystème social et médico-social en lien avec le sanitaire, **il est indispensable que la réflexion soit menée au niveau d'un territoire.** Si le rôle du département est conforté en tant que chef de fil du social, une stratégie de santé publique et son évolution ne peut être portée qu'au niveau d'une région, le cadre étant précisé nationalement.

Les technologies numériques permettent d'inscrire le bien vieillir dans la dynamique d'innovation territoriale, en préservant un équilibre économique pérenne

Une capitalisation sur l'évolution numérique du soin est indispensable pour ne pas réitérer les errements passés. A cet égard, l'enseignement des différents plans hôpital numérique est d'une grande richesse : aucun plan n'est possible sans réflexion préalable sur les organisations. Les expérimentations télémédecine « Article 36 » et les projets Territoire de soins numérique (TSN) devront être suivis avec la plus grande attention, notamment pour tout ce qui relève de la gouvernance. Ainsi les projets TSN ont su placer le curseur entre projet métier local, recherche d'un équilibre local, déploiement territorial et infrastructure régionale. Le modèle de gouvernance des expérimentations TSN peut être repris tel quel :

- le département ou bassin local pour la mise en œuvre métier ;
- la région pour l'infrastructure.

Ces projets inspirent également un autre enseignement particulièrement important : fédérer les financements, les concentrer dans des projets choisis qui deviendront emblématiques du progrès au service du citoyen.

1) lutin-userlab.fr

VI.1 Relancer le Comité de filière Silver Economie pour inscrire l'action sociale dans l'économie numérique

Face à l'émiettement des structures, des financements (somme toute importants au regard de la qualité de vie réelle des personnes en perte d'autonomie), des services offerts, il est très difficile d'avoir une vue globale du réel soutien apporté au vieillissement de la population française, et encore plus difficile de se donner une vision de l'avenir.

Les pouvoirs publics en ont conscience et ont lancé des programmes d'action publique, tels que PAERPA ou MAIA[1] et des initiatives plus locales. De même, la loi « Adaptation de la société au vieillissement » apporte des nouveaux dispositifs tels que les Conférences des financeurs qui réunissent sous le pilotage du département les acteurs publics de la protection sociale et médicale. Or les industriels du numérique, sollicités par les acteurs du métier, ont largement contribué aux nombreuses expérimentations lancées et ont acquis quelques convictions sur la nécessaire transformation numérique de l'action sociale. En effet, le numérique permet d'imaginer de nouvelles relations avec les seniors, de transformer de la manière dont les professionnels travaillent, et d'améliorer l'efficacité opérationnelle.

Peu digitalisés, les acteurs de l'action sociale ont la possibilité de se saisir dès à présent des nouvelles opportunités de l'économie numérique, et introduire de nouvelles pratiques en rupture avec les pratiques habituelles : introduire plus de rationalité dans leur action, redonner les moyens aux bénéficiaires de maîtriser leur santé…

Plus que jamais, il est indispensable que le dialogue s'instaure à nouveau entre les acteurs métiers et les acteurs industriels, entre les acteurs publics et les acteurs privés.

Les Conférences des financeurs, dont des préfigurateurs seront lancés dès 2015, pourront engager un dialogue fructueux entre financeurs publics et privés de la prévention et de l'accompagnement du vieillissement : on peut en attendre une remise à plat des services financés par les uns ou par les autres, une évaluation de la pertinence de ces services, et une meilleure coordination des actions au niveau départemental. La capitalisation des travaux de ces préfigurateurs se fera sous le pilotage de la CNSA, a priori sans les offreurs d'offres (industriels ou associations). Par ailleurs, pour les industriels, sans être animées par une ambition régionale, la Conférence des financeurs aura une portée limitée.

> Le numérique instaure un dialogue nouveau entre les acteurs métiers et les industriels : il les place dans une logique de partenariat.

France Silver Eco, qui regroupe les quatre grands types d'acteurs de l'écosystème, peut jouer un rôle de Think Tank. Cependant, au regard des masses financières publiques engagées dans le domaine, un seul Think Tank ne permettra pas l'impulsion nécessaire à la construction rapide des évolutions attendues.

Syntec Numérique demande donc la relance du Comité de filière industrielle Silver Economie, et la relance d'ateliers afin de co-construire la vision de l'action sociale de demain : **faire converger action sociale et économie, conjuguer action sociale et économie numérique. Et contractualiser pour piloter la transformation.**

1) Les MAIA, « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer », ont été instaurées par le plan Alzheimer 2008-2012 comme des portes d'entrée uniques.

VI.2 Construire un plan de modernisation de l'action sociale dans une logique de territoire

Depuis six ans, les expérimentations, lancées par les départements, les villes, ou par l'Etat (AAP1 et AAP2), se succèdent dans le domaine social.

Les 15 et 16 décembre 2014, une quarantaine de projets financés par l'Etat dans le cadre des appels à projets Télémédecine ont été présentés au ministère de la Santé, dont une dizaine concerne directement le vieillissement de la population. Sans cadre d'analyse de ces expérimentations, sans modèle partagé de la cible à atteindre, aucune capitalisation réelle n'a été faite.

Un plan numérique national, ancré dans les territoires

Un plan de modernisation de l'action sociale doit donc être construit à brève échéance : il doit veiller à se projeter dans un nouveau mode de fonctionnement, recréer un nouvel environnement dans lequel on peut imaginer un mode de fonctionnement différent de l'action sociale, en décrire les éléments-clés et acter le calendrier de mise en œuvre.

Un cadre national simple doit être défini, établissant les éléments structurants :
Quelle stratégie d'accompagnement du vieillissement, quels parcours de d'accompagnement souhaite-t-on ? Quels objectifs se fixe-t-on globalement ? Quels processus souhaite-t-on améliorer, quelles organisations-cibles, quels métiers cibles, quelles formations pour atteindre ces métiers cibles devons-nous mettre en place ?
Quel chemin pour parvenir à cette cible, en combien de temps et avec quel financement cadencé ?
La déclinaison territoriale de ce cadre national doit être organisée et articulée harmonieusement en parallèle :

- les départements via la Conférence des financeurs sont invités à construire localement la stratégie d'accompagnement du vieillissement, en prenant en compte les leviers propres à cette économie numérique et en capitalisant sur les expérimentations locales ;
- l'action de ces Conférences de financeurs doit être complétée par une concertation avec les offreurs de services publics et privés ;
- la stratégie départementale doit être consolidée au niveau régional, afin de mutualiser les actions qui peuvent l'être ; un cadencement satisfaisant les départements, l'ARS et la région doit être trouvé.

Si l'initiative locale est importante, ne serait-ce que pour la motivation des acteurs au plus proche des bénéficiaires, elle ne peut être encouragée que dans un cadre général construit : trop d'énergie est dépensée par des micro-actions, dont les conclusions ne peuvent être probantes faute d'échelle d'action suffisante et qui sont sources de dépenses peu pertinentes et de complexification de l'écosystème. L'observation de l'évolution des processus, de la pertinence d'un service et de l'évolution des métiers afférents, ne peut se faire que sur une large population.

Un pilotage de la transformation doit être effectué, et on peut s'inspirer des structures mises en place dans le cadre du projet Territoire de Soins Numérique (TSN). La démarche TSN apporte de nouveaux outils et de nouvelles perspectives (organisme d'achat, évaluation des projets, processus transparent…) aux actions et acteurs locaux.
Il s'agit de :

- favoriser l'échange, avoir une vision consolidée des initiatives dans la perspective d'un déploiement rapide du plan ;
- mettre en place les centres de ressources partagées (opérateur pivot, plateforme métier et technique) ;
- faire évoluer la cible si nécessaire ;
- s'assurer que le calendrier d'évolution est tenu.

1) lutin-userlab.fr

Dans la démarche, nous estimons que **le plan de modernisation du bien vieillir doit s'accompagner de la mise en place d'un observatoire des usages et métiers**, une instance indépendante qui capitalisera nationalement et sur des bases régionales les changements observés, sera un appui pour la gestion du changement, l'adéquation des ressources aux besoins dans le cadre de la mise en œuvre des nouvelles organisations et des nouveaux outils.

VI.3 Faire émerger des grands acteurs pour accélérer la transformation de l'action sociale

La digitalisation de l'action sociale permet un changement complet de paradigme.
Les entreprises qui émergent sur le domaine des seniors et dont le modèle est inspirant sont internationales : on ne peut plus se contenter de micro-expérimentations et de dispersion de l'argent public.

L'argent public doit être concentré pour faire émerger des grands acteurs : il pourrait ainsi être pertinent de permettre une délégation de service public à des consortium privés, de construire des entités à capitaux publics et privés, de créer des opérateurs de soutien à domicile avec ou sans but lucratif. Tout reste à imaginer, car la transformation se fera dans le cadre de nouveaux modèles, plus agiles et polymorphes.

Faire émerger des grands acteurs industriels pour consolider la filière

Dans le contrat de filière industrielle Silver Economie, les grands acteurs du numérique se sont engagés à soutenir l'émergence d'une filière industrielle, associant les entreprises de toute taille (y inclus les start-ups), à l'émergence d'un grand marché.

Ce grand marché a une double composante :

- **un marché privé** dont l'impulsion est donnée par une population âgée aisée, en recherche de confort : ce marché émerge lentement avec la prise de conscience que l'Etat ne pourra pas accompagner le vieillissement de toute la population française ;
- **un marché alimenté largement par le financement des pouvoirs publics**, avec une efficacité qui pose question : c'est ce marché qu'il faut structurer pour le redynamiser et accélérer la structuration d'un grand marché global profitant à tous.

Jusqu'à présent, l'investissement des pouvoirs publics (y compris de la Caisse des Dépôts et Consignations) a financé de petits projets menés par de petites structures qui ont une valeur d'exemple, mais qui n'ont pas de suite. Les grands acteurs du numérique en sont conscients, étant sollicités par les start-ups en quête d'accès à un marché, qui, non structuré, ne leur permet pas d'avoir un accès direct simple. La collaboration avec des start-ups et des PMEs permettra également à chacun d'enrichir les offres proposées avec les innovations de chacun. C'est une richesse essentielle, qui doit cependant être tirée par des acteurs dont les capacités d'implication et d'investissement permettront de répondre aux défis sociétaux.

Les acteurs industriels estiment donc que seuls de grands appels d'offres pourront faire évoluer l'offre publique avec la rigueur et la transparence attendues.

VI.4 Etablir une démarche proactive et intelligente de la gestion sur les données des seniors

La nouvelle loi Santé ouvre le champ à l'ouverture d'une partie des données publiques de santé. Dans ce même contexte, les objets connectés dont les seniors sont en train de s'équiper vont générer un trafic de données volontairement publiques. Il nous semble essentiel que, probablement au sein du Contrat de filière, soit engagée une réflexion structurante sur une gestion intelligente de ces données.

En effet, les politiques sociale, médico-sociale et sanitaire, tout autant que la gestion intelligente de la ville et du transport, devraient permettre de faire progresser substantiellement la connaissance et la mise à disposition de solutions contribuant au maintien à domicile, à l'autonomie et à la prévention des maladies chroniques chez les seniors.

L'Observatoire des usages et des métiers dont nous avons évoqué la pertinence devrait voir sa stratégie et ses orientations largement conditionnés par l'analyse des données ainsi recueillies et traitées grâce aux technologies numériques du Big Data.

VI.5 Conclusion

Le temps est venu, pour des raisons sociales, économiques, industrielles et d'équité de l'accès aux services, de poser les bases de la transformation digitale du domaine social : elle sera l'agent de la transformation attendue du secteur.

> Le numérique apporte des éléments de transformation qui vont permettre d'accompagner le choc démographique

Les acteurs du numérique doivent ainsi être associés dès le début de la réflexion sur cette transformation, afin de contribuer à l'émergence des offres pertinentes au regard de l'évolution des technologies et de la gestion des données.
Cette transformation doit se traduire par des appels d'offres afférents, et contribuer à l'émergence de grands acteurs de l'accompagnement du vieillissement.

Les acteurs du numérique se sont engagés dans le contrat de filière Silver Economie pour soutenir les initiatives structurantes qui se profilent, et engagent leur responsabilité sociétale dans cette action : « la Silver Economie représente un vivier considérable d'emplois non délocalisables, au service du bien-être des personnes âgées. En raison de leurs capacités d'innovation permanentes et de leurs possibilités de fédérer les différents acteurs intéressés au niveau d'un territoire d'action pertinent, les départements de France se doivent d'être des éléments moteurs de la structuration de cette filière[1]. »

Dès les premiers travaux de 2013 sur la Silver Economie, Syntec Numérique avait apporté une contribution remarquée, pour alerter les pouvoirs publics sur l'urgence de restructurer le domaine social dans le contexte de montée en fragilité de la population nombreuse du baby-boom. Notre contribution mettait en exergue le rôle que le numérique pouvait jouer auprès des acteurs métiers et grâce à de nouvelles organisations de services, dont l'opérateur pivot, pour faciliter cette restructuration.

S'appuyant sur l'expérience et la réflexion des membres de Syntec Numérique réunis autour du groupe de travail Silver Economie, le présent Livre Blanc pose les bases de la transformation du domaine social et médico-social en lien avec le sanitaire, et fait des recommandations pour accélérer cette transformation qui concerne à la fois les processus métier et leur architecture digitale : il s'agit de **faire entrer le social dans l'ère numérique**.

Paraphrasant les mots de Joël de Rosnay, selon qui « le patient devient éclairé et augmenté grâce aux outils numériques[2]», ce Livre Blanc tente également de démontrer que « le senior, ainsi que ses aidants, devient éclairé et augmenté grâce aux outils numériques, et facilite ainsi l'action publique ».

Une collaboration, actée en février dernier entre Syntec Numérique et la FEHAP va porter plus loin ces recommandations pour agir dans le sens de la mise en œuvre de la transformation numérique de l'action sociale. Un Livre Blanc « Le secteur Privé non lucratif à l'ère du numérique » paraîtra à l'occasion du Congrès de la FEHAP organisé à Reims les 25 et 26 novembre 2015.

1) Contrat de filière Silver Economie
2) Intervention de Joël de Rosnay sur sa vision de l'impact du numérique sur la santé de demain, lors de la conférence organisée dans le cadre des 7ème Journées des Adhérents du groupement d'intérêt public Santé Informatique Bretagne (GIP SIB), qui se sont tenues du 8 au 10 avril 2015 à La Baule.

Remerciements

Ce Livre Blanc est le prolongement des travaux engagés par Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie de 2012 à 2014, députée de la deuxième circonscription de Gironde et à l'initiative de la création de la filière industrielle Silver Economie dont Syntec Numérique est signataire (cf. en annexe les engagements portés par Syntec Numérique).

Tous nos remerciements aux personnes et aux organismes qui ont apporté leur concours et leur soutien au travail du groupe Silver Economie de Syntec Numérique et sans qui la rédaction de ce livre blanc n'aurait pas été possible :

- L'ANAP avec M. Christian Anastazy, directeur, et M. Didier Alain, manager ;
- L'EHESP en la personne de Marie Aline Bloch, directrice de la recherche et de l'innovation pédagogique et auteur de Coordination et parcours – La Dynamique du monde sanitaire, social et médico-social ;
- La FEHAP avec M. Yves Jean Dupuis, directeur général, et le conseiller national SIS M. Jean-François Goglin ;
- M. Sadik Filipovic, associé d'Ailancy, Mme Isabelle Zablit-Schmitz, fondatrice de Clavesis, ainsi que Mme Fabienne Matuszynski, rédactrice chez Orange Healthcare ;
- Tous les membres du groupe Silver Economie de Syntec Numérique.

Présentation Syntec Numérique

Syntec Numérique est le syndicat professionnel des entreprises de services du numérique (ESN), des éditeurs de logiciels et des sociétés de Conseil en Technologies.

Syntec Numérique représente 1 500 sociétés adhérentes, soit 80 % du chiffre d'affaires de la profession. Présidé depuis juin 2010 par Guy Mamou-Mani, Syntec Numérique contribue au développement des Technologies de l'Information et de la Communication et de leurs usages, assure la promotion des entreprises des Logiciels & Services et la défense des intérêts collectifs professionnels.

syntec-numerique.fr
@syntecnumerique

Présentation du Comité de rédaction

- Maud Arquillère, *Worldline*
- Hervé de Belenet, *GFI*
- Joëlle Bouet, *Opus Line*
- Olivier Brevet, *Klee Group*
- Olivier de La Boulaye, *Altran*
- Laurence Delattre, *Alcatel-Lucent*
- Jean-Marie Dunand, *Docapost*
- Jérôme Faggion, *Maincare Solutions*
- Paolo Ferreira, *OMD Consulting*
- Marc Fertout, *Klee Group*
- Sadik Filipovic, *Ailancy*
- Nadia Frontigny, *Orange Healthcare, Pilote du groupe de travail Silver Economie de Syntec Numérique et membre du Comité du MEDEF « Santé – Assurance Maladie »*
- Jean-Claude Hercelin, *MIstate*
- Laurent Joly, *Klee Group*
- Francis Jubert, *Inter-face, missionné pour le Comité santé de Syntec Numérique*
- Bruno Longhi, *Oracle*
- Jacqueline Marie, *Bull an Atos Company*
- Xavier Mary, *IBM*
- Cécile Mico, *CSC*
- Laurent Monnet, *Croix Rouge Française*
- Edith Moreau-Parizet, *Sopra Steria Group*
- Rodolphe Nottin, *Viveris*
- Jean-François Penciolelli, *H4D*
- Maren Picou, *Bull an Atos Company*
- Christophe Richard, *Santeos an Atos Company*
- Justine Sauquet, *Dynseo*
- Isabelle Zablit, *Clavesis et Wellfundr*

Contrat de filière Silver Economie

Syntec NUMÉRIQUE

Engagements de Syntec Numérique

Paris, le 4 décembre 2013

Avec près de 1 200 entreprises adhérentes représentant les principaux acteurs et métiers des industries numériques, Syntec Numérique est la Chambre Professionnelle des entreprises de services du numérique, des éditeurs de logiciels et des sociétés de conseil en technologies. La création du Comité Santé, courant 2007, témoigne de la volonté des entreprises membres de Syntec Numérique de participer activement au nécessaire effort de rattrapage et d'adaptation à l'ère numérique du secteur de la Santé et du Médico-social.

Un groupe de travail Syntec dédié aux questions « Autonomie, TIC et vieillissement » soulevées par la « Silver économie » a été mis en place le 18 septembre 2013 dernier confirmant l'intérêt croissant des entreprises du numérique à l'existence en propre d'une filière et à son développement à côté de leur implication dans la santé proprement dite.

La feuille de route du nouveau groupe de travail « Silver Economie » de Syntec s'inscrit dans la logique des réflexions menées depuis 2011 avec la Direction de la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) du ministère et la CDC avec qui des échanges suivis ont eu lieu autour de la problématique de l'innovation numérique territoriale dans le médico-social avec deux interventions en plénière de la CDC, en 2011 et 2013.

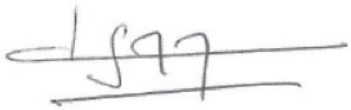
Syntec Numérique souhaite aujourd'hui s'associer pleinement au développement de la filière aux côtés des autres syndicats et Fédérations en leur apportant la vision du marché numérique qui est la sienne, et notamment celle du Homecare, *« le plus grand marché du futur (soutien à la personne, de sa sécurité ,de son mieux être, du vieillissement, de la dépendance, de la fragilité, de la surveillance à domicile), avec ses 30 ans de croissance estimé à 500 milliards d'euros »* selon les propres termes de Guy Mamou-Mani, son président, et en veillant à la nécessaire articulation, sans confusion des domaines et des compétences, entre le sanitaire et le médico-social et social.

Cette contribution, pour être utile à l'ensemble de l'écosystème se veut distinctive. Aussi Syntec Numérique propose de mener à bien les chantiers suivants :

1- réaliser, en tout premier lieu, une **cartographie éclairante** des acteurs du numérique dans le domaine médico-social et social (en lien avec le sanitaire), en s'intéressant tout particulièrement aux entreprises qui se positionnent sur l'accompagnement des populations cibles et sont présentes aux différentes étapes de leur prise en charge en leur apportant les technologies et services innovants (autonomie à domicile, prévention, …)

2- aider à déterminer les contours d'un **modèle français différenciateur** en s'attachant à
   a. définir des schémas susceptibles d'apporter le niveau de coordination attendu des différents acteurs sur l'ensemble de la chaîne de valeur (plateformes de « customer relationship management » outillant l'opérateur pivot) et d'améliorer l'efficience et le pilotage des services pour le bénéfice des personnes âgées
   b. réunir les conditions de leur exportabilité
   c. recenser les métiers numériques en émergence sur le parcours du social et du médico-social

3- adresser les aspects de normalisation des technologies et services de la Silver économie
   a. en association avec les autres acteurs concernés, notamment ceux du bâtiment pour les aspects « domotique »
   b. en travaillant à la mise en place d'un label Haute Qualité Autonomie suivant les travaux du CNR Santé auxquels Syntec Numérique a souhaité s'associer.



Lexique

ANI	Accord National Interprofessionnel
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CASA	Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRM	Customer Relationship Management
CTA	Coordination Territoire d'Appui
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide (ex Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAERPA	Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

Bibliographie et chiffres clés

L'ensemble de ces éléments chiffrés ont été relevés au cours du travail de documentation et revue de littérature en rapport avec le sujet seniors et Silver Economie.

Pour la France, le marché total est évalué en 2010 à 31 milliards d'euros (soit 1,59 % du PIB), dont 24 milliards correspondent à des dépenses publiques (prise en charge santé, APA, aide pour l'hébergement) et 7 milliards à des dépenses privées. Avec l'évolution démographique envisagée, le marché pourrait augmenter de 0,81 points de PIB à horizon 2040, soit un total de 2,4 % du PIB.

Source : Propositions de la filière Silver Economie, « La Silver Economie, une opportunité pour la France et ses Territoires », 24 avril 2013

D'ici 2015, le CREDOC (Etude de l'impact du vieillissement de la population sur l'offre et la demande de biens et services de consommation – Etude réalisée par le Credoc pour le compte de la DGCIS – Juin 2010) estime que le poids des seniors dans les dépenses de consommation dépassera 50 % (sachant que pour le CREDOC, le consommateur devient « senior » à partir de 50 ans). Le marché des seniors représentera un poids prépondérant dans les marchés de l'alimentation à domicile (60 %), de la santé (64 %), des équipements du foyer (58 %), des loisirs (57 %) ou encore des assurances (56 %). Or, parvenus à l'âge de 65 ans, les personnes âgées voient leurs dépenses de consommation diminuer brutalement (*« Avec le passage à la retraite, le ménage restructure ses dépenses de consommation »* – Nicolas HERPIN (CNRS) Christophe MICHEL (INSEE), 2012).

Source : Luc Broussy, mission interministérielle sur l'Adaptation de la société française au vieillissement de sa population – Rapport à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, « L'Adaptation de la société au vieillissement de sa population », janvier 2013

L'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre ½ et 2 ½ points de PIB d'ici 2025 avec des scénarios très variables.

Source : Senior Strategic, « La Lettre d'analyse – Comprendre les enjeux économiques et stratégiques du vieillissement démographique », avril 2013

L'agence Fitch Rating prévient qu'elle compte abaisser dans la prochaine décennie la note des pays concernés par le vieillissement démographique. Les premiers visés sont le Japon, l'Irlande et Chypre.

Source : Senior Strategic, « La Lettre d'analyse – Comprendre les enjeux économiques et stratégiques du vieillissement démographique », avril 2013

Le taux de pénétration de la téléassistance chez les 65 ans et plus est supérieur en Grand Bretagne (env. 14 %) et en Suède (env. 10 %) par rapport à la France (env. 6 %), en partie en raison des politiques publiques mises en place depuis plusieurs années.

Source : CEE – Eurostat, septembre 2012

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030. Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus sera multiplié par près de 4 en 40 ans passant de 1,4 à 4,8 millions d'ici à 2050.

Source : ministère du Redressement productif et ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Lancement de la filière Industrielle Silver Economie », dossier de presse, 24 avril 2013

Avec une population mondiale qui vieillit (900 millions de personnes âgées dans le monde), le champ économique ouvert par l'avancée en âge constitue un potentiel de croissance unique pour les entreprises françaises

Source : ministère du Redressement productif et ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Lancement de la filière Industrielle Silver Economie », dossier de presse, 24 avril 2013

Le marché global de la Silver Economie représente 92 milliards d'euros en 2013 en Europe et dépassera les 130 milliards en 2020.

Source : Senior Strategic, « Scénario moyen des prévisions de croissance des gérontechnologies en Europe en millions d'euros », modèle économique, 2013

---

1. Les « seniors actifs » présentent en effet des profils nouveaux :
- Un revenu supérieur à la moyenne des ménages (de 30 %), qui s'est multiplié par 7 en vingt ans et qui progressera encore dans les années à venir ;
- Un patrimoine (60 % du patrimoine des ménages et 75 % du portefeuille boursier), et un taux d'épargne élevé, de l'ordre de 28 % des ressources pour les couples ;
- Une consommation supérieure à la moyenne (en 2015 elle représentera 54 % des dépenses des ménages) ;
- Une appétence pour les nouvelles technologies (30 % des internautes ont plus de 50 ans et 27 % sont cyberacheteurs).
- […]

2. Les seniors actifs : des prescripteurs et des consommateurs avertis
En 2040, cette génération fera partie des 4 millions de personnes qui auront 80 ans et plus.

Source : DGCIS, « La Silver Economie, une opportunité pour la France et ses Territoires », propositions de la filière Silver Economie, Annexe 3, 24 avril 2013

Le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans et celles âgées de plus de 75 ans aura doublé en 2050 (le nombre des personnes âgées de plus de 75 ans passera d'un peu plus de 5 millions aujourd'hui à plus de 10 millions en 2050). Mais ce résultat ne sera atteint que progressivement, avec une nette accélération en 2025 liée à l'effet de l'arrivée dans le grand âge des générations nombreuses du « baby-boom ».
[…]
A 86 ans, pour les deux sexes, les plus diplômés peuvent espérer vivre encore 20 % plus longtemps que les non diplômés.

Source : Conseil Economique et Social, rapport présenté par M. Michel Coquillion, « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins », 3 octobre 2007

Les éléments ci-après sont extraits de : Luc Broussy, mission interministérielle sur l'Adaptation de la société française au vieillissement de sa population – *Rapport à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, « L'Adaptation de la société au vieillissement de sa population », janvier 2013*

Entre aujourd'hui et 2050, les « plus de 60 ans » devraient passer dans les pays développés d'environ 20 % à 33 % de la population totale. Dans le même temps ; cette proportion évoluera, dans les pays en voie de développement, de 8 % à 20 %. Certains pays émergents vont ainsi connaître en 50 ans le vieillissement que la France a mis plus d'un siècle à amortir […] les chinois de plus de 80 ans vont passer de 11 millions en 2000 à 30 millions en 2025… et à 98 millions en 2050.

[…]

L'Europe vieillit en maigrissant. La France, phénomène exceptionnel, vieillit en grossissant. Au point que la Commission Européenne ("The 2012 ageing report", *European Economy, février 2012)* estime que les courbes des populations française et allemande se croiseront en 2045 autour de 70 millions d'habitants et qu'en 2060, la France comptera 7 millions d'habitants de plus que l'Allemagne (73 contre 66).

[…]

En 1950, parvenu à l'âge de 60 ans, on vivait en moyenne 16 années. En 2013, on vit, après 60 ans, en moyenne 26 ans. Pendant longtemps, la retraite fut le début de la fin de la vie. C'est devenu aujourd'hui le début d'une nouvelle vie. Une vie qui peut durer 20, 30, 40 ans voire plus.

[…]

L'INSEE estime, dans un scénario médian *(Perspectives démographiques et financières de la dépendance* – Jean Michel Charpin, juin 2011*)*, à 400 000 la progression du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie entre 2010 et 2030.

[…]

Notre pays compte aujourd'hui 1,2 millions de titulaires de l'APA pour 15 millions de retraités. Dans 20 ans, la France comptera 2 millions de dépendants pour 20 millions de retraités.

[…]

A l'horizon 2040, un français sur trois aura plus de 60 ans.

[…]

En 2005 (« Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » - Recommandations de la Haute Autorité de Santé, 2005), la Haute Autorité de Santé évaluait à plus de 9 000 le nombre de décès de personnes âgées provoqués directement ou indirectement par une chute. Et sur 450.000 chutes constatées chaque année, 62 %, nous apprend l'INPES, interviennent au domicile de la personne âgée. Pour remettre ce chiffre en perspective, il convient de rappeler qu'en 2011, les accidents de la route ont provoqué le décès de 3 900 personnes au total en France.

[…]

Aujourd'hui, près de 75 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont propriétaires de leur logement contre 58 % dans l'ensemble de la population française. En 25 ans, le taux de propriétaires chez les seniors est passé de 56 % à 74 %.

[…]

13 % des ménages de 65 ans et plus vivent dans le logement social alors qu'ils n'étaient que 10 % voici 20 ans. La proportion des 65 ans et plus parmi les locataires du parc social est déjà de 20 % et pourrait passer à 35 % en 2035.

[…]

Aujourd'hui en France 14 % des personnes vivent seules *(Combien de personnes vivent seules en France ?* – Laurent Toulemon, Sophie Pennec – Population & Sociétés – INED – décembre 2011) (contre 6 % en 1962). Et ce pourcentage a tendance à croître avec l'âge mais dans des proportions radicalement différentes selon le sexe. Ainsi, cette évolution commence très tôt pour les femmes : à partir de 40 ans, le taux de femmes vivant seules commence à croître pour passer de 10 % à 50 ans à 55 % à 85 ans. Alors que la proportion d'hommes vivant seuls ne commence à augmenter qu'entre 70 et 80 ans.

[…]

Dans l'enquête de 2006 *(Anne-Carole Bensadon pour le collectif « Combattre la solitude des personnes âgées » – Enquête « Isolement et vie relationnelle », septembre 2006)*, 17 % des personnes interrogées (sur la base d'un panel de 5 000 personnes âgées de plus de 60 ans) déclaraient ne pas parler à quelqu'un tous les jours et 8 % déclaraient n'avoir reçu ni lettre, ni

visite, ni coups de téléphone depuis 15 jours. 8 %, cela peut paraître minime. Si on extrapole ce pourcentage au nombre de plus de 60 ans en France, ce « 8 % » correspond pourtant à 1,2 millions de personnes. Potentiellement, les relations sociales de près de 1,2 millions de personnes âgées sont quasi-inexistantes. Constat insupportable !
[…]
La demande d'hébergement de personnes très âgées (au-delà de 85 ans) mais valides va fortement croître tout au long des prochaines décennies. On estime en effet à + 1,5 million la croissance du nombre de personnes âgées « de 85 ans et plus » non dépendantes entre aujourd'hui et 2030. L'immense majorité de ces 1,5 millions de personnes demeureront dans leur domicile. D'autres inclineront, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, à déménager dans un logement plus adapté.
[…]
Actuellement, les personnes âgées payent leur condition de piétons d'un très lourd tribut. En 2010 (« La Sécurité routière en France – Bilan de l'année 2010 » - Observatoire national interministériel de la sécurité routière – La Documentation Française), 37 % des piétons tués étaient âgés de plus de 75 ans et 50 % âgés de plus de 65 ans. Près de 500 piétons meurent chaque année d'un accident de la route. La moitié d'entre eux sont des personnes âgées !
[…]
La part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population totale est, en 2012, de 23,7 % en France métropolitaine (Et de 23,4 % pour l'ensemble France métropolitaine et 4 Dom (Guyane, Réunion, Guadeloupe et Martinique). Elle pourrait croître à 31,1 % à l'horizon 2030. Mais derrière ces pourcentages moyens se cachent de très grandes diversités territoriales. En effet, déjà en 2012, le département le plus « jeune » de France métropolitaine, la Seine-Saint-Denis, compte 15,7 % de personnes âgées de 60 ans ou plus (Outre-mer, La Réunion compte, en 2012, 12,7 % de 60 ans ou plus et la Guyane 7,0 %) quand la Creuse, le département le plus « vieux » de France, en compte 34,7 %. A l'horizon 2030, la Seine-Saint-Denis pourrait compter 20,5 % de 60 ans ou plus et la Creuse… 45,4 % !
[…]
Entre 2000 et 2030, Paris compterait une gérontocroissance des personnes âgées de 85 ans ou plus de + 13 %, la petite couronne de + 65 % et la grande couronne de + 155 %.
[…]
350 000 ! C'est le nombre de besoins en emplois d'aides à domicile, d'aides-soignantes et d'infirmières à recruter entrer 2010 et 2020.
[…]
Aujourd'hui, sur 480 000 infirmières, seulement 19 000, soit 4 % évoluent dans un établissement pour personnes âgées.
[…]
Une étude réalisée en 2011 par le cabinet Frost & Sullivan sur « les marchés européens des technologies de l'aide à l'autonomie » indiquait que ce marché avait généré 154 millions de dollars de revenus en 2009 et devrait atteindre 525 millions de dollars en 2015, et qu'il représentait en France un marché de 24,7 millions de dollars en 2009 et de 85 millions de dollars en 2015.
[…]
En Grande-Bretagne, les pouvoirs publics et le National Health Service ont très tôt, dès les années 90, fortement encouragé et subventionné le développement de la télé-assistance. Aujourd'hui, alors que moins de 400 000 personnes âgées sont en France abonnés à un système de téléassistance, plus de 2 millions de britanniques le sont.
[…]
Au total, les Conseils généraux consacrent donc 2,1 milliards d'euros à l'Aide Sociale à l'Hébergement des personnes âgées. Mais la récupération sur succession comme la mise en jeu de l'obligation alimentaire permettent aux départements de « se rembourser » 1 041 000 d'euros, soit 49 % des sommes engagées. Le coût net pour les départements est donc de 1,08 milliard d'euros sans qu'il soit possible à ce stade de distinguer les récupérations qui relèvent des revenus de la personne, de la succession ou de l'obligation alimentaire.
[…]
700 à 750 000, c'est le nombre estimé d'aidants familiaux de personnes âgées bénéficiaires de l'APA (Cité dans le rapport du Haut Conseil de la Famille, 2011)

L'enquête Handicap-Santé auprès d'aidants réalisée en 2008 par la DREES estime à 4,3 millions le nombre de personnes aidant régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral une personne de 60 ans et plus vivant à domicile, présentant un problème de santé ou de handicap dont 3,9 millions apportent une aide matérielle aux tâches de la vie quotidienne (Cité dans le rapport « Société et Vieillissement » – Annick Morel, juin 2011).
[…]
Si la majorité des aidants sont retraités, 40 % sont aujourd'hui en emploi.
[…]
80 % des résidents en EHPAD sont des résidentes. 60 % des aidants familiaux sont des aidantes. 88 % des infirmiers sont des infirmières. 92 % des aides-soignants sont des aidessoignantes. D'ailleurs depuis 12 ans, 80 % des ministres en charge des personnes âgées sont aussi des femmes !
[…]
Les plus de 60 ans représentent aujourd'hui 23 % de la population française mais plus de 33 % des électeurs inscrits (Vincent Drouin – Enquêtes sur les générations et la politique, Editions l'Harmattan, 1995). Leur poids politique est donc bien plus important encore que leur seul poids démographique.
[…]
Les maires âgés de plus de 60 ans sont passés de 28,5 % avant 2008 à 40 % après les élections de 2008.
[…]
Un CLIC n'est pas égal à un CLIC puisque leur niveau de labellisation ne leur donne pas tous les mêmes missions. Mais surtout leur densité sur le territoire est très disparate. Sur 99 départements comptant 550 CLIC, 47 départements comptent entre 0 et 4 CLIC, 37 entre 5 et 10, 14 en ont entre 11 et 20 et un seul en compte plus de 20. 5 départements ne comptent aucun CLIC et 11 en compte un seul… Autant dire que la personne âgée a une chance aléatoire non seulement d'avoir un CLIC près de chez elle mais en plus de savoir quelles prestations il peut bien servir puisque 23 % des CLIC sont de niveau 1, 17 % de niveau 2 et 60 % de niveau 3… Où le trouvez ? Là encore, le jeu de pistes continue puisque 54 % des CLIC sont gérés par des associations, 15 % par des CCAS, 9 % par le Conseil Général et 9 % par un hôpital.

Les éléments ci-après sont extraits de : Fréderic Serrière pour Senior Strategic, « Guide du Marché des 50 ans et plus », 2012

En France, 73 % des entreprises déclarent ne pas s'intéresser aux plus de 50 ans. 46 % veulent absolument éviter d'avoir une image « vieille » et nient tout intérêt pour ce marché. Seulement 21 % ont réalisé une étude sur cette population ces quatre dernières années.
[…]
Les 50 ans et plus représentent un poids économique grandissant. Leur pouvoir d'achat, estimé à 2500 milliards d'euros dans le Monde.
[…]
D'après l'Insee, la France comptait 61,4 millions d'habitants au 1er janvier 2010. 15,6 % avaient moins de 20 ans, 36 millions entre 20 et 64 ans, et 9,9 millions plus de 65 ans. Les plus de 50 ans sont près de 20 millions, soit 33 % de la population. D'autre part, la France compte 12 819 centenaires en 2010.
[…]
Parmi la génération née en 1800, seul un tiers a dépassé 60 ans, et 6,8 % seulement ont atteint 80 ans. Parmi la génération née en 1900, plus de la moitié (54 %) étaient encore vivants à 60 ans, et 26 % ont atteint 80 ans.
[…]
La perception du « vieux » : une personne est dite vieille à 70 ans pour 23 % des moins de 50 ans. Les plus de 50 ans sont 23 % à penser qu'on est vieux à partir de 90 ans.
[…]
Le pouvoir d'achat des 50 ans et plus en France, estimé à 132 milliards d'euros.
[…]

Le taux d'emploi des « salariés âgés entre 50-64 ans » est de 34,8 % (ce qui est le pourcentage le plus faible de tous les pays européens).
[…]
D'après l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui a réalisé en 2002 un baromètre sur la santé des 45-59 ans et des 60-75 ans, les personnes âgées de 60 à 75 ans disent beaucoup plus souvent que leurs cadets de 45-59 ans souffrir de problèmes de santé physique. Elles sont près d'une sur deux à déclarer avoir une maladie chronique, contre un tiers seulement parmi les 45-59 ans. 22 % disent souffrir d'un handicap physique, contre 16,5 % des 45-59 ans. Les difficultés motrices rencontrées au quotidien, dans la montée d'un escalier, par exemple, sont aussi plus fréquentes chez les 60-75 ans. L'étude laisse en outre apparaître que les 60-75 ans se disent en meilleure santé mentale que les 45-59 ans.
[…]
L'espérance de vie à 60 ans est de 17 ans pour un ouvrier et de 19 ans pour un employé. Elle monte à 23,5 ans pour les cadres de la fonction publique.
[…]
La dépendance en France : la dépendance concerne essentiellement les seniors les plus âgés. Sont fortement dépendants : 10 % des 75 ans, 35 % des 85 ans et 90 % des 95 ans. 25 % des 65-79 ans. D'autre part, 52 % des 80 ans et plus sont concernés par une incapacité. L'espérance de vie sans incapacité est de 65,6 ans pour les hommes et de 69,8 ans pour les femmes. 844 000 personnes de 60 ans ou plus sont dépendantes.
[…]
La proportion des personnes de plus de 80 ans est celle qui va augmenter le plus dans les années qui viennent. Leur nombre va plus que tripler, passant de 2,2 millions aujourd'hui à 7 millions en 2040.
[…]
Si l'espérance de vie augmente, l'âge moyen à partir duquel une personne âgée devient dépendante reste stable. Sont ainsi lourdement dépendants : 10 % des 75 ans, 35 % des 85 ans et 90 % des 95 ans.
[…]
Les Profils Générations :

	Les grands seniors	Les seniors	Les jeunes seniors	Les baby-boomers
Nés	Avant 1923	Entre 1924 et 1935	Entre 1936 et 1945	Entre 1946 et 1956
Âge en 2010	> 80 ans	68-79	57-67	47-57
Revenu annuel (en euros)	23 000	28 000	41 720	54 900

[…]
Il y a de plus en plus d'internautes de plus de 50 ans. Ils sont plus de 3,4 millions de connectés.
Voici les raisons pour commencer à surfer : pour avoir accès à l'information sans me déplacer (32 %), pour communiquer plus facilement avec les autres et notamment la famille (20 %), j'ai voulu apprendre quelque chose de nouveau (14 %), par pure curiosité (10 %), stimulé par les petits-enfants
(7 %), l'abonnement gratuit (6 %), autres (5 %) (principalement des raisons professionnelles), sur conseil d'amis / connaissances (3 %), stimulé par les médias (2 %), j'avais suivi un cours (2 %).
[…]
Les sujets qui intéressent les 50-60 ans : santé, tourisme, finance, technologie, actualité et information générale.

Technologies relatives à « l'homme accompagné » et à « l'homme augmenté »

Alain Crémieux, dans le cadre du LAAS-CNRS, a co-dirigé de 2005 à 2008 le laboratoire franco-japonais JRL dédié à la robotique humanoïde.

Marina Maestrutti, maître de conférences en sociologie au Centre d'étude des techniques, des connaissances et des pratiques, Université Panthéon-Sorbonne et coresponsable du groupe thématique 41 « Corps, Techniques et Sociétés » de l'Association française de Fociologie. Son travail s'intéresse au rôle des imaginaires dans la représentation techno-scientifique du corps et aux relations entre les corps et les technologies contemporaines dans le domaine de la santé. Elle a notamment publié *Imaginaires des nanotechnologies - Mythes et fictions de l'infiniment petit, Vuibert, Paris, 2011.*

« Nao, histoire humaine » : entretien avec Bruno Masonnier, fondateur de Aldebaran Robotics (http://www.techtic-co.eu/2011/08/11/nao-histoire-humaine-3/) et du programme de recherche mené par Paris Descartes avec Nao, notamment sur le bien vieillir (http://www.parisdescartes.fr/Espace-presse/L-Universite-Paris-Descartes-1ere-universite-europeenne-2eme-universite-mondiale-a-acquerir-un-robot-humanoide-Nao-dans-le-cadre-d-un-programme-d-education).

Serge Guérin, Silver Génération : 10 idées reçues à combattre à propos des seniors, Edition Michalon, 2015.

Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, *Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Edition Dunod, 2014.

IGAS, rapport établi par Stéphanie Dupays, Stéphane Paul et Dominique Voynet, membres de l'inspection générale des Affaires sociales, avec le concours du conseil général à l'Environnement et au Développement durable, *Les Résidences Seniors pour personnes âgées*, février 2015.

EHPA Conseil, *Bien Vieillir chez soi grâce aux résidences-seniors*, Rapport, décembre 2014.

ANAH et CNAV, *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées,* Rapport, décembre 2013.

Syntec
NUMÉRIQUE

Tél. : 01 44 30 49 70

syntec-numerique.fr

@syntecnumerique

Chambre Professionnelle des Métiers du Numérique

© 2015, Syntec Numérique