

**La téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une  
logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?**

## **Rapport de recherche**

*Janvier 2010*

Florence Charue-Duboc, Laure Amar, Nathalie Raulet-Croset  
(PREG-CRG, Ecole polytechnique-CNRS)

Anne-France Kogan  
(Ecole des Mines de Nantes)



# Introduction

Cette recherche aborde une thématique au cœur des préoccupations de la CNSA, celle de « l'application des nouvelles technologies au service de l'autonomie »<sup>1</sup>. Nous l'étudions à partir du cas de la téléassistance. Les dispositifs de téléassistance sont en effet dédiés au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et couplent technologie et services. Les premières offres remontent aux années 1980, le développement de ces services a été lent, beaucoup plus lent que les anticipations ne le laissaient prévoir. Depuis une vingtaine d'années, de multiples initiatives et innovations organisationnelles ont été conduites. Nous proposons alors d'analyser ces dispositifs et les acteurs qu'ils impliquent et leurs évolutions ainsi que les usages. Au-delà du cas spécifique de la téléassistance, c'est la question du déploiement de nouvelles offres qui visent spécifiquement la personne âgée dépendante et couplent technologie et services que nous tenterons d'éclairer.

Nous chercherons ainsi à répondre à un des objectifs majeurs de la CNSA : « rassembler et accroître les savoirs pour mieux agir », notamment pour l'anticipation des problématiques émergentes.

Ce rapport comporte deux grandes parties.

Dans la première partie, nous présenterons le contexte et l'historique de la téléassistance puis, les différents acteurs en présence et leurs enjeux. Nous caractériserons ensuite la diversité des opérateurs et de leurs offres et proposerons des hypothèses permettant d'expliquer cette diversité. Enfin, nous dresserons une cartographie des multiples intervenants participant à la production du service de téléassistance, à sa préconisation et à son financement.

Dans la seconde partie, nous poursuivrons l'analyse en retenant six problématiques qui nous paraissent centrales pour caractériser la dynamique d'évolution de la téléassistance, mieux comprendre son rôle et son insertion dans un réseau d'acteurs, sa valeur, et sa portée. Nous approfondirons ainsi les questions suivantes : celle de la proximité, des usages, des compétences des opératrices de téléassistance, de l'articulation au médical, de la

---

<sup>1</sup> Rapport annuel de la CNSA, 2006.

responsabilité sociale et de la valeur apportée par la téléassistance. Un tel éclairage nous semble pouvoir constituer un socle pour projeter la dynamique d'évolution de la téléassistance.

Le présent rapport s'appuie sur deux approches méthodologiques complémentaires. D'une part, nous avons mené une série d'entretiens auprès des différentes catégories d'acteurs contribuant au déploiement de la téléassistance. D'autre part nous avons conduit deux observations sur les plateaux téléphoniques d'opérateurs pour mieux comprendre les usages des personnes âgées, caractériser l'activité des opératrices, mettre en évidence les prérequis de la mise en œuvre de ce service.

Les entretiens d'une durée de 1 à 2 heures ont été menés auprès des différents acteurs suivants :

- Des opérateurs :

Vitaris ; GTS Mondial assistance ; Présence Verte ; Filien-ADMR ; Equinoxe ; Custos ; Domplus ; Secours assistance ; UNA téléassistance

- Des services de l'état et des collectivités locales :

La CNSA, le Conseil Général de Loire Atlantique, le CCAS de Nantes ; plusieurs Clic à Paris et en région parisienne ; un CCAS et un élu du Lot

- Acteur du secteur des services à la personne :

Proxim'service, association de service des Pyrénées Atlantiques

- Entreprise concevant et produisant du matériel :

Laudren

La liste exhaustive des fonctions des personnes rencontrées se trouve en annexe.

Les observations ont été menées sur deux plateaux de téléassistance de deux grands opérateurs : Filien-ADMR et Vitaris. Pour chacune des plateformes, l'observation s'est déroulée sur une journée et demie et a impliqué deux chercheurs. Il s'agissait d'écouter les appels et de suivre leur traitement. Cette observation s'est faite auprès de différentes opératrices, du fait des changements d'équipes. L'observation a couvert différentes tranches horaires. En outre, des temps d'entretien avec les opératrices et les animatrices ont permis de mieux comprendre l'activité, d'une part, en revenant sur des situations pour lesquelles le chercheur avait assisté au traitement, d'autre part, en resituant les appels qui avaient eu lieu

par rapport à l'ensemble des situations auxquelles sont confrontées les opératrices. Chaque chercheur a pu avoir connaissance en temps réel d'une centaine d'appels. Sans être ni statistiquement représentatif, ni exhaustif, cela a permis d'être confronté à une variété importante de situations et de différencier des types d'appel relativement fréquents, d'appels plus rares.

Nous tenons à remercier chaleureusement les différentes personnes rencontrées pour l'accueil qu'elles nous ont fait, pour le temps qu'elles nous ont consacré et pour la richesse des informations transmises. Sans leur aide, ce travail n'aurait pu voir le jour.

Enfin d'autres sources qui abordent la problématique du vieillissement et du déploiement des technologies de l'information et de la communication auprès des personnes âgées ont été également mobilisées. Le lecteur trouvera un certain nombre de références en bibliographie.



# Sommaire

<b>Partie I.....</b>	<b>11</b>
Section 1 – Historique et Contexte.....	13
1. Le contexte .....	13
1.1. Le vieillissement démographique .....	13
1.2. La construction sociale du vieillissement.....	13
1.3. 4 <sup>ème</sup> âge, dépendance et technologie.....	14
2. Historique de la téléassistance en France .....	16
2.1. Les débuts .....	16
2.2. Les premières années de décentralisation (1985-2000) .....	17
2.3. Premier bilan de la téléassistance.....	18
3. La professionnalisation du secteur : 2000-2008.....	23
3.1. La téléassistance en chiffre en 2008.....	24
Section 2 – Diversité des opérateurs .....	27
1. Diversité des statuts des opérateurs.....	27
2. Au cœur de l’offre : la construction de la relation avec l’abonné .....	29
2.1. Le rôle des Conseils Généraux.....	29
2.2. Deux moments clés : la constitution du réseau de proximité et l’installation.....	30
3. Compétences distinctives et approches stratégiques .....	33
3.1. Deux logiques émergentes .....	34
3.2. Des logiques qui s’appuient sur la construction d’une figure de l’usager.....	34
3.3. Logiques stratégiques et particularités de l’offre de service .....	35
4. Les stratégies commerciales.....	36
4.1. La tarification : une variable parmi d’autres .....	37
4.2. L’insertion locale pour faire connaître son offre.....	38
Section 3 – Cartographie des acteurs .....	41
1. Les acteurs en amont du contrat d’abonnement .....	41
2. Les acteurs mobilisés lors d’un appel de téléassistance .....	45
3. Les acteurs participant aux flux financiers.....	46
Conclusion.....	49
<b>Partie II .....</b>	<b>53</b>
Introduction .....	55
Section 1 – La problématique de la proximité .....	57
1. Les formes de proximité qui soutiennent le dispositif .....	57

1.1. Le dispositif de téléassistance s'appuie par la nature même du dispositif sur une « proximité organisée » .....	58
1.2. L'adossement de la proximité organisée à la proximité géographique .....	60
1.3. L'adossement de la proximité organisée sur la proximité relationnelle : permettre la réaction aux situations imprévues .....	61
2. Analyse des différents opérateurs selon l'articulation entre formes de proximité .....	62
3. L'importance de la proximité relationnelle, une conséquence de la complexification de la figure de l'utilisateur .....	65
Conclusion.....	67
 Section 2 - Caractérisation des usages réels et dynamiques d'innovation par les usages .....	69
1. Quelques apports de la littérature .....	70
1.1. Sociologie des usages.....	70
1.2. Innovation de service – implication des utilisateurs – expérimentation.....	73
2. Zoom sur les usages « construits » ou « réels » de la téléassistance.....	74
2.1. Les appels nécessitant une intervention rapide à compétence médicale .....	74
2.2. Les chutes nécessitant une intervention du réseau de solidarité .....	77
2.3. La demande d'aide pour les besoins du quotidien .....	78
2.4. Les appels involontaires.....	79
2.5. Signaler une absence prévue ou la résiliation du contrat .....	83
2.6. Le non usage .....	84
Conclusion.....	85
 Section 3 - Les métiers et activités de la téléassistance .....	87
1. Opératrice de téléassistance : un métier ? .....	87
2. La formation et les compétences des télé-opérateurs.....	88
2.1. Une formation « sur le tas » .....	88
2.2. Des formations ponctuelles .....	89
2.3. Des compétences d'expression .....	89
2.4. Des compétences d'abstraction .....	91
2.5. Des compétences souvent renouvelées .....	91
3. L'identité des télé-opérateurs : une identité en construction.....	92
4. Les compétences du plateau de téléassistance .....	93
4.1. Maintenir une vigilance collective du parc des appels.....	93
4.2. Identifier les limites du service de téléassistance.....	95
4.3. Ajuster l'organisation aux évolutions des appels.....	97
5. L'activité des opératrices de téléassistance .....	98
5.1. Faire vivre la téléassistance.....	98
5.2. La levée de doute .....	100
5.3. Rassurer par téléphone .....	100
5.4. Qualifier les appels.....	102
5.5. Faire faire à distance .....	103
Conclusion.....	103



Section 4 – Le lien avec le médical .....	105
1. Préconiser la téléassistance : pour des raisons médicales ? .....	105
2. Les interlocuteurs à compétence médicale de la téléassistance .....	107
3. Solliciter ou non le Samu .....	108
3.1. Un travail d’interprétation afin de ménager les ressources médicales .....	108
3.2. La nécessité de justifier .....	111
3.3. L’opératrice en position de tiers entre la personne âgée et sa famille.....	112
3.4. Les difficultés du recours aux secours d’urgence .....	113
4. Solliciter ou non le médecin traitant.....	114
4.1. Une grande hétérogénéité de réaction .....	114
4.2. Inciter les personnes âgées à contacter leur médecin traitant.....	116
5. Rendre des comptes sur les situations et les interventions.....	117
Conclusion.....	119
 Section 5 - Responsabilité sociale et acteurs publics .....	 121
1. La responsabilité sociale, un enjeu pour différents acteurs.....	122
1.1. Les enjeux pour l’opérateur .....	122
1.2. L’entrée d’un nouvel acteur porteur d’une responsabilité sociale : l’acteur public – Une vision à moyen et long terme de la responsabilité sociale.....	124
2. Les réponses apportées par les opérateurs à la problématique de la responsabilité sociale.....	125
2.1. Les opérateurs qui s’appuient sur leur présence locale : des réponses au cas par cas.....	125
2.2. Des réponses plus formalisées : la mise en place de dispositifs dédiés aux personnes en situation de fragilité.....	126
2.3. Une visée de long terme : la production de statistiques pour les acteurs publics locaux .....	128
Conclusion.....	128
 Section 6 – Valeur et intermédiation.....	 131
1. Quelle valeur pour la téléassistance ?.....	131
2. Téléassistance et intermédiation.....	132
3. Les différentes valeurs de la téléassistance .....	133
Conclusion.....	135
 Conclusion Générale .....	 137
 Bibliographie.....	 143
 Annexe .....	 147



# **Partie I**



# Section 1 – Historique et Contexte

## 1. *Le contexte*

### 1.1. **Le vieillissement démographique**

L'intérêt porté au développement des offres de services destinées à des personnes âgées se justifie par les transformations démographiques à venir. Il est en effet aujourd'hui possible d'anticiper assez précisément une transformation majeure de nos sociétés contemporaines : à savoir, le vieillissement de la population.

Les chiffres qui l'illustrent sont souvent évoqués et largement présentés. C'est pourquoi nous ne les développerons pas dans ce rapport, mais nous retiendrons néanmoins deux points : le fléchissement de la courbe démographique et un accroissement significatif du nombre des plus de 85 ans.

Entre 1980 et 2000, les plus de soixante ans sont passés de 9 millions à 12 millions soit une croissance de 30 % en 20 ans. Le scénario central prévoit qu'en 2035, 20,9 millions de personnes seraient âgées de 60 ans et plus, soit une augmentation de 64 % en 30 ans<sup>2</sup>. Pour les plus de 75 ans, cette augmentation serait de 98 % en trente ans.

Concernant les plus de 85 ans, ils étaient à peine 200 000 en 1950, 1,2 million en 2002 et seront 4,8 millions en 2050<sup>3</sup>. Une évolution à mettre en perspective avec l'âge moyen des personnes qui s'abonnent à la téléassistance : 84 ans.

### 1.2. **La construction sociale du vieillissement**

Pour les sociologues du vieillissement, le déroulement des vies individuelles s'inscrit dans un cadre institué par la société. En d'autres termes, il existe une construction sociale des âges de la vie, qui organise la succession des étapes de l'existence et, pour chacune d'elles, oriente les comportements individuels. Cette construction sociale n'est pas figée, mais évolue au fur et à mesure que se transforme la société.

---

<sup>2</sup> Insee Première, n°1089 – juillet 2006.

<sup>3</sup> Insee Résultats Société n°16 – Juillet 2003.

## **La retraite en deux parties**

A partir des années soixante, la période de retraite a connu une expansion extrêmement importante et rapide, qui tient à la conjonction de deux phénomènes : d'une part, l'espérance de vie à 60 ans s'est mise à croître, et, d'autre part, l'âge de la cessation d'activité a baissé. Dans le même temps que la période de retraite s'étendait, des catégories nouvelles ont été inventées et sont venues la modeler et lui donner un nouveau visage. Ainsi, dans les années soixante et soixante-dix, s'est diffusée la notion de « troisième âge ». L'invention de cette catégorie a été très importante car elle a changé l'image des premières années de retraite en les associant aux loisirs, aux vacances, aux activités – et non plus au repos et à l'inactivité. Elle a ainsi contribué à dissocier le début de la retraite de la « vraie vieillesse », désormais considérée comme une seconde étape de la retraite.

Celle-ci a bientôt été désignée à travers la catégorie de « quatrième âge », puis celle de « personnes âgées dépendantes », qui a fini par s'imposer du fait de la place grandissante occupée par la question de la « dépendance » dans les préoccupations des pouvoirs publics (Caradec, 2008).

### **1.3. 4<sup>ème</sup> âge, dépendance et technologie**

Comment répondre aux besoins de cette nouvelle figure du vieillissement qu'est la « personne âgée dépendante » ? Depuis le rapport Laroque en 1962, la volonté de vieillir chez soi le plus longtemps possible s'impose comme le souhait le plus partagé. De plus, il apparaît comme le moins coûteux pour les pouvoirs publics bien que certaines études commencent à nuancer cette approche (Frossard 1990).

D'un autre côté, des innovations associées à l'usage des Tic (Technologies de l'information et de la communication) ont participé au développement économique dans de nombreux secteurs et d'autres perspectives semblent se dégager encore dans d'autres domaines.

L'idée de répondre conjointement à ces deux objectifs – maintien à domicile et développement économique – est séduisante, et les pouvoirs publics s'engagent aujourd'hui largement dans cette voie, en témoigne le rapport présenté par R. Picard en 2008 pour le

Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi<sup>4</sup> qui présente les enjeux du développement des TIC pour les personnes âgées, souligne les offres nouvelles envisageables, la multiplicité des acteurs et les obstacles que l'on peut identifier aujourd'hui à leur développement. On peut également lire dans la lettre de mission, transmise le 9 janvier 2007 au Dr Rialle par Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, il est « indispensable d'encourager le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans une perspective de réduction de la perte d'autonomie, d'amélioration de la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage et d'amélioration de la qualité des soins »<sup>5</sup>.

Cette approche est largement partagée par les organismes publics français et européens qui soutiennent financièrement cette démarche. Des études et recherches menées dans ce domaine, de ce foisonnement d'innovations qu'elles ont produites est né un néologisme : la « gérontechnologie ». Ce néologisme, qui se diffuse en France, est symptomatique de l'intérêt croissant pour les « technologies du vieillissement », intérêt qui se manifeste de diverses manières : programmes de recherche, publications, réalisations expérimentales, etc.

L'étude du déploiement de la téléassistance – qui peut être considérée comme une « gérontechnologie » – en France depuis maintenant trente ans nous montre que le problème de l'intégration sociale de ces technologies est complexe. Elle suppose de porter un autre regard sur les personnes âgées (Leclerc, 2005<sup>6</sup>). Notamment, il ne faut plus penser que « la gestion des personnes vieillissantes concerne uniquement la sphère médico-sociale » alors que les acteurs de la gérontologie se sont longtemps considérés comme les seuls « experts de la vieillesse ». Une évolution des modalités d'accompagnement réalisées par les acteurs médico-sociaux a permis déjà de diversifier et d'améliorer les réponses.

Aujourd'hui, l'offre de la téléassistance repose sur une grande variété d'acteurs issus de plusieurs secteurs et de trajectoires différentes, gage d'une complexité assurée !

---

<sup>4</sup> Picard Robert, 2008, « Enjeux des TIC pour l'aide à l'autonomie des patients et citoyens en situation de handicap ou de fragilité dans leurs lieux de vie » Rapport du Ministère de l'Economie de l'Industrie et de l'Emploi.

<sup>5</sup> Rialle Vincent, 2007, « Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille » Rapport, République Française, Ministère de la Santé et des Solidarités, p.6.

<sup>6</sup> Leclerc, P., 2005, « Pour une politique territoriale du vieillissement », Population & Avenir, n° 674b, pp. 20-21.

En considérant la téléassistance comme un télé-service, on est conduit à se centrer sur les performances techniques et/ou économiques. Comme l'ont déjà montré les recherches sur l'innovation dans ce domaine (Rochette, Marchandet, 1998), le fait que les télé-services ne sont pas seulement des services de transmission d'informations (voix, images ou texte) est souvent sous-estimé ; ils ne sont qu'une partie, nécessaire mais une partie seulement d'un système d'action qui inclut le déplacement physique d'objet ou de personnes. Comme le souligne P. Leclerc (2005) « ce sont finalement les différentes professions qui détiennent le savoir-faire nécessaire pour la mise en forme finale des télé-services dont elles auront besoin pour leurs activités. Or, c'est justement ce point qui apparaît comme problématique. Un télé-service n'est pas un opérateur à la place ou en plus, dans une chaîne de production de services, c'est une chaîne de production qui agrège de nouveaux facteurs et de ce fait redistribue les positions et les poids relatifs de chacun de ses éléments préalables. Et c'est l'analyse de ce type de processus qui peut permettre de repérer la logique qui sera celle du développement des télé-services».

Avant de présenter la multiplicité d'acteurs et les dynamiques d'innovation en matière de « téléassistance pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes », nous proposons d'exposer les grandes étapes qui ont marqué cette offre depuis ses débuts.

## ***2. Historique de la téléassistance en France***

Depuis les premiers dispositifs de téléassistance – appelés alors téléalarme – jusqu'aux dispositifs existants en 2008, il est frappant de constater que l'apparition de nouveaux acteurs, ou la reconfiguration d'acteurs déjà présents est fortement liée aux évolutions des politiques publiques dans le domaine.

### **2.1. Les débuts**

C'est en 1974, qu'apparaissent les premiers systèmes de la téléalarme : Delta-Revie, Delta7, etc.

En 1977, sont mises en place des incitations massives en faveur du maintien à domicile et des réflexions sont lancées au niveau gouvernemental concernant la création d'un Service public de Téléalarme. Il s'agit de profiter de ces incitations pour rattraper le retard de la France en équipements téléphoniques et diffusion du téléphone chez les personnes âgées.



En janvier 1978, à l'occasion du 1 000 000ème abonné au téléphone, le Président Valéry Giscard d'Estaing annonce la mise en place d'un réseau national de Téléalarme pour personnes âgées. Plus précisément, en décembre 1983, il est annoncé que 800 000 téléphones couplés à ce système de Téléalarme seront installés.

A la fin des années soixante-dix, c'est à Marseille, qu'existe le premier réseau significatif d'une téléalarme pour personnes âgées avec l'« Ecoute Marins Pompiers », qui compte 1 200 abonnés.

Sur Paris, en 1984, un service de téléalarme est confié à une société du secteur privé (GTS). Il a été créé en réponse à l'appel d'offre de la ville de Paris pour favoriser le maintien à domicile, mais aussi dans le contexte particulier de « l'affaire Thierry PAULIN, le tueur des vieilles dames ».

## **2.2. Les premières années de décentralisation (1985-2000)**

Les lois de décentralisation de 1982 et 1986, dites lois Defferre, suspendent le projet de création d'un service public national de Téléalarme. Dès lors, les compétences en matière d'action sociale reviennent aux départements. Les collectivités territoriales ont la responsabilité de la mise en place et de la gestion des systèmes de téléalarme, la coordination technique étant assurée par le Ministère des PTT.

Parallèlement, à partir de 1986, on note une évolution des matériels de Téléalarme avec des télécommandes, des systèmes d'inter-phonie intégrés. De même, les centres de réception et de gestion des appels s'informatisent.

A la fin des années quatre-vingt, il est encore difficile d'anticiper d'autres usages que ceux de l'urgence sanitaire, et d'anticiper le nombre d'abonnés potentiels.

Dans un premier temps, les centrales d'écoute des Sdis (pompiers) ou du Samu ont été privilégiées par les Conseils Généraux pour assurer ce service. Cette configuration s'est retrouvée pendant presque quinze ans dans bon nombre de départements. On peut lire dans les brochures de présentation : « La téléassistance permet d'être relié en permanence à une centrale d'appel, dont l'opérateur est susceptible d'intervenir en cas d'urgence médicale en envoyant l'assistance nécessaire (pompiers, Samu, médecin). ...la personne porte autour du cou un médaillon qu'elle actionne par simple pression en cas de danger ou de malaise...».

Si, avant les années quatre-vingt dix, cette configuration est courante, il est à noter la présence d'acteurs privés et associatifs importants : GTS-Mondial Assistance est l'opérateur retenu par la ville de Paris dès 1984, et Présence Verte est créée en 1987 à l'initiative de la MSA, de Groupama et des aînés ruraux. Ces deux opérateurs reçoivent directement les appels des personnes âgées, et ne contactent les pompiers ou le Samu qu'en cas d'urgence.

### **2.3. Premier bilan de la téléassistance**

Le bilan de cette période reste très mitigé. L'ensemble des acteurs de l'action gérontologique s'entendaient pour dire que « la téléassistance, ça ne marche pas ! » et pourtant le nombre d'abonnés et le nombre d'appels par abonnés a continué de croître.

Ces quinze années d'usage de la téléassistance soulèvent deux difficultés majeures (Saint Laurent (de) et alii, 2002). La première tient au fait que la majorité des appels ne relève pas d'une demande d'urgence sanitaire. La deuxième est liée aux difficultés qu'ont les personnes âgées à accepter ce dispositif.

#### **2.3.1. Des appels qui ne relèvent pas de l'urgence sanitaire**

La construction sociale de la dépendance a été, en France, d'inspiration bio-médicale. Bon nombre de services d'aide à domicile associés à la dépendance sont marqués du sceau médical. Dans cet esprit, le principe de fonctionnement du dispositif de téléassistance renvoie à une demande extrêmement précise. En effet, l'usage inscrit dans le dispositif de téléassistance est celui d'une personne âgée, qui, atteinte d'ostéoporose, chute. Ne pouvant se relever, elle actionne alors son médaillon pour être secourue. Autrement dit, il s'agit d'une personne seule, qui se retrouve en situation d'un besoin d'aide d'urgence en raison d'un problème d'ordre physiologique, car, malgré sa chute, la personne doit conserver toute sa conscience et ses capacités mentales pour avoir le réflexe de tirer sur son médaillon.

C'est pourquoi, dans un premier temps, les Conseils Généraux avaient mandaté des centrales d'écoute déjà présentes et dédiées à l'urgence. On peut relever à cette époque deux cas de figure :

Dans le premier cas, les professionnels de l'urgence eux-mêmes (pompiers, médecins urgentistes) répondaient directement aux appels. Ces professionnels ont participé à la définition du « bon usage » de la téléassistance : l'appel d'urgence. De leur côté les personnes âgées avaient semble-t-il intégré cet usage : « on ne dérange pas les pompiers pour rien »

(Saint Laurent (de), 2004). Malgré cette injonction à respecter « le bon usage », les professionnels de l'urgence ont constaté que la majorité des appels n'étaient pas du registre de l'urgence. Par exemple, en 1999, les pompiers de Loire-Atlantique avaient relevé 26 310 appels dont 10 % classés comme « appels motivés » et 90 % comme « appels non motivés »<sup>7</sup>. Face à ce constat, ces professionnels ont cherché à se désengager de ce dispositif.

Dans le deuxième cas de figure, des personnes dédiées à la réception de ces appels ont été recrutées au sein même des centraux d'urgence ou sur les plateaux d'opérateurs de téléassistance spécialisés. Elles ont accepté de jouer les différents rôles suscités par la diversité des appels : rassurer, informer, relayer, etc. Cela a été le cas dans certains Sdis, au Samu 92. Chez les deux grands opérateurs non publics déjà présents, (GTS et Présence Verte) cette configuration a été d'emblée retenue.

C'est surtout dans cette configuration que des usages plus variés vont se développer et être reconnus et notamment le besoin de parler pour rompre la solitude. Plus tard, les Conseils Généraux vont également les promouvoir dans leurs brochures présentant la téléassistance. Ces usages ont augmenté rapidement, car en autorisant ce type d'appel, les centrales d'écoute ont ouvert une brèche dans laquelle les abonnés se sont engouffrés. Ils semblent répondre à un réel problème pour les personnes très âgées.

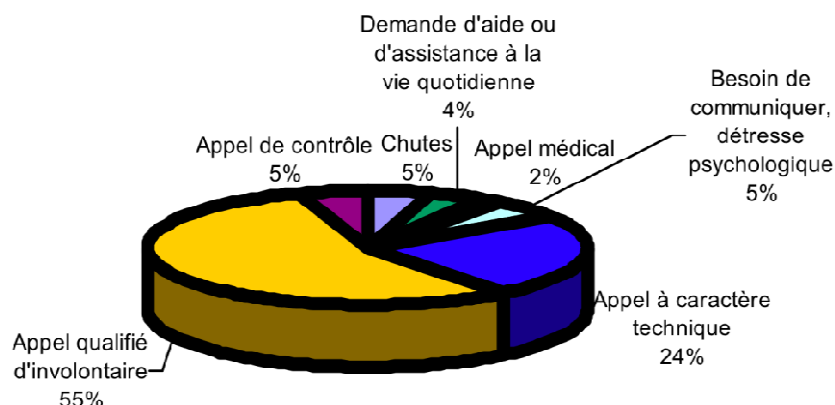
Il est aujourd'hui reconnu que la demande des personnes âgées n'est pas associée au seul versant bio-médical de la dépendance, mais aussi à sa dimension psychologique et sociale. Ainsi, les différents types d'appels sont dorénavant pris en compte dans toutes les offres de téléassistance. L'AFRATA (cf. §3.4) propose une nomenclature des appels qui permet d'identifier l'ensemble des services rendus et leur répartition en 2008 :

- Appel qualifié d'involontaire
- Appel à caractère technique
- Besoin de communiquer, détresse psychologique
- Appel médical
- Demande d'aide ou d'assistance à la vie quotidienne
- Chutes
- Appel de contrôle

---

<sup>7</sup> Ibid, pp. 30-31, Rapport CODERPA 44.

## Répartition par motif d'appel



Source : Afrata, 2008.

Actuellement, tous les opérateurs ne distinguent pas les appels selon cette nomenclature. C'est pourquoi les chiffres fournis restent approximatifs. Nous reviendrons sur ces différents types d'appels à partir de nos observations faites sur des plateaux téléphoniques d'opérateurs en partie II. Néanmoins, l'Afrata constate que, sur les 195 000 appels ayant un caractère d'urgence, seulement 17 % d'entre eux, soit 33 000 se sont soldés par un appel aux pompiers ou au Samu. Rapporté au nombre total d'appels traités, le taux d'appel aux services d'urgence ne s'élève qu'à 1,7 %.

La faible proportion d'appels à caractère médical (qui nécessitent l'avis d'un médecin), indique que la téléassistance est beaucoup plus une prestation sociale que médicale. Près de 100 000 appels en 2007 sont associés à une détresse psychologique, un besoin impératif de communiquer. C'est pourquoi les membres de l'Afrata ne trouvent pas d'intérêt à introduire des médecins sur leurs plateaux. La demande des usagers n'exige, que de manière très occasionnelle, le recours à un médecin.

Ces chiffres montrent le tournant pris par la téléassistance depuis ses débuts et justifient largement l'abandon du terme téléalarme. A ses débuts, la téléassistance était souvent présentée comme un moyen pratique et fiable de pouvoir joindre les secours. Elle reste un outil permettant de garantir les interventions urgentes, elle constitue de plus incontestablement un outil de tri et de régulation du recours aux services d'urgence. Elle est enfin utilisée comme un outil de communication et de sécurisation psychologique.

Désormais sont clairement distinguées, les activités concernant le maintien à domicile des personnes âgées et les activités utilisant peut-être les mêmes techniques, mais qui sont destinées à un public totalement différent et qui ne mettent pas du tout en œuvre les mêmes compétences professionnelles : sécurité des biens, écoute adolescents, etc.

### **2.3.2. Difficultés d'appropriation du dispositif :**

Une première difficulté, qui n'a pas favorisé le développement de la téléassistance, est donc la difficulté d'évaluer les besoins des personnes âgées ; une seconde difficulté vient s'y ajouter, à savoir son appropriation par ces mêmes personnes.

#### **La difficulté d'accepter le vieillissement**

Face au dispositif de téléassistance, les personnes âgées sont dubitatives et bon nombres d'acteurs intermédiaires s'entendent pour constater qu'elles n'en veulent pas, ou si elles l'acceptent, ne l'utilisent pas. Cette attitude traduit le refus des personnes âgées de se projeter vers le versant ingrat de la vieillesse représenté par la solitude, la dégénérescence physique et mentale. Le médaillon stigmatise ce versant ingrat du vieillissement dont tout un chacun repousse au plus loin l'échéance.

Les travaux développés par la sociologie des usages ont montré que, de façon générale, le processus d'appropriation des TIC participe de l'élaboration des modes de vie, qui participe à son tour à la construction identitaire de chacun.

Les travaux plus spécifiques sur les formes d'appropriation des objets techniques par les personnes âgées soulignent une rationalité des choix en accord avec les étapes de la biographie des personnes de plus de 60 ans : départ des enfants (« le nid vide »), la retraite, la perte du conjoint, les difficultés de déplacement, la perte d'autonomie, etc. Les étapes du parcours de vie correspondent à une succession de crises, lors des passages d'une étape à la suivante (Caradec, 2001).

Si le refus de porter le médaillon par les personnes âgées s'explique par la stigmatisation de la dépendance et l'affichage de leur propre vulnérabilité, y a-t-il une appropriation possible de ce dispositif ?

Parmi les quinze personnes âgées abonnées à la téléassistance et interviewées dans le cadre d'une recherche menée au cours de l'année 2000, un tiers porte un regard très positif sur le dispositif et porte le médaillon très régulièrement. Elles associent le port du médaillon à l'éventualité d'une chute dont elles ont déjà été victimes alors qu'elles n'étaient pas abonnées

de la téléassistance. Plus précisément, d'une chute dont elles n'ont pu se relever seules, et qui a été vécue comme une épreuve d'autant plus traumatisante qu'elle a mobilisé tout un entourage : les voisins, les proches, les professionnels de l'urgence. Cet événement donne ainsi l'occasion aux uns et aux autres de se rencontrer et de réfléchir à l'avenir. Il s'agit alors d'évaluer les conditions de vie de la personne à son domicile, en y intégrant cette vulnérabilité physique. C'est donc bien un événement-clé qui va souvent donner une nouvelle orientation à la trajectoire de vie de la personne âgée et de son entourage. La décision de s'équiper de nouveaux dispositifs participe de cette nouvelle orientation. Le choix est fait autant par les familles qui sont amenées à se renseigner sur ce qui existe, que par les personnes qui se rendent compte qu'elles faciliteront ainsi la vie de leurs proches, et éviteront un placement en maison de retraite.

Ces personnes âgées évoquent la chute « dont on ne peut se relever seul » comme un traumatisme qui s'accompagne d'une prise de conscience de leur vulnérabilité qui les amène alors à accepter un abonnement et à porter régulièrement le médaillon. L'abonnement à un service de téléassistance est d'autant mieux accepté qu'il fait suite à une transition biographique, à une reconstruction de son identité, par rapport à soi, – ce qu'on a été et ce qu'on veut être –, et par rapport à ce que nous renvoient les autres comme image de soi (Saint Laurent-Kogan (de), 2007).

Il existe donc une appropriation possible de la téléassistance quand elle participe à une reconstruction identitaire « post-traumatique ».

### **L'importance d'une médiation**

L'offre se voit généralement proposée par des proches dont le rôle d'intermédiaires apparaît prépondérant. En effet, l'offre de téléassistance est associée à la dépendance des personnes âgées. Cette dépendance se traduit par une prise en charge de leur quotidien devenu trop lourd et s'accompagne souvent d'une mise en sujétion (Veysset-Puijalon et Masson, 1991). Ainsi, ce sont les familles, soutenues parfois par les acteurs sociaux, qui décident de l'abonnement à la téléassistance, imposant cette nouvelle technologie sans considérer la demande des personnes âgées.

Des recherches menées sur les technologies utilisées dans le cadre de l'adaptation de l'habitat aux handicaps, montrent également l'importance des proches dans la diffusion et l'adaptation de ces dispositifs. Ces médiations sociales paraissent indispensables en amont

pour la diffusion et la compréhension des informations relatives aux techniques et ensuite pour les essais éventuels et enfin pour les décisions d'acquisition. En aval, les ajustements des nouvelles techniques et des aménagements nécessités dans l'habitat supposent l'accompagnement de l'initiation aux managements divers et l'acceptation d'un apprentissage prolongé (Pennec, 2002).

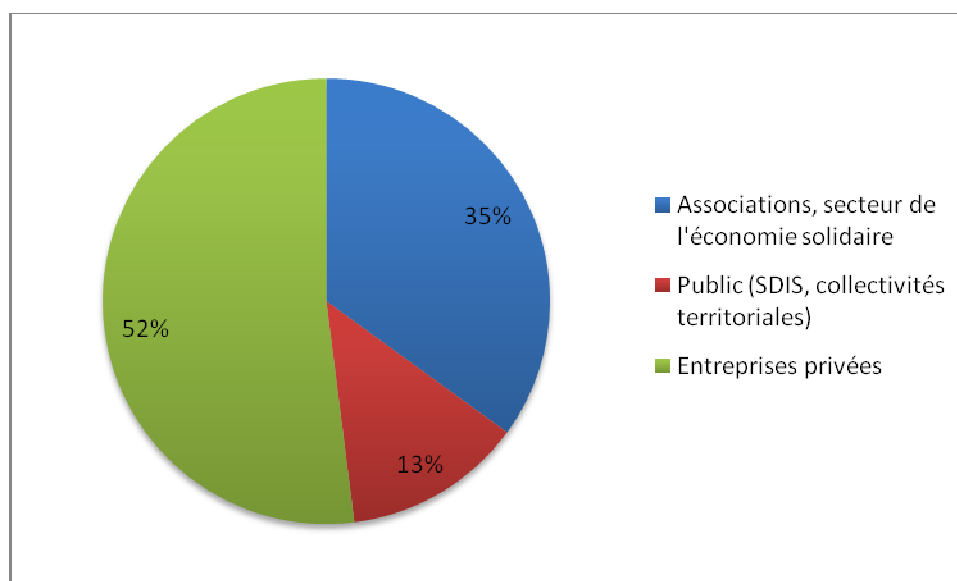
Malgré ces difficultés, le nombre d'abonnés a continué d'augmenter pour atteindre plus de 300 000 en 2008, tous prestataires de téléassistance confondus.

### ***3. La professionnalisation du secteur : 2000-2008***

Les vingt années passées ont permis de constituer une meilleure connaissance des besoins des personnes âgées en matière de téléassistance, qui se déclinent en besoin d'intervention d'urgence et besoin d'échanges de nature à rompre la solitude. Elles ont vu une multiplication d'acteurs issus de trajectoires différentes proposer ce type d'offres.

Désormais, les Conseils Généraux sollicitent de plus en plus des acteurs opérant spécifiquement dans le champ de la téléassistance. Parallèlement, le nombre de Sdis intervenant directement sur cette activité est en forte diminution, surtout depuis la mise en place de l'APA.

Ainsi, en 2008, on observe la répartition suivante :



Répartition des abonnés de la téléassistance en France par type d'opérateur (Afrata).

Malgré la logique concurrentielle dans laquelle se trouve l'ensemble des opérateurs, (mise en concurrence exacerbée au moment de la réponse aux appels d'offre lancés par les Conseils Généraux), ceux-ci sont également dans une logique d'action commune dans le but de fédérer leurs intérêts. Ils cherchent ainsi à faire reconnaître la spécificité de leur métier auprès des pouvoirs publics et les enjeux qui y sont associés pour les personnes âgées.

C'est dans cette perspective de professionnalisation du secteur qu'a été créée, en 2005, l'AFRATA (Association Française de Téléassistance) qui entérine l'idée que la téléassistance devient un métier spécifique destiné à une population autant isolée que fragilisée, souhaitant vivre chez elle en toute sécurité.

Cette association, qui rassemble les principaux professionnels de ce métier a pour objectifs (<http://www.afrata.fr>) de :

- rassembler les professionnels du secteur autour d'une réflexion destinée à faire évoluer le métier et répondre ainsi aux besoins exprimés par les utilisateurs.
- constituer une force de propositions et de conseils auprès de l'ensemble des acteurs directs et indirects du Marché.
- assurer le respect de la déontologie et constituer une charte de qualité proposée aux opérateurs de Téléassistance à l'échelle nationale, respectant notamment l'esprit de la Charte des Droits et Liberté de la Personne âgée, dépendante.
- être un relais de transmission des besoins auprès de l'ensemble des professionnels des Services à domicile.

En 2007, la téléassistance est reconnue comme le 21<sup>e</sup> métier des services à la personne. A ce titre, elle bénéficie des avantages fiscaux des services à la personne, dits « loi Borloo ». Cependant, pour qu'un organisme délivre un service reconnu comme « service à la personne », il doit recevoir un agrément de l'ANSP, et pour cela garantir « la qualité du service ».

### **3.1. La téléassistance en chiffre en 2008**

Au-delà, l'Afrata permet également de rassembler et d'homogénéiser des informations sur l'offre française en matière de téléassistance. Un premier bilan chiffré a été présenté lors de la 1<sup>ère</sup> journée nationale de l'Afrata, le 4 juin 2008 à Paris. Il permet d'obtenir de nombreuses données statistiques :



- Sur le nombre d'abonnements :

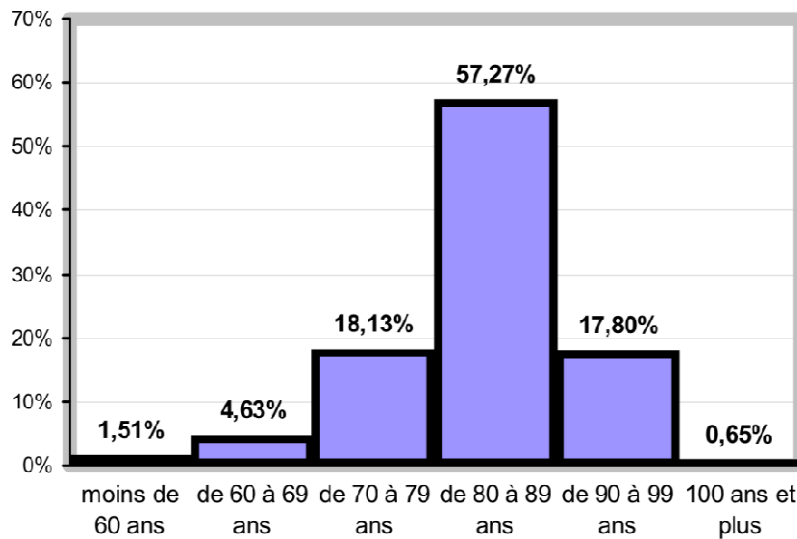
Les statistiques recueillies par l'Afrata indiquent que plus de 300 000 personnes âgées ou handicapées sont abonnées à un service de téléassistance (dont 210 000 auprès de prestataires membres de l'Afrata). Le rythme de croissance annuel est supérieur à 10 %.

Concernant l'équipement, l'Afrata estime que 10 % des personnes âgées de 85 ans et plus vivant à domicile sont équipées d'un dispositif de téléassistance (100 000 abonnés pour 1 Million).

- Sur les abonnés à la téléassistance :

La moyenne d'âge des abonnés est de 84 ans. Plus de 75 % des abonnés sont âgés de 80 ans et plus. Dans 80 % des cas, l'abonné est une femme.

**Pyramide des âges des abonnés**



L'AFRATA estime à près de 2000 le nombre de personnes âgées de 100 ans et plus qui vivent à domicile avec la téléassistance. La durée moyenne d'abonnement a augmenté parallèlement à l'espérance de vie. En effet au début des années 90, la durée de vie moyenne d'un contrat était d'à peine trois ans, elle est maintenant supérieure à 4 ans. La résiliation d'un contrat intervient dans 80 % des cas pour les motifs suivants : décès, entrée en maison de retraite, hospitalisation.

- Sur les appels

Les prestataires de téléassistance membres de l'Afrata ont traité en 2007 près de 2 millions d'appels en provenance de leurs abonnés. 10 % de ces appels ont nécessité l'intervention d'un tiers (la plupart du temps un proche de l'abonné). On a recensé 91 500 chutes pour lesquelles un secours a été fourni dans un délai rapide.

Il est vraisemblable que si ces personnes n'avaient pas été équipées d'un dispositif de téléassistance, elles seraient restées au sol, sans secours pendant plusieurs heures, ce qui aurait nécessité une hospitalisation, des traumatismes physiques et psychologiques (le syndrome post-chute se manifeste souvent par une restriction volontaire des activités et une perte d'autonomie).

## **Section 2 – Diversité des opérateurs**

Les opérateurs du secteur de la téléassistance forment un ensemble très diversifié. Les quelques analyses sur le secteur le décrivent comme oligopolistique, les deux premiers opérateurs détenant 45 % du marché des abonnés, les cinq premiers en détenant 80 % (document Mondial Assistance). Les opérateurs se différencient également par leur secteur d'appartenance : on y voit des prestataires privés, à but lucratif, des opérateurs issus du secteur associatif, et des opérateurs publics.

Nous nous proposons dans cette partie de décrire les grands traits des opérateurs du marché, en cherchant en particulier à préciser leurs axes stratégiques et les compétences distinctives qui vont contribuer à la construction de leurs offres de service.

### ***1. Diversité des statuts des opérateurs***

On constate une certaine diversité des statuts des opérateurs, liée à leur histoire, et en particulier aux partenariats qu'ils ont pu développer (Conte 1988). Ainsi, certains opérateurs sont sous statut privé, mais ont des liens forts avec des associations (par exemple Filien-ADMR, société anonyme, est une filiale de l'ADMR qui est un réseau associatif). D'autres, comme Equinoxe ont un statut associatif et développent des relations avec des associations. D'autres encore, car ils appartiennent au secteur de l'économie sociale, ont choisi le statut associatif pour signifier une différenciation de leur offre de service (c'est le cas de Présence verte, dont les liens avec la MSA sont historiques). Enfin, des opérateurs appartiennent au secteur public (Sdis, Samu).

Cette logique de statut se combine à une logique de taille : certains opérateurs ont une logique de croissance (en nombre d'abonnés), alors que d'autres privilégient une certaine stabilité quant à la taille et vont axer leur évolution sur d'autres dimensions (meilleure insertion locale, suivi des évolutions technologiques,...).

Ainsi, une structure comme Présence Verte ou comme Vitaris, se positionne clairement dans une stratégie de croissance et de développement. Pour d'autres opérateurs, le souci mis en avant est de privilégier une différenciation en termes de nature du service rendu,

notamment en termes de développement de la proximité et de l'ancrage local pour être au plus près des abonnés. Ce choix peut constituer un frein à la croissance de l'entité mère.

Concernant les possibilités de développement, on remarque aussi l'importance du rattachement de certaines structures à des entités associatives plus larges (type fédérations). Ainsi, Filien-ADMR, qui se développe à travers le réseau ADMR (Aides à Domicile en Milieu Rural) consulte la fédération ADMR avant de s'installer dans un département.

Equinoxe, tout en ne développant pas la structure mère, va proposer son savoir faire et la possibilité d'utilisation de sa plate-forme à des associations qui partagent son positionnement. On peut noter également des choix de développement sur certaines zones géographiques. Le rattachement à des entités associatives plus larges peut limiter les développements dans certaines zones géographiques, du fait de l'existence de concurrence entre les structures de rattachement.

Voici comment se positionnent les différents opérateurs rencontrés<sup>8</sup> :

Nom	Nombres d'abonnés au 31 12 2009 <sup>9</sup>	Statut
PRESENCE VERTE	Raccordés : 82 587 Abonnés : +14%	Association loi 1901 ; créée en 1987 à l'initiative de la MSA de GROUPAMA et des Aïnés Ruraux 91 % du territoire métropolitain de couvert 320 collaborateurs dédiés à l'activité PV et de proximité
GTS Mondial Assistance	Abonnés < 75 000	Entreprise privée créée en 1984
VITARIS RESPONSE	Abonnés : 42 000	Entreprise privée créée en 1988 Filiale de Tunstall Healthcare Group (UK) depuis 2005
FILIEN-ADMR	Abonnés : 26 031	Création du service en 1988 (Union d'Economie Sociale) Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance depuis 1997 Filiale de l'ADMR avec bénévoles
EQUINOXE	Abonnés : 8000, dont 1000 sur l'Ile de France	Association loi 1901 Avec bénévoles
CUSTOS	Abonnés : 7000, dont 4000 sur un département (35)	Société d'économie sociale et atelier protégé créé en 1991 Rachat en 1992 par le groupe SCUTUM, entreprise française familiale
Sdis 46	Abonnés : 1440	Service public pour le département du Lot

<sup>8</sup> Il ne s'agit en aucun cas d'une liste exhaustive.

<sup>9</sup> Ces chiffres sont ceux fournis par l'Afrata et/ou les opérateurs eux-mêmes.

DOMPLUS	Abonnés < 3000	Entreprise privée. création en 2005 d'un service d'appel d'urgence « DomBox Plus » proposé aux adhérents de certaines caisses de retraite (ProBTP, AG2R, Reunica, etc.), partenaires de l'entreprise depuis sa création en 2000
Secours-Assistance	Abonnés : 850	Association loi 1901 créée en 2000

## ***2. Au cœur de l'offre : la construction de la relation avec l'abonné***

Pour caractériser l'offre de service de téléassistance proposée par ces différents opérateurs, deux moments paraissent clés : en premier lieu, la contractualisation avec l'abonné pour ce service (avec en particulier la signature du contrat et la constitution du réseau de proximité), et en second lieu, l'installation du dispositif au domicile de l'abonné.

### **2.1. Le rôle des Conseils Généraux**

Les acteurs concernés au moment clé de l'abonnement dépendent largement du rôle pris par les Conseils Généraux en matière d'offre de téléassistance sur leur département, dans le cadre de leur politique vieillesse. Certains Conseils Généraux ont fait le choix de contractualiser avec une ou plusieurs centrales d'écoute :

- Sous la forme d'une gestion directe par le Conseil Général, la centrale d'écoute mobilisant des agents du Conseil Général.
- Sous la forme de convention avec les Sdis ou le Samu de leur département qui sont encore sollicités dans certains départements comme le Puy de Dôme, le Lot, et les Hauts-de-Seine.
- Sous la forme d'un « marché de service » comme avec la centrale de téléassistance GTS (Mondial Assistance), ou avec Vitaris dont la centrale est située au Creusot. Les abonnements sont conduits par les CCAS et gérés par le Conseil Général.
- Sous la forme d'une délégation de service public, comme avec Corrèze Téléassistance.
- Sous la forme de convention tripartite entre un ou deux opérateurs, comme GTS-Assistance, les CCAS et le Conseil Général.

D'autres Conseils Généraux ne contractualisent pas directement avec un opérateur de téléassistance. Cependant, leurs assistantes sociales des pôles « personnes âgées », en charge de la réalisation des plans d'aide à domicile (attribution de l'APA, etc.), quand elles estiment qu'un abonnement à la téléassistance serait nécessaire, orientent alors les dossiers vers des associations d'aide à domicile qui proposent ce service dans leur « pack ».

## **2.2. Deux moments clés : la constitution du réseau de proximité et l'installation à domicile**

A première vue, le contrat d'abonnement, tout comme la nature du service de téléassistance proposé varie peu d'un opérateur à l'autre, quelque soit son statut. Il s'agit de valider les modalités juridiques et financières proposées par l'opérateur, mais également de fournir les informations du type : nom, prénom, âge, lieu de résidence, type d'habitat, problèmes médicaux, coordonnées de personnes susceptibles d'entrer chez l'abonné.

Toutefois, une difficulté apparaît, lors de la réalisation du contrat, qui est de renseigner cette dernière information qui se décline sous le terme : parrain, voisin, contact, membres du réseau de proximité, etc. En moyenne, il s'agit de fournir les références d'au moins deux voire trois personnes. Ce « réseau de solidarité », pour reprendre une terminologie assez courante et utilisée par Présence Verte ou Serena Maif, est constitué en général de personnes « toujours prêtes à intervenir, qui habitent à proximité et dépositaires des clés ». L'idéal étant un voisin jeune retraité et bienveillant, ou un enfant ou petit-enfant pouvant se déplacer chez son aîné en moins d'un quart d'heure. L'abonné doit, avec l'aide de sa famille, identifier différentes personnes pouvant appartenir à ce réseau de proximité. Mais il n'est pas toujours en mesure d'identifier ces personnes et fournir ces informations, qui conditionnent pourtant l'abonnement. Dans certain cas, un « intermédiaire » peut intervenir pour aider la personne âgée à remplir ce dossier d'abonnement.

### **2.2.1. Différents cas de figures d'articulation au local**

#### **Les opérateurs associatifs et les réseaux d'associations**

Les opérateurs de téléassistance proches du secteur associatif mobilisent leur réseau d'associations d'aide à domicile.

Par exemple, Présence Verte s'appuie sur son réseau d'associations locales qui a la charge d'identifier les 2 à 4 personnes bénévoles qui vont constituer le réseau de proximité, mais surtout de « vérifier » une fois par an la pérennité de ce réseau, et les informations qui lui sont associées.

Pour Filien-ADMR, les associations (ADMR) identifient l'éventuel besoin en service de téléassistance et proposent alors un abonnement. Ensuite, l'association fait appel à des bénévoles qui réalisent l'installation à domicile.

« Je suis responsable téléassistance Filien en tant que bénévole dans une association locale. Je réalise les installations d'appareils : une chose très simple, il suffit de brancher l'appareil dans la prise téléphonique et d'appuyer sur le bouton et ça répond à tous les coups ». (Extrait de la vidéo Filien <http://www.filien.com>).

Des installateurs bénévoles sont donc formés pour effectuer l'installation.

### **Les opérateurs privés et les CCAS**

Pour les opérateurs privés délégués par les Conseils Généraux, les CCAS sont mandatés pour communiquer sur le service et effectuer la procédure d'abonnement. Celui-ci, en fonction de ses ressources, mobilise plus ou moins la famille pour identifier le réseau de proximité. Le dossier d'abonnement est ensuite transmis à l'opérateur qui se charge d'envoyer un installateur.

Les grands opérateurs nationaux possèdent des antennes locales, d'une densité territoriale variant en fonction de l'histoire et des départements « remportés » suite à un appel d'offre.

Pour faire face à la difficulté d'identifier des personnes bénévoles qui seraient membres du « réseau de proximité », il arrive que des professionnels de l'aide à domicile (aides, infirmières, etc.) soient sollicités pour donner leur coordonnées. Cette démarche reste aujourd'hui individuelle. L'idée d'un intervenant professionnel sur un territoire donné pour pallier l'absence du « réseau de proximité » émerge chez les opérateurs.

Pour les opérateurs publics encore en activité comme la centrale du Sdis dans le Lot, les CCAS sont également mandatés pour s'occuper des procédures d'abonnement. Le rôle du CCAS est alors prépondérant dans le déploiement de ce service.

## **Les opérateurs privés locaux et les associations d'aide à la personne**

Il existe également des opérateurs privés qui, tout en ayant contractualisé avec le Conseil Général de leur département sous la forme d'une délégation de service public, mobilisent largement les associations locales.

Par exemple, un opérateur privé met en place des partenariats en établissant des conventions avec des associations d'aide à la personne. Dans ce cadre, les partenaires associatifs de l'opérateur réalisent la communication sur l'offre de téléassistance, la contractualisation, l'identification du réseau de proximité, et l'installation.

« Le rôle de l'organisme conventionné est défini contractuellement avec le télé-opérateur sous la forme d'une convention de collaboration. Cette collaboration prévoit que les conseillers abonnés assurent les missions suivantes : communication ; information ; démonstration ; pose ; maintenance par échange standard ; récupération du matériel résilié ; coordination avec le pôle de gestion administrative et avec la centrale d'écoute. » (Document de présentation de l'entreprise).

Pour cette entreprise, les salariés des associations d'aide à domicile sont les plus à même de savoir quand et comment intervenir auprès d'un éventuel abonné. De plus « l'accompagnement social des relais grâce à leur présence permanente sur le terrain, permet en outre de rendre la téléalarme plus accessible, et mieux acceptée ». (ibid.)

## **Les opérateurs privés d'envergure nationale et les associations**

L'analyse des différentes modalités du processus d'abonnement à l'offre en matière de téléassistance, fait écho à la problématique plus générale rencontrée au niveau des services à la personne. Les grandes enseignes nationales du secteur privé manquent de stratégie relationnelle, qui reste très coûteuse à mener et se heurtent à un réseau associatif très bien implanté localement. C'est pourquoi les opérateurs privés qui se positionnent au niveau national ne se cantonnent pas à la réponse aux appels d'offre mais cherchent également à nouer des partenariats avec des associations, voire des fédérations d'associations. Mais cela reste, en nombre d'abonnés, tout à fait minime.

Nous développerons cette question de l'implantation de l'opérateur au niveau local et de ses relais en deuxième partie. En effet, cette problématique de la « proximité » à l'utilisateur se pose pour la question de la constitution du réseau de solidarité mais aussi au-delà pour rendre le service de téléassistance.



### **2.2.2 Un point clé de la mise en œuvre : l'installation chez l'utilisateur**

Après la mise en place de l'abonnement, l'installation chez l'habitant semble être un des points clés travaillés pour penser la relation entre le client et le fournisseur du service : « *une installation, c'est la première image de l'association, c'est-à-dire que pour nous, le technicien qui va aller sur place va prendre le temps nécessaire à l'installation mais aussi à l'appropriation de l'appareil par la personne* » (un opérateur).

Selon les opérateurs, l'installation va être réalisée par des salariés ou par des bénévoles.

L'importance accordée à cette étape corrobore les résultats des recherches en sciences sociales sur le processus d'appropriation des technologies par les personnes âgées. En effet, celle-ci mettent en avant le rôle prépondérant du médiateur pour faire entrer une nouvelle technologie chez les personnes âgées :

« On sait le rôle essentiel joué par l'entourage familial pour permettre le maintien à domicile. Parmi les nombreuses fonctions qu'assurent les proches auprès de leurs parents âgés, il en est une qui est assez rarement soulignée et qui est pourtant essentielle pour l'accès des plus âgés aux technologies : la fonction de médiation. Il faut, sur ce point, se montrer attentif au vocabulaire : beaucoup de personnes âgées déclarent, face à une technologie inconnue, qu'elles ne sont pas « intéressées ». Ce qui revient à dire qu'elles n'ont pas été *intéressées*, ou encore (pour reprendre l'étymologie du terme) que personne ne s'est « mis entre », « placé entre » elles et l'appareil technique. A l'inverse, on note que lorsqu'elles utilisent une technologie nouvelle, c'est souvent parce qu'un proche – il s'agit souvent d'un enfant – est parvenu à les y intéresser : soit en jouant un rôle décisif dans l'équipement, soit en impulsant et en soutenant l'usage. [...] La médiation peut aussi être assurée par les aides à domicile qui sont bien placées pour accompagner la personne dans de nouveaux usages ou imaginer avec elle, des solutions astucieuses afin d'éviter que certains appareils ne deviennent des « ruines techniques ». (Caradec, Le Borgne-Uguen, 2005, pp. 43-44).

## ***3. Compétences distinctives et approches stratégiques***

A partir de ces premières analyses sur la construction de l'offre proposée aux usagers, il apparaît possible de différencier pour les opérateurs des approches stratégiques différentes.

Ces choix sont souvent en cohérence avec leur statut et leur histoire, ainsi qu'avec la logique de croissance développée, que nous avons présentée précédemment.

### 3.1. Deux logiques émergentes

On notera notamment deux stratégies opposées pour les opérateurs : l'une centrée sur un fonctionnement par réponse à appel d'offre (des Conseils Généraux par exemple, qui font bénéficier leurs abonnés de l'APA) et qui va s'appuyer ensuite sur les instances locales pour fournir le service (Conseil Général, CCAS,...) et l'autre qui privilégie un développement de proximité, soit en réponse à des demandes individuelles soit en lien avec des associations insérées localement, généralement car elles proposent ce service dans le cadre d'un « bouquet » de services à la personne. On pourrait les qualifier l'une de logique plus industrielle, privilégiant une approche plus standardisée et à grande échelle, axée sur des coûts restreints, et l'autre de logique de proximité, avec des structures de taille plus petite qui cherchent en particulier à travailler leur ancrage de proximité.

### 3.2. Des logiques qui s'appuient sur la construction d'une figure de l'utilisateur

Ces différentes approches stratégiques peuvent en particulier se repérer à travers les représentations des usagers par les opérateurs, qui mettent parfois l'accent sur des dimensions différentes.

Voilà, d'après les premiers entretiens réalisés auprès des opérateurs, les dimensions mises en avant par les opérateurs quant à l'attente des usagers :

- La question du coût
- le problème de la fiabilité du matériel, et de l'effectivité de la réponse adéquate en cas d'appel d'urgence : « *apporter à nos abonnés 24h/24 une réponse à des situations de détresse* »
- la question de la rapidité du secours
- la question de la proximité physique pour la réponse à l'appel d'urgence (comité de voisinage, etc...)
- la question de la proximité affective, et de l'anonymat du répondant (anonymat qui accroît le sentiment d'intrusion dans la vie quotidienne de la personne)
- la question du lien social porté par la téléassistance : « *la téléassistance est porteuse de lien social et doit s'inscrire dans un réseau social de proximité* » (un opérateur)

- la question de la stigmatisation ressentie par la personne âgée.

D'autres points de vue sont souvent mis en relief par les opérateurs :

- le point de vue de la famille des usagers qui ont des attentes en termes de fiabilité, sur le fait par exemple de ne pas être appelé pour rien
- le point de vue des institutions locales (mairie,...) qui ont une responsabilité quant au bien-être de leurs administrés

Les opérateurs mettent en avant ces différentes dimensions de la demande, et construisent une figure de l'utilisateur (Borzeix, 2000) qui est sous-jacente à leurs stratégies.

En schématisant, trois dimensions apparaissent dans la construction de la figure de l'utilisateur, plus ou moins accentuées selon les opérateurs :

- la dimension économique
- la dimension de l'efficacité technique : rapidité, facilité d'utilisation,...
- la dimension du lien social : proximité affective, création de lien,...

### 3.3. Logiques stratégiques et particularités de l'offre de service

Les compétences distinctives et les choix stratégiques développés par les opérateurs vont les amener à spécifier leur offre de service.

Le tableau ci-après met en lien les compétences distinctives pour chaque opérateur et les spécificités de leur offre de service (sans préciser l'identité des opérateurs, par souci d'anonymat, sachant que les données ne sont pas exhaustives).

opérateur	Compétences distinctives	Spécificité de l'offre
1	Puissance d'installation importante Veille technologique Soutien spécifique proposé aux usagers fragilisés Relation avec les responsables de la politique vieillesse au niveau des départements	Mise en place d'un plateau spécifique « service psychologique » : contact téléphonique des abonnés lors des retours d'hospitalisation et lors d'appels très fréquents
2	Forte implantation locale  Fonctionnement avec un pôle central animant un réseau d'antennes locales	Existence d'un plateau dédié aux appels de convivialité Journal de l'abonné ; cartes d'anniversaire
3	Concepteur et fabricant de matériel Position à l'international pour le matériel et logiciel Capacité d'innovation et de développement sur le plan technique	Innovations technologiques  Intégration d'automatismes Capacité à « reprendre » un marché de taille importante

4	<p>Souci de « présence et d'humanité »</p> <p>Pas de volonté de standardiser les réponses aux appels</p> <p>Lien avec une grande fédération de services à la personne</p>	<p>Réponse aux appels avec souci de « présence et d'humanité », aux appels de convivialité</p> <p>Proposition du service au sein de bouquets de services</p> <p>Adaptation possible du système technique aux spécificités d'une personne (paraplégique,...)</p>
5	<p>Travail sur les liens de proximité</p> <p>Réflexion sur la solidarité</p> <p>Dimension psychologique de l'écoute</p>	<p>Coups de téléphone réguliers pour savoir si tout va bien</p> <p>Envoi d'une carte d'anniversaire</p> <p>Gestes financiers possible en termes de solidarité</p>
6	<p>Expertise dans l'animation de réseaux associatifs dans l'aide à domicile</p>	<p>Service de garde itinérante de nuit</p>
7	<p>Service d'aide téléphonique dit d'intermédiation non dédié à la personne âgée (aide à la mise en œuvre d'un service à la personne et à l'accès aux aides juridiques et financières)</p> <p>Relation étroite avec des organismes de prévoyance (ProBTP, AG2R, Reunica)</p>	<p>Couplage de l'offre de téléassistance avec le service téléphonique d'intermédiation.</p> <p>Distribution par les organismes de prévoyance</p>
8	<p>Dispose d'une équipe de secouristes professionnels pour faire la levée de doute</p> <p>Fort ancrage local</p>	<p>Adhésion possible sans réseau de proximité</p> <p>Offre accessible sur un périmètre géographique limité</p>

#### ***4. Les stratégies commerciales***

Le marché de la téléassistance s'avère être l'objet d'une forte concurrence. Une caractéristique spécifique de ce marché est la rapidité de son renouvellement. La durée moyenne des abonnements (3/4 ans) oblige à alimenter constamment le « parc des abonnés ».

Comme nous l'avons montré précédemment, différents acteurs interviennent qui orientent la demande de téléassistance (Conseils Généraux, acteurs locaux comme les associations de services de proximité,...). Certains abonnés bénéficiaires de prestations sociales (APA, Carte Paris Emeraude) sont par exemple orientés vers l'opérateur choisi par une collectivité territoriale si celle-ci a conclu un marché. Pour d'autres usagers, l'orientation vers tel opérateur est liée au fait qu'il est par exemple bénéficiaire d'une mutuelle, d'un organisme de protection sociale ou d'un service d'aide à domicile qui vont proposer le service de l'opérateur en question.

Deux points importants apparaissent soulignés par les opérateurs comme étant au cœur de leur stratégie commerciale : le premier porte sur la tarification, qui est une variable importante même si elle n'apparaît pas clairement comme déterminante (de nombreux abonnés bénéficient en outre de subventions, ce qui rend la lisibilité du tarif difficile), et

l'importance des liens noués avec les acteurs locaux dont nous avons souligné le rôle de prescripteur. Ainsi, la construction d'un réseau local qui permet de faire connaître l'offre et sa spécificité semble un point tout à fait important de la stratégie commerciale des opérateurs.

#### 4.1. La tarification : une variable parmi d'autres

La téléassistance apparaît être un marché extrêmement concurrentiel ; bien que la concurrence ne joue pas uniquement sur le prix comme nous l'avons montré précédemment, les prix d'abonnement demeurent un critère important. Ainsi, certains opérateurs, par exemple, n'affichent pas de « tarif national », pour s'ajuster en fonction de l'offre concurrente.

Le tableau ci-après reprend à titre indicatif, le prix mensuel proposé pour un abonnement à titre individuel.

Opérateur	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Abonnement Individuel mensuel annoncé	29,90	29	25	20 à 25 pas de tarif national	38,11	20	20	30	38

Il faut souligner cependant les ajustements multiples que subissent les tarifs, soit du fait de l'opérateur lui-même, soit du fait de subventions qui sont versées généralement aux abonnés, mais parfois aussi aux producteurs du service par la fédération associative à laquelle ils sont liés.

Pour illustrer concrètement la variation de prix des abonnements dans un département précis, nous donnons un exemple de tarification comparée dans le département du Lot :

	Sdis 46 (C.G.)	Présence Verte (MSA)
Prix de l'abonnement	20	28/29
Tarif subventionné	17	17
Diminution		Négociation possible à titre individuel

Nous rappelons que dans le département, seule l'offre du Sdis proposée par le Conseil Général est subventionnée dans le cadre de l'APA. D'autres diminutions sont encore possibles pour les abonnements hors APA, comme celles parfois consenties aux cas par cas aux anciens agriculteurs dont les retraites sont minimales<sup>10</sup>. Cette diminution est obtenue par

<sup>10</sup> Montant moyen brut mensuel de la retraite pour un exploitant agricole : 2 155 F soit, 328, 30 euros. Chiffre cité in : Joël Ankry, Jean-Claude Henrard, Vieillesse, grand âge et santé publique. Edt. Ensp, 2003.

un travailleur social en fonction de raisons médico-sociales. Enfin, pour les personnes assujetties à l'impôt sur le revenu, l'abonnement à la téléassistance peut donner lieu à des déductions fiscales quand l'opérateur bénéficie de l'agrément Service à la Personne.

Dans le département de Loire Atlantique, l'offre est faite par le Conseil Général qui a mandaté un opérateur privé dans le cadre d'un marché de service.

	CG 44
Prix de l'abonnement	18€
Tarif subventionné	9€ (pour les non imposables)
Diminution	Encore possible au niveau des CCAS

Les subventions apportées par le Conseil Général dans le cas d'un abonnement à l'opérateur mandaté restreignent les possibilités de développement des autres opérateurs sur ce département. Dans cet ensemble complexe le rôle des tarifications est difficile à apprécier au niveau des usagers eux-mêmes. C'est un paramètre sans doute plus important pour les prescripteurs.

## 4.2. L'insertion locale pour faire connaître son offre

Quel que soit leur statut (privé, public ou associatif), les opérateurs mettent en place des actions qui s'intègrent au « paysage » de « l'offre médico-sociale » en direction des personnes âgées. Ces actions visent d'une part à « vendre de nouveaux contrats », en faisant connaître le service, ses tarifs, etc. mais ils confortent aussi les réseaux sur lesquels ils s'appuient pour rendre le service et qui conditionnent leur propre développement. Plusieurs niveaux et modalités de communications se combinent pour faire connaître son offre :

### 4.2.1. Différentes voies sont utilisées pour mettre en œuvre une communication

- a) une stratégie générale de communication s'appuyant sur des canaux traditionnels :
- Presse locale
  - Publications spécialisées (Mutuelles, publications des Fédérations d'associations, journaux internes)

---

Chiffres indicatifs de la CCMSA pour le département du Lot, effectifs au 31/12/2008 :

- 10 147 retraités, anciens salariés agricoles : Montant **annuel** moyen de la retraite, 2 164 Euros.
- 15 614 retraités, non salariés agricoles : Montant **annuel** moyen de la retraite 5 031 Euros.

- Participation aux salons spécialisés (Maires de France, Innovadom, Gérontechno. Journées téléassistances, SAP, Manifestations du monde agricole)

b) une communication en direction des réseaux locaux :

- Elus locaux
- Services départementaux chargés de la politique envers les personnes âgées
- Association d'aide à la personne (qui peut conduire à des accords formels pour la distribution et aller jusqu'à une véritable coopération pour assurer le suivi après les interventions)
- Activités d'animation mises en place par les CCAS à l'adresse des personnes âgées

#### **4.2.2. Le rôle des personnes promouvant le service**

Les opérateurs peuvent chercher à se différencier sur la façon dont ils organisent la promotion, non commerciale, de leur offre et recrutent de nouveaux abonnés.

Conférer un rôle important dans l'implantation du service à des bénévoles à l'exemple de Filien-ADMR illustre à la fois la forte intégration au tissu local et une confirmation de l'image de solidarité que cherche à promouvoir l'ADMR. Le rapprochement entre bénévoles et bénéficiaires s'inscrit dans la logique même du service.

En outre les bénévoles recrutent d'autres bénévoles. D'autre part, le rôle de ces bénévoles s'étend à des fonctions techniques, ce sont eux qui assurent la distribution du matériel, son installation et les dépannages.

Pour une autre association, ce rôle est dévolu à des « conseillers » : les associations locales Présence Verte sont animées par des conseillers qui aident au recrutement de nouveaux abonnés. Ils participent aux manifestations locales organisées par les CCAS.

La question de l'insertion locale des opérateurs de téléassistance revient à plusieurs reprises (constitution du réseau de solidarité, communication sur le service) alors qu'il s'agit d'un service coordonné depuis un plateau téléphonique qui n'est pas nécessairement à proximité physique des abonnés. Les modalités d'articulation entre territorialisation-déterritorialisation diffèrent selon les opérateurs. Nous les développerons en seconde partie.





## **Section 3 – Cartographie des acteurs**

Ce qui frappe lorsqu'on cherche à reconstituer les logiques d'innovation dans ce secteur et leur lien avec le développement du marché c'est la multiplicité des acteurs en jeu ; multiplicité qui se double de positionnements fluctuants le long d'une « chaîne de valeur ». Cela rend la description assez ardue mais constitue sans doute une caractéristique majeure de ce secteur.

Cette multiplicité d'acteurs peut se repérer à différents moments de la prestation de service. Le premier moment correspond aux étapes aboutissant à la signature du contrat d'abonnement au service de téléassistance et au recrutement d'un nouveau client pour les opérateurs. Le deuxième moment correspond à l'utilisation d'un système de téléassistance.

Cette multiplicité apparaît également lorsqu'on cherche à repérer les flux financiers.

### ***1. Les acteurs en amont du contrat d'abonnement***

On peut distinguer quatre types de déclencheurs qui conduisent à la prise d'un abonnement.

Le premier est médical. Suite à une hospitalisation, le médecin donne son accord pour un retour au domicile à condition que la personne dispose d'un système de téléassistance.

Le deuxième est un déclenchement par les services sociaux. Une personne âgée compte tenu de sa situation (revenus, isolement, dépendance,...) se voit proposer des aides financières et un « forfait » comprenant un service de téléassistance (c'est le cas de la carte émeraude à Paris par exemple).

Le troisième est l'influence de l'entourage familial. On souligne souvent que l'abonnement à un service de téléassistance résulte plus de l'appréhension des enfants de la personne âgée que de besoins exprimés ou ressentis par celle-ci. Il est vrai qu'à cet âge, beaucoup des démarches pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées dans des conditions de sécurité et confort satisfaisantes reposent sur les enfants, la famille ou l'entourage proche.

Le quatrième déclencheur est une initiative de la personne âgée elle-même, qui ne souhaite pas déranger ses enfants ou qui appréhende une nouvelle chute. Ces cas sont plus rares mais ils ont été mentionnés par nos interlocuteurs.

On voit dès cette étape trois types d'acteurs jouer un rôle de « prescripteur»<sup>11</sup> : les services sociaux et d'information spécialisés pour les personnes âgées, le milieu médical, et l'entourage familial.

Une fois le besoin d'un abonnement de téléassistance formulé se pose la question de l'identification d'organismes proposant ce type d'offre. Là encore différentes situations peuvent se présenter.

Certaines villes et départements subventionnent ce type d'offre de manière significative et cela sous conditions de ressources très variables. Dès que la personne peut bénéficier de la subvention, et que les services d'information pertinents sont contactés, CLIC par exemple, l'opérateur qu'a choisi de subventionner la ville sera indiqué. C'est le cas à Nantes et à Paris pour les personnes dont les conditions de revenus donnent droit à la carte émeraude, à Toulouse où le service est gratuit.

Dans certaines situations très particulières les services de la ville ou de la collectivité locale peuvent conseiller un opérateur ayant une offre très particulière (banque de clés, garde itinérante de nuit, possibilité d'appels de convivialité,...).

La personne peut s'en remettre à son réseau de connaissances et alors l'implantation locale de certaines enseignes est déterminante. Un opérateur comme Présence Verte considère qu'il s'appuie beaucoup sur le bouche à oreille et dispose d'un réseau de « distribution » avec de très nombreuses antennes locales. Son adossement sur la MSA lui permet souvent d'avoir un bureau dans les locaux des caisses locales.

La personne peut s'en remettre à l'organisme par lequel elle dispose d'autres services à la personne, par exemple, le portage de repas, l'aide ménagère. Ainsi, des organismes tels Proxim's service sont régulièrement sollicités par leurs clients et réciproquement sont abordés par des opérateurs pour distribuer leurs offres, (Serena Maif par exemple). C'est ainsi que la fédération d'associations de service à la personne UNA a constitué en son sein une activité de téléassistance que les organismes adhérents peuvent s'ils le souhaitent proposer à leurs clients. C'est aussi le cas pour Filien-ADMR dont l'offre est proposée par les associations du réseau ADMR.

A ce stade, on voit donc intervenir un troisième type d'acteur qui peut avoir un rôle de prescription : les organismes prestataires de services à domicile ou le réseau dont ils dépendent.

---

<sup>11</sup> Nous utilisons ici le terme de prescripteur non au sens de la prescription médicale par un médecin mais au sens de préconiser, conseiller, recommander.

La logique locale ou territoriale apparaît donc déterminante. Cette logique confère à des acteurs comme la MSA un rôle indirect.

Les établissements de retraite peuvent également être associés à cette offre. Ainsi, dans le cas de la Fondation Caisse d'Épargne qui exploite 82 établissements, son plateau de téléassistance qui assure le service pour la Corrèze est adossé sur l'EHPAD local.

Des institutions de prévoyance peuvent également proposer une offre de téléassistance à leurs adhérents en complément d'un service plus large d'intermédiation (Bizouerne, 2009) s'appuyant sur de l'expertise et de l'aide pour différentes démarches administratives, sociales ou financières inclus dans les contrats (DomPlus).

Ce caractère maillé entre services sociaux, services d'aides à la personne, établissement pour personnes âgées, caisse maladie peut d'ailleurs être perçu par la personne âgée comme une spirale vers la fin de vie et l'abandon du domicile. L'adoption d'un service de téléassistance apparaît alors comme un premier pas vers un « engrenage » qui in fine va la conduire à abandonner son domicile.

L'étape suivante consiste en la rédaction du contrat à proprement parler.

Il semble que pour les opérateurs qui sont sélectionnés par des villes, comme c'est le cas de Vitaris pour la Loire Atlantique ou GTS pour le Val de Marne, l'aspect administratif du contrat soit délégué aux services de la ville. Cet accord permet sans doute de proposer des prix plus optimisés que s'il fallait une antenne administrative locale propre à l'opérateur.

Au contraire, les opérateurs à forte implantation locale ont leurs propres services de « distribution » et le contrat est une occasion d'interaction avec le client. Il y en aura d'autres au cours de l'abonnement. C'est le cas de Présence Verte et de Filien-ADMR notamment.

Pour les opérateurs ayant délégué à des organismes de service à la personne la distribution, ce sont ces derniers qui finalisent le contrat. Ainsi, un organisme a souligné qu'il disposait dans son système d'information de données croisant les interventions pour service à domicile et des informations concernant des appels.

On voit donc que les acteurs que sont les services des villes et collectivités territoriales et les organismes de services à la personne peuvent avoir deux rôles différents : un rôle de prescripteur et un rôle de gestionnaire administratif de contrat. Ces deux rôles peuvent être assumés conjointement ou non.

Enfin, la constitution du **réseau de proximité** est un point critique lors de la finalisation du contrat d'abonnement. La personne âgée doit donner les noms de personnes qui peuvent être sollicitées en cas d'appel d'urgence. Leur rôle est de visiter rapidement la

personne et le cas échéant de prendre des décisions sur les actions à engager. Cette question du réseau de proximité reste critique car l'isolement des personnes âgées est un phénomène qui ressort de manière récurrente. La famille n'est pas toujours à proximité. Le voisinage n'est pas toujours disposé à prendre ce type de responsabilité, les gardien(ne)s sont en diminution, et ce sont des métiers qui n'existent pas en milieu rural.

Ce sont souvent les enfants qui se chargent de constituer le réseau de proximité. Parmi les acteurs rencontrés peu se positionnent sur la constitution d'un réseau de proximité. Pour beaucoup d'opérateurs, le réseau de proximité doit être constitué de bénévoles et doit l'être par les abonnés eux-mêmes. Pour Présence Verte par exemple, l'entraide doit être une valeur dans une société qui voit la proportion que représentent les personnes âgées croître. Certains opérateurs vont toutefois proposer d'aider à la constitution du réseau de solidarité, en particulier les opérateurs à forte implantation locale.

Il faut noter que les personnes qui visitent le plus régulièrement et fréquemment les personnes âgées sont souvent les aides ménagères, les personnes qui portent les repas ou les aides soignantes qui se déplacent à domicile. Aujourd'hui, il arrive que des accords soient conclus entre les personnes âgées et leur infirmière ou leur aide ménagère, par exemple, elles sont alors sollicitées en cas d'appel d'urgence par l'opérateur de téléassistance. Cependant, ces accords restent privés. Les organismes de services à la personne pourraient prendre un rôle mais il n'est pas institué actuellement.

Avec la garde itinérante de nuit, une autre approche est explorée. Il s'agit d'avoir recours à un réseau de proximité non totalement bénévole. Une équipe de salariés visitent les personnes âgées abonnées à la garde itinérante de nuit de manière systématique. Cette même équipe peut être sollicitée en cas d'appel d'urgence pour intervenir. Ce modèle de fonctionnement semble rare et ne pouvoir être à la fois efficace et économiquement accessible qu'en milieu urbain. Il se heurte en effet à l'éloignement géographique des abonnés. Du moins ce sont les expériences dont on dispose aujourd'hui. C'est aussi une question culturelle. Ainsi dans les pays nordiques les fonctions du réseau de solidarité sont assumées contre rétribution quasi-systématiquement.

La frontière entre marchand et non marchand nous semble une problématique importante dans ce secteur. On notera que cette frontière se déplace et ce d'une manière qui peut être inattendue. L'exemple des plateformes de convivialité est illustratif de ce point, elles reposent sur des bénévoles pour certains opérateurs et sur des entreprises privées pour d'autres.

Enfin, la dernière étape correspond à l'installation du matériel chez la personne âgée, la présentation de son fonctionnement et les tests vérifiant le bon fonctionnement. Cette étape est toujours réalisée par l'opérateur. Les distinctions que l'on observe concernent l'organisation interne des opérateurs pour la réaliser. Certains confient cette étape à des bénévoles (Filien-ADMR) d'autres au contraire à des salariés. Certains installent leur « propre » matériel car ils appartiennent à une entreprise qui développe les matériels et commercialise les services, c'est le cas de Vitaris par exemple. D'autres gèrent un stock qui est progressivement renouvelé en fonction des problèmes techniques et se font envoyer par voie postale le matériel dans l'entreprise ou sur le lieu d'installation. C'est le cas des opérateurs faisant appel à Laudren.

En général, les activités d'installation et de maintenance sont assumées par les mêmes acteurs. Il est à noter que les vérifications du bon fonctionnement, qui sont fréquentes pour ces installations et se doivent d'être fiables, se font à distance.

A partir de ce stade l'abonnement est effectif.

## ***2. Les acteurs mobilisés lors d'un appel de téléassistance***

Deux types d'appels sont souvent distingués : (i) les appels d'urgence pour lesquels ont été initialement conçus ces offres et (ii) les appels « de convivialité » qui constituent la grosse majorité des appels qui sont parfois « masqués » sous d'autres motifs (erreur ou mauvaise manipulation).

Le cœur du métier de téléassistance est de recevoir et traiter les appels d'urgence. La plateforme de téléassistance doit être en mesure de rentrer en interaction avec la personne âgée 24H sur 24H en toutes circonstances afin de mettre en œuvre les mesures adaptées. Des chartes de qualité sont déployées par la plupart des opérateurs qui cadrent le déroulement de ces conversations téléphoniques. Les opérateurs de téléassistance ont le souci de former leur personnel. Ils disposent d'outils informatiques leur permettant de visualiser très rapidement un certain nombre d'informations sur la personne qui appelle et de saisir des informations sur « l'incident ».

Suivant la gravité de la situation qui va être appréciée par le télé-opérateur, différentes personnes peuvent être sollicitées. Dans les situations diagnostiquées comme ne relevant pas de l'urgence (la personne réussit à se relever par elle-même), les personnes du « réseau de proximité » déclarées lors de la prise d'abonnement, sont contactées pour qu'elles visitent la

personne appelée et vérifient que son état ne nécessite pas d'autres interventions. C'est la levée de doute. Si aucune personne du réseau de proximité ne répond et dans les situations les plus graves et urgentes, les pompiers sont contactés pour une intervention.

Une fois l'incident entièrement traité, un compte-rendu des actions engagées est finalisé. Il est transmis à l'antenne locale dans le cas d'opérateurs ayant une antenne locale, aux services de la ville ou de la collectivité locale dans le cas d'une délégation de service public.

Certains opérateurs ont structuré des plateformes d'appel de convivialité spécifiques. Les abonnés peuvent choisir d'y avoir recours plutôt que d'actionner la touche d'appel d'urgence. C'est le cas de Présence Verte et cette offre a été également développée par l'UNA-téléassistance. D'autres opérateurs, de taille plus modeste, proposent aussi des possibilités d'appel de convivialité ; ils sont assurés par des bénévoles avec des permanences téléphoniques qui ne sont pas ouvertes 24h/24 mais par exemple en semaine de 9h à 18h, c'est le cas d'Equinoxe. D'autres opérateurs, sans avoir de plateforme de convivialité peuvent proposer à un abonné qui appelle de manière récurrente un contact avec un psychologue ; c'est le cas d'un opérateur comme GTS.

Nous avons mis le projecteur sur deux moments clé, ou événements pour repérer les multiples intervenants contribuant à ce service. Il faut souligner que certains opérateurs de téléassistance cherchent à développer une relation avec des opportunités d'interaction récurrentes. C'est le cas notamment de Présence Verte avec la lettre trimestrielle envoyée aux abonnés. Nous reviendrons également sur le rôle des appels techniques dans cette utilisation récurrente dans la deuxième partie de ce rapport.

### ***3. Les acteurs participant aux flux financiers***

En règle générale, l'abonné paye chaque mois le télé-opérateur. Il peut également payer l'abonnement au service de la ville ou de la collectivité locale qui assure le service ou gère l'abonnement. Dans le cas où il y a une délégation de service public, l'abonné bénéficie du tarif négocié par les instances locales.

L'abonné peut recevoir, selon sa situation, différentes aides : l'APA, des aides sociales. Il peut recevoir des remboursements de sa mutuelle. L'abonné peut enfin déduire une partie de l'abonnement de ses impôts au titre de la loi Borloo.

L'opérateur reçoit le montant des abonnements. Il peut recevoir des allocations ou des paiements des régions (conformément aux dispositions contractuelles initialement stipulées dans l'appel d'offres).

L'opérateur achète les appareils, finance l'infrastructure de plateforme d'appel, rémunère les télé-opérateurs de plateau et les techniciens de maintenance.

Pour compléter ce premier schéma concernant les flux financiers, il nous apparaît important d'évoquer un flux financier « masqué ».

Un des enjeux de la téléassistance est le maintien à domicile de personnes très âgées souvent seules. La téléassistance consiste en effet à garantir qu'en cas de besoin, la personne pourra être secourue efficacement et dans des délais rapides. Or le maintien à domicile est un enjeu social, car c'est ce que les personnes âgées souhaitent. C'est aussi un enjeu économique ; les coûts de journées d'hospitalisation sont très élevés, les coûts en maison de long séjour sont également élevés et le nombre de places existant ne permet pas d'offrir cette solution à toutes les personnes âgées.

L'adoption de systèmes de téléassistance, si elle a un coût, devrait permettre également de dégager des économies. Celles-ci sont cependant comptabilisées dans différents budgets, dans ceux de la sécurité sociale, pour les journées d'hospitalisation ou ceux de la CNSA pour les établissements de type EHPAD. Nous ne disposons d'aucune étude précise permettant de mesurer le ratio coût-avantage. On ne peut non plus comparer les services et soins apportés aux personnes âgées dans une chambre d'hôpital et ceux apportés par un service de téléassistance. Il nous paraît cependant important de garder certains ordres de grandeur en tête :

Une journée d'hospitalisation économisée : 300 euros

Un mois d'hébergement en EHPAD : 2000 euros

Un mois d'abonnement de téléassistance : autour de 30 euros

Cette approche extrêmement globale permet peut être de justifier pour certaines mutuelles des remboursements sur des services de téléassistance.





# Conclusion

A ce stade nous pouvons dégager plusieurs dynamiques : au niveau des opérateurs, au niveau de l'offre.

Une première évolution est le retrait progressif des Sdis pour opérer directement le service. Désormais, la plupart des conseils généraux qui proposent une offre aux personnes âgées de leur département font appel à des opérateurs dédiés à la téléassistance dans le cadre d'un marché public, ou d'une délégation de service public. Ainsi, plusieurs opérateurs d'envergure nationale coexistent dorénavant et se trouvent en concurrence lorsqu'il s'agit de répondre aux appels d'offres des conseils généraux. Aujourd'hui, les services de téléassistance opérés par les Sdis ne concernent que 13 % des abonnés. Cette évolution résulte indéniablement de l'expérience acquise quant aux usages effectifs de ces dispositifs par les personnes âgées. Il est en effet désormais reconnu que leur demande ne se limite pas au versant biomédical.

Parallèlement à cette dynamique au niveau des conseils généraux qui proposent un service départemental de téléassistance -ils sont 28-, d'autres opérateurs dédiés se sont structurés pour proposer un service de téléassistance indépendamment des relais publics. Ils ont déployé leur offre en s'appuyant sur des réseaux anciens établis au niveau local en lien avec les personnes âgées. Ils entretiennent des relations étroites avec le secteur associatif qui a historiquement pris en charge les aides et services apportés aux familles et aux personnes « fragiles ». Deux opérateurs de cette catégorie ont une envergure nationale et se positionnent sur l'ensemble du territoire (Présence Verte et Filien-ADMR).

Parmi les grands opérateurs deux logiques stratégiques peuvent être distinguées, l'une, qualifiée de « logique industrielle », qui est centrée sur une volonté de développement et l'appui sur des relais pour poursuivre ce développement (conseils généraux, antennes locales, CCAS, mairies,...), et l'autre, qualifiée de « logique d'intégration locale », où l'opérateur cherche lui-même à mettre en œuvre l'intégration locale, soit par sa propre action, soit en nouant des partenariats avec des acteurs locaux pour la mise en œuvre du service.

A côté de ces deux modèles qui renvoient chacun à des acteurs de taille importante aujourd'hui, il faut souligner l'existence de petites structures. Elles ont développé des offres spécifiques : une téléassistance couplée à une garde itinérante de nuit, une téléassistance avec une équipe de secouristes permettant aux personnes isolées d'accéder à la téléassistance même si elles ne peuvent constituer leur réseau de solidarité, une téléassistance qui propose

des appels de convivialité réguliers et des visites auprès des personnes âgées (en s'appuyant souvent sur des bénévoles). Ces initiatives sont particulièrement intéressantes pour penser une gamme d'offre adaptée à la variété des situations dans lesquelles se trouvent les personnes âgées. Ces structures, petites en nombre d'abonnés, peuvent être anciennes, spécialisées sur une niche et limitées dans leur déploiement géographique. Au contraire, d'autres sont de nouveaux entrants qui tirent parti de l'expérience accumulée et de leurs atouts propres pour se différencier. On notera ainsi l'apparition d'acteurs nouveaux qui s'adosent sur les organismes de prévoyance.

Le contexte actuel est caractérisé par une forte concurrence. La relative lenteur de l'augmentation du nombre d'abonnés, la durée courte de l'abonnement (entre 3 et 4 ans) et les appels d'offres récents des régions pour mettre en place un service au niveau de leur département ou pour transférer un service qui était jusque là assuré par les pompiers, conduisent à des situations de mise en concurrence y compris entre les opérateurs se positionnant sur les deux modèles distingués « logique industrielle » et « logique de l'ancrage local ».

Dans ce contexte, et face à la multiplication d'acteurs proposant une offre de téléassistance a été créée, en 2005, l'Afrata (Association Française de Téléassistance) dans un souci de professionnalisation et de définition de charte de qualité. Elle contribue à définir la téléassistance qui devient un métier spécifique destiné à une population autant isolée que fragilisée, souhaitant vivre chez elle en toute sécurité.

Au niveau de l'offre, la multiplicité et la diversité des acteurs qui se sont positionnés ont jusqu'à aujourd'hui été une richesse permettant de voir émerger des ajustements variés. Nous avons souligné les spécificités des offres de petites entités, nous rappellerons également d'autres initiatives : la création d'un plateau pour des appels de convivialité, la diffusion d'un journal des abonnés, la participation à des événements à destination de ces publics, la mise en place d'une antenne de soutien psychologique afin d'apporter une aide à des personnes particulièrement fragilisées par une hospitalisation récente ou faisant part d'angoisses dans leurs appels. Au-delà de ces initiatives d'évolution de leur offre, les opérateurs sont partenaires de multiples expérimentations dont nous n'avons pu faire la liste.

Transversalement à toutes ces spécificités d'offres et caractéristiques des opérateurs, la constitution du réseau de proximité apparaît comme un maillon absolument clé dans la mise

en place du service. En effet, si la technologie permet d'alerter ou de demander de l'aide elle ne se substitue en rien à l'intervention humaine, notamment lorsque celle-ci apparaît incontournable. Le maintien au domicile des personnes âgées met au premier plan la question des « aidants », des « profanes » et de l'isolement souvent croissant au fur et à mesure du vieillissement des personnes âgées. La technologie loin de résoudre ces questions et de se substituer à ces personnes révèle finalement leurs difficultés au quotidien ou leur absence. Les positions des opérateurs de téléassistance sur la question du réseau de proximité sont tranchées ; certains considèrent que ce sont nécessairement des bénévoles et que la personne âgée elle-même doit le constituer alors que d'autres proposent des services marchands de visite adossée par exemple avec une garde itinérante de nuit. Il nous semble que la question du positionnement entre marchand et non-marchand du réseau de proximité constitue un point de réflexion. Elle est complexe et renvoie à différentes dimensions : celle de la responsabilité, celle de la compétence, celle de l'entraide, celle de l'acceptabilité dans notre société.

L'ancrage local des opérateurs est un facteur de différenciation entre eux. La constitution du réseau de proximité et sa disponibilité sont des dimensions clé dans l'efficacité de la téléassistance. C'est pourquoi nous approfondirons cette question de la proximité afin de mieux caractériser ses facettes et modes d'organisation.

Les usages de la téléassistance, les besoins des personnes âgées, l'activité que cela suppose chez les opérateurs pour y répondre sont aussi des dimensions qui nous paraissent clés dans le contexte de concurrence et qui nous conduisent à questionner les trajectoires pertinentes d'évolution de l'offre et les critères de qualité.

Ce sont ces axes que nous voudrions approfondir dans la seconde partie notamment en nous appuyant sur les observations faites sur des plateaux de téléassistance.



## **Partie II**



# Introduction

Dans la première partie de ce rapport, nous avons présenté l'historique du déploiement de la téléassistance, les multiples acteurs de l'offre ainsi que les différences quant au service offert. Nous avons également mis en avant la diversité des configurations de relation entre acteurs opérateurs de services et abonnés. Nous voudrions aborder dans cette seconde partie des problématiques qui nous paraissent centrales pour caractériser la dynamique d'évolution de la téléassistance, mieux comprendre son rôle et son insertion dans un réseau d'acteurs, sa valeur, et sa portée. Une telle analyse nous semble pouvoir constituer un socle pour projeter sa dynamique d'évolution.

La première problématique que nous proposons d'aborder est celle de la proximité. Souvent, les services aux personnes âgées sont considérés comme des services dits de proximité. Nous soulignons à partir de l'analyse de la téléassistance que la proximité ne renvoie pas uniquement à une proximité géographique et insistons sur d'autres types de proximités qui reposent, l'une, sur une organisation et des rôles prescrits et l'autre sur des relations interpersonnelles qui permettent des ajustements.

Cette problématique de la proximité nous paraît éclairante pour appréhender la place spécifique de la téléassistance dans l'ensemble des services aux personnes âgées.

Dans un second temps, nous nous focaliserons sur les interactions téléphoniques qui transitent par la plateforme de téléassistance. Elles nous permettront de mettre en évidence ce que nous proposons de qualifier d'usages réels de la téléassistance en partant de l'hypothèse d'une capacité d'improvisation des usagers pour construire ces derniers et s'écarter plus ou moins d'un usage normal conçu initialement. Nous soulignerons l'activité des opératrices et sa complexité compte tenu justement de ces usages réels et insisterons sur les compétences des opératrices.

Dans un troisième temps nous nous focaliserons sur deux articulations. Nous aborderons d'une part l'articulation au médical. La téléassistance est un service à la frontière entre le champ des services à la personne – le service de téléassistance a d'ailleurs été désigné comme entrant dans le champ des 21 services à la personne et il est opéré par du personnel non médical -, et le champ du médical, puisque conçu initialement pour traiter dans les meilleures conditions une urgence médicale associée à une chute. L'autre articulation sur laquelle nous chercherons à apporter un éclairage particulier est celle du lien entre la

téléassistance et les acteurs publics. Cela nous amènera à poser la problématique de la responsabilité sociale et de modalités de gestion qui émergent et se structurent en écho à cette préoccupation.

Enfin nous reviendrons sur la problématique de la valeur qui peut être associée à ce service. Nous proposerons d'appréhender la valeur non d'un point de vue dyadique entre l'opérateur de téléassistance et la personne âgée mais en considérant la téléassistance comme ayant une fonction d'intermédiation et la valeur associée à cette intermédiation devant être analysée du point de vue de différents acteurs.



## **Section 1 – La problématique de la proximité**

A l'origine, le dispositif de téléassistance doit permettre aux personnes âgées fragilisées de se passer de la présence continue d'une personne près d'elle, et donc qu'elles puissent rester seules à leur domicile. Toutefois, on constate, d'une part, que l'affranchissement de cette proximité physique n'est que partiel, et, d'autre part, que différentes formes de proximité impliquant de multiples acteurs soutiennent le dispositif. Ce sont ces différentes formes de proximités que nous voudrions mettre en lumière dans cette section ainsi que leurs complémentarités.

### ***1. Les formes de proximité qui soutiennent le dispositif***

Nous retenons dans notre analyse du dispositif de téléassistance les trois formes de proximités suivantes :

- la proximité dite « de médiation »<sup>12</sup>, que nous qualifierons ici de proximité « organisée » car elle renvoie à l'existence de dispositifs, de règles ou de normes de comportement qui favorisent une coordination prescrite et organisée à l'avance par l'opérateur ; cette proximité est inscrite dans le dispositif mis en place par le téléassisteur ;
- la proximité géographique ou spatiale, qui renvoie à la distance physique concrète qui existe entre la personne âgée et l'opérateur de téléassistance ; le dispositif de téléassistance évite en effet qu'une personne demeure continuellement auprès de la personne âgée, et permet de s'affranchir de la proximité spatiale ; mais il reste néanmoins quelques points d'ancrage géographique sur lesquels le dispositif s'appuie ;
- et la proximité relationnelle qui repose sur l'existence d'un réseau social, créateur d'interactions fréquentes entre des acteurs.

---

<sup>12</sup> L'expression « proximité de médiation » est proposée par Bouba-Olga et Grosseti (2008), en référence à la sociologie de l'innovation, pour insister sur le fait que les acteurs ne se coordonnent pas uniquement par les réseaux sociaux mais s'appuient aussi sur des dispositifs qui permettent d'échanger sans mobiliser des chaînes relationnelles.

Ces formes de proximité sont définies en référence aux travaux réalisés par des économistes industriels sur les différentes formes de proximité qui contribuent à l'émergence d'un territoire (Bouba-Olga et Grossetti 2008, Zimmerman 2008).

Ces différents types de proximité s'appuient chacune sur des vecteurs (ressources) différents : la proximité organisée mobilise l'organisation formelle et l'outil technique ; la proximité géographique s'appuie sur l'espace ; et le réseau de relations est au cœur de la proximité relationnelle. Les opérateurs s'investissent différemment au regard de ces différentes proximités. Mais il est clair que la performance du service de téléassistance est fortement liée à la fois à la présence de ces différentes proximités, ainsi qu'à la qualité de l'articulation entre elles<sup>13</sup>.

### **1.1. Le dispositif de téléassistance s'appuie par la nature même du dispositif sur une « proximité organisée »**

Le dispositif de téléassistance en lui-même s'appuie sur une « proximité organisée » d'une part car il mémorise des éléments concernant la coordination entre les acteurs et d'autre part car il est porteur de codes de comportement. On peut considérer que le dispositif est porteur d'une coordination prescrite. En effet, un appel au service de téléassistance déclenche localement des comportements coordonnés entre les acteurs. Ainsi, l'opérateur, s'il juge qu'il s'agit d'un appel d'urgence, fera intervenir les services d'intervention d'urgence ; s'il s'agit de vérifier une situation ou de régler un petit problème, il fera intervenir le réseau de solidarité, dans un ordre prédéfini. Le dispositif est d'ailleurs en outre souvent porteur d'une vision normative des comportements attendus de la part des personnes constituant le réseau de solidarité : « il faut que vous alliez voir votre mère, elle a appelé », etc...

L'existence de cette proximité organisée par le dispositif permet d'éviter que des personnes physiques soient continuellement présentes auprès de la personne âgée. Cette proximité organisée renvoie à la nature même du dispositif. Elle existe donc chez tous les opérateurs. Une difficulté est alors de l'entretenir alors que l'utilisation de la téléassistance pour une urgence est par essence même rare. Ainsi se pose la question du rodage de la répétition de cette coordination en dehors de la situation d'urgence un peu à l'image des

---

<sup>13</sup> On pourrait parler d'un agencement organisationnel (J. Girin, 1995) qui est construit autour de la personne âgée et devient le support du dispositif. Les ressources de l'agencement ont toutefois la particularité de créer un ensemble de relations coordonnées autour de l'utilisateur du dispositif. Comme l'explique J. Girin, la performance de l'agencement est liée à la qualité des relations entre les ressources.

alarmes incendie. Ce rodage prend différentes formes, mais il faut noter qu'il mobilise surtout l'un des acteurs du dispositif, l'utilisateur final qu'est la personne âgée. Ainsi, chez certains opérateurs, la proximité organisée est appuyée par différents dispositifs complémentaires. L'opérateur n° 2 édite par exemple régulièrement un journal de l'abonné, dans lequel sont relatés des exemples d'appels d'urgence réussis. Par ces articles, il renforce la coordination prescrite en mettant en scène les différents acteurs et notamment la personne âgée et en rappelant leurs rôles respectifs. Chez d'autres opérateurs, on trouve d'autres modalités de renforcement de la coordination prescrite. C'est le cas par exemple des « tests » réalisés par certains opérateurs pour amener les personnes âgées à s'entraîner à utiliser l'outil. Les télé-opératrices appellent les personnes âgées (par exemple s'il n'y a eu aucun appel depuis plus de trois mois) et leur demandent de faire fonctionner leur médaillon ou leur bracelet. Les réponses aux appels involontaires sont également des occasions de rôder la coordination prescrite : « ce n'est pas grave », « cela permet de tester le matériel ». Il s'agit de faire pratiquer la personne âgée et par là même répéter le comportement prescrit qu'elle doit avoir en cas de chute. Les télé-opératrices renforcent aussi la pertinence de la proximité organisée grâce aux annotations qu'elles ajoutent dans la fiche abonné (heure de passage de l'aide ménagère, ses coordonnées, proposition de mise à jour du réseau de proximité, éléments sur une sortie d'hospitalisation ou une fragilité particulière...). Des annotations peuvent aussi être portées qui indiquent qui prévenir selon la situation. Ainsi, suite à des dysfonctionnements, des précisions sont apportées telles que : « *En cas de crise d'asthme, prévenir le Samu et non le médecin traitant* ». Ces annotations permettent de mieux organiser la coordination entre acteurs. Apparaissent également sur les fiches des abonnés des annotations concernant les heures de passage de différents acteurs présents au domicile de la personne âgée : portage du repas à telle heure, aide-soignante à telle heure, etc...

Le dispositif comprend donc un ensemble d'éléments qui permettent de prévoir des interventions coordonnées d'acteurs.

Mais cette proximité organisée est adossée sur d'autres formes de proximité, que les opérateurs vont s'employer à susciter. Ces formes de proximité vont permettre de pallier les failles de la proximité organisée, qui est une proximité prescrite. Il apparaît ainsi que la proximité organisée est couplée avec une proximité de nature géographique : à certains moments, selon différentes modalités, l'opérateur est présent ou s'appuie sur une présence sur place, auprès de la personne âgée. Cette proximité géographique s'exerce en particulier à

travers le réseau de solidarité dont les membres doivent se situer à « proximité » (au sens spatial du terme) de la personne âgée. Mais pour certains opérateurs, elle va aussi être couplée avec une proximité relationnelle : il s'agira en particulier soit de mobiliser le réseau des personnes qui gravitent autour de la personne âgée (famille, aides à domicile, aide ménagère, etc...), soit de s'insérer parmi les acteurs des services à la personne travaillant sur un territoire donné.

## **1.2. L'adossement de la proximité organisée à la proximité géographique**

### **Lors de l'installation du dispositif**

Nous avons déjà évoqué l'existence, chez tous les opérateurs, d'une territorialisation du dispositif de téléassistance à deux moments clés, l'installation du matériel à domicile et la constitution du réseau de solidarité. Ces moments sont des moments de présence auprès de la personne âgée, pour lancer le service. Certains opérateurs tiennent à être présents lors de ces deux moments. D'autres opérateurs peuvent déléguer cette proximité géographique et par exemple ne pas être présents eux-mêmes lors de ces moments d'installation. Si la proximité organisée s'adosse de fait sur une proximité géographique, il apparaît que cette proximité géographique peut être soit propre à l'opérateur (des salariés, des bénévoles des associations locales liées à l'opérateur se déplacent au domicile de la personne) soit déléguée par l'opérateur à d'autres acteurs (rôle d'un CCAS par exemple pour construire le réseau de proximité).

Les petits opérateurs qui agissent localement sur un territoire conservent généralement la maîtrise de l'installation et de la constitution du réseau. Pour ce qui est des gros opérateurs, d'envergure nationale, on trouve ce cas de figure notamment dans le cas des opérateurs du secteur associatif, car leur action repose sur un réseau de bénévoles ou d'associations locales. S'ils n'ont pas opté pour cette proximité géographique (notamment pour les gros opérateurs qui agissent au niveau national et ne bénéficient pas d'un ancrage local), les opérateurs délèguent généralement ce rôle à des acteurs relais. On s'aperçoit alors qu'ils s'impliquent souvent en contrepartie dans une proximité relationnelle auprès de ces acteurs relais. En revanche, ils ne sont pas géographiquement présents auprès de l'utilisateur final du dispositif, ce dernier pouvant d'ailleurs ne pas savoir quel est l'opérateur qui rend le service : « *pour le demander, je suis allé à la mairie, je ne sais plus quelle est la structure derrière* » (un parent d'une personne âgée).

#### Le rôle des responsables bénévoles chez l'opérateur n° 3

Cet opérateur s'appuie sur des bénévoles liés aux associations locales (de la fédération). Ces bénévoles ont un rôle vis-à-vis de la pose, de la reprise et de l'échange du matériel, ainsi que de la constitution et de la mise à jour du réseau de solidarité. Les télé-opératrices contactent ainsi les bénévoles s'il y a besoin de vérifier le matériel, ou si les numéros de téléphone indiqués pour le réseau de solidarité ne fonctionnent pas. Le responsable bénévole est également prévenu en cas d'intervention d'urgence liée au déclenchement de la TA. Un rapport sera envoyé par l'opérateur à l'association dont il dépend. Le rôle local du bénévole permet alors qu'il y ait un contact direct entre l'opérateur et le destinataire du service, la personne âgée ainsi que son entourage.

### **Lors de l'activation du réseau de solidarité**

En second point, la proximité géographique apparaît lors de l'activation du réseau de solidarité. En effet, certains opérateurs insistent sur l'importance de poser des critères, qu'il s'agisse de distance (moins de 5 km) ou de temps (moins de 10 mn), pour la composition de ce réseau. La rapidité de réaction est considérée comme fondamentale. D'autres opérateurs, qui agissent à une échelle très locale, vont eux-mêmes aller voir chez la personne âgée en cas d'appel. Pour d'autres, le critère de proximité apparaît moins strict.

#### Exemple de l'appel de Mme B. suite à une chute

La télé-opératrice demande : « Vous n'êtes pas blessée ? »

Elle appelle le premier intervenant (son fils), qui dit qu'il vient tout de suite.

Elle dit à Mme B. : « J'ai eu votre fils, il vient tout de suite. Il n'habite pas loin votre fils ? Ne vous inquiétez pas, il vient tout de suite.

*L'opératrice explique en aparté : « on peut relâcher l'appel ; cela ne coupe pas et la personne entend des bip, bip, et nous on peut traiter d'autres appels entre temps. Je garde la ligne comme ça je vais entendre quand le fils va arriver. Cela nous permet aussi de faire l'appel d'urgence plus rapidement, si on entend que ça ne va pas. »*

Le dispositif permet alors de combiner la proximité organisée et la proximité spatiale. Par exemple, quand il s'agit d'une chute, l'opérateur reste à l'écoute jusqu'à ce qu'il entende un intervenant du réseau de solidarité ou bien les secours arriver. Cela lui permet de rester en contact avec l'utilisateur, de lui parler, de lui dire que les intervenants arrivent.

### **1.3. L'adossement de la proximité organisée sur la proximité relationnelle : permettre la réaction aux situations imprévues**

La plupart des opérateurs s'investissent enfin dans des réseaux d'acteurs locaux. Nous distinguerons deux niveaux de proximité relationnelle. La proximité relationnelle au niveau territorial répond en particulier au besoin de coordination avec des acteurs associatifs ou publics locaux autour d'un territoire : les associations d'aide à domicile, les Centres

Communaux d'Action Sociale (à la mairie), les Clic, le Conseil général. Elle constitue un préalable et un complément au fonctionnement efficace de la coordination prescrite. De même, une connaissance réciproque avec les acteurs de l'urgence sur un territoire peut faciliter la mise en œuvre du service de téléassistance. Cette insertion dans le réseau des acteurs locaux permet notamment de résoudre des cas qui touchent aux limites du service : quand le réseau de solidarité est trop sollicité, quand il supporte difficilement les appels incessants, quand le maintien à domicile n'est plus possible et que la question se pose d'arrêter le service. Dans ces cas de figure, l'opérateur de téléassistance peut contacter un acteur local (Clic par exemple) pour en quelque sorte partager, voire déléguer la responsabilité qu'il ressent au regard de la personne âgée. L'acteur local pourra intervenir au niveau de la famille, faciliter un contact avec une assistante sociale, etc.

La proximité relationnelle se joue également à un niveau très micro, celui de la personne âgée elle-même. Dans ce cas, l'articulation avec le réseau social se crée autour de celle-ci. Comme l'explique un acteur (opérateur n° 4) : *« il s'agit surtout d'avoir des liens très étroits avec toutes les personnes qui gravitent autour de notre abonné (famille, services sociaux, services d'aide, médecins) »*.

Les opérateurs liés au service associatif développent également le couplage entre service de téléassistance et d'autres services de proximité (portage de repas, etc...). Cela peut être organisé ou se produire de manière fortuite, par exemple quand la personne chargée de l'installation de la téléassistance à domicile est également celle qui s'occupe des portages de repas. Les acteurs chargés de ces services de proximité peuvent d'ailleurs parfois être sollicités pour faire partie du réseau de solidarité (l'aide à domicile pourra accepter d'en faire partie, à titre individuel), voire être prescripteurs pour le service de téléassistance.

## ***2. Analyse des différents opérateurs selon l'articulation entre formes de proximité***

Il s'agit ici de voir en quoi l'opérateur est présent dans les différents types de proximité. Nous montrons que les différentes formes de proximité sont présentes chez l'opérateur, dont l'objectif est notamment de faciliter l'articulation entre ces formes de proximité.

Opérateur	Compétences distinctives	Spécificité de l'offre	Articulation entre formes de proximité
1	Puissance d'installation importante Veille technologique Soutien spécifique proposé aux usagers fragilisés	Analyse a posteriori des appels par un service de psychologues	<p><b>Proximité organisée</b> avec l'outil de téléassistance</p> <p><b>Proximité géographique</b> : la présence locale auprès des personnes âgées est déléguée aux acteurs publics (CCAS)</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau du territoire</b> : avec des acteurs comme le conseil général, les mairies, ... ; organisation de réunions avec des acteurs intervenant chez les personnes âgées</p>
2	Forte implantation locale  Fonctionnement avec un pôle central animant un réseau d'associations locales	Travail sur la convivialité : existence d'un plateau dédié aux appels de convivialité Envoi à la personne âgée d'une photo de l'installateur qui va venir faire l'installation Souci de créer du « lien » : journal de l'abonné ; cartes d'anniversaire	<p><b>Fort investissement en proximité organisée</b> : au-delà de l'outil de téléassistance, plateau dédié à la convivialité, journal de l'abonné</p> <p><b>Proximité géographique</b> : une fédération nationale qui chapeaute des associations locales couvrant le territoire national ; l'opérateur est implanté localement à travers ses associations locales</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau du territoire</b> : assurée par les associations locales ; implication dans l'organisation d'événements, en partenariat avec des acteurs locaux, auxquels sont invités les abonnés</p> <p><b>Proximité relationnelle autour de la personne âgée</b> : assurée par les conseillers salariés des associations locales</p>
3	Souci de « présence et d'humanité » ; Lien avec une grande fédération de services à la personne	Proposition du service au sein de bouquets de services proposés par les associations locales  Adaptations techniques possibles à des besoins spécifiques de personnes (paraplégiques)	<p><b>Proximité organisée</b> avec l'outil de téléassistance</p> <p><b>Proximité géographique</b> : implantation locale grâce aux chargés de développement et aux bénévoles des associations locales de services à la personne</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau du territoire</b> : assurée par les associations locales</p> <p><b>Proximité relationnelle autour de la personne âgée</b>, en lien avec les associations d'aide à domicile</p>

4	<p>Travail sur les liens de proximité</p> <p>Réflexion sur la solidarité</p> <p>Dimension psychologique de l'écoute</p>	<p>Petits gestes du quotidien de la proximité par les bénévoles : envoi d'une carte d'anniversaire, coups de téléphone réguliers pour savoir si tout va bien, prise en charge de personnes fragilisées (sortant de l'hôpital par exemple)</p> <p>Gestes financiers possible en termes de solidarité</p> <p>Positionnement sociétal : alerte des services sociaux sur une situation difficile</p> <p>Mise en avant de valeurs associatives</p>	<p><b>Proximité organisée</b> avec l'outil de téléassistance</p> <p><b>Proximité géographique :</b> présence de délégués régionaux, installation du dispositif et constitution du réseau de solidarité par l'opérateur., Pour les zones dans délégations régionales, recherche de coopération avec des associations locales</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau du territoire</b> à travers le délégué régional : partenariats avec des caisses de retraite, des prescripteurs de nature diverse,...</p> <p><b>Proximité relationnelle autour de la personne âgée :</b> appui sur les bénévoles "<i>avoir des liens très étroits avec toutes les personnes qui gravitent autour de notre abonné (famille, services sociaux, services d'aide, médecins)</i>".</p>
5	<p>Expertise dans l'animation de réseaux associatifs dans l'aide à domicile ; l'opérateur forme des conseillers présents dans les associations sélectionnées</p>	<p>Partenariat avec les associations locales</p> <p>Service de veille de nuit</p>	<p><b>Proximité organisée</b> avec l'outil de téléassistance</p> <p><b>Proximité géographique :</b> positionnement local (sur un département)</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau du territoire :</b> coopération avec les acteurs de l'aide à domicile sur son département</p> <p><b>Proximité relationnelle au niveau de la personne âgée :</b> Déléguée aux associations et à leurs conseillers abonnés</p>

Cette réflexion sur la téléassistance permet de montrer que le lien avec la personne âgée peut s'accommoder de différentes formes de gestion de la proximité. L'importance et le développement de la proximité relationnelle nous paraissent liés à la complexification de la figure de l'utilisateur : celle-ci est composée de la personne âgée et du contexte dans lequel elle évolue, à savoir les autres acteurs qui interviennent dans cette demande. De plus, cette figure de l'utilisateur se transforme au cours du temps et devient tout à la fois plus complexe et plus singulière.



### ***3. L'importance de la proximité relationnelle, une conséquence de la complexification de la figure de l'utilisateur***

Les besoins des personnes âgées dépassent ceux inscrits à l'origine dans le dispositif et conduisent à son évolution. L'installation du dispositif pour répondre à un cas de chute reste l'objectif principal. Toutefois, plus de 80 % des appels ont d'autres motifs : appels involontaires, besoin de convivialité, mais il apparaît surtout une nouvelle attente : la résolution des petits problèmes du quotidien (cf. partie 2 – Section 2). Les opératrices présentes sur les plateaux de téléassistance sont régulièrement amenées, même s'il ne s'agit pas d'une chute, à mobiliser le réseau de solidarité, ou à contacter une aide à domicile, une aide-soignante, voire à suivre « à la trace » l'abonné. Au côté de la proximité organisée, inscrite dans le dispositif, se trouve donc activée une proximité relationnelle, celle des intervenants qui gravitent autour de la personne âgée. Cette évolution se fait dans les deux sens car c'est aussi parce que les opérateurs acceptent de s'ouvrir à d'autres usages qu'ils ont besoin de s'adosser à cette proximité relationnelle.

#### Cas où l'opératrice suit le fil du déplacement de la personne âgée :

L'opératrice appelle l'intervenant : « est-ce que vous savez à tout hasard s'il est chez lui ? Car on a essayé de le joindre chez lui pour un essai de son bracelet, et le problème est qu'il ne décroche pas le téléphone, donc on se demandait s'il était chez lui. »

L'intervenant dit qu'il va souvent le soir chez une voisine, Mireille. Et donne le numéro de portable de Monsieur D. Le portable ne répond pas.

Mireille fait partie des intervenants. L'opératrice l'appelle.

« Bonjour Mme... Est-ce qu'il ne serait pas chez vous à tout hasard ? » Monsieur D est bien là, sa voisine le passe au téléphone.

En outre, au-delà de la personne âgée elle-même, on trouve d'autres « usagers » de la téléassistance, les acteurs publics territoriaux notamment, qui financent en partie le dispositif à travers des aides, et qui manifestent vis-à-vis de l'opérateur des exigences liées à leur responsabilité sociale (voir en partie 2 – Section 5).

#### **Des conséquences sur l'activité des opératrices**

Les opérateurs de téléassistance jouent un rôle de coordination des acteurs autour de la personne âgée. Ce rôle de coordination existe en cas d'urgence, avec le déclenchement de l'arrivée d'un professionnel de l'urgence. Il existe également en matière de vie quotidienne de la personne âgée, l'opérateur étant appelé pour résoudre des petits tracas de la vie

quotidienne. Dans ces deux configurations, le rôle des télé-opératrices dépasse la proximité organisée inscrite dans le dispositif. En effet, elles sont parfois obligées d'aller au-delà du réseau indiqué, ont un rôle d'activation à distance de ressources de proximité, en particulier relationnelles. Les télé-opératrices dépassent la coordination prescrite, inscrite dans le dispositif et mobilisent des ressources de coordination supplémentaire. Elles rendent ainsi plus performante la coordination prescrite en développant des connaissances aussi bien autour d'une personne âgée donnée (réseau social, intervenants, réseau de solidarité,...) qu'au niveau du territoire sur lequel elles doivent activer une ressource de proximité (« *sur tel département, ils sont comment au Samu ?* »).

Il apparaît parfois même que l'opératrice peut être amenée à contacter une chaîne d'acteurs qui ne font pas partie du réseau de solidarité : une aide, un voisin, indiqué par le premier correspondant. Avec cette chaîne d'acteur il n'y a pas a priori de coordination prescrite. Ce sont les proximités géographique et relationnelle entre ces acteurs qui permettent que la téléassistance puisse les solliciter. Cette proximité relationnelle peut s'organiser spontanément, ou être favorisée par les acteurs relais locaux de l'opérateur.

Le réseau de solidarité est essentiel dans le fonctionnement de la téléassistance. Mais il nous semble aussi que la « manière » de solliciter le réseau de proximité renvoie à une connaissance, une compréhension des contraintes et qualités de chacun qui dépasse les qualificatifs qui désignent les contacts sur la fiche (contact n°1, contact n°2). Ainsi l'opératrice va « protéger » le réseau de solidarité s'il s'agit d'un commerçant voisin qui a accepté suite à la demande de l'antenne locale de faire partie du réseau de solidarité d'une personne âgée isolée. Lorsque le réseau de solidarité est contacté, certes dans un grand nombre de cas on attend qu'il se déplace mais il faut souligner l'importance des informations de contexte qui peuvent être détenues par les opératrices car elles figurent sur la fiche abonné (celles qui peuvent être données de manière plus ou moins explicite par la personne âgée elle-même ou encore celles qui vont être apportées par le réseau de solidarité). Ces différentes informations correspondent souvent sur la page du logiciel à des encadrés différents qui peuvent être remplis par les opérateurs, et elles permettent d'accompagner l'intervenant du réseau de solidarité dans son analyse de la situation : le dossier médical est à tel endroit, la clé à tel endroit, telle personne de l'entourage passe à telle heure, etc...

## ***Conclusion***

Cette réflexion en termes de « modalités de proximité » nous permet de mettre l'accent sur l'importance du maillage qui se crée autour de la personne âgée et qui conditionne le bon fonctionnement de la téléassistance. Il existe ainsi au cœur du dispositif une proximité de nature organisée, inscrite dans le dispositif, qui a pour rôle de prescrire la coordination qui va se développer dans telle ou telle situation autour de la personne âgée. Mais il apparaît que d'autres formes de proximité permettent de soutenir le dispositif, en introduisant une certaine souplesse, une possibilité de réaction à des situations imprévues, et en permettant également d'élargir les usages du dispositif. La téléassistance joue alors un rôle d'activation de ces ressources de proximité (liées au réseau social ou à la proximité géographique) qui arrivent en soutien à la personne âgée à domicile. L'articulation entre ces différentes formes de proximité participe aussi comme nous le verrons dans la partie suivante à l'évolution des usages du dispositif.



## **Section 2 - Caractérisation des usages réels et dynamiques d'innovation par les usages**

Notre étude a cherché à mieux caractériser les usages de la téléassistance voire à identifier des dynamiques d'évolution. Une hypothèse sous-jacente est que ces évolutions résultent d'une dynamique d'adaptation offre-demande : à partir d'une première offre, les personnes âgées ont expérimenté ces dispositifs et les opérateurs ont cherché à s'adapter aux usages auxquels ils étaient confrontés. Nous nous appuyons pour proposer cette hypothèse sur les travaux ayant souligné le rôle de l'expérimentation auprès des utilisateurs dans les processus d'innovation notamment dans les services et sur la littérature en sociologie des usages. Ces derniers insistent sur la capacité d'improvisation des usagers et l'importance de ces adaptations dans l'appropriation et dans l'évolution des outils et des usages. Ainsi les usages réels, improvisés, peuvent être considérés comme des sources d'apprentissage pouvant conduire à adapter ou transformer le service.

Nous nous référons donc à une littérature en sociologie des usages et nous appuyons sur des résultats de ces travaux. Notre manière d'appréhender les usages est cependant assez spécifique. En effet, nous n'avons pas accompagné des utilisateurs pour comprendre comment ils avaient progressivement construit leurs usages. Nous nous sommes situés sur des plateaux téléphoniques et avons eu accès à un grand nombre d'abonnés à un moment donné. Si une telle méthode permet selon nous de construire une typologie d'usages, elle présente une limite qu'il faut mentionner : nous ne pouvons caractériser que les usages des acteurs qui sont abonnés et qui utilisent le dispositif technique.

Nous présenterons d'abord deux courants de littérature qui soulignent l'intérêt d'analyser les usages réels et le rôle des usagers dans leur construction, l'un par rapport aux dynamiques d'appropriation, l'autre par rapport à des processus d'innovation. Ensuite, nous présenterons une typologie d'usages que nous illustrerons à partir de nos observations.

# ***1. Quelques apports de la littérature***

## **1.1. Sociologie des usages**

La sociologie des usages s'est développée au début des années 80 avec le besoin d'étudier ce qui était alors de nouvelles technologies de la communication et leur diffusion avec notamment le minitel. D'abord centré sur des TIC à usage résidentiel, ce courant s'est ensuite développé en étudiant l'impact des réseaux et outils de communication dans l'entreprise. Ces travaux se sont d'abord intéressés à l'étude des « nouveaux » objets de communication (messagerie mobilité, couplage ordinateur téléphone). Au-delà, on peut citer une multitude d'objets (le Cdrom, le téléphone mobile, l'informatique en réseau, l'internet, le baladeur, le répondeur, le magnétoscope) dont les usages ont été minutieusement examinés.

La question qui anime ces chercheurs est celle de l'analyse de nouvelles pratiques de communication et notamment celles du grand public.

Par rapport aux sciences de la communication, ce courant opère un renversement de perspective dans la mesure où la question n'est plus ce que les médias font à l'utilisateur récepteur mais au contraire ce que les individus font des médias (la réception devient appréhendée comme une activité complexe).

Ce courant est constitué initialement de chercheurs en sociologie. Les référents sociologiques qui les ont inspirés dans la compréhension de ces nouveaux phénomènes sont issus de la littérature sur l'ébranlement des structures traditionnelles, la crise des institutions et l'effritement des idéologies qui s'accompagnent de pratiques sociales inédites (Silverstone et Hirsch, 1992). Il en découle toute la problématique de l'autonomie sociale.

Le courant part alors d'un certain nombre de postulats ou hypothèses : le rejet d'une perspective techniciste, l'affirmation d'un rôle actif de l'utilisateur dans le modelage des emplois de la technique. Si ce postulat peut surprendre aujourd'hui quand on observe la rapidité de la diffusion de l'Iphone, il faut le resituer au début des années 80 en soulignant les incertitudes quant aux réactions du corps social face à l'arrivée des nouveaux objets de communication.

Les premières recherches ont montré que les individus s'approprient ces outils à des fins d'émancipation personnelle ou à des fins de sociabilité (Charon, 1987). C'est l'exemple du minitel qui met en évidence le détournement des services utilitaires au profit d'usages de divertissement et de rencontres, alors que les promoteurs des systèmes télématiques avaient construit un modèle d'utilisateur qui se présente comme un usager rationnel. Ces travaux ont

fait le constat d'un décalage entre utilisation attendue et utilisation réelle. Ils ont retrouvé dans l'observation des usages des TIC des formes de « micro-résistances » à l'imposition de normes.

Ce faisant ces travaux réfutent le schéma causal du déterminisme technique selon lequel les usages découlent naturellement de l'offre des produits et services. La médiation technique cependant n'est pas neutre et la matérialité de l'objet infiltre les pratiques (Jouet, 1990 ; Ackrich, 1993). Il y a une double médiation de la technique et du social qui devient un cadre d'analyse des usages des TIC.

L'usage ne se réduit donc pas aux seules formes d'utilisation prescrites par la technique. Un axe majeur de ces travaux consiste alors à interroger la relation entre l'innovation technique et les transformations de la société et se penche sur la façon dont les TIC réarticulent les relations entre l'espace privé et l'espace public. L'usage est donc analysé comme un construit social selon les axes suivants : généalogie des usages, processus d'appropriation, élaboration du lien social, intégration des usages dans les rapports sociaux.

Nous rappellerons ici quelques résultats concernant la généalogie des usages et les processus d'appropriation.

Les recherches montrent qu'il n'existe pas d'usage sui generis et que l'adoption des TIC s'articule autour de techniques antérieures. L'apparition de nouvelles pratiques se greffe sur le passé, sur des routines, sur des survivances culturelles (Mallein, Toussaint, 1994). L'usage social s'élabore dans le temps car il se heurte aux résistances du corps social au poids des habitudes et de la tradition qui contrecarrent la diffusion rapide de l'innovation (Perriault 1989). Une filiation s'effectue entre l'emploi des anciens et des nouveaux outils de communication. Ce processus de composition avec l'objet technique et avec les pratiques antérieures peut alors se traduire par des rejets, abandon ou au contraire insertion dans les activités quotidiennes. La construction des usages passe aussi souvent par des phénomènes d'hybridation des moyens de communication, dans son interrelation avec les usages des autres machines à communiquer.

Un autre aspect souligné est l'importance des significations symboliques des objets de communication, porteurs de représentations et de valeurs suscitant l'adoption et la formation des premiers usages. L'usage n'est pas purement instrumental mais se greffent des

dimensions secondaires comme les valeurs de distinction sociale attachée à l'usage pionnier de nouveaux outils.

La construction de l'usage s'opère par étapes : le désenchantement de la technique, un rétrécissement des usages au regard des attentes initiales, des emplois frénétiques (phase d'exploration) puis le passage au statut d'objet ordinaire.

L'accélération à laquelle on assiste aujourd'hui est sans doute liée à l'acculturation progressive à la société de l'information. En outre certains objets trouvent rapidement des niches d'usages (ex. du tel mobile pour les jeunes).

L'appropriation est analysée dans sa dimension subjective et collective. L'utilisateur n'est plus un simple consommateur passif de produits et services mais il est acteur construisant ses usages selon ses sources d'intérêt. La polyvalence des TIC se prête davantage à des applications multiformes (ludiques, professionnelles, fonctionnelles).

La plasticité des usages n'apparaît cependant pas infinie. On repère des applications dominantes qui se conforment aux prescriptions d'usage. L'utilisateur fait-il preuve de stratégie d'autonomie ou de tactiques d'appropriation ? Ce qui paraît important ici c'est la signification subjective et sociale que revêt l'usage. Le sens accordé à la pratique se ressource dans le corps social (Jouet, 1993).

L'appropriation dans la construction de l'usage se fonde aussi sur des processus qui témoignent d'une mise en jeu de l'identité personnelle et de l'identité sociale de l'individu. L'appropriation procède alors d'une double affirmation : de la singularité et de l'appartenance qui relie au corps social.

Certains travaux insistent alors sur la dimension cognitive d'acquisition de savoirs, savoirs faire, habileté dans les processus d'appropriation. D'autres analysent l'impact de ces nouveaux dispositifs de communication sur les modes d'organisation et les identités professionnelles.

La sociologie des usages insiste donc sur la part d'improvisation qui existe toujours dans les utilisations des technologies de l'information et de la communication. Sans aller jusqu'à revendiquer un rôle actif des utilisateurs dans la conception de services qui y sont associés, elle souligne le caractère crucial de cette part d'improvisation dans l'appropriation.



## **1.2. Innovation de service – implication des utilisateurs – expérimentation**

Les travaux sur l'innovation dans les services sont peu nombreux (Lenfle et Midler, 2008). Cependant les auteurs qui ont étudié ces processus insistent sur l'importance de l'expérimentation auprès des utilisateurs ou plus largement de l'implication des utilisateurs dans le processus d'innovation. En effet, ils soulignent que la valeur du service dépend de l'expérience individuelle qu'en a son destinataire et qu'on peut donc considérer qu'elle est co-produite.

Si l'implication du client n'est pas une thématique nouvelle, il faut sans doute être plus précis sur ce qu'elle recouvre. Les modes d'implications les plus classiques se situent en aval des processus de développement de nouveaux produits/services et selon des modalités d'implication relativement passives. Juste avant la commercialisation ou immédiatement après, des enquêtes sont faites sur l'évaluation du service par les utilisateurs.

Au contraire, les travaux les plus récents (Magnusson 2003, Thomke 2005) mettent l'accent sur une tendance à impliquer des clients plus en amont, immédiatement une fois formulé le nouveau concept de service mais surtout, ils soulignent des modalités d'implication beaucoup plus actives. Cette tendance est également mise en avant dans les travaux sur l'innovation produit (Benghozi, Charue-Duboc et Midler, 2000). Ainsi, l'enjeu est d'observer des utilisateurs et leurs usages, de recueillir leur feed-back, de les faire participer à des brainstorming en vue de faire évoluer la conception d'un service bien en amont de sa commercialisation, voire de mettre à disposition des utilisateurs, des outils qui leur permettent de proposer des offres qui correspondraient mieux à leurs rêves (Von Hippel, 2005).

Ces derniers travaux sur l'innovation de service insistent donc sur l'intérêt pour les firmes de penser un rôle actif pour les futurs utilisateurs au cours du processus de conception et de s'appuyer sur des expérimentations en situation réelle, auprès d'utilisateurs réels, des nouveaux services (Thomke, 2005). Ces expérimentations sont source d'apprentissage pour les concepteurs comme pour les utilisateurs (Charue-Duboc 2007). En proposant un rôle actif à l'utilisateur dans la conception de nouveaux services et non uniquement passif dans la réception et l'évaluation d'un service préformaté indépendamment de lui, ces travaux rejoignent certaines analyses du courant de la sociologie des usages.

Cet éclairage bibliographique nous conduit à mettre l'accent sur la part de détournement et d'improvisation que l'on peut repérer, à partir de nos observations, par

rapport à un usage théorique normal ou prescrit de la téléassistance. En effet, ce type de pratiques nous paraît intéressant à double titre, d'une part, elles conduisent à mettre le doigt sur des dynamiques d'appropriation du dispositif, d'autre part elles permettent de repérer des dynamiques d'évolution possibles de ce service.

## ***2. Zoom sur les usages « construits » ou « réels » de la téléassistance***

Initialement, le dispositif de téléassistance a été conçu pour déclencher une intervention rapide chez une personne seule lorsque celle-ci est nécessaire pour limiter l'aggravation de son état de santé. L'exemple typique étant la chute avec blessure dont la personne âgée ne peut se relever seule et dont le non traitement rapide peut conduire à un évanouissement ou d'autres complications. L'usage normal est défini ainsi : la téléassistance permet de secourir une personne âgée qui a chuté et ne peut se relever.

A coté de l'usage « prescrit ou normal », l'observation sur un plateau et l'écoute des appels nous permet de caractériser un certain nombre d'usages réels de la téléassistance. Nous montrerons en quoi ils témoignent de ou favorisent des processus d'appropriation. A partir de ces usages réels, nous mettrons en évidence les adaptations qu'ils supposent chez l'opérateur pour être absorbés. Nous présenterons les types d'appels en commençant les plus proches de l'usage initialement prévu pour aller vers des usages plus innovants. Pour introduire chaque catégorie, nous présenterons des situations que nous avons observées et qui nous paraissent bien l'illustrer. A chaque fois nous chercherons à souligner les micro-improvisations.

### **2.1. Les appels nécessitant une intervention rapide à compétence médicale**

Un premier type d'usage correspond à une situation de fragilité ayant une cause médicale (une aggravation de l'état général perçue par la personne âgée, qui ne se sent pas bien). La personne âgée utilise son médaillon pour solliciter une aide. Cette situation, en ce qu'elle nécessite une intervention rapide pour prendre en charge des problèmes médicaux, est très proche de la « chute grave » que nous n'avons pas eu l'opportunité d'observer.

Cas de Mme X qui a le sentiment d'étouffer

Mme X a l'impression d'étouffer et déclenche un appel avec son dispositif de téléassistance. La conversation s'engage avec l'opératrice du plateau et d'un commun accord les deux interlocuteurs concluent à la nécessité de solliciter un avis médical. Le plateau de téléassistance appelle le Samu et demande une intervention au domicile de la personne qui a appelé en donnant les informations sur celle-ci. Le Samu arrive chez la personne âgée dans la demi-heure qui suit et décide de conduire la personne âgée à l'hôpital. Dans l'intervalle, le plateau de téléassistance a appelé une personne du réseau de solidarité, en l'occurrence le fils, pour lui faire part du problème médical et lui demander d'aller sur place pour être présent auprès de sa mère, lorsque le Samu arrive, voire d'accompagner la personne âgée à l'hôpital si telle est la décision du Samu.

Même dans cette situation très proche de l'usage normal, on notera une « adaptation » par la personne âgée du service, une improvisation dans l'usage.

D'abord, la personne âgée choisit d'utiliser son équipement de téléassistance pour solliciter de l'aide sans y être nécessairement totalement contrainte, elle pourrait se déplacer jusqu'à son téléphone contrairement à la situation de chute. De plus, il faut souligner que lorsque la personne âgée déclenche un appel et sollicite de l'aide, sa demande n'est pas complètement formulée. La personne âgée est souvent hésitante. La situation nécessite-t-elle une évaluation médicale ? Si oui, qui solliciter ? Faut-il contacter ses proches ? C'est dans l'interaction téléphonique que l'action à engager va se dessiner plus clairement. La personne âgée s'appuie sur la téléassistance pour définir cette action et pour contacter ses proches ce qui lui évite de le faire elle-même si elle se sent très faible. L'attente vis-à-vis de la téléopératrice est alors qu'elle entre dans cette interaction et aide la personne âgée à définir et engager les actions possibles et qui paraissent les plus pertinentes. Nous revenons en section 4 sur les différentes ressources mobilisées par l'opératrice pour décider du recours aux services d'urgence ou de solliciter un avis médical.

Dans le cas de Mme X, très rapidement elle indique d'elle-même sa préférence pour un avis médical. Cette formulation se fait en réponse à une question très ciblée de l'opératrice. Vu l'heure de l'appel, vers 22h, c'est le Samu qui va être contacté et préconisera une hospitalisation.

TA : Bonjour Mme c'est votre téléassistance est ce que tout va bien ??

PA : Non ça va pas j'étouffe

TA : Vous êtes dans votre lit ?

TA : Est-ce que votre porte est ouverte ?

TA : J'appelle votre fil ou un docteur ?

PA : Un docteur

TA : Ne vous inquiétez pas

Au contraire, dans le cas de Mme Y, c'est le correspondant qui est appelé. Là encore la décision est prise d'un commun accord entre l'opératrice et l'abonné, la personne âgée acquiesce à la proposition de la téléassistance.

TA : Mme Y c'est votre téléassistance vous m'entendez ? Qu'est ce qui ne va pas ?  
PA : Ca ne va pas  
TA : J'appelle votre nièce

Lorsque c'est le correspondant qui est appelé, apparaît un autre usage de la téléassistance qui met en scène **un autre utilisateur : le correspondant du réseau de proximité**. Pour cet acteur également, il existe un usage prescrit : informer la téléassistance qu'il s'est bien rendu sur place et qu'aucune autre intervention n'est nécessaire. Il apparaît là encore que la conversation qui s'engage entre le correspondant et la téléassistance doit permettre de clarifier une situation ambiguë et de décider d'un commun accord d'une action à engager. C'est bien dans l'interaction, dans la mise en commun entre des éléments d'information détenus par les parties en présence que les actions vont se décider.

Nous reprenons deux exemples qui illustrent ce type de situation dans laquelle face à une personne âgée qui semble fragilisée potentiellement pour des raisons médicales, le correspondant du réseau de proximité est appelé et se déplace. A son arrivée, une nouvelle interaction s'engage. Cette interaction nous paraît importante à souligner car nous l'avons repérée à de nombreuses reprises.

Dans le cas de Mme Y, la nièce rappelle

C : C'est Mme Y qui ne se sent pas bien, elle a déjà été hospitalisée  
TA : Est-ce que vous voulez que j'appelle le Samu ?  
C : Elle n'est pas capable d'expliquer le traitement qu'elle a eu à l'hôpital. Si on appelle le Samu, ils vont poser des questions sur son traitement. Je ne le connais pas je ne saurai pas répondre aux questions, je ne connais pas son traitement. Elle est vraiment fatiguée  
TA : Vous n'avez pas une ordonnance ? (l'opératrice a trouvé une petite note dans la fiche de Mme Y)  
TA : Le dossier médical est sur le buffet de la salle à manger  
TA : Vous l'avez trouvé ? J'appelle le Samu ?  
A l'issue de la conversation il est décidé d'un commun accord d'appeler le Samu. Il s'agit encore d'un appel en soirée vers 22h.

Dans le cas de Mme Z, la fille rappelle

C : Je suis la fille de Mme Z je suis sur place  
C : J'ai pris le diabète, 0,66. Je l'ai fait manger. On attend un peu pour voir si ça va mieux  
TA : Elle fait souvent ce genre de crise ?  
C : Normalement quand l'infirmière fait la piqure, elle doit manger juste après et là, elle ne l'a pas fait  
TA : Vous me tenez au courant  
C : Si elle part à l'hôpital je vous appelle  
TA : Vous me rappelez dans une petite heure pour dire si elle va mieux

Nouvel appel de la fille de Mme Z

C : Je vous rappelle pour vous tenir au courant. Son taux de diabète a remonté

TA : Ca va mieux ?

TA : Je vous remercie beaucoup de nous avoir tenu au courant

Au contraire dans le cas de Mme Z, la décision sera prise de ne pas appeler le Samu au final.

Nous mettons l'accent également sur ces interactions entre la téléassistance et la famille dans la décision de solliciter un avis médical et dans le choix du recours aux urgences dans la section qui traite de l'articulation au médical (Partie 2-Section 4).

## 2.2. Les chutes nécessitant une intervention du réseau de solidarité

Un deuxième type d'usage est la chute bénigne qui nécessite cependant une aide pour relever la personne âgée. La personne âgée est dans l'impossibilité physique d'atteindre un téléphone. Là aussi, c'est un usage « normal » qui conduit à solliciter le réseau de solidarité. Cette situation est relativement fréquente.

Mme X est tombée par terre. Mme X appelle, elle est par terre et n'arrive pas à se relever. La télé-opératrice appelle le 1<sup>er</sup> correspondant du réseau de solidarité, il a les clés et se rend sur place. Il trouve la personne âgée, elle a glissé près de son lit après avoir cherché à ouvrir la fenêtre. Il va la relever à l'aide d'un voisin. Il rappelle la téléassistance pour signaler que l'incident est résolu.

A côté de cette situation « épurée », nous voudrions mettre en lumière, différentes conversations téléphoniques qui passent par le dispositif de téléassistance et n'apparaissent pas lorsqu'on rend compte de manière fonctionnelle du traitement de cette chute.

Certaines personnes âgées ont appelé à plusieurs reprises parce que l'attente de la personne du réseau de proximité paraissait longue, parce que le fait d'être immobilisé à terre est difficile à supporter. Il s'agit d'interactions téléphoniques qui contribuent non à déclencher une intervention mais à rassurer la personne âgée. Et c'est un usage qui paraît important et auquel les opératrices essayent de répondre.

Un autre appel est celui du correspondant du réseau de solidarité qui rencontre des difficultés à trouver la personne âgée qui est tombée dans le jardin, ou ne comprend pas pourquoi le Samu a été appelé dans l'intervalle. Ces appels conduisent à mettre l'accent de nouveau sur **ce second « utilisateur » de la téléassistance : le réseau de solidarité**. En effet,

la communication entre téléassistance et réseau de solidarité ne se limite pas à une demande d'intervention et un compte rendu. L'opérateur de téléassistance peut devenir un interlocuteur que le réseau de solidarité sollicite à son tour une fois qu'il s'est rendu chez la personne âgée.

### **2.3. La demande d'aide pour les besoins du quotidien**

A côté de ces deux situations clairement au cœur de l'offre de téléassistance, on repère des usages de la téléassistance plus larges qualifiés de « demande d'aide » dans les motifs renseignés par l'opérateur. En voici quelques exemples.

Une personne appelle parce qu'elle ne sait pas utiliser son fauteuil roulant, une autre parce qu'elle ne peut rattraper son chapeau, une troisième parce que l'auxiliaire de vie a oublié d'éteindre la lumière en partant le soir, une quatrième parce qu'il y a une coupure de courant. Dans ces exemples, il n'y a pas de chute, il n'y a pas de problème médical et pourtant la personne âgée utilise son dispositif de téléassistance et demande de l'aide. Les opératrices répondent à ces appels en sollicitant le réseau de solidarité qui lui-même se déplace chez la personne âgée ou donne des éléments d'information complémentaires qui vont permettre à la télé-opératrice de rappeler la personne âgée pour la rassurer ou lui donner des explications.

Il s'agit là d'une extension des usages de la téléassistance à l'initiative de la personne âgée. Nous qualifierons ces demandes de besoin du quotidien. La personne âgée qui a fait tomber son chapeau est quasiment aveugle et ne peut le retrouver elle-même. Celle pour qui la lumière est restée allumée est couchée et ne peut se lever seule. Dans le cas de la coupure d'électricité, il s'agit d'une coupure générale et il n'y a finalement pas d'action sur le compteur électrique à faire. Dans le cas du fauteuil roulant, la personne vient d'en changer.

On notera que l'opérateur répond à cet usage en donnant suite à l'appel et en contactant le réseau de solidarité. Ce faisant l'usage « normal » de la téléassistance se trouve redéfini, l'opérateur se donne pour mission de donner suite à toute demande d'aide qui lui est adressée par un de ses abonnés. Deux modes d'action sont accessibles : soit déclencher les secours, soit demander au réseau de proximité d'intervenir. Dans les quatre exemples, il est frappant de noter que le réseau de proximité accepte également cet usage redéfini puisque les correspondants vont se déplacer pour ramasser le chapeau, éteindre la lumière et réexpliquer le fonctionnement du fauteuil.

Ces deux modes d'action constituent d'ailleurs les limitations des interventions possibles. Ainsi un abonné, suite à la panne d'électricité générale a appelé à plusieurs reprises la téléassistance pour que l'opératrice se renseigne auprès d'EDF sur la durée de la panne. Ici

les opératrices ont répondu qu'elles ne pouvaient rien faire n'ayant pas la possibilité d'appeler sur les numéros d'urgence d'EDF qui ne sont accessibles que localement.

Il semble aujourd'hui que ces sollicitations pour les besoins du quotidien sont en nombre suffisamment limité pour pouvoir être traitées par les plateaux et qu'elles sont le fait de personnes dont les réseaux de solidarité acceptent de les prendre en compte. Du moins, c'est ce que nous avons pu observer.

Dans ces demandes d'aides, il apparaît que d'autres acteurs peuvent être enrôlés que ceux uniquement du réseau de proximité. Ainsi, dans le cas du chapeau le correspondant qui est joint ne peut se déplacer rapidement mais indique les coordonnées de son mari qui pourra rendre ce service et de fait, l'opératrice contacte l'époux qui se déplace et rend le service. Dans le cas de la personne au fauteuil roulant, la téléassistance cherche à joindre l'aide ménagère à l'horaire auquel elle doit se trouver chez la personne âgée (c'est une information indiquée sur la fiche).

## 2.4. Les appels involontaires

Un quatrième type d'appel est l'**appel involontaire**. C'est un type extrêmement fréquent puisqu'il représente plus d'un tiers des appels. C'est clairement un appel non prévu initialement dans l'usage normal. On peut s'étonner qu'il soit aussi important et s'interroger sur la sensibilité de l'appareil qui déclenche. Il faut cependant noter que chez certaines personnes l'appel involontaire est assez fréquent, alors que chez d'autres, il ne l'est absolument pas. On peut également noter un plus grand nombre d'appels involontaires au moment d'aller se coucher par exemple.

Notre observation nous amène à considérer que c'est un type d'appel essentiel dans l'appropriation du dispositif. C'est pourquoi, il ne nous paraît pas pertinent de le réduire, au contraire. C'est d'ailleurs la stratégie des opérateurs que nous avons étudiés. Ce type d'appels recouvre un ensemble de situations variées. Il peut parfois signaler un besoin de communiquer, mais il nous paraît difficile de le déceler systématiquement et de qualifier plus finement le motif d'appel. En effet, c'est un appel qui se présente comme un appel d'urgence et qui est aussi une occasion de familiarisation avec le service.

## Une occasion d'appropriation du dispositif

Quel qu'en soit le motif réel, l'appel involontaire est une utilisation de la téléassistance, une occasion de contact entre la téléassistance et la personne âgée. En cela, ce type d'appel permet de familiariser la personne âgée avec l'ustensile et la réponse qu'elle va avoir.

Un risque est que la personne âgée décide de retirer le médaillon car il déclenche trop d'appels involontaires. L'objectif n'est pas de la mettre en cause, de lui imputer une erreur de manipulation. Cela d'autant plus que certaines personnes âgées affirment qu'elles n'ont pas touché au médaillon. La réponse ne doit pas être « inquisitrice » en essayant de comprendre le pourquoi de l'appel ou critique en soulignant qu'il faudrait éviter ces appels involontaires. Au contraire, l'échange doit conduire la personne à prendre confiance dans l'ustensile. Lorsque l'appel involontaire est diagnostiqué les propos de la téléassistance sont toujours réconfortants. « Ce n'est pas grave, on est là pour ça, vous avez essayé votre médaillon. »

Les trois dialogues ci-dessous sont des exemples d'interactions suite à un appel involontaire.

TA : Bonjour Mr X c'est la téléassistance, vous avez déclenché un appel PA : C'est bizarre, ma voisine est venue. J'ai du y toucher TA : C'est certainement par erreur. Ce n'est pas grave PA : Ca m'étonne
--

TA : Mme Y tout va bien ? PA : Ah j'ai du appuyer par erreur TA : Ce n'est pas grave PA : J'ai ma petite fille, Excusez moi TA : Au revoir et bonne journée
---

TA : « Allo, Mme X, ici votre téléassistance, vous venez d'appeler... PA : Ah c'est trop sensible, je vais me débarrasser de ce truc là !
--

Ces appels, qui sont en nombre important, restent alors sur un registre particulièrement courtois et positif. La personne âgée s'excuse le plus souvent d'avoir dérangé, racontant un peu le contexte dans lequel le geste malencontreux a été réalisé. L'opératrice de téléassistance après un échange cadré par des questions très ciblées cherche à rassurer la personne âgée et réaffirme son rôle en rappelant qu'il ne faut surtout pas hésiter à utiliser le dispositif et que la téléassistance a justement pour rôle d'être présente et de répondre aux appels.

Nous considérons alors que l'appel involontaire est un mode d'appropriation de la téléassistance et c'est bien comme ça que les opérateurs l'ont intégré.



Les opérateurs se saisissent de ces appels comme des opportunités pour rappeler des « consignes » : « n'hésitez pas à nous appeler si vous avez besoin d'aide », « ça fait un essai vous pourrez faire le prochain dans un mois », « n'oubliez pas de nous signaler tout changement, absence, déménagement d'un contact... ». Certaines opératrices peuvent saisir l'opportunité pour vérifier que les informations sur les correspondants sont à jour. C'est alors l'opérateur de téléassistance lui-même qui devient usager de cet appel en détournant le motif initial de l'appel vers un essai ou un appel technique de mise à jour.

Exemple d'une utilisation par la téléassistance de l'appel involontaire

TA: Mme X vous m'entendez ?

TA : Mme X est-ce que tout va bien ?

TA : Je vous rappelle

TA Au téléphone : C'est votre téléassistance, vous avez déclenché un appel avec votre médaillon

PA : Non !

PA : Au fait, Mme Y a déménagé, elle est très loin, Mme Z ne veut plus, elle a eu un accident, elle dit qu'elle ne peut plus descendre

TA : Il n'y a plus que votre nièce ?

TA : J'ai la voisine qui est « nourrice », elle veut bien, mais son mari ne veut pas, je suis embêtée, je ne vois pas, je me sens gênée avec vous

TA : Il faudra nous donner le digicode

TA : Avez-vous une aide à domicile ?

PA : Oui

TA : Il faudra lui demander

L'appel involontaire peut alors être considéré non comme parasite mais comme source de performance du système.

### **Un appel qui se présente comme un appel d'urgence**

Une seconde caractéristique de l'appel involontaire est de se présenter de manière totalement similaire à l'appel d'urgence. L'objectif premier de l'opératrice est alors de savoir s'il s'agit d'une urgence.

Une difficulté est que souvent la personne ne répond pas ; comment interpréter l'absence de réponse, le silence ... En effet la personne peut avoir cogné son médaillon mais être loin de la base et donc ne pas répondre à l'opératrice qui cherche à entrer en conversation avec elle. N'étant pas consciente d'avoir déclenché un appel, elle peut être intriguée par une voie intrusive et répondre après un long temps de silence « qui êtes vous ? Qui parle ? ». La démarche systématiquement mise en œuvre est le contre-appel téléphonique. Si la personne est valide, elle entendra plus facilement le téléphone et se déplacera pour y répondre le plus souvent.

Une deuxième difficulté est que, souvent chez la personne âgée, la demande d'aide ne vient pas spontanément. D'après les opératrices, 1 fois sur 10 la personne âgée qui dit « tout va bien » est en fait tombée mais ne s'est pas fait mal. Dans le dialogue qui s'instaure, les opératrices cherchent à s'assurer qu'il n'y a pas une situation qui nécessiterait l'intervention. Elles mettent un grand soin à vérifier que la réponse de la personne âgée ne masque pas une situation nécessitant une aide. Elles vont donc poser plusieurs fois la même question et enchaîner des questions proches : « Vous allez bien ? Vous n'avez pas besoin d'aide ? Vous voulez que j'appelle votre XX (correspondant n°1) ? ». Lors d'une réponse un peu ambiguë de la personne âgée, par exemple : « Ça va comme on peut », la préoccupation qui domine est de ne pas passer à côté d'une situation qui nécessiterait une intervention.

### **Un besoin de communiquer masqué**

Parmi certains de ces appels, on peut déceler un besoin de communication qui ne s'avoue pas complètement ou un **besoin d'être rassuré**. Des réponses comme « ça va comme ça peut », « on espère que ça va aller aujourd'hui » semblent appeler une réponse reconfortante. L'horaire et la régularité des appels chez certains abonnés peuvent également laisser penser que la personne âgée cherche à être rassurée, ou apprécie d'entendre « bonne nuit » ou « bonne journée » à ce moment là. La personne âgée fait comme s'il s'agissait d'un appel involontaire et n'a pas vraiment à s'en justifier mais entend une voix qui cherche à être reconfortante, une personne qui demande si ça va bien et lui souhaite une bonne journée.

Il faut souligner cependant que la conversation reste courte, très cadrée par des questions qui visent à vérifier qu'il n'y a pas d'urgence. La porte n'est jamais ouverte pour engager plus avant une conversation. La réponse que les personnes âgées trouvent n'est pas sur le registre d'une conversation ouverte et les personnes qui utilisent fréquemment la téléassistance le savent. Le médaillon et la réponse en interphonie ne sont pas non plus un dispositif technique qui se prête à une conversation plus intime et personnelle. Celle-ci ne pourrait s'engager que sur un contre-appel avec la ligne téléphonique.

Il nous semble enfin difficile d'assimiler l'ensemble des appels « involontaires » à un besoin de communiquer. En effet, très souvent, la personne âgée explique clairement ce qui s'est passé afin de s'excuser : « J'ai mes petits enfants, ils ont joué avec la boîte », « c'est la femme de ménage qui a déclenché en faisant la poussière » « c'est le maçon... ».

Si certains de ces appels peuvent effectivement masquer un besoin de communication, il nous semble que c'est une petite partie d'entre eux et que la réponse ne sera pas

nécessairement en phase avec un tel usage. Si ce besoin existe, notre méthodologie ne nous a pas permis de l'étudier plus en détail. La durée de nos observations par rapport à la fréquence de ces situations l'explique.

Les réponses spécifiques mises en place par certains opérateurs que nous avons mentionnées dans notre analyse (plateau d'appel de convivialité, soutien psychologique, ou même relai au coordinateur local) soulignent qu'il est difficile de répondre à ce besoin au niveau de la plateforme qui traite les appels d'urgence. Tout au plus, ces appels peuvent permettre de repérer, déceler, avoir une vigilance et être plus à l'écoute de certains abonnés. Il s'agit alors là plus d'un usage des acteurs publics ou des antennes locales des opérateurs qui renvoie à la problématique de la responsabilité sociale que nous développerons en section 5 à la fin de cette partie.

Enfin, la double priorité des opérateurs de déceler s'il y a urgence et de favoriser l'appropriation du dispositif oriente les conversations. Cela rend difficile une distinction claire entre besoin de réassurance, de vérification, erreur de manipulation, besoin de communiquer.

Les appels involontaires conduisent à mettre le doigt sur un usage de la téléassistance construit par les personnes âgées qui renvoie à un besoin d'être rassuré. Les opérateurs se sont adaptés pour y répondre en considérant cette catégorie d'appels comme un mode d'appropriation du dispositif. On a là une double adaptation par l'utilisateur et par l'opérateur.

## **2.5. Signaler une absence prévue ou la résiliation du contrat**

Un autre usage que nous avons pu observer est le signalement d'une absence prévue ou la résiliation de l'abonnement. On notera que c'est soit l'abonné lui-même qui signale son absence pour un week-end ou des congés (une observation ayant été faite juste avant le 14 juillet nous avons entendu plusieurs appels de ce type) soit une personne de la famille ou de l'entourage présente chez l'abonné qui signale l'absence en utilisant le dispositif d'appel d'urgence. Là encore le téléphone aurait pu être utilisé, mais l'usage du médaillon semble permettre une mise en contact plus simple et efficace avec la téléassistance et c'est ce qui est utilisé. Là encore il nous semble qu'un tel usage témoigne d'un phénomène d'appropriation et de passage au statut d'objet ordinaire du médaillon.

Dans nos discussions avec les opératrices, elles ont mentionné que ce signalement des absences n'est encore ni systématique ni une habitude. Or, chez certains opérateurs, si l'abonné coupe le courant, la téléassistance ne peut plus fonctionner et c'est signalé comme défaut à l'opérateur qui ne réussit pas à joindre la personne pour remettre en service le

dispositif ou vérifier son fonctionnement. Si le dispositif de téléassistance se déclenche en l'absence de l'abonné cela peut conduire à une intervention non justifiée. L'opérateur de téléassistance cherche donc à minimiser ces problèmes et incite les abonnés à signaler leurs absences et ils commencent à le faire.

## **2.6. Le non usage**

Nous avons jusqu'à présent insisté sur des usages du médaillon par la personne âgée ou d'autres acteurs. Une catégorie d'usage qu'il faut mentionner est le non usage. Il a très souvent été mentionné par nos interlocuteurs dans les entretiens, il ne s'observe pas facilement. Il est même difficile de l'appréhender quantitativement car quelqu'un qui n'a pas de problème fait un usage normal en n'utilisant pas le dispositif et il est difficile de le distinguer de la personne qui a rangé le médaillon dans un placard.

Une action des opérateurs par rapport au non-usage est de demander aux abonnés de tester régulièrement leur dispositif en émettant un appel chaque mois ou chaque semaine, suivant les opérateurs et les situations particulières des abonnés. Il s'agit a priori d'un appel technique pour vérifier le bon fonctionnement. Mais, de la même manière que l'appel involontaire, c'est un mode d'appropriation du dispositif qui va au-delà de la visée initiale technique. Mais ici, c'est l'opérateur qui est à l'origine de l'incitation à l'appel. On a là encore un usage en dehors de toute demande d'aide. C'est un usage qui sert autant à la personne âgée, qui s'assure que son dispositif fonctionne bien et entretient un contact régulier avec les opératrices, qu'à l'opérateur de téléassistance qui s'engage sur le bon fonctionnement de son dispositif et d'ailleurs fait un grand nombre de tests automatiques très régulièrement pour le vérifier.

De plus, dans une seconde étape, il est possible pour l'opérateur de se mettre en contact avec les abonnés qui ne font pas les tests, c'est ce que font certains. D'autres prennent l'initiative systématiquement pour entretenir le contact avec la personne âgée. Il nous semble que systématiser ces tests constitue également une dynamique d'appropriation qui est plus imposée ou suggérée par la téléassistance que ne l'est l'appel involontaire. On retrouve la thématique en sociologie des usages que l'usage fréquent confère à l'outil de communication le statut d'outil ordinaire.

Une autre démarche par rapport au non-usage et par rapport à cette appropriation renvoie à la constitution de communautés. Dans le cas de la téléassistance, il est difficile de repérer des phénomènes communautaires associant des outils des usages et des communautés,

comme dans la musique en ligne. L'initiative de Présence Verte d'éditer un journal nous semble cependant s'inscrire dans une logique de construction d'une communauté et d'une image positive autour de cette communauté de personnes âgées. Cette démarche constitue une autre approche par rapport à la question du non-usage qui est à souligner.

## *Conclusion*

Cette analyse des usages réalisée à partir de l'activité des opératrices de téléassistance permet d'appréhender la façon dont l'opérateur et l'ensemble des abonnés co-produisent les usages et les font évoluer. Elle permet ainsi d'appréhender la variété de ces usages par rapport à l'usage prévu initialement et le rôle joué par les opérateurs pour favoriser l'appropriation du médaillon.

Une autre approche proposée par la sociologie des usages serait de s'intéresser à l'usage du point de vue de l'abonné en considérant alors le sens qu'il donne à l'usage qu'il fait de la téléassistance et le temps long de l'appropriation. Nous l'avons réalisé dans le cadre de cette recherche pour une personne âgée :

Mme X, 91 ans, veuve, vivant seule depuis plus de 20 ans dans une ville moyenne. Pas de famille à proximité. Une chute entraînant une fracture du col du fémur l'a fragilisée. Sur les conseils de sa petite fille, elle se décide au bout de 2 ans à prendre un abonnement à la TA. Elle se renseigne auprès d'une amie déjà abonnée, et se rend à l'antenne locale d'un opérateur. Elle contacte des voisins pour construire son réseau de proximité. Au début, elle évoque un malaise : « ça me fait un coup de porter ça, j'ai l'impression d'être vieille, ça m'a mis un coup au moral ! ». Puis, elle s'habitue à son médaillon « je le mets tous les matins quand je m'habille », et apprécie finalement cette présence « les opératrices (qui réalisent des appels sortants) sont toujours très aimables ». Après plusieurs mois, elle présente systématiquement son médaillon aux proches qui lui rendent visite et qui se préoccupent de sa situation. Elle utilise alors la téléassistance pour prouver qu'elle se prend en charge, qu'elle est autonome puisqu'elle a pris cet abonnement de son propre chef, et qu'elle porte bien son médaillon.

Ce type d'approche pourrait compléter notre analyse des usages car il permet d'identifier l'évolution du besoin des personnes âgées tout au long du processus d'appropriation. Il permettrait également d'identifier les différences d'usage selon les modalités de préconisation : quels acteurs ? pour quelle raison ? etc.

Cependant, ce type d'analyse longitudinale mobilise une méthodologie exigeante en termes de ressources car il s'agit de suivre de nombreuses personnes âgées sur un temps long, ce qui peut expliquer leur rareté.



## **Section 3 - Les métiers et activités de la téléassistance**

Après avoir évoqué les usages de la téléassistance, nous présenterons plus particulièrement l'activité des opératrices qui s'avèrent être un acteur clé du dispositif.

Poser le regard sur ces professionnels nous semble d'autant plus important qu'ils participent largement à, non seulement construire les usages de la téléassistance dans l'interaction avec l'abonné, mais aussi à les définir. En effet, en France une des évolutions de ce dispositif est caractérisée par le fait que ce sont de moins en moins les professionnels de l'urgence (Samu, Pompiers) qui reçoivent ces appels, mais des opérateurs dédiés. Nous proposons ici de présenter ce qui caractérise ce métier ainsi que les compétences mises en œuvre pour réaliser le service, définir les usages et les faire évoluer. Nous insisterons d'abord sur les compétences individuelles que les opératrices sont amenées à mettre en œuvre et les formations dont elles bénéficient, nous chercherons à caractériser ce qui contribue à l'identité de ce métier avant de souligner la composante collective de la compétence au niveau du plateau. Enfin, nous montrerons comment ces compétences sont mises en œuvre en distinguant cinq activités dans le travail des opératrices.

### ***1. Opératrice de téléassistance : un métier ?***

Les télé-opérateurs font partie de ces nouveaux métiers liés à l'émergence d'un service permis par les Tics, et dont l'exercice repose de plus en plus sur la composante « non matérielle » de la qualification professionnelle : l'abstraction, la réactivité face aux événements, la capacité d'effectuer des diagnostics et de gérer les incertitudes, l'aptitude à communiquer par l'intermédiaire de la technologie (Vendramin, 2004).

Paradoxalement, c'est également dans ce contexte, que la notion de métier disparaît au profit de celle de compétence, qui loin d'être un simple glissement sémantique est aussi un autre regard sur la façon, non seulement d'évaluer les aptitudes et les connaissances nécessaires à réaliser un travail, mais également de les considérer.

Si nous employons malgré tout le terme de métier, c'est parce que cette notion de compétence, en opérant un recentrage sur l'individu, tend à occulter la dimension collective de production et de transmission des savoir-faire (Osty, 2003 ; Durand, 2003 ; Ughetto, 2007).

En effet, les différentes observations réalisées sur les plateformes nous conduisent à considérer l'importance des échanges informels et mutuels sur le travail en cours, qui sont l'occasion d'affiner les savoir-faire des uns et des autres. De plus, il faut prendre en considération le temps long de cet apprentissage individuel et collectif. Comme l'évoque un responsable : *« ce n'est jamais un métier qui est acquis, l'expertise est permanente, plus on a d'ancienneté, plus on est armé, cela ne peut pas faire l'objet d'une procédure, l'expérience s'acquiert sur les cas »* (Responsable TA).

Enfin, il est à noter le rôle des syndicats comme la CGT Fapt, le SMT (Syndicat du marketing téléphonique) qui participent à la protection de ce nouveau métier de télé-opérateur.

Quant à la notion de profession, si l'on s'en tient à la définition américaine de la sociologie des professions, elle émerge lorsqu'un certain nombre de personnes commence à pratiquer une technique définie fondée à partir d'une formation spécialisée (Dubar, Tripier, 1998). On retrouve dans d'autres approches, cette association entre diplôme et profession, qui n'existe pas pour les télé-opérateurs, et encore moins pour la téléassistance.

## ***2. La formation et les compétences des télé-opérateurs***

Il n'y a donc pas de diplôme ou de formation dédiée au métier de télé-opérateur. Néanmoins ceux-ci reçoivent une formation. Nous proposons de présenter leurs modalités ainsi que les compétences attendues pour réaliser ce service de téléassistance dédié aux personnes âgées.

### **2.1. Une formation « sur le tas »**

A ce jour, télé-opérateur est un métier qui s'apprend sur « le tas ». Selon les centrales de téléassistance, le temps d'acquérir les compétences opérationnelles varient entre 3 semaines et 2 mois : *« on explique le logiciel, on met en double écoute avec la personne la plus expérimentée. Puis quand la personne se sent prête, on inverse, l'opératrice expérimentée donne des conseils »*

Mais l'expérience reste un moyen d'apprentissage important car comme l'évoque un responsable *« une opératrice ne connaîtra bien son travail qu'au bout de six mois »*.

Néanmoins, les opérateurs sont de plus en plus soumis aux exigences de certification. A cet égard, ils mettent en place des procédures de réponse aux appels qui opèrent comme des



guides pour les nouveaux arrivants. La démarche certification ISO 9001/2000 mise en œuvre chez un opérateur s'est traduite, entre autre, par la conception de sept « Fiches procédures » pour sept types d'appel identifiés, qui servent d'appui aux opératrices débutantes.

## **2.2. Des formations ponctuelles**

Au titre du droit à la formation professionnelle des salariés, ceux-ci bénéficient de journées de formation étalées sur l'année. Dans une centrale, les télé-opérateurs ont pu suivre un programme de formation de 3 jours dans le cadre du FMAD (Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile). Les objectifs étaient :

- d'acquérir les connaissances de base relatives au vieillissement normal et pathologique ;
- de mesurer les effets du vieillissement dans le cadre d'une intervention en téléphonie sociale ;
- de sensibiliser les stagiaires aux missions et complémentarités des structures du champ gérontologique ;
- d'identifier la nature réelle d'un appel : urgence, malaise, convivialité, service.

D'autres opérateurs mettent en place des formations ponctuelles où, des appels enregistrés deviennent l'objet d'échanges dans le but d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques.

D'autres formations vont aborder plus particulièrement une des pathologies liées au vieillissement comme la maladie de Parkinson et les comportements à avoir avec des personnes atteintes de cette maladie, comme celui qui consiste à poser toujours la même question, par exemple.

## **2.3. Des compétences d'expression**

Les recruteurs évoquent néanmoins des « dispositions » pour effectuer ce travail, comme celles d'être « à l'aise avec les personnes âgées », c'est pourquoi il y a souvent parmi les salariées, des personnes ayant déjà travaillé en maison de retraite.

Car il faut savoir évaluer la « fragilité » d'une personne âgée et s'adresser à elle en conséquence : *« on voit bien si la personne comprend ce qu'on lui dit ou pas, si on est obligé lui répéter, si on lui dit d'appuyer sur la télécommande et qu'on la voit un peu perdue, on voit que c'est une personne qui est plus fragile que quelqu'un... »* (une opératrice).

Des dispositions à s'exprimer oralement sont souvent mises en avant : « *si elles sont trop jeunes, elles répondent comme si c'était une copine* » (Un responsable).

Le ton de la voix, le rythme pour parler sont importants : « *Il faut toujours être aimable, c'est difficile en fin de journée, ou quand le réseau ne veut pas se déplacer, ou encore les services d'urgence qui sont durs, qui nous traitent de nuls, mais ça reste rare, on a pas trop de souci* » (Une télé-opératrice).

De plus, les opératrices doivent s'exprimer avec assurance pour déclencher l'action. Une certaine autorité s'avère parfois même nécessaire pour faire déplacer les correspondants.

Il est également exigé de savoir rédiger et de maîtriser différents niveaux d'écriture. En effet, plusieurs types d'écrits sont nécessaires :

- Quand l'intervention est en cours, c'est un message bref « entre nous ». On y trouve de nombreuses abréviations comme par exemple :

- Essai demandé ok
- Dmd d'aide Samu gère
- BC (pb fauteuil), c2 voit avec c1
- Essai med c1 envoi c2

- Quand l'intervention est finie, il s'agit d'un rapport rédigé par l'opératrice qui a eu le premier appel (importance de l'auteur), avec les heures précises indiquées. Dans le cas de l'exemple décrit pour illustrer l'usage de la téléassistance correspondant à un appel exigeant une intervention d'ordre médical, l'opératrice a été amenée à rédiger le rapport suivant :

22h04 : Mme me dit qu'elle étouffe  
22h05 : Je contacte le Samu qui gère  
22h08 : Je contacte son fils, Eric, qui se déplace également  
22h20 : Le Samu est sur place, mais le fils n'est pas encore arrivé  
22h50 : Le Samu rappelle par tél pour nous informer du transport de Mme à l'hôpital de Y  
22h55 : Je rappelle le fils pour lui indiquer l'hospitalisation de Mme

- Il faut également mettre à jour le dossier de l'abonné et particulièrement les informations sur son état de santé. Il faut donc être en mesure de bien renseigner la rubrique avec les termes appropriés car cela va jouer sur le diagnostic des opératrices.

- Il y a également des rapports de synthèse qui sont transmis systématiquement aux donneurs d'ordre : selon les départements, ils peuvent être mensuels, plus fréquents ou au contraire trimestriels ou bi-annuels. Mais ils sont le plus souvent rédigés par un responsable.

Cette maîtrise de l'écrit, conduit de plus en plus à recruter des opératrices avec un minimum « Bac+2 ».

## **2.4. Des compétences d'abstraction**

Les nouveaux métiers qui mobilisent largement les Tics dans leurs pratiques de travail ne sont pas en prise directe avec la réalité et font appel à des capacités d'abstraction pour se la représenter et agir en conséquence.

Nous avons pu observer le travail des opératrices en étant en situation de « double-écoute ». Cette expérience permet de réaliser l'importance de l'imaginaire dans ce travail sans image, où seule la voix guide l'action. A chaque appel, en fonction de la voix, des bruits environnants (télé, bruits de couverts, etc.), des informations données sur l'état de santé et sur l'habitation ainsi que la ville, présentes sur la fiche, il s'agit de construire, à partir de nos expériences, nos propres images sur lesquelles viennent se placer ces voix, que ce soit celles des personnes âgées, des aides à domicile ou du médecin du Samu.

Il faut donc se représenter une dimension invisible : l'espace, dont l'usage varie selon les saisons, interpréter les bruits perçus en arrière plan de l'interaction téléphonique et associer ces éléments au descriptif de l'habitat (maison, étages, appartement, etc.). Cependant, cela n'est pas toujours suffisant pour identifier le besoin des personnes âgées. Pour pallier cette difficulté, les correspondants des réseaux de solidarité sont engagés à venir sur place ; ils doivent alors décrire la situation et deviennent alors « les yeux » de la téléassistance pour aider à effectuer la levée de doute.

## **2.5. Des compétences souvent renouvelées**

Les innovations techniques viennent régulièrement enrichir le service. A chacune d'elles, de nouvelles compétences sont requises. Ainsi l'expérimentation de la téléassistance mobile avec GPS pour les patients atteints d'Alzheimer, exige que les opératrices puissent guider quelqu'un au téléphone à partir d'une carte envoyée par Google Map. La responsable de l'équipe des télé-opératrices souligne que ce n'est pas facile.

*Quelques fois ce sont des endroits où c'est un hameau. Dans le Finistère on est gâté là-dessus. Donc il ne va pas y avoir de nom de rue. Cela va être difficile de guider les personnes, on va dire « je vois des bâtiments autour, je vois une forêt ». (Responsable centrale)*

### **3. L'identité des télé-opérateurs : une identité en construction**

Tout métier construit son identité professionnelle dans l'interaction avec les autres métiers dans un processus fait de comparaison et d'opposition.

Dans un premier temps, les opératrices de téléassistance comparent leur situation professionnelle aux autres emplois proposés par l'ensemble des plateformes téléphoniques. Elles apprécient leur métier au regard de la nature du service rendu et des conditions de travail chez les autres employeurs potentiels de la région qui sont soit des services de renseignement comme le 118-218, soit d'autres plates-formes d'écoute commerciale. Les opératrices évoquent les contraintes horaires comme étant la difficulté de ce type d'emploi, avec surtout l'obligation de travailler les week-end.

Les opératrices de téléassistance vont se distinguer des opératrices du télé-marketing et considérer que leur service est plus noble : *« ce n'est pas comme si on leur vendait quelque chose, on se sent quand même là pour les secourir pour leur donner quelque chose ».*

Elles vont en revanche s'identifier aux pompiers qui agissent dans le cadre du prompt-secours, c'est à dire qu'ils interviennent « entre la vie et la mort ». *« C'est gratifiant pour nous : on va l'aider (la personne âgée) grâce à nous. On ne sauve pas des vies, mais si on n'était pas là, elle pourrait rester des heures sur le carreau »* (Une télé-opératrice).

Mais en même temps, elles réalisent le peu de temps qu'elles peuvent consacrer à reconforter, et parfois le regrettent. Elles le réalisent par exemple, car il y a parfois des basculements de petits opérateurs sur les plus gros, la nuit et le week-end et qui suscitent la remarque suivante :

*« Il y a des appels de réconfort chez O, nous on n'a pas le temps de faire ça vu le nombre d'abonnés et le nombre d'appels. »*

Face à l'évolution du nombre d'appels qualifiés de « détresse psychologique », certains opérateurs estiment qu'une compétence particulière est nécessaire et vont faire appel à des psychologues professionnels.

En revanche, si les responsables mettent en avant l'expérience avec les personnes âgées lors du recrutement des opératrices, celles-ci n'établissent pas de comparaison avec les autres professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Si le secteur du service aux personnes comme celui du soin aux personnes âgées est caractérisé par une pénurie de main d'œuvre et un manque de professionnalisation, cela ne semble pas le cas des opératrices de téléassistance ; aucun opérateur n'a évoqué de difficultés importantes de recrutement. Si certaines personnes recrutées pour une période d'essai ne conviennent finalement pas, une fois cette période passée, le turn-over est faible.

#### ***4. Les compétences du plateau de téléassistance***

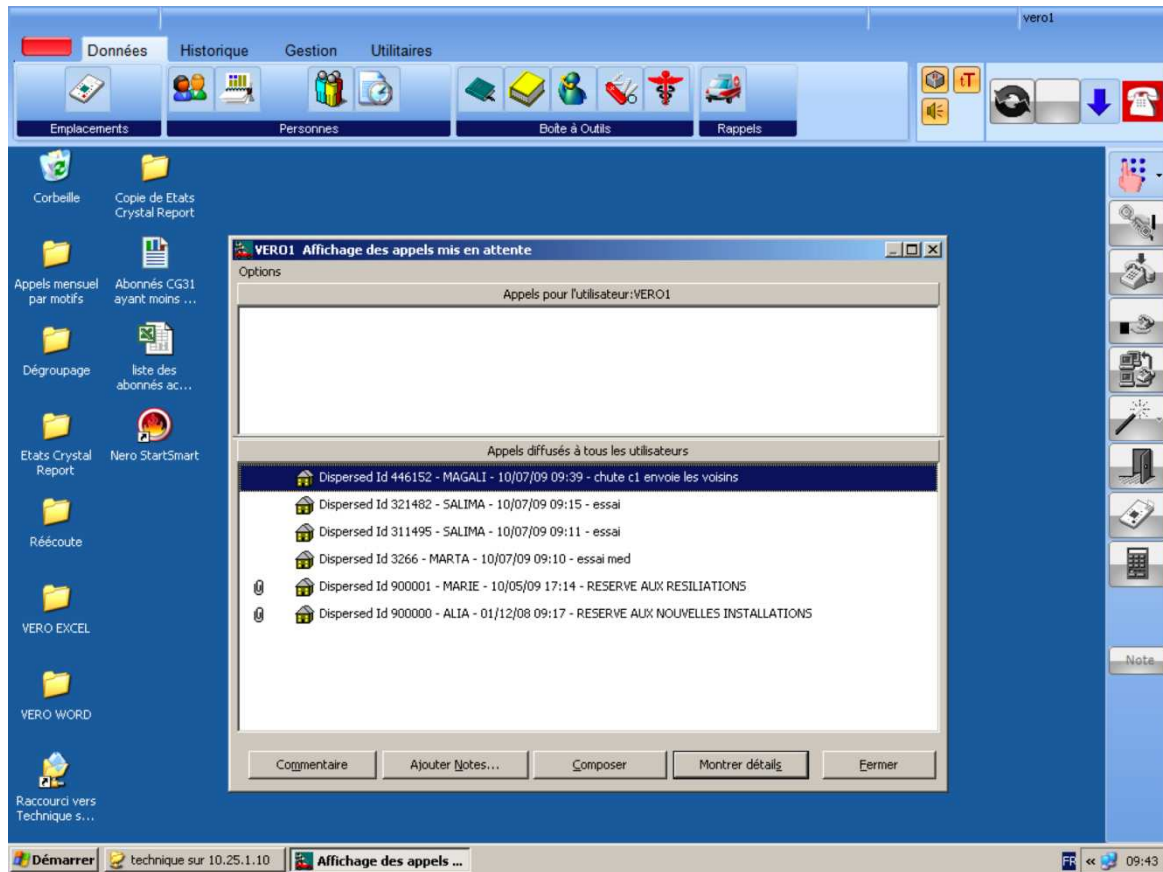
Si à première vue les opératrices, équipées d'un casque et d'un micro pour répondre aux appels, réalisent un travail individuel posté face à un écran, l'observation de leurs pratiques fait apparaître d'autres compétences réparties entre elles et qui participent de ce que nous nommons les « compétences du plateau ». Nous insisterons sur différentes facettes de cette compétence collective. Une première facette renvoie à la gestion en temps réel des appels. Des modalités de travail partagées et d'échange d'information permettent de suivre à plusieurs la situation d'une personne qui a demandé de l'aide. Une seconde facette renvoie à des activités dont la portée pour l'abonné est à moyen terme : l'identification de « cas limites » et la mise à jour et le maintien d'un réseau de solidarité. Une troisième facette de cette compétence renvoie à la contribution des opératrices aux évolutions d'organisation de leur travail.

##### **4.1. Maintenir une vigilance collective du parc des appels**

Une des particularités de ce métier est d'offrir aux abonnés une écoute individuelle mais qui peut être prise en charge par n'importe quelle opératrice. Ce qui conduit à développer un savoir-faire où le « je » et le « nous » se fondent parfois.

Par exemple, les opératrices parlent en évoquant d'abord le « je » : « je vais appeler votre fille, etc. » voire jusqu'à dire « rappelez-moi », alors que le rappel ne sera pas systématiquement pris par celle qui l'a demandé, car les appels arrivent sur tous les postes et chacune des opératrices est susceptible de prendre l'appel. Comme l'évoque une opératrice « il faut avoir l'oreille partout », car celle qui a pris l'appel en premier peut fournir des informations complémentaires à l'oral.

Lorsque l'appel donne lieu à une succession d'actions à entreprendre, un dossier est créé et apparaît à l'écran dans le « parc ». Il y a environ 5 à 10 dossiers ouverts en permanence. Le n° d'abonné et une quinzaine de caractères figurent à l'écran pour chacun des dossiers en cours.



Extrait du « parc » en cours.

Cette nécessité de conserver en parallèle plusieurs situations induit une charge mentale importante, comme l'évoque l'une d'elle : « *C'est ce qui était difficile pendant ma formation. Il faut faire plein de choses en même temps.* » (Une opératrice)

Dans le cas où l'opératrice laisse un message sur le portable d'un correspondant et que celui-ci doit rappeler, l'appel arrive sur un autre poste téléphonique. C'est souvent la coordinatrice qui répond et informe oralement les télé-opératrices afin qu'elles réagissent en fonction de la connaissance qu'elles ont de la situation et des informations complémentaires qui leur sont transmises.

#### Exemple d'appel silencieux

TA : Madame V ?

TA : Quelqu'un m'entend ?

Silence au bout du fil.

L'opératrice m'explique : « je la rappelle avec le téléphone ; si j'ai de la chance, elle va rappeler sur la téléalarme. Sinon, il faut que j'écoute si une de mes collègues a l'appel ».

Ce mode de fonctionnement collectif du suivi conduit à de fréquents échanges directs entre collègues.

« Ce n'est pas nécessairement la personne qui a engagé les premières actions qui décrochera l'appel du correspondant qui arrive. On ne choisit pas les appels. A priori les informations de mises à jour sont saisies dans le message par l'opératrice, mais souvent l'information est partagée à haute voix : « Mme X a été hospitalisée. La fille arrive dans 5 minutes... »

Ce partage informel d'informations aide également à comprendre le contexte sous-jacent à de nombreux appels comme dans le cas d'une coupure de courant dans une commune par exemple.

Chez un opérateur, les télé-opératrices choisissent les postes qui leur permettent de travailler à proximité les unes des autres pour favoriser l'ensemble de ces échanges. Cela facilite leur travail, et participe à l'élaboration de pratiques et savoir-faire communs.

Ainsi, d'un simple regard, une opératrice peut signifier qu'elle va prendre l'appel, s'il provient, par exemple, d'un abonné à qui elle vient de demander de réaliser un test. Ou, au contraire, quand des opératrices ressentent chez l'une d'entre elles une certaine exaspération à répondre aux appels d'un abonné trop insistant, elles s'arrangeront pour prendre alternativement ces appels.

## **4.2. Identifier les limites du service de téléassistance**

Les échanges d'informations sur les appels permettent également d'identifier collectivement des « cas limites » où il apparaît que la téléassistance ne peut plus répondre au service attendu.

Devant des difficultés comme celle évoquée par une opératrice : « Une personne appelle tous les jours, les correspondants en ont assez, le Samu ne veut plus se déplacer et SOS médecin n'est pas adapté. Entre nous, on décide de transmettre les infos aux coordinatrices qui transmettent au CCAS ». Il s'agit de la situation extrême la plus fréquente où l'abonné appelle souvent pour de l'aide, mais les correspondants refusent de se déplacer car ils considèrent être trop souvent sollicités ; de leur côté les pompiers ou le Samu

considèrent qu'ils se déplacent pour des situations qui ne sont pas de leur ressort. Et dans certains départements, les pompiers facturent leur intervention auprès des abonnés si elle ne relève pas de l'urgence.

Ces cas sont extrêmes, car ils viennent rencontrer les limites d'action des différents protagonistes pour réaliser le service de téléassistance :

- soit, ils montrent clairement la limite de la téléassistance comme participant au maintien à domicile de la personne âgée, car ces appels à l'aide trop fréquents expriment souvent une détresse sociale que la téléassistance peut déceler mais pas résoudre. C'est alors la question même du vivre seul à domicile qui se pose. Il s'agit, pour la plateforme, de se retourner vers les interlocuteurs locaux responsables, qui sont soit des collectivités locales (CG, CCAS, Clic), soit des associations, en fonction du type de contrat engagé. Nous reviendrons en section 5 sur différentes approches mises en œuvre par les opérateurs pour assumer cette « responsabilité sociale ». Ces acteurs locaux prennent alors la décision de revoir l'ensemble des services proposés à la personne âgée et/ou d'engager une concertation familiale pour décider ou non son maintien à son domicile ;
- soit ils révèlent la faiblesse du réseau de proximité. En effet, cette limite est d'autant plus facilement atteinte que les correspondants inscrits pour constituer le réseau de proximité lors de l'abonnement ne sont pas suffisamment disponibles ou proches pour assumer cette responsabilité.

On observe des disparités entre les opérateurs quant à leurs exigences et leur implication dans la constitution et la mise à jour de ce réseau. Devant la difficulté à trouver trois correspondants comme souhaité, certains opérateurs acceptent parfois de se contenter d'un seul correspondant pour mettre en place l'abonnement, avec même parfois un seul numéro de portable.

D'autres, au contraire, se sentent responsables et cherchent à s'assurer de la qualité du recrutement du réseau de correspondants via leurs représentants locaux, ils vérifient que celui-ci est réellement capable et en condition de jouer son rôle.

*« ... dire 3 intervenants, c'est bien parce que ça les force à chercher (les bénévoles des associations partenaires), ça renforce le lien social. Un modèle normatif se dessine qui vise à maintenir autour de la personne âgée un réseau qui l'entoure. Le bénévole-installateur est une force de proposition pour constituer le réseau de proximité, il a aussi un rôle de « petite validation externe de moralité » sur le choix des personnes qui seront correspondants. Cette capacité est liée à la connaissance de son territoire par le bénévole, elle est perdue dès qu'il quitte son territoire. » (Un responsable de plateau)*



Pour un des responsables, ce réseau de proximité est même un enjeu majeur de la concurrence : « *Des opérateurs qui acceptent de prendre des abonnés avec un seul ou même pas de correspondant faussent les conditions de concurrence et donnent une image de manque de sérieux qui nuit à l'ensemble de la profession* » (Un responsable du plateau)

Enfin, certains opérateurs ont même fait le choix d'avoir des correspondants salariés pour être sûrs d'avoir quelqu'un qui puisse intervenir auprès des personnes âgées. Dans ce cas de figure, on trouve un petit opérateur du sud-ouest qui accepte d'avoir les coordonnées d'une seule personne car elle a pour objectif d'alléger leur rôle. Il leur apparaît très contraignant de trouver des parrains qui puissent intervenir : « *Quand vous êtes parrain, normalement, c'est vous qui vous déplacez si elle tombe, mais vous ne pouvez rien faire. Vous pouvez être sollicité 24h/24h, vous ne pouvez plus partir, ni partir le week-end, vous avez la hantise de partir au cinéma : s'il arrive quelque chose, je ne suis pas là* ».

C'est pourquoi, en plus d'un parrain, cet opérateur peut envoyer un professionnel au domicile pour porter secours. Ces professionnels détiennent les clés des abonnés, possèdent une formation de secouriste et réalisent des interventions qu'ils qualifient de « discrètes ». Ils se font accompagner du Smur s'ils ont détecté un problème d'ordre médical.

Ces disparités dans les modalités de construction du réseau de proximité interviennent directement sur les capacités d'agir des opératrices, et participent donc aux limites du service de téléassistance de façon plus générale.

### **4.3. Ajuster l'organisation aux évolutions des appels**

Assurer un service 24h sur 24h s'avère une contrainte forte d'organisation du travail. Les centrales d'écoute doivent planifier les heures en croisant cette contrainte avec d'autres comme les réglementations en matière de temps de travail, l'équité entre les opérateurs et le nombre d'appels reçus en moyenne. Quand le nombre d'appels est faible, les centrales proposent généralement aux opératrices de réaliser en parallèle d'autres tâches comme celle de mettre à jour des dossiers, ou de réaliser des tests techniques. En revanche, l'évolution des usages et du nombre d'abonnés peut faire augmenter de façon conséquente le nombre d'appels sur une tranche horaire et conduit à intensifier le rythme des réponses.

Au sein d'une centrale, pour faire face à l'évolution du nombre d'appels sur certaines tranches horaires comme le samedi matin, les opératrices se sont entendues pour signaler le

risque de perte de *vigilance* : « *Le week-end c'est de l'abattage, c'est vraiment de l'abattage alors que c'est le week-end qu'elles se sentent le plus seules... (...), après 9h30, il peut y avoir plus de 100 appels à l'heure, il ne faut pas en « loucher » une* ». (Une opératrice)

Ces nouvelles difficultés ont d'abord été évoquées entre elles puis auprès du responsable pour exiger de revoir l'organisation du travail avec une augmentation du nombre d'opératrices sur ces plages où l'activité s'est accrue.

On voit ici à l'œuvre une troisième facette de la compétence collective du plateau qui renvoie à la participation des opératrices à des propositions d'ajustement de l'organisation.

## ***5. L'activité des opératrices de téléassistance***

Une autre façon d'aborder la spécificité du métier d'opératrice de téléassistance est de considérer leur activité, c'est-à-dire tout ce qui se déploie autour de ce travail de communication téléphonique, postée et cadrée par un système d'information.

Les travaux récents de la sociologie du travail mobilisent la notion d'activité qui puise dans les traditions phénoménologique et pragmatiste<sup>14</sup>. La phénoménologie affirme le corps comme sujet de perception et le pragmatisme ancre toute perception dans l'agir. Cette perspective permet alors d'aborder « le travail comme une activité, entre corps et technique, et permet de saisir sa dynamique créatrice et les ressorts de l'engagement au travail, entre ennui et créativité, assurance et vulnérabilité, focalisation et circulation, aisance et perplexité » (Bidet, 2007b, p215). Cette approche est particulièrement féconde pour analyser le travail immatériel, ou plus précisément un « travail de plus en plus équipé en dispositifs médiatisés, automatisés et plus généralement en abstraction ». (Bidet, 2007a, p19). Nous avons ainsi identifié cinq activités dans lesquelles les opératrices sont engagées : faire vivre la téléassistance, la levée de doute, rassurer par téléphone, qualifier les appels, faire faire à distance.

### **5.1. Faire vivre la téléassistance**

Une des particularités des télé-services, est que les opérateurs doivent en plus du service rendu, s'assurer que les conditions pour exercer ce service soient toujours réunies. Il s'agit donc pour les télé-opératrices de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif, à la fois

---

<sup>14</sup> En particulier le Vol. 50, n°4, de Sociologie du Travail. Travail et théories de l'activité : vers des *workspace studies* ? Octobre décembre 2008.

sur le plan technique et sur le plan de son usage. Le premier aspect correspond à des exigences réglementaires, et s'inscrit dans un protocole que chaque opérateur met en place. Dans les statistiques d'appel, le nombre d'appels caractérisés de « technique » est très important et renvoie à toute cette activité de maintenance préventive et corrective du dispositif technique.

*« Les défauts radio sont traités le matin, car ils sont plus importants et on doit pouvoir finir de les traiter dans la journée car ils renvoient à une défaillance de l'appareil (piles par exemple) ou de la ligne téléphonique, ou bien le médaillon/ou bracelet est hors de portée de la zone radio liée à l'émetteur (la personne est partie en vacances ou à l'hôpital avec, ou bien l'a mis dans une boîte en fer, etc...), ou il a été débranché et fonctionne sur la batterie... »*  
*« C'est un impératif, d'avoir épuisé (collectivement) chaque soir à 19h tous les défauts. »*

Dans une des centrales observées, les opératrices, tout en prenant l'appel, vérifient systématiquement si les tests périodiques sont à jour (hebdomadaire ou mensuel selon les contrats). Dans le cas où l'appel n'est pas suivi d'une intervention, il est « transformé » comme test technique :

Appel  
Opératrice : « Tout va bien ? »  
La PA : oui, oui (l'air étonné)  
Opératrice : vous avez appelé sur votre médaillon  
La PA : ah bon !  
Opératrice : on considèrera que c'est votre test du mois

Elles peuvent également savoir si la personne a appelé du boîtier, et dans ce cas demander à la personne âgée de déclencher dans les 5 mn un appel à partir du médaillon pour mettre à jour le « test médaillon ».

Faire vivre la téléassistance, c'est aussi s'assurer que les personnes âgées en font usage. Sans données précises, tout le monde subodore que de nombreuses personnes âgées laissent leur médaillon au fond d'un tiroir. Pour pallier ce non usage, certains opérateurs déclenchent systématiquement des appels sortants mensuels pour rappeler aux abonnés l'existence du service. Comme il l'a été évoqué à propos des usages de la téléassistance, les opératrices utilisent les appels involontaires pour familiariser les personnes âgées avec le dispositif et les aider à se l'approprier. L'amabilité des opératrices dans leur réponse à ces appels involontaires a pour objectif d'autoriser et de rendre légitime ce type d'appel car, il leur permet de rappeler la « présence à distance » qui caractérise ce télé-service.

## 5.2. La levée de doute

Nous avons vu qu'il existe plusieurs usages de la téléassistance, néanmoins celui qui guide l'appel reste la chute ou le problème médical. Malgré l'extension des usages de ce dispositif depuis sa création il y a une trentaine d'années, le travail des opératrices reste d'abord d'évaluer si la personne a vraiment besoin de l'intervention de quelqu'un ou non. Il s'agit d'effectuer une « levée de doute », terme issu du « monde du secours » qui consiste à ne pas laisser une personne ayant envoyé un appel dans une éventuelle situation de « non-assistance », l'opérateur étant alors responsable.

*« On a besoin de savoir la réalité de ce qui s'est passé, car si le premier intervenant ne répond pas, on va jusqu'au bout, et jusqu'au Samu ! »*  
*« On essaie de creuser, creuser pour savoir. (...) Je me souviens d'une dame, qui ne voulait pas me dire. Jusqu'à ce que je comprenne qu'elle était tombée dans la salle de bain, et qu'elle était toute nue... En fait elle ne voulait pas d'un intervenant homme. Mais finalement celui qui y est allé a été un homme, il a eu la surprise... »*

Les conditions d'inter-phonie, auxquelles s'ajoutent parfois les problèmes de surdité et de fragilité des personnes âgées ne permettent pas toujours d'identifier clairement la situation. Comme nous l'avons évoqué, l'envoi d'un correspondant permet d'obtenir des informations pour mieux évaluer la situation et réaliser cette « levée de doute ».

## 5.3. Rassurer par téléphone

La majorité des appels ne nécessitent pas d'intervention et sont très brefs. En quelques mots, les opératrices rassurent en rappelant leur présence au bout du fil, 24h/24.

### Appel de Mme X :

« Ne vous inquiétez pas, on est bien là »

L'opératrice remarque en aparté : « la dame faisait son test, pour voir si on était là. Je n'ai pas bien entendu mais il y avait du monde avec ».

Les opératrices s'arrangent parfois pour que la conversation reste courte, posant alors des questions fermées, qui ne laissent pas la possibilité aux personnes âgées de « raconter leur vie ».

Appel pour signaler une nouvelle installation, échange du nom avec l'installatrice  
Op : Elle nous entend bien Mme Z ?  
Op : Est-ce que vous me comprenez bien ?  
Mme Z : Pour le moment je suis fatiguée  
Op : Je vous demande de me rappeler avec le médaillon pour finaliser l'installation

C'est le cas notamment quand il y a nécessité de ne pas laisser d'appels en attente. Les opératrices contribuent ainsi à définir un usage où le temps entre en considération car elles se doivent d'assurer une fluidité du traitement des appels et d'éviter de laisser attendre une urgence. Dans le cadre de cette contrainte elles jouent cependant ce rôle de réconfort par la présence d'une voix aimable.

Néanmoins, il est à noter des différences importantes entre les opérateurs du ratio « nombre d'opératrices sur le nombre d'abonnés ». Ces chiffres sont à manier avec précaution car le travail des opératrices est différent d'un opérateur à l'autre et souvent, ce travail ne se cantonne pas à répondre aux appels. De plus, le nombre d'opératrices n'est pas toujours traduit en « équivalent temps plein ».

Ces écarts participent aux différences de « rendement » attendu des télé-opératrices, et donc du temps qu'elles peuvent consacrer aux appels. Les responsables mettent plus ou moins en avant dans leur stratégie ce temps nécessaire pour répondre correctement aux appels des personnes âgées. Ainsi un responsable d'un plateau d'écoute précise :

*Le but de réception des appels, pour les opératrices, c'est un maximum de convivialité. Donc elles sont présentes selon certaines tranches horaires et selon les besoins, mais c'est calculé de façon à ce qu'elles puissent accueillir les appels avec un maximum de convivialité possible. C'est-à-dire qu'on ne serre pas sur le nombre de personnes présentes. A 7 elles peuvent faire un travail correct, elles ont le temps. Voilà, elles ne sont pas à recueillir un maximum d'appels qu'elles puissent s'assurer que tout va bien et au-revoir. C'est le but c'est aussi – puisque M. G. vous a dit, 90 % de nos appels sont de convivialité – donc voilà, si la petite Mamy a besoin de discuter, l'opératrice prend le temps. (Responsable plateau TA)*

Une opératrice évoque à propos d'une autre centrale qui bascule entre 12h et 14h et de 18h à 9h ainsi que le week-end :

*« C'est une centrale qui travaille différemment : quand il y a une chute, ils appellent SOS médecin, et ils rappellent quelques jours plus tard pour avoir des nouvelles. Ils ont le temps, eux ! » (Une opératrice)*

L'ouverture au dialogue varie largement d'un opérateur à l'autre, ainsi un petit opérateur évoque à propos des appels sortants :

*Si nous prenions l'habitude d'appeler les gens, certains seraient ravis, mais d'autres vous diront : « vous m'embêtez »... Difficile de savoir qui va être d'accord. Déjà on le voit avec les gens qui déclenchent involontairement. On discute avec eux, mais parfois on entend : « c'est pas moi qui ait appuyé ! ». « Ah bon, ... mais le principal c'est que tout aille bien ! ». On discute avec elle, on va discuter si on voit qu'elle est ouverte au dialogue, sinon, « bonne journée – au revoir ! ». Mais ce qu'on fait, c'est qu'avant de raccrocher, on reste un petit peu en écoute pour voir si par hasard il n'y aurait pas une anomalie. Parfois, on entend derrière quelqu'un qui dit « voilà, c'est comme cela qu'il fallait parler ». Cela nous est arrivé « Tout va bien » puis, après quelques secondes, avant de raccrocher, on entend « je suis par terre ». (Responsable)*

## 5.4. Qualifier les appels

Cette différence du temps dont disposent les opératrices pour répondre aux appels intervient non seulement dans la nature de l'échange mais également dans la façon de qualifier ces appels.

Des deux centrales que nous avons pu observer où le ratio du nombre d'abonnés sur le nombre d'opératrices est différent, la façon d'identifier les appels involontaires s'avère également différente.

Quand ce nombre d'abonnés par opératrice n'est pas trop important, les opératrices peuvent prendre un peu plus de temps, elles vont distinguer les appels « vraiment involontaires » (si elles ont l'impression de surprendre la personne âgée, alors que celle-ci semble être engagée dans une autre activité), des appels de convivialité (si la personne s'attend à un échange de courte durée du type bonjour, etc.), identifiés alors comme tels.

En revanche, dans la centrale où le nombre d'abonnés par opératrice est plus élevé, les appels involontaires sont transformés en « tests techniques » qui doivent être faits périodiquement et qualifiés comme tels. Durant un appel qui semble donc involontaire, les opératrices focalisent alors leur attention sur le fait de savoir si ce test a déjà été fait pour la période en cours (mensuelle ou hebdomadaire selon les contrats), ou s'il doit être fait. De plus, si une opératrice ressent « *que ça n'allait pas bien, que c'est plus une envie de communiquer* », elle le classera plus facilement dans la catégorie des appels involontaires, car le mettre dans la catégorie « envie de communiquer » exige de rédiger un rapport.

Ces écarts dans la façon de qualifier les appels nous amènent à considérer avec précaution les données statistiques fournies par les opérateurs sur la nature des appels.

## 5.5. Faire faire à distance

Quand il s'agit de faire intervenir les correspondants, les opératrices guident leur intervention en leur rappelant ce qu'ils doivent faire pour participer à la levée de doute. Ainsi l'opératrice rappelle systématiquement qu'une fois arrivé sur place, le correspondant doit informer la téléassistance et donner son avis sur la situation, surtout si une autre intervention s'avère nécessaire.

Les correspondants apparaissent dès lors comme étant également des usagers de la TA. L'analyse des usages montre deux cas d'interaction entre l'opératrice et le correspondant pour évaluer la nécessité ou non de faire intervenir un médecin. Sans être issues du milieu médical, les opératrices doivent néanmoins savoir poser les questions pertinentes : « Y-a-t-il une ordonnance ? » et donner les informations qui peuvent aider le correspondant comme le fait d'indiquer où se trouve rangé le dossier médical.

Quand les opérateurs sont en partenariat avec un réseau d'associations locales, ce travail de formation des correspondants est facilité du fait que les membres de ces associations veillent au recrutement du réseau de correspondant et vérifient que celui-ci est réellement capable de jouer son rôle. C'est effectivement une condition importante pour l'efficacité de la téléassistance que de pouvoir s'appuyer sur ces correspondants locaux.

Cette condition apparaît si importante qu'un opérateur rencontré a fait le choix d'avoir des intervenants salariés, formés comme secouristes.

## *Conclusion*

Le métier d'opératrice de téléassistance est caractérisé par des compétences langagières à l'oral comme à l'écrit qui permettent d'agir à distance. Nous avons pu néanmoins identifier deux limites à leur action : d'une part, quand l'état de la personne âgée produit un usage « abusif » de la téléassistance, et, d'autre part, quand les opératrices se trouvent face à une défaillance du réseau de proximité. Autrement dit, le travail des opératrices s'articule à celui de toute une chaîne d'acteurs qui, ensemble, produisent le service de téléassistance.





## **Section 4 – Le lien avec le médical**

Nous aborderons d'abord dans cette section la question de la préconisation de la téléassistance et le rôle que peuvent avoir les personnels du monde médical. Nous nous focaliserons dans un second temps, sur la mobilisation de compétences médicales pour répondre aux appels reçus par la téléassistance. Nous détaillerons ensuite les configurations de recours aux services d'urgence et les difficultés qui peuvent être rencontrées. Nous soulignerons également des situations de recours aux médecins traitants. Nous préciserons enfin comment les rapports rédigés suite aux demandes d'intervention circulent.

### ***1. Préconiser la téléassistance : pour des raisons médicales ?***

Dans le langage courant et managérial, on parle de prescripteurs quand un tiers conseille un futur utilisateur quant à l'acquisition d'un produit ou service. C'est ainsi que certains opérateurs peuvent caractériser la téléassistance de marché à prescripteurs en insistant sur le rôle des enfants, notamment, pour « prescrire » la téléassistance à leurs parents. Nous préférons utiliser le terme de préconisation pour indiquer que ce conseil peut avoir un statut d'autorité, incitant très fortement la personne âgée à s'équiper. Nous avons choisi de ne pas utiliser le terme de prescription pour éviter les ambiguïtés. En effet, dans le monde médical le terme de prescription a un sens très particulier, c'est la prérogative des médecins et cela conditionne les remboursements de sécurité sociale. Or il n'y a pas de prescription médicale de la téléassistance dans ce sens.

Lors des entretiens avec les responsables de plateau, il est apparu clairement que c'étaient surtout les professionnels en charge de l'organisation du « maintien à domicile » qui étaient amenés à préconiser la téléassistance. Dans la plupart des cas, le service de téléassistance est proposé par rapport à des besoins reconnus d'ordre médico-sociaux. Le risque de chute, la dépendance, la solitude, le handicap, la pathologie sont autant de raisons qui sont évoquées par les services chargés de mettre en œuvre la politique du maintien à domicile, pour avancer le besoin d'équipement de personnes vivant chez elles ou plus rarement en institution, comme des foyers-logements ou des résidences médicalisées. La téléassistance est donc vue ici essentiellement comme un moyen de prévention : parce qu'elle

va permettre de mieux traiter les situations accidentelles ou ponctuellement à risque pour en limiter les conséquences. Cette proposition peut être assez formelle, en particulier lors de la définition du « plan d'aide APA » par un travailleur social, elle peut aussi être suggérée en complément de l'aide-ménagère.

Les services de soins infirmiers (SSIAD) peuvent eux aussi préconiser ce service parce qu'ils le considèrent utile à leurs patients. Des services de soins à domicile qui assurent une permanence téléphonique aux heures ouvrables proposent, par exemple, à leurs patients la continuité de cette permanence en déléguant celle-ci à un plateau de téléassistance qui prendra le relais la nuit. C'est le cas d'une petite structure de soins infirmiers à domicile rencontrée dans les Pyrénées Atlantiques qui a passé un accord avec un opérateur privé. Notre étude ne nous a pas permis d'identifier les multiples configurations de ce type existantes. Ces cas particuliers mettent cependant en lumière le fait que les professions paramédicales sont parfois elles aussi « utilisatrices » du service parce qu'il garantit de meilleures conditions de maintien à domicile pour leurs patients ainsi qu'une meilleure continuité de la prise en charge de ceux-ci<sup>15</sup>.

Les médecins peuvent être partie prenante de cette préconisation dans des situations particulières. Ainsi, la téléassistance peut être préconisée pour un « retour au domicile » d'un patient après une hospitalisation. Elle peut l'être également au niveau des coordinations gérontologiques qui ont un rôle d'expertise en vue de décider des conditions du maintien à domicile des personnes qui leurs sont adressées. Ainsi, lors d'entretiens sur l'intérêt de l'abonnement à la téléassistance menés avec les membres d'une coordination gérontologique d'un arrondissement parisien et celle d'un conseil général d'un département limitrophe, la téléassistance est apparue comme étant largement préconisée. Il faut souligner que la population que ces médecins sont amenés à rencontrer se caractérise par des difficultés de santé, des pathologies ou des handicaps qui nécessitent la mise en place de moyens pour leur permettre de rester à domicile. Ces réseaux considèrent cependant que le dispositif est inadapté pour un segment de population qu'ils suivent : les personnes qui, même valides, présentent des troubles cognitifs. Selon eux, le dispositif peut générer des appels non pertinents, tandis que l'appareil (médaillon ou transmetteur) risque de susciter l'angoisse de l'utilisateur.

---

<sup>15</sup> Nous n'évoquons pas ici des permanences téléphoniques très spécifiques associées aux hospitalisations à domicile que nous n'avons pas étudiées.

En ce qui concerne les médecins généralistes, ils peuvent avoir un rôle de conseil en quelque sorte extra-médical qui renvoie aux conditions de vie d'une personne, à la façon dont sa famille ou son entourage est présente et enfin à l'évaluation d'un risque que le colloque singulier entre le médecin et son patient peut ou non aborder. En l'absence d'une investigation plus poussée sur ce point, il est difficile de savoir si les médecins de ville considèrent que la téléassistance est utile à leurs patients et si elle leur est également utile à eux-mêmes en tant que responsables de la santé de ces derniers. Entendre des médecins permettrait d'éclaircir cette question et de comprendre comment ceux-ci évaluent ce besoin ou non chez certains de leurs patients et comment ils pensent pouvoir s'appuyer ou non sur ce service. On notera qu'un opérateur de téléassistance a mentionné l'envoi systématique d'un courrier au médecin traitant de ses nouveaux abonnés accompagné de quelques brochures de présentation du service de téléassistance.

## ***2. Les interlocuteurs à compétence médicale de la téléassistance***

Le premier objectif attendu d'un service de téléassistance est le secours d'urgence qui s'inscrit dans une perspective médicale : faire intervenir des moyens de secours dans un délai rapide pour venir en aide à une personne qui aura lancé une alerte depuis son domicile et dont le plateau de téléassistance considère qu'elle est potentiellement en situation de danger. Ce type d'intervention reste relativement limité : « 1,5 % des appels nécessitent le déclenchement des secours » indique un responsable. Pour un autre opérateur : sur 1500 appels par jours, 5 % requièrent un déplacement du Samu. Il est manifeste que de nombreuses situations touchant les personnes âgées vivant à domicile si elles ne relèvent pas d'une intervention d'urgence, requièrent cependant une compétence médicale, ne serait-ce que parce que seul ce type de compétence est de nature à rassurer la personne et que ces situations peuvent intervenir à tout moment, donc en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville.

Désigner la médecine d'urgence comme étant l'interlocuteur exclusif des plateaux de téléassistance, est une proposition à nuancer à l'épreuve de l'observation empirique. Dans la pratique, le médecin traitant est présent parmi les acteurs de proximité recensés par les opérateurs. Il n'est pas pour autant un partenaire. La raison en est peut-être le caractère d'incertitude qui pèse sur sa disponibilité ; le mode d'exercice en médecine de ville se caractérisant par une activité programmée de consultations en cabinet ou de visites à domicile. Nous faisons alors l'hypothèse qu'il est difficile d'y ajouter des sollicitations ponctuelles,

venant des plateaux de téléassistance. Certaines collectivités territoriales ont d'ailleurs mis en place un service spécifique de « garde médicale » pour répondre aux besoins de recours ponctuels qui ne relèvent pas de l'urgence, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible. (Val de Marne : garde médicale en dehors des heures ouvrables, Service Médical d'Aide Initiale (SAMI), Plateforme SIRMADE Téléassistance en Corrèze). Nous n'avons pas analysé ces expérimentations locales ni leur articulation à la téléassistance. Elles s'inscrivent cependant dans une politique d'adéquation de moyens : ne pas déplacer les services d'urgence, et, a fortiori hospitaliser une personne âgée qu'on aurait pu soulager ou rassurer à son domicile. Cela a le double avantage de lui éviter un épisode traumatisant et de ne pas mobiliser des moyens médicaux de façon disproportionnée.

### ***3. Solliciter ou non le Samu***

#### **3.1. Un travail d'interprétation afin de ménager les ressources médicales**

L'utilisation de « ressources » médicales constitue, pour les opératrices, une tension permanente. En effet, celles auxquelles ils ont naturellement et directement accès, c'est-à-dire les secours d'urgence, doivent être ménagés. La téléassistance a alors un rôle essentiel de « filtre », en contribuant tout à la fois à « alimenter », mais aussi à « réguler » et limiter l'intervention de ces professionnels qui constituent aujourd'hui une ressource rare. Il est aussi de leur responsabilité de les faire intervenir pour secourir une personne âgée en détresse. D'ailleurs, ne pas identifier qu'une personne a besoin d'être secourue de toute urgence est une crainte que les opératrices ont en permanence en tête.

Le rôle rempli par les opératrices de téléassistance vis-à-vis des interlocuteurs que sont les professionnels de santé (secours d'urgence, médecine de ville, services de soins infirmiers) va donc être de mobiliser ces compétences médicales de façon pertinente. Tout appel doit être qualifié en termes d'urgence et d'exigence, puis géré à distance, par l'opératrice du plateau de téléassistance. Ainsi, faire appel aux services d'urgence suppose de la part de la télé-opératrice un travail d'interprétation et de recours à différentes informations complémentaires. Plusieurs formes d'appels se présentent :

- la personne appelle, dit qu'elle est tombée, ou qu'elle ne se sent pas bien ;
- la personne n'a pas appelé, il s'agit d'un « appel involontaire déclenché par le médaillon » et le questionnement de l'opératrice doit détecter une chute éventuelle ;

- la personne ne répond pas lorsque l'opératrice établit le contact téléphonique suite à l'appel radio, c'est ce qu'on appelle un « appel silencieux ». Dans ce cas, l'opératrice peut suspecter une chute ou un malaise et va dans un premier temps procéder à un contre-appel sur le poste téléphonique puis solliciter un correspondant ou un membre du réseau de proximité pour effectuer la levée de doute.

Quelles sont les informations sur lesquelles l'opératrice peut se baser pour évaluer la situation ?

- le questionnement direct : demander plusieurs fois si tout va bien, car ce n'est qu'à la troisième demande qu'on entend : « Je suis par terre » ;
- l'ouverture de la fiche de l'abonné « Si on voit que sur la fiche, la personne chute et a déjà chuté, on a le réflexe de regarder l'historique et s'il y a eu peu d'appels, alors là, on s'inquiète » ;
- la lecture des indications sur l'état de santé qui apparaissent dès la mise en relation entre l'opératrice et l'abonné par la centrale et qui peuvent suggérer que la personne doit être secourue rapidement par un médecin. *« C'est ce qui est le plus difficile à renseigner. C'est important car cela joue sur le choix d'envoyer le Samu, selon l'antécédent de la personne. Par exemple, quelqu'un qui fait de l'œdème pulmonaire, si j'entends une difficulté respiratoire, j'appelle tout de suite le Samu. » (Opératrice à propos des commentaires sur l'état de santé)*

Pour l'opératrice, questionner ces éléments hétérogènes, c'est chercher à « faire émerger une unité cohérente porteuse de sens » (Journé et Raulet-Croset, 2008), qui lui permettra de déterminer la prochaine action qu'elle va mettre en œuvre en fonction du « tout contextuel ». Car c'est bien la « connexion entre objets, événements et individus » qui va définir progressivement la situation (au sens de Dewey, 1993).

Le choix des secours d'urgence peut être quasiment dicté par le contenu de la fiche de l'abonné, et intervenir préalablement à l'appel du réseau de proximité. Lorsque la fiche de la personne comporte des indications précises sur l'état de santé laissant entrevoir une pathologie particulière, l'opératrice appellera directement un secours d'urgence, sans attendre que quelqu'un sur place ait au préalable vérifié l'état de la personne.

L'opératrice peut faire intervenir en parallèle plusieurs acteurs si la situation lui paraît ambiguë.

Dans l'exemple ci-dessous, l'opératrice contacte le réseau de proximité mais n'attend pas que le correspondant soit sur place pour signaler le problème aux pompiers et au Samu, pour que ceux-ci décident au plus vite l'action pertinente en fonction d'un avis médical.

Mme C, une personne de 82 ans ne se sent pas bien. L'opératrice l'interroge pour savoir si cela fait longtemps et indique immédiatement qu'elle va contacter un médecin. Elle appelle le premier contact, la fille, et lui suggère de se déplacer mais indique qu'elle va appeler le Samu. Elle appelle le Samu. Elle vérifie alors que la personne âgée peut répondre au téléphone pour que les secours puissent poser des questions plus précises et ajuster les moyens à déplacer et également prévenir la personne âgée de l'appel à venir.

Au contraire, dans d'autres situations, avant de faire appel au Samu, l'opératrice va chercher à évaluer la situation en faisant appel au réseau de proximité et à acquérir les informations qui garantiront l'efficacité de son appel au médecin du Samu tout en le justifiant. Il s'agit là du schéma « idéal » de l'intervention des secours d'urgence : c'est à la suite d'une levée de doute que l'opératrice décide de faire appel à eux. Nous ne reprenons pas d'exemple de cette situation que nous avons déjà illustrée dans les sections précédentes. Notons cependant que l'opératrice est dépendante d'une information qui lui est transmise sans qu'elle puisse la valider directement.

Cependant parfois, le réseau ne peut se prononcer sur la gravité ou il ne peut se déplacer ou encore il n'est pas joignable. Le recours aux secours d'urgence s'impose alors par sécurité. Les deux exemples ci-dessous illustrent ce type de situations.

*« Dans la panique, les intervenants du réseau de proximité qui sont sur place ne savent pas quoi faire – donc on appelle le Samu. »*

Monsieur C est tombé et a besoin de quelqu'un pour l'aider à se relever. L'opératrice joint d'abord le premier correspondant, c'est le salon de coiffure, ils ont beaucoup de clients et personne ne peut se rendre sur place. L'opératrice joint alors le second correspondant, c'est la boulangère qui ne peut non plus quitter sa boutique à ce moment là et ne trouve personne non plus au fournil pour se déplacer. L'opératrice soucieuse de préserver le réseau de solidarité, ici des voisins qui acceptent bénévolement en plus de leur activité cette charge supplémentaire, va solliciter les pompiers. Elle rappelle Monsieur C pour vérifier que sa porte est ouverte et lui signale qu'elle va envoyer les pompiers. Elle appelle alors les pompiers « Bonjour c'est le service de téléalarme. Je vous appelle pour une personne qui a fait une chute à domicile. Elle ne s'est pas blessée mais elle n'arrive pas à se relever (...) Non il a dit qu'il ne s'est pas fait mal, mais il n'arrive pas à se relever. La porte est ouverte. Apparemment, il a des problèmes d'élocution, il est cardiaque et sourd ». Lorsque les pompiers arrivent ils diagnostiquent une chute sans gravité et relèvent la personne.

Le plateau de téléassistance doit donc définir un mode d'action en tenant compte de la disponibilité ponctuelle du réseau de proximité et cherche à « ajuster » les moyens à mettre en œuvre. Sa décision dépend également de l'évaluation de la situation faite par le réseau de proximité. Cela peut conduire à faire intervenir les secours d'urgences dans des situations où leurs compétences ne sont pas requises et à solliciter par exemple les pompiers pour du « relevage ».

D'ailleurs, les organismes de téléassistance qui organisent le service en se rendant eux-mêmes immédiatement au domicile de l'abonné pour effectuer la levée de doute n'exigent pas un réseau de proximité constitué par la personne âgée, et produisent un discours assez cohérent pour expliquer ce choix. Ils considèrent que les personnes âgées elles-mêmes ont « peur de déranger » leur entourage, et même parfois, s'abonnent à la téléassistance pour ne pas « peser » sur ce dernier. Second argument, outre l'incompétence médicale, c'est quelquefois l'impossibilité matérielle de secourir qui rend caduc le réseau de proximité, soit que celui-ci soit trop âgé lui-même, soit que l'abonné pose un problème particulier comme le surpoids. Le troisième argument en découle : si le membre du réseau ne peut que « constater » mais pas aider, la personne à se relever par exemple, alors le délai de l'intervention sera reporté du temps qu'il faudra pour faire venir des secours sur place après la levée de doute.

### **3.2. La nécessité de justifier**

On soulignera enfin que la nécessité de « justifier » l'appel aux secours d'urgence est présente chez tous les professionnels de ce secteur, quelles que soient leurs compétences. L'exemple des secouristes d'une petite entreprise locale de téléassistance (ayant un réseau de secouristes qui se déplace auprès des abonnés) montre que vis-à-vis des médecins du Samu, même s'ils détiennent l'information en étant sur place, ils demeurent dans la dépendance du jugement du médecin sur l'opportunité de leur demande d'intervention.

« Au Samu, ils nous connaissent parfaitement maintenant et nous font entièrement confiance au niveau bilan. Ils savent très bien qu'on fait un bilan-secouriste, le plus précis possible. Nous ne sommes pas des médecins, nous sommes secouristes, il faut s'arrêter au niveau secouriste ; mais notre but, c'est de maintenir la personne jusqu'à l'arrivée des secours et de faire le maximum. Mais on n'est pas médecin, voilà ! On fait un bilan, mais c'est le médecin qui dirige : « Voilà, faites-ci, faites ça. On arrive ou on ne vient pas ». Mais c'est lui qui a décidé. On ne va pas le forcer à venir. Par contre, c'est à nous de démontrer, que par rapport à notre bilan, qui est justifié, qu'il y a vraiment une détresse. Donc à partir du moment où le bilan est justifié, le médecin il va vite voir qu'il y a une aggravation de la situation, c'est un médecin urgentiste, il connaît son métier. S'il ne vient pas, il savait pertinemment qu'il n'y avait pas la nécessité de déployer un moyen lourd, parce que les moyens Samu sont quand même limités. Ici dans la région, ils n'ont pas 50 véhicules, 20 médecins ! Il faut quand même les réserver pour des cas d'urgence avérée. Ne pas faire déplacer le Samu pour une fracture de la cheville. Une fracture de la cheville : on l'immobilise, on régule avec le Samu, il nous envoie une ambulance privée qui transporte à l'hôpital, ce n'est pas le Samu qui fait cela. Le Samu il ne faut pas le faire déplacer pour rien ! » (responsable téléassistance)

### 3.3. L'opératrice en position de tiers entre la personne âgée et sa famille

Un point clé également dans le recours ou non aux secours d'urgence est l'avis du réseau de solidarité surtout lorsqu'il s'agit de la famille. Ainsi, la famille peut ne pas souhaiter faire intervenir les secours d'urgence, ou considérer que l'état de la personne âgée ne le justifie pas. Au contraire l'opératrice peut être alertée par un point particulier mentionné ou analyser la situation différemment. La famille peut par exemple considérer que « c'est normal car la personne perd la tête », l'opératrice au contraire pense à « un surdosage de médicaments, ou à un AVC ». Parfois l'opératrice se trouve alors en position non de rassurer mais d'alerter ou de convaincre la famille qu'il serait peut-être préférable de prendre un avis médical. Le dialogue ci-dessous présente une telle situation.

TA : Ça va mal ?  
PA : J'ai appuyé sur mon bracelet ?  
TA : Vous avez besoin de quoi ? de secours ? Pourquoi, Monsieur ?  
TA : Ça vous est déjà arrivé de ne plus bouger les mains ? 1 fois ?  
*Opératrice appelle le premier correspondant, la fille, qui est sur répondeur*  
*Opératrice appelle le deuxième correspondant Mme X qui répond*  
TA : Je m'excuse de déranger. (...) C'est une demande d'aide parce qu'il n'arrive pas à bouger ses mains. J'ai appelé chez sa fille, mais ça ne répond pas.  
Mme X : voulez-vous attendre que je sois sur place ? (Mme X ne semble pas au courant du fait que ce symptôme se soit déjà produit – Mme X communique un numéro de tél. portable et l'opératrice le note dans le bloc note au bas de l'écran).  
TA : S'ils n'arrivent pas à me répondre, j'appellerai les pompiers  
*L'opératrice compose deux fois le n° de portable du fils :*  
TA : Je viens de vous laisser un message en disant que j'aimerais savoir si M. P. a déjà eu des problèmes avec ses mains, il n'arrive pas à les bouger (...) Votre sœur, ne répond pas pour l'instant  
TA : Je vais peut-être appeler les pompiers. Est-ce que la porte est ouverte ?  
Je vais tout de même appeler les pompiers parce qu'il a eu récemment un AVC (accident vasculaire cérébral).  
*Le fils de M. P dit qu'il va se rendre sur place et rejoindre Mme X. et demande 10 mn.*  
TA : Monsieur P. ? Votre fils J.C. va arriver. Vous avez fait un AVC il y a 15 jours ? Vous êtes ressorti de l'hôpital quand ? Il y a 8 jours ? Vos mains, en ce moment, est-ce qu'elles fonctionnent ?  
PA : Encore un peu mais j'ai mal  
TA : D'accord. Vous n'avez mal nulle part ailleurs ?



*L'opératrice prend note sur l'écran : « Dit qu'il n'a pas mangé parce que ses mains sont trop engourdies ». Monsieur P. Ca va ? Qu'est-ce que vous êtes en train de faire ? »*

*On entend une autre voix*

TA : Vous êtes le fils, vous êtes déjà là ? Il me dit qu'il n'arrive pas à manger sa soupe car il a les mains engourdies. Voulez-vous un médecin, un conseil d'un médecin ?

Fils : Je vais voir avec ma sœur qui vient d'arriver.

TA : Vous nous appellerez avec le médaillon. Si vous voulez un médecin, on vous appellera le Samu.

*L'opératrice passe la consigne à sa voisine*

*« Ils ne veulent pas de médecin. Pourtant il a fait un AVC. Bon ils ne veulent pas : ils ne veulent pas ! »*

On note qu'ici, c'est l'avis de la famille qui prévaut et que l'opératrice respecte. N'étant pas sur place, elle ne peut pas se prévaloir d'une responsabilité qui s'imposerait vis-à-vis de cette dernière. Ce dialogue peut donner lieu à différentes interprétations du refus de la famille. Peut être préfère-t-elle attendre le lendemain pour consulter le médecin traitant plutôt qu'un urgentiste. La crainte d'un éventuel transfert à l'hôpital peut aussi être à l'origine de son refus.

### **3.4. Les difficultés du recours aux secours d'urgence**

Si le risque de ne pas solliciter des secours d'urgence alors que c'était nécessaire est manifestement une préoccupation des opératrices, les différentes situations que nous avons pu observer nous conduisent à souligner qu'un véritable travail d'ajustement de la réponse à apporter à l'appel est fait par les opératrices. L'avis de la personne âgée est pris en compte, l'avis de la famille à distance ou sur place est intégré. Le recours au réseau de solidarité ou à des personnes indiquées par le réseau de solidarité, voire au médecin traitant (nous y reviendrons dans le paragraphe suivant) est fréquent pour résoudre un problème qui ne s'apparente pas à de l'urgence. Il n'en demeure pas moins que, dans certaines situations, les opératrices ne parviennent pas à ménager les secours d'urgence et les font intervenir alors que leurs compétences ne sont pas requises. Lors de notre observation cependant ces cas ont été rares.

Les propos entendus durant l'observation, montrent qu'il y a une certaine appréhension des opératrices quant à la réaction qu'aura le Samu si elles sont amenées à le solliciter. *« Parfois les services d'urgence ne veulent pas travailler avec la téléassistance. Ils disent qu'on touche l'argent et que c'est eux qui doivent faire le boulot. Pourtant on fait un gros travail de filtre. On a eu des soucis avec certains Samu. On sent que le Samu est débordé, le week-end notamment ».* (Une opératrice)

Cette appréhension est à relativiser en fonction des départements, chacun ayant sa propre organisation des secours d'urgence, Sapeurs-pompiers ou Samu, au niveau départemental.

Certains Sdis<sup>16</sup> cherchent à limiter les déplacements « inutiles ». Une première approche consiste à facturer ceux-ci lorsqu'ils ne sont pas « justifiés », comme en Seine et Marne. C'est le cas, lorsque les pompiers sont appelés faute d'avoir pu joindre des intervenants, pour une situation qui ne relève pas d'une urgence « avérée ». Il s'agit d'un recours « légitime », mais qui consomme une ressource rare de façon inappropriée. Une deuxième approche consiste à orienter vers des services payants d'ambulance par exemple. C'est le cas lorsque les pompiers jugent que leur compétence n'est pas requise et qu'ils font appel à d'autres services, en l'occurrence des ambulanciers.

*« Si le Samu vient juste pour du relevage, ils font intervenir une ambulance privée, et dans ce cas c'est facturé. Les pompiers, s'il y a hospitalisation, ils ne facturent pas. Si c'est juste un déplacement qui ne se finit pas par une hospitalisation, il y a facturation. Pas tout le temps » (une opératrice).*

Il semble qu'on soit dans une phase d'ajustement des moyens, dans certains départements, et que les opérateurs de téléassistance vont être amenés à l'intégrer car la conséquence en est la facturation aux abonnés de certaines interventions.

## ***4. Solliciter ou non le médecin traitant***

### **4.1. Une grande hétérogénéité de réaction**

Les médecins traitants, bien que leur nom soit indiqué par les abonnés lors de la prise d'abonnement, ne sont pas des partenaires désignés par le schéma d'intervention de la téléassistance. Ce sont néanmoins des ressources que les opératrices peuvent chercher à mobiliser pour traiter un problème médical qui ne relève pas de l'urgence mais de la compétence du médecin qui suit le patient.

*«Le chercheur : Quand appelle-t-on le médecin ou le Samu ?*

---

<sup>16</sup> Sdis : Service départemental d'incendie et de secours.

*L'opératrice : Cela dépend de l'état de la personne, et de ce que demande l'intervenant venu sur place ou au téléphone. Mais même quand il s'agit d'appeler le médecin traitant, dans la plupart des cas, la personne ou son réseau de solidarité passe par nous, y compris pour appeler le Samu ».*

Nous voudrions reprendre différentes situations que nous avons pu observer pour éclairer les circonstances dans lesquelles le médecin traitant peut être contacté et les difficultés qui peuvent être rencontrées.

Exemple 1.

Un monsieur appelle pour signaler que son épouse «ne va pas tellement fort », qu'elle a eu une « crise », et a pris un médicament. L'opératrice demande des précisions : le nom du comprimé, s'ils ont vu le médecin. Monsieur épelle le nom du médicament et précise qu'ils ont vu le médecin le matin même. Le pharmacien dit que le pharmacien a précisé que le médicament était fort, alors il a décidé de n'en donner qu'un comprimé à sa femme. L'opératrice annonce alors qu'elle va appeler le médecin. Il s'agit d'un médecin de remplacement, la secrétaire médicale prend les informations, et signale qu'elle va appeler le médecin. L'opératrice signale à M, qu'elle a joint la secrétaire médicale et que le médecin est informé. L'opératrice prévient la coordinatrice, qu'elle va recevoir un appel de la secrétaire médicale. La coordinatrice vient prévenir l'opératrice que la secrétaire médicale a rappelé pour indiquer que le médecin a revu la prescription.

Exemple 2.

Une dame appelle et dit qu'elle a du mal à respirer. L'opératrice appelle sa fille qui lui demande d'appeler le médecin traitant car l'abonnée fait des crises d'asthme. L'opératrice dit qu'elle va appeler le médecin et lui demande d'aller auprès de sa mère pour attendre celui-ci. C'est la secrétaire médicale qui répond à l'opératrice et s'engage à transmettre le message au médecin qui rappellera sa patiente à son domicile. Nouvelles interactions téléphoniques entre la fille et l'opératrice, celle-ci indique qu'elle n'a eu que peu de poids auprès de la secrétaire médicale, alors que la fille s'inquiète « c'est quand même une urgence » dit-elle. L'opératrice lui suggère de rappeler elle-même le médecin lorsqu'elle arrivera chez sa mère. A son arrivée, ne voyant pas le médecin elle ne comprend pas pourquoi le médecin n'est pas encore arrivé et s'impatiente. L'opératrice lui conseille de le rappeler mais explique qu'étant donné l'heure matinale (9H27), le médecin dont le cabinet ouvre à 9H30 ne peut pas encore s'être rendu chez sa patiente. Dans ce cas, l'opératrice remarque qu'il aurait peut être été plus efficace que la fille appelle directement le médecin traitant.

Exemple 3.

Cet exemple nous a été rapporté par une opératrice. L'opératrice téléphone au médecin qui aurait répondu, « Il ne va pas commencer à me casser les pieds lui... Bon, ben j'irai peut-être après ma consultation ». Dans la conversation, l'opératrice qui doit apporter une réponse à l'appel d'urgence qu'elle a reçu place son interlocuteur devant le choix entre deux options « Vous y allez ou pas ? Sinon j'appelle SOS médecin ». En procédant ainsi elle donne la responsabilité du choix au médecin qui dispose de plus d'informations qu'elle sur l'état de santé de la personne, l'agenda du médecin...

Exemple 4.

Un abonné appelle car il a un malaise. Il signale que son médecin traitant est déjà passé durant la matinée bien que ce soit son jour de congé. « Dans ce cas-là, je n'appelle pas SOS médecin, c'est tout de suite le Samu, si le médecin traitant n'est pas disponible. »

Nous avons pu observer plusieurs cas de sollicitation du médecin traitant et cela chez les deux opérateurs. Ces contacts avec les médecins traitants nous semblent faire partie des pratiques sans qu'ils soient aussi cadrés et normalisés qu'avec les services d'urgence. Une hypothèse est que les opératrices sont confrontées à une grande diversité de médecins. Elles se fient alors aux indications du réseau de solidarité, on est là dans une proximité relationnelle et non organisée pour reprendre les catégories introduites en section 1.

On notera que si la téléassistance se développe, il y aura sans doute à penser une articulation plus structurée avec cet acteur car actuellement les opératrices sont confrontées à une grande hétérogénéité.

#### **4.2. Inciter les personnes âgées à contacter leur médecin traitant**

Les opératrices peuvent aussi proposer à la personne âgée de s'adresser à son médecin traitant, ou suggérer à un membre de l'entourage de prendre contact avec le médecin de l'intéressé.

L'intervention de l'opératrice ne se borne donc pas à mobiliser les professionnels ; elle consiste aussi, lorsque l'échange avec une personne lui donne quelques indices sur l'inquiétude que l'abonné peut ressentir à propos de son état de santé, à lui conseiller au fil du dialogue, le recours au médecin traitant.

*Nous reprenons ici uniquement les propos de l'opératrice qui souvent répétait ceux de la personne âgée.*

TA : Comment allez-vous ?

TA : Vous attendez quelqu'un ? Vous attendez quoi ?

PA : Tout va bien

TA : Vous voulez Dolorès ?

TA : Vous avez besoin de quelque chose ?

T.A. C'est sûr ?

Vous vous soignez quand même ?

Vous prenez vos médicaments ?

Voyez le médecin

Soignez-vous bien

Bonne journée, au revoir.

Nous n'avons pu entendre que les propos de l'opératrice de téléassistance dans ce dialogue, mais celle-ci répète souvent les propos de la personne âgée.

Une attitude plus incitative, soit auprès de la personne elle-même, soit auprès de son entourage sera de recommander à propos de symptômes précis de voir le médecin traitant. Ce prolongement du travail d'assistance, montre qu'en dehors de la situation d'urgence, l'idée du « traitement d'un appel » conduit l'opératrice à dilater dans le temps le rôle de la téléassistance et à passer du « traitement d'une situation » au « traitement d'une demande postulée », car elle n'est souvent pas formulée clairement. L'opératrice est donc attentive à une « demande implicite » et cherche à la relier à une dégradation possible ou future de l'état de la personne, sans que celle-ci soit réellement établie. Elle exerce donc une fonction « préventive » qui n'est pas préconisée par le scénario de la téléassistance focalisé sur une séquence immédiate qui motiverait l'appel radio.

## ***5. Rendre des comptes sur les situations et les interventions***

A partir du moment où une alerte Pompier ou Samu est lancée, l'opératrice de téléassistance devient un acteur de la chaîne de secours d'urgence car c'est elle qui va informer le médecin régulateur du Samu en lui décrivant la situation complétée par quelques indications concernant une éventuelle pathologie de la personne (cardiaque ou insuffisance respiratoire par exemple).

Le dispositif technique de la téléassistance offre des possibilités qui semblent aujourd'hui peu exploitées par les médecins régulateurs, notamment la conversation à trois entre le plateau, l'abonné et le médecin du Samu. Ce dialogue permettrait immédiatement au médecin de collecter des informations médicales auprès de la personne à secourir. Pourtant ceux-ci préfèrent rappeler directement la personne sur sa ligne téléphonique. C'est aussi parfois pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'un appel « malveillant ». Cependant si la personne âgée se trouve loin du combiné, en cas de chute, elle peut être dans l'impossibilité de répondre à l'appel du Samu.

Jusqu'à l'arrivée des secours d'urgence, l'opératrice « reste en ligne », même en « relâchant l'appel ». Il s'agit de maintenir le contact avec la personne à secourir et au besoin la rassurer si elle s'inquiète en attendant l'arrivée de quelqu'un.

Une fois sur place, pompiers ou équipes du Samu prennent en charge la personne et le plus souvent coupent le transmetteur, probablement explique l'une des opératrices par souci du respect du secret médical. Mais ce transfert de la responsabilité de la gestion de la situation aux secours d'urgence interrompt le lien avec l'opératrice.

*« Les pompiers, quand ils arrivent, ils coupent la téléassistance pour le secret professionnel. Ils nous rappellent pour nous dire, s'ils sont sympas. Le diagnostic, on ne sait pas. Nous on veut juste savoir si la personne est hospitalisée. Il arrive qu'on ne sache pas. Souvent la famille nous appelle. »*

Pourtant pour clôturer le dossier et remplir le compte-rendu, l'opératrice doit être informée de l'issue de l'intervention des secours d'urgence : transport ou non à l'hôpital. Or elle n'est pas destinataire du « diagnostic » et pas systématiquement informée de l'aboutissement de l'intervention en temps réel : « On transmettra le rapport par le 15 ».

Selon les opérateurs, l'utilisation et la transmission de ce compte-rendu diffère. Il peut alimenter la base de traitement statistique des appels, faire l'objet d'éléments d'information communiqués systématiquement aux donneurs d'ordre sous forme anonyme et de façon périodique, ou au contraire, comme dans le secteur associatif, être adressé aux responsables locaux qui peuvent s'en saisir, par exemple pour suspendre provisoirement des services à domicile.

Au total, le dispositif de téléassistance produit de l'information sur les abonnés, sur les appels, sur les demandes d'intervention. Actuellement différents types de synthèses sont élaborées à partir de cette masse d'information. Les opérateurs qui ont une délégation de service public au niveau des régions rendent compte régulièrement de leur activité : le nombre d'abonnement, la moyenne d'âge des abonnés, les causes de résiliation, le nombre d'appels et leur nature, le nombre d'intervention et les acteurs qui sont intervenus, le nombre de chutes, le nombre d'hospitalisation, les abonnés qui déclenchent le plus fréquemment. Les opérateurs qui ont des antennes locales leur adressent un certain nombre d'informations, notamment les rapports d'intervention auprès des abonnés de leur secteur. Chaque opérateur élabore ces rapports de synthèse en fonction de ses interlocuteurs et de leurs demandes. On notera que des réflexions sont en cours sur les informations à faire figurer dans ces synthèses, sur les destinataires les plus pertinents, sur la fréquence à laquelle elles doivent être réalisées et sur la confidentialité des informations qui s'y trouvent.

En effet, si les acteurs sociaux souhaitent obtenir des informations nominatives détenues par ces centrales afin de revoir les services proposés à une personne âgée suite à une hospitalisation ou des appels de plus en plus nombreux par exemple, se pose alors la question de la confidentialité, d'autant plus s'il s'agit d'informations d'ordre médical. En revanche, les

donneurs d'ordre, qui s'interrogent également sur ces informations produites par les opérateurs, peuvent être intéressés par des données statistiques qui apportent une vision plus globale du service et des besoins des personnes âgées.

## ***Conclusion***

Nous avons présenté ici les acteurs du secteur médical et leurs rôles dans le dispositif de téléassistance. Il apparaît que les opératrices, à distance, jouent à la fois un rôle de filtre pour ne solliciter ces acteurs qu'à bon escient, mais peuvent également être amenées à insister pour qu'un médecin se déplace, si elles estiment que cela est nécessaire, en fonction des informations données par la fiche et la situation d'appel.

Les modalités de coordination avec les acteurs de l'urgence médicale (Samu, Smur, Pompiers) renvoient à une proximité de médiation organisée (cf. section 1) : les rôles sont bien définis et les protocoles assez rodés. En revanche, la sollicitation du médecin traitant s'appuie sur la proximité relationnelle entre le médecin, son patient et son entourage. L'opératrice doit prendre en considération de nombreux éléments du contexte à savoir l'avis de la personne âgée, de ses enfants, le rôle que veut bien jouer le médecin vis-à-vis du service de téléassistance, ses disponibilités à téléphoner ou se déplacer, etc. Les médecins traitants seront sans doute amenés à mieux définir leur rôle dans ce dispositif.

Enfin, il nous semble que certains opérateurs mettent en avant la présence de médecins sur leur plateau de téléassistance. Il s'agit de plateaux qui se trouvent sur le même lieu qu'un service d'urgence (comme dans le 92), ou d'un service d'assistance mutualiste. On peut s'interroger sur la pertinence de ce modèle au vu de la nécessité de prendre en considération la complexité du contexte et de la singularité de la personne âgée, aux niveaux médical (multi pathologies, etc.) et social (proximité de la famille, des proches, etc.).





## Section 5 - Responsabilité sociale et acteurs publics

La question de la responsabilité est fortement présente chez les opérateurs mais aussi pour d'autres parties prenantes avec lesquelles ils interagissent. Elle renvoie toutefois à des temporalités et des échelles d'action différentes. Il existe en premier lieu une responsabilité dans l'action, que l'on pourrait qualifier de responsabilité de l'immédiat, qui conduit à réfléchir à la performance du service et notamment à articuler les différentes formes de proximité (voir partie 2 section 1), à prendre en compte de nouveaux usages (voir partie 2, section 2), à gérer au mieux les tensions qui sont au cœur du service (sections 3 et 4). Toutefois, d'autres échelles et temporalités de la responsabilité sociale sont également en jeu, et notamment en termes de repérage de situations de fragilité. Une telle action de repérage peut se jouer à l'échelle locale, et l'opérateur dépasse alors son rôle lié à l'urgence et l'immédiateté pour s'inscrire dans une responsabilité à moyen terme, qui consiste à pouvoir détecter et porter une aide spécifique à des personnes âgées en situation de fragilité. Ensuite, à plus grande échelle encore et à plus long terme, la téléassistance peut également jouer un rôle pour des acteurs publics. Ces acteurs, en demande de retour de la part des opérateurs, deviennent partie prenante du système et l'utilisent en tant que moyen de veille et donc de visibilité sur la population des personnes âgées vivant seules à domicile. Ils peuvent alors avoir une volonté d'utilisation de la téléassistance à des fins sociétales.

Nous explorons ici ces différentes échelles à la fois spatiales et temporelles de la responsabilité<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> On peut retrouver ces différentes fonctions dans l'histoire de la téléphonie sociale : Chauvière et Frotiée (1998) montrent que ces trois fonctions sont apparues de façon chronologique : la téléphonie sociale a tout d'abord développé une fonction à finalité humanitaire (dans les 60's) ; la deuxième phase était plus sociale, la téléphonie sociale devenant un outil de prévention (70's 80's) ; enfin la troisième est plus récente, "qui correspond au développement de services plus stratégiques et plus directement liés à l'action de l'Etat" au milieu des années 80's.

# ***1. La responsabilité sociale, un enjeu pour différents acteurs***

## **1.1. Les enjeux pour l'opérateur**

### **La responsabilité dans l'action : une responsabilité immédiate**

Plusieurs représentants des opérateurs ont évoqué la question de la responsabilité vis-à-vis des personnes âgées. Cette question est évoquée en particulier quand il est question de choix du matériel, de la sûreté du plateau téléphonique, des procédures que doivent suivre les télé-opératrices,... Pour les personnes interviewées, il est question parfois d'enjeux de vie ou de mort pour les personnes âgées, et cette responsabilité structure l'activité : *“Derrière, il y a la vie des personnes âgées –c'est fondamental- on ne peut pas faire n'importe quoi. Derrière, s'il y a un problème, une personne qu'on n'a pas pu sauver, c'est une condamnation pénale.”* (un opérateur, qui parle du choix du matériel)

Cette question de la responsabilité est également très sensible du fait du rôle d'intermédiaire que joue l'opérateur : il ne se situe pas dans le champ du médical mais doit faire appel aux acteurs du champ médical à bon escient (voir section 4) ; les télé-opératrices doivent juger à distance de la gravité d'une situation, et pouvoir détecter quels acteurs doivent intervenir, voire parfois seulement conseiller l'intervention d'un acteur sans pouvoir elles-mêmes prendre la décision (cas de maltraitance, cas où l'action du médecin traitant semblerait bénéfique,...). Ce rôle d'intermédiaire qui agit à distance complique la possibilité d'action. Le schéma d'action est clair quand on se trouve dans la situation d'urgence. Dans les autres situations, qui n'apparaissent pas au premier abord comme étant des situations d'urgence, l'opérateur se trouve dans une position où il suscite, il conseille, mais ne peut prendre lui-même la décision (voir les cas évoqués en partie 4 où la télé-opératrice souhaiterait que la famille fasse faire un examen médical à la personne âgée, mais où la décision ne lui appartient pas mais est celle de la famille car la situation initiale n'a pas relevé de l'urgence).

La question des limites de la responsabilité de l'opérateur est également loin d'être claire lorsque l'on sort du schéma de l'appel d'urgence prédéfini. Le téléassiste est parfois considéré comme celui qui doit agir dans le champ de l'urgence et du médical, les personnes de l'entourage reportant alors la responsabilité de la prise d'initiative d'appel au médical sur le téléassiste. Comme l'expliquent les télé-opératrices, les personnes de l'entourage

demandent souvent au téléassisteur de prévenir soit le Samu, soit même le médecin traitant, alors qu'ils sont parfois sur place et pourraient le faire eux-mêmes.

### **La responsabilité sur le moyen terme : veille et repérage de situations « limites »**

L'existence d'une « responsabilité » vis-à-vis d'une population fragile (les personnes, très âgées, vivant souvent seules, avec des problèmes de santé) est souvent mise en avant par les opérateurs, notamment quant au repérage ou à une veille particulière pour des personnes en difficulté. Cette difficulté peut être temporaire (une sortie d'hôpital, un coup de froid,...) ou s'avérer être de plus long terme, ce qui rend insuffisant le seul service de téléassistance, voire parfois soulève la question de la possibilité du maintien à domicile de la personne.

Lorsqu'on interroge les opérateurs de téléassistance, un certain nombre de cas « limites » sont mentionnés de manière récurrente.

Ces « limites » peuvent être plus ou moins prises en compte par les opérateurs. Elles se traduisent par des appels de nature particulière (appels au secours multipliés par exemple), ou des appels incessants. Dans certains cas, ces situations relèvent du besoin de convivialité. Mais il peut aussi s'agir de situations de dégradation de l'état de santé de la personne, ce qui conduit à ce que le service ne puisse plus être rendu dans de bonnes conditions. Il peut aussi s'agir de situations de maltraitance, ou d'abus sur la personne âgée.

#### *Un besoin de convivialité*

Quelques personnes appellent par exemple 10 fois par jour. Mais il s'agit d'un faible nombre de personnes (une dizaine d'abonnés pour l'un des opérateurs). Le besoin de convivialité, ou de présence rassurante, est alors rempli par l'opérateur. Plus difficiles sont les cas où ces appels traduisent une dégradation d'un état de santé, lorsque la personne chute chaque nuit par exemple.

#### *Une situation de dégradation de l'état de santé*

Certains opérateurs identifient cette responsabilité dans leur action propre et la difficulté à la traiter : « *on ne veut pas être le prétexte à un maintien à domicile qui peut s'apparenter à de la maltraitance* » (un opérateur). Mais ce souhait est contrebalancé aussi par l'enjeu social auquel les opérateurs sentent qu'ils répondent. Il est parfois dur de refuser le service à une personne, même s'il apparaît effectivement impossible qu'il puisse être rendu

dans de bonnes conditions : « *Cela m'a fait mal au cœur, dernièrement j'ai du refuser un papi, tout seul, pas d'intervenants.* » (une coordinatrice de plateau).

#### *Des cas de maltraitance*

Les cas de maltraitance suspectés mettent également en avant les limites de l'action des opérateurs, et le relais possible avec d'autres acteurs. Comme l'explique le responsable d'un opérateur, en cas de soupçon de maltraitance : « *Une assistante sociale va venir et voir pour se rendre compte de la situation de la personne. C'est la limite de notre travail, mais on a prévenu les services sociaux, on a fait notre travail de lien.* »

Mais le diagnostic peut être difficile à poser, notamment du fait de la distance : « *Que faire ? On donne le numéro d'appel. Nous on ne peut pas appeler car on n'est pas témoins. Les personnes, elles peuvent aussi être Alzheimer, ou avoir des embrouilles avec le voisin. Nous on ne peut pas appeler car on est à distance. On a eu des cas, par exemple où la personne était « secouée » (l'aide à domicile nous a appelé, et c'était par le fils... Cas compliqué) – (une coordinatrice de plateau) »*

D'autres situations difficiles pour la personne âgée nous ont été relatées, avec notamment des abus liés à sa situation de faiblesse comme dans l'exemple suivant.

#### Cas d'ingérence d'un tiers

« *Par exemple, ce matin, j'ai eu l'appel d'un bénévole qui n'a pas pu poser un appareil chez deux dames car il y a un monsieur qui s'invite chez elle (comme chez d'autres dans l'immeuble). Il leur fait peur et ne veut pas qu'on installe la téléassistance. Comme elles ont peur de lui, elles ont refusé aussi.* » Q : *mais qui prévenir dans ce cas, la famille ?*

*Il n'y a pas de famille. Apparemment, des plaintes ont été portées contre lui par d'autres. Le responsable sait que la gendarmerie et l'assistante sociale sont prévenus»* (une télé-opératrice)

## **1.2. L'entrée d'un nouvel acteur porteur d'une responsabilité sociale : l'acteur public – Une vision à moyen et long terme de la responsabilité sociale**

Certains acteurs, autres que les opérateurs, notamment les donneurs d'ordre (les conseils généraux et leurs relais dans les CCAS), vont également être porteurs de cette vision de la responsabilité sociale et vont demander aux opérateurs de la prendre en compte dans leurs actions. Ils demandent parfois d'avoir un retour sur certains appels qui exigeraient l'intervention des services sociaux. A travers la réponse à un appel, un opérateur peut en effet identifier des usagers en situation de détresse (pas uniquement une détresse ponctuelle liée à l'urgence d'une chute, mais par exemple une détresse psychologique). Mais cela laisse en suspens des questions éthiques, et les opérateurs s'interrogent souvent sur les frontières de

leur rôle, face à de telles demandes. Un conseil général peut également financer une action spécifique mobilisant la téléassistance. Cela a été le cas pour un opérateur, à qui il a été demandé de préparer un plan d'appel en cas de canicule qui s'adosse sur les systèmes d'information et centre d'appels des services de téléassistance. Cette présence des acteurs publics peut également complexifier la figure de l'utilisateur pour certains opérateurs.

## ***2. Les réponses apportées par les opérateurs à la problématique de la responsabilité sociale***

Chaque opérateur présente des spécificités comme on l'a mentionné en partie 1. Mais chacun a le souci de faire évoluer le service de téléassistance pour répondre au mieux aux usagers et le fait en cohérence avec ses spécificités et ses propres valeurs. Tous sont soumis à des contraintes de rentabilité, de concurrence du fait des appels d'offres auxquels ils répondent, et ne peuvent faire peser sur la personne âgée un service trop onéreux, afin que leur offre rencontre une demande solvable... Tous sont concernés par la question de la responsabilité sociale à laquelle ils apportent des réponses variées qui dépendent de leurs caractéristiques.

### **2.1. Les opérateurs qui s'appuient sur leur présence locale : des réponses au cas par cas**

Les opérateurs ont différents moyens d'action, qui sont notamment liés à leur implication dans la proximité géographique. Il y a en quelque sorte report de la responsabilité.

Pour ceux qui sont présents géographiquement, le rôle des acteurs locaux (bénévoles, salariés de délégations locales,...) est important. Il apparaît notamment que les opérateurs du milieu associatif peuvent s'appuyer sur la présence en local des bénévoles car un lien existe entre le responsable bénévole et la télé-opératrice. Ainsi, des bénévoles prennent le relais auprès des personnes en situation de fragilité. Le responsable d'un opérateur insiste sur *“la chaleur humaine et le lien qu'ils peuvent ajouter auprès de ses abonnés que la centrale aura détectés comme étant fragiles (car sortant de l'hôpital, ou ayant subi un décès,...). Eh bien à partir de ce moment là, à partir de cette détection, les bénévoles vont prendre en charge ces personnes pendant un temps plus ou moins long pour les appeler, pour prendre de leurs nouvelles, pour les aider à reprendre pied.”* (le responsable d'un opérateur)

Nous avons également observé une modalité plus collective de relai auprès des acteurs locaux à travers la mise sur pied chez un opérateur associatif d'une commission dite "commission solidarité", regroupant des administrateurs, des bénévoles, et des salariés, chargée des prises de décision concernant les situations "limite".

L'exemple de la mise sur pied d'une commission solidarité

« Ils peuvent décider un suivi de la personne plus pointu, en se rapprochant des services sociaux autour de la personne, du médecin traitant, de la famille, pour alerter sur des situations que nous détectons au niveau de la centrale et qui nous semblent anormales. Et cela peut même aller jusqu'à la décision de retirer notre appareil, même si là ça se fait en lien avec moi, parce que nous ne voulons pas être le prétexte d'un maintien à domicile à tout prix en dehors de toute logique. »

« C'est encore arrivé il y a peu de temps où personne ne prenait la décision et où la personne ne pouvait manifester pas rester toute seule, c'était évident, avec des appels incessants toutes les nuits, une désorientation, des difficultés graves, mais comme il y avait un service de téléassistance à première vue, ça ne se passait pas trop mal, mais on ne veut pas être le prétexte à un maintien à domicile qui peut s'apparenter à de la maltraitance. »

Question du chercheur : Cela implique-t-il de bien connaître la situation (famille, services sociaux, services d'aide, médecins) et d'aller à domicile ? « Surtout d'avoir des liens très étroits avec toutes les personnes qui gravitent autour de notre abonné. La personne salariée est là pour préparer tout le terrain à la commission, faire les investigations dont ils ont besoin. »

## **2.2. Des réponses plus formalisées : la mise en place de dispositifs dédiés aux personnes en situation de fragilité**

Pour d'autres opérateurs, l'ancrage local n'est pas aussi fort que dans les cas évoqués précédemment, et ils ne peuvent jouer sur la proximité géographique car ils ne sont pas eux-mêmes présents auprès de la personne âgée, ayant délégué à un autre acteur comme un CCAS ou le conseil général cette proximité géographique. Mais la problématique du repérage des personnes en difficulté et celle du service que l'on peut leur apporter est tout aussi prégnante, d'autant plus qu'elle est relayée par les acteurs publics locaux. Ces opérateurs sont alors amenés à réfléchir à l'information pertinente à transmettre aux destinataires et à des évolutions de leur offre de service.

Nous souhaitons, à titre d'exemple, présenter ici une réponse spécifique mise en place par un opérateur. Elle nous permettra de mettre en lumière un besoin latent auquel la technologie support de la téléassistance peut apporter des réponses. Il s'agit alors de réponses où l'évolution de l'offre se caractérise notamment par une spécification du télé-service : il s'agit toujours d'une action à distance, mais où l'on propose à distance un service de soutien psychologique.

L'exemple de la mise en place d'une nouvelle composante du service chez un opérateur : « l'assistance psychologique »

Un opérateur a expérimenté puis institué une composante dans son service de téléassistance : « l'assistance psychologique ». Initialement conçue comme la possibilité pour la personne âgée abonnée de bénéficier d'un rendez-vous téléphonique avec un psychologue, ce service s'est progressivement étendu afin d'anticiper les situations critiques auxquelles peuvent être confrontées les personnes âgées qui vieillissent à leur domicile et de les aider à faire avec, à trouver l'aide qui leur permettra de les surmonter à s'y adapter.

Aujourd'hui l'antenne psychologique regroupe une équipe de 6 psychologues qui appellent les personnes âgées identifiées comme potentiellement fragilisées. La personne âgée, sur sa propre initiative ou sur le conseil de son entourage peut solliciter directement un rendez vous. Mais la famille peut également demander qu'un aïeul bénéficie d'un tel appel. Une opératrice sur le plateau suite à un ou des appels témoignant d'angoisse ou qui deviennent difficiles à traiter au niveau du plateau (appel récurrent, chute récurrente, difficulté à comprendre l'état de la personne par la conversation téléphonique) peut signaler le cas afin qu'une aide plus appropriée que celle qui peut être fournie par la plateforme d'urgence puisse être proposée. Enfin, grâce aux statistiques d'appels, les changements d'habitude d'appel ou appels fréquents sont repérés et les personnes contactées. Un dernier type de situation conduit depuis quelques mois à un appel systématique : le retour d'hospitalisation. Dans tous les cas, l'aide est proposée mais jamais imposée, la personne âgée est d'abord contactée juste en vue d'appréhender sa situation et de vérifier avec elle qu'elle ne rencontrait pas de difficulté spécifique. Dans 30 % des cas environ, ce premier contact n'a pas eu de suite. Les personnes âgées ayant d'elles mêmes pris le premier contact en sollicitant un rendez-vous représentent seulement 13 % des cas en ayant finalement bénéficié d'un suivi. Le reste des cas ce sont les autres modes de repérage des personnes potentiellement fragilisées qui ont conduit à leur proposer ce soutien qu'elles ont accepté.

Cette organisation d'appels systématiques avec une équipe dédiée et spécialisée permet aujourd'hui d'avoir un repérage des problématiques les plus fréquentes. Il s'agit des manifestations anxieuses, problèmes de santé, problèmes de perte d'autonomie, la solitude et l'ennui.

Face à ces différentes problématiques les suites qui peuvent être données sont un suivi psychologique, une coordination ou une orientation.

Le suivi psychologique consiste en plusieurs rendez vous téléphoniques avec un psychologue. L'orientation consiste à conseiller à l'abonné ou à ses proches de prendre contact avec le médecin, le réseau gérontologique, l'assistante sociale ... La coordination consiste pour la cellule psychologique à entrer en contact avec un tiers au sujet de la situation difficile que traverse la personne âgée. Dans la grande majorité des cas, c'est avec la famille et dans quelques cas rares avec le CCAS, ou le réseau gérontologique.

Pour conclure on notera que ces problématiques de responsabilité sont mentionnées par tous les opérateurs rencontrés, et qu'ils y apportent des réponses qui diffèrent en particulier dans le degré de formalisation et dans le type de proximité mobilisé (proximité de médiation organisée comme dans le cas du service psychologique, couplée ensuite à une proximité relationnelle quand il y a lieu de prendre rendez-vous avec d'autres acteurs ; proximité géographique et relationnelle dans le cas de l'action des bénévoles ou de la commission solidarité).

Ces différences dans les modalités de gestion s'expliquent par les spécificités des opérateurs (donneur d'ordre, ancrage local, nombre d'opératrices sur le plateau,...).

### **2.3. Une visée de long terme : la production de statistiques pour les acteurs publics locaux**

Un autre axe de la prévention a cependant émergé du fait des données constituées à partir des appels. Les opérateurs transmettent parfois à leurs donneurs d'ordre des données statistiques sur les appels. Ces données statistiques, générées par les plateformes d'écoute renvoient une image de l'état (sanitaire et social) d'une population d'abonnés et de l'activité des opératrices (voir en section 4). Comme l'explique un représentant d'un opérateur : *“les élus aiment avoir des données sur le nombre d'abonnés, sur ceux qui sont tombés, pas tombés, sur les alarmes, ceux qui ont été hospitalisés, pour les sorties d'hospitalisation.”*

Mais certaines données peuvent être utiles aussi dans le cadre d'autres expérimentations concernant les personnes âgées, comme dans l'exemple suivant pour une expérience de gymnastique en vue de la prévention des chutes : *“Là dans le département, il y a toute une expérimentation sur la prévention des chutes (...). Je fais partie en fait du Comité de Pilotage parce qu'on a pensé prendre la base des abonnés de la téléassistance. D'ailleurs on s'est aperçu que sur un trimestre il y avait une personne tombée dix fois et la dernière fois, suite à sa chute elle est décédée.”*

L'usage de cette base d'informations n'est cependant pas stabilisé ; il reste en discussion. Comme nous l'avons déjà évoqué (voir en section 4 sur le lien avec le médical), les opérateurs tout comme les donneurs d'ordre s'interrogent sur la fonction, la nature et les destinataires de ces données.

## ***Conclusion***

Cette question de la responsabilité sociale a toujours été présente depuis le développement de la téléassistance qui est un service à l'intersection du champ du médical et du champ des services à la personne. Il existe une forte conscience chez les opérateurs de la responsabilité vis-à-vis d'un public fragile et en difficulté, pour qui il faut prendre la bonne décision, en situation de ressources parfois limitées (ressources médicales, ressources liées au réseau de solidarité,...). Mais la complexification de la figure de l'utilisateur a conduit à élargir à d'autres acteurs, et à d'autres dimensions temporelles cette question de la responsabilité.

La présence parmi les usagers des acteurs publics, ainsi que l'extension des usages du service, ont conduit à intégrer d'autres niveaux de responsabilité, à des échelles territoriales



(commune, département,...) et temporelles (repérage d'une situation qui se dégrade au cours du temps, volonté de veille sur une population de personnes âgées) différentes. L'extension de cette question de la responsabilité sociale a un effet en retour sur les dynamiques d'évolution de l'offre de service.



## Section 6 – Valeur et intermédiation

### 1. *Quelle valeur pour la téléassistance ?*

La dernière problématique que nous souhaitons aborder dans cette deuxième partie est celle de la valeur associée au service de téléassistance.

Du point de vue des opérateurs, les apports de ce dispositif sont :

- Le secours urgence ;
- La traçabilité avec la possibilité de rendre des comptes ;
- Le fait d’être un filtre par rapport au Samu mais aussi par rapport aux familles ;
- L’aide apportée aux personnes âgées et aux aidants ;
- Le fait de rassurer ;
- Le fait de pallier en partie la solitude ;
- Le fait de renforcer le réseau de solidarité et l’entraide locale.

L’analyse des usages de la téléassistance met en évidence qu’un certain nombre d’abonnés s’approprient positivement cet outil lorsqu’ils l’ont à disposition (Saint Laurent-Kogan, 2007). Nous avons également recueilli, lors de nos observations sur deux plateaux de téléassistance, quelques dialogues qui tendent à montrer que les personnes qui sont équipées accordent effectivement de la valeur à la téléassistance.

Par exemple, une personne qui avait eu recours à la téléassistance et commentait de manière très positive dans la discussion avec sa voisine qui était venue la relever d’une chute sans gravité : *«c’est drôlement bien la téléassistance»*. L’opératrice ajoutant *«qu’elle serait restée bien plus longtemps en attente d’être aidée sans cela»*.

Ou encore des personnes qui s’apprêtaient à passer un moment sur un lieu différent de leur domicile pendant la période d’été téléphonaient pour demander s’ils pouvaient emmener leur dispositif de téléassistance. De tels appels laissent penser qu’ils auraient été rassurés de pouvoir le faire et que devoir se passer du dispositif n’était pas perçu de manière positive.

Enfin, on peut souligner d’autres éléments qui tendraient à confirmer une valeur apportée aux personnes âgées par la téléassistance. D’une part, le nombre d’abonnements à la téléassistance continue à croître, de nouveaux acteurs proposent également cette offre et il y a

peu de désabonnements rapides. Enfin, certains interlocuteurs des réseaux de soins conseillent à des personnes âgées de s'équiper.

## ***2. Téléassistance et intermédiation***

Pour apporter quelques éléments complémentaires de réflexion sur cette question de la valeur nous avons cherché à décaler le regard en faisant référence à des travaux sur l'intermédiation. En effet, la téléassistance apparaît comme un intermédiaire entre la personne âgée et différents acteurs de son environnement : famille, voisins, services d'urgence, médecin. L'apparition de cet intermédiaire a été rendu possible par les développements technologiques (combinés permettant l'interphonie et centres d'appels). Or l'impact des technologies de communication sur les modes d'intermédiation a été beaucoup étudié avec le développement d'internet. Bien que la situation soit relativement éloignée de la téléassistance, il nous a paru intéressant d'introduire quelques résultats auxquels ils aboutissent par rapport aux questions de valeur de l'intermédiation et d'apparition d'intermédiaires.

Contrairement à certaines anticipations qui considéraient qu'internet allait faire disparaître des intermédiaires, on a assisté à l'émergence de nouveaux acteurs qui se sont positionnés justement sur de l'intermédiation (place de marché comme eBay par exemple, e-commerce comme Amazon, Google...). Cette apparition de nouveaux intermédiaires a conduit à des travaux sur les fonctions de l'intermédiation. Ils insistent sur 3 fonctions (Spulber, 1996).

La première renvoie à l'immédiateté des transactions, immédiateté permise par « l'intermédiaire » et son mode de fonctionnement propre. La seconde renvoie à la facilitation de la mise en relation entre demande et offre, cette facilitation repose sur la formalisation d'options préétablies par l'intermédiaire. Enfin la troisième fonction assumée par « l'intermédiaire » est de garantir et contrôler la mise en relation et va de paire avec le développement d'une expertise sur les comportements des différents acteurs mis en relation et la qualité et la quantité d'information qui pourront être mobilisées dans le processus.

Ces travaux montrent également que lorsqu'on cherche à comprendre la valeur associée à l'intermédiation, il ne faut pas considérer un seul destinataire auquel l'intermédiaire rendrait un service mais la valeur apportée aux différents acteurs qui se trouvent mis en relation par l'intermédiaire.

### ***3. Les différentes valeurs de la téléassistance***

Dans le cas de la téléassistance, cette réflexion nous amène à considérer deux niveaux pour aborder la valeur de ce service.

D'une part, le niveau de la personne âgée, abonnée, et également co-productrice du service et des usages bien spécifiques qu'elle fait de ce dispositif.

D'autre part, si l'on considère la téléassistance comme outil d'intermédiation, cela incite à analyser la valeur pour chacun des « utilisateurs » du dispositif : la personne âgée, le réseau de proximité, la famille, le Samu, le conseil général, le médecin traitant, l'antenne locale de l'opérateur, l'association d'aide à domicile, etc. Cela renvoie à l'idée d'un « usager pluriel », dont chaque partie trouve dans ce dispositif une valeur différente. Au-delà de l'intérêt économique pour chacune de ces parties prenantes, leur intéressement (Ackrich, Callon, Latour, 1988) s'avère une clé dans l'activation d'un réseau d'acteur rendu possible par la téléassistance. Autrement dit, chaque partie participe à la valeur du dispositif pour les autres parties.

Les trois fonctions d'intermédiation mises en lumière dans la littérature se retrouvent dans le cas de la téléassistance.

L'immédiateté nous semble une caractéristique qu'il faut souligner dans la valeur associée à la téléassistance. La personne âgée peut déclencher 24h/24h et avoir une réponse rapide car les opératrices minimisent la file d'attente et traitent les appels rapidement au cas où il s'agirait d'une situation d'urgence dans laquelle le délai peut avoir des retombées vitales. Au-delà, l'opérateur de téléassistance se charge de trouver une intervention qui pourra être mise en œuvre rapidement en fonction de la demande. Du coup, cette réactivité dans la réponse est utilisée par les personnes âgées et cela pas uniquement pour l'urgence. (cf. section sur les usages réels).

Cette rapidité peut être valorisée aussi par d'autres acteurs, les enfants, le Samu ou le médecin, car avec ce dispositif la communication est très concentrée et fonctionnelle.

Une deuxième fonction renvoie à la mise en relation entre la demande et l'offre. La personne âgée a l'assurance qu'une personne viendra l'aider. Mais la personne du réseau de solidarité a l'assurance que quelqu'un interviendra, même si à l'instant précis où il faudrait répondre, elle n'est pas disponible. La communication ne restera pas sans suite.

Au-delà, par un jeu de questions réponses très ciblé, l'opératrice de téléassistance oriente très rapidement vers l'option qui paraît la plus adéquate. Ainsi vis-à-vis du Samu notamment, la téléassistance fonctionne comme un filtre. Le réseau de proximité permet de lever les doutes rapidement, ce qui a été le cas dans la très grande majorité des appels observés, ainsi la fonction de filtre s'avère plutôt efficace. Ou, à contrario, si les personnes du réseau de solidarité ne peuvent se déplacer, car il s'agit par exemple de commerçants, les opératrices sauront tenir compte de leurs contraintes en fonction de la gravité de l'appel et vont explorer d'autres options afin de ménager ces acteurs qui ont accepté cette responsabilité supplémentaire pour pérenniser ce réseau. Enfin, la téléassistance peut également, si nécessaire, faciliter l'intervention des acteurs de l'urgence en apportant différentes informations.

Les différentes expériences accumulées participent ainsi de la réputation de la téléassistance qui cherche avant tout à ne pas déplacer les intervenants pour « rien ».

La troisième fonction de garantie s'adosse sur l'expertise et les informations qui se trouvent réunies au niveau de l'intermédiaire. Elle s'avère également importante dans le cas de la téléassistance.

En effet, une spécificité de l'opérateur de téléassistance est de concentrer des informations sur des acteurs (le réseau de proximité, le médecin traitant, les heures de passage de l'aide ménagère, etc.), parfois sur des pathologies, mais également sur la fréquence des appels qui peuvent être utiles pour resituer une communication dans un contexte.

Toutes ces informations sont mises à profit pour apporter la réponse qui paraît la plus adéquate à l'appel. Elle peut également être transmise à un intervenant du réseau de proximité, être mise à profit d'un correspondant qui en aurait besoin : « *le dossier médical se trouve dans le buffet* », « *l'aide ménagère passera dans une heure* », etc.

Des informations statistiques agrégées peuvent servir de base à un suivi de population au niveau d'une commune, ou d'un département. Ici la valeur se situe plus au niveau d'un donneur d'ordre.

Enfin, parce que la mise en relation passe par un intermédiaire il y a une « normalisation » de la relation et des rôles. Ainsi, parfois la téléassistance peut temporiser la sollicitation des correspondants par rapport à une personne âgée particulièrement anxieuse. Au contraire, la téléassistance peut obtenir d'un parent, un comportement jugé « normal » : « *le Samu vient chez votre mère, il faut que vous soyez sur place* ».

A côté des promoteurs de la téléassistance, on trouve des détracteurs. Une question récurrente est alors la suivante : la téléassistance répond-elle à un besoin des personnes âgées ou résulte-t-elle d'une logique technologique qui conduit souvent à des offres qui ne correspondent pas à ces besoins ? Ainsi certaines études menées avec une approche territoriale et impliquant des jeunes seniors « pour appréhender leurs besoins à venir mettent l'accent principalement sur des besoins au niveau du logement (qui permet le maintien à domicile), des transports (adapté mais non stigmatisant) et du lien social. La téléassistance ne ressort pas de manière spécifique comme une priorité dans ce type d'étude. Le développement relativement limité en France de ce service (10 % des personnes de plus de 85 ans) est également un argument avancé pour questionner ce qu'un tel service apporte aux personnes âgées.

Les approches classiques de l'analyse de la valeur apportée par une innovation consistent en effet à analyser les besoins des clients et à mettre en regard les apports de l'innovation (Meyers et Marquis 69). Elles situent cette analyse du marché, des clients et de leurs besoins non satisfaits par les produits existants dans les phases amont du processus d'innovation (Ulrich et Eppinger, 2004).

Nous soulignerons pour conclure les critiques faites dans la littérature la plus récente à ces approches (Benghozi, Charue-Duboc, Midler, 2000). D'abord, cette analyse des besoins à partir des produits existants fait rarement émerger des opportunités de valeur radicalement nouvelles. De plus, les dimensions identifiées ne correspondent pas nécessairement aux valeurs que pourraient apporter aux clients les technologies ou applications nouvelles sur lesquelles porte l'exploration. Ainsi, certains auteurs critiquent les démarches qui partent des besoins des clients dans le cas d'innovations radicales car souvent les utilisateurs n'imaginent pas les usages auxquels elles peuvent leur donner accès. D'autres auteurs mettent l'accent sur des processus de couplage entre des besoins des clients et des possibilités techniques et les opposent à des démarches qui traitent séquentiellement l'analyse de ces deux composantes.

## ***Conclusion***

Ce détour par les différentes fonctions d'intermédiation qui émergent dans le cas des services s'adossant sur des Tics, permet d'éclairer notre réflexion sur la valeur de la téléassistance. Ainsi, il n'existe pas une valeur universelle de la téléassistance pour les personnes âgées. Cependant, en spécifiant les différentes dimensions de l'intermédiation sur

lesquelles la téléassistance peut apporter de la valeur, il devient plus aisé d'identifier les différents acteurs qui peuvent associer de la valeur à ce service.



# Conclusion Générale

Notre réflexion a porté sur l'évolution du dispositif de téléassistance, les innovations qui soutiennent cette dynamique, et la performance du dispositif.

## **Une approche méthodologique double : une entrée par les opérateurs et une analyse de l'activité**

Une première approche a consisté à caractériser les différents opérateurs du secteur de la téléassistance, et à identifier les acteurs intervenants tout au long de la chaîne d'offre concernant ce service. Nous avons ainsi distingué des catégories de téléassisteurs, notamment en les caractérisant selon leur champ géographique d'action (national, ou au contraire très local), et la nature du lien qu'ils construisent et entretiennent avec le territoire local (délégation auprès d'acteurs locaux de certaines dimensions clés du service, ou au contraire présence locale forte de l'opérateur lui-même, notamment pour les acteurs du secteur associatif et grâce aux associations locales).

Cette première approche a été complétée par un travail d'observation de l'activité de téléassistance, et d'entretiens auprès d'acteurs proches du dispositif, soit parce qu'ils le préconisent soit car ils sont en lien étroit avec les opérateurs. Cette perspective sur l'activité même des opérateurs a permis de mettre en évidence d'une part la multiplicité des usages du dispositif qui déborde largement l'urgence et la convivialité. Elle a conduit également à souligner les rôles pris en charge par les acteurs qui construisent le service (téléopératrices, coordinateurs sur les plateaux d'appel, chargés des opérations, directeurs opérationnels,...), notamment de diagnostic à distance et d'arbitrage sur les ressources à solliciter. Pour soutenir l'activité en plateau, les opérateurs ont chacun créé des procédures d'intervention qui correspondent à ce que nous avons défini comme une « proximité de médiation organisée » inscrite dans le dispositif. Mais les particularités des situations individuelles et locales et les imprévus exigent de la télé-opératrice en charge d'un appel, et qui se trouve à distance, de savoir quand et comment s'écarter de ce standard d'intervention ; elle est alors prise entre plusieurs tensions : l'urgence, le risque d'un problème grave, et les ressources limitées dont elle dispose (le Samu qu'il ne faut pas surcharger ; les intervenants qu'il faut ménager).

## **La dynamique d'évolution de l'offre, pour répondre à des tensions au cœur du système**

Cette analyse de l'activité a permis de mettre l'accent sur une complexification de la figure de l'utilisateur et sur les différentes tensions auxquelles les opérateurs doivent faire face. Ces évolutions peuvent constituer des points d'appui pour envisager les dynamiques à venir.

La complexification de la figure de l'utilisateur peut se mettre en évidence à deux niveaux :

\* en premier lieu, on assiste à une multiplication des usages du dispositif par la personne âgée elle-même ; l'usage ne se cantonne plus à la situation de chute déclenchant une intervention d'urgence ; la téléassistance intervient dans quantité d'autres situations de la vie quotidienne de la personne âgée, créant du lien entre les acteurs qui gravitent autour de cette dernière pour rendre des petits services du quotidien, ou traiter de situations d'« urgence moyenne », qui ne nécessitent pas l'intervention des pompiers ou du Samu mais d'autres acteurs (réseau de solidarité par exemple pour relever quelqu'un qui a fait une chute sans gravité, médecin traitant, famille,...) ;

\* et en second lieu la multiplication des usagers du dispositif. Aujourd'hui, l'utilisateur n'est plus uniquement la personne âgée, mais la personne âgée dans son entourage proche (famille, amis, voisins,...), la personne âgée dans son réseau de solidarité, la personne âgée en tant qu'objet des attentions de l'acteur public (municipalité, conseil général,...) ; ces différents acteurs ont aussi des exigences vis-à-vis du dispositif de téléassistance qui conduisent à faire évoluer l'offre de service : intermédiaire de l'urgence, intermédiaire du quotidien, veille sur une catégorie de population fragilisée,...

En miroir à cette complexification des usages du dispositif, on soulignera les tensions auxquelles l'opérateur est confronté et qu'il tente de gérer. Elles renvoient à différentes exigences :

- le positionnement du service de téléassistance, qui se situe en quelque sorte à l'intersection entre le champ des services à la personne et le champ du médical ; en tant qu'intermédiaire, créateur de lien, les opérateurs se trouvent devoir gérer les

contraintes de temps des différents acteurs intervenants, porter des diagnostics sur l'opportunité d'un appel à l'un ou à l'autre des partenaires, prendre en compte la surcharge de certains acteurs (Samu, Pompiers,...), respecter certaines pratiques et éthiques propres à chacun des acteurs (secret médical,...) etc...

- la nécessité, tout en étant à distance, de créer une certaine proximité avec l'utilisateur, afin que le dispositif puisse s'adapter à des situations imprévues ; il s'agit alors de combiner avec la proximité de médiation organisée présente au sein du dispositif d'autres formes de proximité, comme la proximité géographique et relationnelle.
- le rapport entre une certaine recherche de standardisation, pour pouvoir rendre le service à grande échelle, et la volonté de prendre en compte les singularités de la personne âgée, et plus encore de la personne âgée dans son contexte.

### **Comment appréhender la valeur de ce service ?**

Ces phénomènes de complexification et ces tensions créent à la fois les difficultés du service, mais sont en même temps révélatrices de la valeur de la téléassistance.

- La valeur s'appréhende en premier lieu au niveau de la personne âgée et des usages qu'elle fait du dispositif. Au-delà du rôle essentiel de secours d'urgence, la téléassistance contribue à rassurer et à pallier une certaine solitude, à la fois à travers l'outil de mise en relation à distance mais également en renforçant le réseau de solidarité et d'entraide locale, qui se trouve tout à la fois sollicité et enrichi, mais également protégé et ménagé.
- La valeur s'appréhende également au niveau des différents utilisateurs du dispositif pour lesquels la téléassistance a une fonction d'intermédiation (le réseau de proximité, la famille, le Samu, le conseil général, le médecin traitant, l'antenne locale de l'opérateur, l'association d'aide à domicile...). La première dimension de la valeur sur laquelle nous avons insisté est l'immédiateté et la continuité dans la prise en charge des appels. La deuxième dimension de la valeur renvoie à une fonction de mise en relation entre une demande et l'intervention appropriée. La téléassistance joue en effet tout à la fois un rôle de filtre permettant de solliciter les ressources les plus appropriées tout en ménageant les ressources rares et un rôle de déclencheur d'action

en obtenant l'intervention de la famille ou d'un médecin qui sont pourtant l'objet de sollicitations multiples. Les tensions que nous avons soulignées sont révélatrices des difficultés à surmonter pour opérer le service, mais également révélatrices de sa valeur.

- Une troisième dimension de la valeur réside dans la construction et la centralisation d'un certain nombre d'informations sur les abonnés, informations qui peuvent être mobilisées en temps réel pour apporter l'aide la plus appropriée ou mettre à disposition des éléments complémentaires à des intervenants. Ces informations peuvent également être mobilisées dans le temps différé dans une logique de veille sur une population fragilisée.

De manière complémentaire, nous voudrions souligner un certain nombre de conditions favorables au développement d'une telle dynamique de complexification de la prise en charge et d'apparition de formes de valeurs nouvelles pour les acteurs concernés.

Tout d'abord, nous insisterons sur le rôle des interlocuteurs qui se situent dans l'environnement de la personne âgée et qui la conseillent quant à la mise en place de solutions lui permettant d'adapter ses conditions de vie au vieillissement. Ils contribuent à proposer le dispositif de téléassistance, à le suggérer en fonction des situations personnelles où il pourrait apporter une aide, à le faire connaître en référence à d'autres personnes âgées de l'environnement proche qui l'utilisent. Ces interactions avec des relais en qui la personne âgée a confiance, la conduisent progressivement à envisager de s'équiper. Plusieurs opérateurs étudiés ont tissé ce réseau relationnel avec différents relais en local. Ce processus d'acceptation, sa temporalité ainsi que les acteurs pouvant y contribuer, nous paraissent essentiels à prendre en compte pour comprendre les mécanismes d'adoption du dispositif de téléassistance. Ils diffèrent assez radicalement d'une logique de prescription médicale.

Ensuite, nous voulons mettre en avant l'importance de l'appropriation et du réflexe d'usage en situation critique pour la personne âgée, qui sont une difficulté rencontrée pour le bon fonctionnement des dispositifs de téléassistance. L'observation et les entretiens menés montrent la diversité des démarches développées par les opérateurs de téléassistance pour répondre à cette difficulté. Caractéristique première de ces démarches, l'usage récurrent du dispositif de téléassistance apparaît essentiel. Différents éléments permettent alors d'apprécier l'effort réalisé pour créer cette récurrence de l'usage : la fréquence des appels de test

technique par les abonnés, la relance des abonnés ne faisant pas ces tests, l'existence d'appels sortant systématiques, ou d'autres approches plus qualitatives comme l'édition d'un journal qui met en scène les bonnes pratiques d'usage du dispositif, ou les démarches de sensibilisation auprès d'acteurs de l'entourage de la personne âgée, etc.

Enfin, le travail autour du réseau de solidarité nous paraît tout à fait déterminant dans la qualité du service, et cela d'autant plus que nous avons souligné la multitude des appels pour des situations ne relevant ni de l'urgence ni de l'appel de convivialité et qui nécessitent d'intégrer dans la réponse différents éléments supposant de connaître la personne dans son environnement. Les opérateurs sont bien conscients de l'importance de ce réseau, aussi bien pour ne pas solliciter les secours d'urgence à mauvais escient, que pour ne pas fracturer inutilement une porte d'entrée, ou pour faire les choix les plus opportuns en fonction du suivi médical de la personne et des intervenants qui la visitent. Le soin mis à la constitution du réseau de solidarité, mais surtout à sa mise à jour, ainsi qu'aux échanges locaux qui contribuent à faire vivre ce réseau de solidarité, nous paraissent là aussi tout à fait centraux pour améliorer la qualité du service.

### **Pour conclure : au-delà de la performance technologique, l'importance de l'inscription du dispositif dans l'environnement social de la personne âgée**

Au-delà de la dimension technologique, souvent mise au premier plan, l'analyse des dynamiques d'évolution du système de téléassistance conduit à mettre l'accent sur le maillage de différents acteurs qui se crée autour de la personne âgée. L'opérateur joue un rôle d'intermédiaire, qui va susciter la mobilisation de ces ressources, et travailler à la qualité de leur articulation. C'est autour de la création de liens entre acteurs, autour du travail d'articulation et de filtre joué par les opérateurs que l'on peut voir les principales évolutions autour du dispositif. Elles contribuent à la fois à la dynamique de l'offre et à l'évolution de l'activité sur les plateaux de téléassistance.

En analysant le rôle d'intermédiation de la téléassistance, qui n'apparaît alors plus simplement sous sa dimension technologique, nous avons mis l'accent sur les multiples usagers de ce dispositif. Parmi eux les acteurs du secteur médical, en particulier les médecins, apparaissent comme des interlocuteurs qui peuvent être contactés mais avec lesquels les relations ne sont pas instituées. La place du médecin dans le réseau d'acteurs qui entoure la

personne âgée et les modes de sollicitation (qui apparaissent pour l'instant très variés suivant les praticiens) nous semblent pouvoir être un axe de réflexion.

Enfin, une dernière dimension qui ressort de nos observations et peut constituer un axe de réflexion a trait au système d'information qui sous-tend l'activité des téléopératrices. De par la technologie en place, des bases de données importantes sont constituées ; réfléchir aux formes d'utilisation de ces données, et cela dans le respect de règles éthiques qui sont à construire, nous semble également une autre perspective de réflexion importante pour les acteurs du secteur. Aujourd'hui, lorsqu'elles sont utilisées, ces données servent surtout à rendre compte de l'activité. Mais elles peuvent également contribuer à une veille sociale pour déceler la dégradation de l'état général d'une personne et proposer une aide qui le pallierait. Elles pourraient permettre, à plus large échelle, de construire des données sur ce type de population dans une visée d'observatoire, voire de segmentation.

## Bibliographie

- Ackrich M., 1993, “Les objets techniques et leurs utilisateurs. De la conception à l’action”, in Conein et alii (eds), *Les objets dans l’action*, Paris, Editions de l’EHESS.
- Ackrich M., Callon M., Latour B., 1988, “A quoi tiennent le succès des innovations”, *Gérer et Comprendre*.
- Borzeix A., 2000, “Relation de service et sociologie du travail - l'utilisateur : une figure qui nous dérange ? ”, *Les Cahiers du Genre*, n° 28.
- Bidet, A., 2007a, “La mise en récit du trafic téléphonique. Prendre prise sur un travail « immatériel ”, *Raison présente*, n°162, Nouveaux aspects du travail, pp. 19-31.
- Bidet, A., 2007b, “Le travail entre corps et technique : du labor à l’agir créatif”, Communications EHESS, *Corps et techniques*, n°81, Seuil, pp. 215-223.
- Benghozi P.J., Charue-Duboc F., Midler C., 2000, *Innovation Based Competition & Design Systems Dynamics*, Paris, Édition l’Harmattan.
- Ben Mahmoud-Jouini S., Charue-Duboc F. 2008, “Concept Generation Processes: Customer Involvement for Radical Innovation”, Academy of Management Best Paper Proceedings.
- Bizouerne S., 2009, *Priorité à la personne*, Paris, Gallimard.
- Bouba-Olga O., Grossetti M., 2008, “Socio-économie de proximité”, *Revue d’Economie Régionale et Urbaine*, n°3, pp. 311-328.
- Caradec V., Le Borgne-Uguen F., 2005, “Les nouvelles technologies dans l’aménagement de l’habitat”, in *Technologies urbaines, vieillissements et handicaps*, Pennec S. et Le Borgne-Uguen F. (dir.), ENSP, Coll. Recherche. Santé Social. Rennes. pp. 29-47.
- Caradec V., 2008, “L’âge, une construction sociale” <http://www.lemensuel.net/> extrait le 9 juillet 2008.
- Charon J. M., 1987, “Teletel, de l’interactivité homme/machine à la communication médiatisée”, in *Les paradis informationnels*, Marchand M. et le SPES (dir.), collection CENT/ENST, Masson, pp.103-128.
- Charue-Duboc F., 2007, *Management stratégique de l’innovation technologique*, Habilitation à diriger des recherches, Université de Lille

- Chauvière, M., Frotiée, B., 1998, “La Téléphonie sociale. Perspectives sociologiques”, *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, La Documentation française, pp. 167-180.
- Collard D., Raulet-Croset N. 2006, “La dynamique de l'apprentissage "situé". L'exemple des compétences dites de "médiations"”, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°59.
- Conte M., 1988, *Téléalarme aujourd'hui, télécontact demain*, Paris, Puf.
- Dubar C., Tripier P., 1998, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin.
- Dumez H., Suquet J.-B., 2009, *Les jeux de la règle : une approche interdisciplinaire*, Paris Ed. L'Harmattan, Collection Logiques de gestion.
- Durand, J-P., 2003, *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Le Seuil 386 p.
- Frossard M., 1990, “Maintien à domicile ou hébergement. Les coûts comparés”, *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, janvier-mars.
- Girin, J., 1995, “Les agencements organisationnels”, in *Des savoirs en action. Contributions de la recherche en gestion*, Charue-Duboc F. (dir.) Paris, L'Harmattan, pp. 233-279.
- Grosjean M., 2004, “Le mistigri de la négociation dans les services“, in *La négociation au travail*, Grosjean M., Mondada L. (sous la dir.), pp. 121-150, Lyon, PUL / ARCI.
- Jouet J., 1990, “L'informatique sans le savoir”, *Culture Technique*, n°21.
- Jouet J., 1993, “Pratiques de communication, figures de la médiation”, *Réseaux*, n°60, pp. 99-120.
- Jougleux M., 2006, “Enrichir l'approche théorique de la qualité dans les services: qualité du service et qualité de service”, *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 21 n°3.
- Journé B., Raulet-Croset N., 2008, “Le concept de situation : contribution à l'analyse de l'activité managériale dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude”, *Management*, Vol. 11, n° 1, pp. 27-55.
- Grenier C., 2007, “Le difficile apprentissage de la coordination dans les réseaux de santé” in *Où va le travail à l'ère du numérique*, Saint Laurent-Kogan (de) A-F, Metzger J-L (sous la dir.), Paris, Presses des Mines de Paris, Coll. Sciences sociales.
- Kogan, A-F., 2008, “L'ancrage social de la téléassistance pour personnes âgées : des actes de communication à l'information organisationnelle”, *Les Enjeux de l'information et de la communication*. Mis en ligne le 20 mars 2009. [http://www.u-grenoble3.fr/les\\_enjeux](http://www.u-grenoble3.fr/les_enjeux).



- Kogan A-F, 2008, "The evolution of services with ICTs : Remote assistance device for elderly people", in : *Innovating for and by users*. Jo Pierson, Enid Mante-Meijer, Eugène Loos and Bartolomeo Sapio Editors. COST Action 298 "Participation in the Broadband Society" pp. 159-170.
- Laville J.L., 2005, *Sociologie des services, Entre marché et solidarité*, Editions ERES.
- Leclerc P., 2005, "Pour une politique territoriale du vieillissement", *Population & Avenir* n°674bis. Sept-oct.
- Lenfle S., Midler C., 2009, "The launch of innovative product-related services: lessons from automotive telematics", *Research Policy* **38**(1), pp. 156-169
- Magnusson P., 2003, *Customer-Oriented Product Development, Experiments Involving Users in Service Innovation*, Stockholm, Stockholm School of Economics, EFI The Economic Research Institute.
- Mallein P., Toussaint Y., 1994, "L'intégration sociale des technologies d'information et de communication : une sociologie des usages", *Technologies de l'information et société TIS*, vol. 6, n°4, pp. 315-336.
- Meyers, S., Marquis, D., 1969, *Successful Industrial Innovation*, National Science Foundation.
- Osty F., 2003, *Le désir de métier, Engagement, Identité et reconnaissance au travail*, Presses Universitaires de Rennes.
- Perriault J., 1989, *La logique de l'usage. Essai sur les machines à communiquer*, Paris, Flammarion.
- Picard R., 2008, "Enjeux des TIC pour l'aide à l'autonomie des patients et citoyens en situation de handicap ou de fragilité dans leurs lieux de vie", Rapport du Ministère de l'Economie de l'Industrie et de l'Emploi.
- Rallet A., Torre A., (2007), "Etre proche est-il encore nécessaire à l'heure d'Internet ? " in : *La proximité à l'épreuve des technologies de communication*, Rallet A., Torre A. (dir.), Paris, L'Harmattan.
- Rialle V., 2007, "Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgées et de leur famille", Rapport, République Française, Ministère de la Santé et des Solidarités, Mai, 74 p.

- Rochette B., Marchandet E., 1998, “La télésurveillance au service des particuliers”, *Publications du Plan Construction et Architecture*, cahier 3043, 44 p.
- Rousseau F., 2008, interviewé dans le dossier “Associations et services à la personne, le temps des questions” in *Le nouvel Economiste*, n°1438, 26 juin-2 juillet 2008, p 50.
- Saint Laurent-Kogan (de) A-F, 2007, “La canne et le médaillon”, *Gérontologie et Société*, n°121, pp. 137-143.
- Saint Laurent-Kogan (de) A-F, 2004, “Système technique et organisation : une question d’apprentissage. Petite revue de littérature”, *Sciences de la Société*, n°63, octobre.
- Saint Laurent (de) A-F, 2002, (avec V. Legoazion, Y. Toussaint, F. Lozier), “Maintien à domicile des personnes âgées : les acteurs de l’offre de service de téléassistance”. Rapport final DRESS-MiRe – CNAV “Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population”, 154 p.
- Silverstone R., Hirsch E., 1992, *Consuming technologies, Media and Information in Domestic Spaces*, London, Routledge.
- Spulber D., 1996, “Market Microstructure and Intermediation”, *Journal of Economic perspectives*, vol. 10, n°3, pp 135-152.
- Thomke S., 2005, “R&D comes to services, Bank of America’s Pathbreaking Experiments”, *Harvard Business Review*, pp. 3-11.
- Ughetto P., 2007, *Faire face aux exigences du travail contemporain*, Lyon, Editions de l’ANACT, 157 p.
- Ulrich K., Eppinger S., 2004, *Product Design and Development* (3rd ed), New York, Irwin-Mc GrawHill.
- Vendramin P., 2004, “Parcours professionnels dans les métiers des technologies de l’information et de la communication” - Enquête MÉTIC. FTU Namur.
- Von Hippel E., 2005, *Democratizing Innovation*, Cambridge (MA), The MIT Press.
- Zimmermann B., 2008, “Le territoire dans l’analyse économique. Proximité géographique et proximité organisée”, *Revue Française de gestion*, n° 184, pp. 105-118.

# Annexe

	Acteur	Région	Date de la rencontre
<b>1 - opérateurs de plateforme de téléassistance</b>			
	GTS- Mondial assistance		20-nov-08
			7-oct-09
	PRESENCE VERTE (MSA)		7-nov-08
			25-mars-09
	FILIEU -ADMR		26-sept-08
	VITARIS		17-juil-08
	EQUINOXE		14-oct-08
	CUSTOS		8-oct-08
	Fondation Caisse d'Epargne (SIRMAD)		11-juil-08
	UNA-téléassistance		21-avr-09
	DomPlus		20-juil-09
	Secours-Assistance		13-juil-09
<b>2 - Acteur public</b>			
	CNSA		4-nov-08
<b>3 - Représentants en région (Collectivités territoriales, organismes de protection sociale et associations)</b>			
Paris	Coordination CLIC	Paris	6-août-08
	CLIC 19ème	Paris	21-juil-08
	CLIC 15ème/16ème	Paris	22-juil-08
Val de Marne	Clic Val de Marne	Créteil	-juil-09
Loire Atlantique	DGAS du Conseil Général	Nantes	14-févr-07
	Clic Loire Atlantique	Nantes	25-sept-09
Lot	Conseil Général	Cahors	17-déc-08
	"	Cahors	18-déc-08
	"	Cahors	18-déc-08
	SDIS	Cahors	18-oct-08
	EPAT	Figeac	17-déc-08
	Antenne M.S.A.	Figeac	17-déc-08
	A.D.M.R.	Cahors	
<b>4 - Réseaux de soins</b>			
	réseau géronto ancrage	Paris	-juin-09
	réseau géronto soin palliatifs ancrage	Paris	1er juil 09
	réseau Val de Marne G4	Créteil	-juil-09
<b>5 - Société ou association de service à la personne</b>			
	service à domicile Pyrénées atlantique	Bayonne	juil-09
	PROXIM'SERVICES	Le Mans	22-juil-08

<b>6 - Mutualistes</b>			
	Harmonie Atlantique : Mutualité Retraite	Nantes	02/01/2009
<b>7 - Matériel</b>			
	Laudren Electronique	Lanester 56	12-déc-08
	TAM télé Santé	Aix-en- Provence	6-nov-08
<b>8 - Autres acteurs</b>			
	CGTI	Paris	10-déc-08
	Ecole de Paris du Management - C.R.G.	Paris	8-oct-08