

RAPPORT D'ETUDE

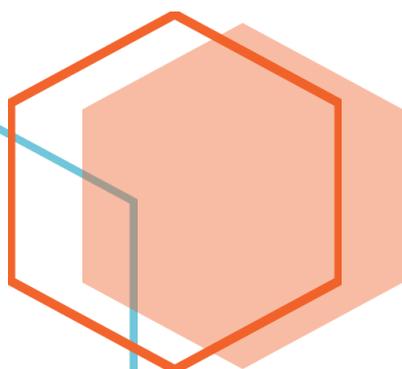
Evaluation d'un dispositif digital : Etude d'acceptabilité et d'usage
d'une thérapie non médicamenteuse en EHPAD

Décembre 2022

Charlotte VERGÉ

Chargée de projets, GÉrontopôle AURA

Sous la direction de Solène Dorier (Chargée de projets)



Gérontopôle AURA - 04 77 12 07 32 - contact@gerontopole-aura.fr
25 Boulevard Pasteur, Site de l'hôpital Bellevue, Pavillon 22, 42100 St Etienne

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Table des matières | 1 |
| Introduction | 3 |
| I. Contexte | 5 |
| 1. Retentissements des pathologies sur les résidents | 5 |
| 2. Retentissements des pathologies et de l'organisation des EHPAD sur les professionnels | 6 |
| 3. Les thérapies non médicamenteuses digitales | 8 |
| 4. Un logiciel au service de l'ensemble des acteurs en EHPAD | 9 |
| 5. Contexte de l'étude | 11 |
| II. Etude d'acceptabilité et d'usage | 13 |
| III. Une méthode qualitative | 16 |
| 1. L'enquête qualitative | 16 |
| 2. Outils méthodologiques | 17 |
| 3. Population étudiée | 18 |
| 4. Analyse des données | 22 |
| IV. Résultats de l'enquête | 23 |
| 1. Des conditions diverses d'utilisation | 23 |
| 2. Facilité et utilité perçues du dispositif..... | 33 |
| 3. Les feins perçus de l'utilisation du dispositif..... | 40 |
| 4. Les formations à l'utilisation du dispositif | 49 |
| 5. Construction organisationnelle autour du dispositif | 52 |
| 6. Perspectives d'utilisation à long terme | 55 |
| V. Discussion | 59 |
| VI. Préconisations | 69 |
| 1. La formation | 69 |

| | |
|--|-----------|
| 2. La communication..... | 70 |
| 3. L'organisation des structures | 71 |
| 4. Le logiciel ANISEN..... | 72 |
| VII. Limites de l'étude | 75 |
| VIII. Bibliographie..... | 76 |
| IX. Annexes | 83 |
| Annexe I : Avis comité d'éthique | 83 |
| Annexe II : Guides d'entretien Directeurs | 84 |
| Annexe III : Guides d'entretien : Autres professionnels (non-utilisateurs directs) | 87 |
| Annexe IV : Guide d'entretien semi-directif : Aides-soignantes/Aides Médico Psychologiques/Aides Educatives et sociales/psychologues | 90 |
| Annexe V : Guides d'entretien : animateurs..... | 95 |
| Annexe VI : Guides d'entretien : Résidents | 100 |
| Annexe VII : Notice d'information professionnels non utilisateurs..... | 104 |
| Annexe VIII : Notice d'information professionnels utilisateurs..... | 106 |
| Annexe IX : Notice d'information patients utilisateurs | 108 |
| Annexe X : Notice d'information patients non utilisateurs | 110 |
| Annexe XI : Grille d'observation | 112 |
| Annexe XII : Calendrier des interventions | 114 |

Introduction

Le vieillissement de la population devient un phénomène majeur. Au 1er janvier 2020, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indique que la population française continue de vieillir. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,5 % de la population, contre 20,1 % un an plus tôt et 19,7 % deux ans plus tôt (Insee, 2018).

L'augmentation du nombre de personnes âgées est principalement due au vieillissement de la génération des baby-boomers, à la baisse de la fécondité et aux avancées médicales qui offrent à la population vieillissante les moyens de rester en bonne santé plus longtemps (Brutel, 2002 ; Dumont, 2017).

Cette transition démographique tend à augmenter le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques non infectieuses, définies comme des maladies de longue durée, engendrant une prise en charge plus intense (durée de traitement plus longue, nécessité d'examens médicaux plus fréquents...). Elles concernent 30 affections de longue durée, tels que le diabète, l'hypertension et les maladies mentales (PREVISSIMA, 2021).

Par conséquent, les EHPAD accueillent actuellement des personnes de plus en plus fragiles : poly pathologiques, dépendantes, de faibles capacités. En 2016, les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cumulaient en moyenne 7,9 maladies diagnostiquées (DREES, 2016). Plus précisément, selon la grille « autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources » publiée par ROUSSEL en 2017, les individus fortement dépendants (Gir 1 et 2) souffrent de huit pathologies, contre six chez les personnes peu ou pas dépendantes (Gir 5 et 6).

L'État français et les structures d'hébergements et/ou d'accompagnement de nos aînés doivent alors faire face à de nouveaux défis : prévenir la perte d'autonomie, maintenir l'indépendance, lutter contre l'isolement, former des professionnels au repérage de la fragilité... De ce fait, les EHPAD, s'assurent aujourd'hui d'une innovation constante pour mieux « prendre soin » des seniors. De nos jours, ils sont chargés d'assurer la qualité d'accueil et de soins envers les résidents.

En effet, à compter du 1 janvier 2017, lors de la signature du Contrat Pluriannuel Obligatoire de Véhicules et d'Objectifs (CPOM) entre l'ARS et les EHPAD, les gestionnaires d'établissements se sont engagés à assurer une prise en charge de qualité et un bon accompagnement des résidents. Autrement dit, ils contribuent au bien-vieillir de nos seniors.

I. Contexte

1. Retentissements des pathologies sur les résidents

D'après Tabbarah et al. en 2002 et Arbuckle et al. en 1986, le vieillissement entraîne une baisse significative des fonctions cognitives et exécutives chez les individus, qui s'accélère vers l'âge de 70 ans (Aartsen et al., 2002). Il provoque des pathologies à l'origine des troubles neurocognitifs (maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés) conduisant à des déficits cognitifs liés à la mémoire et d'autres fonctions cognitives telles que le langage, l'exécution de tâches motrices, la reconnaissance d'objets et autres (Epelbaum, 2021).

Elles entraînent également des déficits non-cognitifs, connus aussi sous le nom de Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence (SCPD) qui prennent la forme d'agitation, de cris, de lancers d'objets, de coups, de refus de soins, d'interrogations incessantes, d'interruptions du travail du personnel, de troubles du sommeil, de pleurs... Actuellement, le nombre de personnes atteintes de maladies neurodégénératives estimé à 46 millions de personnes dans le monde, pourrait atteindre plus de 131 millions d'ici 2050 (Prince et al., 2016). Aujourd'hui, elles représentent la principale cause d'institutionnalisation, présentes pour 50% des résidents d'EHPAD.

De plus, selon Thomas et Hazif-Thomas en 2013, la dépression est une maladie courante chez les résidents d'EHPAD. Il semblerait que le risque de dépression chez les sujets âgés serait en lien avec des comorbidités. En effet, d'après Karel en 1997, la perte d'autonomie peut susciter un isolement social, des symptômes dépressifs, une diminution de la participation aux activités et une détérioration de la santé et des fonctions cognitives. Par définition, la dépression est associée à un dysfonctionnement social majeur et à une détresse



personnelle, qui peuvent avoir de graves conséquences. Plus précisément, cette pathologie entraîne : faible estime de soi, démotivation, insomnie, anorexie, apathie, asthénie et agressivité (Thomas, Hazif-Thomas, 2013).

Il semblerait que la crise de la Covid-19 ait accentué ce phénomène suite aux mesures prises pour lutter contre la propagation de l'épidémie (réduction des déplacements des résidents, des visites des proches et de la vie collective en EHPAD). Comme le soumet Gzil et al. en 2020 dans son rapport « Éthique, soin et grand âge pendant l'épidémie de Covid-19 », la crise sanitaire a eu des conséquences majeures pour les personnes âgées en perte d'autonomie et/ou vivant avec une maladie neuro-évolutive. Une augmentation des difficultés psychologiques liées à un sentiment d'enfermement ou d'absence de liberté s'est révélé en générant beaucoup de souffrance chez les résidents (Balard et al., 2021 ; Gzil et al., 2020).

Par conséquent, l'ensemble des troubles causés par le vieillissement abordé précédemment, peut entraîner des besoins en soins élevés, une consommation de médicaments plus importante (HAS, 2018), une sur-prescription de médicaments et une iatrogénie médicamenteuse responsable de 10 000 décès et 130 000 hospitalisations par an, selon un rapport remis au ministère de la santé en 2013 (Gillet, 2016). Par définition, l'iatrogénie médicamenteuse correspond à la pathologie ou toute manifestation clinique indésirable pour le patient, induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments (Bedouch, 2008). De ce fait, afin d'améliorer la qualité de vie, la coordination de l'accompagnement et le « prendre en soin » des personnes âgées au sein des établissements, des stratégies de prévention et de maintien des capacités sont mises en place par les établissements.

2. Retentissements des pathologies et de l'organisation des EHPAD sur les professionnels

Il semblerait également que les pathologies des résidents aient un impact direct sur la santé des professionnels. Les soignants déplorent un manque de temps attribué à chaque soin, créant ainsi la frustration de ne pas élaborer un travail de qualité (Gonthier et al., 2022). En effet, d'après les mêmes auteurs, le quota

soignants-résidents est vécu comme très insuffisant, ne permettant pas de travailler de façon optimale dans la bientraitance désirée.

De même, les professionnels rencontrent des difficultés à animer seulement une activité regroupant des individus aux besoins, pathologies et envies diverses étant donné, par exemple, que la mise en place d'une animation à destination d'une personne souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée nécessite une approche et un accompagnement spécifique. Pour information, un animateur ou référent de vie sociale doit accompagner 65 résidents atteints de pathologies différentes en moyenne.

Le contexte pandémique n'a fait qu'accentuer ces difficultés. D'après Gonthier et al. en 2022, les causes d'absentéisme et d'abandon de poste durant cette période ont été multiples :

« gestion des ressources humaines paternaliste, rappel répétitif du personnel en vacances pour combler des absences, formation insuffisante pour gérer des situations complexes, glissement de tâches, mauvais partage des informations entre les différents



membres de l'équipe soignante (absence de relève...), niveau de salaire bas et absence de plan de carrière des personnels ». De plus, Dujmovic et al. en 2021 font part dans leur rapport intitulé « La deuxième vague de COVID-19 dans les EHPAD », des manques structurels en personnel médical et en matériel ainsi que des retards de logistiques avec une mise en place tardive des masques FFP2 pour toutes les activités du personnel.

Ces fortes contraintes (pré et post épidémiques) ont soumis les professionnels à de fréquents troubles musculo-squelettiques (TMS) mais aussi à un certain degré de détresse psychique (fatigue psychologique, stress et grande lassitude...) (Dujmovic et al., 2021).

3. Les thérapies non médicamenteuses digitales

De manière contextuelle, en bénéficiant à la fois aux professionnels et aux résidents, les TNM sont un moyen de répondre aux besoins et caractéristiques spécifiques des EHPAD.

Par définition, les TNM sont une « alternative » à l'administration médicamenteuse en institution (Pancrazi & Métails ,2005). L'objectif de celles-ci est de proposer un projet de soins et d'accompagnement sans molécule chimique qui apporte bien-être, soulagement et maintien de l'autonomie à la personne concernée. Cette approche est de plus en plus mise en œuvre dans les structures d'accueil des personnes âgées afin d'optimiser la prise en charge malgré les contraintes apportées par les incapacités liées à l'âge et d'éviter les excès médicamenteux pouvant entraîner des complications (HAS, 2011).

Ces dernières peuvent exister sous forme numérique, à travers des technologies de l'information et de la communication (TIC). Les TIC désignent une large gamme d'outils technologiques pouvant aider les personnes à retrouver une intégrité physique, psychologique et sociale en participant à la réduction de l'évolution des symptômes, et le maintien cognitif des individus (Brangier et Pïno, 2001). En effet, selon les auteurs précédents, elles agissent sur la stimulation intellectuelle et l'importance des relations interpersonnelles à travers ses nombreuses fonctionnalités (accès aux réseaux sociaux, à des jeux ainsi qu'à une grande quantité d'informations). La stimulation et le soutien de leurs capacités déficitaires maintiennent ainsi de leur autonomie et leur indépendance (Piau & Rialle, 2012 ; Rialle, 2007). Et cela, même pour les patients atteints de maladies neurodégénératives puisque *« les nouvelles technologies semblent pouvoir améliorer la qualité de vie et de prise en charge des personnes souffrant de pathologies neurodégénératives, tout en contribuant au maintien de leur autonomie »* (Bier, 2018).



Par ailleurs, elles profitent également aux professionnels des EHPAD. En effet, les TIC sont mobilisées dans les établissements pour favoriser les pratiques des professionnels. Par exemple, nombreux sont ceux qui les utilisent pour réaliser des téléconsultations dans la mesure où ils sont confrontés à la difficulté de déplacer les résidents en consultation (Salles, 2017). Nous pouvons mettre en évidence, un accroissement fort de leur utilisation dans les EHPAD depuis la crise de la Covid-19.

4. Un logiciel au service de l'ensemble des acteurs en EHPAD

A ce jour, de nombreuses innovations technologiques ont été développées à destination du public vieillissant. Nous nous intéresserons plus particulièrement à une entreprise, nommée ANISEN qui propose une « thérapie non médicamenteuse » sur tablette digitale pour laquelle le doigt exécute sur l'écran l'ordre émis par le cerveau. L'objectif de cette dernière est de « construire une dynamique collective d'établissement pour une meilleure vie en communauté » (ANISEN, 2022). En effet, le logiciel proposé par la société, à destination des EHPAD, a été imaginé dans le but de permettre le pilotage de la vie sociale de l'établissement impliquant l'ensemble des services, des professionnels, des résidents et de leurs familles.

Cet outil se veut être à la fois un appui pour la préparation des activités et une plateforme de services personnalisable en fonction des besoins de l'établissement, en lien direct avec leurs logiciel « métiers » (logiciel de soins, logiciel EHPAD...) :

- Le planning de vie sociale permet de centraliser les activités de l'établissement (pat games et prestataires externes) grâce à un planning adapté, avec une gestion par service.
- Les fiches d'activité et les indicateurs cognitifs proposés par le dispositif permettent d'adapter les séances des résidents et de les évaluer grâce aux comptes rendus des séances.
- Le volet PAT GAMES, défini comme un programme d'activités thérapeutiques adapté aux personnes âgées fragiles et dépendantes, permet d'optimiser les temps de vie sociale avec des séances collectives, individuelles et flash pouvant mobiliser différentes compétences : « estime de soi », « cognitif », « physique et bien être », « nutrition et vie quotidienne ». D'après le fournisseur, les activités agissent sur les fonctions cognitives des utilisateurs (attention, mémoire, langage, repérage visuo-spacial, les praxies ou les fonctions exécutives). Par exemple, une activité serait susceptible de monopoliser l'attention d'un résident en se basant sur ses capacités préservées et ses affects pour mettre fin à son agitation.
- Le site de pilotage, quant à lui, permet de gérer et suivre la vie sociale des résidents de l'établissement afin de pouvoir évaluer l'évolution individuelle et globale des résidents et communiquer des rapports détaillés aux familles.

Le logiciel de vie sociale (EGLE) à évaluer

Composé de 5 outils pour :

- Planifier
- Stimuler
- Personnaliser
- Suivre

= optimiser la vie sociale

- 01. Simply**
Plateforme de services (*interopérabilité logiciels de soins*)
- 02. Planning**
De vie sociale
- 03. Outils de coordination**
Adapter les activités
- 04. PAT Games**
60 activités thérapeutiques
- 05. Site de gestion**
Données de vie sociale (HDS)

Plus précisément, ce dispositif permettrait de traiter les troubles du comportement, en partie, grâce au maintien des capacités cognitives que les activités variées proposées par le logiciel induisent aux bénéficiaires (Blind test, jeux de mémorisation, etc.). Selon les premiers chiffres déclarés par l'entreprise, cette « thérapie non médicamenteuse » innovante semble faire ses preuves auprès des résidents, pour lesquels 96% des activités sont appréciées.

Par ailleurs, ce dispositif permettrait aussi, de créer des liens sociaux entre les résidents, le personnel et les familles, par le biais de Skype, par exemple, puisque ce logiciel permet d'accéder aux réseaux sociaux. De plus, d'après les informations publiées à son propos, ce logiciel serait en mesure d'augmenter les temps de vie sociale au sein des établissements et d'élaborer le suivi global des résidents. Afin de rassurer et d'accompagner l'utilisation par les professionnels, l'entreprise forme les professionnels utilisateurs des établissements à l'approche et la méthodologie du logiciel.

5. Contexte de l'étude

La société ANISEN, en partenariat avec des EHPAD publics et privés de la Loire ont initiés cette expérimentation de pratique innovante pour et au bénéfice des résidents des EHPAD sur le territoire départemental. Dans ce cadre, le Gérontopôle AURA, association loi 1901 basée à Saint-Etienne, a été missionné pour réaliser une évaluation globale du projet.

Le Gérontopôle AURA accompagne la mise en œuvre et le déploiement de projets, d'innovations sociales ou technologiques d'acteurs divers comme les structures de soin, du secteur médico-social, les associations et entreprises en lien avec le vieillissement de la population. Il possède d'ores et déjà une expérience en matière d'évaluation de projets puisqu'il a mené et mène actuellement plusieurs évaluations, permises par différents commanditaires. A titre d'exemple, il est missionné pour évaluer certains projets soutenus par la CFPPA de la Loire (expérimentation d'ateliers de co-construction de fresques murales en établissement, expérimentation d'un outil innovant de brossages des dents en accueil de jour et à domicile...). De même, il a récemment évalué le projet

« Sentinelles » porté par l'UNA AURA, la CARSAT RA, l'AIMV Saint-Etienne et Maxi Aide Grand Lyon qui ont développé et testé un dispositif permettant au aide à domicile de signaler, via une application sur leur smartphone, des points de fragilisation des personnes âgées chez lesquelles ils travaillent.

L'idée de ces études est bien d'évaluer le projet dans sa globalité, de revenir sur les freins, leviers, conditions facilitatrices, pistes d'amélioration des dispositifs, actions ou innovations expérimentées, d'en connaître les effets et l'impact sur les bénéficiaires et leur écosystème. Il a donc une expertise dans l'évaluation de projets, via notamment des compétences en Sciences Humaines et Sociales (sociologie, psychologie sociale, etc.).

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer le projet dans sa globalité, d'étudier l'usage et l'appropriation du dispositif par les résidents et leurs aidants (professionnels et informels) et son impact sur la vie de l'établissement. Plus précisément, il s'agit d'identifier les freins et les leviers à l'appropriation, les conditions facilitatrices, pistes d'amélioration du dispositif puis d'en connaître les effets et l'impact sur les bénéficiaires et leur écosystème. A travers cette étude, il s'agira de revenir sur les expériences, les représentations, le vécu de chacun des utilisateurs.

Le projet consiste donc en une évaluation de l'acceptabilité et de l'usage des différentes fonctions de la tablette digitale et de ses effets sur le bien-être des résidents mais aussi sur le retentissement sur les soignants, afin d'imaginer les conditions optimales d'utilisation d'un tel dispositif en établissement. La finalité du projet porté par ANISEN est d'expérimenter un mieux-être de la personne résidant en EHPAD via l'approche des Thérapies Non Médicamenteuses, en réduisant notamment les troubles du comportement. Par conséquent, il s'agira d'étudier l'appropriation du dispositif et d'amorcer l'identification des potentiels effets physiques, sociaux et psychologiques de l'utilisation du dispositif sur les seniors, mais aussi sur leur écosystème.

II. Etude d'acceptabilité et d'usage

Cette étude a été soumise au comité d'éthique « Terre d'éthique » du CHU de Saint-Etienne pour s'assurer du respect de la confidentialité des données recueillies. Ce dernier a rendu un avis favorable le 17 juin 2021 (**Annexe I**). En ce sens, une enquête qualitative a été réalisée afin d'évaluer l'atteinte des objectifs initiaux du projet et l'acceptabilité du dispositif. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les besoins, succès et usage du dispositif. In fine, l'objectif de cette évaluation est d'émettre, à partir de cette étude, des préconisations permettant d'améliorer l'implantation du dispositif et de considérer sa pérennisation et son éventuel essaimage. Le but est bien d'appréhender la manière dont il s'inscrit dans la prise en soin et l'accompagnement des personnes âgées et également d'investiguer la façon dont les usagers s'approprient et utilisent l'outil (Laurencin et al., 2009). Ainsi, nous reviendrons sur les freins et les leviers à l'appropriation de l'outil et les conditions optimales d'utilisation d'un tel dispositif en établissement de type EHPAD.

De plus, l'intégration adéquate d'un dispositif numérique innovant dans les pratiques professionnelles nécessite d'étudier les représentations de l'ensemble des usagers. C'est pourquoi, lors de cette étude, nous avons été attentifs au bien être des résidents mais également au retentissement sur les professionnels de terrain (animateurs, soignants...).

Pour réaliser cette étude d'acceptabilité, nous nous sommes appuyés sur différentes références bibliographiques et théoriques, et notamment le Modèle TAM (Technology Acceptance Model, Davis, 1996). Ce dernier repose sur les théories de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1991) dans le but de comprendre et de prédire le comportement humain et l'intention d'utilisation. Il se base sur les points suivants (Pasquier, 2012) :

- L'utilité perçue ;
- La facilité d'utilisation ;
- L'intention comportementale ;
- Le comportement d'utilisation du dispositif.

D'après ce modèle, la perception de l'utilité permet d'appréhender les raisons pour lesquelles les utilisateurs acceptent ou rejettent le dispositif. La perception de la facilité d'usage, quant à elle, renvoie à la manière dont les caractéristiques du dispositif impactent ou non l'acceptation des utilisateurs. Plus précisément, ces deux mesures permettent de connaître les raisons pour lesquelles les personnes acceptent ou refusent d'utiliser la technologie. En ce sens, si ces deux critères sont perçus positivement par les individus, son attitude et son intention d'usage seront favorables à l'utilisation de l'outil.

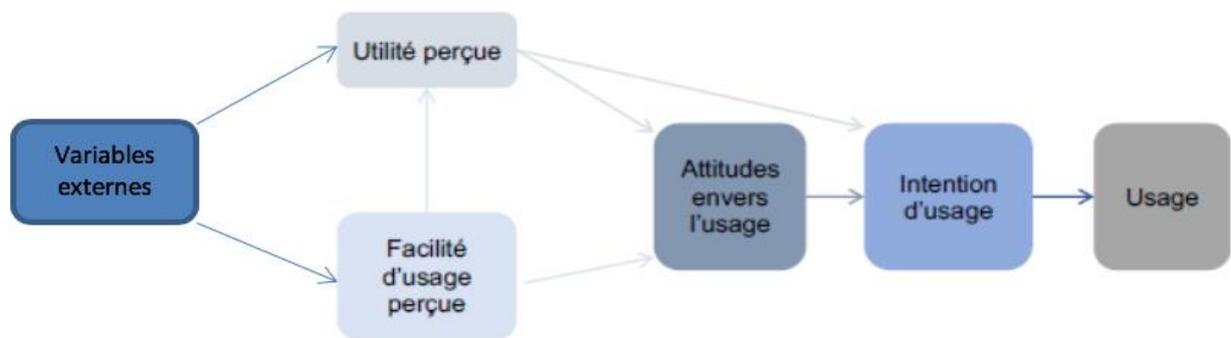


Schéma n°1 : Le modèle TAM de Davis, 1989

Cependant, ces notions ne sont pas suffisantes pour prédire l'acceptabilité générale, car le dispositif doit aussi répondre aux besoins et attentes des utilisateurs. D'après Nielsen, en 1994, le concept d'utilisabilité est décomposé en cinq caractéristiques majeures : l'efficacité, la satisfaction, la facilité d'apprentissage, la facilité d'appropriation et la fiabilité, qui peuvent être considérées comme des composantes de l'efficacité. Plus généralement, l'acceptabilité des technologies est multifactorielle.

Par ailleurs, les travaux de Dubois et Bobillier-Chaumon en 2009, ont ouvert une perspective thématique plus approfondie. Selon eux, elle s'apparente également à des facteurs psychosociaux tels que l'influence sociale, les normes sociales et l'image de soi... Puis, à un contexte socio-organisationnel spécifique qui fait part

d'une construction sociale, individuelle, organisationnelle et collective (Benedetto-Meyer & Chevalet, 2008).

III. Une méthode qualitative

1. L'enquête qualitative

Avant toutes démarches, nous nous sommes entretenus avec le porteur de projet, soit un représentant de l'entreprise ANISEN, afin de connaître plus en détails les objectifs initiaux et le fonctionnement de cet outil.

Ensuite, dans le cadre de notre étude d'acceptabilité, nous avons réalisé une enquête qualitative. Cette méthode consiste à se rendre sur le terrain pour recueillir des informations émanant d'un public cible, ici les personnes âgées ainsi que les professionnels. Elle permet à l'enquêteur d'analyser à la fois le verbal et la gestuelle des usagers puisqu'elle génère des mots, à contrario de l'enquête quantitative qui s'exprime à travers des chiffres. En effet, selon Poisson en 1983, l'intervieweur tente à travers cette dernière de « saisir la réalité telle que la vivent les sujets avec lesquels il est en contact ; il s'efforce de comprendre la réalité en essayant de pénétrer à l'intérieur de l'univers observé ».

En ce sens, pour réaliser notre étude qualitative sur les usages de la tablette digitale, nous avons élaboré des entretiens semi directifs et des focus group auprès de professionnels et personnes âgées utilisateurs en établissement. Ces outils méthodologiques permettent d'obtenir des données informatives à travers des interrogations générales et ouvertes. Par conséquent, les entretiens nous ont permis de recueillir des données sur les différentes expériences vécues par les usagers. Les guides d'entretien ont été ajustés au fur et à mesure de la passation des entretiens.

Par ailleurs, nous nous sommes également entretenus avec des professionnels et des personnes âgées non utilisateurs afin de compléter notre étude et d'identifier les facteurs limitant l'utilisation du dispositif. Les outils méthodologiques ont été ajustés au fur et à mesure de la passation des entretiens.

En parallèle, des observations ont été menées auprès des personnes âgées lors de séances individuelles ou collectives encadrées par un ou plusieurs professionnels. En somme, nous avons décidé de nous concentrer sur l'ensemble des personnes qui gravitent autour du dispositif, aussi bien les bénéficiaires (personnes âgées) que les

professionnels qui sont en contact direct ou non avec l'outil (soignants, directeurs d'établissement, animateurs...) afin de répondre à l'objectif de cette étude qui est d'avoir une compréhension fine du contexte et de l'utilisation de l'outil, dans des conditions réelles. En ce sens, nous nous sommes complètement immergés dans la dynamique des établissements en nous y rendant sur des longs créneaux.

2. Outils méthodologiques

A. Guides d'entretien

Dans un premier temps, différents entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels qui s'en servent quotidiennement : les animateurs et les soignants des différentes structures. De même, des entretiens ont été réalisés auprès des directeurs initialement impliqués dans la mise en place du dispositif afin d'aborder les enjeux du déploiement de ce dernier au sein de leur structure. Comme abordé précédemment, des entretiens complémentaires auprès de professionnels non-utilisateurs de l'outil ont également été réalisés, en complémentarité des entretiens avec les utilisateurs. Les entretiens auprès de l'ensemble de ces professionnels ont permis de saisir les représentations, les usages et l'acceptabilité de ce dispositif dans l'objectif d'identifier les freins et leviers à l'appropriation de l'outil selon l'environnement des établissements.

Les guides d'entretien auprès de ces derniers abordent les thématiques suivantes : expériences et représentations générales de leur métier ; implication initiale et actuelle dans le projet ; représentations et avis liés au dispositif, utilité et facilité d'usage perçues ; esprit d'équipe de la structure ; satisfaction et manques éventuels à propos des formations suivies sur le dispositif ; expériences et retours quant à l'usage du dispositif ; modifications souhaitées sur ce dispositif.

Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de personnes âgées afin de comprendre l'usage et l'acceptabilité de ce dispositif. En ce sens, des personnes impliquées et non impliquées dans l'utilisation ont été interrogées. Elles ont été invitées à exprimer leurs besoins, leurs attentes et les freins et les leviers d'acceptabilité et d'usage quant à la tablette numérique. Les guides d'entretiens auprès de ces derniers abordent les thématiques suivantes :

déroulement de leur quotidien en établissement ; représentations et avis liés au dispositif ; utilité et facilité d'usage perçues ; expériences et retours quant à l'usage du dispositif ; relation entre les résidents au sein de l'établissement ; modifications souhaitées sur le dispositif.

Les guides d'entretiens conçus sont spécifiques à chaque population étudiée. Ils sont structurés de manière différente selon chaque profil interrogé (**Annexe II, III, IV, V, VI**) et ont pu être amenés à évoluer en fonction des données recueillies au cours des entretiens. Certaines thématiques ont pu être ajoutées au cours des échanges avec les participants.

B. Grille d'observation

Dans un dernier temps, nous avons observé des séances individuelles et collectives mobilisant la tablette. Les observations ont été réalisées auprès de seniors ayant déjà utilisé ou non le dispositif. Chacune d'entre elles étaient encadrées en permanence par un ou plusieurs professionnels. Elles nous ont permis d'être attentifs au contexte et à la manière dont se déroule une activité relevant de la tablette numérique (difficultés rencontrées par les usagers, réaction des usagers...). En ce sens, la grille d'observation, identique pour chaque observation, cible les thématiques suivantes : durée de l'activité, choix de l'activité, mise en route de l'activité, introduction à l'activité, difficultés rencontrées par les usagers et les professionnels, réaction des usagers avant, durant et après l'activité, échanges entre les professionnels et le bénéficiaire (**Annexe XI**).

3. Population étudiée

Parmi les structures expérimentant le dispositif sur le département de la Loire, un échantillon de professionnels accompagnateurs et non-accompagnateurs du dispositif et de personnes âgées participantes et non participantes aux séances numériques appartenant à 4 EHPAD différents a participé à cette étude.

Parmi eux, 11 professionnels dont 4 animateurs, 4 aides-soignants, 1 psychologue, 2 directeurs d'EHPAD ainsi que 4 personnes âgées ont été interrogées. Les professionnels ont, en moyenne, 13 ans d'expérience auprès d'un public âgé,

allant de 21 ans maximum à 2 ans minimum d'expérience. Nos entretiens ont eu lieu en présentiel courant septembre 2022. Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes. Nous avons souhaité obtenir un échantillon représentatif de chaque population, en diversifiant le sexe, l'âge et l'expérience...

| Structure concernée | Personnes interrogées | Pseudonyme | Sexe | Utilisation du dispositif | Lieu de l'entretien | Durée de l'entretien |
|---------------------|--|------------|------|---------------------------|---|----------------------|
| EHPAD 1 et 2 | Directeur EHPAD 1 ET 2 | Manon | F | Non | Par téléphone | 35 min |
| | Animateur EHPAD 1 | Lilya | F | Oui | Sur le lieu de l'EHPAD 1 | 50 min |
| | Animateur EHPAD 2 | Emmanuelle | F | Oui | | |
| | Aide-soignant en unité de vie protégée EHPAD 2 | Laura | F | Oui | Par téléphone | 20 min |
| | Résident EHPAD 1 | Jeanne | F | Oui | Sur le lieu de résidence de l'interviewée | 10 min |
| EHPAD 3 | Animateur | Inès | F | Oui | Sur le lieu de travail des interviewées | 36 min |
| | Aide-soignant en unité de vie protégée | Carmen | F | Non | | 20 min |
| | Aide-soignant en unité de vie protégée | Julia | F | Non | | |
| | Aide-soignant en unité de vie protégée | Christelle | F | Oui | | 15 min |

| | | | | | | |
|---------|-------------|------------|---|-----|---|--------|
| | Résident | Mélina | F | Non | Sur le lieu de résidence des interviewées | 23 min |
| | Résident | Roxane | F | Oui | | 9 min |
| EHPAD 4 | Animateur | Alban | H | Oui | Sur le lieu de travail des interviewés | 35 min |
| | Psychologue | Inès | F | Oui | | 21 min |
| | Directeur | Chantale | F | Non | | 40 min |
| | Résident | Bernadette | F | Oui | Sur le lieu de résidence de l'interviewée | 7 min |

Tableau 1 : Tableau de présentation de l'échantillon

Par ailleurs, nous avons observé des résidents et des professionnels utiliser la tablette numérique afin de compléter les informations récoltées durant nos entretiens. Parmi eux, nous retrouvons 3 animateurs, 1 aidant et 24 personnes âgées appartenant à des structures différentes. Les séances ont duré généralement entre 13 et 60 minutes. Chacune des personnes âgées a participé volontairement aux séances individuelles ou collectives.

| Structure concernée | Format de la séance | Personnes observées | Sexe | Première utilisation ? | Lieu de l'observation | Durée de la séance |
|---------------------|---------------------|--|-------|------------------------|-----------------------------|--------------------|
| EHPAD 1 | Individuel | Animateur | F | Non | Chambre résident | 20 min |
| | | Résident | Mixte | | | |
| EHPAD 3 | Individuel | Animateur Inès | F | Non | Chambre résident | 25 min |
| | | Résident Roxane | F | | | |
| | Collectif | Animateur Inès | F | Mixte | Salon EHPAD | 60 min |
| | | 12 résidents | Mixte | | | |
| | Collectif | Aide-Soignant unité de vie protégée Christelle | F | Non | Salon unité de vie protégée | 30 min |
| | | 6 Résidents | Mixte | | | |
| EHPAD 4 | Collectif | Animateur Alban | H | Mixte | Salon EHPAD | 60 min |
| | | 12 résidents | Mixte | | | |
| | | Aidant | F | | | |
| | Individuel | Animateur Alban | H | Non | Chambre résident | 13 min |
| | | Résident Bernadette | F | Non | | |

Tableau 2 : Tableau de présentation des observations

La taille de l'échantillon a été déterminée selon le principe de la saturation théorique (Thiétart, 2003). Cette dernière est atteinte lorsque le chercheur n'obtient

plus d'informations pour améliorer la théorie : « *La saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* » (Pirès 1997). Une analyse complémentaire a donc été effectuée entre chaque entretien afin de déterminer le moment où un nouvel entretien n'apportait plus d'informations supplémentaires.

4. Analyse des données

A la suite des retranscriptions des entretiens, nous avons analysé le corpus grâce à l'analyse de contenu catégorielle. Cette méthode d'analyse thématique et comparative des contenus « *fonctionne par opérations de découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques* » (Bardin, 2013). De ce fait, les réponses rapportées par les bénéficiaires ont été classées en fonction de catégories préconstruites, correspondantes à notre recherche. Ensuite, nous avons donc mené une analyse de contenu et élaboré une synthèse regroupant toutes les informations, reçues et observées, par catégories (**Annexe XII**). Dans le but de respecter la confidentialité des personnes interrogées, nous avons assuré leur anonymat au sein de notre étude en utilisant des pseudonymes.

IV. Résultats de l'enquête

Pour commencer, l'entretien avec un représentant de l'entreprise concernée nous a permis de mieux comprendre les objectifs du logiciel ANISEN. Ce dernier semblerait avoir été conçu pour permettre aux professionnels de gagner du temps dans l'élaboration de leurs tâches quotidiennes, de favoriser les échanges au sein des établissements, de communiquer facilement auprès des familles, et d'augmenter le temps de stimulation dans les résidences. Au cours de cette partie, nous allons donc tenter de mettre en parallèle ces précédents objectifs et les discours des personnes interrogées sur le terrain.

1. Des conditions diverses d'utilisation

Dans cette première partie, nous allons nous intéresser aux conditions dans lesquelles le logiciel ANISEN est utilisé par les professionnels et les personnes âgées. Il s'agit d'étudier l'élaboration de ces activités et les conditions d'utilisation appliquées sur le terrain.

A. Un dispositif autant utilisé sous format individuel que collectif

Parmi les structures participant à l'enquête, l'ensemble de ces dernières proposent aux personnes âgées des activités collectives et individuelles sur le logiciel ANISEN.

« Chez nous, on l'utilise en individuel et en collectif. » (Inès, animatrice)

Notons, tout de même, que l'organisation des séances individuelles semblent nécessiter un engagement plus important de la part des professionnels que les séances collectives. C'est pour cette raison que le format collectif semble plus souvent favorisé au sein de ces établissements.

« En individuel on a pas trop le temps d'en faire non plus. » (Emmanuelle, animatrice)

Cependant une directrice d'EHPAD précise que l'approche individuelle est plus appréciée par les professionnels de son établissement.

*« Alors parfois elles l'utilisent en groupe mais elles apprécient surtout les temps individuels. »
(Manon, directrice)*

Cette préférence est partagée par une résidente. En effet, les séances individuelles organisées et encadrées par un professionnel semblent plus appréciées des personnes âgées, puisqu'elles permettent à ces dernières de se sentir davantage libres, mais aussi de passer un moment privilégié avec un professionnel.

« Je préfère l'utiliser seule avec un professionnel car je me sens plus libre. » (Jeanne, résidente)

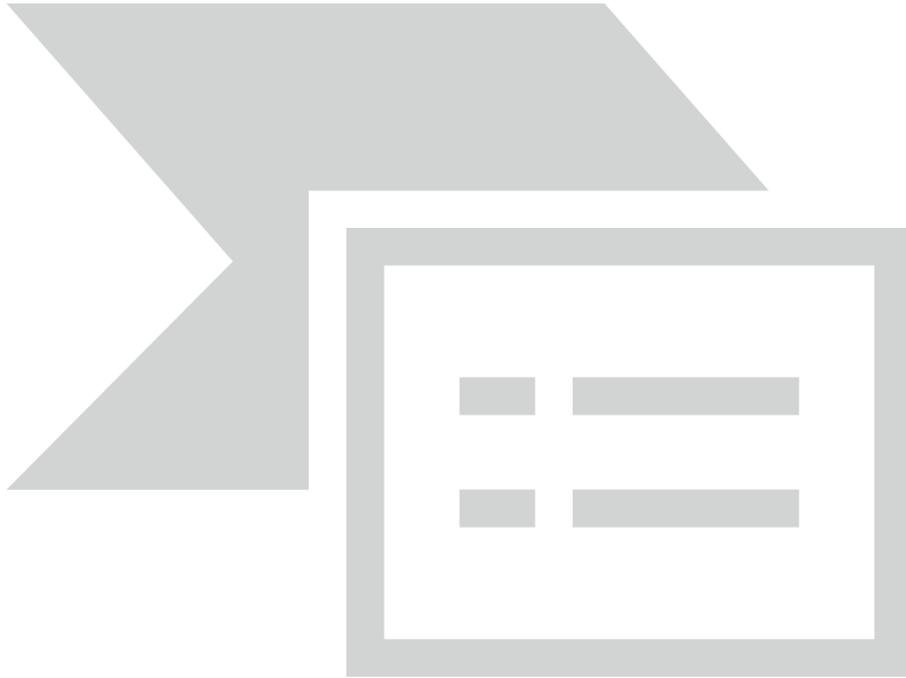
« J'apprécie de passer un moment qu'avec vous. » (Roxane, résidente)

De même, un animateur pense que cette approche individuelle est plus adaptée pour les personnes âgées stressées. En effet, nous avons constaté que celles-ci progressent au rythme du bénéficiaire, ce qui lui permet d'être dans la capacité de se concentrer et de réfléchir. L'environnement calme dans lequel il est placé génère moins de facteurs externes, tels que les bruits de fond dus au nombre important de bénéficiaires, pouvant impacter négativement la concentration du bénéficiaire.

« Donc à ce moment-là, on enlève l'atelier mémoire et on continue la stimulation cognitive mais en individuelle comme ça la personne a bien le temps de réfléchir, elle est pas stressée car y'a les autres et aussi elle est un peu plus concentrée. » (Alban, animateur)

Cependant, il semblerait que les formats répondent à des besoins différents. Selon les dires d'une animatrice, les séances collectives sont plus dynamiques que les séances individuelles. Par conséquent, selon les dires d'un animateur, les séances collectives permettraient de favoriser davantage les échanges entre les résidents et le professionnel que les séances individuelles.

« En groupe c'est plus dynamique, il y a des discussions en plus, des anecdotes qui sont dites. En individuel, c'est moins actif. » (Alban, animateur)



Photographie prise lors d'une observation (Résidents/Animateur, dans une salle animation en EHPAD)

B. Des utilisateurs variés

En ce qui concerne l'utilisation du logiciel ANISEN par les directeurs d'établissement, les récits d'expérience rendent compte d'une implication plutôt moindre. En effet, aucune des directrices interrogées utilise quotidiennement le logiciel ANISEN. Bien qu'il génère les comptes rendus des bénéficiaires de sa structure, une directrice d'EHPAD évoque même ne pas les visualiser, ni établir une quelconque surveillance sur les professionnels. Plus précisément, cette dernière semble se décharger de l'organisation de cet outil, en laissant le suivi du projet aux professionnels référents.

« Les animatrices me font des debriefs oraux, je ne vais pas voir les comptes rendus sur le logiciel moi. Là-dessus je les ai laissés en autonomie. Ça m'intéresse pas de voir quel soignant l'utilise le plus. Pour moi, c'est à eux de voir comment ils sont à l'aise avec cet outil. » (Manon, directrice)

« Une fois qu'on a une équipe référente, qui comprend un animateur et un soignant comme la psychologue, moi ma mission c'est de m'en arrêter là. C'est que eux qui l'utilisent. » (Chantale, directrice)

En moyenne, ce sont 3 professionnels au sein d'un EHPAD qui utilisent le logiciel ANISEN.

« On a 3 tablettes ANISEN [...] Ça suffit car on est pas plus à l'utiliser. » (Alban, animateur)

Parmi les 4 structures interrogées, tous les animateurs sont impliqués dans le déploiement du logiciel ANISEN. En effet, d'après les récits des professionnels interrogés, il semblerait que l'accompagnement dans l'usage du dispositif soit attribué au rôle des animateurs.

« C'est moi qui l'utilise le plus car c'est clairement plus axé animation. » (Alban, animateur)

En revanche, différents professionnels tels que les psychologues ou encore les jeunes en service civique peuvent également être impliqués dans le déploiement du logiciel au sein des structures. En effet, nous avons pu remarquer qu'il est déployé par un psychologue et un jeune en cours de service civique dans l'une d'entre elle.

*« On a une tablette pour la psychologue, une pour moi et une pour le service civique. »
(Alban, animateur)*

De même, nous constatons que le personnel soignant s'empare également du logiciel. Il arrive parfois que les aides-soignants d'unité de vie protégée proposent des séances d'animation auprès des résidents. En effet, parmi les 4 établissements participant à l'étude, quelques aides-soignants de 3 d'entre eux utilisent le logiciel ANISEN.

« Au cantou, j'ai une collègue aide-soignante qui l'utilise. » (Lilya, animatrice)



Photographie prise lors d'une observation (Résidents/Aide-soignante, séance collective dans une unité de vie protégée)

De manière générale, la direction a choisi de ne pas imposer le logiciel au personnel des établissements dans lesquels ils exercent. Cette stratégie, menée dans 3 structures participant à l'étude semble être une solution pour éviter toute frustration de la part du personnel, pouvant entraîner une faible implication de leur part dans le déploiement du dispositif au sein des établissements.

« Je ne peux pas l'imposer car c'est là qu'on va aller à l'échec je pense. » (Manon, directrice)

Une directrice d'EHPAD affirme que l'adhésion au dispositif par les professionnels dépend du rapport qu'ils ont avec la nouvelle technologie et l'animation.

« Je ne peux pas demander à des professionnels qui ne sont pas à l'aise avec l'outil ou avec l'animation de l'utiliser. » (Manon, directrice)

Nous avons également décidé de nous intéresser aux profils des bénéficiaires du dispositif. Selon les discours des personnes interviewées et les observations réalisées, les critères de sélection de la part des professionnels des différents établissements sont semblables. Nous remarquons que la plupart des personnes

âgées à qui le dispositif est proposé et qui utilisent ce dernier sont atteintes de perte d'autonomie, de déficits cognitifs et/ou sont des personnes isolées de la vie collective de l'établissement.

« Je cible par rapport aux besoins des résidents qui peuvent mettre fait remonter par les collègues, que ce soit les collègues psychologues ou aides-soignants. Ça peut être aussi par rapport aux résidents qui viennent aux animations. Par exemple, on a des résidents qui sont en perte d'autonomie, de capacités, pour qui certains ateliers mémoire deviennent trop compliqués. » (Alban, animateur)

Ce dispositif qualifié de « dispositif d'aller-vers » par une animatrice semble d'autant plus important depuis la Covid-19, épidémie qui a contraint les résidents à rester isolés et éviter les regroupements.

« De plus en plus de résident ne veulent pas sortir de leur chambre depuis le Covid. Ça permet d'aller vers eux en individuel. Car le collectif fait pas toujours envie a tout le monde depuis le Covid. » (Inès, animatrice)

De plus, nous constatons également que les personnes familières aux nouvelles technologies sont ciblées.

« Le profil type pour qui c'est plus pertinent ... Je vais en cibler deux en particulier. Les personnes qui sont très branchées technologies. Aujourd'hui, on a de plus en plus de résidents qui arrivent avec leur ordinateur en EHPAD. Et les résidents qui sont en perte cognitive et qui ne peuvent plus assister aux activités et séances collectives car ils sont trop en difficulté par rapport aux autres. Voilà, c'est les deux profils que je cible le plus avec l'utilisation de la tablette. » (Alban, animateur)

Ce dispositif semble aussi atteindre des personnes habituellement désintéressées par l'animation. Ainsi, elles semblent pouvoir bénéficier des effets qu'il procure. En effet, lors d'une d'observation, nous avons surpris une résidente, habituellement désintéressée de la vie collective, s'approcher progressivement de la salle d'animation pour écouter et participer à l'activité qui n'était autre qu'un jeu de mémorisation.

« Et ben par exemple on a eu tout à l'heure sur la séance collective quelque chose d'intéressant qui arrive à chaque fois que je fais ça. Il y a une dame qui c'est assise sur un fauteuil derrière vous. Et en fait c'est une dame qui ne veut jamais faire des activités collectives parce qu'elle a horreur du bruit... Mais à entendre les questions, seule au fond, elle donnait les réponses et puis quand elle entendait pas elle demandait de répéter. Donc

du coup on touche des personnes qui ne sont pas forcément intéressé par l'animation. Ça leur donne envie, et elle s'intègre elle-même à l'animation. L'aspect tablette ça amène un peu plus de monde, le fait qu'ils voient le support, la lumière... » (Alban, animateur)

C. Des fonctions et activités ciblées par les professionnels

En ce qui concerne les différentes fonctionnalités du dispositif digital, la totalité des animateurs interrogés qui disposent de ces fonctions utilisent l'application Pat Games et la traçabilité.

« J'utilise Pat Games et la traçabilité. » (Alban, animateur)

De plus, la plupart d'entre eux utilisent le raccourci Skype directement accessible sur l'interface de la tablette, permettant aux professionnels de pouvoir organiser rapidement une conversation vidéo.

« Et pour Skype tout ça, on avait l'habitude de le faire avant sur notre tablette mais maintenant je passe par ANISEN car c'est un raccourci en fait. Au moins je passe avec la tablette et on peut proposer plusieurs choses. » (Alban, animateur)

Seulement l'un d'entre eux n'utilise pas de cette fonctionnalité car il ne souhaite pas changer ses habitudes. C'est-à-dire qu'il continue d'accéder à ce réseau social par le biais de la tablette anciennement dédiée à cela.

« Moi, je l'utilise pas pour Skype. J'ai gardé l'habitude de proposer les conversations vidéos sur notre ancienne tablette. Comme on avait l'habitude de faire pendant le Covid. » (Inès, animatrice)

En ce sens, le logiciel semble répondre aux besoins des animateurs puisqu'il regroupe un ensemble de fonctionnalités, utilisées quotidiennement par ces derniers.

De surcroît, tous les animateurs interrogés rentrent les comptes rendus des séances pour chaque bénéficiaire sur le logiciel à la fin de chaque activité. Cette fonctionnalité leur permet de mettre en lumière des statistiques concernant les résidents et ainsi, d'examiner leur évolution. C'est une demande qui leur est faite de leur direction, en fin de semestre.

« A la fin de chaque activité, qu'elles soient collectives ou individuelles, je prends le temps de noter les comptes rendus. Grâce à ça, je peux me servir des statistiques sur les résidents. » (Alban, animateur)

« ANISEN apporte des graphiques, tout ça et c'est bien car la direction nous demande pas mal de comptes rendus en fin de semestre. Donc on avait des chiffres ultra précis. » (Alban, animateur)

Ces derniers peuvent également être transmis aux familles qui le souhaitent. En revanche, cette demande est rarement sollicitée.

« Les familles viennent moins, et elles ne me demandent pas de comptes rendus. » (Inès, animatrice)

Une des structures interrogées souhaite davantage développer ces échanges avec les familles des résidents. Selon elle, l'intégration d'un logiciel de communication dans l'établissement pourrait favoriser ceci.

« Mais là on va avoir un logiciel de communication, ça sera l'occasion pour les familles qui veulent avoir un compte rendu sur un résident de leur transmettre. » (Inès, animatrice)

Grâce à ces derniers, les familles peuvent suivre l'évolution du résident au sein de l'établissement à travers le nombre de participation aux activités, ses résultats et les perspectives d'évolution envisagées par les professionnels.

« Et, si des familles s'interrogent sur ce que fait un résident sur une journée ben ça nous permet de faire un compte rendu à la famille et leur dire ben voilà tant de fois le résident a participé à cette activité-là. Voilà la marge de progression qu'on s'était fixée au départ et voilà où il en est maintenant, et où est ce qu'on peut aller. C'est cette touche de modernité qui m'intéressait dans ce projet-là. » (Chantale, directrice)

Par ailleurs, nous constatons qu'une seule des structures identifiées accède à son logiciel de soin par le biais du logiciel ANISEN. Concernant les autres, la majorité des professionnels interrogés insistent dans les discours sur l'incompatibilité de leur logiciel de soin avec le logiciel ANISEN.

« Moi mon logiciel de soin ne va pas sur la tablette. » (Emmanuelle, animatrice)

Bien que cet apport semble recherché par la plupart des professionnels, ce raccourci ne semble pas utile pour le personnel soignant d'un EHPAD.

L'environnement dans lequel ils exercent répond préalablement à cette demande. En effet, avant même l'arrivée du dispositif, ils possédaient un accès rapide à leur logiciel de soin sur une tablette transportable. Par conséquent, il semblerait que le logiciel n'a pas d'intérêt pour ce public.

« Les soignants avaient déjà des tablettes accrochées à leur chariot de soin. Donc ils rentrent leurs informations dessus, sur le logiciel de soins, sans passer par ANISEN, comme avant. » (Alban, animateur)

D'autres fonctionnalités ne sont pas utilisées par les professionnels. Une animatrice affirme ne pas utiliser la fonction « agenda » proposée sur le logiciel puisqu'elle possède déjà un logiciel qui élabore ce travail.

« L'agenda je ne l'utilise pas. J'imprime pas non plus les plannings. Car je les fais sur Word et sa marche bien donc je vois pas l'utilité de changer mes pratiques. » (Inès, animatrice)

En ce sens, nous pouvons remarquer qu'il est difficile de modifier les habitudes des professionnels lorsque celles-ci leur correspondent. L'utilité perçue de chaque option n'est pas encore suffisante pour qu'ils adhèrent à l'ensemble des fonctionnalités.

De plus, étant donné que la totalité des professionnels n'utilise pas le logiciel au sein d'une structure, le planning est difficilement diffusable à l'ensemble des professionnels de l'établissement concerné puisque tous ne peuvent y accéder. Par conséquent, ceci freine l'utilisation de cette fonctionnalité par les professionnels utilisateurs.

« Le but c'est aussi de pouvoir communiquer avec mes autres collègues et vu qu'ils n'ont pas tous accès à ANISEN, je le met sur notre logiciel de soins pour que tout le monde puisse le voir. » (Alban, animateur)

En ce qui concerne les activités utilisées auprès des personnes âgées, les récits d'expérience rendent compte d'une utilisation identique selon les structures. Nous pouvons remarquer que les quizz musicaux sont les activités les plus proposées au sein des unités de vie protégée.

« Ici, on utilise que les quizz musicaux. On a pas essayer autre chose avec eux. » (Christelle, aide-soignante en unité de vie protégée)

Par ailleurs, ces sont les exercices ciblés sur les fonctions cognitives qui sont les plus déployés au sein des autres services.

« La plupart du temps on leur fait travailler leur mémoire. » (Inès, animatrice)

D. Un accompagnement et un discours adaptés aux personnes âgées

Concernant les conditions relatives à l'utilisation du dispositif numérique, il est intéressant d'observer que les professionnels font preuve d'un accompagnement spécifique auprès du public vieillissant. En effet, il arrive occasionnellement que les professionnels utilisateurs appuient sur la tablette à la place des bénéficiaires. Ceci représente une aide complémentaire à son utilisation puisque cette approche permet aux bénéficiaires qui rencontrent des difficultés de participer à une ou plusieurs activité(s).

« Certains vont la toucher, d'autres il faudra leur prendre la main car ils ne connaissent pas. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Alors, tous les résidents ne peuvent pas l'utiliser seuls déjà. Donc il faut une présence à côté. Pour les accompagner, les guider, leur dire voilà ben là il y a le numéro qui s'affiche il faut mettre son doigt dessus. » (Chantale, directrice)

De plus, les difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires amènent les professionnels à davantage s'investir dans le choix des activités. Parmi les récits d'expérience et les observations effectuées sur le terrain, nous avons pu remarquer que la plupart des professionnels laissent la possibilité aux résidents de choisir les activités parmi une première sélection imaginée par leurs soins, basée sur les besoins et les goûts des résidents.

« Je leur en propose plusieurs. Et, ils me disent celles qu'ils veulent faire. » (Inès, animatrice)

Cependant, d'après nos observations réalisées sur le terrain, ceci concernerait les services hors unité de vie protégée. En effet, au sein des unités de vie protégée, les professionnels sélectionnent préalablement les activités qu'ils pensent adaptées aux résidents concernés, sans avoir un échange sur le choix de l'activité.

Par ailleurs, l'ensemble des professionnels use d'une stratégie particulière pour éviter de positionner les personnes âgées en échec. Pour cela, ils augmentent progressivement le niveau des activités au fil des utilisations afin que les personnes âgées puissent prendre en assurance. Il semblerait que cette technique permette aux bénéficiaires de progresser.

« Je commence toujours par un niveau facile, puis j'augmente petit à petit afin qu'ils prennent en assurance. C'est comme ça qu'ils progressent. » (Lilya, animatrice)

De même, les observations en conditions réelles ont permis de constater la nécessité pour certains professionnels de posséder un téléphone mobile à proximité lors des séances. Un accès à internet semble permettre à ces derniers d'accéder à de multiples informations afin de répondre aux potentielles questions des personnes âgées.

« J'ai toujours internet sous la main, s'ils posent une question pour pouvoir y répondre. » (Alban, animateur)

De manière générale, certaines personnes âgées s'approprient à vivre une nouvelle expérience à travers le dispositif. Afin de ne pas les brusquer, les professionnels développent ainsi une approche spécifique. En effet, le dispositif même de la tablette digitale est inconnue de certains bénéficiaires. De ce fait, s'agissant des conditions relatives à l'utilisation du dispositif numérique, l'ensemble des professionnels utilisent des mots, connus de ces derniers, pour décrire les activités. Ils évitent d'employer les termes suivants pour faciliter leur compréhension : « cliquer », « tablette », etc.

« On leur dit : Ça vous dit on fait un petit jeu ? On ne dit pas le mot cliquer ni que c'est une tablette. » (Lilya, animatrice)

« Si on leur dit tablette, ça les interpellent pas. Ils savent pas ce que c'est. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

2. Facilité et utilité perçues du dispositif

Le modèle TAM (Davis, 1989) nous invite à étudier la facilité perçue et l'utilité perçue du dispositif, selon les usagers. Davis (1989) identifie ces deux concepts

comme des conditions nécessaires à l'acceptabilité, l'intention d'usage et donc l'usage d'un nouveau dispositif.

A. Un dispositif à la fois mobile, ludique et innovant

L'apport de nouveauté permis par la mise en place de ce dispositif numérique innovant est, selon plusieurs professionnels et personnes âgées, un changement apprécié au sein des établissements.

« Ils trouvent ça bien que ça change de ce qu'on peut voir. Ils apprécient la nouveauté qu'on apporte dans la résidence. » (Alban, animateur)

« Ça nous permet d'apporter de la modernité et du changement. » (Inès, animatrice)

Un animateur ajoute même que pour lui, le logiciel représente une innovation en matière de pratique professionnelle qui permet un meilleur accompagnement des résidents.

« Et puis en collectif, moi ça m'a permis d'apporter une nouvelle façon de travailler, une nouvelle façon d'apporter les jeux. » (Alban, animateur)

De manière générale, le logiciel ANISEN semble plaire à l'ensemble des personnes âgées interrogées. Plus précisément, ce sont les aspects ludiques, et notamment enfantins, et non scolaires, qu'ils apprécient.

« On a un monsieur, ce qu'il aime c'est que ça n'a pas un aspect scolaire. Ça sort des lectures. Il aime cette approche ludique. » (Alban, animateur)

« C'est bien comme ça sonne, c'est enfantin. » (Mélina, résidente)

« C'est une drôle de question ça. » (Jeanne, résidente)

Par ailleurs, en ce qui concerne l'utilité du dispositif, l'ensemble des professionnels interrogés rendent compte d'un usage pratique du support qui n'est autre qu'une tablette digitale. En effet, aucune difficulté pratique concernant le dispositif en lui-même n'est soulignée. Le dispositif est facilement transportable du fait de sa petite taille et de son poids léger.

« Ça permet de boucher un trou. Et c'est déplaçable, car moi j'ai une salle d'animation qui est au rez de de jardin donc je peux promener la tablette. Quand c'est un petit truc comme ça ça me va très bien. » (Lilya, animatrice)

« Ça me permet d'éviter les débordements qui peuvent arriver s'il y a une urgence et que ne peux pas enlever le matériel face aux résidents. Ici, c'est pratique de la retirer. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

Par conséquent, ce dispositif dispose d'animations rapides à mettre en place. En effet, une directrice d'établissement insiste sur la rapidité de mise en place d'une activité par le logiciel, qui est, selon elle, un des enjeux de l'animation en EHPAD.

« Nous l'importance en terme d'animation c'est d'avoir un outil qui va vite être facilement déployé. Donc nous on avait besoin d'un outil aussi facile à mettre en œuvre. » (Manon, directrice)

B. Facilité d'utilisation du dispositif

Ensuite, les professionnels interrogés rendent compte de la facilité d'utilisation du logiciel. D'après les observations réalisées sur le terrain, nous avons pu remarquer qu'aucun professionnel utilisateur n'a rencontré de difficulté à manipuler la tablette et utiliser l'ensemble des fonctionnalités et possibilités permises par le logiciel.

« C'est très facile d'utilisation. » (Inès, animatrice)

Selon plusieurs professionnels, cette praticité permettrait à tous les professionnels, quel que soit leur profession et leur rôle au sein des établissements, d'utiliser le logiciel. En ce sens, il semblerait que cet outil soit adapté aux capacités des professionnels en EHPAD en proposant un grand nombre d'activités à portée de mains.

« J'ai trouvé que le logiciel est très simple d'utilisation, c'est à dire que n'importe qui peut l'utiliser. » (Chantale, directrice)

« Au sein de notre structure on a beaucoup de jeunes, de stagiaires, de service civique, au fur et à mesure de l'année. Et ce qui est pratique avec ANISEN c'est qu'il y a des apports d'activités tout prêt. Ils ont rien besoin de préparer. Ils ont pas à se concentrer sur comment faire l'activité, elle est déjà faite donc ils ont juste à se concentrer sur la mise en place. » (Alban, animateur)

« Mais en tout cas pour les soignants c'est une réelle aide. Ils utilisent parfois un peu de musique, ou les images... C'est un outil de soutien qui les aide à proposer une activité rapidement. » (Manon, directrice)

D'après une aide-soignante exerçant au sein d'une unité de vie protégée, ce dispositif est une véritable aide pour réaliser des animations puisque celles-ci ne sont pas formées à ces compétences au cours de leur formation.

« ANISEN nous permet de faire de l'animation car on est pas formé nous à l'animation en tant qu'aide-soignant. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

Ainsi, il semblerait que l'accessibilité du dispositif donne les moyens aux soignants de proposer une offre d'animation le week-end.

« Et surtout, par exemple les week-ends quand une aide-soignante est en poste et qu'elle a 15 minutes de libre, elle peut aussi proposer une activité à un résident et partager un moment avec. Elle peut y proposer en salle d'animation, en chambre, à n'importe quel endroit étant donné que c'est sous forme de tablette. Car il n'y a pas nos animateurs le week-end. Et, on peut l'utiliser en collectif et en individuel. » (Chantale, directrice)

De même, il semblerait que les animations proposées par le dispositif soient adaptées au public vieillissant grâce aux larges touches de couleur. Ceci permet aux personnes âgées de participer aux animations du logiciel.

« C'est un outil facile à utiliser, qui s'adapte à différent public. » (Manon, directrice)

« C'est des grosses touches colorées donc c'est très visuel. » (Alban, animateur)

Cependant, ces dires ne sont pas applicables sur le menu principal du logiciel. Ce dernier diffuse des termes médicaux, théoriques ou complexes, souvent incompris par les bénéficiaires.

« Le seul endroit qui peut être un peu compliqué c'est le menu principal. Ils voient estime de soi, cognitif... C'est des termes qui ne leur parlent pas, c'est trop médical. Alors qu'une fois qu'on les a lancés là, ils trouvent le nom des jeux et c'est plus simple. » (Alban, animateur)

C. Un dispositif utile pour les professionnels...

De manière générale, les discours indiquent une charge de travail réduite pour les animateurs suite à l'arrivée du dispositif au sein des établissements, s'implémentant de manière satisfaisante dans leurs pratiques. En effet, dans un premier temps, celui-ci semble être en adéquation avec leurs pratiques et leurs besoins. En effet, le dispositif dispose d'un grand nombre d'activités enregistrées qui leur permet de gagner du temps sur la préparation des activités et ainsi pouvoir bénéficier de ce profit pour en organiser davantage.

« Si on compare à l'activité la plus proche du coup qui est l'atelier mémoire classique. Où je fais mes exercices manuscrits de séances à séances. Une fabrication d'une séance c'est à peu près 45 minutes - 1h. Là c'est directement dans la poche. Ça me permet de profiter de ce temps pour faire plus d'animations. Euh... avant je faisais environ 12 animations par semaine. A l'époque où j'avais ANISEN avec la traçabilité, on faisait 23 animations. Parce que il y avait des jeunes en service civique, qui pouvaient utiliser la tablette en groupe et moi je prenais l'autre pour y faire en individuel. » (Alban, animateur)

« Autant avant, ça me prenait du temps de préparer les activités et les mettre en place que maintenant avec la tablette c'est plus rapide. » (Inès, animatrice)

D'après certains récits d'expérience, cette solution, prête à l'utilisation, semble répondre au besoin de créativité que recherchent certains professionnels afin d'imaginer des activités en faveur des personnes en perte d'autonomie ou rejetant les activités et animations qui leur étaient présentées jusqu'à maintenant.

« Il y avait une demande des équipes qui nous disait qu'est-ce qu'on fait avec les personnes qui ne veulent pas participer aux activités, qui sont en perte d'autonomie ? Il y en a qui sont en perte d'idées pour les animations. » (Chantale, directrice)

Cependant, l'utilisation du dispositif par les professionnels nécessite tout de même de veiller à ce que la tablette soit chargée et que les mises à jours soient réalisées.

« Je sais que j'ai pas à m'occuper des préparations, juste à vérifier que les mises à jour soient faites et impeccable on est parti. » (Alban, animateur)

De même, la majorité des animateurs ont évoqué optimiser leur temps de travail grâce à la traçabilité conduite par le logiciel. Celle-ci se réalise plus facilement et rapidement que les solutions que les établissements pouvaient utiliser auparavant.

« Avant j'avais pas le temps de tracer donc j'écrivais sur des petits bouts de papier, mais il m'arrivait de les perdre. Maintenant je le fais direct dessus. » (Inès, animatrice)

« Le concept de l'outil, j'ai trouvé que c'était intéressant dans le sens ça pouvait aussi proposer des animations plus modernes, de ne pas être en recherche d'activités pour les résidents. Car le logiciel propose déjà plusieurs activités. On peut choisir et le proposer tout de suite à un résident qui a besoin d'être occupé à un moment précis. C'est ça qui m'intéressait. (Chantale, directrice)

D. Mais aussi pour le bien-être des personnes âgées...

Concernant l'utilité perçue du logiciel, les activités semblent améliorer l'état de santé des bénéficiaires grâce aux bienfaits qu'elles leur procurent. D'après la majorité des professionnels et des personnes âgées interrogées, il semblerait que le dispositif concourt à agir sur leurs capacités cognitives, en faisant travailler leur mémoire, et leur réminiscence, parfois impactée négativement par le vieillissement physiologique et cognitif.

« Et, comme on refait parfois des exercices, certains résidents se souviennent qu'ils ont déjà vu la question et vont donner la réponse plus facilement. Ça sert clairement à faire travailler la mémoire. » (Alban, animateur)

« C'est intéressant, ça nous secoue un peu. Puis, on fait travailler notre tête comme ça. Je me dis bon ben t'as pas tout perdu... » (Roxane, résidente)

« Ça fait travailler la mémoire, ça fait un petit peu réfléchir... » (Mélina, résidente)

Dans notre guide d'entretien, nous abordions les bienfaits du dispositif sur les personnes âgées. Par conséquent, nous avons pu entrevoir la possibilité d'une amélioration de la santé mentale des seniors permettant de conserver leur bien-être général, en procurant chez eux des émotions positives : rires, bonne humeur, sentiment d'existence... En effet, lors d'une observation, nous avons constaté le changement d'humeur d'une bénéficiaire. Cette dernière a quitté l'activité de meilleure humeur qu'à son arrivée.

« J'ai trouvé que la pièce était plus vivante. En fait si vous voulez, ce qui se passe c'est que du coup étant donné que le jeu est projeté sur la télé dans la salle d'animation, on est pas obligé d'aller dans la salle de restaurant. Donc ça rend la salle d'animation plus vivante. Et, euh... J'entends des rires, choses que j'entendais pas forcément avant. J'ai entendu le personnel qui riait avec les résidents. » (Chantale, directrice)

« Un bien-être. Ça m'a montré que j'existais ». (Jeanne, résidente)

De plus, selon la majorité des interrogés, le dispositif semble avoir des effets positifs sur la création et le maintien de liens sociaux, et ce, notamment dans le cadre de la relation « soignant-soigné ». En effet, ces ateliers semblent être un moyen de réengager et de faciliter les échanges entre les professionnels et les personnes âgées au sein des structures.

« J'aime bien qu'on ait de l'échange ensemble. » (Jeanne, résidente)

Il faut néanmoins nuancer l'idée précédente puisque certains professionnels relatent l'importance de partager des moments avec les résidents, et ce peu importe l'outil de médiation, le support d'animation.

« Ce qui veulent eux, c'est de passer du temps avec nous pour discuter. Donc que ce soit avec un jeu de carte, une tablette ou autre ça serait pareil. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

Ces ateliers semblent également être un moyen de renforcer les liens sociaux entre les résidents, lors des séances collectives notamment, puisque nous avons surpris des personnes âgées échanger entre-elles lors de chaque observation.

Le dispositif peut aussi, par exemple, apaiser les bénéficiaires.

« Après dire que ça a eu des effets sur les résidents je sais pas... Si ! On voit qu'ils participent et que ça les apaise. » (Manon, directrice)

De même, d'après un animateur, ce dispositif permettrait également d'augmenter l'estime de soi de certaines des personnes âgées en favorisant l'émergence, chez eux, d'un sentiment de fierté suite à l'utilisation de cette nouvelle technologie.

« Déjà ça a permis à certains de se familiariser avec les nouvelles technologies. Alors même si c'est 1 dixième de la résidence c'est quand même plutôt chouette de voir des personnes de 90 ans utiliser des tablettes et faire des jeux dessus. Ça les met en valeur. » (Alban, animateur)

Ce sentiment de fierté et de valorisation est également procuré par l'acquisition de bonnes réponses ou la victoire à un jeu.

« Ils aiment bien voir qu'ils ont gagné, donné une bonne réponse. » (Lilya, animatrice)

Cependant, l'ensemble des effets explicités ci-dessus est à nuancer dans le sens où ceux-ci sont, selon la majorité des professionnels, peu durables dans le temps. En effet, ils sont visibles seulement au moment de l'activité.

« Les effets se voient à l'instant t, ils vont rigoler, être content car ils ont fait la tablette mais c'est pas sur le long terme. » (Lilya, animatrice)

En ce sens, un professionnel affirme que ce dispositif numérique ne peut être considéré comme une thérapie non médicamenteuse puisque ses effets sont visibles sur le court terme.

« Je sais pas si on peut dire que la tablette est une thérapie non médicamenteuse car c'est juste à un moment donné. Ça les canalise sur le coup parfois mais après je peux pas dire qu'après l'animation ça leur sert. Les troubles réapparaissent directement. » (Lilya, animatrice)

En revanche, un seul professionnel interrogé parmi les onze n'a constaté aucun effet sur les bénéficiaires.

« Moi, je constate pas des effets sur les résidents. » (Inès, psychologue)

3. Les feins perçus de l'utilisation du dispositif

Concernant les freins dans l'utilisation courante et l'acceptabilité du dispositif digital, les récits d'expérience rendent compte de certaines limites, entravant un déroulement favorable de certaines séances.

A. Freins techniques concernant le dispositif

Nous avons constaté quelques freins d'origine techniques dans l'acceptabilité et l'usage du dispositif. Ces derniers ont d'ailleurs été révélés comme l'une des raisons pour laquelle certaines applications du dispositif sont moins utilisées dans les établissements. Ceci s'explique en partie car les salles des EHPAD ne sont pas toutes

équipées de connexion WIFI. Or, certaines applications telles que YouTube, Skype et les logiciels de soin respectifs des structures nécessitent une connexion Internet.

« Il faut un forfait internet assez important. Le wifi de la résidence ne marche pas à tous les étages et on en a besoin pour utiliser YouTube ou faire les mises à jour... » (Emmanuelle, animatrice)

La décharge du dispositif est également un problème courant auquel sont confrontés les professionnels. En effet, ce dernier semble engendrer des situations délicates, que les professionnels souhaitent éviter de traverser.

« La tablette qui n'était pas chargée, donc on a pas pu tout noter. Le problème, c'est que chez nous ça change beaucoup. En ce moment ils sont pas en forme du tout. Et quand ça les intéresse, c'est pas chargé. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

La majorité des professionnels interrogés insistent également, dans les discours, sur l'intérêt de la projection lors des séances collectives. Ce système permet de proposer une ou plusieurs animations consécutives à un grand nombre de résidents. Cependant, d'après une animatrice, cette option nécessite des moyens financiers, que certains établissements ne bénéficient pas.

« Ce qui me manque moi, c'est qu'il faudrait le projeter. Mais, pour projeter ANISEN, c'est payant, c'est une fonction à prendre en plus. Et y'a pas de budget. Donc je serais obligé de faire des petits groupes ». (Lilya, animatrice)

Lors d'une de nos observations, nous avons remarqué qu'un établissement rencontrait des difficultés à établir une connexion entre la tablette digitale et la télévision (écran de projection). A notre arrivée, l'animateur était dans l'incapacité de diffuser, sur la télévision, ce qui apparaissait sur l'écran de la tablette. De ce fait, il a dû le décrire oralement. Or, nous avons pu constater que certaines explications ne suffisaient pas aux résidents. Certaines interprétations, ont été difficilement visualisables pour les personnes âgées. Cette approche ne semble pas fonctionner pour toutes les activités.

« En ce moment, mon connecteur à la télé ne fonctionne pas. Tout ce qui apparaissait à la tablette apparaissait à l'écran. Donc tout à l'heure l'exercice qu'on a fait en géographie, je n'avais pas besoin de dire c'est entre Nantes et Dijon car les gens voyaient la carte de France sur la télé. » (Alban, animateur)

B. Une utilisation optimale du dispositif compromise par les limitations de capacités de certains résidents

Les séances d'animation ont été proposées à des personnes âgées avec différentes pathologies fonctionnelles et/ou cognitives. Ces expériences nous ont permis d'identifier certaines pathologies qui freineraient l'acceptabilité et l'usage du dispositif digital. En effet, les professionnels que nous avons interrogés nous ont fait part de leurs analyses. Les personnes porteuses de troubles cognitifs avancés au moment de l'utilisation seraient moins à terme de l'utiliser. Le but n'étant pas de les mettre en difficulté, selon eux. Par conséquent, il existe peu d'activités proposées dans le logiciel qui semblent être adaptées à ce type de public. En effet, au sein d'une unité de vie protégée, c'est toujours la même activité, celle du Blind-test, qui est proposée aux résidents.

« Les autres choses c'est trop dur pour eux. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Ça dépend aussi de la capacité des personnes. Il y a certains jeux, sa les met plus en difficulté qu'autres choses et c'est pas l'objectif. Nous on est dans un cantou, on a des personnes qui sont atteintes de troubles et c'est vrai que c'est difficile à utiliser avec eux. Les jeux ne sont pas adaptés à ce public. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Sur l'unité protégée, je pense qu'elle l'on essayé un peu avec tous. Bon après on a des gens qui sont à un stade très avancé donc malgré l'essai c'est pas productif. Ça va pas être retenu. » (Manon, directrice)

Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles cognitifs importants sembleraient avoir du mal à établir un lien entre les jeux et leurs sens.

« Ça reste limité, les troubles cognitifs sont tellement élevés que le moindre principe de jouer, il est pas présent. Donc voilà c'est pas le fait de pas comprendre les règles c'est vraiment le principe de savoir ce que c'est, ce qu'on propose. C'est plus à utiliser en EHPAD standard. » (Julia, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Y'a une patiente sur qui on a voulu l'essayer car elle était très agitée. Pour la rassurer on voulait avoir une approche un petit peu plus ludique. Mais ça n'avait pas marché, ça ne l'intéressait pas en fait. C'est vrai que l'outil en lui-même il est très bizarre à leurs yeux. On s'en est beaucoup rendu compte lors des visios quand il y avait le confinement et que les familles ne pouvaient pas venir, c'était assez bizarre pour eux. Ils avaient l'impression de

voir une photo qui bouge. Ils arrivaient pas à faire le lien entre la tablette et le monde extérieur. Il y a une fracture numérique là-dessus. » (Alban, animateur)

Par conséquent, selon cet animateur, il semble difficile d'envisager l'utilisation de nouvelles technologies par ce type de public.

« Et on parle pas de l'utilisation.... Rien qu'utiliser un téléphone à touches c'est compliqué pour certains, là on est à un niveau qui est encore plus difficile. Donc c'est vrai que c'est très difficile de les amener sur la nouvelle technologie. » (Alban, animateur)

Nous constatons également que cette problématique s'étend à d'autres pathologies. En effet, nous retrouvons au sein de chaque service, hors unité de vie protégée, des résidents rencontrant des difficultés à se servir de la tablette et notamment, appuyer sur l'écran. En ce sens, cette problématique ne dépend pas seulement de la pathologie du bénéficiaire, mais aussi de son rapport à la nouvelle technologie et des connaissances qu'ils possèdent sur son fonctionnement. Cependant, avec le temps et l'exercice, certains résidents acquièrent cette maîtrise semble s'apprendre par les résidents en EHPAD, hors unité de vie protégée.

« Ils ont pas l'habitude des tablettes, c'est dur pour eux. Ils savent pas où taper. » (Christelle, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Y'en a certains qui sont plus à l'aise que d'autre avec la tablette. Il y en a pour qui il faut juste que je l'allume maintenant et c'est parti, ils savent faire tout seul. Et y'en a d'autres, il faut rester à côté. La difficulté principale c'est le toucher. Le toucher tactile c'est très particulier. Si on appuie trop fort ou pas assez ça marche pas... Une fois qu'ils l'ont maîtrisé c'est facile après. » (Alban, animateur)

Notons, tout de même, que l'utilisation du logiciel par des professionnels auprès de résidents atteints de troubles cognitifs est possible. A travers nos observations, nous avons pu constater que l'activité du Blind test fonctionne dans les unités de vie protégée.

Cependant, les participants atteints de troubles visuels semblent rencontrer davantage de difficultés lors des activités. En effet, la lecture, des images ou des écrits diffusés sur l'écran de la tablette, demande une intervention car certains troubles de la vision entravent la réalisation de l'activité. Une faible partie des résidents ont fait part de leur difficulté à percevoir nettement les images et les écrits

sur la tablette ou sur l'écran de projection. Ceci peut être une raison pour laquelle les personnes âgées n'adhèrent pas à l'utilisation de la tablette.

« On ne peut pas y mettre sur la télé. Et, nous souvent ils ont des troubles de la vision, euh... c'est petit pour certains. » (Carmen, aide-soignante en unité de vie protégée)

« J'ai du mal à lire et comprendre » (Georges, résident)

De plus, lors de nos observations, nous avons pu observer quelques personnes âgées perdre leur concentration durant les séances de groupe. En effet, au cours d'une activité organisée dans une salle d'animation, auprès de plusieurs résidents, nous avons pu observer l'un d'entre eux, s'endormir durant l'activité. Cependant, ce comportement concerne une minorité des participants. En revanche, aucune perte d'attention n'a été observée au cours des séances individuelles.

Les troubles physiques semblent également être un frein à l'utilisation de la tablette. Nous avons pu constater, lors d'une observation auprès d'une résidente, d'importantes difficultés à appuyer sur l'écran du support numérique. Cette dernière se devait d'accompagner sa main droite avec sa main gauche pour appuyer sur l'écran.

Par ailleurs, outre les pathologies biomédicales, le sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi des résidents jouent un rôle dans l'acceptation du dispositif. Au cours des observations, nous avons pu remarquer qu'un résident doute de ses capacités à répondre aux questions des QUIZZ proposés dans les activités. Selon lui, la participation aux activités nécessite des connaissances. Par conséquent, la peur de ne pas être en capacité de répondre aux questions semble freiner son utilisation.

« Oh non moi je suis idiot, je veux pas jouer. » (Nom non déclaré, résident)

C. Temps nécessaire à l'utilisation du dispositif

Ce dispositif est contraint à certaines limites. Il n'est pas toujours évident pour les professionnels de consacrer de leur temps pour le mettre en service. En effet, pour qu'il soit efficient, le logiciel nécessite des conditions d'implémentation avant son utilisation, à travers notamment le paramétrage des noms des résidents.

« Au début, c'était laborieux car c'était long à paramétrer. Il fallait inscrire tous les noms des résidents. Maintenant, quand un résident décède, je l'enlève et j'inscris rapidement le nouveau. » (Inès, animatrice)

Il semblerait également qu'au sein de la plupart des structures, l'ensemble des fonctionnalités permises par le logiciel ne soit pas utilisé, les professionnels privilégiant parfois le maintien des habitudes antérieures avec les logiciels existants. D'après une animatrice, l'utilisation des applications sur le logiciel nécessiterait d'inscrire des coordonnées sur la tablette (informations nécessaires à la connexion des comptes des réseaux sociaux). Elle perçoit ce temps comme une perte de temps et le juge non nécessaire puisque l'utilisation des applications est rendue possible par leurs pratiques précédentes.

« On a une autre tablette pour ça ou y'a toutes les adresses enregistrées déjà. Donc, les codes sont déjà tous rentrés dans l'ordinateur prêté par la mairie. On ne va pas répéter la manipulation, on a pas le temps. » (Lilya, animatrice)

De plus, la totalité des professionnels en établissement expliquent devoir inscrire les données concernant les animations sur le logiciel afin de pouvoir bénéficier des statistiques. Or, il semblerait que certains soignants inscrivent ces informations sur leur logiciel de soins. De ce fait, les animateurs, référents du dispositif, sont contraints de rentrer, à nouveau, ces informations sur le logiciel.

« Certains aides-soignants rentrent les activités sur le logiciel de soins, alors je suis obligée de leur dire de le faire sur ANISEN pour que j'ai le retour pour les statistiques. » (Inès, animatrice)

En ce sens, certaines pistes d'amélioration ont été proposées par les animateurs. Selon eux, la transmission des données entre les logiciels de soin et le logiciel est une solution pour faciliter cette charge de travail supplémentaire.

« Dans l'idéal il faudrait que il y ait un lien entre les activités qu'on saisit dans la tablette et notre logiciel de soin ça serait bien. Et ne pas à devoir le ressaisir une deuxième fois quoi. » (Manon, directrice)

« Nous, il faudrait qu'on ait cette option-là. Ça éviterait qu'on retourne sur l'ordi remettre nos listes des participants parce qu'on fait double boulot en fait. On met sur la tablette et après faut qu'on aille sur l'ordi. » (Emmanuelle, animatrice)

De même, certains soignants interrogés relatent le manque de temps pour intégrer le dispositif au sein de leur unité de vie protégée. En raison du rythme de

travail de ces derniers, une aide-soignante affirme ne pas pouvoir proposer une activité individuelle de plus de 10 minutes.

« Je sais pas si vous avez vu tout à l'heure, mais il y a toujours quelqu'un qui m'appelle, qui a besoin de quelque chose. Donc si je peux trouver 5 minutes dans la journée, c'est bien. Mais c'est pas tous les jours à la même heure. Les rares fois où j'ai pu faire un petit jeu avec Mme ///, c'était 5-10 min pas plus. » (Carmen, aide-soignante en unité de vie protégée)

Il n'est pas toujours évident pour ces soignants de consacrer leur temps pour travailler avec une seule personne. A travers leurs discours, nous avons pu constater un manque de moyens humains freinant le déploiement des activités individuelles sur le logiciel au sein des services.

« On a des obligations. Il faut qu'on dégage du temps déjà. Le matin c'est même pas la peine. Après c'est vrai que nous, notre service est déjà assez lourd donc c'est vrai que le matin on a pas le temps. On a même pas mangé aujourd'hui, on a eu le temps de grignoter 2 minutes mais c'est tout. C'est l'organisation. On pourrait les après-midis. Mais c'est pareil, par exemple il est tout seul c'est après midi donc il peut pas. » (Julia, aide-soignante en unité de vie protégée)

« On est tous persuadé que c'est bien. Mais il faut voir du temps pour les proposer, on va pas se voiler la face... Le gros frein c'est quand même les moyens humains pour la mettre en œuvre cette thérapie non médicamenteuse. » (Manon, directrice)

En effet, les activités proposées nécessitent la disponibilité des deux parties (professionnels et bénéficiaires). Elles obligent en partie aux professionnels de dégager du temps pour les animer et être à l'écoute des personnes âgées.

« Et puis il faut avoir une sorte de disponibilité, autant pour le personnel et les résidents. Il faut qu'on soit disponible, à l'écoute, réceptif à ce genre d'animation. » (Carmen, aide-soignante en unité de vie protégée)

D. Une méfiance face aux nouvelles technologies identifiée auprès de certains professionnels

Concernant l'utilisation du dispositif digital, les professionnels que nous avons interrogés sont, pour la plupart, confiants en leur capacité à pouvoir l'utiliser. Concernant leur rapport à la nouvelle technologie, les acteurs seraient plus à même de savoir utiliser le dispositif, s'ils maîtrisent déjà les nouvelles technologies. Par conséquent, la jeune génération ou les personnes possédant un téléphone portable semble plus aptes à les utiliser.

« Oui moi mais après c'est pas donné à tout le monde. J'ai des collègues qui aiment pas trop le tactile. C'est celles de la jeune génération qui aimeront. » (Laura, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Ceux à qui ça marche bien c'est ceux qui ont un téléphone. » (Lilya, animatrice)

De plus, l'intérêt que portent les professionnels à l'utilisation du dispositif semblent favoriser son déploiement au sein des structures.

« Par exemple, il y avait la directrice qui était formée avec nous et c'était compliqué pour elle. Elle avait du mal niveau prise en main. Mais par contre c'est vrai qu'elle avait envie de l'utiliser, donc elle a essayé. Cependant, son utilisation n'était pas naturelle. » (Alban, animateur)

Il semblerait que l'âge des professionnels soit également lié à la facilité d'utilisation du dispositif. Selon un animateur, plus ils sont jeunes, plus ils se sentent à l'aise avec l'appareil.

« Alors on va dire que les collègues un peu plus jeunes s'en sortent beaucoup plus facilement. » (Alban, animateur)

En revanche, du point de vue d'une personne âgée, le logiciel peut paraître trop infantilisant pour les personnes qui sont à l'aise avec l'utilisation des nouvelles technologies. Cette personne ne souhaite pas utiliser la tablette puisqu'elle ne lui permet pas d'accéder à certaines informations. Il semblerait que le logiciel n'offre pas la liberté recherchée par ce résident.

« Par contre moi j'ai un résident qui a un ordinateur et une tablette, quand je lui ai montré ma tablette il m'a dit : C'est un truc de vieux. Moi, la tablette je l'utilise pour y voir pleins de choses. » (Emmanuelle, animatrice)

Cependant, notons, tout de même, que l'acceptabilité du dispositif par les personnes âgées est favorable. En effet, la majorité des personnes à qui sont proposées les activités sur la tablette acceptent de l'utiliser, même pour les personnes qui n'utilisent pas les nouvelles technologies.

« Je sais que les résidents même si ils n'ont pas connu cet outil ben c'est quelque chose auquel ils adhèrent. Eux, ils ont pas trop de frein pour l'utiliser si c'est simple bien sûr. » (Manon, directrice)

L'ensemble des professionnels interrogés ont mis en lumière l'évolution des profils des résidents en EHPAD. Les personnes nouvellement arrivées possèdent de

plus en plus des outils technologiques. En ce sens, nous pouvons imaginer que la connaissance des nouvelles technologies par les résidents, sera, d'ici quelques années, connue de tous.

« Avant il n'y avait personne qui avait un téléphone portable, maintenant ça sonne à chaque fois même pendant les animations. Certains ont même un ordinateur, ils regardent des films avec la connexion. Mais bon ils ont 75 ans ceux-là, pas plus ». (Emmanuelle, animatrice)

« Les nouveaux commencent à arriver avec leur téléphone. » (Inès, animatrice)

De plus, nous avons pu constater, chez une minorité de résidents, que l'utilisation de la tablette par les professionnels devant eux, peut être perçue comme une forme d'impolitesse. Le simple fait que les utilisateurs n'aient plus le regard rivé sur eux, les dérangent.

« Certains résidents sont anti-numériques. Pour eux quand j'utilise devant eux la tablette c'est de l'impolitesse. Car pendant un moment j'ai les yeux sur l'écran et je les regarde pas. Notamment quand je remplis les informations sur les résidents, que je rentre les noms des participants. » (Emmanuelle, animatrice)

Par ailleurs, quelques professionnels se sont confiés sur leurs appréhensions face à la transmission des données auprès de leur direction. Ils s'inquiètent de la surveillance qui peut être établie en interne, auquel cas ce comportement ne serait apprécié. Dans le doute, ils ne souhaitent pas élaborer leurs recherches, même en lien avec les activités proposées par le logiciel, sur la tablette appartenant à l'établissement dans lequel ils travaillent.

« On recherche pas les réponses sur Google par la tablette nous. On le fait sur le téléphone. On a peur de se faire chopper, ou que la direction puisse voir ce qu'on fait ou fait pas. » (Christelle, aide-soignante en unité de vie protégée)

Cette méfiance des nouvelles technologies est également retrouvée chez une résidente, pour qui les réponses apportées lors des QUIZZ sont remises en question.

« J'ai peur du numérique en général. J'ai peur de pas savoir-faire et de me sentir manipulée. Je fais pas confiance aux réponses données dessus. » (Roxane, résidente)

Une minorité des professionnels pensent d'ailleurs, que le dispositif couperait tout lien humain, pourtant nécessaire durant les rencontres et l'accompagnement au quotidien.

« J'ai du mal un peu avec la tablette, car le numérique ça coupe du lien » (Inès, animatrice)

E. Lieu de stockage inapproprié au déploiement du dispositif

De plus, la totalité des professionnels en établissement expliquent devoir ranger le dispositif dans un endroit sécurisé. Tout d'abord, l'outil numérique est coûteux. De ce fait, les professionnels doivent veiller à anticiper toutes leurs séances sur le logiciel. Ils sont contraints de devoir récupérer l'appareil dans un endroit précis, pouvant être éloigné de celui de passation. D'ailleurs, les séances individuelles se déroulent toutes dans la chambre des résidents et les séances collectives s'organisent généralement dans les salles d'animation ou de restauration des établissements.

« La tablette elle est toujours dans mon bureau. Car c'est moi qui suis responsable de ce matériel. Si mes collègues veulent l'utiliser ils doivent passer par moi. » (Alban, animateur)

4. Les formations à l'utilisation du dispositif

Ensuite, nous avons pu constater que le moment de la prise en main, accompagné des formations est un moment clé dans l'acceptation du dispositif. C'est ce que nous allons observer dans les parties suivantes.

A. Une formation externe adressée à certains professionnels...

Les formations organisées par le fournisseur ont été suivies par une sélection de professionnels. C'est, généralement, les référents du dispositif au sein de chaque établissement qui ont été dirigés vers ces formations par leur direction. Ces derniers dépendent de chaque établissement mais généralement ce sont les animateurs qui sont désignés. Notifions, tout de même, que des psychologues ou encore des aides-soignants peuvent faire partie de cette liste.

« La formation a été suivie par la psychologue, les deux animatrices et des aides-soignantes de l'unité protégée. C'est moi qui orientait les groupes. » (Manon, directrice)

De plus, nous avons pu remarquer que la plupart des directeurs des établissements ne suivent pas entièrement ces formations, puisque selon eux, ils ne font pas partie des utilisateurs quotidiens.

« J'ai suivi que la première formation. Je n'ai pas assisté au deuxième car déjà d'une le temps ne me permet pas de me dédier à toutes les formations comme celles-ci et je savais de toute façon que ce n'était pas moi qui allait déployer l'outil en direct. » (Chantale, directrice)

B. Mais qui semble être utile à l'utilisation du dispositif...

Les discours révèlent, selon les professionnels, une forte utilité des formations tenues par des représentants du logiciel. En effet, ces dernières ont pour objectif de former les futurs utilisateurs à son utilisation au sein des établissements. Les essais concrets présents dans les formations semblent nécessaires pour les professionnels. Il leur semble utile de mettre en pratique les savoirs théoriques apportés, qui reflètent leur capacité à effectuer concrètement et correctement l'utilisation du dispositif.

« J'ai trouvé les formations très bien faites car on alternait entre la théorie et la pratique. Donc en fait tout ce qu'on nous montrait on le refaisait directement avec la tablette. » (Alban, animateur)

Plus précisément, ces formations permettent de renforcer leur adhésion au dispositif.

« Lorsque j'ai vu les jeux je me suis projetée de suite. Ben tient tel jeu peut être utilisé pour tel résident et celui-ci peut être pas. En fait j'avais hâte de l'utiliser. Alors même si je l'utilise pas maintenant car je n'ai pas le temps, la formation me paraissait complète pour pouvoir l'utiliser par la suite. » (Chantale, directrice)

Par ailleurs, les tutoriels accessibles sur le site ANISEN semblent appréciés par l'ensemble des professionnels. En effet, ces derniers leur offrent la possibilité de s'auto-former et/ou de renforcer leurs compétences.

« Ce qu'ils ont fait sur la formation du personnel c'est top. On peut voir sur le site, des tutos, des vidéos et de l'écrit. Ça peut servir quand on rencontre un problème. » (Inès, animatrice)

C. Une formation interne pour déployer l'utilisation du dispositif au sein des établissements

Après avoir abordé les formations externes, nous allons nous intéresser aux formations internes. Ces dernières ont pour but d'augmenter la fréquence d'utilisation du dispositif au sein des établissements, en transmettant à d'autres professionnels les savoirs nécessaires pour l'utiliser. Cependant, elles semblent ne pas être aussi complètes et efficaces que les formations proposées par le fournisseur. En effet, les savoirs ne sont pas tous partagés lors de ces dernières, ce qui rend difficile leur utilisation.

« Nous c'est lui qui nous a formé. Et lui, c'est des collègues. Donc si la première a pas bien tout compris, il est difficile pour les autres de bien comprendre. » (Inès, animatrice)

« Mais je peux pas tout faire voir en même temps ». (Emmanuelle, animatrice)

Par ailleurs, nous constatons une initiative de la part d'une des structures sélectionnées pour l'étude : l'animateur de cette dernière a organisé des séances d'initiation à la tablette avant l'implémentation du logiciel ANISEN. Une stratégie imaginée par lui-même, afin de leur proposer une première approche et faciliter l'acceptabilité du support suite à son arrivée. Cependant, cette démarche a intéressé un faible pourcentage des résidents de l'établissement.

« Avant d'avoir ANISEN, on avait mis en place des ateliers informatiques. Où j'avais téléchargé des jeux simplement sur Play store, des jeux de questions/réponses. Et chaque résident avait sa tablette où ils étaient deux dessus et l'essayaient. Bon après ça reste même pas 1 dizaine de la résidence à l'essai. C'était 8 personnes maximum. De toute façon avec le nombre de tablettes que l'on a on ne pouvait pas plus. Mais ils avaient quand même cette curiosité d'utiliser la tablette. » (Alban, animateur)

D. Une insuffisance de savoirs observée sur le terrain

Malgré la présence de ces formations, quelques difficultés se sont faites ressentir lors des observations sur le terrain. Tout d'abord, certains cas de figures ont mis en évidence certains oublis. En effet, nous avons pu remarquer qu'une animatrice ne sait pas élaborer de compte rendus sur le logiciel.

« Je voulais faire des comptes rendus dessus la tablette mais je sais pas faire. » (Inès, psychologue)

De manière générale, ces oublis font suite à une absence de pratique.

« 15 jours après la formation, les AS de la structure surveillée ne savaient plus faire. Si on pratique pas, ça s'oublie très vite. » (Lilya, animatrice)

En ce sens, une piste d'amélioration a été proposée par une animatrice. D'après elle, le fournisseur devrait organiser des remises à niveau et/ou de courtes formations afin de permettre aux professionnels de continuer à se former en fonction des évolutions du logiciel.

« Ce serait utile d'assister à d'autres formations pour des choses qu'on se rappelle plus. Car on fait souvent les mêmes choses, celles qu'on maîtrise donc on passe à côté de certaines fonctions. » (Emmanuelle, animatrice)

5. Construction organisationnelle autour du dispositif

Dans cette partie, nous allons nous intéresser au contexte socio-organisationnel des établissements, qui selon Benedetto-Meyer & Chevalet en 2008, fait part d'une construction sociale, individuelle, organisationnelle et collective.

A. Fonctions accordées aux différentes professions

En ce qui concerne l'utilisation du dispositif par les aides-soignants, les récits d'expérience rendent compte d'une solution plutôt défavorable. En effet, la majorité des aides-soignants, hors unité de vie protégée des structures ne l'utilisent pas. Ce dispositif ne semble pas rentrer dans leurs missions. De manière générale, les différents professionnels qui utilisent le dispositif, sont les psychologues, les aides-soignants des unités de vie protégée et les animateurs. Ceux-ci ont pour chacun, sur leur fiche de poste, des missions d'animations. En ce sens, l'utilisation du dispositif relève visiblement plutôt d'une animation, c'est pourquoi les professionnels n'ayant pas de missions d'animation, mais seulement de soins inscrites sur leur fiche de poste ne sont pas intéressés par l'utilisation du dispositif.

« Ça sortirait de leur fonction, ça pourrait pas faire. C'est pas leur boulot comme ils disent. » (Lilya animatrice)

« Pour eux la tablette c'est pour l'animation, c'est pas vraiment leur job. » (Alban, animateur)

« Ils n'ont pas envie, même s'ils ont le temps, ils vous diront qu'ils ont pas envie. Ils sont focus que sur les soins. » (Emmanuelle, animatrice)

« Les aides-soignants n'ont pas la formation animation, ça les intéresse pas, autrement ils auraient fait, comme ils disent AMP. » (Lilya, animatrice)

Pour autant, les directions disent souhaiter que le dispositif soit déployé occasionnellement par ces professionnels afin qu'ils proposent des animations...

« Donc je trouvais intéressant moi que ce soit l'animatrice et les soignants. Moi c'était surtout le côté sur les soignants que je trouvais intéressant. C'est à dire leur permettre de les aider dans les temps d'animation dans les unités protégées mais aussi c'était aussi peut être de se dire pour les autres que pendant une demi-heure un jour dans la semaine je vais aller faire autre chose que des soins et ça par contre on y est pas vraiment arrivé. Je m'étais dit que les aides-soignantes qui ne sont pas à l'unité protégée pouvaient l'utiliser à la fin d'un matin, prendre un petit temps pour prendre un petit temps avec les résidents. On était dans un moment où les équipes étaient fatiguées, elles n'avaient pas la tête à se réorganiser du temps. Par manque de temps, j'ai eu des « non » catégoriques. » (Manon, directrice)

« Si l'aide-soignante est là par exemple le week-end, elle peut mettre en place une activité même de 30 minutes, ce qu'on avait pas avant. » (Chantale, directrice)

« Aujourd'hui un soignant pense qu'il est là uniquement pour la toilette, la douche ect... alors que cet outil-là peut être utilisé autrement. Par exemple, on a une résidente qu'on arrive pas à prendre en charge pour la douche car pour elle c'est une agression. On sait que cette personne adore chanter donc on pourrait arriver avec la tablette lui mettre des chansons 5 minutes pour détendre l'atmosphère et peut être proposer la douche après. Et ça c'est quelque chose que l'on pouvait pas proposer avant. » (Chantale, directrice)

En effet, les soignants ne semblent pas être formés à l'animation. Par conséquent, ceci ne leur permet pas d'acquérir les savoirs et les savoirs faire nécessaires pour mettre en place et animer une activité. De ce fait, ils peuvent rencontrer certaines difficultés, notamment face à la gestion d'un groupe ou l'appropriation du dispositif.

« En tant que professionnel psychologue, je suis pas neuropsychologue. Donc les médias ça me parle pas, c'est pour ça que j'ai du mal à le faire vivre. Car j'ai du mal à me l'approprier. » (Inès, psychologue)

« Beaucoup de collègues du soin ne se sentent pas de faire de l'animation. C'est un contact un petit peu différent, surtout en collectif. Ils sont pas à l'aise avec ça. » (Alban, animateur)

Certains aides-soignants, hors unité de vie protégée, qui ont souhaité s'intéresser au logiciel ont été confrontés à des soucis de santé, entraînant parfois

des arrêts de travail. De ce fait, leur absence freine le déploiement du dispositif au sein des structures.

« C'est arrivé que des soignants l'utilisent. On a eu 2 aide soignantes. Bon l'une qui est en arrêt maladie donc qui l'a utilisé une seule fois. Et une autre qui a été bien formée mais au niveau du temps de prise en charge elle n'a pas pu trop l'utiliser. On est souvent en sous-effectif ici donc c'est compliqué. » (Alban, animateur)

« Malheureusement on avait au sein de l'équipe deux AS qui étaient volontaires pour proposer des temps adaptés aux résidents mais elles sont en arrêt de travail donc elles ont jamais pu être formée à l'outil et ni l'utiliser. » (Chantale, directrice)

B. L'importance d'une bonne communication interne pour maximiser le déploiement du dispositif

Concernant l'implémentation du dispositif au sein des structures, les récits d'expérience rendent compte de l'importance de la manière dont est abordée le dispositif par la direction. Il s'avère que le dispositif a été imposé dans une structure. De ce fait, la majorité des aides-soignants interrogés de cette structure nous ont fait part de leur frustration face à cela. Il semblerait que cette approche freine l'utilisation du dispositif par les professionnels.

« Mais là, nous servir absolument de cet outil, ça c'est vrai que pour nous c'est une contrainte. On nous l'a imposé, on nous pas dit ben maintenant il faut l'utiliser. » (Julia, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Donc ça a été un petit peu imposé dans tous les services de faire comme ça. » (Carmen, aide-soignante en unité de vie protégée)

« Puis on me l'a imposé. Donc j'ai trouvé que ça n'avait pas de sens. Si on s'y aurait pris autrement, j'aurais peut-être vu le sens de cet outil et j'aurais pu davantage le proposer. » (Inès, psychologue)

En ce sens, nous avons constaté que ces personnes se sentent privées de leur liberté de créer et de choisir les activités partagées avec les résidents qu'ils accompagnent et lesquels ils sont attachés puisqu'ils refusent qu'une personne leur impose quoi que ce soit dans cette relation.

« Moi je l'ai vécu comme une contrainte. Moi, je suis pas contre l'animation, mais en fait il faut qu'ils nous laissent la liberté de choisir quelle animation on voudrait mettre en place avec nos résidents. » (Julia, aide-soignante en unité de vie protégée)

Notons également que l'utilisation du dispositif dépend de l'esprit d'équipe instauré dans les établissements.

« Alors que cette tablette dans une autre EHPAD où j'étais avant, les soignants s'en seraient servi. Car il y a plus de personnels et les soignants aident à l'animation. Donc ça dépend de l'état d'esprit de l'établissement. » (Emmanuelle, animatrice)

Les observations en conditions réelles ont permis de constater que l'utilisation du dispositif dans les établissements dépend également de l'effet de groupe instauré dans les services. Il est intéressant d'observer des différences au sein d'une même structure. Les professionnels d'un service protégé proposent des activités sur le logiciel à leurs résidents tandis qu'un autre service ne sollicite pas son utilisation alors qu'ils dépendent du même établissement, de la même vie d'établissement.

Face à ce constat général, une directrice d'EHPAD vise à instaurer une nouvelle stratégie afin de faire évoluer leurs avis et favoriser l'utilisation du logiciel au sein de son établissement. Elle souhaite la mettre en place dans un service qui regroupe plusieurs soignants, susceptibles d'avoir un peu de temps pour l'utiliser.

« On va donc établir une stratégie. On va démarrer sur un EHPAD, où la sectorisation est plus facile et que peut être le temps du soir... On a quand même 5 soignants donc on pourrait se dire quelles peuvent utiliser les tablettes pendant 30 min. » (Manon, directrice)

6. Perspectives d'utilisation à long terme

Pour finir, nous allons aborder les perspectives d'utilisation du dispositif sur le long terme. Tout d'abord, nous avons identifié la fréquence d'utilisation du logiciel au sein des établissements interrogés. Puis, ces résultats reviendront sur le souhait de pérennisation par l'ensemble des utilisateurs et les moyens dont disposent les structures afin de pouvoir assurer son renouvellement.

A. Fréquence d'utilisation du dispositif en établissement

Avant toute chose, il nous semblait important de rappeler que le logiciel est utilisé par différents professionnels en fonction des services. D'après les récits d'expérience, ce sont les aides-soignants qui l'utilisent le plus au sein des unités de

vie protégée, alors que ce sont les animateurs au sein des autres services. Nous avons pu constater que ce sont les professionnels en charge des animations qui s'en emparent le plus.

De manière générale, les animateurs bénéficiant de la traçabilité sur le logiciel utilisent le dispositif tous les jours. En effet, il semblerait que le logiciel soit plus fréquemment utilisé lorsque celui-ci propose la traçabilité. Nous pouvons remarquer que les professionnels ne rencontrent aucune difficulté à encrer ce dispositif dans leur quotidien.

« Avant quand j'avais la traçabilité, je l'utilisais tous les jours. Maintenant que je l'ai plus je l'utilise que pour animer les activités que le logiciel propose. » (Alban, animateur)

En moyenne, l'utilisation des activités sur le logiciel est utilisée deux fois par semaine par les animateurs d'EHPAD.

« Je l'utilise deux fois par semaine. Donc les mardis matin on va être sur des séances individuelles et les mercredis après-midis c'est en collectif. » (Alban, animateur)

Nous avons pu constater une diversité de fréquence d'utilisation au sein des unités de vie protégée. Certains services utilisent le logiciel tous les jours, d'autres moins, pouvant aller à une fois par mois.

*« On l'utilise plusieurs fois par semaine. Je dirais presque tous les jours. » (Inès, animatrice)
« Même pas une fois par mois. » (Julia, aide-soignante en unité de vie protégée)*

Il semblerait que ce phénomène puisse être étroitement lié avec les moyens humains dont disposent les services. L'un d'entre eux explique que cette dynamique est freinée lorsqu'un seul professionnel est présent pour accompagner les résidents.

« Quand on est tout seul on le fait pas par contre. » (Christelle, aide-soignante en unité de vie protégée)

De plus, nous avons tenté de comparer la durée des séances selon les services au sein desquels le logiciel est utilisé. En ce sens, nous avons pu remarquer que la durée des séances individuelles peut varier en fonction du public cible. Il semblerait que les aides-soignants des unités de vie protégée animent des activités de plus courte durée que dans les autres services, puisque les résidents ne sont pas en

mesure d'assister à des séances plus longues. En effet, au cours de la journée, ces derniers sont fatigués.

« En individuel c'est 20 minutes maximum car c'est des gens qui sont fatigués. » (Lilya, animatrice)

Les séances individuelles dans les autres services peuvent durer jusqu'à 35 minutes, soit 15 minutes de plus qu'en unité de vie protégée.

« Pour l'individuel on est sur du 30-35 min grand maximum. » (Alban, animateur)

Selon un animateur, la durée des séances individuelles varie effectivement en fonction de l'intensité de la fatigue des bénéficiaires. Cette dernière peut être due à une stimulation cognitive. Elle dépend du profil des bénéficiaires et notamment de leur capacité à lutter contre la fatigue.

« C'est vraiment une stimulation cognitive à 100 pourcent donc euh... Il y en a qui fatiguent plus vite que d'autres. Il y en a toujours sur qui on pourrait leur proposer 2 heures, mais c'est une moyenne. » (Alban, animateur)

En ce qui concerne la durée des séances collectives, nos observations ne mettent en lumière aucune différence en fonction des services. L'ensemble des séances collectives observées ont duré, en moyenne, une heure. Notifions, tout de même, que le nombre d'activités proposé varie en fonction des unités au sein desquelles les bénéficiaires résident. Il semblerait que plusieurs activités soient proposées durant une séance collective au sein des services hors unité de vie protégée. Cependant, cinq est le nombre d'activité à ne pas dépasser afin de conserver l'attention des bénéficiaires. De plus, d'après nos observations, une seule et même activité est proposée durant une séance collective au sein d'une unité de vie protégée.

« Alors en groupe c'est entre 45 minutes et 1 heure grand maximum. En prenant le temps de faire des exercices et je pense aussi en évitant de trop varier les exercices. Il ne faut pas dépasser 5 activités car après on perd facilement le fil. » (Alban, animateur)

Les arrêts maladies et les changements annexes relatifs à la réorganisation des services en période d'été semblent avoir eu raison de l'utilisation du dispositif sur le terrain, et ce même si le bien-être et le maintien de la santé mentale et sociale sont centraux dans l'activité des structures.

« Cet été elles ont été moins utilisées, les nouvelles personnes pour travailler ne les utilisaient pas. Elles ont pas été formées dessus. » (Inès, animatrice)

« Donc j'ai eu que 4 personnes qui s'y sont intéressées mais que 3 qui l'utilisent car une est partie en arrêt entre temps. » (Chantale, directrice)

B. Un souhait de généralisation et de perduration du dispositif

La majorité des résidents interrogés semblent enthousiastes à l'idée d'assister à nouveau à une activité proposée par le logiciel.

« Y'en a un ou deux qui viennent me voir. Ils me demandent si l'animateur est là pour faire un jeu. » (Chantale, directrice)

« C'était bien intéressant, vous pensez que l'on pourra refaire après ? » (Bernadette, résidente)

De même, la majorité des professionnels interrogés semblent enthousiastes à reconduire le dispositif. Ce dernier semble répondre à leurs besoins.

« Je suis pas sûre qu'on aurait investi d'entrée de jeux sans même l'essayer. Au jour d'aujourd'hui les équipes seraient plutôt de dire qu'on peut pas s'en passer. » (Manon, directrice)

« Mais oui, enfin je vois pas bien comment on pourrait s'en passer maintenant. » (Manon, directrice)

En ce sens, nous avons souhaité étudier la façon dont les établissements envisagent le renouvellement du dispositif. D'après les récits d'expérience, nous avons constaté que ce dernier semble réalisable puisque le prix du dispositif est adapté aux finances et budgets des établissements.

« C'est accessible aujourd'hui une tablette comme ça. Ça coûte pas des cents et des milles. » (Alban, animateur)

V. Discussion

Les entretiens semi-directifs sur les perceptions des professionnels et des personnes âgées, couplés aux observations menées sur le terrain, ont mis en lumière les bénéfices et les freins liés à l'acceptabilité et l'usage du dispositif ainsi que les facteurs impactant sa pérennisation.

Utilité perçue et facilité d'utilisation

Premièrement, l'utilité, l'adaptabilité et la praticité de l'outil sont les principaux critères relevés par l'ensemble des personnes interrogées, en partie grâce à son apport de nouveauté dans leurs pratiques quotidiennes, son caractère mobile et sa facilité d'utilisation et de manipulation. Le format du contenu, soit la tablette tactile, comporte de nombreux points forts qui favorisent son acceptabilité auprès des utilisateurs : « *Leurs points forts sont leur disponibilité permanente, la richesse des capteurs qui permettent une forte intégration à l'environnement d'utilisation, la souplesse de leurs interfaces tactiles et leurs capacités en termes de lecteurs multimédias...* » (Hazaël-Massieu in Lecoq et al., 2012 cité dans Thévenot en 2015). De manière plus générale, l'utilité perçue et la facilité d'utilisation de l'outil sont de puissants prédicteurs de l'intention d'utiliser le logiciel. Ces résultats sont en adéquation avec le modèle TAM abordé précédemment (Davis, 1996).

Ces critères permettent aux professionnels d'être en capacité de déployer rapidement des animations, et cela sur n'importe quel lieu. Cela permet également à tous types de professionnels, y compris ceux non formés à l'animation, de proposer des animations. En ce sens, des animations peuvent être davantage envisagées au sein des établissements, par d'autres professionnels que les animateurs. De plus, le nombre important d'activités enregistrées dans le logiciel ainsi que la fonction de traçabilité diminuent la charge de travail des animateurs, permettant à ces derniers d'augmenter le nombre d'animations au sein des EHPAD. En somme, le dispositif digital semble apporter une réelle plus-value aux animateurs ainsi qu'aux EHPAD à travers une dynamisation des structures, permise notamment par la diversification

des activités et leur facilité de mise en place par l'ensemble des professionnels qui accompagnent les sujets vieillissants dans les EHPAD.

De même, les contenus des animations sont appréciés par l'ensemble des personnes âgées interrogées. Ce dispositif ludique, à la fois caractérisé par sa forme innovante, non-scolaire et enfantine sont les principales raisons évoquées. Les activités proposées sur le logiciel sont adaptées à la majorité des personnes âgées en EHPAD. Les grosses touches colorées permettent à la plupart des personnes âgées de participer aux activités puisque la lecture sur l'écran et le toucher tactile sont facilités.

Bénéfices auprès des personnes âgées

Par ailleurs, les bénéfices sur les personnes âgées mis en lumière par le dispositif sont nombreux. Les activités disponibles sur le logiciel présentent des propriétés anxiolytiques, distrayantes, et antalgiques. Les personnes âgées interrogées affirment avoir la sensation de faire travailler leur mémoire et maintenir leur réminiscence à l'aide de ce dispositif digital. D'après les discours des personnes âgées, il favorise également l'apaisement et libère la parole des personnes âgées. Les relations entre les professionnels et les résidents s'améliorent ainsi qu'entre les résidents eux-mêmes.

Des bénéfices sur la santé mentale des personnes âgées ont également été observés. Les rires constatés au cours des activités ainsi que les dires des résidents nous permettent d'émettre l'hypothèse que le dispositif a un impact sur le moral des bénéficiaires. Cela participe à l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées puisque la santé mentale est étroitement liée avec la santé globale des personnes. La littérature scientifique précise que les personnes avec des troubles mentaux ne sont pas en bonne santé physique (Aubriet & Fau ; 2021). Les activités établies par le biais du logiciel ont également démontré leur efficacité sur l'estime de soi. Un sentiment de satisfaction associé à l'utilisation d'un dispositif innovant est également retrouvé dans plusieurs études (Ninot, Delignières, Fortes, 2000).

L'implémentation de dispositif tels que celui-ci semble donc avoir des effets positifs sur la santé physique et mentale des personnes âgées. Ainsi, nous pouvons

constater une tendance thérapeutique de par les effets relatés par les personnes interrogées qui mériterait d'être approfondie. Même si les résultats de l'étude qualitative mettent en lumière de nombreux bénéfices sur un public vieillissant, on constate une faible durée dans le temps de ces effets.

Cette dernière a tendance à participer à la prise en charge globale des personnes âgées. Effectivement, le dispositif semble avoir un effet multidimensionnel, capable d'agir sur plusieurs pathologies (stress, perte de mémoire...). Si nous suivons les dires de la HAS (2011), ce dispositif peut être considéré comme une thérapie non médicamenteuse car il soulage certains symptômes et améliore la qualité de vie des patients. Ainsi, nous pouvons dire que ce logiciel s'engage pleinement dans la prise en charge globale des personnes âgées avec une ambition affichée d'une approche plurielle capable de répondre à de multiples besoins.

Freins liés à l'utilisation du dispositif

Deuxièmement, de nombreuses personnes ont signalé des freins liés à l'acceptabilité et l'usage du dispositif. Tout d'abord, l'absence de connexion à internet entrave l'utilisation du dispositif par les professionnels puisque certains items comme les réseaux sociaux nécessitent une telle connexion. Des connexions réseaux intermittentes et souvent moins rapides sont des contraintes identifiées sur la tablette tactile (Hazaël-Massieu in Lecoq et al., 2012 cité dans Thévenot en 2015). De même, les recueils de données ont permis de mettre en lumière certains dysfonctionnements (connexion non établie entre la tablette et l'écran de projection, décharge du dispositif...). Ces derniers diminuent le déploiement du logiciel par les utilisateurs. D'après Lazar, Jones, Hackley et Shneiderman (2006), ces dysfonctionnements technologiques entraînent des pertes de temps importantes et une surcharge de travail pour les professionnels. Ainsi, ils suscitent, chez eux, des sentiments négatifs vis à vis du dispositif : agressivité, résignation et une sensation de perte de contrôle sur l'activité (Bobillier-Chaumon, Dubois ; 2009).

Des moyens humains et financiers peuvent également manquer à certaines structures pour proposer le dispositif dans les meilleures conditions possibles. Effectivement, d'après Chauvenet en 1978, les EHPAD manquent grandement de

personnel qualifié, caractérisant ainsi le secteur gériatrique comme une « filière d'abandon médical ».

Par exemple, un écran de projection semble apporter de nombreux avantages lors des séances collectives. Cependant, cet achat implique un financement supplémentaire, or certaines structures ne disposent pas ce budget. De plus, même si le temps de création des animations est réduit grâce à ce dispositif, prêt à l'emploi, l'accompagnement d'un seul résident lors de séances individuelles exige un temps d'absence auprès des autres résidents. Parallèlement, un ou plusieurs professionnels doivent être présents pour assurer l'accompagnement de ces derniers. Une telle organisation doit pouvoir s'inscrire dans l'emploi du temps des professionnels.

Caractéristiques des séances

Cette recherche nous amène également à nous interroger sur le format des séances d'animation. Les activités individualisées prenant en compte le désir et la progression des bénéficiaires seraient plus adaptées aux personnes stressées ou avec des pathologies très avancées. Les effets positifs des activités individuelles ont été démontrés dans les études de Lee et al. en 2017. Selon eux, un tel format favorise les émotions, le plaisir, les interactions sociales, et l'engagement. Les séances collectives quant à elles, semblent plus dynamiques. D'après notre étude, elles seraient donc une solution pour favoriser les échanges entre les résidents (lien social et la vie en établissement). En ce sens, les formats répondent à des objectifs différents.

Les résultats de l'étude ont également mis en évidence les durées des séances en fonction des services des EHPAD. Comme le précisent les professionnels, il apparaît que la durée des séances collectives au sein des unités de vie protégée soit la même que celle appliquée dans les autres unités : 1 heure en moyenne. En revanche, ce n'est pas le cas pour les séances individuelles. Au sein des unités de vie protégée, la durée des séances individuelles déployée sur le logiciel est plus courte que celle dans les autres services (15 minutes de différence notifiées par les observations). En ce sens, il semblerait que les conséquences des pathologies des personnes âgées des unités de vie protégée, notamment leur fatigue, freinent la

durée d'utilisation du dispositif. La fatigue est un symptôme fréquemment visible chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (Fontaine, Aquino, Daveau, Rozenkier ; 2008).

Fonctionnalités et contenu du logiciel

Par ailleurs, l'utilisation des fonctionnalités du logiciel varie en fonction des structures. Nous retrouvons tout de même de nombreuses similitudes entre ces dernières. Nous constatons une utilisation partagée de la fonction Pat Games, de traçabilité ainsi que des raccourcis des réseaux sociaux entre les animateurs. Ils élaborent également des comptes rendus à la suite de chaque activité afin de répondre à la demande des directeurs mais aussi des familles qui peuvent leur demander des constats d'évolution concernant les résidents. Cependant, nous remarquons qu'une minorité d'établissements bénéficie d'un raccourci direct de leur logiciel de soin sur l'interface de la tablette ANISEN. Il semblerait qu'ils soient incompatibles, alors que cette possibilité permettrait d'étendre l'utilisation du logiciel auprès des professionnels, notamment à l'ensemble des soignants puisqu'ils utilisent régulièrement leur logiciel de soin. Ceci serait un moyen, pour eux, de bénéficier d'un accès direct à leur logiciel de soin, et cela sur n'importe quel lieu puisque la tablette est transportable.

Au contraire, certaines fonctionnalités prévues par le logiciel ne semblent pas utiles pour les acteurs de terrain. En effet, aucun professionnel interrogé n'utilise l'agenda ou encore le planning proposé. Il se trouve que certains professionnels disposaient, avant l'arrivée du logiciel au sein de leur structure, des techniques leur permettant de répondre à ces besoins. Par conséquent, nous pouvons constater qu'il est difficile pour les professionnels de modifier leurs habitudes professionnelles lorsque celles-ci fonctionnent. En effet, selon Prochaska et al. en 1992, le changement de comportement implique de passer par une série de six étapes de changement. Ce phénomène n'est pas direct, mais se déroule dans le temps.

Sélection des activités

Cela nous amène aux types d'activités organisées en fonction des services des EHPAD. La mise en place de quizz musicaux est élaborée dans les unités de vie protégée. Selon les résultats, seule cette activité serait adaptée aux résidents de ces unités. D'après les professionnels, ils possèdent de multiples pathologies (troubles cognitifs avancés), les empêchant de participer à certaines activités puisqu'à ce stade, ils ont du mal à établir un lien entre ce qu'ils perçoivent sur la tablette et ce qu'ils doivent réaliser. Au sein des autres services des EHPAD, ce sont différents jeux cognitifs qui sont organisés. Malgré quelques pathologies pouvant freiner son utilisation (troubles visuels, difficultés motrices...), les activités proposées sur le logiciel seraient davantage adaptées aux résidents ne vivant pas dans une unité protégée.

Les bénéficiaires du dispositif digital sélectionnés par les professionnels sont majoritairement des personnes âgées, atteintes de perte d'autonomie, avec des déficits cognitifs et/ou isolées. Ayant été expérimenté en partie dans un contexte sanitaire particulier, celui de la Covid-19, l'intérêt de ce dispositif dans les EHPAD n'a fait que s'intensifier face aux conséquences du confinement sur les habitudes de vie des personnes âgées. La littérature insiste, en effet, sur l'augmentation de l'isolement social durant cette période, induite par la suspension des regroupements pour empêcher le virus d'entrer dans les établissements (Gil, 2020). Il semblerait que ce dispositif permet aux professionnels d'atteindre un public vulnérable, parfois retiré de la vie en établissement. Par exemple, lors des observations, la curiosité amène une résidente, habituellement isolée, à participer à une activité collective proposée par l'animateur. Elle a ainsi pu bénéficier des effets de ce dispositif.

Critères d'acceptabilité du dispositif

Par ailleurs, d'après les dires de certains professionnels, le rapport à la nouvelle technologie est un critère d'acceptabilité du dispositif pour les personnes âgées. L'arrivée des papy boomers commence à être observée au sein des établissements. En ce sens, nous pouvons penser que l'acceptabilité des personnes âgées sera renforcée d'ici 10 ans, avec une connaissance et un usage renforcés des nouvelles technologies. Pour l'instant, une meilleure connaissance des outils technologiques

de la tablette ainsi que du logiciel permettrait aux personnes âgées de s'adapter plus facilement et rapidement au dispositif. En effet, selon Sarrazin et al. en 2006, une meilleure connaissance des outils technologiques permettrait aux élèves de les intégrer durablement dans leur quotidien. Nous pouvons imaginer qu'il en serait de même pour les personnes âgées. Cependant, nous avons pu mettre en évidence d'autres facteurs qui semblent impacter l'acceptabilité au-delà du rapport avec les nouvelles technologies, comme l'attrait pour la nouveauté.

De même, les résultats de cette recherche mettent en évidence la diversité des professionnels utilisant le dispositif en fonction des EHPAD. Nous avons pu remarquer une faible utilisation du dispositif de la part des directeurs d'EHPAD démontrant ainsi une utilité moindre pour les personnes occupant cette fonction. Cependant, nous soulignons une implication de l'ensemble des animateurs au sein de chaque établissement. Il semblerait pour l'intégralité des professionnels que ce dispositif soit associé aux missions d'animation. En ce sens, ce sont, en moyenne, 3 professionnels qui utilisent le dispositif dans chaque établissement, comprenant les animateurs mais aussi parfois les jeunes en services civiques, les psychologues et les aides-soignants d'unité de vie protégée. Dans le domaine des TIC (Rogers, 1995 ; Torknatzky & Klein, 1982) montrent également les effets des perceptions des nouvelles technologies par les individus sur l'acceptabilité et l'usage du dispositif innovant. Selon les entretiens, les personnes ayant une faible affinité pour les nouvelles technologies sont plus réticentes à les utiliser.

A travers nos entretiens, nous avons également constaté que l'acceptabilité et l'utilisation du dispositif dépendent des impressions que les professionnels ont sur le dispositif. Les technologies peuvent donner l'impression d'une surveillance permanente (Bobilier Chaumon et Dubois, 2009), notamment de la direction, qui limite son utilisation.

Accompagnement auprès des seniors

Ensuite, l'accompagnement des professionnels envers les personnes âgées semble primordial. Les professionnels offrent, par exemple, la possibilité aux bénéficiaires d'appuyer, à leur place, sur la tablette, mais aussi de choisir, pour eux,

les activités qui leur correspondent. Concernant, le choix des activités, il semblerait que les professionnels agissent différemment selon les services au sein desquels les activités sont proposées. Nous avons pu constater que les professionnels offrent la possibilité aux résidents, hors unité de vie protégée, de choisir l'activité qu'ils souhaitent parmi une pré-sélection de 3 activités alors que les résidents des unités de vie protégée ne semblent pas participer au choix des activités. Ce constat est dû au fait qu'il existe, d'après les professionnels interrogés, peu d'activités adaptées à ce type de public sur le logiciel. Une réflexion éthique sur la garantie du respect des droits décisionnels des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs semble, alors, nécessaire.

Par ailleurs, l'accompagnement d'un tel dispositif nécessite aux professionnels d'user d'une approche spécifique lors de sa mise en œuvre. En raison de la toute nouvelle expérience que les utilisateurs s'approprient à vivre, les professionnels emploient des mots qui leur sont appropriés pour faciliter leur compréhension. De plus, il est d'intérêt pour les bénéficiaires, que les professionnels augmentent progressivement le niveau des activités afin d'éviter qu'ils ressentent un sentiment d'échec. D'après les entretiens, l'estime de soi des personnes âgées serait améliorée grâce à cette approche puisqu'elle génère des bonnes réponses. La littérature scientifique confirme ces résultats auprès des enfants, puisque la réussite a été déterminée comme facteur participant à l'amélioration de l'estime de soi des jeunes, étant un moyen de lutter contre la menace dépressive, ou un mécanisme de défense, ou encore une manière efficace et créative de négocier la dépressivité du sujet (Révah-Levy ; 2000).

Formations diverses liées au dispositif

Les formations liées au dispositif ont beaucoup été discutées au cours des entretiens. C'est une sélection de professionnels, généralement les référents du dispositif, qui assistent aux formations organisées par le fournisseur. Elle comprend la plupart du temps, les animateurs, les psychologues ainsi que les aides-soignants des unités de vie protégée des EHPAD. L'importance accordée aux formations organisées par les fournisseurs est forte et semble offrir certains bénéfices aux

professionnels, leur permettant d'acquérir des savoirs et des savoirs faire pour être en capacité de déployer le dispositif seul, voir même de former, à leur tour, d'autres professionnels lors de formations internes. En effet, les professionnels interrogés soulignent l'importance des formations en présentiel, permettant de mettre en pratique leurs nouveaux acquis et nouvelles compétences concernant le dispositif. En effet, l'expérience a la particularité de permettre aux personnes d'éprouver et de mieux comprendre : « *La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est qu'information.* » disait Albert Einstein, en 1954.

De manière générale, le déploiement de dispositif dit de thérapie non médicamenteuse nécessite une équipe formée car il implique une réflexion sur l'iatrogénie et une formation sur les techniques non médicamenteuses concernées (Faille-Zahiri et Oviedo, 2016). Cependant, les professionnels interrogés mettent en lumière l'inefficacité des formations internes. Au cours de ces dernières, les apports sont incomplets. Par conséquent, les professionnels issus de ces formations sont moins bien formés que ceux issus des formations organisées par le fournisseur.

Méthodes d'implantation du dispositif

En contexte de changement, la littérature avance le thème de la « *résistance au changement* » des individus. D'après Soparnot en 2013, ce concept amène les individus à refuser les projets de réformes imaginés par l'entreprise où ils travaillent. Effectivement, un changement imposé et planifié qui n'implique aucune concertation avec les destinataires est susceptible d'engendrer un risque significatif d'expression des résistances identitaires, politiques et collectives. Dans le cadre de notre étude, certains professionnels se confient sur leur ressentis. Ils pensent que cette approche limite leur liberté de choisir et/ou de créer les animations qu'ils souhaitent déployer. En ce sens, la frustration provoquée chez ces derniers à travers cette situation freine l'utilisation du dispositif au sein des établissements. De même, d'après les entretiens, l'effet de groupe instauré au sein des services semble aussi avoir un impact sur l'usage du dispositif en établissement.

Les observations supposent que les discours entres les pairs d'un même service influencent l'usage du dispositif. D'après les auteurs précédents, ce facteur relevant

de l'influence du groupe se nomme « *résistance collective* ». Effectivement, nous avons constaté des avis différents entre deux unités de vie protégée d'une même structure. En ce sens, nous pouvons imaginer que les avis négatifs que certains professionnels ont à propos du dispositif et notamment sur le fait qu'il n'est pas adapté aux résidents des unités de vie protégée, influencent leurs pairs. D'après Renard en 2020, les professionnels interrogés dans le cadre de son mémoire jugent les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer moins capables, physiquement et cognitivement, d'utiliser la tablette tactile. Ils pensent que cette technologie leur serait moins utile.

Satisfaction générale

In fine, la satisfaction générale est unanime et partagée par les professionnels et les personnes âgées. De nombreux bénéficiaires envisagent d'assister à nouveau aux activités proposées sur le logiciel. De plus, les professionnels interrogés dont les animateurs et les directeurs souhaitent maintenir l'utilisation du logiciel dans leurs structures respectives. Par conséquent, la valeur accordée à cet appareil est plutôt forte.

Cela nous amène à nous attarder sur la fréquence d'utilisation du dispositif digital dans les EHPAD. Selon l'étude, c'est de manière fréquente que ce dispositif est utilisé au sein de ces dernières. En revanche, nous pouvons constater une utilisation moins prononcée au sein des unités de vie protégée. Effectivement, nous pouvons remarquer que l'ensemble des animateurs de services hors des unités de vie protégée utilisent quotidiennement l'outil, alors que la fréquence d'utilisation par les aides-soignants des unités de vie protégée varie (de tous les jours à moins d'une fois par mois). En somme, nous pouvons souligner que, désormais, le logiciel fait partie intégrante des pratiques professionnelles dans les structures incluses dans notre étude.

VI. Préconisations

En nous appuyant sur les résultats de l'étude, nous sortons présentement de la posture de chercheur, pour développer quelques préconisations d'utilisation et de pérennisation du dispositif. Les préconisations formulées ici tiennent compte des discours des personnes interrogées (professionnels et personnes âgées), des observations réalisées sur le terrain de l'usage du dispositif digital et des freins et leviers à l'acceptabilité.

1. La formation

A. Format

Tout d'abord, les professionnels voient des avantages certains aux formations menées par le fournisseur. Le format en présentiel est apprécié, et devrait être poursuivi. Il résulte de la présence d'un formateur et des apprenants en un lieu commun, leur permettant d'apprendre en pratiquant.

Par ailleurs, il semblait intéressant de s'interroger sur l'intérêt des formations internes, organisées entre pairs au sein des structures. Nous avons constaté que les formations internes sont moins efficaces que celles organisées par le fournisseur. Des différences entre les bénéficiaires ont été mises en avant dans la partie résultats. En ce sens, il serait pertinent que l'ensemble des utilisateurs puissent suivre ces formations afin qu'ils bénéficient tous de la connaissance complète, favorisant l'implication de davantage de professionnels et la qualité d'utilisation du logiciel au sein des structures. Mais aussi, que la chaîne de transmission des savoirs en interne dans les établissements soient facilitée.

B. Public cible

Cette étude nous amène à aborder le public cible de ces formations. Les résultats de cette étude ont mis en évidence que l'effet de groupe joue un rôle particulier dans l'utilisation du dispositif. En ce sens, il serait bénéfique pour favoriser son déploiement au sein des structures, d'inviter à minima un professionnel de chaque service lors des formations organisées par le fournisseur. L'objectif est que

ces individus aient un niveau de connaissances satisfaisant de l'ensemble des fonctionnalités du dispositif pour pouvoir les valoriser auprès de leurs collègues de service.

De plus, d'après les résultats, nous avons pu constater que l'utilisation de la tablette par les professionnels pouvaient peut-être perçue comme une forme d'impolitesse par les résidents. De ce fait, il semblerait intéressant d'insister, lors de la formation des professionnels, sur le fait que c'est un outil qui n'a pas pour objectif de couper la communication. Il est important que les professionnels y accordent une attention particulière afin de ne pas frustrer les résidents.

De la même manière, il est important que les personnes âgées soient en mesure d'utiliser le support du logiciel, soit la tablette digitale, avant même qu'ils participent à des activités sur le logiciel. Ceci permettrait à certains bénéficiaires d'être plus à l'aise avec l'utilisation de cette nouvelle technologie. En ce sens, il serait intéressant pour les structures, de proposer une initiation à l'outil auprès des résidents. Cette dernière pourrait se dérouler en collectif, dans le but également d'intéresser un maximum de personnes âgées.

2. La communication

A. Approche auprès des professionnels

Au regard des résultats et dans l'objectif d'augmenter le nombre de professionnels utilisateurs, les directions doivent veiller à organiser une réunion auprès de l'ensemble des professionnels en amont du projet. Cette approche permet à la fois aux professionnels de prendre connaissance du projet, mais aussi aux directeurs d'identifier les professionnels qui pourraient être intéressés par la mise en place du dispositif, et ainsi de suivre les formations. De plus, étant donné que les résultats mettent en évidence le manque d'engagement des soignants, il serait intéressant que celle-ci les impliquent dans le but de renforcer leur acceptabilité.

Plus précisément, les directions doivent adopter une attitude spécifique. D'après nos résultats, l'approche hiérarchique présente certaines limites. En ce sens, nous pouvons penser qu'ils sont plus enclins à valoriser l'outil lors d'une réunion de

présentation, en concertation avec les équipes, plutôt que de l'imposer aux professionnels. Le but de cette réflexion pluri professionnelle en amont est de renforcer l'acceptabilité et l'usage futur du dispositif.

B. Approche auprès des résidents

Les résultats ont révélé un certain agacement de la part des résidents, lorsque les professionnels portent leur regard sur la tablette. Par conséquent, nous recommandons aux professionnels d'expliquer et de décrire à haute voix les manipulations qu'ils réalisent sur la tablette puisque les résidents ne sont pas toujours en mesure de les visualiser. Il semblerait que cette méthode puisse favoriser l'acceptabilité du dispositif par les résidents.

De plus, l'accompagnement d'un tel dispositif nécessite aux professionnels d'user d'une approche spécifique lors de sa mise en œuvre. En raison de la nouvelle expérience que les utilisateurs s'apprêtent à vivre, il est important que les professionnels présentent le dispositif aux seniors de manière simple, les rassurent, et les accompagnent tout au long de cette dernière. Par exemple, les professionnels peuvent employer des mots, propres aux personnes âgées, afin de faciliter leur compréhension.

Par ailleurs, compte tenu des différences perçues parmi les répondants concernant la perception du dispositif comme thérapie non médicamenteuse, il semble qu'une étude clinique plus approfondie soit nécessaire pour confirmer qu'il s'agit ou non d'une telle approche.

3. L'organisation des structures

L'organisation des structures dans le déploiement du logiciel est primordiale sur plusieurs points.

A. Besoins humains

Parmi nos résultats, nous avons constaté des freins matériels liés à l'utilisation du dispositif. Certains professionnels, plus particulièrement les aides-soignants des unités de vie protégée, rencontrent des difficultés à animer des séances individuelles

disponibles sur le logiciel. Le manque de personnel dans ces services ne permettrait pas à ces derniers de se consacrer à une seule personne durant un certain temps. Cela freinerait l'utilisation du dispositif et notamment le nombre de séances proposées. Par conséquent, les structures doivent mettre à disposition les moyens humains et les conditions nécessaires à l'utilisation du dispositif afin de répondre à cette problématique.

B. Besoins matériels

Des freins matériels, ont été mis en évidence par les professionnels. L'utilisation du logiciel pour se rendre sur les réseaux sociaux (de type Skype...) ou réaliser des mises à jours nécessite une connexion internet : toutes les pièces et étages des structures n'en sont pas équipés. L'intérêt est alors d'instaurer une connexion internet dans tous les établissements afin que les professionnels puissent réaliser leurs tâches ainsi qu'utiliser le logiciel où qu'ils soient sur leur lieu de travail, ou encore de mieux organiser le téléchargement en identifiant une personne référente qui pourrait être en mesure de gérer cette partie.

De plus, les résultats de l'étude ont mis en lumière les bénéfices apportés par les écrans de projection lors des séances collectives. Il semblerait que cet appareil facilite la compréhension des activités auprès des personnes âgées. En ce sens, il est important que l'ensemble des structures possède, à minima, un écran de projection afin de réaliser dans les meilleures conditions possibles les animations collectives conçues.

4. Le logiciel ANISEN

A. Le contenu

Des axes d'amélioration concernant le contenu du logiciel peuvent être envisagés suite aux propos émis par les personnes interrogées participant à notre étude qualitative. Par exemple, certains professionnels ont mentionné le fait que le logiciel mériterait peut-être de pouvoir proposer d'autres activités adaptées aux troubles cognitifs avancés. Une possibilité qui pourrait permettre aux professionnels de varier les séances auprès de ce public. En effet, nous avons pu constater au sein

d'une unité de vie protégée, que les professionnels n'utilisent qu'une seule animation du logiciel auprès de leurs résidents car il semblerait, selon eux, que les autres activités disponibles sur le logiciel ne sont pas adaptées à ce public.

B. Les fonctionnalités

Par ailleurs, selon les utilisateurs, certaines améliorations peuvent être apportées aux fonctionnalités du logiciel. Des remarques ont été formulées concernant l'impossibilité de modifier la liste des participants une fois l'activité commencée, alors même que des arrivées et des départs des résidents ont lieu durant des séances. De même, afin d'augmenter la précision des comptes rendus des résidents, il semblerait utile que les professionnels soient en mesure de saisir les noms des résidents lors de leurs interventions.

De plus, étant donné que certaines fonctions du logiciel, comme l'agenda, ne sont pas utilisées par les professionnels, la société devrait se recentrer sur celles-ci afin qu'ils trouvent un vrai intérêt à les utiliser.

En outre, nous pouvons observer que certains logiciels de soins utilisés dans les EHPAD ne sont pas compatibles avec le logiciel. De ce fait, nous retrouvons au sein des structures concernées, une faible utilisation du dispositif par les soignants (hors unité de vie protégée). En effet, ces derniers ne semblent s'intéresser qu'à cette fonction. Nous avons constaté que cet aspect freine le déploiement du dispositif dans les structures. Afin de favoriser le déploiement du logiciel dans les EHPAD, il est nécessaire d'établir une compatibilité entre les logiciels de soins et le logiciel ANISEN.

Le dernier axe d'amélioration concerne les difficultés liées à la double saisie d'informations sur les logiciels. Afin d'optimiser le temps des professionnels, le lien entre les logiciels pourrait être amélioré. Les informations transmises sur le logiciel ANISEN pourraient être transférées directement sur le logiciel de soins des structures. Ceci éviterait aux professionnels d'avoir à saisir deux fois les informations demandées.

Nous pouvons donc conseiller aux représentants du logiciel Anisen d'organiser des sessions de co-construction avec les résidents des établissements pour connaître

les activités qu'ils souhaiteraient. Pareillement, il serait intéressant de tenir des réunions avec des professionnels pour connaître leurs manques.

VII. Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites.

Premièrement, il est important de s'attarder sur le recrutement de notre population. Nous avons sollicité l'implication des structures déployant le logiciel ANISEN au travers des données transmises par la Conférence des Financeurs de la Loire. Il aurait pu être intéressant, de nous entretenir avec des structures ne disposant pas l'outil afin de connaître leurs avis sur le dispositif.

Deuxièmement, bien que nous ayons pu obtenir des témoignages provenant de différents profils, nous avons analysé l'acceptabilité du dispositif sur 4 EHPAD différents. Les participants de notre étude représentent une minime partie de cette population. Les résultats ici sont donc à nuancer et pourraient être complétés par une analyse dans d'autres EHPAD, sur un autre territoire par exemple.

Troisièmement, les entretiens avec les soignants étaient un peu courts puisqu'ils ont été réalisés pendant leur temps de travail.

In fine, lors de la sélection des interviewés, nous n'avons pas établi de sélection particulière entre les sexes. Effet, nous avons interrogé peu d'hommes. Ainsi, l'impact du genre sur l'usage et l'acceptabilité du dispositif et l'implication dans son déploiement n'a pu être mesuré : il pourrait donc faire l'objet d'une étude complémentaire.

VIII. Bibliographie

Aartsen, M. J. et coll. (2002). « Activity in Older Adults: Cause or Consequence of Cognitive Functioning ? A Longitudinal Study on Everyday Activities and cognitive Performance in Older Adults ». *J Gerontol B Psychol Sci* ; 57(2) : p. 153-162. Consulté en ligne sur : <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/57/2/P153/600160/Activity-in-Older-AdultsCauseor-Consequence-of#xref-ref-2-1>

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological bulletin*, 82(2), 261.

Aquino, J. P. (2015). Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Rapport remis à Mme Laurence Rossignol, Secrétaire d'État chargée de la Famille, de l'Enfance, des personnes Âgées et de l'Autonomie, 204p.[En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf.

Arbuckle, T. Y. et coll. (1986). « Cognitive Functioning of Older People in Relation to Social and Personality Variables ». Concordia University, Montreal, Quebec, Canada. Consulté en ligne sur : http://journals2.scholarsportal.info.proxy.bib.uottawa.ca/pdf/08827974/v01i0001/55_cfoopirtsapv.xml

Aubriet, S., & Fau, L. (2021). Santé mentale et santé globale: pour une vision commune, une approche de la complexité. *L'information psychiatrique*, 97(6), 491-496.

Balard, F., Caradec, V., Castra, M., Chassagne, A., Clavandier, G., Launay, P., ... & Trimaille, H. (2021). Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. *Revue des politiques sociales et familiales*, 141(4), 31-48.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu* (Presses Universitaires de France). <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

Bedouch, P. (2008). Diffusion des bonnes pratiques de prescription: modélisation des interventions pharmaceutiques (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).

Benedetto-Meyer, M., & Chevallet, R. (2008). Analyser les usages des systèmes d'information et des TIC. Paris : ANACT Éd. Benedetto-Meyer, M., & Chevallet, R. (2008). Analyser les usages des systèmes d'information et des TIC. Paris : ANACT Éd.

Bessenay, R. (2022). La digitalisation comme convention d'effort multiniveau: étude de la diffusion du Building Information modeling (BIM) dans une entreprise française de construction (Doctoral dissertation, Université Jean Moulin Lyon 3).

Bier, N., Rialle, V., Djellal, A., Jean, M., Brissonneau, C. & Williams-Jones, B. (2022). La personne âgée « assistée technologiquement » : quels défis éthiques ? Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique, 5(2), 171–183. <https://doi.org/10.7202/1089799ar>

BIER, M. N., BLATIER, M. C., KERN, M. D., RIALLE, M. V., SAUZÉON, M. H., DEVELLOTTE, M. C., & MONFORT, M. E. Usage de la tablette tactile par les personnes âgées: Une approche écologique de l'évaluation.

Bioy, A., & Gautier, J. M. (2009). Les thérapies non médicamenteuses. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 10, S79-S82.

BRANGIER, E., GRONIER, G., & PINO, P. (2001). La conception d'icônes permettant la communication entre de grands handicapés moteurs aphasiques et leur entourage: éléments de communication palliative.

Brutel, C. (2002). La population de la France métropolitaine en 2050: un vieillissement inéluctable. Economie et statistique, 355(1), 57-71.

Chauvenet, A. (1979). Médecines au choix, médecine de classes. Paris : PUF, coll. « Politique ».

Code de la santé publique - Article L6114-2 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930764&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=2016012831>.

Davis, F., Bagozzi, R., & Warshaw, P. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35, 982-1003. <https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982>

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033670895>

Dubois, M. & Bobillier-Chaumon, M. (2009). L'acceptabilité des technologies : bilans et nouvelles perspectives. *Le travail humain*, 72, 305-310. <https://doi.org/10.3917/th.724.0305>

Dujmovic, M., Frison, S., & Roederer, T. (2021). La deuxième vague de COVID-19 dans les EHPAD.

Dumont, G.-F. (2017). Vieillesse de la population de la France : Les trois causes de son accentuation. *Population & Avenir*, 732(2), Art. 2. <https://doi.org/10.3917/popav.732.0017>

Epelbaum, S. (2021). 15.3 Troubles neurocognitifs (démences). *Manuel de psychiatrie*, 347.

FAILLE-ZAHIRI, O., OVIEDO, E. (2016). ETATS DES LIEUX DE LA PRESCRIPTION DES NEUROLEPTIQUES EN EHPAD-TECHNIQUES D'APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES.

Findlater, L., Froehlich, J. E., Fattal, K., Wobbrock, J. O., & Dastyar, T. (2013, April). Age-related differences in performance with touchscreens compared to traditional mouse input. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 343-346).

Fontaine, D., Aquino, J. P., Daveau, P., & Rozenkier, A. (2008). Maladie d'Alzheimer: une mobilisation forte mais inégale selon les régions. *Retraite et société*, (1), 184-189.

Gil, R. (2020). Confinement et isolement en Ehpad ou les enjeux éthiques du délitement sécuritaire des liens sociaux. *Droit, Santé et Société*, 2(2), 27-34.

Gillet, J. (2016). Mise en place de la conciliation médicamenteuse au Centre Hospitalier Verdun-Saint-Mihiel (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).

GIRAUDEAU, S. (2010). AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES RETRAITÉES HÉBERGÉES EN FH PAR LA CRÉATION D'UNE PETITE UNITÉ DE VIE.

Gonthier, R., Adolphe, M., Michel, J. P., Bringer, J., Dubois, B., Lecomte, D., ... & Vellas, B. (2022). Rapport 22-02. Après la crise COVID, quelles solutions pour l'EHPAD de demain?. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 206(4), 457-465.

Gzil, F., Clause-Verdreau, A. C., Brugeron, P. E., & Hirsch, E. (2020). Éthique, soin et grand âge pendant l'épidémie de Covid-19. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil, 18(2), 151-156.

Haute Autorité De Santé, H. A. S. (2011, avril). Rapport d'orientation Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Has-sante. Consulté le 1 septembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

Haute Autorité de Santé, H.A.S. (2018). Rapport d'analyse prospective 2018. Consulté le 30 novembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/rapport_analyse_prospective_2018.pdf

Helmer, C., Grasset, L., Pérès, K., & Dartigues, J. F. (2016). Évolution temporelle des démences: état des lieux en France et à l'international. Bull Epidemiol Hebd, 28(29), 467-473.

Institut National De La Statistique Et Des Études Économiques, I. N. S. E. E. (2020, 27 février). Population par âge – Tableaux de l'économie française. INSEE. Consulté le 1 septembre 2022, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, I. N. S. E. E. (2018). Tableaux de l'Economie Française.

Karel, M. J. (1997). Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review*, 17(8), 847-879.

Laurencin, J.-P., Hoffman, J., Forest, F., & Ruffieux, B. (2009). Axe 4 : Acceptabilité. www.mshalpes.prd.fr/luce/documents/presentations/Axe4_Acceptabilite_Forest_19052004.ppt.

Lee, K. H., Boltz, M., Lee, H., & Algase, D. L. (2017). Is an Engaging or Soothing Environment Associated With the Psychological Well-Being of People With Dementia in Long-Term Care?. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 135-142.

Makdessi, Y., & Pradines, N. (2016). En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Études Résultats*, 989, 1-4.

Michel, C., Bobillier-Chaumon, M. E., Cohen Montandreaux, V., & Tarpin-Bernard, F. (2006, September). Les personnes âgées en EHPAD. Les TIC sont-elles un mode de reliance sociale?. In *Colloque sur les ENJEUX ET USAGES DES TIC: Reliance sociale et insertion professionnelle*, EUTIC, Bruxelles, Belgique (pp. 13-15).

Nielsen, J. (1994). Estimating the number of subjects needed for a thinking aloud test. *International Journal of Human-Computer Studies*, 41 (3), 385-397.

Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Staps*, 53, 35-48.

Pancrazi, M. P., & Métails, P. (2005). Prise en charge non médicamenteuse dans les démences sévères. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(1), 42-50.

Pasquier, H. M. L. (2012). Définir l'acceptabilité sociale dans les modèles d'usage: vers l'introduction de la valeur sociale dans la prédiction du comportement d'utilisation (Doctoral dissertation, Université Rennes 2).

Péru, N. W., & Pellerin, J. (2010). Le syndrome de glissement: description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'Encéphale*, 36, D1-D6.

Piau, A., & Rialle, V. (2012). Évaluation des technologies pour l'autonomie et la santé à domicile: complexité et exigence méthodologique. *Les cahiers de l'année gériatologique*, 4(4), 364-370.

Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p. 113-172).

Poisson, Y. (1983). L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. IX

PREVISSIMA. (2021). ALD 30. <https://www.previssima.fr/lexique/ald-30.html>

Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M. and Karagiannidou, M. (2016) *World Alzheimer Report 2016 Improving Healthcare for People Living with Dementia*.

Quillion-Dupré, L. (2018). *Usage de la tablette tactile par les personnes âgées: Une approche écologique de l'évaluation et de l'aide à l'apprentissage* (Doctoral dissertation, COMMUNAUTE UNIVERSITE GRENOBLE ALPES).

Quillion-Dupré, L., Monfort, E., & Rialle, V. *Personnes âgées, troubles neurocognitifs et tablette tactile: Apports d'un programme de formation adapté*.

Renard, A. (2020). *Acceptabilité en maison de repos: comment les professionnels perçoivent-ils l'idée d'y installer la tablette tactile?*

Révah-Levy, A. (2000). La réussite scolaire: estime de soi et problématiques dépressives. *L'Autre*, 1(2), 381-383.

Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

Roussel, R. (2017). *Personnes âgées dépendantes: les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. Etudes et résultats*, 1032.

Salles, N. (2017). *Télémédecine en EHPAD: les clés pour se lancer*. Le Coudrier.

Sarrazin, P., Tessier, D., & Trouilloud, D. (2006). Climat motivationnel instauré par l'enseignant et implication des élèves en classe: l'état des recherches. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (157), 147-177.

Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en sciences de gestion*, 97(4), 23-43.

Tabbarah, M. Crimmins, EM. et Seeman, TE. (2002). « The relationship between cognitive and physical performance : MacArthur Studies of Successful Aging. ». *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* ; 4 : M228-35. Consulté en ligne sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11909888>

Thévenot, P. (2015). Nouveauté technologique et milieu professionnel: la tablette tactile et les acteurs de l'immobilier (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).

Thiétard, R.-A. (2003). *Méthodes de recherche en management*. Dunod. <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/methodes-de-recherche-en-management-9782100066643/>

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2013). Dépression de la personne âgée en institution. *Revue Geriatr*, 38, 207-216.

IX. Annexes

Annexe I: Avis comité d'éthique



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne
Commission recherche de Terre d'éthique
comite.ethique@chu-st-etienne.fr
Pr Pascale Vassal
pascale.vassal@chu-st-etienne.fr
Institutional Review Board : IORG0007394

Mme Solène DORIER
Dr Thomas CELARIER

CHU de Saint-Etienne
Gérontopôle AURA

Saint-Etienne, le 17/06/2021

De : Pascale Vassal

Réf : **IRBN912021/CHUSTE**

Objet : **Avis Favorable**

Titre : « « Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact. »

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.

Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du mercredi 16 juin 2021. Un résumé a été présenté par Mme Solène DORIER qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN912021/CHUSTE.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatifs « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a donné un **Avis Favorable** à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Éthique.

Très cordialement

Professeur Pascale VASSAL

Annexe II : Guides d'entretien Directeurs

« Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour échanger avec vous sur le logiciel. Nous reviendrons sur l'impact de cet outil dans votre établissement. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

| | |
|--|---|
| <p><u>Thème 1 – Le métier :</u></p> | <p>Pourriez- vous me dire quel est votre poste et quelles sont les missions qui y sont rattachées ?</p> <p>Temps à ce poste ?</p> <p>Temps dans l'établissement ?</p> |
| <p><u>Thème 2 – L'arrivée du logiciel étudié :</u></p> | <p>Comment vous a-t-on proposé d'utiliser le logiciel au sein de votre établissement ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de cette proposition ?</p> <p>Pourquoi avoir accepté que le logiciel soit utilisé au sein de votre établissement ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres projets de ce genre dans votre établissement par le passé ?</p> <p>Avez-vous suivi des formations avec cette société ?</p> <p>Si oui → Avec qui ?</p> <p>Durée de la formation ?</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Qu'avez-vous pensé de ces/cette formation(s) ?</p> <p>Des informations vous ont-elles manquées ? si oui → lesquelles ?</p> <p>Pensez-vous qu'elles puissent être améliorées ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés quant à la mise en place de ce programme au sein de votre établissement ?</p> <p>Initialement, comment a été perçu le projet par les professionnels de votre structure ?</p> |
| <p><u>Thème 3 – Utilisation et acceptabilité du logiciel étudié :</u></p> | <p>Avez-vous déjà utilisé le logiciel ?</p> <p>Si oui → Pourriez-vous me décrire dans quelles conditions vous l'avez utilisé ?</p> <p>Si non (ou pas plus que lors de la formation) → Pourquoi ?</p> <p>Si a été formé :</p> <p>Avez-vous formé d'autres personnes à l'utilisation de ce logiciel ?</p> <p>Avez-vous échangé avec les personnes ayant utilisé le logiciel ?</p> <p>Si oui → Avec qui avez-vous discuté de ce logiciel ?</p> <p>Pour chaque personne : Quels retours avez-vous eu de à propos de ce logiciel ?</p> <p>Avez-vous constaté des changements au sein de l'établissement depuis l'arrivée de logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| <p><u>Thème 4 - Bilan :</u></p> | <p>Pensez-vous utiliser ce logiciel sur le long terme ?</p> <p>De manière générale, recommanderiez-vous cet outil ? Pourquoi ?</p> <p>Que pensez-vous des TNM (thérapies non médicamenteuses) ?</p> <p>Cet outil a-t-il modifié votre rapport aux nouvelles technologies utilisées chez les patients âgés ? Pourquoi ?</p> |
|---------------------------------|--|

Caractéristiques socio démographiques : EHPAD, âge, profession, temps d'exercice dans cette profession

Annexe III : Guides d'entretien : Autres professionnels (non-utilisateurs directs)

« Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté de participer à cet échange. Je me présente, je suis Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter avec vous de l'utilisation du logiciel à laquelle vous avez participé/que vous avez animée. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, toutes les données recueillies seront rendues confidentielles. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. N'hésitez pas à nous interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

| | |
|---|---|
| <p><u>Thème 1 – Le métier :</u></p> | <p>Pourriez- vous me dire quel est votre poste et quelles sont les missions qui y sont rattachées ?</p> <p>Temps à ce poste ?</p> <p>Temps dans l'établissement ?</p> |
| <p><u>Thème 2 –</u> <u>Connaissances sur la</u> <u>tablette :</u></p> | <p>Saviez-vous avant que je vous en parle que le logiciel était en cours d'utilisation dans votre établissement ?</p> <p>Si oui → Comment l'avez-vous appris ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de l'arrivée de ce logiciel dans votre établissement ?</p> <p>Pouvez-vous me décrire cet outil ?</p> <p>Trouvez-vous cette création pertinente ?</p> |
| <p><u>Thème 3 – Utilisation et</u> <u>acceptabilité de la</u> <u>tablette :</u></p> | <p>Avez-vous déjà utilisé le logiciel ?</p> <p>Si oui → Pourriez-vous me décrire dans quelles conditions vous l'avez utilisé ?</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Si non → Pourquoi ? Vous sentez-vous concernés par cet outil ? Pourquoi ?</p> <p>Avez-vous été formé à l'utilisation du logiciel ?</p> <p>Si oui → Avec qui ?</p> <p>Quelle était la durée de cette formation ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de ces/cette formation(s) ?</p> <p>Des informations vous ont-elles manquées ? si oui → lesquelles ?</p> <p>Pensez-vous qu'elles puissent être améliorées ?</p> <p>Avez-vous formé d'autres personnes à l'utilisation du logiciel ?</p> <p>Ont-ils rencontrés des difficultés (lesquelles) ?</p> <p>Si non → Pourquoi ?</p> <p>Seriez-vous demandeur de ce genre d'outil ? Pourquoi ? De quelle manière ?</p> <p>Avez-vous échangé avec les personnes ayant utilisé le logiciel ?</p> <p>Si oui → Avec qui avez-vous discuté de cet outil ?</p> <p>Pour chaque personne : Quels retours avez-vous eu de à propos du logiciel ?</p> <p>Avez-vous constaté des changements au sein de l'établissement depuis l'arrivée du logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> |
|--|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>Avez-vous constaté des changements chez les personnes ayant bénéficié du logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> <p>Pouvez-vous me parler des retours des résidents concernant ce logiciel ?</p> <p>Avez-vous le sentiment que les résidents sont satisfaits de ce logiciel et son support ?</p> <p>Pouvez-vous me parler des retours des professionnels concernant ce logiciel ?</p> <p>Avez-vous le sentiment que les professionnels sont satisfaits de ce logiciel ?</p> <p>Selon vous, quels sont les bénéfices de ce logiciel ?</p> <p>Pensez-vous que les seniors acceptent cet accompagnement technologique ? Pourquoi ?</p> <p>Pensez-vous que les familles acceptent cet accompagnement technologique ? Pourquoi ?</p> |
| <p><u>Thème 4 – Bilan :</u></p> | <p>De manière générale, recommanderiez-vous ce logiciel ? Pourquoi ?</p> <p>Le trouvez-vous utile ? Pertinent ? Simple d'utilisation ?</p> <p>Que pensez-vous des TNM (thérapies non médicamenteuses) ?</p> <p>Cet outil a-t-il modifié votre rapport aux nouvelles technologies utilisées chez les patients âgés ? Pourquoi ?</p> |

Caractéristiques socio démographiques : EHPAD, âge, profession, temps d'exercice dans cette profession

Annexe IV : Guide d'entretien semi-directif : Aides-soignantes/Aides Médico Psychologiques/Aides Educatives et sociales/psychologues

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour échanger avec vous sur le logiciel. Nous reviendrons sur votre utilisation ou votre non utilisation du logiciel dans votre pratique professionnelle. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

| Thèmes : | Questions : |
|--|--|
| <u>Thème 1 – Le métier :</u> | <p>Pourriez- vous me dire quel est votre poste et quelles sont les missions qui y sont rattachées ?</p> <p>Temps à ce poste ?</p> <p>Temps dans l'établissement ?</p> |
| <u>Thème 2 – L'arrivée du logiciel :</u> | <p>Comment avez-vous appris l'arrivée du logiciel au sein de votre établissement ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de l'arrivée de ce logiciel dans votre établissement ?</p> <p>Avez-vous suivi des formations sur ce logiciel ?</p> <p>Si oui → Avec qui ?</p> <p>Quelle était la durée de cette formation ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de ces/cette formation(s) ?</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Des informations vous ont-elles manquées ? si oui → lesquelles ?</p> <p>Pensez-vous qu'elles puissent être améliorées ?</p> |
| <p><u>Thème 3 – L'utilisation du logiciel :</u></p> | <p>Avez-vous déjà utilisé le logiciel de la société ? / Si non : pourquoi ?</p> <p>Pourriez-vous me décrire les résidents avec lesquels vous vous en êtes servi ?</p> <p>Quelles sont leur réaction quant à son utilisation ?</p> <p>Comment les avez-vous choisis ?</p> <p>Dans quelle(s) condition(s) avez-vous utilisé le logiciel avec les résidents ? (Planifié ou pas)</p> <p>Dans quelle(s) contextes(s) avez-vous utilisé le logiciel avec les résidents ? (Individuels ou collectif)</p> <p>A quelle fréquence utilisez-vous ce logiciel ?</p> <p>Est-ce que les patients sont demandeurs de son utilisation ?</p> <p>Quelle durée vous semble la plus adaptée pour la pratique des séances sur la tablette digitale ?</p> <p>Est-ce que les résidents vous sollicitent durant son utilisation ? (Degrés ?)</p> <p>Pour chaque type d'utilisation(s) planifiée(s) : Pourriez-vous me décrire le déroulé d'une séance type ?</p> <p>+ Comment avez-vous préparé cette séance ?</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>En cas de non planification : Comment avez-vous choisi l'animation ?</p> <p>Comment clôturez-vous les séances ?</p> <p>Vous êtes-vous servi de la tablette avec les familles des résidents ?</p> <p>Avez-vous utilisé le site de gestion de la tablette digitale depuis un ordinateur ?</p> <p>Vous êtes-vous servi d'une autre application (Skype) depuis l'interface du logiciel ?</p> |
| <p><u>Thème 4 –</u> <u>L'acceptabilité du</u> <u>logiciel :</u></p> | <p>Facile d'utilisation :</p> <p>Est-ce qu'il vous a été facile d'apprendre à vous en servir ?</p> <p>Trouvez-vous que le logiciel soit facile d'utilisation ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées à la tablette et au logiciel en tant que professionnel ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées à la tablette et au logiciel avec les résidents ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées au logiciel (bugs) ?</p> <p>L'utilisation du logiciel vous demande-t-il plus de concentration dans votre activité professionnelle ?</p> <p>Utilité :</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Ce support apporte-t-il quelque chose à la qualité de votre travail ?</p> <p>Avez-vous trouvé des points négatifs dans l'utilisation du logiciel ?</p> <p>Pensez-vous que le logiciel puisse être amélioré ?</p> <p>Si oui → Comment ?</p> <p>Quel impact a-t-il sur votre activité professionnelle ?</p> <p>Quel impact a-t-il sur les échanges avec les résidents ?</p> <p>A-t-il des effets indirects sur les résidents (calmer les perturbateurs/déambulateurs, aide à la concentration...) ?</p> <p>Influences sociales :</p> <p>Avez-vous parlé avec d'autres personnes de ce logiciel ?</p> <p>Si oui → Qui ?</p> <p style="padding-left: 40px;">Qu'ont pensé ces personnes du logiciel ?</p> <p>Avez-vous formé de nouvelles personnes au logiciel et à l'utilisation de la tablette digitale ?</p> <p>Si oui → Qui ? Pourquoi ? Comment (déroulé) ?</p> |
| <p><u>Thème 5 – Les effets du logiciel :</u></p> | <p>Avez-vous constaté des changements au sein de l'établissement depuis l'arrivée du logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> <p>Avez-vous constaté des changements chez les résidents ayant bénéficié du logiciel ?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Si oui → Lesquels ?</p> <p>Diriez-vous que ce logiciel a apporté des bénéfices à l'établissement ?</p> <p>Diriez-vous que ce logiciel a apporté des bénéfices aux résidents ?</p> <p>Diriez-vous que ce logiciel a apporté des bénéfices au personnel ?</p> <p>Que pensez-vous du logiciel ?</p> <p>Que pensez-vous des TNM (thérapies non médicamenteuses) ?</p> <p>Que pensez-vous de leur inscription dans la prise en charge des résidents ?</p> <p>Conseilleriez-vous ce logiciel à d'autres professionnels ?</p> <p>Est-ce que vous avez un profil type pour qui l'utilisation du logiciel sur tablette digitale est plus pertinent ?</p> <p>Quels sont, selon vous, les facteurs ayant favorisé ou non l'acceptation de cet outil ?</p> <p>Cet outil a-t-il modifié votre rapport aux nouvelles technologies utilisées chez les patients âgés ?</p> <p>Pourquoi ?</p> |
|--|---|

Caractéristiques socio démographiques : EHPAD, âge, profession, temps d'exercice dans cette profession

Annexe V : Guides d'entretien : animateurs

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour échanger avec vous sur le logiciel. Nous reviendrons sur votre utilisation ou votre non utilisation du logiciel dans votre pratique professionnelle. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

| Thèmes : | Questions : |
|--|---|
| <u>Thème 1 – Le métier :</u> | Pourriez- vous me dire quel est votre poste et quelles sont les missions qui y sont rattachées ? Temps à ce poste ? Temps dans l'établissement ? |
| <u>Thème 2 – L'arrivée du logiciel :</u> | Comment avez-vous appris l'arrivée du logiciel au sein de votre établissement ? Qu'avez-vous pensé de l'arrivée de ce logiciel dans votre établissement ? Avez-vous suivi des formations de la part de la société ? Si oui → Avec qui ? Durée de la formation ? Qu'avez-vous pensé de ces/cette formation(s) ? |

| | |
|---|---|
| | <p>Des informations vous ont-elles manquées ?</p> <p>Si oui → lesquelles ?</p> <p>Pensez-vous qu'elles puissent être améliorées ?</p> <p>Si non → pourquoi ?</p> |
| <p><u>Thème 3 – L'utilisation du logiciel :</u></p> | <p>Avez-vous déjà utilisé le logiciel ? / Si non → pourquoi ?</p> <p>Comment avez-vous choisis les résidents utilisateurs ?</p> <p>Comment présentez-vous cet outil aux patients ?</p> <p>Quelle a été leur réaction ?</p> <p>Dans quelle(s) condition(s) avez-vous utilisé le logiciel avec les résidents ?</p> <p>Dans quelle(s) contextes(s) avez-vous utilisé le logiciel avec les résidents ?</p> <p>A quelle fréquence utilisez-vous ce logiciel sur tablette digitale ?</p> <p>Quelle durée vous semble la plus adaptée pour la pratique des séances avec une tablette digitale ?</p> <p>Est-ce que les résidents vous sollicitent durant son utilisation ? (Degrés ?)</p> <p>Est-ce que les patients sont demandeurs de son utilisation ?</p> <p>Pour chaque type d'utilisation(s) planifiée(s) → Pourriez-vous me décrire le déroulé d'une séance type ?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>+ Comment avez-vous préparé cette séance ?</p> <p>En cas de non planification : Comment avez-vous choisi l'animation ?</p> <p>Comment clôturez-vous les séances ?</p> <p>Vous êtes-vous servi du logiciel sur tablette digitale avec les familles des résidents ?</p> <p>Avez-vous utilisé le site de gestion du logiciel de la tablette digitale depuis un ordinateur ?</p> <p>Vous êtes-vous servi d'une autre application (Skype) depuis l'interface de la tablette ?</p> |
| <p>Thème 4 –</p> <p><u>L'acceptabilité de la tablette digitale :</u></p> | <p>Facilité d'utilisation :</p> <p>Est-ce qu'il vous a été facile d'apprendre à vous en servir ?</p> <p>Trouvez-vous que le logiciel soit facile d'utilisation ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées au logiciel ou à la tablette en tant que professionnel ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées au logiciel ou à la tablette avec les résidents ?</p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés d'utilisations liées au logiciel (bugs) ?</p> <p>L'utilisation du logiciel vous demande-t-il plus de concentration dans votre activité professionnelle ?</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Utilité :</p> <p>Quel impact a-t-il sur votre activité professionnelle ?</p> <p>Quel impact at-il sur les échanges avec les résidents ?</p> <p>Ce support apporte-t-il quelque chose à la qualité de votre travail ?</p> <p>Vitesse de préparation des séances d'animation ?</p> <p>A-t-il des effets indirects sur les résidents (calmer les perturbateurs/déambulateurs, aide à la concentration...) ?</p> <p>Influences sociales :</p> <p>Avez-vous parlé avec d'autres personnes de ce logiciel ?</p> <p>Si oui → Qui ?</p> <p> Qu'ont pensé ces personnes du logiciel ?</p> <p> Avez-vous formé de nouvelles personnes au logiciel ?</p> <p>Si oui → Qui ? Pourquoi cette personne était intéressée et pas une autre ? Comment (déroulé) ?</p> <p>Pouvez-vous me parler des retours des résidents concernant les ateliers ? Ont-ils été confrontés à des difficultés ? Si oui, lesquelles ?</p> <p>Avez-vous le sentiment que les résidents sont satisfaits de ce projet ? Si oui, quels sont les motifs</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>de satisfaction ? Si non, quelles sont les motifs d'insatisfaction ? Et leur famille ?</p> <p>Avez-vous le sentiment que les personnels de l'établissement sont satisfaits de ce programme ?</p> <p>Avez-vous trouvé des points négatifs dans l'utilisation du logiciel ?</p> <p>Pensez-vous que le logiciel puisse être amélioré ?</p> <p>Si oui → Comment ?</p> |
| <p><u>Thème 5 – Les effets de la tablette digitale :</u></p> | <p>Avez-vous constaté des changements au sein de l'établissement depuis l'arrivée du logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> <p>Avez-vous constaté des changements chez les résidents ayant bénéficié du logiciel ?</p> <p>Si oui → Lesquels ?</p> <p>Est-ce que vous avez un profil type pour qui l'utilisation du logiciel sur tablette digitale est plus pertinent ?</p> <p>Quels sont, selon vous, les facteurs ayant favorisé ou non l'acceptation de cet outil ?</p> <p>Que pensez-vous des TNM (thérapies non médicamenteuses) ?</p> <p>Cet outil a-t-il modifié votre rapport aux nouvelles technologies utilisées chez les patients âgés ?</p> <p>Pourquoi ?</p> |

Caractéristiques socio démographiques : EHPAD, âge, profession, temps d'exercice dans cette profession

Annexe VI : Guides d'entretien : Résidents

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour échanger avec vous sur le logiciel. Nous reviendrons sur votre utilisation ou votre non utilisation du logiciel dans votre pratique professionnelle. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios. N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ? »

| Thèmes : | Questions : |
|--|---|
| <u>Thème 1 – Vie à l'EHPAD :</u> | Depuis quand êtes-vous dans cet établissement ? Comment se déroulent vos journées dans l'établissement ? |
| <u>Thème 2 – Utilisation + acceptabilité de la tablette digitale :</u> | Vous a-t-on proposé de faire des activités sur une tablette ? Si oui → Qu'avez-vous ressenti la première fois où vous vous êtes retrouvé en face de la tablette et ce logiciel ? Où les avez-vous faites ? (Si lieu commun) Etiez-vous le/la seul(e) à vous servir de la tablette ? Qu'avez-vous fait durant ces activités ? Comment vous êtes-vous sentis lors de ces activités ? |

| | |
|--|--|
| | <p>Avez-vous apprécié ces activités ?</p> <p>Est-ce que vous avez touché la tablette lors de ces activités ?</p> <p>Sollicitez-vous l'aide d'un professionnel durant son utilisation ? (Degrés)</p> <p>Comment avez- vous trouvé ces activités (facilité) ?</p> <p>Comment vous êtes-vous sentis suite à l'utilisation de la tablette ?</p> <p>Qu'avez-vous pensé de cette expérience ?</p> <p>Avez-vous fait des activités en groupe où l'animateur utilisait une tablette ?</p> <p>Si oui → Où les avez-vous faites ?</p> <p>Comment se sont passées/déroulées ces activités ?</p> <p>Vous souvenez vous ce que vous avez fait durant ces activités ?</p> <p>Avez-vous apprécié ces activités ?</p> <p>Comment avez- vous trouvé ces activités (facilité) ?</p> <p>Si participé collectif + individuel : Dans quel contexte avez-vous préféré les activités avec la tablette ?</p> <p>→ Pourquoi ?</p> <p>En dehors de ces temps d'activité, avez-vous discuté avec d'autres résidents du logiciel ?</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| | <p>Si oui → Que-vous êtes-vous dis ? / Si non → Pourquoi ?</p> <p>Avez-vous discuté avec votre famille et/ou les personnes qui vous rendent visite du logiciel sur tablette digitale ?</p> <p>Si oui → Que-vous êtes-vous dis ? / Si non → Pourquoi ?</p> <p>En cas de non utilisation du logiciel sur tablette → Avez-vous vu des résidents faire des activités sur tablette en compagnie de quelqu'un et participer à des activités en groupe où cette personne utilisait une tablette ?</p> <p>Avez-vous discuté avec des résidents qui vous ont dit avoir fait des activités sur tablette ?</p> <p>Si oui → Que vous êtes-vous dis entre vous ?</p> <p style="padding-left: 40px;">Qu'en avez-vous pensé ?</p> <p>Vous a-t-on proposé de faire des jeux ou des activités sur tablette ?</p> <p>Si oui → Pourquoi ne pas y avoir participé ?</p> <p>Si non + connaissance de la présence de la tablette → Avez-vous eu envie de vous en servir ?</p> |
| <p><u>Thème 3 - Amélioration de l'outil :</u></p> | <p>Y a-t-il des choses qui vous ont dérangé lors des activités avec la tablette ?</p> <p>Si oui → Quoi ?</p> <p>Pensez-vous que les activités avec la tablette pourraient être améliorées ?</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Que pensez-vous des TNM (thérapies non médicamenteuses) ?</p> <p>Si oui → Comment ?</p> <p>Seriez-vous prêt à utiliser le logiciel sur tablette digitale sur le long terme ?</p> |
|--|---|

Caractéristiques sociodémographiques : EHPAD, sexe, âge, temps de résidence dans l'EHPAD, niveau d'étude

Annexe VII : Notice d'information professionnels non utilisateurs



« Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact
Étude qualitative multicentrique
Version n° 1 du 26/05/2021

Notice d'information à destination des professionnels n'ayant pas accompagné l'utilisation du dispositif

Coordonnées de l'investigateur coordonnateur (responsable du traitement des données)

Charlotte Vergé, Chargée de Projets
Gérontopôle AURA
25 boulevard Pasteur,
42100 Saint-Étienne.
Tél : 04 77 12 07 33

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Direction du Système d'Information
8 Rue Bossuet
CHU de St Etienne
42055 Saint-Étienne Cedex 2
rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

Une expérimentation a été menée dans la résidence où vous exercez autour d'un logiciel sur tablette numérique. Cette expérimentation est soumise à une évaluation qui a pour but de définir les freins et les leviers à l'utilisation du dispositif.

Objectif de l'étude

En effet, dans le cadre du projet intitulé « « Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact » réalisé par Gérontopôle AURA, nous vous proposons d'exprimer votre point de vue sur ce logiciel et l'utilisation de ce dernier.

Déroulement

Nous vous proposons de participer à un échange individuel afin de recueillir vos impressions sur cet outil. Pendant cette discussion, vous serez avec une chargée de projets de Gérontopôle AURA. Cet échange durera environ 30 minutes. Il s'effectuera sur votre lieu de travail.

Vous serez libre de vous exprimer et de répondre ou non aux questions posées. Vos propos seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude et seront rendues anonymes. Lors de cette discussion, les discours seront enregistrés pour pouvoir être retranscrits de façon à être les plus fidèles possibles. Ils seront ensuite analysés à l'aide de logiciels tels que « Nvivo » et « Sonal ».

Bénéfices et risques.

Aucun bénéfice et aucun risque. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives.

Informations réglementaires.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 17/06/2021

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au GÉrontopôle AURA par téléphone au 04 77 12 07 33 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Charlotte Vergé
Chargée de projets
Gérontopôle AURA

Annexe VIII : Notice d'information professionnels utilisateurs



« Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact
Étude qualitative multicentrique
Version n° 1 du 26/05/2021

Notice d'information à destination des professionnels ayant accompagné l'utilisation du dispositif

Coordonnées de l'investigateur coordonnateur (responsable du traitement des données)

Charlotte Vergé, Chargée de Projets
Gérontopôle AURA
25 boulevard Pasteur,
42100 Saint-Étienne.
Tél : 04 77 12 07 33

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Direction du Système d'Information
8 Rue Bossuet
CHU de St Etienne
42055 Saint-Étienne Cedex 2
rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

Une expérimentation a été menée dans la résidence où vous exercez autour d'un logiciel sur tablette numérique. Cette expérimentation est soumise à une évaluation qui a pour but de définir les freins et les leviers à l'utilisation du dispositif. Puisque vous avez accompagné l'utilisation de ce logiciel par certains résidents, nous souhaitons recueillir votre avis.

Objectif de l'étude

En effet, dans le cadre du projet intitulé « « Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact » réalisé par Gérontopôle AURA, nous vous proposons d'exprimer votre point de vue sur ce logiciel et l'utilisation de ce dernier par vous-même, vos collègues, les résidents ou leurs aidants.

Déroulement

Nous vous proposons de participer à un échange collectif (discussion) afin de recueillir vos impressions sur cet outil. Pendant cette discussion, vous serez avec une chargée de projets de Gérontopôle AURA. Cet échange durera environ 1h30. Il s'effectuera sur votre lieu de travail.

Vous serez libre de vous exprimer et de répondre ou non aux questions posées. Vos propos seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude et seront rendus anonymes. Lors de cette discussion, les discours seront enregistrés pour pouvoir être retranscrits de façon à être les plus fidèles possibles. Ils seront ensuite analysés à l'aide de logiciels tels que « Nvivo » et « Sonal ».

Bénéfices et risques.

Aucun bénéfice et aucun risque. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives.

Informations réglementaires.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 17/06/2021

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au GÉrontopôle AURA par téléphone au 04 77 12 07 33 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Charlotte Vergé
Chargée de projets
Gérontopôle AURA

Annexe IX : Notice d'information patients utilisateurs



« Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact

Étude qualitative multicentrique

Version n° 1 du 26/05/2021

Notice d'information à destination des résidents ayant utilisé le dispositif

**Coordonnées de l'investigateur coordonnateur
(responsable du traitement des données)**

Charlotte Vergé, Chargée de Projets
Gérontopôle AURA
25 boulevard Pasteur,
42100 Saint-Étienne.
Tél : 04 77 12 07 33

**Coordonnées du Délégué à la Protection des
Données**

Direction du Système d'Information
8 Rue Bossuet
CHU de St Etienne
42055 Saint-Étienne Cedex 2
rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez expérimenté la tablette et le logiciel de thérapie non-médicamenteuse. Cette expérimentation est soumise à une évaluation qui a pour but de définir les freins et les leviers à l'utilisation du dispositif. Puisque vous avez utilisé ce logiciel, nous souhaitons recueillir votre avis.

Objectif de l'étude

En effet, dans le cadre du projet intitulé « « Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact » réalisé par Gérontopôle AURA, nous vous proposons d'exprimer votre point de vue sur votre expérience relative à cette expérimentation. Nous aimerions recueillir votre avis au sujet de l'utilisation et de l'appropriation de cet outil.

Déroulement

Nous vous proposons de participer à un échange collectif (une discussion) afin de recueillir vos impressions sur cet outil. Pendant cette discussion, vous serez avec une chargée de projets de Gérontopôle AURA. Cet échange durera environ 1 heure. Il s'effectuera dans votre résidence.

Vous serez libre de vous exprimer et de répondre ou non aux questions posées. Vos propos seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude et seront rendues anonymes. Lors de cette discussion, les discours seront enregistrés pour pouvoir être retranscrits de façon à être les plus fidèles possibles. Ils seront ensuite analysés à l'aide de logiciels tels que « N-vivo » et « Sonal ».

Bénéfices et risques.

Aucun bénéfice et aucun risque. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives.

Informations réglementaires.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt publique. Dans ce but, les données vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 17/06/2021

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au Gérontopôle AURA par téléphone au 04 77 12 07 33 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Charlotte Vergé
Chargée de projets
Gérontopôle AURA

Annexe X : Notice d'information patients non utilisateurs



« Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact

Étude qualitative multicentrique

Version n° 1 du 26/05/2021

Notice d'information à destination des résidents n'ayant pas utilisé le dispositif

**Coordonnées de l'investigateur coordonnateur
(responsable du traitement des données)**

Charlotte Vergé, Chargée de Projets
Gérontopôle AURA
25 boulevard Pasteur,
42100 Saint-Étienne.
Tél : 04 77 12 07 33

**Coordonnées du Délégué à la Protection des
Données**

Direction du Système d'Information
8 Rue Bossuet
CHU de St Etienne
42055 Saint-Étienne Cedex 2
rgpd-dpd@chu-st-etienne.f

Madame, Monsieur,

Une expérimentation a été menée dans votre résidence autour d'un logiciel sur tablette numérique. Cette expérimentation est soumise à une évaluation qui a pour but de définir les freins et les leviers à l'utilisation du dispositif.

Objectif de l'étude

En effet, dans le cadre du projet intitulé « « Thérapie Non-Médicamenteuse Digitale dans les EHPAD » : Etude d'usage, d'acceptabilité et d'impact » réalisé par Gérontopôle AURA, nous vous proposons d'exprimer votre point de vue sur ce logiciel.

Déroulement

Nous vous proposons de participer à un échange individuel afin de recueillir vos impressions sur cet outil. Pendant cette discussion, vous serez avec une chargée de projets de Gérontopôle AURA. Cet échange durera environ 30 minutes. Il s'effectuera dans votre résidence.

Vous serez libre de vous exprimer et de répondre ou non aux questions posées. Vos propos seront utilisés uniquement dans le cadre de cette étude et seront rendus anonymes. Lors de cette discussion, les discours seront enregistrés pour pouvoir être retranscrits de façon à être les plus fidèles possibles. Ils seront ensuite analysés à l'aide de logiciels tels que « Nvivo » et « Sonal ».

Bénéfices et risques.

Aucun bénéfice et aucun risque. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives.

Informations réglementaires.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions expérimentales assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 17/06/2021

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au Gérontopôle AURA par téléphone au 04 77 12 07 33 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Charlotte Vergé
Chargée de projets
Gérontopôle AURA

Annexe XI : Grille d'observation

| Heure début activité | Heure fin activité | Utilisation collective ou individuelle | Lieu | Sexe | Age | Pathologie | Professionnel consulte tablette pour informations du patient | Personne qui choisit l'activité et le niveau | Personne qui met en marche l'activité | Nom de l'activité | Niveau de l'activité |
|----------------------|--------------------|--|------|------|-----|------------|--|--|---------------------------------------|-------------------|----------------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| Professionnel explique l'activité et comment procéder | Bénéficiaire touche tablette pour répondre | Pro touche tablette pour répondre | Patient donne la réponse | Autre pers donne la réponse | Bénéficiaire sollicite professionnel durant l'activité | Difficultés rencontrées par patient durant l'utilisation | Difficultés rencontrées par professionnel durant l'utilisation | Réaction du patient avant activité |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--|--|------------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Réaction du patient durant activité | Réaction du patient après activité | Abandon activité | Professionnel rentre retours sur tablette | Autres |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------|---|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Annexe XII : Calendrier des interventions

| Contact | Date | Lieu |
|--------------|------------|--------------------|
| EHPAD 1 et 2 | 13/09/2022 | Site établissement |
| | 27/09/2022 | Par téléphone |
| EHPAD 3 | 20/09/2022 | Site établissement |
| EHPAD 4 | 21/09/2022 | Site établissement |