Direction[s]

Un établissement conquis par les robots sociaux

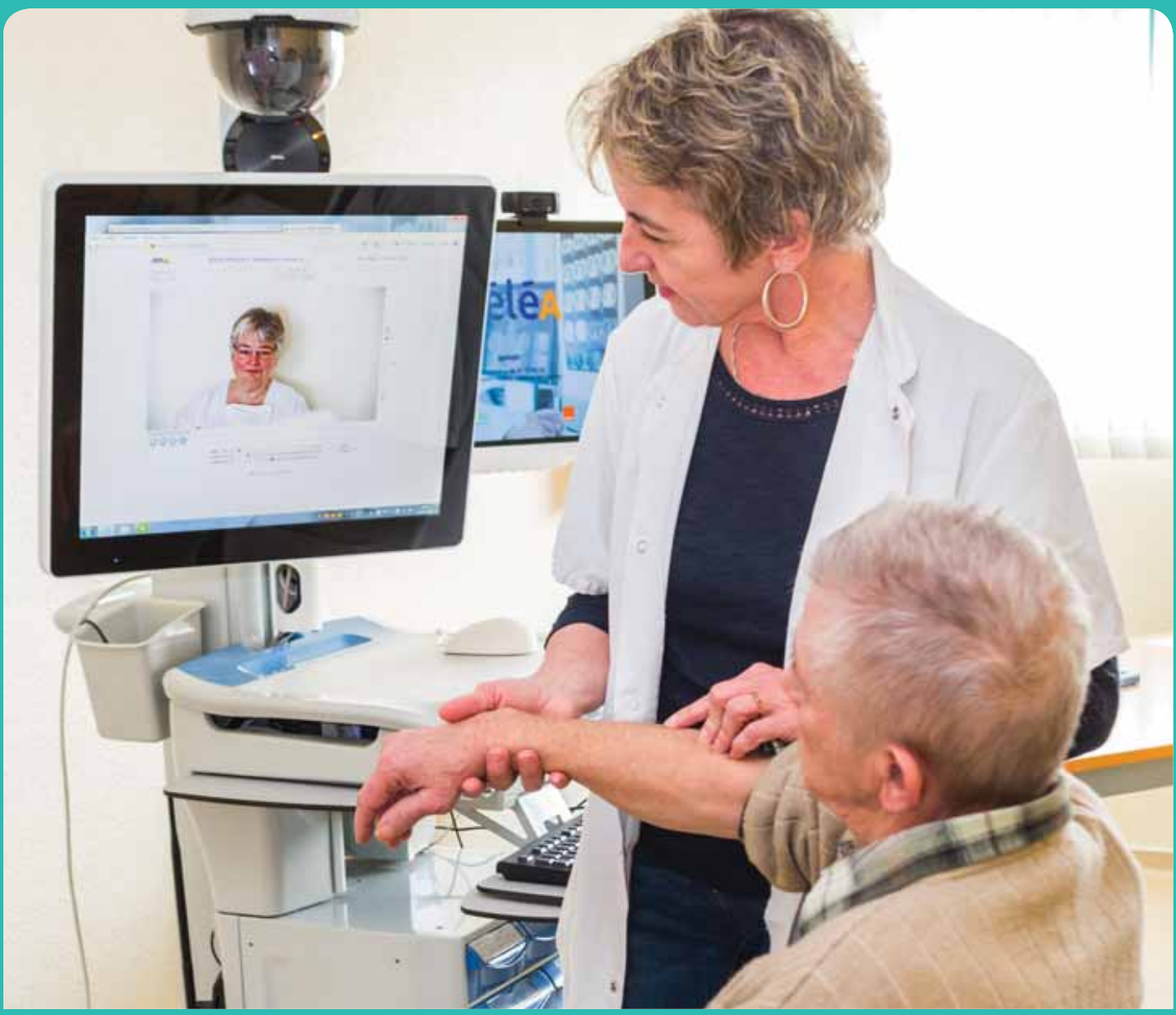
Télémédecine, connexion en cours

Informatiser le dossier de l'usager

Séances de réalité virtuelle, uniquement un jeu ?

DOSSIER SPÉCIAL
NOUVELLES TECHNOLOGIES

[LIVRE BLANC GRATUIT]



[Direction[s] vous donne des éléments pour mesurer leur apport en ESSMS

Un établissement conquis par les robots sociaux

Clamart (Hauts-de-Seine). Après six mois d'expérimentation de la médiation robotique, le personnel de la Maison Ferrari en perçoit déjà les bénéfices pour les résidents. Que ce soit en matière de stimulation cognitive, de réassurance ou de troubles du comportement. Des outils qui ne remplacent toutefois pas les soignants.

Dans le hall de la maison de retraite, deux écrans géants diffusent les films réalisés avec des résidents et les deux robots sociaux expérimentés pendant six mois dans l'établissement. Nao est un petit humanoïde qui peut parler et se déplacer, piloté à distance par un téléopérateur. « *Je me souviens de toi mon petit garçon*, lui dit une dame. *Tu es gentil. J'ai l'impression que tu me regardes en vrai, ça me va droit au cœur.* » En atelier motricité, une résidente imite le robot et lance trois fois le ballon dans le panier de basket, sous l'œil ébahi des soignants. « *Bravo, vous avez réussi* », la félicite Nao. L'autre robot, c'est le bébé phoque Paro, une peluche animée qui invite aux câlins. « *Où sont tes parents ?* », lui demande une dame, avant de l'écouter ronronner dans ses bras.

© William Parra pour Direction[s]

Dirigée par Louis Matias (ici avec Régine Clément, directrice adjointe et des soins), la Maison Ferrari fait partie des 59 établissements qui ont participé à l'expérimentation menée dans le cadre du projet Rosie du gérontopole Gérond'if.

Poserun cadre d'utilisation

Louis Matias, directeur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) la Maison Ferrari, à Clamart (Hauts-de-Seine), et administrateur du gérontopole Gérond'if [1], a participé au lancement d'une étude scientifique sur le sujet *(lire l'encadré p. 14)* : « *Par cette recherche sur l'usage des robots sociaux en gériatrie, nous souhaitions valider l'intérêt de cet outil, ses indications et ses limites, et poser un cadre d'utilisation* », explique-t-il. Gérée par l'Ordre de Malte, la maison de retraite a donc été terrain d'expérimentation pour cette étude, intitulée Projet Rosie, avec les deux robots [2].

« *D'abord, il a fallu convaincre l'équipe de l'intérêt de la démarche, et rassurer sur le fait que nous n'allions pas remplacer le personnel par des robots, car il y avait des réticences,* se souvient le directeur. *Ensuite, nous avons testé les machines de manière totalement empirique, sans idée préconçue, en observant les réactions.* » L'infirmière, la psychologue et deux aides-soignantes de l'unité protégée ont été formées à l'usage de Paro, et Marie-Dominique Chastel, animatrice, a appris à manier Nao avec l'aide d'un technicien mis à disposition. « *Nous n'avons pas donné de consignes aux soignants. Nous les avons laissé s'approprier l'outil et s'en servir comme ils l'entendaient* », précise Régine Clément, directrice adjointe et directrice des soins. « *Puis, nous avons échangé régulièrement sur ses usages et bienfaits, pour telle pathologie, dans telle situation, afin de préciser le cadre d'utilisation* », ajoute Louis Matias.

Une dimension ludique et thérapeutique

« *Aujourd'hui, Nao peut servir en séance d'animation (gym douce, dessin, musique) ou pour stimuler un résident éteint, fermé à la relation* », indique Régine Clément. Car le petit robot, ses yeux, sa voix, laissent rarement indifférent. « *Quand nous voyons les regards émerveillés, les sourires ou l'étonnement qu'il provoque, c'est extraordinaire !* », remarque Sandrine Voland, aide-soignante. Le robot n'est pas doté d'intelligence artificielle, il ne fonctionne pas seul, mais doit être piloté en temps réel depuis un ordinateur par un

> **« Avec les robots, les personnes ne se sentent pas jugées, un peu comme avec un animal. »**

© William Parra pour Direction[s]

« Face à Nao, les résidents n'ont pas les mêmes réactions qu'avec nous, rapporte l'animatrice Marie-Dominique Chastel. Ils lui confient des choses qu'ils ne nous ont jamais dites, ils imitent ses mouvements de gymnastique. Ce qu'ils n'auraient jamais fait si nous le leur avions demandé ! C'est très étonnant. »

téléopérateur qui programme ses gestes, dicte ses questions et réponses en s'adaptant aux réactions des participants, tandis qu'un autre professionnel est auprès d'eux. « *Face à Nao, les résidents n'ont pas les mêmes réactions qu'avec nous*, rapporte Marie-Dominique Chastel. *Ils lui parlent davantage, lui confient des choses qu'ils ne nous ont jamais dites, ils imitent ses mouvements de gymnastique, ce qu'ils n'auraient jamais fait si nous le leur avions demandé ! C'est très étonnant.* »

Nao peut donc être utilisé comme stimulateur cognitif, il peut réactiver des capacités psychomotrices et de communication. « *Certains ne parlent qu'au robot, c'est un médiateur qui libère la parole* », ajoute Patricia Bento, la psychologue. « *Cette capacité à faire parler est très intéressante,* poursuit Xavier de La Cochetière, médecin coordonnateur. *C'est peut-être dû à son regard neutre, les résidents ne se sentent pas jugés, un peu comme avec un animal.* » Plutôt sceptique au départ, l'animatrice a été convaincue de son intérêt dès la première séance. « *Nao a une dimension à la fois ludique, thérapeutique, relationnelle, c'est un facilitateur d'animation* », affirme-t-elle.

Une fonction apaisante

Les indications pour le phoque Paro sont différentes. Utilisé surtout en unité protégée pour patients désorientés, il a une fonction apaisante et rassurante. « *Nous avions déjà proposé de grosses peluches et constaté des effets importants,* explique la directrice des soins. *Avec Paro, nous franchissons une nouvelle étape puisqu'il interagit.* » Le phoque bouge la queue, la tête, les nageoires et les yeux ; grâce à ses capteurs il réagit à la voix, aux caresses. Il émet aussi des bruits et ronronne. Simple d'entretien, il doit être rechargé tous les deux jours. « *Quand on me l'a mis dans les bras, j'ai fondu,* confie Brigitte Bourbigot, aide-soignante en unité protégée. *Dès que nous l'avons eu, je m'en suis servie tous les jours, aussi bien le matin durant les soins ou les toilettes que pendant les temps d'activité. Si un résident est anxieux ou douloureux, Paro le détend ; s'il est apathique, ça le réveille. Avec une dame qui nous insulte, nous lui donnons Paro et elle lui parle gentiment ! C'est une véritable aide pour calmer les troubles du comportement de certains.* » La peluche animée est plébiscitée par les soignants comme un outil indispensable pour leur faciliter le travail. « *Quand nous avons dû nous en séparer quelques mois, ils me l'ont réclamé* », confirme le directeur.

Paro a des résultats avérés sur la consommation de médicaments dans l'établissement. « *Il a un effet anxiolytique et antalgique*, résume Régine Clément. *Je l'ai vu sur une résidente au moment d'une prise de sang : auparavant il fallait trois personnes pour la tenir, et avec Paro elle a tendu le bras d'elle-même car elle se sentait en sécurité.* » Le médecin • • •

EN CHIFFRES

- **158** résidents à la Maison Ferrari, dont **30** en unité protégée (UP).
- **20** résidents de l'UP et **10** en unité traditionnelle ont utilisé les robots.
- **10** professionnels impliqués dans l'expérimentation (aides-soignants, infirmiers, animatrice, psychologue, directrice des soins, médecin coordonnateur).
- Expérimentation financée à **100 %** par le groupe Malakoff-Méderic.

Les aides-soignantes se servent de Paro lors des soins et des activités. « Si un résident est anxieux ou douloureux, le robot le détend ; s'il est apathique, ça le réveille », relève Brigitte Bourbigot.

© William Parra pour Direction[s]

• • • coordonnateur confirme : « *Il permet de réduire ou d'éviter la prise de médicaments lors de soins douloureux ou de crises d'angoisse.* » Cet outil participe d'une politique de réduction des traitements engagée par la structure, qui selon la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en consomme déjà 10 % à 20 % de moins que la moyenne des Ehpad. « *Paro fait partie de la prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer, c'est une autre façon de soigner* », poursuit Régine Clément.

Un usage à accompagner

L'équipe n'a relevé aucune contre-indication. « *Si une personne rejette le robot, nous n'insistons pas.* » Seul point de vigilance ? Son utilisation doit toujours être accompagnée. « *Le soignant doit être présent, le robot ne peut pas être une manière de se décharger,* insiste Régine Clément. *Par exemple, une patiente anorexique a confié à Paro son désir de mourir, il faut que cette parole soit entendue et relayée.* » Une autre inquiétude des professionnels portait sur le risque de confusion possible pour les personnes. « *Mais même si elles leur parlent, elles savent bien que ce ne sont pas des êtres vivants* », assure Louis Matias.

Le bilan de l'expérience est donc positif. « *Les robots apportent des moments agréables dans le quotidien des résidents, et le personnel est enthousiaste, impliqué, et fier de participer à cette recherche,* rapporte la directrice adjointe. *Loin de se sentir concurrencés dans leurs fonctions, les professionnels ont vite compris comment tirer parti de cet outil.* » La direction a donc décidé de garder les deux robots qui lui ont été donnés dans le cadre de l'étude. Leur prix reste toutefois élevé : 7 000 euros pour Paro et 15 000 euros pour Nao. « *Compte tenu des services rendus par le premier, nous l'aurions financé de toute façon, et nous allons peut-être en acquérir un second* », indique le directeur. En revanche, le coût de Nao demeure prohibitif pour un usage qui reste ponctuel. L'Ehpad a résolu d'y former deux professionnels. « *L'expérimentation nous a donné un aperçu de ses possibilités (parler, danser, chanter), mais quand nous serons formés au logiciel, il faudra concevoir un projet d'animation avec Nao* », ajoute l'animatrice.

« Loin de se sentir concurrencés, les professionnels ont vite compris comment tirer parti de ces outils. »

Toujours en quête d'innovation, la Maison Ferrari ne compte pas s'arrêter là. « *Par la suite, nous voudrions aussi étudier l'intérêt des robots utilitaires,* poursuit le directeur. *Et tester les "exosquelettes", ces structures articulées d'assistance à l'effort, portées par le soignant pour réduire la pénibilité.* » Encore de belles découvertes en perspective.

Mariette Kammerer
Photos : William Parra

[1] L'étude a été conduite par le laboratoire Lusage de l'hôpital gériatrique Broca, sur proposition du gérontopole Gérond'if. Lequel organise sa 2e journée scientifique le 6 novembre, à Paris. Renseignements sur gerondif.org
[2] Et des films réalisés par le plasticien Yves Gellie.

CONTACT
• 01 46 29 39 39

« Un seul risque, l'attachement excessif »

© Maribel Pino

Maribel Pino, docteur en psychologie et ergonomie cognitive, directrice générale du Broca Living Lab

« Engagé en 2017, le projet de recherche Rosie du gérontopole s'est appuyé sur les résultats de 71 études internationales autour de la robotique sociale, sur une enquête en ligne nationale auprès de 59 établissements l'ayant expérimenté, et sur des entretiens avec 32 professionnels de terrain. L'arrivée des robots suscite souvent des réticences. Paro est le plus étudié et utilisé, surtout avec des sujets présentant des troubles du comportement. Selon les effets cliniques les plus cités, il améliore l'humeur, réduit les troubles, l'anxiété, la dépression, et favorise les interactions sociales. La médiation robotique peut également faciliter les routines de travail. Néanmoins, la pérennisation de ces pratiques reste un enjeu en termes d'organisation et de formation. Aucun résultat négatif n'est signalé dans la littérature. Le seul point de vigilance est le risque d'attachement excessif au robot. Un guide de bonnes pratiques et des recommandations éthiques issues de cette recherche seront publiés début 2020. »

« Des schémas de coopération modifiés » p. 26
La téléconsultation, solution d'avenir en milieu rural p. 27
Une réponse adaptée aux publics fragiles p. 28

TÉLÉMÉDECINE

Connexion en cours

Face aux besoins sur les territoires, les projets de télémédecine se développent dans le secteur social et médico-social. Bénéfices attendus ? L'amélioration des parcours et de l'accès aux soins des personnes accompagnées. Mais l'essaimage de cette pratique médicale à distance, qui facilite le décloisonnement, nécessite un engagement fort des acteurs qui rencontrent encore quelques freins.

© Burger/Phanie

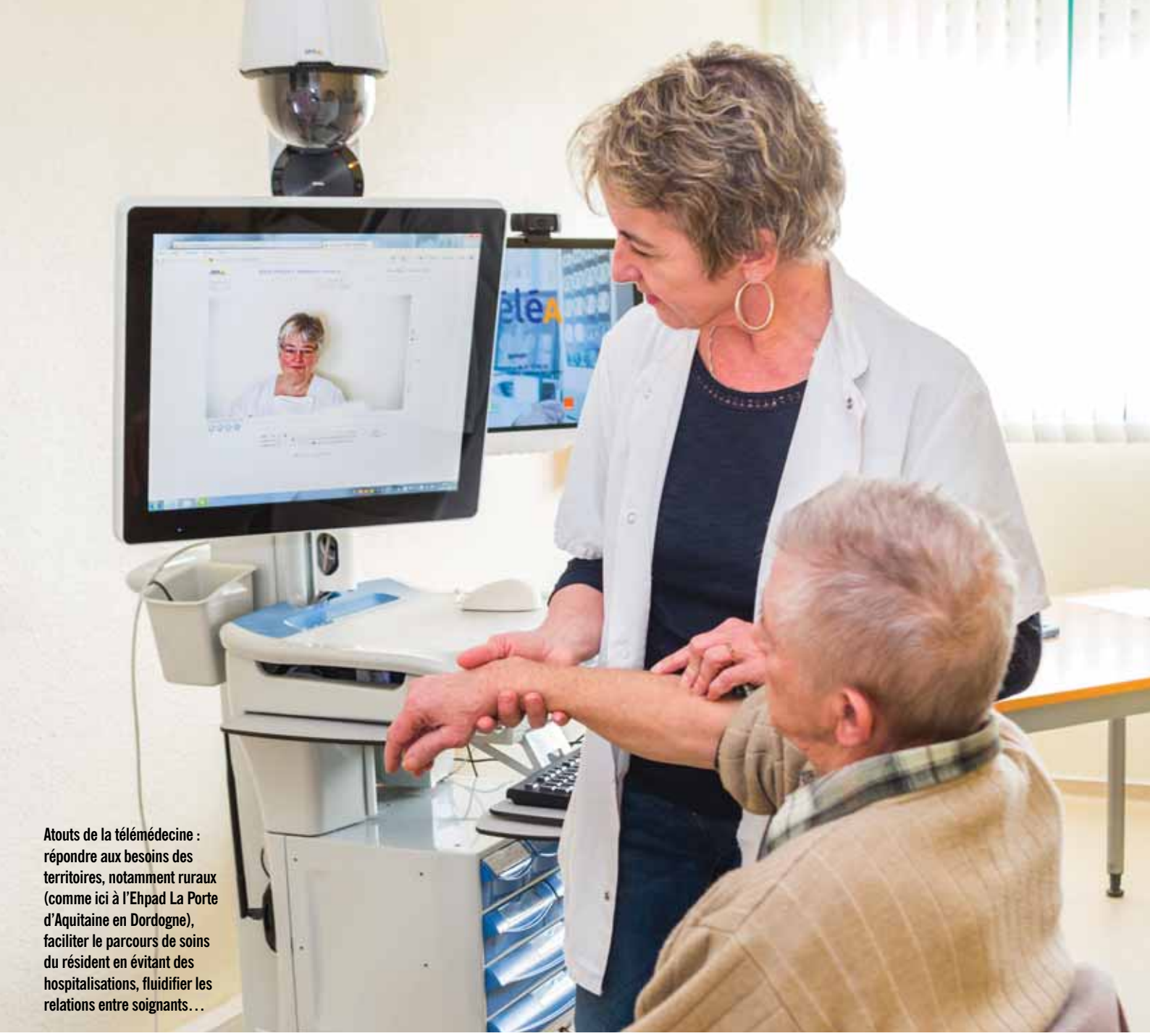
Dossier réalisé par Laetitia Delhon

Une révolution, la télémédecine ? Pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC), « *facteur d'amélioration de l'efficience, de l'organisation et de la prise en charge des soins* », selon l'Assurance maladie, elle a été définie pour la première fois voici dix ans par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cinq actes ont été circonscrits [1] : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance et régulation. Puis le lancement d'expérimentations a été confié, pour une durée de quatre ans, à neuf régions pilotes par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, avant extension à l'ensemble du territoire en 2018 avec l'entrée en vigueur en septembre de l'avenant à la convention médicale prévoyant la tarification de la téléconsultation. Depuis février dernier, l'acte de télé-expertise, qui permet à tout médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale, y compris pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou d'autres structures médico-sociales, est également remboursé.

Le déploiement de ces pratiques est donc en cours dans le secteur. Plutôt que de parler de révolution, il s'agit pour les acteurs surtout d'une évolution et d'une opportunité d'amélioration du parcours de soins des personnes accompagnées. Mais cela implique autant de bénéfices que de contraintes organisationnelles.

« UN BOULOT TITANESQUE »

Difficile de connaître l'ampleur de ce déploiement : le rapport d'activité 2017 du fonds d'intervention régional (FIR), publié en novembre 2018, mentionne 344 projets déclarés, dont près d'un tiers concerne le secteur hôpital-médico-social (26 %). « *La télémédecine est présente en Ehpad dans toutes les régions. Mais nous manquons encore*



Atouts de la télémédecine : répondre aux besoins des territoires, notamment ruraux (comme ici à l'Ehpad La Porte d'Aquitaine en Dordogne), faciliter le parcours de soins du résident en évitant des hospitalisations, fluidifier les relations entre soignants…

de données précises sur le nombre d'établissements concernés », confirme Nathalie Salles, chef de pôle en gérontologie du CHU de Bordeaux et présidente de la Société française de télémédecine (SFT). *Idem* concernant les établissements et services dans le champ du handicap, où la télémédecine, en dehors de plusieurs projets pionniers, commence à essaimer. En mars dernier, après un semestre de généralisation de la téléconsultation, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) indiquait avoir recensé 7 939 actes, émanant surtout des médecins généralistes (40 % des actes facturés), puis des spécialistes et des centres de santé. Soit « *une montée en charge progressive* ».

Un développement réel donc, mais qui se heurte à de multiples obstacles. À commencer par les freins techniques. Si l'acquisition des outils nécessaires (ordinateurs et tablettes sur chariot mobile, webcam et micro) ne constitue plus une grande difficulté, l'indispensable qualité de connexion laisse encore parfois à désirer. Notamment dans les territoires ruraux, alors que la télémédecine vise justement à répondre aux besoins de ceux en proie à la désertification médicale. « *Avant de commencer le déploiement l'an dernier, nous avons dû attendre la fibre pendant six mois, sinon la connexion était trop lente* », témoigne Sylvain Connangle, directeur de l'Ehpad La Madeleine, à Bergerac (Dordogne). Même difficulté pour l'association Espace à Montargis (Loiret), qui gère un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud), pour son projet de télémédecine avec le service d'infectiologie du CHU d'Orléans. « *Nous manquions de spécialistes pour répondre aux besoins des publics et nous souhaitions devenir un centre expert en addictologie*, raconte Anne Clerc, sa directrice. *Nous avons décidé ce projet en 2018. L'équipement a été financé par l'agence régionale de santé (ARS), mais pour démarrer nous avons dû attendre la fibre et ce n'était pas gagné* », ajoute-t-elle. Tout projet de télémédecine engendre « *un boulot titanesque* », avertit encore Sylvain Connangle. Car, outre l'écriture du projet médical, il faut gérer toute la partie administrative : droit d'opposition, consentement, procédures et conventions avec les différents acteurs, mise en conformité avec le • • •

« La télémédecine est tout sauf un gadget : c'est un outil qui change beaucoup les pratiques. »

• • • règlement général sur la protection des données (RGPD). Sans oublier la recherche de médecins et de spécialistes. « *La télémédecine est tout sauf un gadget : c'est un outil qui change beaucoup les pratiques* », prévient-il.

Mais le grand point faible reste aujourd'hui le manque d'interopérabilité et de compatibilité des systèmes d'information des champs sanitaire et médico-social, ne permettant pas un partage de données facilité et sécurisé. « *Nous avons beaucoup d'informations médicales à transmettre de la part des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) vers les services du CHU. Or, leurs logiciels ne sont pas interopérables avec ceux de soin,* confirme Nathalie Salles. *Et comme la transmission de données doit être sécurisée, qu'on ne peut pas envoyer un fax ou une photo par simple mail, cela représente beaucoup de clics et de manipulations informatiques. Nous souhaitons une régulation, car si nous allons vite sur le plan organisationnel, la technique ne suit pas.* »

© Ma Santé 2022

Pour Dominique Pon, copilote du chantier numérique Ma Santé 2022, « l'État doit jouer le rôle de plateforme définissant clairement les règles ».

QUELLE GOUVERNANCE ?

Ce point épineux de l'interopérabilité renvoie à la gouvernance de la télémédecine. « *L'acteur identifié pour contrôler son développement était à l'origine l'ARS. Celle-ci devait vérifier la conformité des projets avec le cadre réglementaire face aux besoins de santé sur le territoire, avant de souscrire un contrat avec le porteur de projet pour l'accompagner et le financer* », précise Lina Williatte, professeur de droit à l'université catholique de Lille et avocate spécialisée en droit de la santé numérique. En s'appuyant sur des groupements de coopération sanitaire (GCS), les ARS se sont dotées de plateformes pour faciliter la mise en lien des acteurs, mais leur usage ne s'impose pas à tous les soignants. « *Nous pouvons travailler avec les hôpitaux, mais certains médecins généralistes qui auraient voulu avoir recours à nos médecins addictologues ne le pourront pas faute de logiciel compatible avec la plateforme de l'ARS* », confirme Anne Clerc.

Présenté le 25 avril par la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn, le plan ESMS numérique pour 2020 vise notamment à combler ce retard. Tout comme le projet Ma Santé 2022 est censé renforcer la gouvernance. Un enjeu important alors que la télémédecine aiguise l'appétit des éditeurs de logiciels et que le besoin de régulation va croissant. « *D'un point de vue textuel, les ARS ne contrôlent plus le déploiement de la télémédecine depuis septembre 2018,* poursuit Lina Williatte. *Cela interroge face aux nombreux acteurs avec leurs propres outils et au déferlement de projets.* » Dominique Pon, responsable stratégique à la transformation numérique de la santé, copilote de Ma Santé 2022, se veut très clair sur le sujet. « *Nous souhaitons proposer au secteur médico-social de rentrer dans le même système que le sanitaire en intégrant le schéma cible d'architecture du numérique (l'identification des professionnels, les référentiels d'interopérabilité) pour ne pas qu'il réinvente tout cela en silo. L'État doit jouer le rôle de plateforme définissant clairement les règles, sans développer tous les services métiers à destination de tous les usages et de tous les acteurs de santé.* »

Si elles ne financent plus l'activité depuis septembre 2018, les ARS accompagnent encore des projets : en Bourgogne-Franche-Comté, après un appel à candidatures clos en février 2019 pour développer la télémédecine dans les Ehpad, un autre est prévu en 2020 pour les ESMS du handicap. « *82 Ehpad sur 140 ont répondu, il y a eu un réel engouement,* relève Adeline Patte, cadre de santé chargée de mission Télémédecine à l'ARS. *Nous sommes dans la phase de déploiement et notre accompagnement, via la plateforme permettant une sécurisation des données, une traçabilité ainsi que la facturation des actes, s'inscrit aussi dans une logique d'offre publique de télémédecine.* »

UN RÉSEAU À CONSTITUER

Une fois la partie technique et réglementaire assurée, pour qu'un projet fonctionne, encore faut-il trouver les médecins souhaitant s'inscrire dans la démarche. Et ce n'est pas l'étape la plus simple. La frilosité des généralistes est soulignée par les acteurs. « *Trouver les correspondants, c'est le plus difficile,* atteste Louis Grand, médecin coordonnateur de l'Ehpad de La Madeleine. *Aujourd'hui, nous avons des conventions avec des services de gériatrie, d'odontostomatologie, d'oncologie et de psychiatrie. Et c'est bien sûr très intéressant afin d'éviter une hospitalisation ou des déplacements pour les résidents, ainsi qu'en termes de coût et de gestion du personnel jusqu'ici chargé de préparer le transport.* »

Car malgré toutes les contraintes, personne ne regrette de s'être lancé dans un tel projet de télémédecine. Ses objectifs – répondre aux besoins des territoires, faciliter le parcours de soins du résident en évitant des hospitalisations, fluidifier les relations entre soignants, réduire les coûts de transports, gagner en efficacité pour l'accompagnement – semblent atteints, selon les évaluations effectuées par les ESMS ou les hôpitaux. Côté Ehpad, le résultat du programme de recherche sur la performance du système de soins (Preps), lancé fin 2016 et comparant les organisations entre douze établissements sans télémédecine et douze autres avec, est très attendu. Il ne sera dévoilé qu'en décembre 2019 lors du congrès national de la SFT. « *Nous constatons déjà qu'au niveau économique*

« Porter la pratique à domicile »

© Apmad

Virginie Drecq, directrice de l'Association pour le maintien à domicile (Apmad), à Saint-Fargeau-Ponthierry (Seine-et-Marne)

« Début 2018, huit patients suivis par le service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) n'avaient plus de médecin traitant car beaucoup étaient partis en retraite. Je ne voyais que la télémédecine comme option pour renouveler les ordonnances des traitements de base. J'ai contacté une plateforme (Idomed) par l'intermédiaire de la fédération Fehap, qui m'a proposé un matériel facilement transportable, composé d'un stéthoscope connecté, d'un iPad et d'un téléphone dotés d'une appli permettant l'échange de données sécurisées. Nous avons commencé l'expérimentation en juillet 2018 avec un usager, un médecin de l'hôpital de Forcilles et une infirmière. Tous étant satisfaits, nous nous sommes lancés officiellement en octobre, avec deux médecins de ville en plus. Nous constatons de nombreux bénéfices : un confort pour l'usager qui reste chez lui, une économie de transport sanitaire, un gain de temps pour les professionnels, une valorisation pour l'infirmière et plus de liens avec le médecin. Mais il faut être moteur et faire preuve de ténacité pour fédérer les intervenants, notamment les médecins traitants, autour de la téléconsultation. »

les personnes vues en téléconsultation ont très rarement besoin de l'être en présentiel. Donc nous leur évitons un aller-retour, note Nathalie Salles. *Ensuite, pour un quart d'entre elles, les médecins n'auraient pas changé leur thérapeutique sans télé-expertise, notamment envers les patients très dépendants, souffrant de maladies chroniques plutôt sévères. Cette activité rentre donc davantage dans les Ehpad, la qualité des soins et l'accès aux soins augmentent, et du même coup la dépense baisse.* »

Élisabeth Schouman-Claeys, radiologue et référente Télémédecine et coopération entre les professionnels de santé à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), émet un constat identique sur l'expérimentation conduite depuis 2014 dans le champ du polyhandicap avec l'ARS Ile-de-France et neuf établissements médico-sociaux. « *Selon l'état des lieux de départ, 40 % d'enfants ne bénéficiaient pas de suivi médical régulier et 20 % n'avaient pas de référents en neuropédiatrie. L'expérimentation a montré que la téléconsultation avait donné lieu à des échanges de qualité, une réponse médicale plus adaptée et plus rapide, un renforcement des liens entre les acteurs, ainsi qu'une baisse des coûts de transport*, détaille-t-elle. *Mais cela consomme aussi du temps médical, plus qu'en présentiel, car les consultations sont plus longues, compte tenu de la multiplicité des participants et des éventuels problèmes techniques, et qu'il faut les préparer puis les exploiter en rentrant les données dans le dossier informatique. Ces temps annexes, qui sont une composante organisationnelle majeure, avaient été sous-estimés.* » Ils devraient être intégrés dans la phase de généralisation de ce projet visant à constituer un réseau de 50 établissements et onze services de suite et de réadaptation (SSR). « *Ce projet ambitieux ouvre également une réflexion sur la prise en charge en télémédecine des personnes polyhandicapées adultes, ainsi que sur l'ouverture à d'autres spécialités comme la télédentisterie, actuellement expérimentée* », poursuit la référente.

© Fondation OVE

La Fondation OVE a mis en place la télémédecine dans six établissements. Philippe Mortel, directeur général adjoint, pointe les effets bénéfiques pour les jeunes autistes.

DES EFFETS POSITIFS

En Rhône-Alpes, la Fondation OVE a inscrit dès 2013 dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) un projet de télémédecine pouvant prendre en charge les enfants accueillis en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) et médico-éducatifs (IME) en Haute-Savoie, puis dans le Rhône et la Loire. « *Nous avons eu une approche très pragmatique visant à trouver des solutions face à l'absence de médecins dans les établissements* », décrit Philippe Mortel, directeur général adjoint. Trois praticiens à la retraite ont accepté de participer, et la télémédecine est aujourd'hui mise en œuvre dans six établissements. « *Elle a montré des effets bénéfiques pour de jeunes autistes, car l'éloignement du médecin peut s'avérer facilitant et ils ont l'habitude des nouvelles technologies. En revanche, nous avons arrêté en MAS car le contact avec l'écran était compliqué et ce n'était pas une bonne chose.* »

Autre conséquence positive : le soutien aux équipes pluridisciplinaires grâce aux séances de télé-expertise organisées mensuellement avec le médecin, autour de différentes situations médicales. « *Cette façon de travailler a un effet bénéfique global, avec cette exigence de rigueur pour la préparation des séances, le recul et la réflexion pour les salariés, moins de hiérarchisation qu'en présence du médecin et une diminution des allers-retours aux urgences* », poursuit Philippe Mortel. Un comité de suivi composé d'un représentant de l'ARS et deux psychiatres chefs de pôle apporte une caution médicale et « *oblige à garder le cap* », comme celui de développer la télé-expertise entre neurologue et neuropsycho-logues ou rééducateurs, afin de mieux prendre en charge certains troubles du comportement. « *La télémédecine participe à une logique de décloisonnement entre le soin et le médico-social* », confirme Bertrand Le Rhun, chef du département e-santé de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.

L'ENJEU DE LA FORMATION

Dans le secteur médico-social, le domicile apparaît toutefois comme le parent pauvre de son développement. « *Il faut encore parvenir à intéresser la communauté médicale de ville et les centres de santé, ainsi que les médecins traitants regroupés en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) qui représentent un bon vecteur de déploiement et d'arrimage des services* », estime Jean-Christian Sovrano, directeur de l'Autonomie et de la Coordination des parcours de vie à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap). Il constate les freins encore nombreux, notamment de la part des médecins libéraux les plus âgés, mais que les jeunes qui s'installent y voient un intérêt pour le suivi médical. « *Ils peuvent ainsi éviter une visite à domicile très chronophage, en s'appuyant soit sur une aide-soignante, soit sur une infirmière diplômée d'État (IDE). Cela milite aussi pour des pratiques avancées visant à permettre à des IDE de faire des renouvellements d'ordonnance, car il faut arrêter d'utiliser le médecin partout* », soutient-il. Il estime également que la télémédecine à domicile peut permettre une meilleure prévention en facilitant l'accès aux soins. « *Elle ne réduit pas les coûts, mais améliore la qualité. Nous savons également que la prévention, pour laquelle milite le rapport Libault* [2]*, limite les coûts. Il faudrait donc mieux étudier l'impact de la télémédecine et mieux communiquer auprès des acteurs sur les territoires.* »

Information et formation apparaissent donc comme deux enjeux forts. Et « *sur ce plan il existe un vrai* • • •

« Utiliser une plateforme sécurisée »

© GIP Hauts-de-France

Christian Huart, directeur du groupement d'intérêt public (GIP) Santé numérique des Hauts-de-France

« Nous avons développé la plateforme Prédice pour faciliter la mise en relation des patients et des professionnels de santé, la coordination et l'accès à la télémédecine. Elle propose un bouquet de services sécurisés et une interopérabilité des systèmes d'information qui sont des éléments indispensables au développement de la santé numérique, tout en réduisant les coûts d'équipement et d'utilisation grâce à la mutualisation de l'outil. Les premières téléconsultations ont commencé en juin avec une centaine de médecins généralistes et une trentaine d'Ehpad. Dès 2020, nous souhaitons développer les téléconsultations à domicile et en cabinets d'infirmières libérales.
La plateforme va aussi comporter des modules d'e-learning avec des tutoriels afin d'accompagner les professionnels dans les usages. Prédice est une grosse machine construite par 13 groupes de travail, qui s'appuiera sur une charte éthique pour fonctionner, et qui fait le pari d'une optimisation des soins pour les usagers en associant tous les acteurs de santé autour d'un même support numérique. »

• • • *travail à mener* », insiste Nathalie Salles. La SFT a donc créé un partenariat avec l'association Formatic Santé pour développer un programme de développement professionnel continu (DPC) afin de former « *de manière pragmatique et simple* » à la téléconsultation tous les soignants, en ESMS et au domicile. Une condition importante pour faire vivre les projets grâce à des référents. « *Nous essayons d'en nommer deux à trois par établissement. Mais demain, avec la simplicité de l'outil, nous n'aurons plus besoin de ceux-ci. Selon les industriels, un simple lien Web envoyé par mail permettra d'entrer dans une visioconférence sécurisée* », affirme-t-elle. Un diplôme inter-universitaire pour les professionnels souhaitant développer la télémédecine, créé en 2016 et déployé dans sept universités, montre également son utilité, attirant 85 étudiants en 2017-2018.

Les usagers du secteur social et médico-social, et leur famille, auront-ils eux aussi les clés pour être acteurs de ces nouveaux usages ? « *En France, nous avons une vision très humaniste de la santé numérique, on sanctuarise la relation soignant-soigné, on avance par étapes pour une appropriation des acteurs* », assure Dominique Pon. Sans nier l'existence de la fracture numérique et sociale, il estime qu'elle ouvre la voie aux nouveaux métiers d'accompagnants numériques en santé. Et surtout que la télémédecine « *ne doit pas être l'alibi pour avoir une vision paternaliste et ne pas proposer d'outils numériques* ». Ce qui serait précisément, selon lui, « *contraire à l'éthique* ».

[1] Décret du 19 octobre 2010
[2] Lire Direction[s] *n° 175, p. 48*

« Des schémas de coopération modifiés »

Juriste et philosophe, **Jean-Philippe Cobbaut** a cofondé la chaire Droit et Éthique de la santé numérique de l'unité de recherche Éthics à l'université catholique de Lille [1]. Il invite à réfléchir aux enjeux juridiques et éthiques de la nouvelle relation médicale induite par la télémédecine.

© Jean-Philippe Cobbaut

Pensez-vous que la réflexion éthique autour de la télémédecine est suffisante ?
Jean-Philippe Cobbaut. De nombreuses questions se posent autour de la santé numérique, tant du côté juridique qu'éthique. Mais la réflexion a jusqu'ici porté sur les outils et beaucoup moins sur les implications de la télémédecine dans la relation à l'autre et l'organisation des soins. Or, cette pratique de soins qui se veut interdisciplinaire rebat les cartes de la relation médicale. Le patient est susceptible de devenir un protagoniste direct de cette plateforme de coprésence entre différents soignants. Ce qui repose la question de sa place, comment interagir avec lui, l'informer, le considérer comme décideur ou partenaire de la décision. Cela remet sur le métier les problèmes d'information et de consentement, qui interrogent la manière de parler des soins, d'échanger, de rendre possible une réaction du patient. La gestion de son espace numérique va également ouvrir des questionnements sur sa participation aux soins et ses relations avec ses différents interlocuteurs. Les instruments et les acteurs actuels de la régulation sont-ils suffisants ? Cela renvoie à l'articulation entre le droit et l'éthique, avec une réflexion qui doit se situer en amont et en aval, à partir des projets qui se développent. Sans doute faut-il davantage accompagner les acteurs et leur permettre de réfléchir à ce qui en émerge.

Par rapport à ses voisins européens, comment se situe la France ?
J.-P. C. La différence fondamentale entre nous et nos voisins, c'est qu'en France la télémédecine est considérée comme une activité médicale qui ne peut pas être vendue comme une prestation de services. Ailleurs, c'est moins encadré, davantage livré au marché tout en restant sécurisé techniquement. Le développement en France est donc plutôt rassurant. Mais cette position explique que les temporalités soient différentes entre les acteurs économiques, les soignants et les patients, qui ne s'accordent pas spontanément.

En dehors de la relation médicale, en quoi la technologie peut modifier l'acte médical ?
J.-P. C. La télémédecine n'est pas un dispositif neutre et il associe un certain nombre de tiers : la famille, les référents sociaux, les prestataires techniques qui peuvent être amenés à installer les dispositifs de télésurveillance d'un malade chronique à domicile. La médiation technologique modifie les schémas de coopération et la géographie des responsabilités entre les acteurs, et peut créer de nouvelles formes de délégation d'activités à des professionnels qui n'effectuaient pas certaines tâches auparavant. Cela renvoie à l'éthique de la collaboration interprofessionnelle et à l'éthique organisationnelle, et interroge notamment le potentiel humain nécessaire, qui n'est pas toujours anticipé ou visibilisé.

Faut-il s'inquiéter de la sécurité des données ?
J.-P. C. La protection des données et le règlement européen RGPD font partie de nos questionnements, notamment parce que la télémédecine va générer des datas et qu'une culture de gestion spécifique reste à créer. La complexité de l'application de la directive européenne montre que les référents dans les institutions ont un rôle d'éducation à jouer sur ces thématiques, car les utilisateurs seront aussi amenés à participer à la régulation de la gestion des risques, du secret partagé, etc. Il faudra là aussi respecter un certain nombre de règles éthiques, déontologiques et juridiques.

[1] Avec Lina Williatte, docteur en droit et avocate spécialisée en droit de la santé numérique, et Alain Loute, docteur en philosophie.

Informatiser le dossier de

La dématérialisation du dossier de l'usager n'apparaît plus comme une option au vu de l'évolution du contexte numérique. Le secteur qui accuse toujours un certain retard en la matière doit se saisir des nouveaux outils et de l'impulsion des pouvoirs publics pour mener ce chantier avec méthode.

L'informatisation du dossier de l'usager répond à une double exigence. La première concerne les publics. La numérisation renforce leur droit d'accès à l'information en le simplifiant, tout en leur garantissant de manière plus efficace un accès sécurisé aux données les plus sensibles. Le second impératif vise à améliorer la qualité de l'accompagnement. La démarche doit leur offrir une meilleure traçabilité des actions entreprises et un partage plus aisé des informations entre les différents professionnels.

Un fonds d'amorçage de 30 millions d'euros

Face à ces enjeux, il est aujourd'hui incontournable de lancer ce chantier qui n'a pas encore été entrepris par de nombreuses structures. À travers le plan Ma Santé 2022 et sa feuille de route « Accélérer le virage numérique », les pouvoirs publics invitent le secteur à rattraper son retard en matière de systèmes d'information (SI) dont le dossier de l'usager est un élément important. « *C'est un plan important et structuré. Et surtout, ce volet numérique concerne pour la première fois les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), pas seulement le sanitaire* », s'enthousiasme Christian Viallon, président du groupement social de moyens Ressourcial et expert de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). Cette dernière a la charge d'orchestrer la feuille de route avec l'Agence du numérique en santé (ex-ASIP Santé), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Dès 2020, un fonds d'amorçage de 30 millions d'euros sur deux ans est mobilisé pour accompagner les ESSMS dans leur virage numérique, notamment en matière d'investissements. Autant de raisons pour se saisir du sujet.

« Les présentations des éditeurs sont insuffisantes pour cerner toutes les fonctionnalités de l'outil. »

Malgré sa dénomination, le projet ne dépend pas d'une initiative des services informatiques. « *Ce ne doit pas être une décision prise par le directeur des SI (DSI) dans son coin, mais une démarche très volontariste,* affirme Baptiste Foulon, DSI de l'association Le Moulin vert. *Elle doit être lancée par la direction ou le conseil d'administration.* »

Une analyse des besoins

La démarche procède d'un schéma classique de conduite de projet. La première phase consiste donc à identifier les besoins de la structure, notamment en matière de fonctionnalités du futur outil. Comme le rappelle le DSI : « *La difficulté dans le secteur est que nous ne sommes généralement pas habitués à formaliser ces besoins. Qui plus est pour un type de logiciels que nous n'avons jamais vu !* » Aussi pas question de faire son choix après une démonstration des éditeurs. « *Ces présentations sont toujours réussies*, avertit Christian Viallon. *Mais elles sont insuffisantes pour cerner toutes les fonctionnalités de l'outil.* »

Pour cette étape d'analyse de ses besoins, Le Moulin vert a mobilisé un groupe de travail rassemblant une quinzaine de ses professionnels, chapeauté par le DSI. Plutôt que de recevoir les éditeurs les uns après les autres, le groupe est allé à la rencontre d'autres associations gestionnaires afin de comprendre leurs choix en la matière. « *Cette démarche a duré deux ans. Ça peut paraître long, mais il ne faut surtout pas aller trop vite. Il y a beaucoup de logiciels sur le marché et il y a une phase importante de préparation du terrain* », précise Baptiste Foulon.

Un accompagnement en amont

En effet, cette évolution numérique ne se résume pas à l'implantation d'un nouveau logiciel. Elle a un impact sur l'organisation dans son ensemble et sur les pratiques des professionnels. « *D'un point de vue organisationnel, la mise en place du dossier de l'usager informatisé implique la conduite du changement*, prévient Mickaël Bisiaux, directeur du développement d'un éditeur spécialisé. *Il faut souvent inculquer la culture de l'écrit et l'objectivation des pratiques.* » Ce que confirme Baptiste Foulon : « *Dans certains de nos établissements, il n'y avait pas de suivi abouti de l'usager. Pas de cahier de transmission, par exemple.* »

La démarche nécessite donc un accompagnement en amont des professionnels. Une condition peut-être *sine qua non* pour sa réussite. Un éducateur sportif en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep) à Toulouse regrette : « *Nous n'avons pas été consultés lors du choix du logiciel mis en place en 2015. Il est trop complexe à utiliser. Aujourd'hui, une large majorité des professionnels ne s'en sert plus…* » Cet exemple illustre le besoin de sonder les utilisateurs finaux dès le départ.

POINT DE VUE

© Le Moulin vert

Baptiste Foulon, directeur des systèmes d'information de l'association Le Moulin vert

« Le Moulin vert compte près de 1 200 salariés accompagnant près de 3 000 usagers dans une cinquantaine d'établissements et de services répartis dans dix départements. Nous opérons dans trois secteurs : personnes âgées, adultes et enfants en situation de handicap et protection de l'enfance. Le dossier des usagers du premier secteur a été informatisé en 2010 en faisant évoluer la solution logicielle qui gérait les dossiers de soins. En 2014, nous avons pris la décision de numériser le dossier de l'usager des deux autres champs. Deux ans plus tard, nous contractualisions avec l'éditeur SociaNova pour Ogirys leur logiciel en mode *SaaS* [1]. Nous avons opté pour cette solution, en raison de son ergonomie tout d'abord. Il est simple d'utilisation pour tous les professionnels, pas seulement ceux habitués à se servir de ce genre d'outil. Le second critère qui a prévalu à notre choix a été son coût. Nous payons 33,48 euros HT par usager et par an. Ce tarif comprend l'hébergement des données de santé, comme le proposent désormais beaucoup d'éditeurs. »

[1] Software as a service: logiciel en tant que service en français. Celui-ci est implanté sur des serveurs distants et non sur la machine de l'utilisateur.

l'usager sans attendre

© iStock

La démarche ne doit pas être une décision prise par le DSI dans son coin, mais par la direction ou le conseil d'administration.

Cette implication permet également d'établir un cahier des charges plus précis, de façon à rechercher l'outil qui correspond parfaitement aux besoins. Baptiste Foulon l'assure : « *Il faut y inclure les exigences techniques, comme l'hébergement des données de santé (HDS), et les exigences fonctionnelles déterminées avec les professionnels.* » Outre ces données, ce sont aussi toutes celles à caractère personnel qui doivent être protégées. Le cahier des charges doit évidemment exiger le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Des pratiques harmonisées

Par ailleurs, en matière de sécurité, la gestion des droits d'accès peut virer au casse-tête dans les organisations qui comportent de multiples structures. Comme les logiciels permettent des paramétrages fins (par métier, par individu, par rubrique, etc.), chaque établissement pourrait être tenté de personnaliser ses accès. « *Au début du projet, il faut définir les lignes d'accès communes à toutes les structures et éviter les cas particuliers, sinon ça devient ingérable,* explique le DSI du Moulin vert. *Qui plus est, cela encourage à réaliser un fonctionnement associatif, commun à tous pour harmoniser les pratiques dans tous les établissements.* »

Pour assister les responsables du secteur dans l'élaboration de ce cahier des charges, l'Anap a travaillé en ce début d'année à l'élaboration d'un précieux kit d'outils. « *Ce kit d'une trentaine de pages, intitulé* "Les fonctionnalités numériques d'un dossier de l'usager dans le médico-social", *mis à disposition tout au long du premier semestre, comprend notamment une cartographie des fonctions numériques d'un dossier de l'usager dans le médico-social, un plan type d'appel d'offres pour l'accompagnement de l'écriture de la feuille de route SI de son ESMS, des outils permettant de faciliter l'approche par les processus, etc.,* détaille Christian Viallon, un des 25 experts qui ont produit ce document. *Il comporte, par exemple, une aide à l'élaboration d'un cahier des charges, une trame à adapter. C'est un document de référence pour les responsables comme pour les éditeurs. Les premières briques de ce kit, sous forme d'éléments permettant de faciliter la compréhension des notions liées au SI, de faire le point sur la situation de sa structure et d'engager une stratégie SI efficace, sont d'ores et déjà disponibles sur le site de l'Anap* [1]. »

L'indispensable formation

Le cahier des charges permet de mettre en concurrence les éditeurs. En comparant les offres reçues, prenez garde à ce que les tarifs proposés couvrent bien les mêmes prestations. Outre l'accompagnement pour le déploiement de la solution, la formation des professionnels est indispensable. Et réalisée par des professionnels ! L'éducateur sportif se souvient : « *Nous avons reçu une formation d'une journée pour son utilisation. Certains collègues ont eu droit à un formateur ; d'autres, à un simple commercial. J'ai été dans le second cas. Résultat : nous avons surtout assisté à une présentation vantant les qualités du logiciel, mais nous l'avons très peu manipulé.* »

L'association du Moulin vert n'a pas rogné sur ce point avec un budget de 30 000 euros. Baptiste Foulon précise : « *La formation des personnels a été faite par l'éditeur pour les cadres, les professionnels médicaux et les référents applicatifs (un ou deux par établissement). Ce sont ces derniers qui ont ensuite formé les autres professionnels concernés.* » L'association a aussi embauché un chef de projet pour mener à bien le chantier. Un poste qui a finalement été pérennisé en raison de l'évolutivité du projet.

Pascal Nguyên

[1] http://ressources.anap.fr/publication/2409

Les 9 et 10 mars 2020
Espace Reuilly
21 rue Hénard - 75012 Paris

ANDICAT organise
ses Rencontres nationales
à Paris autour du thème
« Repères d'aujourd'hui et de demain pour l'emploi des travailleurs handicapés : le rôle des ESAT »

Contact
ANDICAT
12 rue Mayran - 75009 Paris
Tél./Fax : 01 42 40 15 28
E-mail : andicat@andicat.org
Site Internet : www.andicat.org

ANDICAT
Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT

Droit d'inscription
200 euros (adhérents)
260 euros (non adhérents)

Séance de réalité virtuelle, uniquement un jeu ?

Après avoir conquis notamment les enfants et les adolescents avec des jeux vidéo, les casques de réalité virtuelle s'aventurent en Ehpad. Plus qu'un divertissement, les films à 360° apporteraient un certain bien-être aux résidents.

Depuis quelque temps, la réalité virtuelle s'est immiscée dans les structures du secteur, plus particulièrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Des animations d'un nouveau genre sont ainsi proposées aux résidents. Elles consistent à enfiler un casque dans lequel est projetée une vidéo à 360°. En tournant la tête, la personne visualise l'intégralité de l'environnement filmé.

Raviver la mémoire

« *Les séances, d'une durée de 10 à 15 minutes, sont réalisées pour une dizaine de résidents qui passent trois par trois équipés chacun d'un casque*, raconte Nadine Revelin, animatrice à l'Ehpad La Gloriette, à Yseure (Allier). *Ils sont assis sur un fauteuil de bureau avec accoudoirs et les encadrants, qui connaissent le film, déplacent le fauteuil en fonction de leurs réactions.* » Cette structure collabore avec l'entreprise Sagesse Technologies qui propose des films mettant en scène le patrimoine local. L'objectif ? « *Raviver la mémoire des personnes qui ont souvent arpenté ces sites* », affirme Clément Pradel, ancien travailleur social devenu gérant de l'entreprise, dont les prestations coûtent environ 2000 euros par an.

« Les résidents apprécient l'activité. Il y a des sourires, des émotions. Cela leur permet de voyager. »

D'autres sociétés offrent des films plus intimistes encore. Clément Menusier, chef de projet numérique auprès d'Innov'Stories, précise : « *Nous pouvons réaliser une promenade dans l'environnement d'origine de l'usager, voire dans son ancien logement quand c'est possible.* » Ces vidéos sur mesure ont un coût : 700 euros pour 5 à 10 minutes de film avec sons et voix off.

La société Lumeen propose, quant à elle, une solution différente. « *Nous fournissons tout le nécessaire pour organiser des ateliers collectifs qui durent de 45 minutes à une heure : casques, tablette de contrôle, vidéo 360° et déroulé de l'animation utilisant des quiz* », détaille Corentin Metgy, son cofondateur. Les questions portent sur le sujet du film à venir puis sur leurs impressions post-visionnage. « *Cela engendre des échanges autour du film et du lien social* », ajoute-t-il. Prix de la prestation ? De 100 à 200 euros par mois selon le nombre de casques prêtés.

Des bienfaits en cours d'évaluation

Selon ces professionnels de l'image, la réalité virtuelle réduirait le stress, l'anxiété et contribuerait à réveiller la mémoire des personnes âgées. Des bénéfices estimés encore en cours d'évaluation. Pas seulement dans des établissements. Floriane Delphin-Combe, neuropsychologue aux Hospices civils de Lyon, intervient : « *Nous avons répondu à un appel à projets pour mesurer l'utilité de la réalité virtuelle à visée de relaxation et de stimulation cognitive chez les personnes âgées. La question est de connaître les impacts sur l'anxiété et le bien-être à court terme. Et de savoir si le stress décroît et les performances cognitives s'améliorent sur le long terme.* » Aujourd'hui, quelques rares études américaines ont montré de potentiels bénéfices qu'il convient de vérifier, estime la scientifique. Des résultats sont cependant constatés sur le terrain. « *Les résidents ont énormément apprécié cette activité. Il y a des sourires, des émotions,* indique Franck Réau, directeur de l'Ehpad La Gloriette. *Cela leur permet de voyager tout en restant à l'Ehpad.* » (*lire l'encadré*)

Cette dimension « évasion » est souvent mentionnée. Mais cela peut également servir à faire découvrir l'établissement lui-même. Franck Réau envisage de faire réaliser un film à 360° sur les différents sites de l'Ehpad, son parc, et même le village, afin que les nouveaux arrivants, pour lesquels la visite est difficile à organiser, s'approprient plus facilement les lieux.

Pascal Nguyên

© Ehpad La Gloriette

L'Ehpad La Gloriette s'est équipé de trois casques de réalité virtuelle qui profitent à une dizaine de personnes.

POINT DE VUE

© La Gloriette

Franck Réau, directeur de l'Ehpad La Gloriette, Yseure (Allier)

« Depuis le printemps, nous avons réalisé quatre séances de réalité virtuelle. Les personnes âgées ont beaucoup apprécié l'activité. Les films à 360° leur permettent de visiter des châteaux, de se balader en montgolfière, d'arpenter Vichy, voire de "participer" au carnaval de la ville. Le projet a été soutenu par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de l'Allier grâce aux concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle nous a attribué une subvention d'un montant de 657,60 euros qui nous a permis d'acheter un casque et de former le personnel. Cette opération pilote a donné lieu à la création d'un comité scientifique. Composé de dix personnes, il comprend entre autres le médecin coordonnateur, le psychologue, l'animatrice, deux aides-soignantes, deux résidents, le gérant de Sagesse Technologies et moi-même. Il se réunit pour discuter du développement de l'activité et évaluer ses bénéfices. »