



Référence de la convention : 00000656

Rapport final

Info-AT Pro

Méthode d'ingénierie pour la conception d'outils d'information sur les aides techniques à destination des professionnels de première ligne : repérage des besoins et orientation vers un dispositif de mise à disposition afin de faciliter l'accès aux AT pour les personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap.

Date de remise du rapport : 03/01/2022

Porteur du projet : Centre d'Expertise National en Stimulation Cognitive (CEN STIMCO)

Sommaire

1. Motivations du projet	2
2. Méthodologie du projet	4
3. Résultats	10
4. Bilan critique du projet.....	28
5. Les suites à donner au projet	31
Bibliographie	33
Sitographie	35
Annexes.....	36
Table des matières	74

1. Motivations du projet

1.1. *Résumé du projet*

Le recours aux **aides techniques (AT)** a un impact positif sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées (PA) et/ou en situation de handicap (PSH) (OMS, 2018). Quelle que soit la population concernée par leurs usages, le recours aux AT peut favoriser l'inclusion sociale (Owuor et al, 2018) et doit être combiné à d'autres actions (lutte contre les discriminations, évolution des pratiques sur le marché du travail, évolution des cadres réglementaires/légaux, etc.) (Manzoor et Vimarlund, 2018). Il appelle également un travail sur l'information relative aux AT et à leurs usages à disposition des professionnels, particulièrement ceux placés en « première ligne » (STOA, 2018). Par ce terme, on désigne l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux assurant l'interface entre les PA, les PSH et le système de santé.

Le projet Info-AT Pro vise à produire des contenus d'information destinés à ces professionnels. Ces contenus souligneront l'intérêt des AT pour les personnes en perte d'autonomie. Ils valoriseront également le travail des professionnels « de première ligne » dans le repérage du besoin en AT et le rôle des spécialistes pouvant faciliter l'acquisition et la maîtrise de ces outils.

1.2. *Description des besoins identifiés auxquels le projet vise à répondre*

L'offre actuelle d'information sur les AT est importante, mais disparate. Si l'on considère les ressources en ligne, on remarque d'emblée que de nombreux formats (bases de données, catalogues, vidéos, etc.), méthodologies (présentation technique de l'outil, présentation des utilisations en contexte écologique, etc.) et orientations (d'intérêt général, d'ordre commercial, etc.) cohabitent. Les outils présentés varient fortement et relèvent autant de dispositifs médicaux que d'objets « grand public », dont l'usage en fait des AT « par destination ».

Du reste, l'existence de ces ressources ne dit rien de la capacité des publics en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap à accéder à ces contenus et à se les approprier. Le cas de l'offre d'information en ligne constitue un bon exemple. Les travaux en sciences sociales soulignent les difficultés d'usage des outils technologiques rencontrées par les individus ou « illettrisme » (Le Guel 2004). Ces difficultés restreignent le recours à certains droits sociaux (Kesteman 2020) ou l'exercice de la citoyenneté (Choudrie, Ghinea et Songonuga, 2013) et touchent en premier lieu des groupes sociaux minoritaires ou marginalisés (Rallet et Rochelandet, 2004). Dans le cadre du projet Info-AT Pro, favoriser directement l'accès des PA et PSH aux ressources en ligne sur les AT paraît très ambitieux. En revanche, nous postulons que les dyades entre professionnels de première ligne et bénéficiaires âgés et/ou en situation de handicap constituent des espaces d'intervention pertinents. En effet, ces professionnels assurent l'interface entre les personnes accompagnées et le système de santé et peuvent de ce fait jouer un rôle de vigie. Beaucoup possèdent déjà une connaissance des AT, acquise dans le cadre d'une formation initiale, continue ou existant sous la forme de savoirs expérientiels. Ils sont en mesure de jouer un rôle actif dans le repérage du besoin en AT et la redirection vers des spécialistes de ces outils. Dans un contexte marqué par l'expansion rapide du secteur des services à la personne depuis le milieu des années 1990 (Weber et al, 2014) et par un tournant manifeste des politiques publiques relatives à la prise en charge du vieillissement (Schnitzler, 2019), de nombreux professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux accompagnent désormais des citoyens âgés sur le long terme. Ils accèdent à leurs espaces domestiques et partagent dans une certaine mesure leur quotidien. Dans le cas des personnes plus jeunes en situation de handicap, les professionnels en charge de les accompagner peuvent diffuser des informations utiles sur l'intérêt des AT, en suggérant par exemple des outils moins courants. Cependant, ces professionnels ont des pratiques, des formations, des cultures professionnelles, des profils sociologiques et des situations géographiques variés.

Sur la base de ce constat, on souhaite proposer des contenus pouvant inciter ces professionnels à s’informer et à informer leurs bénéficiaires sur les AT. Ces contenus présenteront l’intérêt des AT dans une variété de situations du quotidien. Ils souligneront également la valeur de la relation professionnels/bénéficiaires dans la prévention de la perte d’autonomie et le repérage du besoin en AT.

Les travaux conduits au CEN Stimco relèvent de la démarche *living lab*¹. Cette appellation désigne des dispositifs de concertation rassemblant des acteurs d’horizons divers (publics, privés, des entreprises, des professionnels, des financeurs, des associations et usagers) dans le but de concevoir et évaluer collectivement des solutions innovantes. La méthodologie *living lab* n’est pas figée. Elle se nourrit des expériences collectives nouvelles pour se renforcer. **Aussi, avec le travail conduit dans le cadre du projet Info-At Pro, on entend élaborer une méthode d’ingénierie pouvant être répliquée et perfectionnée par quiconque souhaiterait produire des contenus d’information en santé publique.** Les objectifs spécifiques définis pour le projet étaient :

- (1)** Améliorer la connaissance des pratiques liées à l’information relative aux AT chez les professionnels travaillant au contact de publics âgés et/ou en situation de handicap.
- (2)** Comblent les déficits en matière d’information relative aux AT chez les professionnels « de première ligne », c’est-à-dire constituant les premiers interlocuteurs de ces publics.
- (3)** Consolider une méthode de conception de contenus d’information inscrite dans la démarche *living lab*, associant des professionnels des champs concernés et basée sur des connaissances scientifiques.

À l’issue du projet, le CEN Stimco a produit :

- Un **état des lieux des pratiques** liées à l’information sur les aides techniques chez les professionnels travaillant au contact de publics âgés et/ou en situation de handicap (Objectif 1)
- 15 **packs d’information** (vidéos et fiches numériques) soulignant la pertinence des AT et de leurs spécialistes dans des situations vécues par les professionnels et les personnes accompagnées, et facilitant le repérage du besoin en AT (Objectif 2)
- Une méthodologie de conception de ces contenus, robuste et éprouvée empiriquement (Objectif 3)

La figure 1 (ci-dessous) offre une vision synthétique du cycle de co-conception qui a été envisagé pour mener à bien ces trois objectifs.

¹ Le CEN Stimco est un membre actif du forum des Living Lab en Santé et Autonomie (LLSA).

<https://www.forumllsa.org/> Consulté le 2 janvier 2022

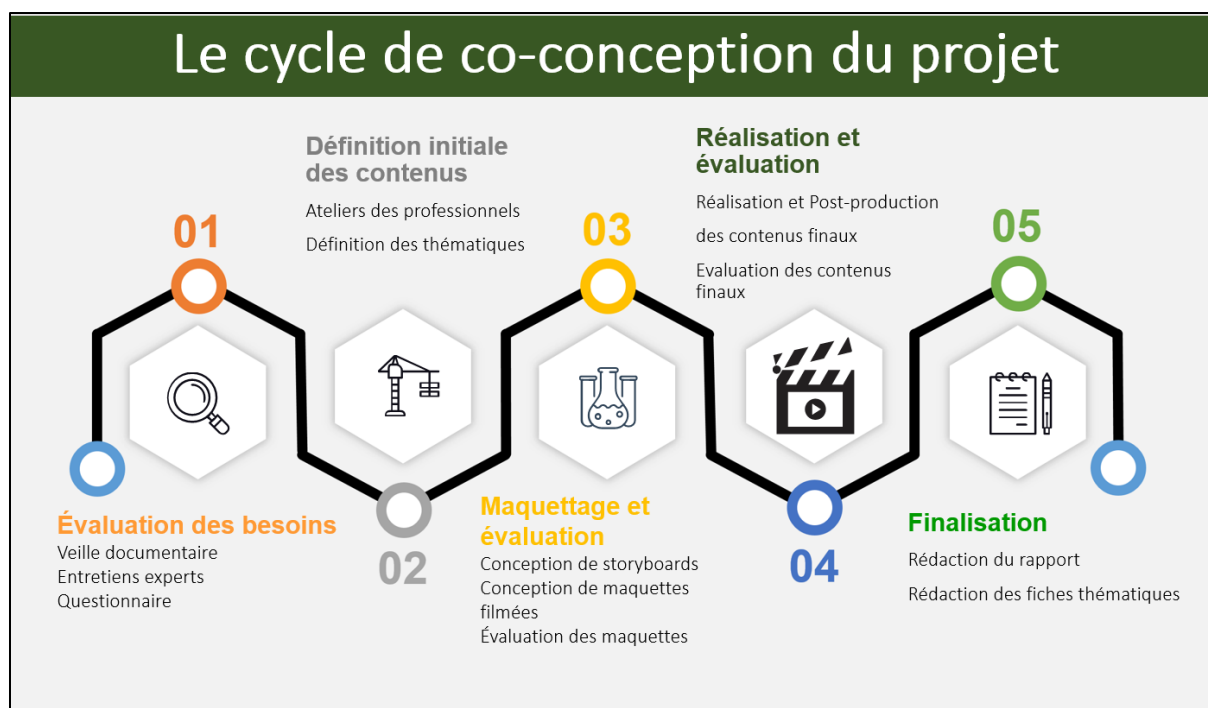


Figure 1 : le cycle de co-conception du projet Info-At Pro

Ce document présente la méthodologie utilisée pour développer chaque étape du projet, une présentation des résultats obtenus dans chacune de ces phases ainsi qu'un bilan critique des actions réalisées. Quelques pistes de développement ultérieur pour ce projet sont enfin discutées dans la dernière section de ce document.

2. Méthodologie du projet

On détaille ici la méthode de travail suivie pour concevoir les contenus d'information destinés aux professionnels accompagnant les personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap.

2.1. Évaluation des besoins

Le projet Info-AT Pro a débuté par une phase exploratoire destinée à définir le périmètre du projet, dresser un état des lieux des pratiques des acteurs de terrain en matière d'accès et de transmission d'informations relatives aux AT et d'identifier les besoins de ces mêmes acteurs en la matière. De Juillet 2019 à juillet 2020, on a mené un travail documentaire et une enquête qualitative, en recourant à des outils de recherche et d'analyse variés.

2.1.1. Veille documentaire

Au cours des premières semaines du projet, de Juillet 2019 à février 2020, on a conduit une revue de la littérature sur le vieillissement, le handicap et les AT. Ce travail préliminaire a permis de définir les concepts clés du projet et d'affiner nos questions de recherche. On a complété ce travail par des recherches ciblées sur les sites internet des acteurs institutionnels et associatifs, nationaux et internationaux, intervenant dans les champs du handicap et du vieillissement (OMS, EASTIN, OIN, parlement et ministères, CNSA, ARS, associations, etc.). On a également mené une veille documentaire en parcourant les contenus de différents portails en ligne, dédiés à l'information sur les AT. On a

considéré aussi bien les démarches d'intérêt général, émises par les acteurs institutionnels et associatifs, que celles commerciales (conseils des revendeurs, plateformes d'achat).

Dans le même temps, on a consulté des travaux en sciences sociales et sciences infirmières sur l'expérience des professionnels ciblés par nos contenus. On a effectué une recherche par mots-clés sur plusieurs bases de données scientifiques (Google scholar Cairn, OpenEdition.org, Jstor, Sage et PubMed) en langues française et anglaise. L'objectif était de mieux connaître les contextes socioprofessionnels dans lesquels ils travaillent et d'identifier leurs besoins. Cette première recherche a permis de poser les jalons de la phase suivante de l'étude du besoin.

2.1.2. Entretiens experts

Au cours de cette phase, on a conduit des entretiens approfondis avec des experts des champs du vieillissement et/ou du handicap (acteurs associatifs, institutionnels, professionnels de santé ou médico-sociaux, services à la personne) afin d'étayer ou de nuancer les éléments identifiés dans la littérature.

Ces experts ont été identifiés sur internet ou sur les conseils de pairs. Au cours d'un premier échange, par mail ou au téléphone, on leur a exposé les objectifs généraux du projet et les modalités de l'entretien. Lorsqu'ils ont accepté de participer, on a organisé une rencontre sur leur lieu de travail. Le jour de l'entretien, le chercheur a conduit la discussion à l'aide d'une grille d'entretien. La grille est structurée en quatre grandes sections : l'expérience des professionnels travaillant au contact des publics âgés et/ou en situation de handicap et leurs éventuels besoins en matière d'information sur les AT ; l'expérience des bénéficiaires et leurs besoins en matière de connaissances et d'accès aux AT ; les informations à aborder dans les contenus d'information et le format à privilégier dans les contenus d'information. L'ossature de cette grille est générique, mais on a modulé les questions en fonction du profil de l'interlocuteur et des avancées de l'enquête. On a enfin invité les personnes à formuler des recommandations. Sur la base des recommandations formulées par nos interlocuteurs, on a pu définir des populations, des thématiques et des modes de communication à privilégier pour garantir le succès de notre projet. Ces recommandations ont guidé le travail réalisé tout au long du projet.

2.1.3. Questionnaire en ligne à destination de professionnels

De juillet à décembre 2020, on a entamé une phase d'approfondissement et de stabilisation des connaissances relatives à notre sujet. À l'inverse de la phase exploratoire, qui vise avant tout à définir le périmètre de notre projet, cette phase se destine à récolter un volume de données suffisant pour atteindre un niveau de saturation des connaissances². Elle s'appuie sur des données provenant de répondants aux profils socioprofessionnels et géographiques variés. Pour cela, on a eu recours à un questionnaire en ligne. Ce dernier s'adressait aux professionnels travaillant au contact des bénéficiaires en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap, dans les structures de services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap (Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D) et d'accompagnement des personnes en situation de handicap (Pôles de compétences et de prestations externalisées) (PCPE).

Le questionnaire, composé de 32 questions, a été structuré en trois sections : la première vise à identifier le profil de chaque répondant et, *in fine*, la composition de l'échantillon (q. 1 à 6) ; la deuxième s'intéresse aux manières de s'informer et d'informer sur les AT (q. 7 à 11 et q. 24 à 27) ; la troisième

² La saturation désigne le moment où, dans une recherche, l'apport de données nouvelles ne modifie pas les conclusions déjà tirées de l'enquête.

section interroge les thématiques, les AT et les formats de support d'information à privilégier (q. 12 à 23 ; 28 à 32).

On a diffusé le questionnaire via la plateforme SurveyMonkey à une liste de diffusion de 5917 contacts (5818 structures de services à domicile et de 99 PCPE). Cette liste a été constituée à partir d'informations en accès libre sur des sites institutionnels³. La gestion de ces données (collecte, traitement et stockage) a été conforme au cadre fixé par la CNIL et la RGPD. On a mis en place des mesures organisationnelles et techniques dès le début du projet en formulant une demande d'inscription au registre de de l'AP-HP à la Direction du Système d'Information⁴.

Le questionnaire achève la phase d'évaluation du besoin. Il a également permis de recruter un noyau de professionnels volontaires qui ont participé aux ateliers de co-conception des contenus.

2.2. Co-conception des contenus

Dans cette section, on détaille la méthode de co-conception élaborée pour réaliser les contenus d'information. L'approche proposée est participative et itérative. Elle fait intervenir des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux à tous les stades de la conception : de la sélection des idées directrices des scénarios à la conception des contenus finaux. La co-conception des contenus d'information s'étend de juillet 2020 à avril 2021.

2.2.1. Ateliers de travail avec des professionnels et définition de thématique

A partir de juillet 2020, le CEN Stimco a animé des ateliers de travail avec un échantillon de professionnels volontaires. Ces séances ont servi à définir les scénarios des vidéos d'information. Au début de chaque séance, l'animateur de ces ateliers a évoqué une situation de handicap et de perte d'autonomie repérée dans la littérature ou mentionnée par les experts. Dans le sillage de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001), ces situations ont été caractérisées par des éléments en interaction : une déficience d'une fonction organique, un problème de santé, des environnements physiques et humains limitants, entraînant une restriction de participation⁵ et/ou des difficultés à effectuer une activité de la vie quotidienne⁶. L'évocation de ces situations de handicap et de perte d'autonomie ont offert une base de discussion avec les participants de l'atelier. Ces derniers ont évalué la pertinence de la proposition. Ils ont apporté des éléments supplémentaires pour approfondir la compréhension des situations discutées. Lorsque les participants l'ont jugé nécessaire, ils ont également suggéré des scénarios alternatifs plus conformes à leur expérience de professionnel et leur parcours de vie. De là, la personne chargée de l'atelier a invité les participants à identifier un ensemble d'AT et des professionnels pouvant favoriser respectivement l'autonomie des bénéficiaires et la prise main de ces dispositifs.

³ Un annuaire des SSIAD, SPASAD et SAAD est disponible sur le site [data.gouv.fr](https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/services-daide-et-de-soins-a-domicile/#resources) <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/services-daide-et-de-soins-a-domicile/#resources> Consulté le 23 décembre 2021

Une recherche sur les sites des ARS et les annuaires en ligne a permis de compiler les adresses mail des PCPE.

⁴ L'étude est référencée au registre de l'AP-HP (étude BRC-2020-E-001).

⁵ <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

⁶ On pense ici aux items de la liste des Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (AIVQ). <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie>

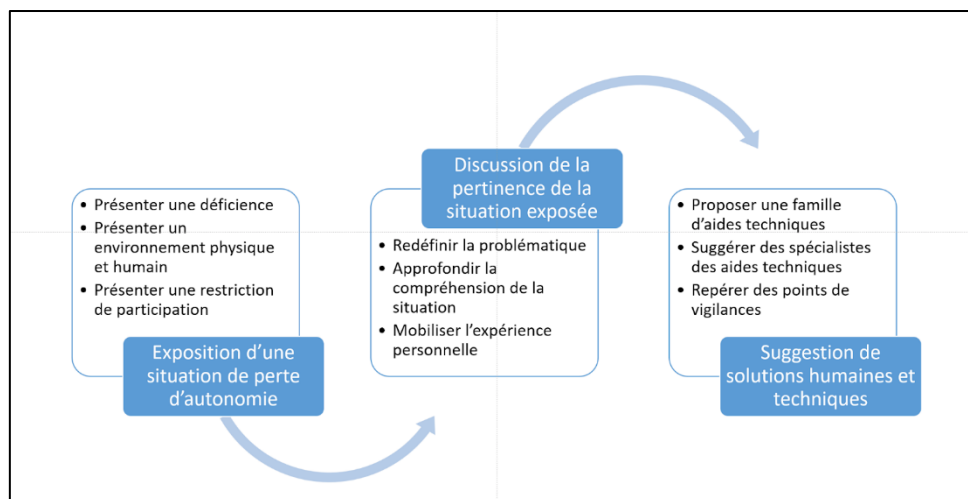


Figure 2 : Le processus d'un atelier de co-conception

À l'issue de chaque atelier, on disposait des éléments suivants : une situation de perte d'autonomie impliquant une personne âgée ou en situation de handicap ; le rôle d'un professionnel dans l'identification de la situation ; une famille d'AT et des catégories de spécialistes pouvant faciliter l'évaluation du besoin en AT et la mise à disposition de ces dernières. Ces éléments étaient souvent étayés par des anecdotes vécues par les professionnels ayant participé aux ateliers. Ils ont fourni l'ossature des futurs scénarios et permettent d'entamer le travail de maquettage des contenus.

2.3. Maquettage des contenus

Le maquettage est un travail préalable à la réalisation des contenus d'information. Il permet de préciser le cahier des charges, d'évaluer les contraintes (humaines, techniques et logistiques) inhérentes au format des contenus afin de mieux les anticiper⁷. Les maquettes fournissent également un matériau peu coûteux à produire pour évaluer collectivement la pertinence des choix de conception.

Pour ce projet, on a produit deux types de maquettes : des story-boards numériques et des maquettes filmées conçus selon des standards proches des contenus finaux. Les story-boards numériques ont pris la forme de vidéos composées d'une succession d'images fixes, d'une musique et d'une voix off. Leur facilité de conception a permis d'adapter rapidement à l'écran les scénarios définis grâce aux ateliers de co-conception. Elle a également favorisé l'implication des professionnels sur la durée. Ces derniers ont pu rapidement évaluer les maquettes réalisées sur la base de leurs recommandations. Les maquettes filmées, quant à elles, ont été réalisées par des professionnels du film (prise d'image et de son, direction sur le plateau et post-production). Elles ont offert un rendu proche des contenus finaux, bien qu'elles aient impliqué des acteurs bénévoles recrutés parmi les membres du CEN Stimco. Le soin apporté à ces maquettes a accru sensiblement la qualité des recommandations formulées lorsque ces contenus sont soumis à l'évaluation d'experts. Ces derniers ne se sont pas focalisés sur les faiblesses techniques des maquettes. Ils ont concentré leur analyse sur le fond des situations mises à l'écran. Le maquettage a enfin permis d'identifier les défis logistiques associés au tournage des films et il a facilité le tournage des contenus finaux.

2.4. Réalisation et post-production des contenus finaux

⁷ À l'inverse de l'animation, le film offre peu de possibilités de modifications en post-production. Ceci accroît donc l'importance du travail d'identification des contraintes en amont du tournage.

La réalisation des contenus finaux a été déléguée à un réalisateur professionnel. Le chef de projet du CEN Stimco a défini avec lui le cahier des charges lié à la conception et à la réalisation des contenus d'information (environnements à filmer, types d'acteurs à mettre en scène, éléments à favoriser/éviter, etc.). De là, le réalisateur a constitué lui-même l'équipe de tournage (réalisateur, cadreur, preneur de son) et recruté des acteurs professionnels. Il a mené dans le même temps un travail de formatage des scénarios, afin de définir un calibre commun à l'ensemble des contenus. Cela a facilité le travail des acteurs et de l'équipe technique le jour du tournage. Sur le plateau, le réalisateur a dirigé les opérations et s'est assuré que les contenus filmés correspondaient bien aux cahiers des charges. Après le tournage, le réalisateur a pris en charge le montage des séquences et le *mastering* des contenus. On a confié un travail de post-production supplémentaire à un autre prestataire. Ce dernier a inséré un générique, des écrans d'information, des habillages et une musique afin de rendre le tout plus dynamique et informatif.

Les films réalisés mettent en scène des situations de perte d'autonomie vécues par des PA et/ou en situation de handicap. À l'aide de ces contenus, on a voulu souligner le rôle des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux dans le repérage du besoin en AT et la redirection vers des spécialistes de ces dispositifs.

2.5. Évaluations intermédiaires et finales des contenus

La co-conception des contenus d'information implique des phases régulières d'évaluation. Au cours de celles-ci, des professionnelles évaluent les choix de conception et les produits réalisés. Quel que soit le format des contenus évalués ou les modalités d'évaluation, les personnes sollicitées se prononcent sur le fond, la forme et la qualité de la pédagogie des produits évalués. Ils formulent ensuite des recommandations pour en améliorer la qualité globale. Ces évaluations intermédiaires améliorent sensiblement la robustesse des contenus réalisés à l'issue du projet. Ces évaluations permettent également d'élargir et de diversifier la base de professionnels impliqués dans la co-conception. Dans cette section, on décrit brièvement la méthode envisagée pour évaluer les story-boards numériques, les maquettes vidéos et les contenus finaux.

2.5.1. Évaluation des scénarios

Les ébauches de scénario rédigées à l'issue des premiers ateliers de co-conception ont été soumises à l'évaluation de professionnels dans le cadre d'ateliers de travail. Au cours de ces réunions, on a proposé une lecture collective des scénarios pour encourager un échange libre entre les participants (des professionnels médicaux et paramédicaux de l'hôpital Broca (AP-HP) ou travaillant « en ville » auprès des publics ciblés par le projet). L'animateur a favorisé les commentaires relatifs à la plausibilité (conforme à l'expérience du professionnel) et à l'exactitude (conforme aux canons disciplinaires et à l'état de l'art scientifique) des situations mises en scène. À l'issue de ces échanges, les participants ont formulé des recommandations pour améliorer les scénarios.

2.5.2. Évaluation des story-boards

Le déroulé de ces évaluations est similaire à ce qui vient d'être décrit. Après un échange introductif, rappelant l'objet de notre demande et le travail attendu des participants, le storyboard a été présenté aux participants. On a ensuite entamé un échange libre avec les participants. Les relances de l'animateur avaient pour objectif de déterminer le degré de plausibilité et l'exactitude des situations mises en scène. On a aussi interrogé les choix de réalisation suggérés dans les story-boards comme le jeu des acteurs ou les types de montage envisagés. À l'issue de ces échanges, les participants ont formulé des recommandations pour améliorer les story-boards.

2.5.3. Évaluation des maquettes

L'évaluation des maquettes filmées s'est distinguée des évaluations antérieures par son degré supérieur de structuration. Elle a impliqué également un volume de participants plus important aux profils (professionnels, socio-culturels et géographiques) diversifiés.

Au cours d'un échange préliminaire (téléphone ou visio-conférence), le chef de projet a rappelé l'objet de sa demande et recueilli le consentement des personnes sollicitées (n = 15). Les maquettes vidéos ont été envoyées par la suite aux participants (deux maquettes / évaluateur), convenant d'une date pour les évaluer. Quelques jours plus tard, l'animateur a mené un entretien semi-directif (+ 30min) avec le participant à l'aide d'une grille d'entretien rédigée au préalable (Voir annexe 3.1.). Les échanges ont porté sur la forme (choix de conception graphique), le fond (choix de la situation mise en scène) et les qualités didactiques (type et qualité de l'information transmise, capacité des spectateurs à se l'approprier et à la restituer) des vidéos présentées. À l'issue de l'entretien, l'animateur a invité les participants à formuler des recommandations.

2.5.4. Évaluation des contenus finaux

On a évalué la première version de 15 vidéos d'information produites, afin de définir des points d'amélioration avec des professionnels accompagnant régulièrement des personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap. On a expliqué aux participants les objectifs de la collecte de données et la procédure de traitement de données. Leur consentement a été recueilli par la suite. L'étude a fait l'objet d'une inscription simple au registre de l'AP-HP visant sa mise en conformité avec la RGPD.

Chaque vidéo (n=15) a été visionnée par 3 à 7 professionnels. On rappellera ici que cinq utilisateurs peuvent suffire à tester un produit dans la mesure où ils peuvent identifier jusqu'à 84 % des problèmes d'une interface donnée (Nielsen et al., 1993). Les évaluations ont été conduites en face-à-face ou en visio-conférence, en fonction des disponibilités des participants. L'enquête a comporté plusieurs parties :

(1) Données socio-démographiques

(2) Visionnage de la vidéo

(3) Échelle qualitative comportant différentes dimensions :

a) *Impressions positives et négatives quant à la vidéo*

b) *Evaluation de la compréhension du message : Restitution du message de la vidéo, tel que compris par le participant*

c) *Plausibilité et exactitude des situations mises en scène par rapport à leurs expériences professionnelles.*

d) *Acceptabilité de la vidéo (échelle de six items portant sur : (1) la pertinence du message, (2) la clarté du message, (3) l'appréciation de l'aspect global de la vidéo, (4) le degré d'apport de nouvelles informations, (5) la durée de la vidéo et (6) la satisfaction globale de la vidéo.).*

e) *Actionnabilité de la vidéo : Action à suivre que le matériel permet d'identifier : (1) l'envie de se renseigner davantage sur les AT ; (2) l'envie de conseiller cette vidéo à des professionnels du terrain, ; (3) envie de découvrir les autres vidéos du projet*

f) *Points à améliorer pour faire de ces vidéos des outils de communication efficaces.*

L'acceptabilité a été évaluée à partir d'une adaptation libre de la version française du questionnaire d'acceptabilité « **Acceptability E-Scale** » (AES) (Micoulaud-Franchi et al., 2016). Ce questionnaire comprend six items permettant d'explorer le niveau de satisfaction et d'utilité perçue à partir d'une échelle de type Likert en cinq points. Pour l'échelle d'acceptabilité, les scores observés sont donc compris entre 6 et 30 et le seuil d'acceptabilité est fixé à 25,81 (ET =3,48) (Voir Annexe 3.2.).

2.6. Gouvernance

Le projet info AT Pro est un projet ambitieux impliquant des acteurs aux profils variés, à différents stades du projet. La tenue des objectifs et l'efficacité du travail entrepris pour les atteindre nécessitent une gouvernance solide. La mise en place de procédures assurant la transparence et la collégialité des décisions est un prérequis de la démarche *living lab* du CEN Stimco.

Le projet Info-AT Pro a été conduit dans le cadre du groupement InterCen. Celui-ci regroupe les Centres d'Expertise Nationaux (CEN STIMCO, CEREMH et CENTICH) soutenus par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La spécialisation de chaque centre a offert une expertise globale au consortium dans les champs du handicap et du vieillissement. Dans la mesure du possible, on s'est appuyé sur l'expertise des membres de l'InterCEN tout au long du projet.

Dans le même temps, on a constitué un comité de validation composé d'experts des champs concernés par le projet. Ses membres ont formulé des recommandations et orienté nos travaux. Les avis du comité sont consultatifs.

3. Résultats

3.1. Résultats de la revue de littérature

On a passé en revue la littérature scientifique et institutionnelle disponible sur le sujet des AT et des professionnels de première ligne travaillant au contact des personnes PA et/ou en situation de handicap. On a effectué une recherche par mots-clés⁸ sur des bases de données scientifiques francophones et anglophones (Google scholar Cairn, OpenEdition.org, Jstor, Sage et PubMed) et des recherches supplémentaires sur différents sites institutionnels. Les résultats, très nombreux, étaient très inégaux d'une base à l'autre, reflétant une large diversité d'orientations disciplinaires. Ainsi, plutôt qu'une revue exhaustive de la littérature, on a privilégié une lecture attentive des travaux qui correspondaient le mieux aux grandes lignes de réflexion du projet.

Une lecture dynamique du vieillissement et handicap – La revue de la littérature invite à adopter une lecture dynamique du handicap et du vieillissement. En 2001, la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (OMS, 2001) a défini les situations de handicap de manière dynamique et relationnelle. Elle correspond à l'interaction de facteurs individuels, environnementaux et sociétaux (Moreira-Marques, 2007). L'expérience du handicap et les réponses apportées varient donc considérablement d'une situation à l'autre⁹.

De même, certains travaux invitent à se départir d'une lecture purement statistique ou « juridico-administrative » du vieillissement (Schnitzler, 2019). Le vieillissement ne coïncide pas à l'entrée d'un

⁸ Les mots clés utilisés sont « aide technique » (ou *assistive technology*) ; service à domicile (ou *home care services*) ; « handicap » (ou *disabilities*) ; et « personne âgée » (ou *elder*).

⁹ L'OMS (2011) souligne l'importance des facteurs personnels (différences de sexe, d'âge, de statut socio-économique, de sexualité, d'ethnicité ou d'héritage culturel) dans l'appréhension des situation de handicap.

individu dans le groupe des personnes de plus de 65 ans (Caradec, 1999). À âge égal, les personnes considérées n'ont pas les mêmes aptitudes physiques ou cognitives (Ponthière, 2017). Le vieillissement se comprend plutôt comme la conjonction de facteurs physiologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. Il désigne un processus progressif que l'on peut mesurer par « l'évolution de la prévalence des limitations fonctionnelles en son sein, indépendamment de l'évolution de l'âge chronologique » (Ponthière, 2017, p. 21). Ces approches procèdent d'un même paradigme. Elles invitent à considérer les situations de handicap et de vieillissement de manière multifactorielle et dynamique, en tenant toujours compte des trajectoires individuelles.

Dans le cadre du projet Info-AT Pro, ceci suggère que l'on resitue toujours les situations de perte d'autonomie dans leur environnement social, physique, géographique, etc. Cela invite également à ne pas considérer seulement les AT pour la compensation qu'elles apportent, mais également pour la participation sociale qu'elles permettent.

Autonomie et accessibilité dans l'action publique – Une revue des lois et des rapports récents en matière de handicap et de vieillissement permet de comprendre le cadre actuel de l'action publique et ses évolutions. Le législateur semble opérer une distinction entre publics âgés (en perte d'autonomie) et publics en situation de handicap. Quand les premiers sont ciblés par des mesures d'abord destinées à lutter contre la dépendance¹⁰, les seconds sont plutôt concernés par des politiques de lutte contre l'exclusion. Celles-ci privilégient l'accessibilité afin d'accroître la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté des PSH¹¹. Ces distinctions reflètent des besoins sociaux et des expériences différenciées. Par exemple, l'accès à l'emploi a une importance capitale pour les PSH, mais ce besoin n'est pas prioritaire pour les PA. Ces politiques définissent également des lieux d'intervention différents. L'espace domestique apparaît ainsi comme le lieu privilégié de l'action publique ciblant les PA en perte d'autonomie. À l'inverse, les mesures définies par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des PSH s'inscrivent d'abord « dans la cité ». **Ces distinctions conditionnent en partie les situations mises en scènes dans les contenus.**

La dyade professionnels/bénéficiaires comme espace d'intervention – Enfin, la revue de la littérature souligne l'importance croissante de la dyade professionnels/bénéficiaires dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Ceci vaut en particulier pour les PA. Pour le comprendre, il faut rappeler l'expansion rapide du secteur des services à la personne depuis le milieu des années 1990 en France. Dans le cas des PA, cette croissance s'explique par un changement de regard sur les « maisons de retraite et [...] la critique du modèle domestique de l'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes » (Weber et al., 2014). Un tournant des politiques publiques relatives à la prise en charge du vieillissement participe d'un nouveau partage des responsabilités entre réseau familial et pouvoirs publics (Schnitzler, 2019). En 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se substitue à la prestation spécifique dépendance (PSD), créée en 1997, afin de garantir une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes âgées (DREES, 2002). En 2005, la loi de cohésion sociale, dite loi Borloo, simplifie l'accès aux services à la personne pour les particuliers. En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entend favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

¹⁰ Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 ; projet de loi « grand âge et autonomie » ; plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024, dit « rapport El Khomri ».

¹¹ On pense en particulier à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des PSH ; à la ratification par la France de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (2010) ; au dispositif « Zéro sans solution », initié par le rapport « Zéro sans solution. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », dit « Rapport Piveteau ».

en élargissant l'assiette de l'APA. Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées sont donc les mieux positionnés pour accompagner les personnes âgées sur le long terme et assurer un travail de veille. **Dans le cadre du projet info-AT Pro, la relation entre ces professionnels et leurs bénéficiaires âgés apparaît donc comme un espace pertinent pour mener un travail de repérage du besoin en AT et de conseil. Pour les adultes plus jeunes en situation de handicap, on ciblera plutôt les relations nouées avec un ensemble de professionnels assurant l'accompagnement des bénéficiaires « dans la cité » (professionnels médicaux et paramédicaux, agents des services publics, référent handicap travail ou études, etc.).**

Les professionnels ciblés par ce projet ne forment donc pas une population homogène. Ceci est renforcé par l'expansion actuelle du secteur du service à la personne qui complexifie l'offre de services. Dans le cadre du projet Info-AT Pro, **cette complexité invite à ne pas considérer les professionnels de « première ligne » comme un tout cohérent et à toujours souligner la variété des situations vécues.**

Revue de l'existant

La revue de l'existant visait à identifier les portails d'information et les centres de ressources disponibles sur le sujet des AT. Il en existe une se distinguant par leurs contenus et leurs choix de conception. À l'échelle globale, des solutions unifiées existent : Réseau Global d'Information sur les Aides Techniques (site EASTIN) ; Organisation Internationale de normalisation (site ISO), mais ces portails s'inscrivent dans des systèmes de santé aux rationalités différentes, n'impliquant pas forcément les mêmes circuits de mise à disposition que l'on peut observer en France. Dans le cas français, les portails d'information en ligne adoptent également des approches variées. Certains privilégient l'approche par catalogue (CARSAT, 2012 ; site Tous Ergo ; PRIF, 2017) ou dynamiques (CRIAS ; J'aménage Mon Logement). D'autres proposent des contenus audiovisuels pour présenter les AT dans leur contexte d'utilisation (INRS ; Merci Julie). Ils s'adressent à des publics différents (utilisateurs finaux, évaluateurs, professionnels du domicile), selon des démarches mêlant parfois prévention et service commercial. De là, on a prolongé ce travail de veille documentaire en élargissant le spectre de la recherche. On trouve ainsi :

- Des structures institutionnelles (gouvernementales, départementales, etc.), qui existent parfois sous forme d'antennes locales et disposent de portails en ligne bien référencés (MDPH).
- Des structures associatives, également bien diffusées et présentes localement (Maison des Aînés et des Aidants, Maison Départementale de l'Autonomie, Le Centre).
- Des associations et collectifs concentrés sur des acteurs ou des aspects précis (Je T'Aide pour les aidants, Le portail national des ergothérapeutes ANFE).
- Des guides d'informations et des annuaires de contacts et de liens utiles (Prévention Domicile, Access AT, ainsi que diverses bases de données en Europe comme SIVA (Italie) ou Rehadat (Allemagne).
- Des dispositifs d'accompagnement et de vente d'AT (Handicat, Tous Ergo), dont certains tournés vers la collecte et le réemploi d'AT (Recyclothèque, Technicothèque) ou leur prêt (EpaTech).
- Des sites proposant des formats d'information approfondis, tels que des rapports, des infographies, ou des démarches qualitatives (le projet « Observatoire » de la plateforme associative Handéo mène notamment ses propres études et met à disposition des rapports complets autour des PSH).

3.2. Résultats de l'enquête par entretien

Enfin, on a conclu cette phase exploratoire avec 13 entretiens semi-directifs et un focus group (voir participants en Annexe 3.3.). Ces entretiens ont été conduits entre janvier et septembre 2020. Les personnes sollicitées ont des profils professionnels variés et complémentaires. Ces entretiens nous ont permis de : (a) délimiter le périmètre de nos travaux et de formuler des recommandations relatives à la conception des contenus d'information, (b) d'étayer les données de la littérature, et (c) de préciser les types d'AT à mettre en avant dans les contenus d'information, les professionnels à cibler, les domaines d'activités devant être traités, les schémas de redirection à suggérer et le(s) format(s) à privilégier.

Quelles AT retenir ? - La question des AT à présenter dans les contenus d'information est abordée de manière récurrente par les experts interrogés. La plupart suggèrent d'élargir le périmètre des AT pour ne pas considérer uniquement les produits figurant dans la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursés. Certains recommandent d'accorder une place importante aux produits d'usage courant pouvant jouer un rôle d'assistance, sans pour autant occulter la distinction entre AT, LPP et non LPP. D'autres proposent de souligner comment un même objet peut être adopté par des publics différents, afin de ne pas segmenter les aides et les publics.

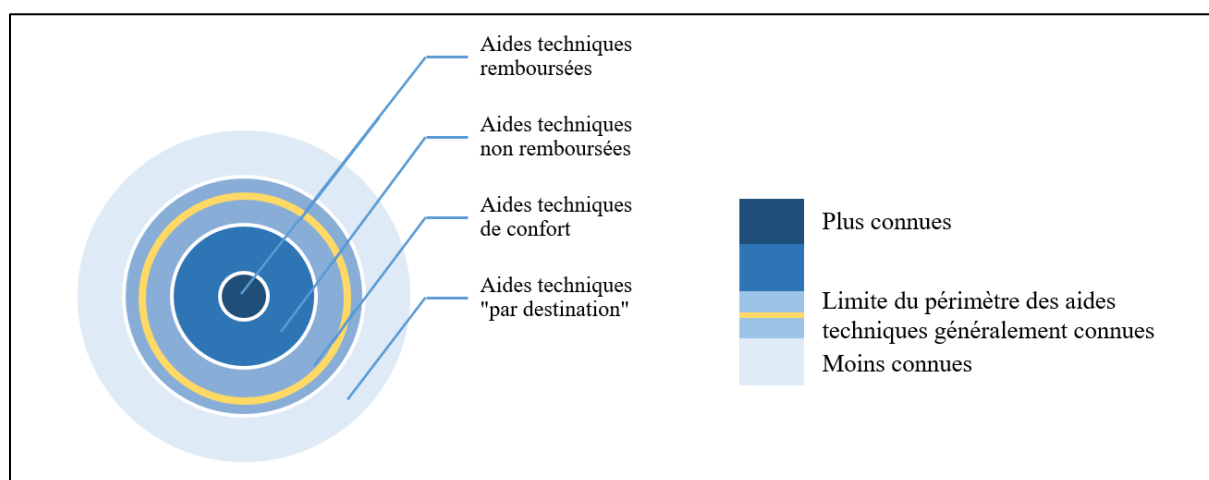


Figure 3 : Les types d'aides techniques et leurs périmètres

Les discussions ouvertes par les experts sur la manière de nommer ces AT (aides techniques, produits d'assistance, accessoires innovants, objets utiles, etc.) cristallisent d'ailleurs ces enjeux. Certains soulignent l'importance des AT facilitant le travail des intervenants à domicile et des personnes accompagnées (ex: aides au transfert). Conformément à l'approche holistique du handicap, l'AT n'est plus seulement pensée par le prisme de la compensation qu'elle apporte. Elle s'inscrit dans une situation de handicap et assure la fluidité de la relation de soin.

Quels domaines d'activité traiter ? La question ne fait pas consensus. Une partie des experts proposent de dépasser les domaines traditionnels, associés à des besoins élémentaires (manger, se déplacer). Certains suggèrent de dépasser le cadre du domicile, pour souligner la participation sociale des individus quand d'autres souhaitent privilégier les activités de la grille AIVQ (Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne). Tous invitent en revanche à ne pas uniformiser les contenus et à traiter de besoins et de situations spécifiques. Sur la base de ces préconisations, on a dressé une liste provisoire de 20 domaines. Chaque domaine correspond à une entrée de l'échelle AIVQ et/ou à un item de la section « activités et participations sociales » de la CIF.

Cette liste provisoire de 20 domaines d'activité a constitué le point de départ de la phase d'approfondissement de création des contenus. Elle a été consacrée à la co-conception des maquettes des futurs packs d'information. Au cours d'entretiens, les domaines prédéfinis ont été présentés à de nouveaux experts qui ont discuté de la pertinence de ces choix. Ils ont été invités à définir une problématique, des catégories de professionnels et de personnes accompagnées, des besoins spécifiques associés aux situations décrites, des AT adaptées à ces besoins et des spécialistes pouvant faciliter l'acquisition et l'usage de ces AT. Une dernière partie des entretiens a été consacrée à discuter les points clés que les contenus d'information devaient traiter, tant sur la forme que sur le fond. Les points clés de chaque entretien ont reportés dans le tableau (voir tableau 1 ci-dessous).

Domaines d'activité	Professionnels de Première ligne ciblés	Personnes accompagnées	Besoins des personnes accompagnées	Schémas de redirection proposés	Aides techniques évoquées
Étudier avec un trouble d'apprentissage en lecture	orthophoniste	Jeunes adultes dyslexiques	Compenser les difficultés de lecture et de rédaction	Vers l'ergothérapeute	Stylo-lecteur et logiciel adapté

Tableau 1 : Un exemple de définition des caractéristiques d'un contenu à partir des entretiens experts

Quels professionnels cibler ? Les experts soulignent la connaissance inégale des AT chez les professionnels, du fait de leur formation initiale. Certains suggèrent de cibler spécifiquement les aides-soignants, du fait de leur rôle clé dans le suivi des PA et des PSH. Ils évoquent un déficit d'information relative aux AT, ou, pour les plus jeunes d'entre eux, une représentation parcellaire des produits disponibles. Pour les mêmes raisons, d'autres proposent d'élargir les cibles des contenus d'information aux équipes des SSIAD. Certains proposent de s'adresser à des acteurs intervenant en amont de la perte d'autonomie (médecins généralistes), auprès de publics plus jeunes, ou de cibler des professionnels ne relevant pas strictement de la première ligne, comme l'orthophoniste dans le cas de la prise en charge des adultes dyslexiques.

Quels schémas de redirection privilégier ? La variation des systèmes d'acteurs locaux ne permet pas de définir un schéma unique de redirection. Néanmoins, certains enquêtés soulignent l'importance de l'ergothérapeute dans l'évaluation fine des besoins, la préconisation des AT adaptées et l'accompagnement de leur adoption par les utilisateurs finaux. D'autres experts proposent de mettre en avant l'activité des Centres d'Information et de Conseils sur les Aides Techniques (CICAT) et des associations assurant des services d'évaluation des besoins en AT. Certains n'excluent pas les magasins spécialisés et grand public, appelant à une vigilance du fait de leur démarche commerciale.

Quel format et quel message proposer ? Les experts s'entendent sur la nécessité de proposer des contenus courts et dynamiques, aux messages facilement identifiables. Ils soulignent la nécessité d'articuler aides humaines et AT, de rappeler le rôle d'identification du besoin et d'accompagnement des professionnels des AT. L'AT ne doit pas être présentée comme une solution unique et clé en main. Les enquêtés proposent de mettre en scène des cas pratiques se rapprochant des situations concrètes vécues par les professionnels ciblés. En revanche, ils divergent sur la question du format des contenus et de la structuration. Certains proposent de présenter des AT en contexte réel d'utilisation, d'autres préfèrent cibler les réseaux d'acteurs à mobiliser afin d'éviter une approche trop centrée sur les AT. De

même, alors que certains privilégient la vidéo d'animation pour son caractère ludique, d'autres considèrent que la captation vidéo de situations réelles favorise l'identification du public. **On a donc choisi de combiner les deux approches (films avec inserts animés) et de procéder à des tests itératifs pour déterminer l'équilibre le plus adapté entre ces modalités.**

Points clés à retenir :

- Il existe un consensus quant à la nécessité de considérer un champ large d'AT.
- L'AT s'inscrit dans une situation de handicap, ce qui nécessite d'inclure d'autres éléments (aides humaines, environnements, désirs personnels) pour contextualiser son utilisation.
- Les thèmes à traiter ne font pas consensus mais on peut reprendre les domaines proposés dans certaines classifications bien connues (AIVQ et CIF).
- On peut cibler un spectre large d'acteurs travaillant en SSIAD et envisager d'intégrer des acteurs ne relevant pas strictement de la « première ligne ».
- Les ergothérapeutes sont des acteurs importants vers qui les bénéficiaires peuvent être redirigés.
- Les contenus courts et dynamiques mettant en scène des réalités vécues par les destinataires des vidéos sont les plus susceptibles d'intéresser les professionnels de terrain.

3.3. Résultats de l'enquête par questionnaire

Les résultats du questionnaire permettent de mieux comprendre les pratiques et les besoins des acteurs de terrain¹² en matière d'information sur les AT. Le questionnaire est diffusé de juillet 2020 à avril 2021 aux 5917 recensés pour les besoins de l'enquête (5818 structures de services à domicile et de 99 PCPE). Après 5 relances, on a récolté 396 réponses, soit un taux de retour de 6,7%. Parmi ces réponses, seules 356 sont véritablement exploitables, ce qui abaisse le taux de retours utiles à 6%.

Profils des répondants – Les répondants occupent majoritairement des positions de direction et de coordination. Une majorité des personnes interrogées (N=164 ou 46,07%) assure des fonctions administratives (Directeur(ice)s, Cadres, RRHs, Coordinateur(ice)s) à 46,07 %) et près d'un tiers des répondants (N=104 ou 29,21%) est constitué d'infirmier(e)s coordinateur(ice)s. Les répondants ont, pour la plupart, une expérience importante de leur métier. Plus de la moitié travaille depuis plus de 10 ans dans ce secteur (N=182 ou 51,12%). Par ailleurs, la majorité des répondants travaille dans des structures d'aide à domicile (N=285 ou 80,6%), davantage en Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) (N=161 ou 45,22%) qu'en Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) (N=124 ou 34,83 %). Logiquement, ces personnes accompagnent plutôt des publics âgés de plus de 75 ans (N=203 ou 57,02%) et de 60 à 75 ans (N=61 ou 17,13 %). La distribution géographique des répondants est, quant à elle, relativement homogène, bien que certains départements soient surreprésentés (l'Hérault et Haute-Garonne comptabilisent à eux seuls 44 représentants, soit 12,36 % de l'échantillon) et d'autres totalement absents de l'échantillon (c'est par exemple le cas des départements d'Outre-Mer et de la Corse).

Connaissances préalables des AT – La majorité des professionnels a reçu une formation sur les AT, dans le cadre de leurs études (N=173 ou 48,6%) ou en formation continue (N=53 ou 14,89%). La plupart

¹² Le questionnaire s'adresse aux structures de soin et de service à domicile (Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) et Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (S.A.A.D)) et aux Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) recensés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

des répondants ont déclaré se renseigner sur les AT. Certains de manière très régulière, soit plus de 10 fois au cours des 6 derniers mois (N=45 ou 12,64%), d'autres de façon régulière, soit 5 à 10 fois au cours des 6 derniers mois (N=67 ou 18,8%). La grande majorité des personnes interrogées se renseigne auprès de collègues (N=224 ou 70%). Beaucoup consultent dans le même temps des sites spécialisés (N=141 ou 44,06%) ou des guides sur les AT (N=125 ou 39,06%). Cette connaissance préalable des AT explique pourquoi la plupart des répondants déclare connaître un spécialiste des aides techniques vers qui orienter leurs bénéficiaires (N=249 ou 88,3%). On comprend également pourquoi les personnes interrogées parlent souvent ou quelquefois des AT avec ceux qu'ils accompagnent (respectivement N=145 ou 51,8% et N=82 ou 29,3%).

Les aides techniques et la finalité de leurs utilisations – La partie centrale du questionnaire était destinée à mieux comprendre les centres d'intérêt et les attentes des répondants. D'une part, les répondants suggèrent de privilégier l'information sur les AT remboursées par la Sécurité Sociale (N=154 ou 43,26%). D'autre part, les personnes interrogées s'intéressent prioritairement aux contenus soulignant l'intérêt des AT pour favoriser la mobilité des bénéficiaires (N=243 ou 85,56%) ou les transferts (N=257 ou 90,5%). Les personnes interrogées attendent des contenus décrivant l'utilisation des AT facilitant l'entretien personnel¹³. Logiquement, les répondants suggèrent de se concentrer sur le rôle joué par les AT pour assurer certaines actions précises (N=169 ou 47,47%), plutôt que de mettre en avant les grands domaines d'activités auxquels peuvent participer les personnes qui utilisent les AT (N=49 ou 13,7%).

Cible et format- Enfin, les résultats du questionnaire apportent des précisions quant aux cibles et aux formats à privilégier. Les répondants suggèrent de s'adresser en priorité aux acteurs de terrain comme les aides-soignants à 73,58% (N=117), les assistants de vie aux familles (N=66 ou 41,5%), les assistants de soins en gérontologie (N=65 ou 40,9%), les auxiliaires de vie sociale (N=63 ou 39,6%). Par ailleurs, aucun format n'est rejeté, à l'exception des formats audio jugés peu intéressants (N=14 ou 6,3%). Les répondants leur préfèrent les formats numériques, qu'il s'agisse d'écrits (N=174 ou 78%), de vidéos en ligne (N=157 ou 70,4) ou d'informations présentées sur un site internet (N=145 ou 65%). Dans une moindre mesure, le format papier est jugé adapté à ce type de contenu (N=137 ou 61,4%).

Conclusion et interrogations pour la suite du projet - Le profil majoritaire des répondants souligne d'emblée les difficultés à atteindre certaines catégories de professionnels, comme ceux travaillant quotidiennement au contact des bénéficiaires. À ce titre, la diffusion apparaît comme étant un enjeu aussi important que la conception des contenus d'information. Il faut donc privilégier des médias accessibles et appréciés de tous¹⁴. De plus, si les répondants connaissent déjà les AT et leurs spécialistes, ces données ne disent rien de leur degré de maîtrise de ces outils. Elles soulignent en revanche les thèmes et les AT rejetés par les participants. On cherchait initialement à élargir le périmètre des AT et des thématiques connues. Comment concilier alors les intentions des porteurs du projet et celles des publics consultés ? Comment combiner des résultats d'enquête contradictoires ?

3.4. Production des story-boards et des maquettes filmées

Les recommandations formulées par les participants des premiers ateliers de travail ont guidé la rédaction de deux scénarios pilotes. Le premier met en scène la situation d'un étudiant (20 ans) ayant

¹³ Se laver (N=243 ou 85,56%), aller aux WC (N=245 ou 87,2%), manger et boire (N=242 ou 85,82%) ou préparer des repas (N=190 ou 67,4%).

¹⁴ Une vidéo disponible sur une plateforme de VOD (type YouTube) semble par exemple plus susceptible d'être consultée par les professionnels dits « de première ligne » qu'une brochure diffusée dans le cadre d'une formation professionnelle ou dans une liste de diffusion.

des troubles d'apprentissage de la lecture. Ce dernier se tourne vers une ergothérapeute qui lui présente l'utilité des logiciels d'aide à la lecture. Le second scénario décrit la visite d'une infirmière libérale rendant visite à un couple de personnes âgées. L'une d'entre elles (l'homme) a des difficultés pour se lever de son fauteuil et regagner son lit. L'infirmière évoque l'utilisation d'un lève personne pour faciliter les transferts et éviter de porter le patient.

Ces scénarios ont été transcrits en trois storyboards numériques, composés à partir d'images fixes et d'une voix off, d'une durée de deux minutes. Le premier scénario a fait l'objet de deux maquettes différentes, réalisées respectivement par l'équipe du CEN Stimco (Voir tableau 2, ci dessous) et par le prestataire embauché pour réaliser l'ensemble des contenus vidéos du projet. Le deuxième scénario fait l'objet d'une seule maquette réalisée par l'équipe du CEN Stimco.

Maquette #	Thématique	Professionnel	Bénéficiaire	Environnement	Redirection suggérée	Aide technique évoquée
1	Étudier à l'université	Une ergothérapeute	Un jeune adulte avec un trouble d'apprentissage	Un cabinet d'ergothérapie/une salle d'étude	Pas de redirection	Le logiciel d'aide à la lecture
3	Assurer le confort de tous lors des soins infirmiers	Une infirmière libérale	Un homme retraité en perte d'autonomie	Une Salon /Une chambre à coucher	Un ergothérapeute	Le lève personne

Tableau 2 : Liste des scénarios maquetés en storyboards numériques

Par la suite, on a réalisé quatre maquettes filmées, en recourant aux services d'un réalisateur professionnel. On a choisi de tester des scénarios différents par leurs problématiques, leurs protagonistes, leurs environnements, et par les AT et les redirections suggérées (voir tableau 3 ci-dessous).

Le partenariat avec AG2R la Mondiale a permis de tourner ces maquettes dans les locaux de l'Espace Idées Bien Chez Moi (Paris). Ce lieu, dédié à la mise en valeur des AT, reproduit les pièces d'un domicile. On y a donc trouvé des décors variés (une chambre, un salon, une cuisine, un bureau) et certaines AT pour réaliser nos maquettes. Celles-ci ont été tournées dans des conditions identiques aux contenus finaux, à raison de quatre contenus filmés par journée et 3 ou 4 prises par scène. Le contenu de ces maquettes est présenté dans le Tableau 3 et une illustration de celle-ci dans la Figure 5.



1. Introduction 2. Présentation des protagonistes 3.Exposition de la problématique 4. Intervention d'un professionnel des aides techniques 5. Mise en œuvre de la solution 6. Redirection et générique

Figure 4 : Structure du storyboard numérique «outils d'aide à la lecture »

Maquette #	Thématique	Professionnel	Bénéficiaire	Environnement	Redirection suggérée	Aide technique évoquée
1	Assurer le confort de tous lors des soins infirmiers 1	Infirmière libérale	Un homme retraité	Une chambre à coucher	L'ergothérapeute du SSIAD	Le lève-personne
2	Préparer et prendre ses repas à domicile	Auxiliaire de vie	Une femme retraitée	Une cuisine	L'ergothérapeute du SAAD	Les couverts ergonomiques
3	Aller aux toilettes	Auxiliaire de vie	Un homme retraité	Une cuisine/des WC	L'ergothérapeute du SAAD	Le rehausseur WC
4	Aménager son poste de travail	Ergothérapeute	Un homme actif	Un cabinet d'ergothérapie/un bureau	La médecine du travail	Le ballon d'assise

Tableau 3 : Listes des maquettes filmées



1/ Présentation de la problématique, 2/ Générique d'introduction, 3/ Intervention du professionnel dit «de première ligne», 4/ Démonstration de l'AT, 5/Commentaire du professionnel sur son rôle de repérage, 6/ Redirection et générique de conclusion.

Figure 5 : La structure d'une maquette filmée. L'exemple d'une vidéo sur les couverts ergonomiques

La réalisation de ces maquettes a permis de solidifier certains choix :

- Proposer des environnements naturalistes, proches des milieux réels mis en scène.
- Structurer la narration autour de la relation entre professionnel et bénéficiaire.
- Souligner l'intérêt des AT sans en faire une solution miracle
- Rappeler la nécessaire articulation avec d'autres facteurs (environnement, aides humaines, désirs personnels)

3.5. Résultats des évaluations intermédiaires

Ces trois maquettes sont soumises à l'évaluation d'un échantillon de professionnels de l'hôpital Broca (n = 7), entre janvier et février 2021. La structure des deux premiers story-boards (logiciels d'aide à la lecture) est jugée intéressante. En revanche, la situation exposée est considérée peu plausible du fait de l'âge de l'étudiant, de la description faite de ses troubles d'apprentissage de la lecture et de la prise en charge antérieure évoquée. Les participants formulent également des recommandations quant au fond sonore de la vidéo (jugé trop présent) et au montage pas suffisamment fluide.

La situation présentée dans le troisième story-board a été jugée comme étant peu plausible et peu réaliste. Les répliques de l'infirmière ne semblent pas correspondre à son statut professionnel. L'évaluation fonctionnelle du patient ne correspond pas aux bonnes pratiques. L'AT présentée est jugée comme mal choisie pour une situation au domicile, ils proposent de présenter plutôt un verticalisateur ou un guidon de transfert.

À partir de ces premiers retours, on a rédigé une grille d'évaluation multidimensionnelle pour guider la conception et l'évaluation ultérieure des contenus. Ses items sont regroupés en trois axes : le fond, la

forme et la didactique des contenus (voir annexe 3.1.). La synthèse d'une évaluation des storyboards menée avec un médecin peut être consultée en annexe de ce rapport (voir annexe 3.4.).

Évaluation des maquettes filmées (n =15) - Entre mars et avril 2021, l'équipe du CEN Stimco a réalisé et évalué quatre nouvelles maquettes. Il s'agit de contenus filmés dans des conditions professionnelles, mais impliquant des acteurs amateurs. Les maquettes abordent les thèmes suivants :

- Les AT facilitant le transfert (lève personne), mettant en scène une infirmière libérale et un patient âgé à son domicile (maquette filmée #1).
- Les AT facilitant la prise des repas (couverts ergonomiques), mettant en scène une auxiliaire de vie et un patient âgé à son domicile (maquette filmée #2).
- Les AT facilitant la lecture (logiciel d'aide à la lecture), mettant en scène un étudiant dyslexique et une ergothérapeute (maquette filmée #3).
- Les AT facilitant l'aménagement du poste de travail (un ballon d'assise), mettant en scène un adulte avec un Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et une ergothérapeute (maquette filmée #4).

Ces maquettes ont été évaluées par un échantillon de 15 professionnels travaillant dans des structures de services à domicile (SSIAD, SAAD et SPASAD). L'évaluation a pris la forme d'un entretien semi-directif conduit au téléphone à l'aide d'une grille d'entretien (voir annexe 3.1.).

Remarques générales – Avec ces vidéos, On a souhaité proposer une information pertinente sur le rôle joué par les professionnels dits de « première ligne » dans le repérage du besoin en AT. La clarté du propos et la structure du message sont donc des points cruciaux. Généralement, les vidéos présentées sont bien comprises. Les trames scénaristiques sont jugées cohérentes et bien construites. Les évaluateurs s'arrêtent sur des points spécifiques comme la présentation et l'utilisation des protagonistes (parfois confuse). L'intervention de certains acteurs à l'écran est perçue comme inutile. Certains aspects de la narration ou du jeu des acteurs qui pouvaient induire de mauvaises interprétations ont été aussi signalés (ex: ne pas identifier correctement le rôle d'un personnage, représentation négative des bénéficiaires).

Le traitement des AT a paru satisfaisant. Cependant, beaucoup ont regretté l'absence de séquences présentant explicitement l'utilisation de ces outils. On a donc rappelé que l'intention du projet était d'abord de souligner le rôle des professionnels dans le repérage d'un besoin naissant en AT et la redirection vers des spécialistes en mesure de conseiller et d'accompagner les bénéficiaires. **Aussi, il apparaît nécessaire de mieux définir la focale dominante de chaque vidéo : soit la mise en avant de l'AT (dans ce cas, elle bien est montrée), soit celle de la démarche de repérage (l'AT et ses différents modèles disponibles sont alors évoqués).** Un compte rendu détaillé de ces évaluations est proposé en annexe de ce rapport (voir annexe 3.5.).

Principales recommandations :

- Soigner le vocabulaire employé par les protagonistes afin qu'il soit conforme aux termes et aux registres de langue employés par les professionnels mis en scène.
- Privilégier des AT largement diffusées et accessibles aux professionnels et aux bénéficiaires.
- Proposer des costumes proches des tenues portées quotidiennement par les professionnels mis en scène.

- Valoriser le rôle des professionnels dans le repérage du besoin en AT et la redirection vers des spécialistes.
- Diversifier les schémas de redirection proposés en fin de vidéo afin de couvrir un champ de spécialistes plus large.
- Privilégier des décors réalistes.
- Conserver le format court et dynamique des vidéos présentées.

3.6. Résultats de contenus finaux

Le travail de co-conception de contenus avec les professionnels et les experts, réalisé lors des phases précédentes du projet, a abouti à la définition d'une liste finale de contenus à développer, abordant 10 thématiques (certaines d'entre elles étant traitées dans plusieurs vidéos) et 13 AT différentes. Au total une série de 15 vidéos ont été produites lors de cette étape (voir le tableau 4 ci-dessous). Pour compléter les packs de contenus 13 fiches d'information ont été aussi conçues présentant les éléments d'information principaux présentés dans la vidéo avec des informations plus précises concernant la problématique, l'intérêt des AT pour répondre à cette problématique, le rôle des professionnels et des spécialistes et une liste synthétique de sources d'information spécifiques à chaque AT.



Figure 6. Du story-board au contenu final. L'exemple d'une vidéo sur les outils d'aide au transfert

A partir des retours d'experts lors des évaluations des maquettes et des story-boards on a défini une structure type pour la création des vidéos 1 à 13 (Tableau 4, ci-dessous). Ainsi, chaque vidéo comporte les étapes suivantes : (1) présentation du professionnel et du type de travail d'accompagnement des publics réalisé ; (2) exposition globale de la situation de perte d'autonomie ou de la situation handicapante avec une précision de l'activité principale impactée ; (3) évocation à titre indicatif d'une AT pouvant servir dans une situation similaire incluant une illustration de l'outil ; (4) présentation du rôle du professionnel dans le signalement de la situation auprès d'un professionnel spécialiste des AT. La Figure 7 , portant sur le réhausseur WC illustre la structure type des vidéos. Cette structure type connaît certains ajustements d'une vidéo à l'autre selon les spécificités de la trame narrative. Les vidéos portant sur les centres de conseil ont utilisé une structure plus simple, car leur objectif était de mettre en scène la visite d'un professionnel et d'un aidant.

N	Thématique	Professionnel	Bénéficiaire	Environnement	Redirection	AT évoquée
1	Assurer le confort de tous lors des soins infirmiers (1)	Infirmière libérale	Femme retraitée en perte d'autonomie	Chambre à coucher	Ergothérapeute de SSIAD	Drap de glisse
2	Assurer le confort de tous lors des soins infirmiers (2)	Infirmière libérale	Homme retraité en perte d'autonomie	Salon /Chambre à coucher	Ergothérapeute de SSIAD	Lève personne
3	Aller aux toilettes	Auxiliaire de vie	Homme retraité en perte d'autonomie	Salon	Ergothérapeute de SSIAD	Rehausseur WC
4	Se laver	Auxiliaire de vie	Femme retraitée en perte d'autonomie	Cuisine/salle de bain	Ergothérapeute de SSIAD	Planche de bain
5	S'habiller	Auxiliaire de vie	Femme retraitée en perte d'autonomie	Salon	Ergothérapeute de SSIAD	L'enfile chaussettes
6	Préparer et prendre ses repas à domicile	Auxiliaire de vie	Femme retraitée en perte d'autonomie	Cuisine	Ergothérapeute de SSIAD	Couverts ergonomiques
7	Lire pour le loisir	Infirmière libérale	Femme retraitée en perte d'autonomie	Salon	Ergothérapeute de SSIAD	Lampe loupe
8	Prévenir les chutes au domicile	Auxiliaire de vie	Femme retraitée en perte d'autonomie	Salon	Ergothérapeute de SSIAD	Rampe d'escalier
9	Étudier à l'université	Référent handicap de l'université	Jeune adulte avec un trouble d'apprentissage	Bureau d'un service handicap	MDPH Ergothérapeute	Logiciel de dictée vocale
10	Étudier à l'université	Ergothérapeute	Jeune adulte avec un trouble d'apprentissage	Cabinet d'ergothérapie	MDPH Ergothérapeute	Logiciel d'aide à la lecture
11	Étudier à l'université	Ergothérapeute	Jeune adulte avec un trouble d'apprentissage	Cabinet d'ergothérapie	MDPH Ergothérapeute	Stylo-lecteur
12	Organiser sa journée de travail	Ergothérapeute	Homme actif avec trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité	Cabinet d'ergothérapie	Médecine du travail	Time timer
13	Organiser sa journée de travail	Ergothérapeute	Homme actif avec trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité	Cabinet d'ergothérapie	Médecine du travail	Ballon d'assise
14	Visite d'un centre de conseil sur les aides techniques (1)					
15	Visite d'un centre de conseil sur les aides techniques (2)					

Tableau 4. Liste et détail des contenus vidéos réalisés

Ci-dessus, on décrit les caractéristiques principales des contenus vidéos :



(0) Titre, (1) Présentation de l'auxiliaire de vie et de ses missions, (2) Le monsieur explique avoir mal aux genoux et avoir des difficultés pour utiliser le siège des WC, (3) L'auxiliaire de vie explique avoir déjà rencontrée cette situation chez une autre personne et avoir vu l'utilité d'une AT comme le rehausseur WC (illustration de l'outil), (4) L'auxiliaire de vie redirige le monsieur vers l'ergothérapeute de son SPASAD.

Figure 7. Présentation de la structure globale de la vidéo pour la thématique “l'utilisation des toilettes”

Une variété de thématiques et d'AT présentées : On a fait le choix de décliner un thème en plusieurs contenus distincts pour souligner comment différents types d'AT peuvent être proposés dans une situation et/ou contexte similaire pour répondre à des besoins différents. Par exemple, pour la thématique "Étudier à l'université » trois vidéos différentes ont été créées. Chacune de ces vidéos présente un personnage (jeune étudiant) ayant des troubles des apprentissages (lecture et écriture) rendant ses études difficiles. Néanmoins, les besoins rencontrés par ces personnages sont différents (contexte, environnement où la situation se présente, prise en charge, etc.). L'intérêt de trois AT différentes, pour répondre aux besoins des personnages, est expliqué dans ces vidéos : le logiciel de dictée vocale, le logiciel d'aide à la lecture et le stylo lecteur.

Une diversité de publics « utilisateur » représentés : Deux grands types de publics finaux (i.e. utilisateurs des AT) ont été représentés dans les vidéos, d'une part il s'agit de PA en perte d'autonomie (8 vidéos), et d'autre part, de jeunes adultes en situation de handicap (5 vidéos). Deux vidéos ont été consacrées à la présentation des centres de conseil sur les AT. Pour ces deux vidéos, deux types d'utilisateurs ont été représentés (professionnel, proche aidant). Une attention particulière a été accordée à l'inclusion d'une certaine diversité des profils d'utilisateurs finaux (tranche d'âge, pourcentage de représentation hommes-femmes, environnements de vie, degré de sévérité de la perte d'autonomie).

Une variété de professionnels représentés : Les vidéos mettent en scène plusieurs catégories de professionnels de première ligne (auxiliaire de vie, infirmière, référent handicap) pouvant jouer un rôle clé dans l'identification d'un besoin en AT.

L'ergothérapeute comme spécialiste des AT : Concernant la redirection des personnes concernées par la perte d'autonomie ou la situation de handicap, On a privilégié l'orientation vers l'ergothérapeute. Ce choix nous a paru comme étant le plus pertinent par son métier, puis, il s'agit souvent d'un interlocuteur accessible aux professionnels travaillant dans les équipes des SSIAD, SAAD ou SPASAD. Néanmoins, d'autres catégories professionnelles sont également mentionnées dans les vidéos et les fiches annexes consultables en annexe (voir annexe 1).

Représentation de l'environnement global de vie et d'aide de la personne : On a privilégié la représentation de l'environnement réel où le besoin en AT se manifeste pour chacun des personnages des vidéos (domicile, université, etc.). Également, différents environnements du domicile ont aussi été représentés pour refléter la diversité d'activités de vie quotidienne pouvant être impactées par la perte d'autonomie (salon, salle de bains, salle à manger, etc.). Ce choix nous a permis d'une part, d'améliorer le réalisme des scénarios mis en jeu. D'autre part, la représentation détaillée du contexte de vie des personnes concernées et des systèmes d'aide (humaines et/ou techniques) déjà mis en place nous a semblé important pour accentuer l'idée que l'AT doit s'intégrer à cet environnement déjà existant et toujours en lien avec, et/ou en complément, des aides humaines.

Un focus sur le repérage du besoin et la redirection : Plutôt que de créer des contenus sur les caractéristiques précises, ou sur l'utilisation de l'AT, on a choisi de privilégier le moment du repérage et l'action de redirection de la part du professionnel. L'AT est systématiquement évoquée et présentée rapidement. Mais lorsque son utilisation est mise en scène, il s'agit de mettre en avant le résultat du repérage du besoin et la redirection effectuée en amont.

3.7. Résultats des évaluations des contenus finaux

Population

36 professionnels ont été sollicités. Ils ont vu en moyenne 1 ou 2 vidéos. Les participants de l'enquête couvraient toutes les tranches d'âge possibles entre 18 et 65 ans, avec un pic de représentativité de la tranche 25-34 ans (30,5%). Le niveau d'expérience professionnel était le suivant : - de 5 ans (38,9%), entre 5 et 15 ans (27,8%) et + de 15 d'expérience (33,3%).

Catégories professionnelles	Nombre de professionnels (N = 36)
Cadre de santé	4 (11,1 %)
Médecin	4 (11,1 %)
Infirmier	3 (8,3 %)
Aide-soignant	3 (8,3 %)
Rééducateur (ergo, kiné, ortho, E.APA, psychomotricien)	16 (44,4 %)
Psychologue	6 (16,6 %)

Tableau 5. Répartition des participants de l'enquête en fonction de leurs catégories professionnelles.

Le tableau 6 (ci-dessous) présente une synthèse des résultats des évaluations, selon 3 indicateurs : l'actionnabilité (ACT OK), l'acceptabilité (ACC OK) et les améliorations à apporter. Chaque indicateur est présenté en fonction d'une vidéo donnée et du nombre d'évaluateurs (n). Les **points d'amélioration** constituent une synthèse des critiques produites par les professionnels lorsque nous les interrogeons sur leurs impressions positives et négatives après lecture de la vidéo. Concernant **l'actionnabilité**, selon les professionnels, sept vidéos sur quinze pouvaient être recommandées en l'état aux professionnels de terrain. Concernant **l'acceptabilité**, onze vidéos sur quinze étaient acceptables pour les professionnels

Les professionnels ont souligné les aspects positifs des vidéos : être courtes, présenter l'information simplement et mettre en situation des professionnels de terrain ce qui facilite la transmission du message : « c'est bien, ça fait réel, je préfère ce type de présentation aux vidéos qui se concentrent uniquement sur les aides techniques comme les vidéos de promotion » (ergothérapeute). En revanche, le repérage du besoin par un professionnel, la description de l'utilité de l'AT (*à quoi sert cette AT*), les modalités d'utilisation pratique (*comment elle s'utilise, qu'elles en sont les fonctionnalités, est-il nécessaire d'avoir une prescription ? Où se la procurer ? Combien elle coûte ? Y a-t-il des aides financières ? Est-ce qu'elle s'installe facilement ?* ...) et l'identification du professionnel ressource étaient insuffisamment précisés.

Recommandations des professionnels pour améliorer les vidéos

- Ajouter des éléments permettant de rendre les vidéos plus « dynamiques » et plus « modernes ».
- Mettre en avant les informations principales.
- Diminuer la durée des séquences avec les acteurs.
- Ajouter des images ou de courts textes dans le cours des vidéos pour montrer et/ou expliquer
 - o L'identité professionnelle du professionnel présenté dans la vidéo (fonction et structure dans laquelle il/elle travaille);
 - o La problématique c'est-à-dire le trouble et/ou les difficultés des personnes en perte d'autonomie ou handicapé par un court texte;
 - o L'AT (par une image), ses caractéristiques techniques, le lieu où on la trouve, les aides financières possibles, un prix moyen, le mode de fonctionnement, la nécessité éventuelle d'une prescription médicale;
 - o La personne ressource à laquelle il faut s'adresser pour pouvoir implémenter l'AT.

Vidéo	n	ACT OK	ACC OK	Points d'amélioration
1/ Réhausseur	7	5/7	5/7	Clarté du message ; Ajouter infos sur besoins, utilité de l'AT ; Montrer AT ; Diminuer les séquences d'acteurs
2/ Drap de glisse	7	2/7	1/7	Ajouter infos sur existence AT ; Montrer AT ; Diminuer les séquences d'acteurs
3/ Lit médicalisé	7	1/7	1/7	Clarté du message ; Ajouter Infos sur utilité, besoin et ressource ; Montrer AT
4/ Stylo Lecteur	7	6/7	6/7	Clarté du message
5/ Lève personne	4	4/4	7/7	Clarté du message ; Montrer l'AT ; Ajouter infos sur ressources disponibles et sur le besoin

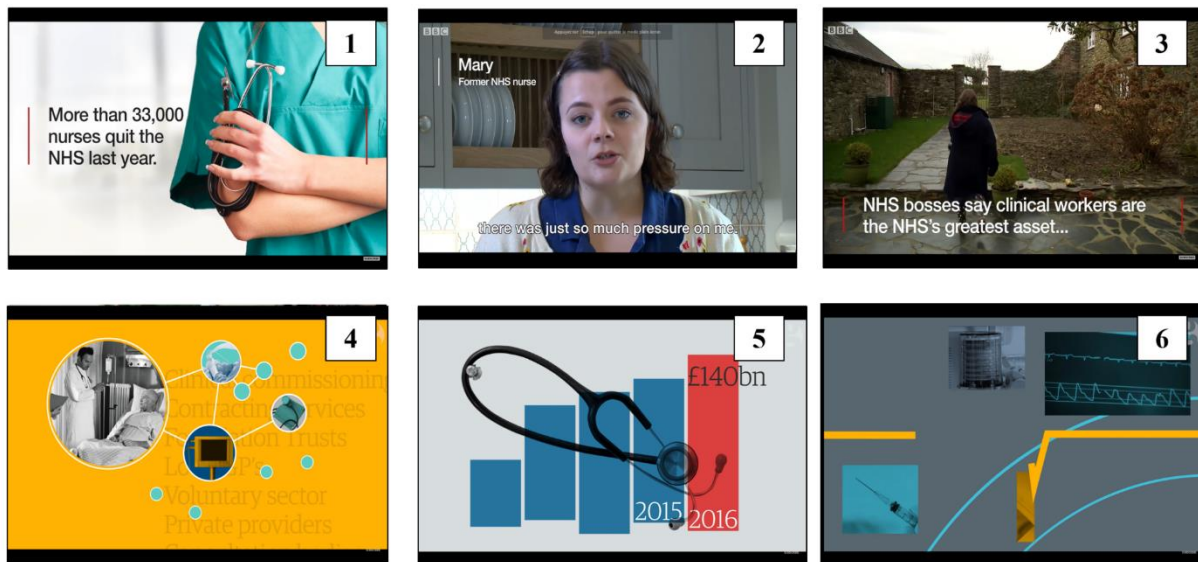
6/ Minuteur	4	3/4	3/4	Clarté du message ; Ajouter infos sur utilité AT
7/ Ballon	3	1/3	3/3	Clarté du message ; Ajouter infos sur utilité AT et ressources
8/ Planche de bain	3	1/3	0/3	Ajouter infos sur utilité, existence AT
9/ Lampe Loupe	3	0/3	2/3	Ajouter infos sur existence AT, Utilité AT ; Montrer AT
10/ Enfile Chaussette	3	1/3	2/3	Clarté du message ; Ajouter infos sur Besoin ; Distinguer enfile chaussette et bas de contention.
11/ Couverts adaptés	3	2/3	3/3	Ajouter infos sur AT en lien (antidérapant + verre adapté)
12/ Rampe	3	2/3	2/3	Clarté du message
13/ Centre d'information	3	1/3	1/3	Clarté du message
14/ Logiciel Dictée	3	2/3	3/3	Clarté du message ; Ajouter infos sur Utilité de l'AT
15/ Logiciel Lecture	3	1/3	3/3	Améliorer message ; Ajouter Info sur utilité AT ; Montrer AT ; Diminuer séquences acteurs

Tableau 6 : Synthèses des indicateurs par vidéo

3.8. Post-production d'un échantillon de vidéos

L'évaluation des contenus finaux a montré que près de la moitié des vidéos (7 sur 15) pouvaient être diffusées en l'état. Les vidéos restantes, quant à elles, comportaient des éléments solides mais elles nécessitaient un travail supplémentaire pour pouvoir être publiées. On a donc fait le choix de reprendre certaines vidéos en post-production afin de les rendre plus informatives, de dynamiser la narration et d'appuyer davantage les informations clés que nous souhaitons transmettre. Plus généralement, on a voulu donner une apparence plus moderne à nos contenus. A la suite d'une nouvelle recherche en ligne, on a pris la décision de nous inspirer des vidéos publiées par le National Health Service britannique (voir figure 8 ci-dessous) . Ces contenus nous ont paru allier une forme moderne et un fond rigoureux.

On a embauché un nouveau graphiste pour assurer une nouvelle phase de post-production sur un échantillon des vidéos produites. Les trois vidéos suivantes ont été reprises à titre expérimental (le drap de glisse, le réhausseur WC et les outils d'aide à la lecture).



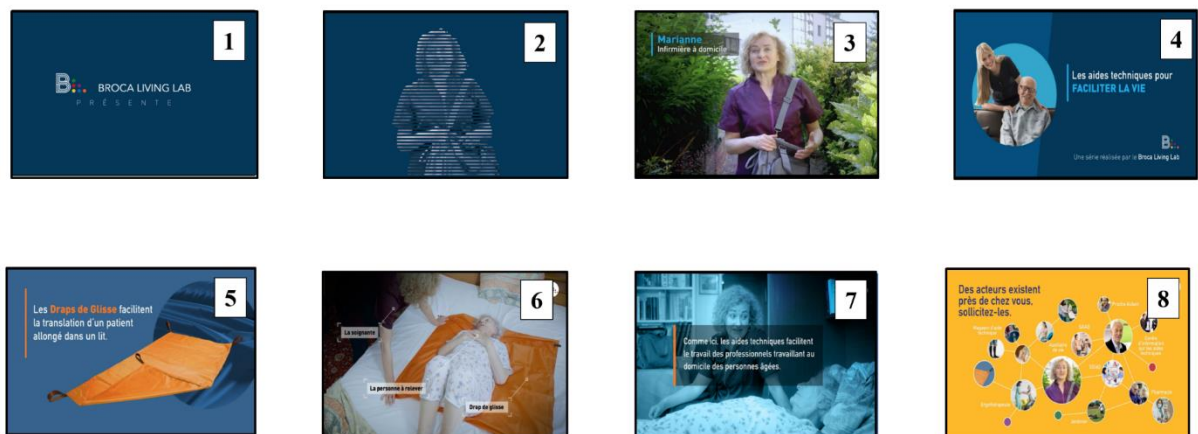
1. Textes courts pour appuyer les messages 2. Interviews face-caméra 3. Séquence captée sur le vif, dans le quotidien des protagonistes 4. Infographie pour représenter un réseau 5. Infographies stylisées pour afficher des informations clés 6. Habillage d'éléments géométriques

Figure 8 : Quelques éléments repérés dans les vidéos du NHS

Source :

<https://www.youtube.com/watch?v=XfWC7VJukQY>

<https://www.youtube.com/watch?v=bDdZCv5v2Rg>



1. Ajout d'un générique d'introduction 2. Ajout d'effets de transition 3. Incrustation de synthèses de présentation pendant les interviews face-caméra 4. Ajout d'infographies de présentation de LAT 5. Incrustation d'éléments facilitant la compréhension de l'utilisation de l'aide technique 6. Incrustation de texte pour souligner le message central de la vidéo 7. Ajout d'un générique de fin

Figure 9 : La structure d'un contenu filmé retravaillé en postproduction. L'exemple d'une vidéo sur les outils d'aide au transfert

3.9. Gouvernance

Ces nouvelles vidéos seront évaluées dans le courant du premier semestre 2022. Si les évaluations sont positives, l'ensemble des contenus sera retravaillé suivant ce modèle. C'est pourquoi, dès l'hiver 2020, des réunions de travail se sont tenues à intervalle régulier. Elles rassemblent les membres des différents CEN et Cécile Chevalier, en charge du suivi des projets InfoAT Pro et ErgoAT à la CNSA. Ces réunions ont permis un partage d'expérience, d'expertise et de ressources, l'articulation des tâches entrepris par chacune des équipes. Le détail de ces réunions peut être consulté en annexe de ce rapport (voir annexe 2.2.)

Dans le même temps, le CEN Stimco a constitué un comité de validation. Celui-ci a formulé des recommandations et orienté nos travaux. Les avis du comité sont consultatifs. Le comité de validation du projet a réuni un collège d'experts recrutés pour leurs connaissances des champs gériatriques et du handicap et/ou leur savoir-faire en matière de conception et de diffusion de supports d'information. Sans être strictement paritaire, le CEN Stimco s'est astreint à respecter un équilibre en termes de genre et d'ancrage professionnel. Le comité de validation réunit les personnes suivantes :

- Isabelle Barbet, chercheure au Conservatoire National des Arts et Métiers, rapporteure
- Matthieu Piccoli, médecin gériatre, président de l'Association des jeunes gériatres, rapporteur
- Carole Allard, Chargée de projets nationaux aide et soin à la personne à la CNAM
- Anthony Darragi, responsable ingénierie et développement chez AG2R
- Sylvain Denis, président d'honneur de la Fédération Nationale des Associations de Retraités
- Jeanne Lagand, Ergothérapeute au Centre Régional d'Information pour l'Agir Solidaire
- John Pinte, vice-président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé
- Benjamin Malafosse, directeur du CEREMH

Une synthèse des échanges entre les membres du Comité de validation est consultable en annexe (voir annexe 2.3.).

4. Bilan critique du projet

4.1. La pertinence de la catégorie de « première ligne » en question

Au départ du projet Info AT Pro, l'objectif était de s'adresser aux professionnels dits « de première ligne ». Avec ce terme, popularisé lors des vagues successives de Covid-19, on soulignait la position particulière de certains acteurs dans les dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Ces professionnels assurent l'interface entre les personnes accompagnées et le système de santé et peuvent de ce fait jouer un rôle de vigie. Ils constituent à ce titre un nœud de diffusion de l'information important. Sur la base de ce constat, on souhaitait donc proposer des contenus attractifs et robustes pouvant inciter ces professionnels à s'informer et informer leurs bénéficiaires sur les aides techniques et leurs spécialistes. La confiance que leur accordent leurs patients et clients, fruit de relations tissées sur le long terme, devait favoriser la diffusion de nos messages.

En pratique, cette première ligne s'est révélée difficile à identifier avec précision. Cette catégorie de professionnels existe, mais elle désigne des personnes aux pratiques, aux formations, aux cultures professionnelles, aux profils sociologiques et situations géographiques variés. Cette hétérogénéité complexifie le travail mené à tous les stades du projet. Il arrive même que les dispositifs sanitaires et médico-sociaux diffèrent trop en fonction des publics considérés, même si l'on retrouve quelques structures s'adressant indistinctement aux personnes âgées et en situation de handicap. Lorsque les situations vécues par ces professionnels dits « de première ligne » dans leurs champs respectifs semblent comparables, le besoin d'information ne se situe pas pour autant aux mêmes stades. Les services d'aides à domicile intervenant chez les personnes âgées et en situation de handicap constituent à ce titre de bons exemples. Dans le premier cas, ces professionnels sont les premiers à repérer un besoin naissant en AT. Dans le second cas, l'intervention a souvent lieu en aval d'une préconisation d'AT (Debrach et al. 2016).

L'emploi de cette catégorie, et l'hétérogénéité qu'elle recouvre ont également posé des difficultés lors de l'enquête par questionnaire. Elle nous a contraints à adapter la trame de l'enquête à des professionnels dont le niveau de langue, de formation ou de maîtrise des outils numériques varie considérablement. Cette grande diversité d'avis et de profils met à l'épreuve la méthodologie *living lab*, qui impose de toujours partir du besoin et des exigences des publics ciblés. Elle met en tension des objectifs contradictoires : proposer des questions pouvant intéresser le plus grand nombre et ancrer ces questions dans des réalités vécues par les enquêtés, afin qu'ils acceptent de participer à l'étude. Enfin, la catégorie de « première ligne » renvoie indirectement à des publics de bénéficiaires aux profils et aux besoins très divers. On a cherché à favoriser, autant que possible, la transversalité de nos contenus¹⁵ mais cette ambition s'est parfois heurtée à la réalité du terrain.

A l'avenir, il conviendra de mieux identifier les acteurs à qui nous destinons nos contenus d'information. Dans la mesure du possible, on s'adressera à des publics homogènes ou on s'assurera en amont de la transversalité des problématiques et des solutions proposées.

4.2. Les contraintes du format film

En menant la veille documentaire, lors des premiers mois du projet, on a pu identifier des contenus aux formats et aux registres différents. Schématiquement, on peut distinguer les films institutionnels recourant souvent à l'animation pour diffuser des messages d'intérêt général et des contenus usant du film pour présenter une aide technique. L'ambition initiale était également d'adopter en partie les codes des contenus d'infodivertissement proposés par les médias en ligne actuels (Konbini, Brut, Blast, etc.), qui recourent généralement aux films plutôt qu'à l'animation.

Dans cette perspective, nous souhaitions filmer l'intégralité de nos séquences avec des professionnels travaillant au domicile des personnes qu'ils accompagnent. Grâce à un travail mené sur le long terme, à la manière d'un documentaire d'investigation, les situations de perte d'autonomie et la pertinence des AT pour y pallier auraient émergé d'elles-mêmes. Mais on a jugé que les contraintes humaines, logistiques et budgétaires inhérentes à la réalisation de ce type de contenu étaient trop fortes. Cela aurait par exemple impliqué de recruter des professionnels et des bénéficiaires volontaires, de mobiliser une

¹⁵ La thématique des risques professionnels au cours des transferts impliquant les intervenants à domicile et les personnes accompagnées, ou celle de l'aménagement du domicile pour les personnes à mobilité réduite rassemblent par exemple des publics variés autour d'enjeux comparables.

équipe de tournage de manière continue durant plusieurs semaines ou encore de sélectionner des séquences parmi un volume considérable de *rush*.

C'est pourquoi on a choisi de rejouer certaines scènes plutôt que de les capter sur le vif. On disposait, pour le faire, d'un répertoire d'anecdotes et d'informations (d'ordre professionnel, technique, biographique) fournies par les participants lors des ateliers de co-conception. Ces données permettaient de replacer les situations de perte d'autonomie dans leur contexte social et géographique. Elles garantissent la pertinence et la crédibilité des contenus mis à l'écran.

Mais ce choix, partiellement imposé par la réalité du terrain, a également apporté son lot de contraintes. D'une part, recourir au film plutôt qu'à l'animation limite grandement les possibilités de reprise des contenus en postproduction. Certaines imprécisions dans les scénarios, le jeu des acteurs ou la réalisation elle-même se révèlent en pratique difficiles à corriger. Cela impose parfois de composer avec un matériau perfectible. D'autre part, le choix de produire des contenus filmés nécessite d'externaliser le travail de réalisation et de postproduction et donc de déléguer un ensemble de décisions cruciales à un prestataire. La relation instaurée avec le réalisateur tenait de la « relation de service »¹⁶. L'ascendant du prestataire, humainement irréprochable, a limité notre action sur les choix de formatage des scénarios, de recrutement des acteurs, de direction sur le plateau, de prises d'image et de postproduction. De plus, le réalisateur devait honorer un carnet de commandes bouleversé par les mesures sanitaires liées à la pandémie¹⁷[2]. L'équipe technique et les acteurs ont tourné l'ensemble des contenus en une semaine, à raison de 4 séquences par jour, dans des lieux et avec des acteurs toujours différents. Une telle cadence est nécessairement préjudiciable à la qualité finale des produits réalisés.

Le format choisi conserve toute sa pertinence. Il nécessite seulement des ajustements et une grande vigilance pour être pleinement exploitable. On suggère d'impliquer plusieurs experts des champs concernés dans le travail de production des contenus. La légitimité d'un professionnel médical ou paramédical est un bon contrepoint à l'autorité d'un réalisateur sur son plateau. Elle permettrait de conseiller le réalisateur sur son travail de formatage des scénarios ou encore de guider les acteurs lorsqu'ils s'apprêtent à incarner des professionnels de santé. On propose enfin de limiter le nombre de contenus tournés chaque jour afin garantir leur qualité.

4.3. La nécessité d'inclure des experts à tous les stades du projet

Tout au long du projet, on a cherché à impliquer des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux à la conception de nos contenus. Les personnes sollicitées se sont souvent montrées enthousiastes et impliquées. Les objectifs du projet, les problématiques abordées au cours de nos échanges et la démarche de co-conception étaient perçus comme un gage de sérieux. Dans certains cas, nos interlocuteurs évoquent même d'éventuelles collaborations futures (d'ateliers de prévention communs, interventions dans des séminaires, diffusions de nos vidéos). Le nombre de personnes ayant participé aux entretiens experts et aux ateliers de co-conception ou le volume de réponses obtenues avec le questionnaire attestent de l'adhésion importante de ces professionnels à notre projet.

Pour autant, on aurait pu pousser un peu plus loin la démarche de co-conception avec les experts des champs concernés par le projet. Outre l'absence de professionnels sur les plateaux de tournage, déjà

¹⁶ Chez Goffmann (2007, p. 326), la relation de service désigne une relation entre un professionnel et un bénéficiaire. Elle est structurée autour d'un service nécessitant une compétence ou un savoir que le bénéficiaire ne peut pas acquérir. Elle implique donc une certaine asymétrie entre ses parties.

¹⁷ Le confinement du printemps 2021 a retardé un tournage important dirigé par le prestataire. Ce dernier ne disposait que de peu de temps pour assurer notre commande.

évoquée dans la section précédente, une collaboration plus fréquente avec les Centres d'Expertises Nationaux et le comité de validation aurait amélioré encore un peu plus la qualité des contenus finaux. En effet, les réunions de travail avec le Centre de Ressources et d'Innovation Mobilité Handicap (CEREMH) ont toujours été fructueuses. De même, la richesse des échanges entre les membres du comité de validation (réunion du 20 octobre 2020) justifiait la pérennisation de ce type de rencontres. Les incertitudes de calendrier induites par la pandémie de Covid-19 nous ont malheureusement contraints à concentrer nos activités sur la production des contenus. À l'avenir, on suggère donc de s'appuyer davantage sur les comités d'experts.

4.4. La pertinence des fiches complémentaires non contextualisées en question

Les fiches produites dans le cadre du projet Info AT Pro n'ont pas été évaluées et ne peuvent par conséquent pas être diffusées. Elles seront soumises à l'évaluation de professionnels de santé dans le courant du premier semestre 2022. Les résultats de ces évaluations détermineront si ces documents pourront être diffusés en l'état ou si un travail supplémentaire est nécessaire pour que l'information et le format proposés soient utiles aux bénéficiaires.

Par ailleurs, les éléments composant ces fiches sont génériques. Les entretiens experts avaient pourtant souligné l'importance d'une information contextualisée, inscrite dans des réseaux d'acteurs locaux. On peut donc interroger la pertinence de fiches diffusées à l'échelle nationale sans adaptation de leur contenu aux réalités locales. La bonne échelle reste d'ailleurs à définir (régionale, départementale, intercommunale). Les évaluations menées dans le courant 2022 permettront de répondre à ces questions. On disposera d'éléments pertinents pour valoriser nos contenus et solidifier dans le même temps notre méthode de co-conception et de diffusion de documents en santé.

5. Les suites à donner au projet

5.1. Évaluation in situ

Au cours du premier semestre 2022, l'échantillon de vidéos remaniées sera évalué auprès de professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux. On diffusera un nouveau questionnaire en ligne et on profitera de nos présences régulières dans des salons professionnels pour présenter nos contenus et recueillir l'avis d'une centaine de répondants. Si les évaluations sont fructueuses, on reprendra l'ensemble de nos vidéos en suivant le modèle de nos contenus pilotes. Une nouvelle phase d'évaluation aura alors lieu. Elle portera sur les 15 vidéos et recueillera l'avis de 150 répondants. On utilisera les mêmes échelles que celles utilisées lors des évaluations des contenus finaux. On sera en mesure de déterminer avec précision l'impact du travail de post-production sur l'acceptabilité des spectateurs.

Dans le même temps, on évaluera les fiches d'information. Ces évaluations se feront en ligne, à l'aide d'un court questionnaire. On évaluera l'utilité perçue et la pertinence de ces documents. Des réponses ouvertes permettront également aux participants de partager leurs suggestions.

Si des points critiques sont identifiés au cours de cette phase, on modifiera les fiches et les vidéos en conséquence avant de les publier.

5.2. Plateforme en ligne/partenariats AG2R pour assurer la diffusion vers public plus large

Dans le courant du premier semestre 2022, nous allons créer un site dédié au projet (www.faciliterlavie.org). Il servira de plateforme de diffusion à nos contenus d'information (vidéos et

fiches) une fois ceux-ci évalués et validés. Ces contenus seront proposés en téléchargement et réutilisables sous licence Creative Commons.

Tout ou partie des vidéos et des fiches seront également proposés à l'équipe de la CNSA, à AG2R la Mondiale (co-financeurs du projet) et l'Espace Idées Bien Chez Moi (partenaire du projet). Ils pourront disposer de ce matériel comme bon leur semble.

Bibliographie

- Azéma Bernard et Martinez Nathalie, 2005, « Abstract », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n° 2, p. 295-333.
- Benoit Hervé et Sagot Jack, 2008, « L'apport des aides techniques à la scolarisation des élèves handicapés », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2008, vol. 43, n° 3, p. 19-26.
- Caradec Vincent, 1999, « Vieillesse et usage des technologies. Une perspective identitaire et relationnelle », *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 1999, vol. 17, n° 96, p. 45-95.
- Cullen Kevin, « Assistive Technology (AT) Systems in 6+ Countries », p. 20.
- Debrach Laurent, Patris Caroline, Nadaud-Vidal Dominique, Marabet Bénédicte, Soubie Agathe et Peintre Carole, 2016, *Etude sur l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique*, PARIS, ANCREAI.
- Goffman Erving, 2007, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New Brunswick, NJ, Aldine Transaction, 386 p.
- Houriez Simon, Houriez Julie, Kounakou Komi et Leleu-Merviel Sylvie, 2013, « Accessibilité des musées : de la conception pour les enfants sourds au design for all », *MEI - Médiation et information*, 2013, vol. 36, (coll. « Handicap et Communication »), p. 25-37.
- Kesteman Nadia, 2020, « Entre illettrisme et illettronisme. Les nouveaux publics à faible autonomie administrative », *Revue des politiques sociales et familiales*, 2020, vol. 135, n° 1, p. 65-73.
- Le Guel Fabrice, 2004, « Comment pourrait-on mesurer la double fracture numérique ? », *Reseaux*, 2004, n° 127-128, n° 5, p. 55-82.
- Manzoor Mirfa et Vimarlund Vivian, 2018, « Digital technologies for social inclusion of individuals with disabilities », *Health and Technology*, 2018, vol. 8, n° 5, p. 377-390.
- Moher David, Shamseer Larissa, Clarke Mike, Ghera Davina, Liberati Alessandro, Petticrew Mark, Shekelle Paul, Stewart Lesley A., et PRISMA-P Group, 2015, « Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement », *Systematic Reviews*, 1 janvier 2015, vol. 4, n° 1, p. 1.
- Moreira Marques Suely, 2007, *Penser et agir l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap à partir des référents freirens. Ruptures et mutations culturelles à l'école brésilienne*, Université Lumière Lyon 2 / Université de São Paulo (USP), Lyon, 318 p.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1 octobre 1995, n° 1, p. 71-109.
- Organisation mondiale de la santé (ed.), 2001, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2011, *World Report on Disabilities*, Genève, OMS.

Owuor John, Larkan Fiona, Kayabu Bonnix, Fitzgerald Geraldine, Sheaf Greg, Dinsmore John, McConkey Roy, Clarke Mike et MacLachlan Malcolm, 2018a, « Does assistive technology contribute to social inclusion for people with intellectual disability? A systematic review protocol », *BMJ Open*, 1 février 2018, vol. 8, n° 2, p. e017533.

Ponthière Grégory, 2017, « I. Histoire et contours du vieillissement », *Reperes*, 22 décembre 2017, p. 7-30.

Rallet Alain et Rochelandet Fabrice, 2004, « La fracture numérique : une faille sans fondement ? », *Rezeaux*, 2004, n° 127-128, n° 5, p. 19-54.

Scherer Marcia J., Federici Stefano, Tiberio Lorenza, Pigliautile Martina, Corradi Fabrizio et Meloni Fabio, 2012, « ICF Core Set for Matching Older Adults with Dementia and Technology », *Ageing International*, 1 décembre 2012, vol. 37, no 4, p. 414-440.

Schnitzler Marie, 2019, « Handicap, vieillissement et vieillesse. Revue de la littérature à partir de la France », *Gerontologie et société*, 10 juillet 2019, vol. 41159, n° 2, p. 45-60.

Sirven Nicolas et Debrand Thierry, 2013a, « Social Participation of Elderly People in Europe », *Retraite et société*, 19 septembre 2013, vol. 65, n° 2, p. 59-80.

Weber Florence, Trabut Loïc et Billaud Solène, 2014, *Le salaire de la confiance*, s.l., Éditions Rue d'Ulm.

Sitographie

CNSA, 2019, Qu'est-ce que le GEVA ?| CNSA, [https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires\[1\]mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-handicapees-et-reponses/le-geva](https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires[1]mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-handicapees-et-reponses/le-geva) , 26 février 2019, consulté le 28 septembre 2020.

CRIAS, ELSA - Visitez l'appartement de démonstration (Anciennement Octologis), <http://elsa.crias.fr/>, consulté le 28 septembre 2020.

EASTIN, Réseau Global d'Information sur les Aides Techniques, [http://www.eastin.eu/fr\[1\]fr/searches/products/index](http://www.eastin.eu/fr[1]fr/searches/products/index), consulté le 28 septembre 2020.

FORESIGHT SCIENTIFIC (STOA), 2018, How assistive technologies could make society more inclusive of people with disabilities, <https://epthinktank.eu/2018/01/17/how-assistive-technologies-could-make-society-more-inclusive-of-people-with-disabilities/17janvier2018>, consulté le 28 septembre 2020.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ, Dix vidéos sur la prévention des TMS dans le secteur de l'aide et du soin à la personne - Actualité - INRS, [http://www.inrs.fr/actualites/videos-tms\[1\]soin-personne.html](http://www.inrs.fr/actualites/videos-tms[1]soin-personne.html), consulté le 28 septembre 2020.

J'AMÉNAGE MON LOGEMENT, J'aménage mon logement pour Bien Vieillir, <https://www.jamenagemonlogement.fr/> , consulté le 28 septembre 2020.

MERCI JULIE, Aménagement de l'habitat et conseils sur le maintien à domicile, <https://www.mercijulie.fr/> , consulté le 28 septembre 2020.

ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION, ISO 9999:2011(fr), Produits d'assistance pour personnes en situation de handicap — Classification et terminologie, <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:9999:ed-5:v1:fr> , consulté le 28 septembre 2020.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2011, World report on disability, <https://www.who.int/publications-detail-redirect/world-report-on-disability> , consulté le 3 octobre 2020.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2018, Assistive technology, <https://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/assistive-technology>, consulté le 28 septembre 2020.

PRIF, 2017, Accessoires Innovants pour Bien Vivre Chez Soi, http://prif.fr/wp-content/uploads/priffiche_accessoiresinnov_112017.pdf consulté le 28 septembre 2020.

TOUS ERGO, Pour votre autonomie, soyez bien accompagné - Tous Ergo,

https://www.tousergo.com/?gclid=Cj0KCQjwk8b7BRCaARIsAARRTL5IEySdsFXNop382GxzArBKRV5LfwUMHWRYyE7ugepmXy_sbuIAD58aAuMtEALw_wcB , consulté le 28 septembre 2020.

Annexes

Annexe 1 : Les livrables

Le support d'information ou le lien pour y accéder

Hyperlien vers les vidéos d'information (15 versions originales + 3 versions retravaillées)
<https://drive.google.com/drive/folders/1b2YjelHl2fngpDZK8A8fpjapJTiu9rx2?usp=sharing>

Hyperlien vers les fiches d'information
<https://drive.google.com/drive/folders/10BqYfOEjZIQ9NtYOU2aitOyD-zV-DHxT>

Annexe 2 : Conduite du projet

Annexe 2.1 Calendrier rétrospectif des différentes étapes / temps passé pour chaque étape

NB : Le travail mené entre juillet et décembre 2019 correspond à la mise en place du projet (déclaration RGPD + premier aperçu des portails d'information disponible + coordination InterCen + Ébauche d'un questionnaire + identifications des cibles éventuelles du questionnaire

Année 2019	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Etude du besoin												
Veille documentaire												
Entretien experts												
Questionnaire												
Conception des contenus												
Atelier de co-conception												
Maquettage												
Réalisation												
Post-production												
Evaluation												
évaluation intermédiaire												
évaluation finale												
Gouvernance												
Comité de pilotage												
Comité de validation												
Réunion Inter CEN												
Tâches administratives												

Année 2020	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Etude du besoin												
Veille documentaire												
Entretien experts												
Questionnaire												
Conception des contenus												
Atelier de co-conception												
Maquettage												
Réalisation												
Post-production												
Evaluation												
évaluation intermédiaire												
Evaluation finale												
Gouvernance												
Comité de pilotage												
Comité de validation												
Réunion Inter CEN												
Tâches administratives												

Année 2021	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Etude du besoin												
Veille documentaire												
Entretien experts												
Questionnaire												
Conception des contenus												
Atelier de co-conception												
Maquettage												
Réalisation												
Post-production												
Evaluation												
évaluation intermédiaire												
Evaluation finale												
Gouvernance												
Comité de pilotage												
Comité de validation												
Réunion Inter CEN												
Tâches administratives												

Annexe 2.2. Liste des réunions et comité de pilotage tenues entre janvier et décembre 2021, par ordre chronologique

Réunion interCEN : coordination en amont avant réunion CNSA	
Date :	24/01/2020
Lieu :	Broca Living Lab (hôpital Broca, Paris) / CEREMH (Velizy) (Visio)
Participants :	Benjamin Malafosse ; Etienne Berger
Points abordés :	Prise de contact ; présentation des axes de travail envisagés ; préparation de la réunion de lancement

Réunion de lancement avec la CNSA	
Date :	27/01/20
Lieu :	Siège de la CNSA
Participants :	Samuel Benveniste ; Etienne Berger ; Cécile Chevalier ; Emilie Chollet ; Savinien Leborgne ; Benjamin Malafosse
Points abordés :	Présentation des axes de travail de chaque CEN ; Discussion quant aux périmètres couverts par l'étude de chaque CEN ; Discussion de la stratégie à suivre pour chaque projet

Date :	03/03/2020
Lieu :	Broca Living Lab (hôpital Broca, Paris) / CEREMH (Velizy) (Visio)
Participants :	Samuel Benveniste ; Etienne Berger ; Savinien Leborgne ; Benjamin Malafosse

Points abordés :	Partage info sur veille ; précision sur le périmètres d'action de chaque CEN ; présentation des actions en cours.
-------------------------	---

Points à préparer pour la prochaine réunion :

Date :	1/07/2020
Lieu :	Broca Living Lab (hôpital Broca, Paris) / CEREMH (Velizy) (Visio)
Participants :	Etienne Berger ; Madousse Traoré
Points abordés :	Retour sur le questionnaire Ergo AT et sur l'article du CEREMH

Comité de pilotage	
Date :	17/12/2020
Lieu :	Distanciel
Participants :	Samuel Benveniste ; Etienne Berger ; Cécile Chevalier ; Emilie; Benjamin Malafosse
Points abordés :	Présentation du travail de veille documentaire mené ; Présentation des résultats provisoire du questionnaire ; Discussion des thèmes à privilégier ; Discussion de la stratégie à suivre pour chaque projet

Échanges	
Date :	23/09/2021
Lieu :	Broca Living Lab (hôpital Broca, Paris) / CEREMH (Velizy) (Visio)

Participants :	Etienne Berger ; Madousse Traoré ; Savinien Leborgne
Points abordés :	Retour sur le questionnaire Ergo AT et sur l'article du CEREMH

Echanges	
Date :	24/10/2021
Lieu :	Broca Living Lab (hôpital Broca, Paris) / CEREMH (Velizy) (Visio)
Participants :	Etienne Berger ; Madousse Traoré
Points abordés :	Point sur la progression des projet Ergo AT et Info At Pro

Annexe 2.3. Compte rendu du premier comité de validation

Date	20/10/2020
Horaire	10h30-12h
Lieu	Visioconférence
Présent	Isabelle Barbet, maîtresse de conférences au CNAM (rapporteure) Matthieu Piccoli, médecin gériatre à l'hôpital Broca (Rapporteur) Sylvain Denis, Président d'honneur de la FNAR et Vice-président de la CNSA Carole Gayet, Pilote de la thématique aide à la personne à l'INRS Jeanne Lagand, Ergothérapeute et membre du CRIAS Benjamin Malafosse, directeur général du CEREMH John Pinte, Infirmier libéral, vice-président du SNIIL et secrétaire général de l'UNPS
Excusé	Anthony Darragi, Chargé de missions nationales ingénierie et développement chez AG2R la Mondiale

Objectifs de la réunion :

- Permettre une première rencontre entre les membres du comité
- Poser le cadre du projet, de présenter ses enjeux et ses objectifs
- Discuter des thématiques à traiter dans les contenus d'information

NB : La plupart des membres ont accepté d'intégrer le comité de validation du projet dès le printemps 2020. Malheureusement, compte tenu du contexte sanitaire et des vacances scolaires, aucune rencontre n'a pu être organisée avant l'automne.

Résumé des échanges

Les membres du comité ont d'abord rappelé l'importance des informations relatives aux dispositifs de financements dont peuvent bénéficier les personnes âgées et/ou en situation de handicap. Les vidéos ne doivent pas seulement présenter les aides techniques et leurs usages. Elles doivent aussi fournir des indications concrètes sur le coût de ces aides et sur les structures pouvant faciliter leur financement et leur mise à disposition. Bien que les systèmes d'acteurs et les dispositifs varient d'un territoire à l'autre, quelques informations d'ordre général permettraient déjà aux professionnels ciblés de formuler des recommandations concrètes aux publics qu'ils accompagnent. Jeanne Lagand propose par exemple de mentionner l'existence des MDPH et des CICAT à la fin de chaque vidéo.

À ce propos, Isabelle Barbet évoque l'état des lieux réalisé par le Cnam sur le sujet. Cette étude montre que les professionnels des SAAD et les pharmaciens connaissent déjà bien les acteurs locaux spécialistes des aides techniques, comme les MDPH ou les fournisseurs. A contrario, John Pinte souligne le besoin en information des professionnels libéraux travaillant « en ville », où la prise en charge par l'ergothérapeute est moins évidente que dans les structures. Il rappelle également l'importance des médecins dans le repérage du besoin en aides techniques et la redirection vers des acteurs spécialisés. De ce fait, les syndicats de professionnels libéraux, l'UNPS et l'URPS sont, selon lui, des canaux de diffusion de l'information à privilégier dans le cadre du projet Info AT pro. Matthieu Piccoli propose de mobiliser les réseaux de l'association des jeunes gériatres pour relayer l'information vers la communauté gériatrique. Il suggère également de s'appuyer sur les futurs Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC).

De là, les membres du comité ont débattu des manières de présenter les aides techniques dans les contenus vidéo. Carole Gayet a profité de la première thématique sur les outils d'aide au transfert pour rappeler les principes de la démarche « accompagner la mobilité en prenant soin de l'autre et de soi ». Selon elle, il est indispensable de présenter des outils et des usages respectant le déplacement spontané des personnes. Il faut également rappeler le confort que ces outils apportent pour les personnes soignées comme pour les professionnels intervenant au domicile. Pour John Pinte, les vidéos doivent mettre en avant le gain de temps que permettent les aides techniques, alors que leur utilisation est spontanément perçue comme chronophage.

Enfin, les membres du comité ont rappelé qu'il est nécessaire de présenter toute la palette d'outils à disposition des professionnels et de leurs publics pour s'adapter aux situations particulières, aux besoins et aux capacités de chacun. Dans cette perspective, les vidéos pourraient mettre en lumière les choix qui ont conduit à utiliser une aide technique plutôt qu'une autre. Malheureusement, le format court des vidéos ne permet de présenter qu'une à deux aides techniques par contenu. Pour pallier les limites inhérentes à ce format, le comité suggère de relier les vidéos entre elles sur le mode de la série. Les 15 contenus d'information produits dans le cadre du projet s'organiseraient autour de quelques grands thèmes. Isabelle Barbet propose de repartir des activités et participations de la CIF pour les définir. Un groupe de vidéos permettrait, par exemple, de traiter des problématiques liées à la vie au domicile.

À l'issue de la réunion, les membres ont réaffirmé la pertinence du projet et leur désir de s'impliquer dans la conception des contenus d'information.

Principales recommandations :

- Souligner les possibilités de financement dont disposent les acteurs locaux
- Souligner l'existence d'acteurs ressources pouvant faciliter l'acquisition et l'appropriation des aides techniques.

- Cibler les acteurs libéraux travaillant « en ville », en particulier les médecins.
- Insister sur le confort et le gain de temps que les aides techniques et les outils d'aide procurent aux professionnels comme aux personnes accompagnées.
- Décliner un thème en plusieurs vidéos afin de restituer toute la palette des outils disponibles et d'explicitier les choix qui ont motivé l'utilisation d'une aide plutôt qu'une autre.
- Repartir des activités et participations de la CIF pour définir quelques thèmes à approfondir

Annexe 2.4. Tableau récapitulatif des moyens humains utilisés

Etat des emplois rémunérés au titre de l'action financée en 2019

Fonction	Qualification	ETP Imputé au projet	Période	Coût total (en euros)	Source de financement
Directrice M. Pino	Psychologue PhD	0,05	Juillet 2019 – Décembre 2019	886	CNSA 78%
Directeur adjoint S. Benveniste	Ingénieur informatique PhD	0,30	Juillet 2019 – Décembre 2019	-26296	AG2R 16% Fonds propres 6%
Total				27182	

Etat des emplois rémunérés au titre de l'action financée en 2020

Fonction	Qualification	ETP Imputé au projet	Période	Coût total (en euros)	Source de financement
Directrice M. Pino	Psychologue PhD	0,35	Janvier 2020– Décembre 2020	36392	CNSA 78%
Directeur adjoint S. Benveniste	Ingénieur informatique PhD	0,50	Janvier 2020– Décembre 2020	49782	AG2R 16%
Ingénieur de recherche E. Berger	Géographe social, PhD	0.50	Janvier 2020– Décembre 2020	21527	Fonds propres 6%
Graphiste J. Coustère	Graphiste	0,25	Janvier 2020– Décembre 2020	9585	
Total				117286	

Etat des emplois rémunérés au titre de l'action financée en 2021

Fonction	Qualification	ETP Imputé au projet	Période	Coût total (en euros)	Source de financement
Directrice M. Pino	Psychologue PhD	0,40	Janvier 2021– Décembre 2021	53662	CNSA 78%
Directeur adjoint S. Benveniste	Ingénieur informatique PhD	0,50	Janvier 2020– Septembre 2021	44540	AG2R 16%
					Fonds propres 6%
Ingénieur de recherche E. Berger	Géographe social, PhD	0.40	Janvier 2021– Décembre 2021	20147	
Graphiste J. Coustère	Graphiste	0,20	Janvier 2021– X 2020	8481	
Chargé évaluations B. Charlieux	Psychologue PhD	0.5	Novembre 2021 – Décembre 2021	4387	
Ingénieur de recherche R. Bruley	Ingénieur	0.3	Novembre 2021 – Décembre 2021	4019	

Total	135236
Total 2019 + 2020 + 2021	320000

Annexe 2.5. Analyse critique des relations avec les partenaires et les prestataires éventuels.

Acteur	Nature	Mission	Stade	durée intervention	Points positifs	Points négatifs
AG2R	Financier	Facilitateur	Tous les stades du projet	Juillet 2019- Decembre 2021 (30 mois)	Très bonne écoute de nos demandes et réponses adéquates	Pas de points négatifs
Luis Esparza/ Espace Idées Bien Chez Moi	Centre de conseil sur les aides techniques	Mise à disposition des locaux	Production des contenus intermédiaires et finaux	Février-Juillet 2021 (5 mois)	Très bonne réactivité ; prévenant et attentif à nos demandes	Pas de points négatifs
Marc Khanne / la trame	Réalisateur	Réalisation des contenus	Production des contenus intermédiaires et finaux	Février-Juillet 2021 (5 mois)	Très bonne disponibilité	Difficulté à transcrire nos attentes à l'écran
Alejandro Ruiz Pino	Graphiste	Reprise des contenus	Post-production des contenus finaux	Septembre- Decembre 2021 (3 mois)	Très bonne compréhension de nos besoins ; Très bonne réactivité	Intervention trop tardive sur le projet
Charlotte	Graphiste	Réalisation des fiches thématiques	Production des fiches	Decembre 2021 (1 mois)	Très bonne compréhension de nos besoins ; Très bonne réactivité	Intervention trop tardive sur le projet
Julie Laprévotte / Pluradys	Ergothérapeute	Expertise	Évaluation du besoin et élaboration des scénarios	Juillet-Aout 2020 (2 mois)	Forte implication	Difficulté à pérenniser un partenariat sur le temps long

Carole Gayet INRS	Pilote de la thématique "Aide à la personne" à l'INRS	Expertise	Évaluation du besoin et élaboration des scénarios	Septembre 2020 (1 mois)	Forte implication	Pas de points négatifs
CEREMH	Partenaire InterCEN	Expertise	Tous les stades du projet	Juillet 2019- Decembre 2021 (30 mois)	Très bonne écoute de nos demandes et réponses adéquates	Difficulté à entretenir une relation sur la durée

Annexe 3 : Documents supplémentaires

Annexe 3.1. Guide d'entretien pour l'évaluation des maquettes vidéo

Fond	Sujet de la vidéo	La situation présentée vous semble-t-elle réaliste?
		L'exemple illustré s'est-il déjà présenté à vous ou vos collègues?
		La vidéo exprime-t-elle un besoin existant pertinent ou marginal ? Avez-vous des suggestions pour améliorer l'utilité de la vidéo ?
	Aides techniques	Le recours à l'AT présenté ici et son utilisation répond-il à la problématique illustrée dans la vidéo ? Existe-t-il d'autres AT plus adaptés au cas présenté ?
		L'utilisation qui en est faite est-elle conforme/correcte ?
	Acteurs et partenaires	Le choix des professionnels mis en scène est-il pertinent dans cette situation ?
		Les solutions et les gestes préconisés sont-ils appropriés/conformes aux bonnes pratiques professionnelles?
		Les dispositifs vers lesquels la vidéo oriente sont-ils les plus appropriés ? (SSIAD, méd traitant...) ?

	Accessibilité	La mise à disposition des AT présentées et leur utilisation (installation/appropriation) est elle facile ? (coût, logistique...)
		Les acteurs et les dispositifs facilitant l'appropriation de l'AT (mise à disposition et utilisation) sont-ils présents de manière homogène sur tout le territoire ? Fournissent-ils des services identiques ?
Forme	Ambiance générale	Le ton et l'ambiance générale de la vidéo sont-ils appropriés au propos ?
		L'élocution du narrateur (voix off) et des acteurs est-elle claire et compréhensible/confuse ? agréable/gênante ? Le débit de parole est-il satisfaisant ?
		Les choix de la musique et des bruitages sont-ils appropriés ? Le volume de la musique et des bruitages sont-ils appropriés ? L'ensemble des éléments sonores se fond-il de manière harmonieuse ?
	Personnages	Caractérisation des personnages: le choix de l'âge, de la profession, du rôle sont-ils appropriés?
		La terminologie utilisée par ces derniers et l'élocution (intonation, expression, etc) paraissent réalistes?
		De manière générale les portraits dressés sont-ils crédibles et convaincants?

	Éléments visuels	Les éléments visuels présentés (texte, sigles, numéros) sont-ils assimilables et compréhensibles dans le temps limité de la vidéo?
		Ces éléments s'articulent-ils correctement avec les voix et les autres images de la vidéo ?
	Structure de la vidéo	Durée de la vidéo: sentiment de longueur, ou à l'inverse de concision excessive?
		L'équilibre entre les différentes parties de la vidéo est-il satisfaisant ?
		L'articulation des informations et le déroulement de la vidéo sont-ils compréhensibles ?
Didactique	Format	Trouvez-vous le format de la vidéo attractif?
		La mise en situation à l'aide d'exemples concrets facilite-t-elle la compréhension du message ou à l'inverse éloigne de l'objectif général visé?
		Après avoir visionné la vidéo, le spectateur dispose-t-il de tous les éléments pour conseiller/rediriger ?
		L'utilisation de figures, de dialogues, de narration servent-ils les objectifs de la vidéo? Format plus sobre et magistral envisagé?
		La vidéo peut-elle être facilement comprise par des personnes extérieures au métier?

		Avez-vous des suggestions pour une meilleure réception de la vidéo par les publics visés? (Indications à donner aux acteurs, utilisation d'expressions spécifiques...)
--	--	---

Annexe 3.2. Questionnaire d'évaluation des contenus vidéos

Évaluation INFO AT PRO

Date :/...../.....

Code participant : |__|__|__|

Partie 1. Données socio- démographiques

Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

Âge : ☐ 18-24 ans ☐ 25-34 ans ☐ 35-44 ans ☐ 45-54 ans ☐ 55-65

Vous êtes actuellement :

☐ Aide-soignant

☐ Infirmier

☐ Cadre

☐ Rééducateur

☐ Médecin

☐ Faisant fonction de :

Vos années d'expérience professionnelle

☐ Moins 5 ans

☐ de 5 à 15 ans

☐ plus de 15 ans

Partie 2. Visionnage de la vidéo

Vidéo visionnée :

Partie 3. Entretien semi-structuré :

1/ Quelles sont vos premières impressions sur ce support d'information ? (*Positives vs négatives*)

Ce qui vous a plus	Ce qui ne vous a pas plus

2/ D'après vous quels sont les messages transmis dans cette vidéo ?

.....
.....
.....
.....

Les questions suivantes évaluent votre satisfaction de cette vidéo. Pourriez-vous nous donner votre avis en donnant une note comprise entre 1 et 5. 1 étant le score le plus négatif et 5 le score le plus positif. Vous pouvez bien entendu commenter vos choix.

2/ La situation présentée vous a-t-elle semblé plausible (problématiques, personnages, scénario) / Est-ce possible de rencontrer cette situation dans la vie réelle ?

(-) 1 2 3 4 5 (+)

Commentaire : _____

N°	Items					S
1	À quel point avez-vous trouvé le propos de cette vidéo pertinent pour les professionnels de terrain ?					
Pas du tout	1	2	3	4	5	très pertinent
Commentaire :						
2	À quel point l'information délivrée vous a-t-elle semblé claire et compréhensible ?					
Pas du tout	1	2	3	4	5	Très simple
Commentaire :						
3	À quel point avez-vous apprécié l'aspect global de la vidéo : le jeu des acteurs, choix esthétiques (habillage, cartons) ?					
Pas du tout	1	2	3	4	5	Beaucoup
Commentaire :						
4	À quel point cette vidéo vous semble utile pour transmettre de nouvelles informations ?					
Pas du tout	1	2	3	4	5	Très utile
Commentaire :						
5	La durée consacrée pour présenter les informations est-elle acceptable ?					
Pas du tout	1	2	3	4	5	Très acceptable
Commentaire :						
6	Comment évaluez-vous votre satisfaction globale de cette vidéo ?					
Mauvaise	1	2	3	4	5	Bonne
Commentaire :						
TOTAL						...

3/ Est-ce que cette vidéo vous donne envie de vous renseigner sur les AT ?

(-) 1 2 3 4 5 (+)

4 / Conseillerez-vous cette vidéo à des acteurs de terrains ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaire : _____

5 / Est-ce que cette vidéo vous donne envie de découvrir les autres vidéos de présentation sur les aides techniques ?

(-) 1 2 3 4 5 (+)

Commentaire : _____

Annexe 3.3. Liste des entretiens exploratoires réalisés au cours de l'année 2020

Date	Nom et prénom	Qualité	Durée
29/01/2020	Marika Lekfi	Correspondante d'Handéo Île-de-France	45 minutes
04/02/2020	Camille Mairesse	Responsable du pilotage et du développement au Prévention Retraite Île-de-France	55 minutes
07/02/2020	Aurélie Pierre-Léandre	Directrice de Cap Handéo	45 minutes
19/02/2020	Mylene Tanda	Chargée de mission à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	1 heure
31/02/31	Véronique Péron	Formatrice à l'Institut de Formation Ergothérapie de Rennes	35 minutes
23/06/2020	Francine Lemoine	Directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers de l'Hôpital Foch	1 heure
09/07/2020	Focus group	Membres du café multimédia du Broca Living Lab	2 heures 30
03/07/2020	Sandra Vaz	Ergothérapeute et porteuse du projet eco-tech	1 heure
07/03/2020	Natacha Rouaix	Psychomotricienne en ESA et CAMPS	55 minutes
28/07/2020	Julie Laprevotte	Ergothérapeute, Co-Promotrice et Présidente du réseau PLURADYS	1 heure 15
17/08/2020	Carole Gayet	Pilote de la thématique aide à la personne à l'INRS	1 heure 30
17/08/2020	Sandrine Paradis	Ingénieure conseil à la Carsat Aquitaine	1 heure
9/09/2020	Victoria Cristancho-Lacroix et Christophe Lacroix	Directeur.e.s de Velita service à la personne	1 heure 30

Annexe 3.4. Rapport de l'évaluation des 3 premières maquettes avec le docteur Marie Laure Seux (Hôpital Broca / APHP)

Maquette vidéo #1 – Les logiciels d'aide à la lecture

La vidéo est bien faite et claire. Malheureusement, la situation présentée n'est pas plausible. Christopher a vraisemblablement décroché dès le collège. Prendre un personnage de 13 ans, plutôt qu'un jeune étudiant serait plus crédible. La musique est un peu trop forte et un peu trop entraînante. Elle détourne l'attention. Les images n'apportent pas toujours des informations essentielles. On pourrait accentuer un peu plus les messages de redirection et ajouter des logos/des pictogrammes pour appuyer la narration et proposer des balises dans la vidéo. La vidéo a un ton détaché et pertinent. La voix off permet de se détacher de la situation particulière présentée dans la vidéo et de se concentrer sur la redirection.

Maquette vidéo #2 - Les logiciels d'aide à la lecture (version alternative)

La vidéo est globalement moins attractive que la première version. Le ton est plus déprimant. Elle donne l'impression d'une vidéo autobiographique, réalisée par le protagoniste, plutôt qu'une vidéo d'information. Le ton et le jeu tout au long sont problématiques. Les coupures générées par l'insertion des écrans de présentation rendent le tout moins fluide. Ces écrans n'offrent pas plus d'information sur la vidéo.

Faut-il décrire davantage les logiciels évoqués ? Cela risque de dévier l'attention. On aurait du mal à se concentrer sur l'objectif initial (présenter l'intérêt de la redirection vers un ergothérapeute). Cela peut même suggérer qu'une « automédication » est possible, ce qui serait une très mauvaise chose.

Maquette vidéo #3 – Le lève personne

La situation proposée n'est pas possible. Une infirmière en HAD n'a pas besoin de conseil en aide technique, en tout cas pas sur ce type d'aides déjà bien connues. Choisir une auxiliaire serait plus pertinent. Certains dialogues sont mal formulés : par exemple « Vous pouvez lever les jambes ? » est mal formulé. « Soulever les pieds » est préférable.

On pourrait adopter le scénario suivant : une auxiliaire de vie se rend régulièrement chez un homme qui a été hospitalisé il y a quelques mois. L'auxiliaire assure les transferts en le prenant dans ses bras, mais les capacités de la personne diminuent et l'auxiliaire se fait de plus en plus mal au dos. Elle en parle à sa cadre dans le SSIAD qui fait intervenir un ergothérapeute. L'ergo préconise l'utilisation d'un outil d'aide au transfert.

L'utilisation du lève personne à domicile n'est pas plausible. Il faudrait proposer une autre aide : type verticalisateurs, guidon de transfert.

Annexe 3.5. Compte rendu synthétique des évaluations des maquettes filmées

Pour les besoins de cette synthèse, on distingue ici les remarques portant sur les dialogues, la pertinence et la plausibilité des situations exposées, la pertinence des schémas de redirection proposés, la qualité des décors et l'intérêt du format vidéo pour ce type de contenu.

Les dialogues. - Les dialogues sont considérés comme plausibles dans leur ensemble. La structure des échanges (expression du besoin, proposition de l'aide, référence à des expériences antérieures de la part du soignant pour justifier sa mention de l'AT...) et le vocabulaire employé sont évalués positivement. Ils apparaissent plutôt accessibles aux professionnels interrogés. Cependant, l'emploi de certains termes est discuté pour leur caractère problématique ou incorrect au regard des situations exposées, de la profession des protagonistes ou des actes mis en scène. Les termes «porter» et «déplacer» les patients, font par exemple référence à des pratiques professionnelles très contestées. «Porter des patients» est donc signalé comme une cause de trouble musculo-squelettique et source importante de risque professionnel. Dans le cas des vidéos présentant l'intérêt des outils d'aide au transfert, l'emploi d'un tel vocabulaire est contraire aux objectifs affichés dans la vidéo.

Pertinence et plausibilité - Les aides techniques et les situations présentées sont considérées pertinentes au regard des situations auxquelles les professionnels de santé sont confrontés. Le propos des participants aux évaluations s'est concentré sur les types d'aides techniques utilisés dans chaque vidéo. Les personnes interrogées les ont comparés aux modèles généralement prescrits dans leurs pratiques, ou aux aides techniques les plus diffusées et accessibles.

Cependant, les participants jugent certains éléments peu crédibles, car ils s'éloignent trop de leur expérience de professionnel. À titre d'exemple, un homme occupe rarement le poste d'auxiliaire de vie auprès d'une femme âgée, étant donnée l'intimité de gestes opérés au quotidien. De même, les tenues des acteurs ne correspondent pas toujours aux vêtements portés par les professionnels lorsqu'ils travaillent au domicile des personnes âgées.

Le rôle des professionnels dans la redirection et la pertinence des schémas de redirection – Le repérage du besoin effectué par les professionnels dits de « première ligne » et la redirection des bénéficiaires vers des spécialistes pouvant faciliter la mise à disposition d'aide technique est un volet essentiel du projet. Elle participe de la pertinence globale du projet auprès des professionnels ciblés par nos contenus. Logiquement, une partie des questions et des relances abordent directement ce sujet. Les participants aux évaluations ont particulièrement apprécié la mise en avant des auxiliaires de vie à domicile. Leur rôle est jugé valorisant. La mention des SSIAD comme organisme de rattachement est perçue comme un point important. Pour autant, les personnes interrogées ont suggéré des schémas de redirection plus adaptés, selon eux, aux situations présentées. Dans le cas de la vidéo sur l'aménagement du poste de travail d'un adulte avec un TDAH, un répondant nous a suggéré d'évoquer le rôle de certains acteurs comme le référent handicap, la médecine du travail dans le scénario ou encore l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH).

Les décors - Les décors sont peu appréciés dans leur ensemble. Ils ne donnent pas l'impression d'un espace domestique. En conséquence, nous nous sommes dirigés directement vers des logements réels pour les contenus finaux.

Les formats vidéo – Le format proposé (des vidéos courtes) semble adapté aux attentes des professionnels. Ces vidéos peuvent être consultées sur un téléphone ou partagées dans le cadre d'une formation (y compris si celle-ci est menée en distancielle).

Annexe 3.6. Grille d'entretien exploratoire avec C. Mairesse

Présentation :

- Projet de la CNSA destiné à fournir des supports d'information aux professionnels de première ligne travaillant au contact de personnes âgées et/ ou en situation de handicap. Sensibiliser sur existence et utilité des aides techniques afin qu'ils identifient les besoins et réorientent. S'agit pas tellement de proposer un rôle de prescripteur/préconisateur, mais de vigilance

- Champ assez large d'acteurs et d'enjeu, besoin voir ce qui existe en matière de prévention, d'accès à l'information des professionnels et des usagers

- Voir avec les acteurs occupants déjà ce champ ce qui est utile, ce qui doit être fait.

- Ateliers intéressants : car entrée pratique, empirique dans la prévention. Recoupe certains enjeux qui se posent : comment cibler population, comment classer en thèmes les informations, comment accompagner des supports sur différents canaux, différents formats

Comment le format « atelier » est apparu ? 2015 ?

Comment la structuration en thèmes des ateliers s'est faite ? Sur la base de quels critères ?

Comment l'atelier bien chez soi a été conçu au départ ?

Comment se déroule – t- il ?

1. Atelier « bien chez soi » / besoin des participants

Quels sont les profils des participants aux ateliers « bien chez soi » ?

Quels sont les besoins des participants ? (ceux exprimés et ceux que les animateurs identifient)

Comment ce besoin est-il pris en charge par les animateurs de l'atelier ?

Existe-t-il des barrières à l'intégration des AT dans les pratiques ?

2. Atelier « bien chez soi » / besoin des animateurs

Quels sont les profils des animateurs de l'atelier ?

Comment les animateurs de l'atelier s'informent-ils sur les aides techniques disponibles ou sur les pratiques nouvelles ?

En quoi consiste l'information sur les aides techniques : présentation des solutions existantes ? Une redirection vers d'autres structures ? Vers le marché des aides techniques ?

Est-ce qu'ils s'appuient sur des supports particuliers ?

Plus généralement, existe-t-il des barrières à l'intégration des AT dans les pratiques ?

3. Un contenu d'information

Quels éléments pourraient être attendus par les animateurs des ateliers bien chez soi ? Existe-t-il un besoin en la matière ?

Faut-il cibler des situations de vie ? Des incapacités que l'AT viendrait compenser ? Des besoins que rencontrent les professionnels dans leurs pratiques ?

Quel devrait être la portée du message/son niveau de détail : généraliste ou très ciblé ?

Faut-il insister sur le rôle/l'utilisation des AT ou sur les acteurs et les structures à mobiliser ?

Faut-il articuler aides techniques et aides humaines ? Et le rôle de l'environnement dans la production du handicap ?

Comment structurer le contenu (par situation ? Par catégorie de professionnel ? Par aide technique ? par dispositif de mise à disposition ?)

4. Le support le plus efficace

Il existe plusieurs types de format pour informer les pro et les particuliers sur les aides techniques. (Présentation 3 exemples) : le catalogue ; le lieu sans acteurs ; la situation incarnée ?

De votre point de vue, lequel est le plus utile : susceptible à la fois de susciter l'intérêt, d'être accessible, et de donner un contenu précis.

Quel format serait le plus susceptible de plaire (vidéo, écrit, papier, numérique, formation en présentielle)

Quels canaux de diffusion serait les plus à même d'être reçus positivement et perçus comme légitime par les différents acteurs de ce champ :

- Dans le cadre de la formation initiale ?
- En ciblant des médias professionnels ?
- En s'appuyant sur le bouche-à-oreille entre pairs ?
- En visant des médias généralistes s'adressant à la société entière ?

Le message peut-il être porté par un acteur extérieur, n'appartenant pas au milieu professionnel ciblé ?

Comment éviter que le message soit rejeté et/ou reçu comme une injonction ?

Annexe 3.7. Verbatim de l'entretien avec Julie Laprevotte (Ergothérapeute, membre du réseau PluraDys)

Entretien téléphonique

Durée : 1 heure

Date : 28/07/2020

Scénario discuté : Un.e jeune étudiant.e dyslexique, déjà diagnostiqué rencontre des difficultés à l'université. La lecture des textes demande trop d'attention et ne lui permet pas de bien comprendre le sens du texte. L'écriture est également problématique, car beaucoup d'énergie est dépensée à bien orthographier les mots. La structuration des textes à écrire est trop difficile.

L'étudiant.e est déjà pris.e en charge par un.e orthophoniste mais aurait besoin de matériel adapté.

Schéma de redirection proposé : L'orthophoniste connaît peu ou pas ces aides techniques.

L'orthophoniste pourrait renvoyer l'étudiant.e vers un.e ergothérapeute qui proposerait des aides techniques adaptées aux besoins de l'étudiant.e.

Aides techniques évoquées : un stylo lecteur, des logiciels de synthèse et de dicté vocale, d'adaptation du texte (couleur, espacement des lignes, taille de la police) et un correcteur orthographique performant.

E. BERGER - Présentation du projet Présentation des cas envisagés dans son domaine (jeune étudiant dyslexique, adulte TDAH sur son lieu de travail) on est parti du principe que pour les handicaps moteurs on avait une prise en charge qui était souvent faite

J. LAPREVOTTE - Oui, et les aides techniques en lien avec le handicap moteur, le manque de mobilité sont plus connues. y compris pour des professionnels qui ne prescrivent pas, mais qui évoluent autour de la personne comme les aides de vie ou autre.

E. BERGER - On s'était dit qu'il y avait peut être un besoin dans ce domaine-là, que cela pouvait être intéressant de cibler d'autres.

J. LAPREVOTTE - Première question : le trouble ...avec hyperactivité, vous me le citez séparé des troubles spécifiques de l'apprentissage, mais cela en fait partie. En fait, dans les TSA vous avez 5 grands types de trouble de l'apprentissage et un des 5 c'est le tdah

E. BERGER - je cite le tableau présenté sur le site de pluradys

J. LAPREVOTTE - La nomenclature a changé depuis peu de temps. Quand vous allez échanger & avec d'autres personnes, cela ne va pas être simple de savoir...il y a encore moins d'un an sous tsa vous aviez les 5 terminologies. Alors que maintenant, cela s'appelle plus les Dys, mais les TND, troubles neuro-développementaux et dans cette famille des TND sont séparés les tsa dans lesquels sont inclus dyslexie, dysorthographe, dyspraxie et dyscalculie. Si vous dites troubles spécifiques des apprentissages c'est forcément l'un de ces trois-là. Vous avez séparé le TDAH, la dysphasie et la dyspraxie. Mais dans le

langage des cliniciens, tsa c'est l'ensemble de tout, car les terminologies ont changé depuis pas très longtemps.

E. BERGER - Donc la nouvelle nomenclature sépare ?

J. LAPREVOTTE - Oui, elle sépare il faut juste se dire que quand on parle de tsa, c'est forcément l'un des trois : dyslexie, dyscalculie, dysorthographe. Parce qu'après on dit tsa versant langage écrit, versant oral, ou versant raisonnement logico-mathématique

E. BERGER - est-ce que cela vaut le coup de faire deux vidéos qui les traiteraient de manière séparée ? Où ça pourrait être perçu comme quelque chose de bizarre ?

J. LAPREVOTTE - Non vous pouvez séparer, c'est pas gênant dans le cadre ou de toute façon, à mon avis tout ce qui est lié à la dyslexie, dysorthographe, y'a beaucoup de choses en lien avec les aides techniques et vous n'aurez pas mal de choses à présenter qui sont pas les mêmes que pour le reste. Donc ce n'est pas du tout gênant après je me demandais, vous avez ciblé tda pour quoi ? Parce que c'est ennuyeux dans la vie quotidienne ? Ça pose soucis ? Pourquoi celui-ci plutôt qu'un autre et puis ...peut être que c'est vous qui allez me poser des questions

E. BERGER - j'avais essayé de penser des activités et des participations sociales dans lesquelles associer ces troubles-là ... une personne sur son lieu de travail et montrer comment avec certaines aides techniques pour organiser sa journée ou à gérer son temps, la personne pouvait arriver à planifier sa journée et à pérenniser sa présence sur son lieu de travail

J. LAPREVOTTE - d'accord, okay donc on est en lien, on se projette sur un public adulte c'est ça ?

E. BERGER - Plutôt adulte. Là aussi c'est une question qui reste à déterminer en fonction de ce qui est plus pertinent

J. LAPREVOTTE - c'est ce qui est le moins connu on va dire les troubles des apprentissages d'une manière générale, ça ne fait pas tant d'années que ça que c'est bien diagnostiqué en France. Et du coup, les professionnels connaissent bien et suivent beaucoup d'enfants, mais finalement, d'est qu'il s'agit d'intervenir sur l'adulte, autant au niveau des loisirs que la vie professionnelle ou autre, ba y'a beaucoup moins de professionnels... je vois, sur Dijon en tout cas des qu'il y a un adulte qui a un dys, et où il faut interagir, les 3/4 des pros disent "je ne sais pas chez l'adulte, je ne sais pas faire" donc du coup, on peut se dire que c'est beaucoup plus pertinent de partir sur l'adulte, cela donnera des informations manquantes, plus d'informations que si c'était visé enfants

E. BERGER - le choix initial avait été fait aussi parce qu'on s'était dit que si on voulait traiter d'une population plus jeune on allait devoir traiter aussi de l'institution scolaire et de tous les acteurs péri scolaires et que c'était peut être un sujet en soi et qu'on n'allait pas avoir le temps de le traiter de manière suffisante, donc on les avait un peu écartés pour ça, mais je me demandais ...si ça valait le coup de faire ça, ou est-ce qu'il fallait les aborder parce que c'était indispensable

J. LAPREVOTTE - il faut, peut-être on y reviendra après que je puisse mieux avec vos questions visualiser aussi ce que vous vous êtes représenté, ce que vous voulez faire.

E. BERGER - Je présente les deux scénarii envisagés

J. LAPREVOTTE - C'est bien. Cela va recouper le milieu enfant et le milieu adulte. Le jeune étudiant, il y a pas mal de choses qui vont se recouper. Par rapport à la personne TDAH, je pense que ce qui serait

important aussi...une des difficultés des adultes sur leur poste c'est quand en fait il y a d'autres personnes autour, du bruit, et de devoir gérer plusieurs tâches en même temps, etc donc il y a le côté autant aide technique, effectivement pour aider à planifier, structurer le temps, etc. Mais peut être que ce serait important de montrer qu'un environnement calme où il y a pas de...parce que dès qu'il y a une interaction, un bruit, quelque chose, ba cette personne elle va être attirée, cela va être difficile pour elle. Cela peut être en lien avec les casques antibruit ou autre qui sont des aides techniques. Mais je pense que c'est important de pouvoir illustrer ce côté attention labile à cause de l'environnement.

E. BERGER - A priori, les deux scénarios vous semblent pertinents ?

J. LAPREVOTTE - pour illustrer certaines aides techniques oui

E. BERGER - J'aimerais bien qu'on les discute les deux et que vous m'expliquez plus en détail quelles sont les situations qui se posent et comment elles sont prises en charge, comment elles sont repérées, quels sont les dispositifs d'acteurs qui prennent en charge ces situations-là

J. LAPREVOTTE - d'accord, si on part sur les TSA alors peut être on va cibler dyslexie, dysorthographe. Pour un jeune étudiant, c'est le plus handicapant dans les études. Par rapport à une dyscalculie. Vous ne pouvez pas illustrer les 3 en même temps (rire) de ce que vous savez sur les troubles que la personne va rencontrer, voulez me dire un petit peu pour que je complète.

E. BERGER - Dans la prise de note, et l'écriture, la graphie et peut-être la lecture. Mais je n'avais pas d'idée très précise.

J. LAPREVOTTE - Alors le premier point c'est la lecture, avant même la prise de note. Quand on a une dyslexie, ça veut dire qu'on a un retard significatif en lecture. Retard significatif vous connaissez le principe des déviations standards en mathématiques ? Pour qu'il y ait eu un diagnostic, cela veut dire qu'effectivement ce n'est pas juste des petites difficultés ou juste un retard, à ça veut dire que l'écart à la norme est au-delà de deux déviations standard, c'est-à-dire au niveau mathématique, qu'il est tel qu'on est sûr que la personne fait partie des 5% de la population qui présente ces difficultés. Et donc dans la dyslexie, on a un retard significatif en lecture. Ce retard, il peut-être donc en qualité, la compréhension, peut être que c'est une personne qui va lire, vous lui demandez de lire à haute voix elle va lire le texte de manière fluente. cela vous paraît fluide, etc. Mais pour autant, même si elle a une intelligence normale, elle ne pourra pas vous expliquer ce qu'elle a lu, parce que toute l'activité cérébrale était sur le décodage des lettres et des mots, et ne pouvait pas être en même temps sur la compréhension. Donc on peut avoir un retard significatif sur la compréhension, on peut avoir un retard significatif au contraire sur la vitesse. C'est à dire je lis très très très lentement, mais ce que je lis je suis capable de comprendre. Je vous dis le "ou", mais ça peut être le et c'est à dire que dans certaines formes importantes on peut avoir des difficultés de rapidité, mais en plus de compréhension. Donc quand on a un diagnostic de TSA on a forcément, on est dans un QI dans la norme. On est pas dans le cadre de la déficience intellectuelle au niveau cognitif. Mais malgré cette intelligence normale je peux pas lire et comprendre en même temps, à la même vitesse que les autres voilà. Mais du coup cela peut-être un écart significatif je peux avoir 20 ans et lire comme un jeune de 15 ans, ou je peux avoir 20 ans et lire comme un jeune de 9 ans. Il y a des grandes variabilités en fait dans l'intensité de la difficulté.

E. BERGER - Quel que soit le type de texte considéré ? Ou cela varie si on est sur un texte scientifique, un roman, un article...

J. LAPREVOTTE - Alors, quel que soit le type, ce n'est pas le type de contenu, c'est la présentation par exemple. On va pouvoir jouer, quand il y a des interlignes un peu plus importants, quand c'est...il y a des choses pour diminuer la fatigue, mais cela n'enlève pas la dyslexie donc du coup je peux très bien

comprendre les dix premières lignes que je lis et après je n'arrive pas à comprendre. C'est complètement du chinois pour moi parce que mon cerveau n'arrive plus à gérer. La première chose dans les TSA : dyslexie. Donc voilà, au niveau diagnostique c'est lié à la vitesse et à la compréhension, au niveau de la lecture. Voilà, la dysorthographe, donc eu, ba voilà, on entend bien le dys qui veut dire "significativement en difficulté". Mais là par rapport à l'orthographe. Donc c'est pas juste je fais des fautes d'orthographe, c'est il y a eu des bilans qui ont montré que c'était vraiment très éloigné. À nouveau il y a plusieurs formes. Mais cela pourrait être très bien une personne qui écrit tout en phonétique, au niveau des sons. Et les personnes dysorthographiques elles complexifient, par exemple le O. elles savent bien que ça s'écrit O ou AU ou eau, ou des fois c'est OT...mais du coup même un mot simple, ba du coup, au lieu de mettre un O. normal, elle va essayer de trouver des trucs...et y'a pas de stabilité en faite dans la production. par contre elle peut vous réciter par coeur, quand je peux remplacer par "et puis" cela veut dire que je peux remplacer par "et" C'est pas un problème de mémoire, d'apprendre et de réciter, mais c'est quand je suis en train d'écrire il ne m'est pas possible d'appliquer en même temps les règles d'orthographe, de grammaire, etc. Ou de phonologie, c'est-à-dire d'identification des sons. Donc du coup forcément, s'il n'y a pas de compensation en place, dès le jeune âge ba du coup cela va être compliqué pour les études. Quand on a un dys, que ce soit votre TSA ou votre TDAH c'est un fonctionnement cérébral différent, on est pas dans le cadre d'une maladie qu'on guérit. On est dans le cadre d'un accompagnement. Donc on sait que les difficultés, même si la personne va progresser avec de la rééducation, elle progressera toujours moins vite que les exigences attendues au niveau social ou professionnel, et c'est pour ça qu'à un moment donné, il y a des compensations. À mettre en place. Parce que je suis normalement intelligent, il faut que je puisse aller travailler, il y a plein de choses qui m'intéressent. Peut-être je suis même au-delà du normalement intelligent, car il y a des personnes à haut potentiel qui sont dyslexiques, mais en tout cas il ne faut pas que ça m'empêche de pouvoir faire ma vie quoi. Donc c'est bien la notion d'intensité des difficultés et de la persistance des difficultés dans le temps, malgré des rééducations et malgré une intelligence présente.

E. BERGER - À quel moment de la vie cela se manifeste ? Dès le début de la scolarité ?

J. LAPREVOTTE - Alors ce qu'il se passe : à quel moment cela se manifeste, et à partir de quand on peut poser le diagnostic, c'est deux choses différentes. On va déjà parler du diagnostic en lui-même. Comme il faut que les difficultés soient significativement éloignées, ça veut dire qu'il faut au moins 18 mois de retard en lecture pour pouvoir avoir un diagnostic. Donc ça veut dire que tant que je n'ai pas eu 18 mois d'apprentissage de la lecture, je peux pas montrer dans un bilan qu'il y a 18 mois de retard qui commence à apprendre au début du cp si on veut être sûr qu'il a 18 mois d'apprentissage plus le bilan, ba c'est pour ça que le diagnostic peut être posé au plus tôt fin CE1. Parce que là fin CE1 On va pouvoir montrer que l'enfant n'arrive même pas à associer le M et le A pour faire le son MA, etc, qu'il a 18 mois de retard. Donc à partir de fin ce1 on peut faire les diagnostics, et puis après les diagnostics ils peuvent très bien être posés même à l'âge adulte seulement. Parce que y'a des personnes qui ont des intelligences plus importantes et du coup la difficulté va être beaucoup plus masquée et ou même s'ils sont très fatigués, quand ils lisent et ba du coup personne s'est jamais vraiment posé la question parce qu'ils comprennent par exemple. Donc le diagnostic, ça va depuis fin CE1 jusqu'à l'âge adulte. Après les difficultés, quand est-ce qu'elles apparaissent, Euh, c'est jamais où tout va très bien jusqu'à la lecture, mais c'est pas parce que...par exemple, quand on a des difficultés du langage oral il y a 30% des enfants qui présentent des difficultés du langage oral qui auront une dyslexie derrière, mais pas systématique, c'est qu'un petit pourcentage. Il y a des enfants qui sont aussi, il y a beaucoup d'études en lien avec la dyslexie qui montrent une maladresse motrice. C'est pas dans la définition actuelle, mais qui montre des difficultés de motricité par exemple. Il y a des signes, on peut voir des difficultés quand ils sont en maternelle, mais ces difficultés-là, ça veut pas dire que forcément ça va être une dyslexie. Si j'ai des troubles moteurs pour planifier mon action, ba c'est peut-être juste un retard c'est peut-être une dyslexie,

mais ça sera peut être une dyspraxie donc en fait il y a rien avant fin CE1 qui permet de dire c'est sur il y aura ça. Mais malgré tout ce sont pas des enfants qui ont un développement classique.

E. BERGER - Est-ce que ces troubles se manifestent uniquement à l'école primaire...

J. LAPREVOTTE - Non justement. Il y a des diagnostics qui ne sont posés qu'au collège. Alors pourquoi ? Parce que déjà je peux lire, je peux être dans une famille ou dans une scolarité ou on ne se pose pas vraiment de question "pourquoi je suis en difficulté ? " ça il y a beaucoup d'étude qui ont montré que dans les quartiers défavorisés ou sur certains types de population étrangère ou autre, finalement, il y a un a priori, ou le corps enseignant se dit "à ba c'est normal" "on parle pas bien français à la maison" et donc du coup on envoie pas les enfants chez des professionnels pour se faire diagnostiquer. Donc il y a un certain type de population pour lesquels le diagnostic arrive tardivement à cause des a priori, pas forcément volontaires, mais des biais de pensée en lien avec la population. La deuxième chose c'est des parents qui sont pas très bons lecteurs, ils lisent jamais à la maison ils vont lire juste des petits trucs, finalement l'enfant se débrouille pas trop bien à l'école même eux même; ils n'ont pas été en réussite scolaire, mais ils n'ont pas eu de diagnostic, donc ils ne savent pas forcément que ça existe. Et ils ne pensent pas à en parler au médecin généraliste. On va le voir pour le rhume, mais pas pour la lecture. Enfin voilà/ Donc il y a un contexte social. La dyslexie n'est pas liée au contexte socio-économique; il y a autant de personnes dyslexiques dans n'importe quel niveau socio-économique, mais par contre dans le milieu socio-économique faible, ou quand il y a eu des parents en difficultés, il y a aussi un retard de diagnostic

E. BERGER - C'est intéressant, ça permet de réinscrire la situation dans son contexte social

J. LAPREVOTTE - Tout à fait, c'est à dire c'est pas le contexte social qui crée la dyslexie, mais par contre peut être on s'interroge pas aussi vite que dans un certain...voilà. Et puis il y a le QI, donc le niveau d'intelligence qui fait que si j'ai un QI dans la norme et avec dyslexie d'intensité modérée, et si j'ai un QI au-dessus de la norme pas forcément jusqu'au haut potentiel, mais intermédiaire par exemple au lieu d'avoir 100 j'ai 120 de QI et ba mes difficultés vont être masquées partiellement. C'est-à-dire que je pourrais lire et comprendre comme les autres enfants, mais par contre je serai hyper fatigué. Le soir, l'enfant se couche plus vite, plus tôt, etc mais si vous voulez on va pas se poser la question de pourquoi il est autant fatigué. Donc en fait y'a le niveau intellectuel de l'enfant et les compensations cérébrales aussi qui font que on va pouvoir mettre.... Et puis il y a l'accélération de la vitesse de lecture qui n'est pas linéaire dans l'apprentissage du développement de l'enfant. entre le CP et le Bac. Il y a des âges clés, entre la 5ème et la quatrième ou entre le CM2 et la 6ème Y'a des bonds. Et du coup, y'a des moments où les compensations elles tiennent plus. Et vous avez aussi des intensités différentes. Du moment qu'on est dyslexique, on sait qu'il y a au moins 18 mois de retard, etc mais après à l'intérieur même du diagnostic, on parle de dyslexie légère modérée et intense. Même si dyslexie légère faut pas se dire que c'est pas grand chose, c'est quand même très handicapant, mais ça reste...une dyslexie importante, je peux même pas lire. Je suis en 5ème mais je peux pas lire tout seul 3 lignes quoi. Donc forcément c'est plus difficile à compenser.

E. BERGER - une fois que la situation a été repérée, soit par la famille soit par le corps enseignant, quel est le parcours de prise en charge ?

J. LAPREVOTTE - alors, on va dire un parcours simple. dans l'idéal. Déjà, le professionnel qui pose le diagnostic, référent de la dyslexie ou de la dysorthographe c'est l'orthophoniste. c'est vraiment le cœur de métier de l'orthophonie, le langage écrit. Mais il faut savoir que les psychologues sont aussi habilités à poser ce diagnostic. Sachant que l'orthophonie est remboursée par la sécurité sociale, le psychologue en libéral n'est pas remboursé par la sécurité sociale. donc du coup, il y a beaucoup plus de

gens qui passent par l'orthophoniste. Il faut une prescription médicale. donc ça veut dire qu'il faut que le médecin ait accepté de faire une prescription médicale. et avec la prescription médicale, il faut aller chez un orthophoniste. Et en fonction des secteurs en France, pour avoir un bilan orthophonique, c'est entre 3 mois, mais ça y'a pas beaucoup d'endroits, jusqu'à 4 ans de liste d'attente.

E. BERGER - Les zones sous tension sont les quelles ?

J. LAPREVOTTE - je ne sais pas du tout sur paris, je ne connais pas du tout. Je connais ce qui se passe en bourgogne Franche-Comté, mais par exemple c'est plutôt les zones désertiques au niveau médicale de manière générale. Par exemple dans l'Yonne, euh dans la Nièvre, il y a 2 ans de liste d'attente chez nous pour avoir un bilan en orthophonie par exemple. donc ça c'est très compliqué par exemple parce qu'on explique au parent ce qu'il faudrait et on peut pas faire en fait. C'est culpabilisant. Donc le diagnostic, voilà, il peut être fait, finalement une fois qu'on a fait le bilan. Le bilan permet d'établir, de donner des normes, où en est l'enfant par rapport à son âge, etc. Et il va être une suspicion de parce que dans les textes, il faut au moins 6 mois de rééducations, dans les nouveaux textes là, et à l'issue de ces 6 mois, on regarde comment l'enfant a avancé, la pente d'évolution, ce qui reste comme difficulté, et à partir de là on est autorisé à poser le diagnostic. Du coup ça permet d'éviter les faux positifs, si c'était vraiment un retard, les 6 mois il y aurait une avancée très rapide finalement, alors que quand on a un dys, de TSA, c'est quelque chose de permanent, donc on fait des progrès, mais très très lent. ça c'est le parcours simple.

E. BERGER - Plutôt pour des enfants et des préadolescents ?

J. LAPREVOTTE - Peu importe, c'est l'orthophoniste qui va poser le diagnostic. En terme de diagnostic, c'est assez simple, ce qui est compliqué c'est l'accompagnement. Parce que l'orthophoniste va s'occuper de tout ce qui relève de la lecture, mais en même temps, comme il faut faire des présentations visuelles différentes peut être qu'il y a un code couleur à mettre en place. sur certaines syllabes et autre. les orthophonistes, les logiciels quoi vont permettre de faire ça très facilement, en majorité elles ne maîtrisent pas beaucoup l'outil informatique donc pour conseiller les parents, ou pour conseiller l'enseignant, ou pour adapter les textes ou les livres de l'enfant, bah s'il faut s'amuser à tout retaper pour mettre des couleurs, c'est pas gérable. alors qu'il suffit d'avoir aidodys ou quelque soit le logiciel, pour que finalement on puisse scanner, intégrer et puis d'emblée que ça mette le bon code couleur par exemple. donc parfois, l'orthophoniste, pour faire les adaptations et les compensations visuelles -il y a toujours un écart entre ce qu'on propose en classe et ce qui est fait en rééducation, en rééducation on travaille pour améliorer, et en classe on met les compensations qui permettent l'apprentissage sans que la dyslexie vienne interférer- et du coup bah généralement, il va se tourner vers l'ergothérapeute. s'il a besoin d'aide au niveau matériel, compensation, etc. L'orthophoniste c'est ce qu'il faut faire, quel code couleur il faut mettre, etc, mais ne sait pas comment faire avec quel outil. Du coup on va se tourner vers un autre professionnel par exemple. Un autre exemple dans la dyslexie, donc je vous ai parlé principalement de la lecture, vous m'avez cité l'écriture tout à l'heure alors, dans l'écriture il y a plein de raisons différentes d'avoir des difficultés en écriture. si je n'ai pas de trouble moteur ou proprioceptif, une raison en tant que dyslexique d'avoir des difficultés en écriture, c'est la phonologie. donc la phonologie c'est le fait d'avoir du mal à identifier les sons. Vous savez quand on est en maternel et qu'on dit "dans bateau, tu entends le son A" bah ça c'est le tout début de la phonologie. Euh, mais du coup pour écrire, finalement vous quand vous écrivez, votre cerveau il va faire appel à votre stock orthographique et votre stock orthographique, il s'est créé parce que vous avez vu plein de fois les mêmes mots, vous avez été stimulé visuellement et du coup quand vous écrivez cela va chercher dans votre stock là. Bah chez les personnes dyslexiques, comme y a des soucis de lecture et de prise d'information visuelle, bah du coup, un même mot est envoyé sous plein de formes différentes dans le cerveau. Le stock orthographique il ne se crée pas bien. Effectivement...pour écrire ses idées soit même, recopier c'est

compliqué, car on est tout le temps en train de réfléchir aux règles d'orthographe. Dans ce cas-là, la difficulté graphique, elle est secondaire, c'est pas le graphisme en lui-même, c'est pas le geste moteur ou la planification en elle-même qui va pas, c'est les conséquences des difficultés de lecture et d'orthographe qui font que j'ai du mal à écrire, j'écris lentement, et puis souvent ils écrivent péniblement parce que ça permet de masquer inconsciemment tous les mots que je ne sais pas écrire. Donc à nouveau c'est pas l'orthophoniste qui va savoir quoi mettre en place pour compenser cette difficulté graphique. Au niveau matériel et aide technique. Donc à nouveau il va avoir le lien sur l'ergothérapeute.

E. BERGER - Par exemple, dans le cadre d'une vidéo sur ce thème-là, le professionnel ciblé pourrait être l'orthophoniste, le schéma de redirection serait vers l'ergothérapeute, pour permettre l'équipement en aide technique ?

J. LAPREVOTTE - Voilà, et sachant qu'il y a souvent des échanges avec l'orthoptiste, qui est le professionnel de la rééducation des yeux, pour savoir...parce que dans la dyslexie on a des difficultés pour bien aller caler son regard, prendre des informations visuelles, faire des allers et retours. Donc du coup le fait de savoir avec l'orthoptiste qu'il faudrait un écart entre les lignes de 1,5, ou de 1,8, ou entre les mots, etc il va pouvoir nous donner quelques infos que nous on intégrera dans les logiciels et les aides techniques. Et donc tout ça, si c'est fait qu'en rééducation y a aucun intérêt. Donc ce qui est vraiment important, c'est la coordination orthophoniste-ergothérapeute, avec la famille, et après avec le corps enseignant, soit si c'est un adulte, qu'est-ce qu'on peut mettre en place sur le lieu de travail.

E. BERGER - Est-ce qu'il y a des structures ou des institutions qui interviennent ou c'est uniquement des jeux d'acteurs libéraux, avec les personnes concernées et leur entourage ?

J. LAPREVOTTE - ça dépend pour quel âge vous me parlez, si vous me parlez enfants ou adaptation du poste de travail ?

E. BERGER - Dans ce cadre-là plutôt enfant et jeune adulte,

J. LAPREVOTTE - Du coup, dans le milieu de l'enfance, il n'y a pas que les libéraux, loin de là, il y a plein de structures qui accompagnent. Donc ça c'est un choix des familles de savoir si elles se sentent rassurées d'aller dans un endroit où y'a tout le monde en même temps, mais c'est plutôt assez fermé ou si elles préfèrent gérer le projet de l'enfant l'accompagner, être en lien, et du coup vont se tourner vers le libéral. Et vous avez dans les structures, vous avez les CAMSP, vous avez les CMP, les CMPP, tout ça ce sont des choses auxquelles on peut avoir accès, mais du coup type institution. Et puis sinon vous avez effectivement le milieu libéral. Et quand c'est compliqué parce que les professionnels ne connaissent pas forcément le matériel, ou parce qu'il travaille dans leur coin et qu'ils n'échangent pas. Parce que c'est un orthophoniste qui connaît pas bien l'impact du mouvement des yeux donc qui n'enverra jamais en orthoptie, etc. Donc quand c'est trop compliqué, il y a ce qu'on appelle le niveau 2 c'est le fait d'améliorer la pratique des professionnels de santé et d'aider à l'analyse des dossiers pour conseiller les professionnels dits de niveau 1, ce qu'on peut consulter seul, soi-même.

E. BERGER - Si on prend la situation d'un étudiant d'une 20^{aine} d'années, est-ce qu'on est dans le cas d'une personne dont les mécanismes de compensation ne fonctionnent plus ? ou quelqu'un qui n'aurait jamais été diagnostiqué ? Quelle est la situation la plus plausible ?

J. LAPREVOTTE - La plus générale ce serait la première, c'est à dire le fait de savoir qu'il y a un diagnostic en tant que jeune étudiant, cela veut quand même dire qu'il y a une prise en charge, du matériel adapté, ou un gros suivi parental. Sinon il y en a beaucoup quand ils sont mal ou pas diagnostiqués, ils sont sortis du circuit scolaire classique. Si vous parlez de jeunes étudiants post bac et ba du coup ça veut dire que généralement, il y a eu diagnostic

E. BERGER - la compensation pour quelqu'un qui serait très intelligent ne suffirait pas ?

J. LAPREVOTTE - il faut jamais dire jamais et toujours, il y a des individualités qui font que, mais ce n'est pas la majorité des personnes.

E. BERGER - Quelqu'un qui aurait été suivi mais les mécanismes de compensation ne fonctionnent plus ? Et il faut trouver quelque chose de différent. C'est ça le schéma ?

J. LAPREVOTTE - c'est pas qu'ils ne se mettent plus à fonctionner, mais que le matériel de compensation c'est aussi une contrainte. Il faut le trimbaler, il faut le charger, il y a un apprentissage. Même si ça aide, ça n'efface pas l'ensemble des difficultés. Dans la dyslexie, il y a la difficulté de tout ce qui est gestion de double tâche. C'est à dire quand il y a plusieurs choses à faire en même temps. C'est pour ça qu'on en vient à la prise de note, qu'on a pas abordée. De manière isolée, je peux écrire tout seul dans mon coin, ou recopier une leçon. Peut-être je peux lire lentement et je comprends. Mais quand il faut que j'écoute et que j'écrive en même temps, cela ne fonctionne plus. Donc c'est la difficulté de prise de note dont vous m'avez parlé tout à l'heure.

E. BERGER - Pour la question des aides techniques, Qu'est ce qui est pertinent d'utiliser, qu'est ce qu'un ergothérapeute serait amené à conseiller ?

J. LAPREVOTTE - alors y'a plusieurs choses, ça dépend, on va parler de si y'a pas d'aide humaine, pas d'AVS. Si l'étudiant est seul. Donc, voilà, y'a plusieurs choses. Y'a une fatigue visuelle à la lecture, etc je peux par exemple avoir un stylo lecteur

J. LAPREVOTTE - On peut dire que c'est comme un petit scanner, ça a la taille d'un stylo, vous le passez sur la ligne que vous voulez qui soit lue, en fait vous avez des petits écouteurs et ça vous lit ce qui est écrit C'est bien pour les petits textes. On va pas lire avec ça, mais pour les consignes, les exercices, les ci les ça, ça permet de pouvoir écouter la consigne sans être obligé de la lire. donc ça c'est une première aide, très intéressante, qui existe depuis cinq ans environ. Mais qui n'est pas du tout remboursée, prise en charge. Et qui reste du coup assez coûteux. Dans le milieu des aides techniques, c'est très variable ce qu'on appelle coûteux.

E. BERGER - la je vois qu'on est entre 100 et 150 euros en gros.

J. LAPREVOTTE - Alors ça c'est vraiment les premiers prix, mais du coup il faut plutôt taper sur ceux qui sont à 450 parce que du coup, on n'a pas parlé, mais il y a aussi des difficultés pour l'anglais dans la dyslexie parce que c'est une langue très compliquée l'allemand qui est beaucoup plus structuré c'est plus simple. Il y a des particularités dans les langues qui font que...donc le stylo lecteur ça lit aussi dans les langues différentes. Et en fonction des options on aura un dictionnaire, de la traduction, etc. En tout cas, c'est pour ça que l'on a des prix très variables. Ce qui est sûr c'est que ça permet déjà une petite autonomie. pour certains cela peut éviter d'avoir une aide humaine qui va écouter les consignes ou autre parce que je vais pouvoir les écouter plusieurs fois sans gêner la classe par exemple. Donc ça c'est un exemple. Compensation on parle uniquement matériel ou...les adaptations de présentation ce sont également des compensations, mais ce ne sont pas des aides techniques.

E. BERGER - On va cibler principalement des objets, mais on évoquera également d'autres types d'adaptation. Justement pour ne pas isoler les objets et montrer qu'ils participent d'une prise en charge globale.

J. LAPREVOTTE - D'accord. Les stylos lecteurs, ça peut être utilisé à partir du CM1, mais il y en a qui utilise ça à partir du collège. Au lycée, ou certains que post bac, ça dépend de la compensation.

Ensuite, les jeunes étudiants ils ont un outil informatique. Pour plusieurs choses, déjà s'ils ont une difficulté en orthographe. ça va être aussi compliqué pour eux d'écrire que de taper les mots parce que taper les mots ils sauront pas plus comment ça s'écrit donc il va falloir un logiciel correcteur d'orthographe. Donc les logiciels correcteurs d'orthographe il y en a des plus ou moins performants, il y en a des grands publics, il y en a dans le milieu spécialisé. Surtout ils sont par performant de la même manière selon le type d'erreur donc à nouveau l'ergo thérapeute va pouvoir faire les essais de matériel et apprendre à utiliser et en même temps aura besoin de l'orthophoniste pour cibler le type...parce que dans la dysorthographe il y a plusieurs sous types et en fonction du type on saura que tel ou tel logiciel va fonctionner mieux qu'un autre par exemple. Voilà, L'outil informatique, c'est pour compenser des difficultés d'orthographier? Est ce que c'est pour compenser des difficultés d'écriture même, parce qu'il y a beaucoup d'enfants dyslexiques qui ont des difficultés de planification et de motricité fine associée, donc du coup ça va compenser l'aspect gestuel donc on va dire le côté plutôt prise de notes. Ba en prise de note, si j'arrive à avoir les notes des copains ou des profs directement dans l'ordinateur ou si je tape, mais dans tous les cas je vais pouvoir avoir un retour sonore, le soir quand il faut que j'apprenne mes cours. À nouveau lire ça va me fatiguer, je vais pas relire trois fois la définition pour connaître, car c'est trop compliqué pour moi, mais par contre avec la lecture vocale je vais pouvoir écouter plusieurs fois la leçon, prendre des notes sous forme schéma ou autre, être dans un apprentissage actif, sans être obligé de lire. Donc du coup il y a la synthèse vocale en tant que lecture. C'est intéressant. Mais aussi, qui va permettre de lire. Je fais des recherches sur internet, c'est bien beau, mais quand il faut sélectionner dans Wikipédia ou autre des éléments importants, ba il faut que je lise et j'y arrive pas, donc la synthèse vocale, elle va être utile pour la recherche d'information, pour lire les mails, etc. pour donner accès à l'ensemble... Voilà, tout ce qui est livre via la bibliothèque nationale auditive, pour pouvoir...pareil, il faut lire un gros molière, mais du coup je vais l'avoir en version audio, si je l'ai sur l'ordinateur plutôt qu'en CD, ça me permet que soient soulignés les mots au fur à mesure qu'ils sont lus pour soutenir l'attention sinon c'est compliqué d'avoir que l'entrée auditive. Et puis ça fait aussi dictée vocale, mais ça je peux pas l'utiliser en cours, mais à la maison, le soir pour faire des exercices, plutôt que d'être fatigué, à taper des mots, à utiliser mon correcteur d'orthographe, pour chercher le bonne orthographe, etc. Je peux dicter à mon ordinateur et du coup je vais pouvoir me concentrer sur la construction de mon texte, et sur les idées, et pas sur le fait d'arriver à relire ou de savoir comment écrire les choses

E. BERGER - d'accord ces logiciels de dictée vocales sont suffisamment performant pour pas avoir à tout le temps revenir sur des mots qui auraient été mal compris ?

J. LAPREVOTTE - Alors c'est toujours pareil, ça s'apprend. Une personne dyslexique si on lui, mais un ordinateur dans les mains tout seul, il pourra pas s'en sortir. Il y a effectivement des aspects de planification, savoir quel logiciel utiliser, mais après ça s'apprend. Par exemple, dictée, effectivement, en fonction de la prononciation, de la vitesse d'élocution, de savoir ce qu'il faut dire, etc, tout ça se sont des choses qui s'apprennent. Mais s'il y a des troubles de l'élocution. Pour un problème de prononciation. Si le problème de prononciation est stable, et ba du coup on va pouvoir apprendre au logiciel que quand on prononce tel chose, il faut écrire tel chose. Par contre quand on a une production instable, ce qui est le cas dans les dyspraxies, problème de planification, le même mot peut être dit de manière différente, ba là on va pas pouvoir apprendre au logiciel. Donc tout ça c'est pour juste dire qu'il faut une bonnarde analyse en amont du matériel et du besoin.

E. BERGER - Je vous dis ça, car pour avoir utilisé Dragon il y a une dizaine d'années, je ne sais pas si ça a fait des progrès

J. LAPREVOTTE - alors ça fait 25 ans que je suis ergothérapeute, tous les 2 ans il y a une nouvelle version. Et c'est vraiment le jour et la nuit par rapport à y a 15 ans, 10 ans 5 ans, mais Dragon, vous voyez bien qu'au départ ça fait plein de fautes. Et plus vous l'utilisez, et quand y a une faute y a une

manière de faire apprendre à l'ordinateur que non ce n'est pas ça, donc il apprend, il y a une personnalisation. Mais dragon par exemple, c'est un outil qui est assez lourd en terme de mémoire, donc il faut avoir eu le bon ordinateur. Ou alors il y a d'autres logiciels qui peuvent être moins lourd, mais tout aussi performants. ça dépend si on est sur pc ou mac, etc. En tout cas la compensation en terme de matériel comme on a l'habitude de voir pour les personnes dyslexiques, c'est ce que je vous ai décrit là : stylo lecteur, compensation informatique, lecture, oraliser, dictée vocale compensation...et puis la présentation visuelle des supports. je suis moins fatiguée si c'est écrit plus gros, plus d'interligne, etc. Il existe aussi des logiciels de compensations : Julie a besoin d'avoir 1,5 partout, que ça soit surligné, telle couleur et le logiciel, même les pages web va les afficher en temps et en heure avec la présentation visuelle dont j'ai besoin. Il y a aussi les adaptations visuelles qui sont possibles.

E. BERGER - ça pourrait être l'ensemble des solutions qu'on pourrait montrer .

J. LAPREVOTTE - Oui tout à fait. Après ce qui fonctionne très bien, mais qui coûte cher donc, moi jusqu'à présent j'ai jamais mis en place pour des adolescents et des enfants, par contre, sur un poste de travail c'est pas les mêmes modes de financement, c'est le système des lunettes lectrices. Il existe des lunettes ou y a une mini caméra dessus qui sont reliés. il y a des petits micros dans les branches, la personne regarde le texte et ça lui lit le texte.

E. BERGER - C'est la même fonction, mais c'est un objet un peu plus ergonomique

J. LAPREVOTTE - c'est plus ergonomique, c'est plus fatigant, on peut lire plus longtemps, mais c'est plus coûteux. Donc là c'est dans l'aménagement des postes de travail. C'est pas dans la description de la définition, mais on sait que chez les personnes dyslexiques, le fait qu'il y ait de personnes autour, du passage, c'est plus compliqué pour eux de se concentrer. Pas au point des TDAH, mais c'est pareil, c'est compliqué.

Annexe 3.8. Synthèse des ateliers menés avec les ergothérapeutes de l'hôpital Broca

Ateliers menés en janvier 2021 au service d'ergothérapie de l'hôpital Broca

Les grands thèmes abordés au cours des ateliers sont la prise des repas, l'orientation dans l'espace et le temps, la prévention des chutes, l'utilisation des toilettes.

Après avoir évoqué ces thèmes, on a systématiquement posé les questions suivantes :

- le thème, la situation présentée et le profil des protagonistes vous paraissent-ils plausibles ?
- les aides techniques proposées sont-elles adaptées à ces situations ?

Les ergothérapeutes étaient incitées à faire des suggestions en fonction de situations qu'elles connaissaient et de leurs pratiques professionnelles quotidiennes. Ces échanges ont permis de dégager des grandes lignes de scénario pour chaque thème.

Synthèse des propositions faites par les participants :

Les propositions ont concerné les profils des protagonistes de nos vidéos : les participants ont jugé important de souligner l'âge de la personne bénéficiaire, les problèmes rencontrés par celle-ci, le degré de ses problèmes. Les participants ont également conseillé de bien spécifier les métiers des professionnels mis en scène (infirmier, aide à domicile, ergothérapeute...) et les structures auxquelles ces professionnels sont rattachés (SPASAD, SSIAD).

Les ergothérapeutes ont souvent écarté les aides techniques suggérées. Les participants aux ateliers ont préféré présenter les aides techniques dont ils disposent à l'hôpital. Disposer des aides techniques au cours des ateliers leur permettait de mieux expliquer leurs utilisations et leurs utilités.

Pour la prise de repas, les participants ont écarté les stabilisateurs initialement proposés. Ils ont suggéré de mettre en scène d'autres aides techniques comme les couverts à manches grossis, les verres à anses, les rebords d'assiette et les tapis antidérapants. De même, pour la prévention des chutes au domicile, les ergothérapeutes ont aiguillé nos choix en fonction du scénario convenu ensemble (une personne âgée qui souhaite aller aux toilettes la nuit et risque donc la perte d'équilibre). Ils ont préféré mettre en avant le chemin lumineux (pour se rendre aux toilettes) plutôt la chaise percée proposée, jugée trop technique.

Ces ateliers ont permis de discuter d'autres éléments. Les ergothérapeutes ont notamment souligné l'intérêt de l'économie circulaire des aides techniques. Il s'agit de réseaux d'acteurs locaux et nationaux assurant la collecte, le bio nettoyage et la réutilisation des aides techniques. Les ergothérapeutes ont ainsi mis l'accent sur les moyens d'accéder plus facilement aux aides techniques, en fonction des ressources financières de chacun. Les participants ont rappelé que plusieurs structures comme « Envie Autonomie » assurent ce type de missions.

Annexe 3.10. Scénario écrit à la suite d’ateliers de travail

Vidéo sur drap de glisse

Premier plan : *Dalila marche dans la rue*

Dalila – (*face caméra*) C’est encore Dalila, je suis infirmière. Je fais des visites quotidiennes chez mes patients pour des soins. Refaire pilulier, aider à suivre les traitement.

Carton : Faciliter le repérage du besoin en aide technique. Faciliter la vie.

Dalila - (*face caméra*) C’est un travail physique et si on ne fait pas attention, on peut vite se faire mal.

Carton : Une série proposée par le Broca Living Lab.

Troisième plan : *Dalila arrive au domicile de son patient et sonne*

Dalila – (*face caméra*) Je vais chez Madame Le Bozec, c’est l’un de mes patients

Quatrième plan : (*Intérieur, Salon vide*)

Dalila – (*sur le pas de la porte*) Bonjour Madame Le Bozec

Annie – Bonjour Dalila. Je suis dans mon lit, je n’arrive pas à me relever.

Cinquième plan : *Dalila se dirige vers la chambre. Madame Le Bozec dans son lit*

Annie – Je vous attendais, j’ai encore glissé au fond du lit..

Dalila: On va réutiliser le drap de glisse alors, comme la dernière fois.

Annie: Oui ce serait plus simple. J’ai un peu mal partout aujourd’hui.

démonstration drap de glisse

Annie – (*voix off*) J’ai fait un AVC il y a 6 mois. Je m’en suis plutôt bien sorti mais parfois, quand je suis fatiguée, il y a des gestes que je n’arrive plus trop à faire, même des choses très simples.

Dalila – (*voix off*) Je pourrais la redresser en la portant mais à la longue on finit par se faire très mal au dos. Avec mon équipe du SSIAD, on a décidé de ne plus porter aucun patient. On recourt systématiquement aux aides techniques pour préserver notre santé. C’est pour ça que là on a utilisé le drap de glisse, à la demande de l’auxiliaire de vie d’Annie.

Annie – (*face caméra*) et moi je préfère comme ça.

Carton-

Voix off - Comme Dalila, les professionnels travaillant au domicile des personnes âgées et ou en situation de handicap, ont recours aux aides techniques. Elles leur permettent de faciliter leur travail au quotidien, et participent maintenir une bonne relation de soin avec les bénéficiaires.

Carton-Avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et la mutuelle AG2R – La Mondiale.

Carton: site.fr

Annexe 3.11. Scénario repris par le réalisateur

DRAP DE GLISSE – Durée envisagée : 1'50

MARIANNE, infirmière (Marie-Hélène) et Irène (Françoise Rémont) Tourné au domicile de Françoise Rémont.

1A. Devant la porte fenêtre – Ext. jour

Dalila s'avance et parle face caméra :

Marianne : (*face caméra*) Je suis Marianne, infirmière à domicile. Je fais des visites quotidiennes, j'aide à suivre les traitements, je refais des pansements et il m'arrive souvent d'avoir à mobiliser des patients. C'est un travail physique et si on ne fait pas attention on peut vite se faire mal au dos, mais pour éviter ça on utilise certaines aides techniques.

Carton 1 : Faciliter le repérage en aides techniques,

Carton 2 : Faciliter la vie !

Carton 3 : Une série proposée par le BLL.

2A. Devant la porte fenêtre – Ext. jour

Marianne frappe au carreau.

Marianne : Mme Lebozec ! (elle attend quelques secondes et appelle à nouveau) C'est l'infirmière ! Je vais entrer !

Elle entre, on entend la petite voix de Mme le Bozec : *entrez, entrez !*

3A. Chambre Mme LeBozec

Marianne : (*sur le pas de la porte*) Bonjour Madame Le Bozec

On découvre Mme le Bozec sous ses draps

Irène : Bonjour Marianne, je vous attendais, je n'arrive pas à me relever, j'ai encore glissé au fond du lit.

Carton 4 : Prendre soin des autres et de soi

Carton 5 : le drap de glisse

Marianne : On va réutiliser le drap de glisse alors, comme la dernière fois.

Irène : Oui ce serait plus simple. J'ai un peu mal partout aujourd'hui.

DÉMO DRAP DE GLISSE

3B. SITUATION D'ITV, Irène est redressée et Marianne se tient à ses côtés. Les deux sont face caméra :

Irène : J'ai fait un AVC il y a 6 mois. Je m'en suis plutôt bien sorti mais parfois, quand je suis fatiguée, il y a des gestes que je n'arrive plus trop à faire, même des choses très simples...

Marianne : Je pourrais la redresser en la portant mais à la longue on finit par se faire très mal au dos. Avec mon équipe du SSIAD, on a décidé de ne plus porter aucun patient. Pour préserver notre santé, on recourt systématiquement aux aides techniques. C'est pour ça que là on a utilisé le drap de glisse (*en se tournant vers Annie*), à la demande d'ailleurs de votre auxiliaire de vie, Annie...

Irène : (*face caméra*) C'est vrai, c'est elle qui m'en a parlé en premier, et c'est vrai que c'est bien mieux comme ça...

Sur des images de la conversation qui se prolonge, ou d'une nouvelle manipulation du drap de glisse...

Voix off - Comme Marianne, les professionnels travaillant au domicile des personnes âgées et ou en situation de handicap, ont recours aux aides techniques. Elles leur permettent de faciliter leur travail au quotidien, et participent à maintenir une bonne relation de soin avec les bénéficiaires.

Carton 6 : Plus d'infos : adresse internet + défilé photos

+ (*en petit bas : réalisation : la trame*)

Carton 7 : Avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et la mutuelle AG2R – La Mondiale. + défilé photos

+ (*en petit bas : copyright Broca living lab 2021*)

Table des matières

Table des matières

1.	Motivations du projet	2
1.1.	Résumé du projet.....	2
1.2.	Description des besoins identifiés auxquels le projet vise à répondre.....	2
2.	Méthodologie du projet	4
2.1.	Évaluation des besoins	4
2.1.1.	Veille documentaire.....	4
2.1.2.	Entretiens experts	5
2.1.3.	Questionnaire en ligne à destination de professionnels.....	5
2.2.	Co-conception des contenus	6
2.2.1.	Ateliers de travail avec des professionnels et définition de thématique.....	6
2.3.	Maquettage des contenus.....	7
2.4.	Réalisation et post-production des contenus finaux	7
2.5.	Évaluations intermédiaires et finales des contenus	8
2.5.1.	Évaluation des scénarios.....	8
2.5.2.	Évaluation des story-boards	8
2.5.3.	Évaluation des maquettes	9
2.5.4.	Évaluation des contenus finaux	9
2.6.	Gouvernance.....	10
3.	Résultats	10
3.1.	Résultats de la revue de littérature.....	10
	Revue de l'existant	12
3.2.	Résultats de l'enquête par entretien.....	13
3.3.	Résultats de l'enquête par questionnaire	15

3.4.	Production des story-boards et des maquettes filmées	16
3.5.	Résultats des évaluations intermédiaires	19
3.6.	Résultats de contenus finaux	21
3.7.	Résultats des évaluations des contenus finaux	24
3.8.	Post-production d'un échantillon de vidéos	26
3.9.	Gouvernance.....	28
4.	Bilan critique du projet.....	28
4.1.	La pertinence de la catégorie de « première ligne » en question.....	28
4.2.	Les contraintes du format film	29
4.3.	La nécessité d'inclure des experts à tous les stades du projet	30
4.4.	La pertinence des fiches complémentaires non contextualisées en question.....	31
5.	Les suites à donner au projet	31
5.1.	Évaluation in situ.....	31
5.2.	Plateforme en ligne/partenariats AG2R pour assurer la diffusion vers public plus large..	31
	Bibliographie	33
	Sitographie	35
	Annexes.....	36
	Annexe 1 : Les livrables	36
	Le support d'information ou le lien pour y accéder	36
	Annexe 2 : Conduite du projet	36
	Annexe 2.1 Calendrier rétrospectif des différentes étapes / temps passé pour chaque étape	36
	Annexe 2.2. Liste des réunions et comité de pilotage tenues entre janvier et décembre 2021, par ordre chronologique	38
	Annexe 2.3. Compte rendu du premier comité de validation	41
	Annexe 2.4. Tableau récapitulatif des moyens humains utilisés	43
	Annexe 2.5. Analyse critique des relations avec les partenaires et les prestataires éventuels.....	47

Annexe 3 : Documents supplémentaires	48
Annexe 3.1. Guide d'entretien pour l'évaluation des maquettes vidéo	48
Annexe 3.2. Questionnaire d'évaluation des contenus vidéos	52
Annexe 3.3. Liste des entretiens exploratoires réalisés au cours de l'année 2020	54
Annexe 3.4. Rapport de l'évaluation des 3 premières maquettes avec le docteur Marie Laure Seux (Hôpital Broca / APHP)	55
Annexe 3.5. Compte rendu synthétique des évaluations des maquettes filmées	56
Annexe 3.6. Grille d'entretien exploratoire avec C. Mairesse	57
Annexe 3.7. Verbatim de l'entretien avec Julie Laprevotte (Ergothérapeute, membre du réseau PluraDys).....	59
Annexe 3.8. Synthèse des ateliers menés avec les ergothérapeutes de l'hôpital Broca	69
Annexe 3.10. Scénario écrit à la suite d'ateliers de travail.....	70
Annexe 3.11. Scénario repris par le réalisateur	72