



GRAND ÂGE ET NUMÉRIQUE : OBJECTIF 2030

Rattraper le retard français

Auteurs

Guilhem BIANCARELLI - Maëlle BOUVIER - Lise BURGADE
Anna KUHN-LAFONT - Manon LACHERAY

sous la direction de

Luc BROUSSY & Étienne GRASS



SOMMAIRE

4	PRÉFACE
8	INTRODUCTION
10	Partie 1 : LE SYSTÈME D'INFORMATION, UN INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE PRIORITAIRE
	1.1 Une transformation numérique devenue indispensable 11
	1.2 Un retard qui masque des situations très diverses..... 14
	1.3 Un retard rattrapable... à certaines conditions..... 18
26	Partie 2 : LE NUMÉRIQUE AU SERVICE D'UNE MEILLEURE COORDINATION TERRITORIALE
	2.1 Un processus enclenché mais plus lent sur le grand âge 27
	2.2 L'indispensable accélération du mouvement, soumise à conditions 32
38	Partie 3 : LES NOUVEAUX SERVICES ET LEURS IMPACTS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE
	3.1 Le bel avenir promis aux nouveaux services numériques 39
	3.2 Des services durablement utiles ? Oui, mais à quelles conditions ? 44
52	CONCLUSION PROSPECTIVE 2030 : Et si la transformation numérique était réussie dans le secteur du Grand Âge ?
56	ANNEXE

PRÉFACE

Ce rapport est le fruit d'une collaboration entre le Think Tank *Matières Grises* et les équipes de Capgemini Invent, la filiale consulting d'un des plus grands groupes mondiaux de services du numérique. D'un côté des experts du vieillissement, de l'autre des experts du numérique. Nous avons souhaité confronter nos visions à la recherche d'une vision partagée de l'avenir, avec un certain sentiment d'urgence sur la nécessité de changer d'échelle.

L'avenir de la prise en charge des personnes âgées est devenu de plus en plus difficile à anticiper et pour cela à gouverner. Le numérique va y prendre place à toute allure, à l'image de ce qui s'est passé dans les systèmes de santé depuis vingt ans. Il est porté par une dynamique d'accélération sans précédent : la loi de Moore, qui décrit un renouvellement régulier des technologies grâce à la capacité de miniaturisation des microprocesseurs et avec elle des capacités de stockage de l'information. Cette course de vitesse crée un phénomène de débordement qui concerne aujourd'hui la quasi-totalité des innovations technologiques en santé. Il est aujourd'hui impossible de se projeter dans les hôpitaux, les centres de santé, les maisons de retraite, les soins à domicile qui seront ceux de nos petits-enfants. Impossible aussi d'imaginer ce que sera le domicile à cet horizon, au carrefour de l'intimité et de la technologie.

Il ne serait pas raisonnable aujourd'hui de prédire ce que seront la plupart des maladies neurologiques dans dix ans. Pas raisonnable de savoir ce que seront les prises

en charge du cancer, avec l'émergence de nouvelles thérapeutiques personnalisées, du séquençage génétique, de la stimulation du système immunitaire... Très difficile de prédire nos capacités à mieux compenser les handicaps (impairments). Etc. Dans un exercice de futurologie, l'avenir du « care » ne prend pas forme. Au mieux avons-nous quelques intuitions.

De façon inédite, la science s'interroge aujourd'hui même sur l'épaisseur de la « barrière biologique » qui limite la progression de l'espérance de vie des individus. Et l'incertitude sur cette question devient un enjeu de prospective central. La question de la « frontière biologique » est devenue un sujet de controverse scientifique mais aussi éthique. Récemment *Nature* publiait une tribune appelant à « *respecter les limites de la durée de vie humaine* ». A l'appui de son propos, une étude mettait en évidence l'existence d'une limite de durée de vie, estimée à 120 ans, que les êtres humains ne peuvent prétendre dépasser sans toucher à des éléments fondamentaux de ce qui fonde l'humanité : notre génétique, notre métabolisme... Cette idée de barrière, fondée sur le constat d'un ralentissement du taux de croissance de la longévité maximale, est centrale dans la prévision des besoins en places pour la prise en charge de personnes âgées. Elle n'a jamais été aussi incertaine, alors que d'importants acteurs de la Silicon Valley, tels que P. Thiel ou le groupe Alphabet, engagés dans les mouvements transhumanistes, ont déclaré publiquement leur ambition d'une « *guerre contre la mort* ». Récemment l'entrepreneur Elon Musk a par exemple lancé à

grand bruit une nouvelle société, Neuralink dont l'objet social est de développer une ingénierie permettant de connecter le cerveau à des intelligences artificielles.

Le danger face à ces accélérations sans précédent serait de rester collectivement figés dans une posture de perplexité.

Notre rapport met en exergue un constat accablant : le secteur du Grand Âge en France accuse, en matière de système d'informations, sans lequel aucun accès à l'innovation numérique ne devient aujourd'hui possible, un retard coupable. Il nous est apparu essentiel de pointer du doigt afin, demain, de mieux le combler.

Cette faiblesse se retrouve dans tous les compartiments de jeu :

- **Les systèmes d'information ?**

Ils sont d'une évidente faiblesse dans le secteur du Grand Âge notamment par rapport au secteur hospitalier. La faible appétence des dirigeants médico-sociaux pour ces sujets « techniques » comme l'insuffisant volontarisme de la puissance publique dans ce domaine, ont progressivement créé une situation qui nécessite de tirer la sonnette d'alarme.

- **Le numérique au service de la coordination territoriale ?**

Alors que l'enjeu de la coordination des acteurs, notamment au plan local, est reconnu comme un des éléments essentiels de réussite d'une politique du grand âge et que l'utilisation du numéri-

que constitue une condition *sine qua non* d'une coordination efficace, là encore, le secteur du grand âge accuse un retard conséquent.

- **Le développement des nouveaux services digitaux ?**

Qu'il s'agisse de prévention, de repérage des fragilités, de domotique, de préservation des liens sociaux, de gestion des plateformes de services, de sécurisation des personnes, de télémédecine ou de téléassistance, les applications digitales dans les Ehpad et les services d'aide et de soins à domicile sont aussi multiples qu'utiles. Mais là aussi, leur développement demeure chaotique, inégal et désordonné.

Nous n'avons pas souhaité nous contenter de pointer les faiblesses d'un secteur qui n'a pas encore pris la pleine mesure de la révolution à engager. Nous avons surtout cherché à créer une prise de conscience et à initier une nouvelle approche. C'est pourquoi le rapport tente, point par point, d'expliquer pourquoi et comment ces retards pris ne sont pas inéluctables.

Pour cela, tous les acteurs doivent désormais se mobiliser : gestionnaires d'établissements et de services, ARS, Conseils départementaux, Ministère, éditeurs de solutions, fédérations. Chacun a ici sa part de responsabilités : les gestionnaires doivent appréhender avec volontarisme cette révolution aussi bien technologique qu'organisationnelle ; les pouvoirs publics locaux doivent faire mettre le numérique au cœur des dispositifs de coordination ter-

ritoriale ; les éditeurs de solution doivent s'adapter avec plus d'acuité aux impératifs de leurs clients ; et l'Etat, enfin, doit puissamment investir pour donner le « la ». Au risque, sinon, de rater définitivement le virage numérique.

Nous faisons ici le pari de la prise de conscience. L'interopérabilité, la cyber-sécurité, l'urbanisation des solutions : autant de notions, nouvelles, qui se doivent désormais de figurer dans le vocabulaire autant que dans l'agenda des professionnels et des pouvoirs publics.

Sauf à persévérer dans le déni, aucun retard n'est inéluctable. Ce Rapport n'a qu'une ambition : permettre à chacun de mieux comprendre les enjeux et dès lors de mieux relever le défi.

Ce rapport intervient qui plus est dans un contexte particulier. Il est publié en aval d'autres réflexions : rapport Libault, rapport de la HAS, rapport Bourquin-Aquino pour la filière Silver Economie, stratégie Ma Santé 2022... Autant de travaux qui montrent que le sujet devient incontournable. Il est publié aussi en amont de la future Loi Grand Âge et Autonomie annoncée et souhaitée par le Président de la République.

Ce Rapport, nous le considérons donc comme une pierre apportée à l'édifice, comme une contribution, que nous espérons utile et pragmatique, adressée tant à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé qu'aux parlementaires, députés et sénateurs, qui auront dans les prochains mois à élaborer la loi.

Mais ces travaux, nous les destinons aussi et avant tout à l'ensemble des gestionnaires d'établissements et de services pour personnes âgées. Ces milliers de professionnels, qu'ils appartiennent au secteur public, associatif ou commercial, qu'ils officient dans des Ehpad, des Ssiad, des Saad, des Résidences services, des Résidences Autonomie, des services de HAD ou dans des USLD, ont beaucoup, croyons-nous, de choses à apprendre dans les 50 pages qui suivent. Car c'est essentiellement sur eux que reposent la réussite d'un des plus beaux défis posés au secteur du grand âge à l'horizon 2030.

Nous publions donc ce Rapport avec l'espoir qu'il sera utile au plus grand nombre et permettra non seulement d'entrevoir l'avenir, mais d'agir différemment.

Cordialement,



Luc Broussy,
directeur du cabinet
EHPA Conseil,
responsable du
Think Tank *Matières Grises*



Étienne Grass,
executive vice-président
de Capgemini Invent,
directeur de l'équipe
Citizen Services





INTRODUCTION

« **P**asser au numérique » implique une transformation systémique, qui impacte les stratégies, les organisations, les modèles économiques, les pratiques professionnelles, les relations partenariales, et ce, quel que soit le secteur concerné.

Pour être fructueuse, cette transformation doit être abordée de façon globale, dans une perspective territoriale, en intégrant les considérations techniques relatives aux solutions numériques, leur capacité à communiquer entre elles (ce que l'on appelle l'« interopérabilité »), à s'inscrire dans un écosystème et à produire de la connaissance utile au pilotage opérationnel et stratégique, mais en considérant également les conditions d'adoption

des solutions par les professionnels et les facteurs d'un réel développement des usages.

Dans le secteur du grand âge, les bénéfices du digital peuvent être considérables au regard des enjeux et du profil du public concerné (maladies chroniques, perte d'autonomie motrice et cognitive, polypathologie). Mais ils sont d'autant plus compliqués à atteindre car **c'est bien une transformation systémique qu'il faut enclencher, plus que dans d'autres secteurs, ou pour certaines filières de soins spécifiques.**

C'est cette conviction que porte la présente Étude, issue d'une collaboration entre le Think Tank *Matières Grises* et Capgemini Invent, cabinet de conseil en innovation, stratégie et accompagnement des transformations, leader sur les questions de transformation digitale.

Le rapport qui suit a été élaboré à partir d'une réflexion menée par les équipes de Capgemini et *Matières Grises*, nourrie d'entretiens avec chacun des membres du Think Tank et d'autres opérateurs majeurs



sur le secteur du domicile notamment¹, au cours desquels les groupes ont exposé leur vision stratégique de la transformation numérique, leurs priorités en la matière, leurs chantiers en cours et leur niveau de maturité ainsi que les initiatives innovantes, propres à chacun.

Il s'agit donc de partager ici une lecture commune des enjeux, opportunités et points de vigilance de la transformation numérique du secteur du grand âge, en les illustrant d'exemples concrets, dans le contexte de préparation du projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie, et de conception opérationnelle du plan « ESMS numérique » annoncé en mai 2019 par la Ministre de la santé. Ce document se veut également un exercice de pédagogie et d'acculturation sur un sujet encore relativement peu approprié par les décideurs du secteur.

Il traitera successivement (i) **des systèmes d'information** des structures dont le caractère stratégique justifie de forts investissements soutenus et encadrés par la puissance publique ; (ii) **des dynamiques de transformation digitale des territoires**, animées par les Agences Régionales de Santé, qui ne peuvent désormais se permettre de laisser de côté le champ du grand âge, qui doit s'en sentir acteur et (iii) **des nouveaux services numériques**, dont le foisonnement rappelle l'importance de partir des besoins et des cas d'usage, et de structurer le marché par des démarches d'évaluation et de labélisation.

Et, finalement, cette étude proposera **une vision de ce que pourrait être une transformation numérique réussie dans le secteur du grand âge**. Et si c'était possible, en 2030 ?

1. Nous remercions à ce titre Maud COLLOMB, directrice adjointe et Jérôme ZOÏS, directeur des Systèmes d'information, de l'innovation et de la transformation digitale de l'Union Nationale ADMR ainsi que Hugues VIDOR, directeur général et David ZEISLER, responsable communication et partenariats d'Adessadomicile.

Numérique, digital, nouvelles technologies, ... : de quoi parle-t-on ?

Pour comprendre la distinction entre ces termes, évidemment étroitement liés, regardons dans notre rétroviseur.

Avec l'arrivée d'Internet dans les foyers dans les années 2000, les premiers ordinateurs font leur apparition, c'est le début du numérique, défini par l'Académie française, en opposition à analogique, comme « *le codage, le stockage, la transmission d'informations ou de grandeurs physiques sous forme de chiffres ou de signaux à valeur discrète* ».

Avec le numérique, arrivent les prémisses des réseaux sociaux : MSN puis Facebook puis tous les autres. De leur côté, les téléphones portables font leur apparition mais sont très vite remplacés par les smartphones et autres supports, qui donnent naissance aux applications mobiles. Et c'est avec ces dernières qu'est apparu le digital, qui vient de l'anglais « digit », qui se rapporte au mot « doigt » en français, issu de la racine latine digitus. Car c'est en effet avec notre doigt sur l'interface de l'écran qu'on manipule à présent nos données. Et à partir de là, les évolutions technologiques se sont développées autour du digital.

Ainsi, Anthony Mathé, docteur en science du langage, propose la distinction suivante : « *Numérique tend à renvoyer de fait au technologique, à la dimension discrète de la technologie. Digital semblerait concerner plutôt l'usager dans son expérience de cette technologie numérique.* » (source : blog du modérateur).

Bref, vous l'aurez donc compris : la transformation digitale est au cœur de la révolution numérique !



Partie 1

LE SYSTÈME D'INFORMATION, UN INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE PRIORITAIRE

Les « S.I. » (systèmes d'information) ne font généralement pas partie de la « zone de confort » des dirigeant(e)s et décideurs(-euses) du secteur du grand âge. Parfois vu comme un sujet technique appartenant à des spécialistes, ils ont pourtant une portée stratégique, la transformation numérique des politiques de santé concernant de façon de plus en plus prégnante le secteur.

L'indispensable transformation numérique du champ du grand âge, malgré un retard important, est donc un défi à relever dès aujourd'hui et collectivement, en alignant les efforts d'investissement et d'accompagnement des différents acteurs nationaux et locaux.

1.1 UNE TRANSFORMATION NUMERIQUE DEVENUE INDISPENSABLE

La notion de système d'information désigne un « ensemble organisé de ressources (matériel, logiciel, personnel, données, procédures...) permettant d'acquérir, de traiter, de stocker et de distribuer des informations dans et entre les organisations ». Lorsque l'on sait le caractère hautement stratégique de ces données qualifiées « d'or noir du 21^{ème} siècle », et que l'on mesure la forte imbrication du SI avec l'organisation de la structure, on comprend combien il est important que la question de l'avenir du SI soit pleinement investie par les décideurs(-euses), à l'échelle des organismes gestionnaires comme des politiques publiques. La FEHAP résumait d'ailleurs bien ces enjeux en soulignant dans un livre blanc que « l'introduction du numérique dans le parcours ne constitue pas tant une révolution technologique qu'une révolution organisationnelle »¹.

1. FEHAP & SYNTEC (2017), Livre blanc - Le financement de la transformation numérique du parcours de vie

ENTRE IMPULSION POLITIQUE ET RÈGLEMENTATION EXIGEANTE

Le système d'information des établissements et services pour personnes âgées, médico-sociaux en particulier, devient enfin **un objet de politique publique**. La feuille de route « Accélérer le virage du numérique », dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022, fait en effet une place au secteur médico-social à travers la mesure 20 qui prévoit « **un soutien aux systèmes d'information médico-sociaux et accompagnement au virage numérique, via un plan "ESMS numérique"** ».

Rappelons en effet qu'au-delà de crédits non-reconductibles et de démarches ponctuelles de certaines ARS, **aucun investissement massif n'a eu lieu jusque là pour l'informatisation du secteur médico-social** (exception faite du secteur de l'aide à



domicile²), contrairement au champ des SI hospitaliers³ ou du patrimoine bâti⁴.

Le fonds d'amorçage de 30 millions d'euros issus des fonds propres de la CNSA qui a été annoncé doit à présent être opérationnalisé. Et la suite de cette amorce doit être précisée, au regard de l'investissement total estimé entre 1,5 et 2 milliards d'euros sur 15 ans par le groupe de travail « SI » de la concertation « Grand âge et autonomie » conduite par Dominique Libault.

Le contexte politique et réglementaire est donc incitatif à présent mais également, par voie de conséquence, **porteur d'une exigence de professionnalisation** en ce qui concerne la sécurité des systèmes d'information⁵ et la protection des données personnelles⁶.

UNE EXIGENCE DE CONTINUITÉ DES PARCOURS QUI SUPPOSE UNE CONTINUITÉ DES INFORMATIONS

A l'intersection des champs d'intervention de différents secteurs (social, médico-social, sanitaire, libéral), l'accompagnement des personnes âgées fragiles nécessite le partage de la compréhension des situations individuelles et l'articulation des actions de chacun. **La continuité des parcours de vie dépend donc de la faculté des établissements et services à échanger régulièrement et de façon réactive des informations avec les acteurs de leur territoire.**

2. Le soutien de la CNSA à la modernisation de l'aide à domicile sous forme de subventions aux fédérations et aux Conseils départementaux, a notamment largement contribué à la généralisation de solutions de télégestion.

3. 400M€ pour « Hôpital numérique 2012-2017 » et 420M€ annoncés pour « Hop'en 2019-2022 »

4. Patrimoine bâti dont la rénovation est soutenue chaque année par le plan d'aide à l'investissement de la CNSA : 2,5 milliards d'euros depuis 2006

5. Cf. par exemple le mémento cybersécurité diffusé par la DGOS à destination des professionnels de santé

6. Cf en particulier le règlement général de protection des données (RGPD) entré en application en France le 25 mai 2018

Pour la Haute autorité de santé⁷, en effet, *« la mise à disposition pour les professionnels d'outils favorisant la qualité de leur action (...) passe notamment par le développement de systèmes d'information interopérables, qui font transiter dans le système des données structurées dans un environnement sécurisé. Une attention toute particulière doit être consacrée à la consolidation du numérique dans les secteurs social et médico-social, pour éviter les ruptures de prise en charge et améliorer la qualité des accompagnements grâce au numérique ».*

Alors que leur environnement partenarial est désormais doté de solutions informatiques de gestion de plus en plus abouties et utilisées, les structures pour personnes âgées se doivent de s'inscrire dans la même dynamique. **L'évolution vers des « établissements plateforme » ou « ressource » pour leur territoire est évidemment porteuse de cette exigence.**

UN LEVIER DE PERFORMANCE(S)

Les systèmes d'information sont un investissement stratégique, enfin, au titre de la performance qu'ils permettent. **Une performance sociale lorsque le SI est mis au service de la qualité des accompagnements** (meilleure traçabilité des soins, sécurisation, continuité informationnelle, aide à la décision, etc.) mais aussi de la qualité de vie au travail.

Les **bénéfices d'une informatisation des processus métier sont en effet nombreux**⁸. Parmi eux :

- l'aide à l'organisation ;
- l'automatisation permettant un gain de temps et un recentrage sur la relation d'accompagnement ;

7. Haute autorité de santé (2019), Rapport d'analyse prospective – Numérique : quelle (r)évolution ?

8. J-C Quideau (2017), Comment optimiser l'utilisation du dossier résident informatisé en EHPAD, thèse professionnelle (Toulouse business school)

- le partage et la sécurisation des informations ;
- la traçabilité des actes contribuant à leur valorisation et facilitant les échanges avec les familles ;
- l'outillage de la démarche qualité (indicateurs, pilotage, analyse des pratiques).

Un membre du Think Tank *Matières grises* a évalué que la mise à disposition du logiciel de soins sur des tablettes sur le chariot des soignants a permis d'économiser 1h par jour et par infirmier(e) sur le circuit du médicament, temps réinvesti dans la relation avec le résident et les transmissions au sein de l'équipe.

En permettant l'automatisation des fonctions support (gestion de la facturation, de la paye, commandes pour la restauration, etc.), enfin, le SI est **un levier de performance opérationnelle indispensable** à l'heure de la rationalisation de l'allocation des ressources aux établissements et services.

I UN OUTIL DE CONNAISSANCE

Le système d'information, en outillant les processus métier et support, **génère des données**. Celles-ci sont aujourd'hui **indispensables au pilotage des structures, à la connaissance des personnes accueillies et de leurs besoins** (qu'il convient non seulement de connaître mais de mieux anticiper), mais également à l'allègement des coûts de collecte des données pour l'analyse statistique du secteur (aujourd'hui élevés faute d'alimentation directe par leurs outils métier / SI opérationnels)⁹.

Or **les outils décisionnels sont à ce jour peu répandus et peu utilisés** dans les structures pour personnes âgées. Des indicateurs clés comme le taux d'occupation



Membre du Think Tank *Matières grises*, **le groupe Orpéa** est engagé dans **une démarche de valorisation de l'immense quantité de données dont il dispose**. Doté d'un logiciel (dit

« extract transform load ») permettant de collecter des données brutes en provenance de sources multiples pour ensuite les convertir dans un format adapté à un entrepôt de données et les y transférer, Orpéa peut produire des restitutions automatisées pour l'ensemble de ses établissements. Le socle est en place pour explorer les cas d'usage de l'intelligence artificielle sur ces données massives.

ne sont souvent disponibles qu'en temps différé alors qu'ils devraient pouvoir l'être en temps réel. **Progresser sur la dimension « décisionnelle » des SI médico-sociaux exige un important travail de structuration et d'amélioration de la qualité des données** (y compris celles des objets connectés qui doivent pouvoir alimenter le SI), afin de les rendre plus aisément exploitables et de renforcer la performance du SI dans sa capacité de calcul et d'aide à la décision.



Beausoleil AI (Artificial Intelligence) est un système expert développé par Steva sous forme de

plateforme totalement web permettant le **suivi quotidien d'indicateurs de vie** des résidents pendant leur séjour dans une Villa Beausoleil (durée et fréquence d'appel malade, participations aux activités, prise de médicaments, visites des proches, rapports médicaux, éventuels événements indésirables -hospitalisation ou chutes-, ...)

En exploitant ces données, un système d'intelligence artificielle permet de **suggérer aux équipes opérationnelles des moyens d'actions** pour accompagner au mieux les résidents.

Cette plateforme-système est en cours de développement en marque blanche afin d'être commercialisée à l'étranger notamment.

⁹. Rapport du groupe de travail « Données de gestion et interopérabilité des SI », Concertation Grand âge et autonomie (2019)



1.2 UN RETARD QUI MASQUE DES SITUATIONS TRÈS DIVERSES

Jusqu'à l'étude par l'ANAP en février 2019 des données du tableau de bord de la performance relatives aux SI des établissements et services médico-sociaux¹⁰, la connaissance de la « géographie du SI médico-social » était très faible. On la sait désormais « *complexe et contrastée* ».

I UN ÉTAT DES LIEUX CONTRASTÉ

Le champ « personnes âgées » accuse **un retard important dans l'adoption et l'usage de systèmes d'information par rapport au secteur hospitalier**, est en avance sur le secteur du handicap, mais se caractérise surtout par **une hétérogénéité entre les types de gestionnaires**.

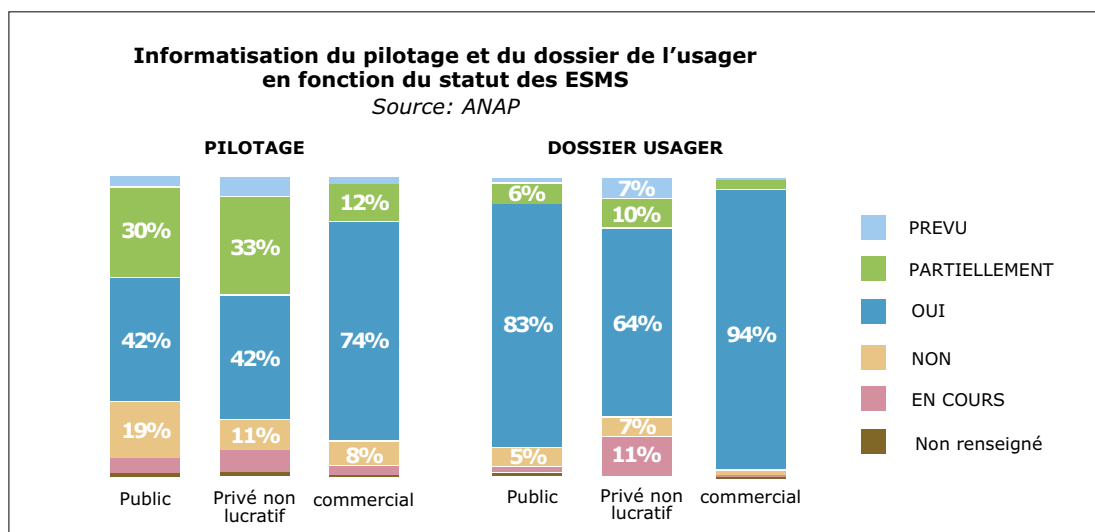
L'informatisation des fonctions « Pilotage » et « Dossier usager » est inégale selon le statut (le secteur commercial ayant pris un peu d'avance), et surtout selon **la taille des structures, qui est le critère le plus**

discriminant (le retard étant inversement proportionnel à la taille). L'ANAP souligne que l'appartenance à un groupe gestionnaire, permettant une mutualisation des investissements entre plusieurs structures (voir plusieurs centaines), joue favorablement pour l'informatisation des fonctions de gestion et la sécurité du SI, et défavorablement pour le dossier de l'utilisateur (probablement du fait de la complexité du projet qui suppose d'abord une harmonisation des processus métier).

Ce constat de situations très diverses entre organismes gestionnaires repose néanmoins sur des données à ce jour assez mal renseignées dans le tableau de bord. Voyons-y le signe de la faible acculturation aux questions SI et aux termes techniques évoquée précédemment.

L'ANAP fait le constat, confirmé dans le cadre de la présente étude, d'**une pénétration encore plus faible des outils numériques dans le secteur du domicile**, et de

10. ANAP (2019), Usage du numérique dans le secteur médico-social - 1er état des lieux national



la fréquence du phénomène dit « bring your own device » (BYOD) consistant pour les professionnels à utiliser leur téléphone personnel pour les besoins de coordination et d'organisation de leur travail.

LE CŒUR DE MÉTIER MAL COUVERT PAR LES SOLUTIONS NUMÉRIQUES

Lorsque l'on examine plus précisément les fonctions couvertes par les SI des établissements et services pour personnes âgées, on constate que les fonctions « cœur de métier », c'est-à-dire essentiellement le dossier du résident contenant les informations relatives à son projet de vie, son état d'autonomie, aux soins qui lui sont apportés, etc., sont moins bien couvertes par les SI que les fonctions de gestion (fonctions support). Ainsi, selon les estimations d'une ARS recoupées par celles d'un éditeur de logiciels métier, **15 à 20 % des Ehpad seraient très mal voire pas du tout informatisés concernant le dossier résident**¹¹.

Les adhérents de *Matières Grises* partagent en outre les constats suivants :

- **Les dossiers résidents ne couvrent qu'un périmètre partiel du cœur de métier** : souvent réduits à des informations relatives aux soins, ils ne sont que peu renseignés sur les volets « vie sociale » et « hygiène / hôtellerie » quand ces fonctionnalités existent, **ce qui en fait souvent des « dossiers patient » plus que des « dossiers résident »**. Ceci peut être lié à l'histoire de certains outils conçus d'abord pour le champ sanitaire, mais aussi à une méconnaissance par les professionnels de certaines fonctionnalités, et à la difficulté d'informatiser un objet aussi pluridisciplinaire et peu modélisé que le projet de vie des personnes âgées.

Comment s'organisent les grands groupes ?

S'agissant des adhérents de *Matières Grises*, **leur niveau d'équipement et de maturité est globalement élevé comparativement au reste du secteur**, dans le sens où tous sont dotés de dossiers résidents informatisés, en plus des SI de gestion. Ce constat est cohérent avec le portrait national dressé par l'ANAP.

Le choix de recourir à des solutions « sur étagère » est largement majoritaire, une partie des groupes ajoutant une couche de « customisation » des solutions. Plusieurs groupes ont également fait le choix d'intégrer des solutions externes, en les interfaçant avec leurs solutions existantes. Souvent, ils choisissent d'identifier une start-up et d'en faire un partenaire, ce qui permet d'adapter facilement la solution à leurs besoins spécifiques (chose plus difficile à réaliser avec un éditeur par exemple). **Le développement de solutions en interne est minoritaire bien que certains groupes assument totalement cette stratégie**, quand d'autres ont récemment décidé d'abandonner ces solutions pour des outils du marché.

L'analyse plus poussée des degrés de maturité des groupes fait **apparaître des situations diverses en termes de « points forts »**, certains ayant poussé assez loin la logique d'intégration des différentes composantes de leur SI, d'autres ayant fortement investi sur leurs infrastructures ou sur la cybersécurité, et d'autres encore ayant développé de façon volontariste des outils de participation et d'expression des professionnels et des usagers.

Une autre tendance identifiée **est le recours croissant à l'externalisation et au Cloud**, notamment le recours à des solutions SAAS (Software as a service). Certains acteurs ont même pris la décision de basculer au maximum en SAAS, même si cela reste rare sur le secteur.

11. J-C Quideau (2017), Comment optimiser l'utilisation du dossier résident informatisé en EHPAD, thèse professionnelle (Toulouse business school)



15 à 20 % des Ehpad seraient très mal, voire pas du tout informatisés concernant le dossier résident.



Pour assurer la déclaration et le suivi des événements indésirables graves, le Groupe ACPPA a développé en 2014 « e-vision », son propre outil de gestion et de traitement ciblé sur

l'amélioration continue et les risques. Alimenté sous forme de fiches et accessible à l'ensemble des collaborateurs, l'outil permet de recenser, classer et suivre les évolutions des événements, et d'analyser leurs causes et mettre en place un plan d'actions. Dans le droit fil de la certification Iso 9001 du Groupe, « e-vision » permet de mieux traiter l'information centralisée et partagée, d'améliorer l'écoute clients, et d'optimiser les réponses liées à la sécurité des accompagnements.

- **Les solutions des éditeurs ne donnent pas totalement satisfaction aux structures**, du fait d'une « difficulté à obtenir une adaptation des solutions à leurs besoins réels »¹², dont témoignent plusieurs groupes interrogés, que leur grande taille aurait dû mettre à l'abri d'une telle situation. Ceci explique leur choix de recourir parfois à des « outils maison » ou des « customisations » d'outils sur étagère pour prendre en main leurs besoins mal couverts.
- Soulignons enfin **le manque d'intégration (c'est-à-dire de communication entre eux) des outils de gestion et des outils « cœur de métier »**, cloisonnement que l'on retrouve entre les solutions des secteurs sanitaire et médico-social, et les SI pour l'hébergement médicalisé, l'hébergement à dominante hôtelière, et le domicile. Ainsi, un groupe gérant des établissements de différentes natures ne dispose pas de solutions communiquant entre elles, ce qui nuit à la continuité de l'accompagnement d'une personne entre les structures relevant pourtant du même gestionnaire. Ce manque d'intégration **constitue un handicap dans un contexte marqué par une diversification accrue des activités des groupes et des phénomènes de croissance externe** (rachats, fusions de groupes).

Bien que mieux couvertes par les solutions existantes, **les fonctions support présentent une complexité particulière dans le champ personnes âgées** qui nuit à la bonne adaptation des solutions ou à la réactivité des éditeurs pour les faire évoluer. Il est cependant raisonnable, dans une société capable d'envoyer une sonde sur Mars, d'attendre des SI qu'ils soient suffisamment performants et réactifs pour prendre en compte la réglementation

12. ANAP (2019), Usage du numérique dans le secteur médico-social - 1^{er} état des lieux national



complexe et évolutive impactant la facturation, la gestion documentaire, et la GRH dans ce secteur marqué par le turn-over et l'absentéisme.

DES FREINS SPÉCIFIQUES AUX STRUCTURES ISOLÉES

La taille critique insuffisante d'une grande partie du secteur, des Ehpad en particulier, est évidemment un frein à la constitution d'une fonction « SI » forte et structurée, capable de financer et de conduire des projets d'investissement et d'évolution des pratiques, et d'anticiper les investissements nécessaires. **L'absence globale de ressources SI dans les établissements** aux effectifs de fonctions supports très réduits se traduit par une faiblesse du pilotage stratégique de ces sujets et un manque de capacité d'ingénierie et de conduite de projet, qui ne font que creuser leur retard et compliquer leur dialogue avec les éditeurs. Ces derniers manquent souvent d'interlocuteur capable d'une expression de besoin structurée. On perçoit dans ce contexte combien **des ressources d'accompagnement sont nécessaires pour faire évoluer la situation**, dans le cadre d'une politique à construire au niveau national (DGCS, ANAP, ASIP, CNSA) et à déployer localement (GRADEs¹³, CREAL...).

Certaines structures d'accompagnement des personnes âgées, quelle que soit leur taille ou leur rattachement à un groupe, sont en outre situées sur des territoires ruraux, semi-ruraux ou péri-urbains caractérisés par leur faible couverture par le réseau haut-débit. Les membres de *Matières Grises* constatent ainsi combien les efforts d'informatisation de certaines de leurs structures peuvent être rendus insignifiants par un débit de connexion insuffisant et des lenteurs décourageant les meilleures volontés.

13. Groupement Régional d'Appui au Développement de la E-Santé



L'expérimentation « Hyphen » réalisée dans un EHPAD Korian a conduit à développer **une application**, disponible sur tablette, permettant de **réaliser une préadmission enrichie de l'expérience digitale**, et de susciter un **consentement plus éclairé** sur le projet de vie co-conçu avec le résident et ses proches.

L'outil numérique sert ensuite à s'assurer que le projet de vie est effectivement respecté et adapté si les besoins évoluent. Il permet en outre d'**échanger des informations avec le résident, avec son entourage ou entre professionnels**, assurant ainsi une meilleure traçabilité de la mise en œuvre du projet de vie, favorable à une confiance partagée.

Les solutions étant de plus en plus souvent centralisées auprès d'hébergeurs externes, **la performance du réseau devient un élément d'infrastructure crucial** pour accéder aux logiciels (nécessité de continuité et d'accès permanent sans aucune interruption). Le coût de l'installation de la fibre pour usages professionnels est identifié comme un frein à la mise à niveau des équipements des structures, dont certaines choisissent une fibre à usage domestique et la doublent par une solution en 4G pour la continuité de la connexion.

Certains groupes ont toutefois pris un peu d'avance sur le sujet : le groupe Colisée a équipé l'ensemble de ses établissements de bornes wifi (1600 bornes) depuis 2016. Le groupe de résidences services Domitys, quant à lui, est en phase de finalisation du déploiement de la fibre optique professionnelle (très haut débit dédié aux entreprises) au sein de ses infrastructures, en sus du réseau Wi-fi progressivement mis en place dans toutes ses résidences jusqu'aux appartements.



1.3 UN RETARD RATTRAPABLE... À CERTAINES CONDITIONS

DÉFINIR ET HARMONISER LES PROCESSUS MÉTIER

Comme évoqué en introduction, le thème « SI » peut paralyser certains acteurs métiers qui ne se sentent pas compétents. En réalité ils le sont, puisqu'un projet SI commence précisément par...le métier ! L'acquisition ou l'amélioration de solutions numériques doit préalablement passer par l'élaboration et le partage d'une cartographie des processus métier, et une harmonisation concertée de ceux-ci.

C'est tout particulièrement le cas dans un secteur marqué par un grand nombre d'acquisitions d'établissements, voire de groupes gestionnaires d'établissements. Il n'est pas rare, même plusieurs années après une acquisition, de constater des écarts de pratiques et l'utilisation d'outils numériques différents, au sein d'un même groupe. **Procéder à l'envers en plaquant un SI qui normalise les processus sur des pratiques métier diverses et non formalisées est le meilleur moyen d'aboutir au rejet des solutions par leurs utilisateurs cibles.** On comprend donc à quel point

partir des besoins des professionnels, de leurs habitudes de travail, des « irritants » à supprimer dans leur pratique quotidienne, est une condition essentielle de succès de toute démarche d'informatisation.

En outre, **il est pertinent d'inscrire le projet d'informatisation du cœur de métier dans une démarche d'établissement**, voire dans le projet d'établissement/de service lui-même, comme un facteur de qualité des accompagnements. Cela peut donner du sens à ce chantier potentiellement générateur de craintes, et renforcer le portage par la direction, également clé dans la réussite.

GUIDER LES GESTIONNAIRES AVEC DES RÉFÉRENTIELS NATIONAUX

Dans un secteur marqué par une grande diversité d'organisation et de pratiques sur le territoire, un facteur clé de succès réside dans **le partage d'un socle minimum de références** en matière de processus métier, de sémantique, de nomenclatures, de fonctionnalités

L'urbanisation

L'urbanisation consiste à organiser la transformation continue des systèmes d'information en cohérence avec la stratégie définie. L'urbanisation doit permettre de simplifier, optimiser la valeur ajoutée des services et les adapter aux évolutions. Théoriquement, toutes les parties au système doivent se référer au cadre d'urbanisme avant de prendre leurs décisions, en particulier les décisions d'investissement : c'est loin d'être le cas dans le champ de la santé.

Adef Résidences

Pour ADEF Résidences, **on part bien du métier pour construire le SI.** Le groupe a en effet **rapproché ses équipes en charge de l'organisation de celles en charge des SI avec un même directeur.** C'est l'harmonisation des processus et des pratiques, conduit par les équipes en charge de l'organisation, qui précède et embarque l'aspect SI, qui n'en est qu'une conséquence.

des solutions, **a minima pour le cœur de métier que constitue le dossier de l'utilisateur.** Le rapport Pon-Courry soulignait déjà le « *manque d'un schéma d'architecture cible des Systèmes d'Information en santé, assorti d'un schéma d'urbanisation fonctionnel et technique (...) [qui] se traduit [sur le terrain] par un foisonnement de projets parfois antagonistes et une dispersion des moyens humains et financiers disponibles* ». ¹⁴

Des référentiels nationaux doivent donc être rapidement coconstruits avec les représentants du secteur, à partir de l'existant (travaux de gestionnaires, des fédérations, des ARS etc.), pour définir le langage partagé qui permettra l'interopérabilité des solutions. **Une démarche de type « labellisation » des solutions SI respectant ces exigences minimales permettrait de mieux structurer le marché.**

Ces travaux nationaux doivent anticiper l'intégration croissante entre domicile et hébergement, entre sanitaire, social, médico-social et acteurs libéraux, et penser l'« urbanisation » de ces différents segments vers des parcours fluides soutendus par des usages numériques « sans couture ».

POUR LES GESTIONNAIRES DE PETITE TAILLE : MUTUALISER ET EXTERNALISER

Au regard du paysage décrit plus haut, **la mutualisation¹⁵ entre plusieurs structures voire organismes gestionnaires est une condition de faisabilité** des investissements nécessaires au rattrapage du retard du secteur. **Lorsqu'elle ne peut se faire à l'échelle de grands groupes, elle devrait pouvoir s'organiser à une échelle territoriale** (régionale par exemple avec les GRADeS), le cas échéant sous l'impulsion des autorités de financement qui disposent de leviers incitatifs à l'émergence de telles dynamiques (contractualisation pluriannuelle notamment), comme vient de le faire l'ARS Bretagne dans un appel à candidatures.

Cette mutualisation, indispensable pour réduire les coûts actuels par des économies d'échelle, l'est aussi et surtout pour faire face à l'augmentation des exigences pesant sur le SI, notamment en matière de sécurité, qui auront tendance à accroître fortement les coûts futurs et le besoin de compétences informatiques spécialisées (rares et très prisées).

¹⁵ Définition de l'ANAP : « la mise en commun d'objectifs, qui se décline, dans le cadre d'une gouvernance commune et dédiée, en la mise en commun de toute phase d'un projet ou service du SI, dans laquelle chacune des parties prenantes y trouve un avantage, et qui permet, en dépassant un seuil critique, d'atteindre des ambitions plus grandes (faisabilité du projet, niveau de service accru, etc.), à coût marginal décroissant et qualité accrue ».

¹⁴ Dominique Pon et Annelore Courry (2018), Stratégie de transformation du système de santé - Accélérer le virage numérique (rapport final)



Combinée ou non à la mutualisation, l'« infogérance », qui consiste à externaliser auprès d'un tiers tout ou partie du SI dans le cadre d'un contrat, a elle aussi un intérêt. Cependant, comme souligné dans la publication de l'ANAP à ce sujet, « *en l'absence totale de compétences SI en interne, l'externalisation complète du SI pose des difficultés pour piloter efficacement des prestataires externes. La définition des besoins et le contrôle du prestataire nécessitent un niveau minimal de maîtrise en interne de la fonction externalisée* ». En outre, l'externalisation implique certains risques¹⁶ (de perte de maîtrise du SI, de vulnérabilités liées à la possibilité d'interventions à distance ou de contagion en cas d'attaques), qui sont mieux maîtrisés par des structures aux compétences solides. C'est pourquoi il est **recommandé de combiner mutualisation et externalisation**.

Enfin, la mutualisation peut être pensée dans **un rapport de négociation entre les acheteurs de solution et les éditeurs**. Le marché est en effet globalement assez atomisé, que ce soit du côté des acheteurs ou des éditeurs... ce qui ne pousse bien évidemment pas les éditeurs à investir massivement dans des dépenses de recherche et développement pour accompagner (voire anticiper) l'évolution des besoins de leurs clients. Pour les acheteurs, cela les place dans une position de relative faiblesse lors de l'expression de leurs besoins : ils sont souvent dépendants du calendrier de l'éditeur. C'est la raison pour laquelle **ce secteur développe de plus en plus le concept de clubs utilisateurs**, forme de regroupement des acheteurs, qui leur permet de gagner en pouvoir d'influence par rapport à l'éditeur. Cela peut permettre de structurer les expressions de besoins, de les hiérarchiser, et de faciliter leurs déclinaisons en spécifications fonctionnelles.

16. ANSSI (2010), Maîtriser les risques de l'infogérance

METTRE LE SECTEUR À NIVEAU À L'AIDE D'INCITATIONS ET D'APPUIS FINANCIERS

Compte tenu de la tension sur les ressources de fonctionnement des structures, et de leur taille critique, **des moyens d'accompagnement - y compris financiers - sont nécessaires pour encourager la mise à niveau des infrastructures** (serveurs, réseau, postes de travail), accroître les ressources d'ingénierie des équipes de direction, et prévoir un accompagnement du changement conséquent et dans la durée. De même que le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI) de la CNSA contribue depuis 13 ans à la rénovation et à la restructuration des établissements et services médico-sociaux sur le plan du bâti, des aides à l'investissement dédiées aux SI devraient être dégagées et attribuées en priorisant les structures les plus en retard, à condition que celles-ci engagent des démarches de mutualisation.

La contractualisation pluriannuelle (CPOM) peut constituer un vecteur de soutien et d'incitation des structures à moderniser leur SI. **L'intégration d'indicateurs** relatifs à l'équipement puis aux usages effectifs du SI **dans le futur référentiel national d'évaluation externe** pourrait également constituer un levier supplémentaire en ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux.

L'introduction d'aides à l'investissement pour les projets SI **dote également les pouvoirs publics d'un levier d'orientation des choix des gestionnaires**, à travers les critères d'attribution des aides (temps d'appropriation et dispositif d'accompagnement du changement suffisant, degré d'usage effectif, par exemple), comme



© Groupe ACPPA



Résidence du Lys © Domidep



le soulignent la FHF et la SFGG dans leur récent travail pour la filière Silver Économie¹⁷. Dans leur rapport, Dominique Pon et Annelore Coury recommandaient quant à eux de prioriser « *les fondations du système d'information (compétences informatiques, équipements matériels, dossier d'utilisateur, fondamentaux de sécurité, INS / NIR, messagerie sécurisée)* ».

CENTRER LA CONCEPTION DES SI SUR LES UTILISATEURS

Si la conception « avec et par les futurs utilisateurs », préconisée par le groupe de travail de la concertation « Grand âge et autonomie », peut sembler évidente, elle n'en est pas moins un ingrédient souvent manquant des démarches d'acquisition ou de renouvellement de solutions SI. **Les profils métier** notamment, dont l'ANAP souligne dans son état des lieux de début 2019 qu'ils ne sont encore que 57 % à être équipés de matériel numérique (contre 96 % pour les profils gestionnaires), doivent être **étroitement impliqués à toutes les étapes des projets SI**.

L'enjeu d'inclusion numérique implique **des efforts d'acculturation, de médiation¹⁸ et de formation, y compris au plus haut niveau**, pour favoriser cette implication. Ce sont non seulement **les futures fonctionnalités du SI et son ergonomie**, qui nécessitent le regard des professionnels, **mais aussi les données qu'il sera amené à produire et les restitutions dont chacun a besoin** pour piloter son action à son niveau et donner du sens à l'exercice de saisie. Ainsi, les adhérents de *Matières Grises* partagent le constat d'une certaine insuffisance des démarches de conduite

du changement, alors même que la co-conception de la solution en est la première étape.

S'agissant des usages des professionnels, les solutions mobiles type tablettes sont à privilégier : elles permettent un gain de temps par la saisie et consultation de données en direct auprès du résident. Des solutions de reconnaissance vocale permettraient également de gagner beaucoup de temps de saisie. L'expérience montre que l'utilisation d'équipements mobiles au sein des structures (tablettes, zapettes, ordinateurs fixés aux chariots pour les IDE) améliore grandement l'utilisation du dossier résident informatisé. A terme **les appareils connectés** doivent permettre d'économiser des temps de saisie en recueillant et transmettant directement des données comme les constantes des résidents dans les établissements médicalisés.

Penser les usages du SI est également une exigence concernant les personnes âgées elles-mêmes, ainsi que leurs proches. Qu'il s'agisse de portails facilitant leurs démarches ou leur accès à l'offre de services, ou de solutions simplifiant la coordination avec les familles, ce sont bien les usagers eux-mêmes qui expriment le mieux leurs attentes. Un accès à des solutions permettant aux personnes de décider de leur emploi du temps, de choisir leur repas, de visualiser leur dossier, etc. constitue **un levier de « pouvoir d'agir » (empowerment) pour les personnes, en incarnant leur pouvoir de décider de ce qui les concerne**.

Au regard de l'enjeu d'accessibilité des outils aux personnes fragiles, on ne peut ici qu'appuyer la recommandation de la Haute autorité de santé de « *mettre à disposition de l'ensemble des acteurs un corpus de règles permettant d'assurer l'accessibilité des sites d'information et*

17. Marc Bourquin (FHF) et Jean-Pierre Aquino (SFGG) (2019), Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées, analyse conduite pour la filière Silver Économie

18. Cf. la préconisation de la HAS (2019), Rapport d'analyse prospective – Numérique : quelle (r)évolution ?

de démarches en santé et en accompagnement social et médico-social, notamment en respectant les règles de littératie ». **L'enjeu est que le numérique permette « l'engagement de l'usager du système de santé et l'accompagnement social dans son propre parcours de santé ou de vie ».**

NE PAS SOUS-ESTIMER L'ENJEU CENTRAL DE LA SÉCURITÉ

Enfin, sur le chemin de la maturité SI, se pose la question de la cybersécurité. A ce titre, certains acteurs, à l'image du groupe ORPEA, ont obtenu la certification ISO 27001 « Management de la sécurité de l'information », reconnaissance des résultats exemplaires en matière de cybersécurité. Mais c'est l'ensemble du secteur du grand âge qui doit **prendre au sérieux les enjeux de sécurité et en faire une question transversale en impliquant les acteurs métier.**

Pour Philippe Loudenot, Fonctionnaire de Sécurité des Systèmes d'Information (FSSI) du Ministère des Solidarités et de la Santé, « les établissements de santé et du médico-social sont, au sein du périmètre du ministère de la santé, le secteur le plus pauvre en matière de sécurité informatique ». Il souligne combien « le risque en matière de cybersécurité est désormais clairement présent. Le sous-estimer, ou ne pas le prendre au bon niveau, constitue ainsi une menace pour l'avenir d'une organisation. Malgré cela, de nombreuses organisations continuent à n'envisager la cybersécurité que dans le champ du service ou de la direction informatique. Cela doit changer. (...) La cybersécurité n'est plus un risque informatique mais un risque lié au métier ».



Le groupe SOS Seniors s'est beaucoup investi sur **la question de l'intégration de nouveaux établissements** et leur appropriation des outils métier. Il **désigne dans ses structures des professionnels « tuteurs »**, experts chargés d'accompagner leurs pairs (directeurs, soignants, secrétaires) dans la prise en main des solutions développées.

L'enjeu est que le numérique permette « l'engagement de l'usager du système de santé et l'accompagnement social dans son propre parcours de santé ou de vie ».

Source : « Numérique : quelle (R)évolution ? », HAS 2019



ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Pour les groupes membres du Think Tank *Matières grises*, la dimension stratégique des systèmes d'information fait consensus, mais les solutions concrètes ne sont pas encore toutes à la hauteur des enjeux. Leur dimension nationale confère à ces groupes une vue d'ensemble et comparative des dynamiques territoriales et contribuent à **leur conviction partagée qu'un socle minimal de référentiels nationaux doit être partagé** pour favoriser la cohérence des choix régionaux, l'interopérabilité des SI et faciliter leur intégration. **Un cadre national partagé contribuerait en outre à structurer un marché dont un grand nombre de gestionnaires s'accorde à dire qu'il n'est pas suffisamment à l'écoute des besoins des clients.**

La montée en compétence SI que permet la mutualisation liée à la taille de ces groupes doit inspirer des **dynamiques plus larges de mutualisation entre structures**. C'est en renforçant et en professionnalisant la fonction SI et en dotant les structures de ressources partagées d'ingénierie et d'expertise que le retard du secteur aura une chance d'être rattrapé.

Intégration, interopérabilité facilitant les échanges, mutualisations et partenariats territoriaux... **En d'autres termes, la transformation numérique va de pair avec la transformation de l'offre, et elle en est au cœur.**

L'échelon territorial est le bon pour engager de telles dynamiques pour les établissements isolés, dès lors qu'il peut s'inscrire dans un cadre stratégique et s'appuyer sur des référentiels nationaux. La partie qui suit approfondit précisément cet enjeu de l'inscription des SI des établissements et services dans leur environnement.





Partie 2

LE NUMÉRIQUE AU SERVICE D'UNE MEILLEURE COORDINATION TERRITORIALE

Utiliser le numérique pour mieux coordonner la prise en charge des usagers et patients ? L'idée n'est pas nouvelle mais les nombreuses initiatives engagées depuis plus d'une décennie demeurent inabouties, très inégalement développées d'un secteur et d'un territoire à un autre, et généralement mal identifiées par les acteurs de terrain, particulièrement dans l'accompagnement du grand âge. Or les atouts du numérique pour une meilleure coordination des prises en charge sont difficilement contestables. Alors comment conforter son utilité pour les professionnels et les usagers, et faire en sorte que ces outils soient utilisés ?

2.1 UN PROCESSUS ENCLENCHÉ MAIS PLUS LENT SUR LE GRAND ÂGE

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie fut le point de départ du projet de dossier médical partagé, un des piliers des dispositifs de coordination en santé. De nombreuses autres initiatives ont depuis été engagées pour développer la coordination grâce au numérique et le mouvement s'est particulièrement accéléré au cours des dernières années.

UN DÉCOLLAGE PROGRAMMÉ DEPUIS LONGTEMPS ET BIEN AMORCÉ

On constate ainsi une véritable prise de conscience de la nécessité d'accélérer la transition digitale, **encouragée par les politiques publiques nationales, et ce, particulièrement au cours des cinq dernières**

années. Les expérimentations Territoires de Soins numériques (TSN) et le programme national PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) lancés en 2014, ou encore l'initiative 23 du Grand plan d'investissement de l'Etat annoncé la même année (« accélérer la transition numérique du système de santé afin d'assurer une prise en charge coordonnée ») sont autant de signaux positifs en la matière.





Les opérateurs du grand âge ont tout à gagner des SNAC pour mieux prévenir et accompagner la perte d'autonomie.

LA MULTIPLICATION DES INITIATIVES, LA NAISSANCE DES SNAC

Le **programme E-parcours** lancé par le ministère de la santé en 2017 et repris dans la récente stratégie « Ma santé 2019-2022 », et la feuille de route « Accélérer le virage numérique », ont plus particulièrement pour but d'adresser l'enjeu territorial, en accompagnant sur la période 2017-2021 la mise en œuvre de SNAC (services numériques d'appui à la coordination en santé - voir page suivante) pour faciliter les échanges d'informations.

Cinq régions se sont engagées dans la création de ces services avec l'impulsion du programme TSN : l'Île de France avec TERR-eSANTÉ ; la Bourgogne-Franche-Comté avec eTICSS ; la Nouvelle-Aquitaine avec XL ENS ; l'Océan Indien avec OIIS et enfin, l'Auvergne-Rhône-Alpes avec PASCALINE. Mais **toutes les régions ont engagé la démarche** sous l'impulsion des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS¹) agissant en assistance à maîtrise d'ouvrage pour le compte des ARS.

I UNE OPPORTUNITÉ CONFIRMÉE...

C'est prouvé : une coordination territo-

riale renforcée grâce à l'outil numérique constitue un vrai gain de temps pour les équipes (meilleure coordination opérationnelle) et procure un effet vertueux sur la prise en charge globale de l'usager (meilleure coordination de son parcours), en particulier lorsque ce dernier est une personne âgée.

Les SNAC favorisent en effet un accompagnement global et décloisonné de la personne âgée. Les opérateurs du grand âge ont donc tout à gagner des SNAC pour **mieux prévenir et accompagner la perte d'autonomie** ; ces services digitaux de coordination permettent en effet sur ce champ spécifique d'activité :

- **D'apporter la réponse la plus adaptée au bon moment**, grâce au partage d'annuaires décrivant l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale disponible dans chaque région (le ROR – répertoire opérationnel des ressources) et à des outils d'orientation communs (ViaTrajectoire et ses 3 modules sanitaires, Grand-Age, Handicap²). Ils permettent d'optimiser à la fois la prise en charge des usagers et l'analyse de leurs besoins en recourant plus facilement à des dispositifs d'évaluation gériatrique par exemple (en EHPAD, en SSR, en hospitalisation de jour).
- **D'améliorer l'expérience de la personne âgée et ses proches**. Les SNAC ont en effet le grand mérite de faciliter l'accès à **l'information** (information centralisée, possibilité de recherches ciblées, de filtres, d'alertes personnalisées...) et de faciliter les **démarches administratives** selon la logique du « dites-le nous une fois » (mémoire et traçabilité des informations partagées).
- **D'améliorer la cohérence des interventions et de recentrer les interventions des professionnels de santé sur leur cœur de métier** grâce à des

1. Instruction no SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

2. Pour trouver, par exemple, des lits et places en SSR, HAD, USP, EHPAD, USLD...

Les SNAC, qu'est-ce que c'est concrètement ?

Les **Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC)** en santé **sont destinés à outiller toutes les organisations** intervenant dans l'accompagnement des usagers et des patients. L'instruction du 10 janvier 2017 distingue **trois types de SNAC** :

Les SNAC s'adressent aux professionnels de santé et aux usagers. Mais pas uniquement ! Les SNAC doivent outiller également **les dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC)**.

SERVICES NUMERIQUES SOCLES, incontournables pour engager la dynamique de coordination par le numérique:

- Référentiels d'identification des acteurs du parcours (annuaires, Répertoire Opérationnel des Ressources - ROR, ...) et des patients/usagers
- Services de partage d'information (Dossier Médical Partagé - DMP ou Messagerie Sécurisée de Santé - MMS)
- ...

SERVICES DE GESTION DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION

- Repérage, évaluation du patient/usager
- Plan Personnalisé de Santé (PPS) dynamique, cahier de liaison
- Dématérialisation du circuit du médicament (PeM2D)
- ...

AUTRES SERVICES COMPLEMENTAIRES, qui enrichissent l'accom- pagnement de l'utilisateur

- Objets connectés, télésurveillance médicale, domotique;
- Éducation thérapeutique, e-learning, serious game;
- Exploitation de données (analyse des parcours)
- ...

DAC ?

Ces dispositifs d'Appui à la Coordination des Parcours sont nombreux et peu lisibles : Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Méthode d'Action Intégration Autonomie (MAIA), réseaux, plateformes territoriales d'appui (PTA),... Le projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé prévoit d'**unifier ces DAC**.

L'exemple de la Nouvelle-Aquitaine

En Nouvelle Aquitaine, une Cellule de Soutien Territoriale (CST) a été constituée pour préfigurer la constitution des 12 PTA, qui appuient la coordination de près de 10 000 utilisateurs Professionnels, pour plus de 70 000 bénéficiaires :

- Intégration d'un centre d'appel
- Gestion des demandes d'appui provenant de multiples canaux (mails, téléphone, etc.)
- Gestion de tâches du DAC (fonctions d'organiser et suivi)
- Gestion des ressources humaines et techniques du DAC
- Supervision du DAC et contrôle de la qualité de service
- Connaissance cartographique des ressources du territoire, en lien le ROR
- Suivi d'usage des services du DAC afin d'améliorer le service rendu
- Un appui à l'organisation des activités d'animation sur le terrain

SNAC, DAC,... et les GRADeS dans tout ça?

Créés par l'instruction du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région, les **Groupement régionaux d'appui au développement de l'e-Santé (GRADeS)** assurent le développement de la e-santé au sein des régions afin de répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et du parcours du patient sur le territoire.

Concrètement, ce sont les opérateurs e-santé préférentiels des ARS, avec qui ils entretiennent une logique d'engagement réciproques. Ils portent des missions d'intérêt général et deviennent des acteurs institutionnels de la santé numérique en région.



échanges facilités entre secteurs (sanitaire, médico-social, social, libéral, dispositifs d'appui à la coordination) grâce au renseignement de dossiers partagés (DMP, dossier polyvalent de coordination, plan personnalisé de santé). Ils permettent ainsi un gain de temps pour les professionnels de santé : information accessible et centralisée, pas de double saisie, aide à la décision (notifications, alertes, appui au diagnostic et à la décision) ...

Les outils numériques ont un impact fort sur l'amélioration de la coordination des prises en charge. Pourtant, ils demeurent inaboutis, et très inégalement développés en fonction des secteurs et des territoires.

Réfléchir aux conditions à réunir pour observer ces bénéfices demande dans un premier temps de mieux comprendre les raisons pour lesquelles ces SNAC sont aujourd'hui sous-utilisés.

...SOUS EXPLOITÉE, NOTAMMENT PAR LE GRAND ÂGE

Il ne fait aucun doute : les outils numériques ont un impact fort sur l'amélioration de la coordination des prises en charge. Pourtant, ils demeurent inaboutis, et très inégalement développés en fonction des secteurs (sanitaire, médico-social, social, libéral) et des territoires, une certaine autonomie étant laissée aux Agences Régionales de Santé (ARS) et Conseils départementaux.

Il est par ailleurs frappant de constater que **les acteurs de terrain connaissent peu l'ensemble des services à leur disposition**, ou qu'ils ne les considèrent pas utiles, tout particulièrement dans l'accompagnement du grand âge. La conséquence est que **le recours à ces services est globalement faible en France**.

Les principaux groupes du **secteur du grand âge ne sont en effet impliqués que marginalement** dans les expérimentations menées localement sous l'égide des ARS et des GRADeS. Plus exactement,

le secteur sanitaire (et donc la prise en charge de l'aigu : urgences, services gériatriques, médecine polyvalente, chirurgie...) est quant à lui fréquemment associé via les groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui certes assurent une activité médico-sociale, mais celle-ci est traitée de façon marginale à l'heure actuelle dans le développement des SNAC.

Ce constat étayé au sein du Think Tank peut notamment s'expliquer par un double fonctionnement en silo : entre, d'une part, les secteurs sanitaire et médico-social (au détriment d'une approche globale) et, d'autre part, entre les acteurs publics et les acteurs privés.

Pourtant, le secteur du grand âge est caractérisé par **une complexité grandissante des situations des personnes âgées en perte d'autonomie** du fait de l'intrication de plus en plus fréquente de différentes sources de vulnérabilités et de difficultés pour les personnes, rendant l'accompagnement « mono-sectoriel » de plus en plus souvent insuffisant. Au contraire, c'est désormais un accompagnement global et personnalisé qui doit être privilégié via l'élaboration de projets individuels notamment, et il est évident que la recherche de fluidité des prises en charge exige une approche de plus en plus intégrée (soignante, éducative, sociale, etc.), davantage construite avec son environnement.



2.2 L'INDISPENSABLE ACCÉLÉRATION DU MOUVEMENT, SOUMISE À CONDITIONS

Pour accélérer le développement des SNAC et en assurer l'usage par les acteurs de terrain, il faut agir en priorité sur certaines conditions structurantes.

I FAVORISER LA COOPÉRATION

La frontière entre coopération et concurrence s'avère bien mince dans le champ de la santé³. Que les structures relèvent du lucratif ou non, elles peuvent être amenées à valoriser un avantage compétitif, un particularisme, dans un double objectif : réduire leurs coûts et améliorer la qualité de la prise en charge.

Pour autant, de nombreux exemples tendent à objectiver que la coopération peut également être gage d'efficacité et donc de maîtrise des coûts ; par exemple pour :

- **Cofinancer le développement de solutions digitales particulièrement coûteuses**, permettant de mieux maîtriser les budgets R&D et SI.
- **Faire en sorte que les informations relatives aux besoins et au projet personnalisé de l'usager le suivent tout au long de son parcours**, notamment en cas de changement de lieu d'hébergement permanent, dans une société où la fidélisation est remise en cause corollairement à l'augmentation de l'exigence des usagers ; ou encore pour optimiser un hébergement temporaire (simplification de l'admission, mise en place réactive des accompagnements...).

Ainsi, la « **coopétition** » des établissements et services de santé (néologisme développé

dès les années 90 pour caractériser des concurrents amenés à coopérer) doit être davantage encouragée en s'appuyant sur l'approche territoriale qui en est le premier gage, mais aussi sur des leviers incitatifs, financiers en particulier.

L'évolution des modes de financement est à ce titre nécessaire, dans une approche moins segmentée et moins cloisonnée entre les soins de ville, l'hospitalier (fondé en partie sur la tarification à l'activité) et le médico-social. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations reposant sur des modes de financement dérogatoires (projets « article 51 »). C'est une ouverture très claire pour une **approche « value-based care »**, fondée sur la mesure des résultats, davantage que sur la mesure des ressources engagées (un acte, une consultation...).

C'est précisément ce dont a besoin **le secteur du grand âge pour pouvoir agir en fonction de logiques populationnelles, territoriales**, et répondre ainsi aux enjeux de la perte d'autonomie, de la prise en charge des polypathologies, du développement des maladies chroniques. Ces logiques rendent quasi **nécessaire l'intégration des projets dans l'environnement numérique territorial et national**.

L'orientation de **fonds publics** en faveur de la **digitalisation du secteur du grand âge** doit permettre d'accélérer la transition numérique. C'est le sens de l'action 20 Feuille de route « Accélérer le virage du numérique » : **Soutien aux systèmes d'information médico-sociaux et accompa-**

3. « La santé, un nouveau territoire pour la coopétition ? », XXVIIe Conférence Internationale de Management Stratégique, Juin 2018

gnement au virage numérique, via un plan « ESMS numérique ». L'enjeu est considérable car il faut disposer de prérequis (infrastructures, dossier résident informatisé (DRI), dossier de liaison d'urgence (DLU) numériques, connecteurs...) pour s'intégrer dans un environnement numérique régional.

Dans ce rôle « incitatif » du financement, il est plus que temps d'adopter une **vision systémique et intersectorielle**. Par exemple, comment faire en sorte qu'un **médecin traitant** ait un intérêt, une incitation, à remplir systématiquement, ou consulter, un DMP ? C'est une problématique persistante qu'il est tout particulièrement important de traiter dans la prise en charge des personnes âgées.

CRÉER UN ENVIRONNEMENT NUMÉRIQUE INTEROPÉRABLE, SÉCURISÉ ET URBANISÉ

Le nerf de la guerre d'une coordination territoriale basée sur le numérique est sans conteste **la circulation d'informations fiables et lisibles**. Cette dernière est conditionnée à la possibilité pour les différents systèmes d'informations utilisés sur un territoire de communiquer entre eux. Il n'a en effet jamais été envisagé d'imposer un système d'information unique, intégré. Le défi est donc de **garantir l'interopérabilité** des SI qui doivent utiliser un **langage commun** tant sur le fond (**normes** documentaires et référentiels harmonisés) que sur la forme (format des projets personnalisés et des transmissions par exemple). Au-delà de cet alignement nécessaire, il convient de favoriser « une **harmonisation des outils et usages** par une politique positive et moins coercitive », via le développement de **référentiels socles**⁴.

4. Cette préconisation se retrouve notamment dans le rapport du groupe de travail « données de gestion et interopérabilité des SI », de la concertation « Grand Âge et Autonomie »

Le nerf de la guerre d'une coordination territoriale basée sur le numérique est sans conteste la circulation d'informations fiables et lisibles.

Une première brique a été posée en la matière, à travers le Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS) développé par l'ASIP Santé à partir des cas d'usage métiers et en s'appuyant en priorité sur des normes et standards internationaux robustes.

Pour aller plus loin, l'enjeu est double : **s'assurer du déploiement et de la bonne utilisation des référentiels d'ores et déjà harmonisés** ; en parallèle dédier des **ressources pour élaborer les référentiels manquants**.

Pour « *décloisonner les SI à travers une véritable **interopérabilité opérationnelle*** »⁵, une démarche d'urbanisation des systèmes d'information, en particulier dans

5. Cf travaux du groupe de travail « données de gestion et interopérabilité des SI »

L'interopérabilité

L'interopérabilité c'est « l'aptitude de plusieurs unités fonctionnelles à coopérer pour traiter des données » (ISO/IEC 2382-18:1999). Plus largement elle vise à garantir la capacité d'un système à fonctionner avec d'autres produits ou systèmes. Elle suppose la définition de normes communes qui permettent d'élaborer des interfaces entre systèmes, si possibles stables et partagées.



ENRS

Un espace numérique régional de santé est constitué de l'ensemble des services de télésanté disponibles dans une région. Il est piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale (GRADeS) et porté institutionnellement par les ARS

le secteur du grand âge, doit parallèlement être engagée. Elle a pour objet d'apporter de la **cohérence entre les différents échelons** : conseils départementaux, ARS, État, opérateurs (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, libéraux), les dispositifs de coordination. Les règles d'interopérabilité doivent être définies de façon pragmatique, ce qui veut dire en particulier garantir leur **accessibilité aux éditeurs**, aux acteurs interve-

nant dans la prise en charge des personnes âgées. Par exemple, les modèles et nomenclatures des objets de santé (MOS-NOS) définis par l'ASIP, qui permettraient d'améliorer considérablement l'interopérabilité entre systèmes, sont peu appliqués car ils supposent aujourd'hui une saisie à la main dans les systèmes d'information.

Cela implique également de rendre interopérables les outils existants, ou les nouveaux outils, avec l'ensemble des **SNAC et surtout avec leurs services socle** (DMP, la MSS...). L'interopérabilité avec les **espaces numériques régionaux de santé** (ENRS) deviendra également incontournable dans les prochaines années, en particulier concernant les Plateformes de télémédecine.

A cet égard, **la diversité des solutions de télémédecine ne doit pas constituer un frein à leur généralisation**. De nombreux opérateurs gestionnaires de structures (en particulier EHPAD) intervenant sur différentes régions considèrent que la **diversité des approches entre régions** (mode de fonctionnement par appels à projet et donc variété des approches d'une ARS à l'autre) peut constituer un frein. Sans imposer une solution nationale unique, il est probablement possible de faire converger progressivement les solutions. A cet égard, **les incitations financières publiques croissantes**, via les appels à projet des ARS notamment, devront veiller à cette mise en cohérence des solutions, condition *sine qua non* pour maîtriser le risque du foisonnement d'expérimentations silotées.

Ce développement devra apporter une attention particulière aux enjeux de **sécurité**. En effet, les **données de santé** sont particulièrement sensibles, et les acteurs du secteur du grand âge présentent des maturités très hétérogènes sur la cybersécurité (équipements, compétences, processus...), comme nous l'avons évoqué précédemment.





Luce © Groupe Senioriales



Saint Cyr Au Mont d'Or © Groupe Steva - Laurent Danquigny



ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Plus les informations qui circulent seront complètes, fiables et donc utiles, plus les usages se développeront car **le numérique appelle le numérique. Comment sortir alors de cette phase de transition qui ne cesse de durer ? Comment accélérer le mouvement sans attendre des financements complémentaires, la bonne application de normes et de référentiels ?**

A court terme : des actions rapidement à la portée du Grand Âge

Si les conditions définies précédemment donnent toute la mesure du chemin à parcourir pour une coordination territoriale digitalisée particulièrement effective, des défis s'avèrent dès à présent plus accessibles et devraient mobiliser l'attention et l'énergie des acteurs engagés sur le secteur du Grand Âge.

Le pari de la **mutualisation des ressources digitales territoriales** pourrait être gagnant sur certains services, dans une logique de **gagnant-gagnant**. La digitalisation induit des investissements importants. Ce constat devrait encourager la mutualisation de certaines dépenses.

Elle pourrait par exemple se concrétiser dans le domaine de la **formation**, un levier RH clé dans le secteur de l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie. Les outils digitaux en la matière présentent le double avantage d'être activables de manière souple et de proposer des modes innovants et ludiques d'apprentissage. Afin de respecter l'ADN des groupes et atouts concurrentiels de chacun, tous les aspects de la formation ne peuvent évidemment pas être mutualisés. Cette solution serait particulièrement pertinente sur un socle commun, concernant certains gestes de base (ex : la prévention des troubles musculo squelettiques fréquemment mentionnée) ou encore la réglementation. Concevoir des **plateformes territoriales de formation permettrait de mutualiser les coûts et d'harmoniser les pratiques lorsque cela a du sens**.

Un outil digital mutualisé pourrait également constituer un formidable levier d'optimisation dans le **domaine des ressources humaines**, en facilitant par exemple la gestion des **remplacements** (une problématique particulièrement chronophage pour le personnel d'encadrement des structures), la **prise de rendez-vous** chez un professionnel de santé, la gestion des **plannings** (ex : tournée à domicile), etc. L'impact immédiat de cet outillage est de permettre aux équipes d'encadrement de se recentrer sur des tâches à forte valeur ajoutée pour le fonctionnement et l'attractivité de leur structure. Les **dispositifs d'appui à la coordination** auront à terme ce rôle à jouer mais dans la phase de transition, des initiatives collaboratives pourraient permettre de tirer pleinement le bénéfice du digital.



Sauter le pas... pour de vrai

Pour exploiter tout le potentiel de l'utilisation du numérique pour une meilleure coordination territoriale, il est plus que temps d'adopter une approche à la fois ambitieuse et pragmatique. Ce en s'impliquant pas à pas dans la résolution d'obstacles structurants ; également en investissant à court terme dans un **outillage digital interopérable** d'ores et déjà à la portée du secteur. Cela implique d'optimiser les **modes de financements publics** et **l'investissement privé**. Cela induit également une attention particulière à apporter en termes de **conduite du changement** ; car plus qu'un autre secteur, la transformation numérique à l'échelle territoriale transformera les pratiques et les usages en profondeurs, peut-être tardivement, mais inévitablement.



Partie 3

LES NOUVEAUX SERVICES ET LEURS IMPACTS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE

Si l'émergence de services digitaux n'a rien de nouveau, ces dernières années sont marquées par un véritable foisonnement d'initiatives, de produits et services qui modifient, ou aspirent à modifier les pratiques et les usages. Par ailleurs, certains produits ont atteint un niveau de maturité suffisamment élevé pour que leurs impacts prennent une nouvelle ampleur (par exemple l'utilisation d'un smartphone et l'utilisation de services digitaux en situation de mobilité). En quoi ces nouveaux services numériques améliorent-ils la prise en charge des personnes âgées ? En quoi faut-il être vigilant dans leur utilisation ? Et a-t-on vraiment besoin de tous ces nouveaux services numériques ?

3.1 LE BEL AVENIR PROMIS AUX NOUVEAUX SERVICES NUMÉRIQUES

Les nouveaux services peuvent contribuer à améliorer le repérage des fragilités et la prévention, les conditions de vie au domicile le plus longtemps possible ou encore l'accès à des soins et services de qualité ¹.

REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ ET PRÉVENTION

Il est de plus en plus simple de **collecter de l'information** (par des capteurs, des caméras...) qui vont permettre ensuite **d'analyser les évolutions de l'état global de la personnes âgées, mais également du professionnel de santé**. Il peut s'agir d'informations associées à l'état de santé mais pas seulement, une modification d'une **habitude de vie** pouvant fournir un enseignement important lorsqu'elle est croisée avec d'autres informations. Il peut s'agir également de données environnementales (qualité de l'air par exemple). L'utilisation de ces données n'est pas réservée aux

professionnels qui les analysent, elle peut également être le fait de la personne âgée elle-même : 2/3 des français pensent que le patient doit être acteur de son parcours de soins², c'est l'enjeu de « **l'empowerment** » du patient.

La **maturité des solutions** est cependant perçue comme **hétérogène par les professionnels du secteur**, expliquant le **développement prudent du marché**. Par exemple, si la détection des chutes est conçue unani-

2. Source : Que pensent les Français de la place et du rôle des patients dans le système de santé en France? Opinon Way/Adrea, 3/10/2018

1. Cette typologie des finalités des nouveaux services numériques a pour seul objectif de présenter de manière synthétique le panorama des initiatives existantes. En réalité, ces objectifs sont fréquemment interdépendants.



Domusvi expérimente avec **Nodeus** (et également l'INRIA) un **dispositif de capteurs IoT (Internet of Things)**, sur une porte, un frigo...) permettant de **détecter les changements de comportements et les urgences**. Il est basé sur un algorithme intelligent qui apprend et évolue en fonction des habitudes de l'utilisateur. Il peut générer des actions automatiques : messages préventifs, d'urgence, actions domotiques.



Partie 3 : Les nouveaux services et leurs impacts dans l'accompagnement de la personne âgée



Le groupe DOMIDEP utilise dans plusieurs de ses établissements **le dispositif TOVERTAFEL***, qui permet de **stimuler le mouvement et le lien social par le jeu**, pour les personnes atteintes de démences. Les retours des utilisateurs sont très positifs quant aux effets sur la communication et les interactions avec les personnes âgées. (* Cette petite boîte fixée au plafond, au-dessus d'une table, projette des images et des lumières sur la table, dont les mouvements interagissent avec les mouvements des mains et des bras des résidents par l'intermédiaire de capteurs.)

mement comme un enjeu de prévention majeur, ces détecteurs ne sont pas encore généralisés car certains peuvent présenter des lacunes. Cependant, le **développement de capteurs est en croissance**, avec une logique désormais quasiment systématique d'évaluation.

On voit en outre se développer de nombreux outils d'aide à la **réalisation d'actes de prévention des risques et de l'aggravation de la perte d'autonomie** sur des champs de plus en plus variés : hygiène bucco-dentaire, nutrition, hydratation... Tout comme pour les capteurs, la maturité de ces solutions et de leurs impacts est inégale. Par exemple, les évaluations réalisées sur le terrain pour les verres connectés présentent des résultats variables d'un acteur à l'autre, d'une solution à l'autre.

La **préservation des liens sociaux et familiaux** et la lutte contre l'isolement

sont également des leviers importants de prévention de la perte d'autonomie et de préservation de la santé mentale chez les personnes âgées. De nouvelles manières de **communiquer** avec son entourage sont rendues possibles via des services numériques adaptés à ce public. La diffusion de ces outils et les usages montrent qu'ils répondent à des besoins jusqu'ici mal couverts. Plusieurs opérateurs ont ainsi mis en place **des solutions permettant à la personne âgée ou aux professionnels d'échanger simplement avec l'entourage de celle-ci**. Dotés d'une ergonomie adaptée et d'un environnement sécurisé, ces outils rencontrent un large succès dans les établissements où ils sont mis en place. Ils permettent de laisser un message, d'avoir accès à certaines informations concernant la résidence ou encore de faire livrer un cadeau au résident.

La prévention inclut, enfin, des **actions de stimulation** qui, traditionnellement, permettaient de préserver la **motricité** des aînés accompagnés. Les outils digitaux sont aujourd'hui particulièrement utilisés et utiles pour renforcer la stimulation cognitive.

LE MAINTIEN À DOMICILE DANS LES MEILLEURES CONDITIONS POSSIBLES

Les **solutions domotiques**, de plus en plus performantes, permettent de faciliter la réalisation de tâches quotidiennes (commande centralisée et à distance de l'éclairage, du chauffage, des ouvrants, de l'alarme anti-intrusion...) et la maîtrise par les personnes âgées de leur environnement direct. Il faut cependant constater que **les particuliers sont encore très peu équipés** : si 75 % des Français considèrent comme utiles les équipements connectés favorisant l'autonomie des personnes âgées, ils ne sont encore que 3 sur 10 à posséder



Dans les résidences ARPAVIE, **le robot NAO** est principalement utilisé **pour de la stimulation cognitive, et dans le cadre d'ateliers de gymnastique**. Les professionnels de santé ont rédigé des scripts et enrichi progressivement les interactions (scénarios, richesse de la banque de mots...) entre NAO et les résidents d'EHPAD, en particulier en PASA. Les impacts ont été mesurés et évalués. La démarche est réalisée en partenariat avec le Centre national d'évaluation pour la stimulation cognitive (CEN stimco) de l'hôpital Broca et fera **l'objet d'une publication scientifique**.

au moins un équipement communicant (toutes catégories d'équipements confondues)³. La plupart des opérateurs avancent avec **prudence sur ce terrain**, en testant à la fois la fiabilité des technologies qui fait parfois défaut, mais également l'appétence des usagers.

Sur un autre aspect de la vie à domicile, la constitution de **« plateformes » de services** s'appuyant notamment sur des solutions digitales change la manière d'accéder aux services à la personne. Elles permettent d'organiser et de réaliser l'aide à la vie au quotidien : auxiliaires de vie, appui au ménage, repas, jardinage... L'accès à une pluralité d'acteurs et la coordination de ces acteurs, y compris avec les professionnels de santé, peuvent être facilités.

Les possibilités de **sécuriser le suivi** des personnes âgées sont quant à elles renforcées. Outre les solutions de **repérage** de la fragilité, précédemment évoquées, les solutions de **téléassistance** continuent de se développer : **solution en mobilité** avec géolocalisation ne couvrant plus simplement le domicile (permettant par exemple de répondre plus efficacement à des situations d'errances de personnes désorientées), solutions moins intrusives et plus discrètes, systèmes d'analyse automatisée des données offrant un complément dans la vigilance 24h/24 et la fiabilité des interventions.

3. Selon la 2e édition du Baromètre Qualitel, publié en partenariat avec Ipsos : https://www.qualite-logement.org/fileadmin/user_upload/documents/information/Slideshow_BQ_2018_VF.pdf

ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES DE QUALITÉ

La **digitalisation de certains processus** peut permettre d'améliorer le service rendu et de recentrer le temps soignant sur la relation humaine, critère d'évaluation fréquemment mis en avant par les professionnels dans leur appréciation de l'utilité d'un service digital. **Un exemple quasiment systématiquement énoncé est le circuit du médicament** dans lequel l'utilisation de tablettes ergonomiques (condition essentielle de son utilisation effective) en mobilité permet d'améliorer la **traçabilité**, tout en faisant gagner du **temps** aux équipes. C'est également le cas de la **gestion des remplacements** qui peut être considérablement facilitée par le recours à des plateformes digitales qui permettent la mise en relation rapide des besoins et de l'offre, la



Le portail IRIS permet aux résidents de **s'informer sur leur résidence** (ex : menus), s'inscrire pour différentes prestations (ex : coiffeur, animations) ou en commander (ex : réservation de voiture). Le catalogue de services s'enrichit progressivement et a vocation à être proposé à terme en dehors des résidences (ex : aquagym). Il permet également des **interactions entre les collaborateurs et les résidents, ou entre les résidents** (ex : poster une petite annonce). **Son ergonomie a été adaptée** (démarche d'UX design). Elle est accessible sur ordinateur ou tablettes et, à terme, sur smart TV.



Partie 3 : Les nouveaux services et leurs impacts dans l'accompagnement de la personne âgée



proche. Des capteurs permettent par ailleurs de suivre plusieurs données d'environnement : CO², particules fines, lumière, température, présence humaine...

Des équipes de recherche et développement au sein de la fondation Partage & Vie ont prototypé en interne **un appel malade**. Ils ont intégré **un dispositif de géolocalisation** qui permet d'**appeler le soignant le plus**

génération des contrats, l'automatisation de la déclaration préalable à l'embauche et la facilitation du reporting.

La mise à disposition de **plateformes numériques** peut permettre, pour les usagers

habituels aux outils numériques ⁴, d'offrir un **accès simplifié** (informations, orientations) à un ensemble de services physiques et numériques. C'est le cas pour les **services au domicile**, point abordé précédemment. Mais c'est le cas plus généralement pour les services de santé : des initiatives sont en cours de déploiement aux niveaux des **territoires**, visant à davantage coordonner et simplifier pour les usagers et les professionnels de santé l'accès aux informations et services.

La **médicalisation** de plus en plus forte des EHPAD est la conséquence naturelle de la lourdeur croissante des situations de prise en charge des résidents (maintien au domicile plus long, évolution des modalités de

4. Les problématiques d'inclusion numériques sont abordés ci-dessous

Pour la FHF et la SFGG, la télémédecine évite le renoncement aux soins et permet de sécuriser les parcours de soins des personnes âgées

La télémédecine est un moyen de sécuriser les parcours de soins des personnes âgées polypathologiques et à risque de perte d'autonomie à condition de respecter les préalables suivants :

- Une traduction des textes des tutelles auprès des professionnels de terrain
- Une formation des acteurs afin de lever les peurs
- Un accompagnement au quotidien
- Une valorisation des métiers pour mettre les soignants au centre de la téléconsultation
- La mise en place d'un répertoire des correspondants spécialistes qui peuvent être sollicités

Selon les deux auteurs, les facteurs de réussite sont les suivants :

- Donner la maîtrise aux soignants (IDE et AS) pour créer une dynamique nouvelle
- Accompagner par la formation
- Accompagner financièrement
- Compter avec les travaux attendus du groupe Répertoire Opérationnel des Ressources à la DGOS
- Choisir le bon moment pour s'impliquer, car certains EHPAD conduisent plusieurs projets en même temps

Source : Marc Bourquin (FHF) et Jean-Pierre Aquino (SFGG) (2019), Les innovations numériques et technologiques en gérontologie, analyse conduite pour la filière Silver Economy

prise en charge en MCO et SSR...). Le **digital** constitue également **un support dans cette prise en charge médicale**. Outre le circuit du médicament précédemment cité, deux autres exemples sont régulièrement mentionnés par les professionnels pour illustrer cette affirmation : **l'observance médicale** grâce à des **piluliers connectés**, qui permettent d'alerter (sonnerie, indication du médicament à prendre) et prévenir en cas d'alerte et **la télémedecine**.

Cette dernière doit permettre, sous certaines conditions décrites dans la partie II du présent Rapport, d'offrir un accès facilité à des compétences plus ou moins rares dans les territoires. Au sens du décret n°2010-1229, cinq types d'actes sont concernés⁵. Dans les EHPAD, la **téléconsultation** est la **priorité** de développement. Les initiatives foisonnent dans les territoires mais **aucune solution ne s'impose**, freinant la généralisation d'un nombre resserré de solutions sur l'ensemble des territoires. C'est une conséquence de la forte autonomie qui a été laissée à chaque ARS sur le sujet.

Sans être un service médical stricto sensu, des solutions permettent en outre de **compenser des situations de perte d'autonomie, ou de déficiences**. C'est par exemple le cas des dispositifs d'aide auditive qui s'enrichissent de nouvelles fonctionnalités (connexions au téléphone, à la télévision...).

L'accès aux services par le numérique constitue également une **opportunité d'échanger et, ainsi, d'améliorer** le service rendu, **tant pour les usagers que pour les professionnels** qui les accompagnent. Le digital est notamment utilisé pour accompagner le projet de vie, accompagner l'ainé dans la réponse à ses besoins, qui ne se limitent

5. La téléconsultation, pour un patient auprès d'un médecin ; la téléexpertise, pour un médecin auprès d'un confrère spécialisé ; la télésurveillance, par un recueil automatique de données du patient qui va permettre une analyse par des professionnels de santé ; la téléassistance pour un médecin qui va réaliser un acte technique avec l'aide d'un confrère (à ne pas confondre avec la téléassistance au domicile) ; la régulation médicale via le centre 15, dans un objectif d'orientation du patient vers une prise en charge adaptée.

MONTANA

Mon nouveau domicile avec services !

Fort de sa philosophie « **Restez connectés** », le groupe de résidences Seniors Montana a mis en place **des ateliers d'apprentissage sur l'utilisation des réseaux sociaux** et des modes de communication numérique en général. **Organisés à la demande des résidents**, ces ateliers sont animés par un membre de l'équipe ou un prestataire extérieur et rassemblent en général 5 à 10 personnes autour de tablettes numériques mises à disposition par la résidence services.

pas à des besoins physiologiques et de sécurité, mais relèvent du sentiment d'appartenance, de l'estime de soi et de l'accomplissement.

Enfin, la qualité des services et soins s'apprécie au regard de **l'environnement d'accueil et d'hébergement**. Or, le numérique va de plus en plus modifier et améliorer les conditions de **sécurisation et de maintenance des bâtiments** (EHPAD, résidences services...). Le phénomène **est encore peu développé dans le champ du médico-social** mais les initiatives se multiplient : dispositif digital d'ouverture des portes, capteurs permettant de mieux piloter la maintenance des bâtiments (voir dans certains cas d'organiser une maintenance prédictive).



3.2 DES SERVICES DURABLEMENT UTILES ? OUI, MAIS À QUELLES CONDITIONS ?

Les opportunités offertes par le numérique sont donc nombreuses mais, **paradoxalement**, il persiste une forme de **scepticisme sur la réelle valeur ajoutée de ces services**. Ne seraient-ils pas des gadgets ? Pour quelles raisons ces doutes demeurent-ils et **sous quelles conditions pourraient-ils être levés ?**

LES USAGES : CRITÈRE SIMPLE D'APPRÉCIATION DE L'UTILITÉ

De trop nombreux exemples montrent qu'un service ou produit numérique, quelle que soit la qualité de sa conception, peut ne pas rencontrer son public, et ne pas être utilisé. Or, bien souvent, la conception des services prend le pas sur les démarches d'accompagnement au développement des usages. Face à ce constat, de plus en plus d'ac-

teurs cherchent à **favoriser des démarches de co-design avec les usagers, à mettre en place des dispositifs d'accompagnement à l'usage, à évaluer** le service rendu en prenant l'usage effectif comme objectif premier. Le **gain de temps** pour les professionnels de santé est à ce titre une **condition centrale** pour l'adoption des services : gagner du temps pour mieux accompagner les aînés et leur entourage.

La **qualité de vie au travail** arrive également en tête des priorités des dirigeants interrogés. Ils attendent des solutions technologiques qu'elles allègent la pénibilité du travail et améliorent l'expérience des collaborateurs, notamment à travers les **liens** qu'il est possible de créer **entre eux**.

L'évaluation du service rendu devient donc primordiale pour garantir les meilleures conditions de passage de l'innovation à un dispositif généralisé. Il n'existe pas à ce jour de cadre général d'évaluation, et les évaluations sont réalisées **au sein de chaque groupe, de façon hétérogène**, et avec les moyens disponibles, en vue de référencer les solutions et d'en guider l'adoption par les équipes des structures.

L'évaluation doit être outillée et, à ce titre, de **nouveaux dispositifs** doivent être développés pour générer de l'information concernant la **satisfaction des personnes hébergées et/ou accompagnées, mais également des collaborateurs, et les effets de l'utilisation des outils numériques**. Le rapport Libault préconise à ce titre un centre de preuves pour les stratégies préventives, et la FHF et la SFGG⁶ suggèrent que ce centre puisse prendre la forme d'un Groupement



A l'instar de plusieurs opérateurs d'EHPAD, le groupe EMERA a expérimenté, évalué puis déployé des **puces RFID** qui permettent de tracer le **linge** des résidents (en l'occurrence Ubiquid), et de réduire considérablement le temps pour les retrouver, ou limiter les pertes. Simple, efficace, ce type d'évolution technologique fait consensus et constituera très certainement un standard dans quelques années, et pas seulement pour le linge (**prothèses dentaires, lunettes...**).

6. Marc Bourquin (FHF) et Jean-Pierre Aquino (SFGG) (2019), Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées, analyse conduite pour la filière Silver Économie



En 2013, Senioriales a créé le **Lab Senioriales** pour **permettre aux structures de toutes tailles**, de la start-up à la multinationale, **de confronter leurs produits aux potentiels futurs clients que sont les résidents** (un panel volontaire de 40 usagers est identifié : l'évaluation repose sur les usages), puis de les référencer et les sélectionner. 5 champs sont concernés : **habitat, lien social, bien être, mobilité, loisirs**. 11 collaborateurs sont détachés 4 demi-journées par mois pour travailler sur le lab. A terme, une plateforme applicative permettra d'accéder et de souscrire aux solutions référencées.

L'avis de la HAS sur l'évaluation des solutions numériques

Dans son rapport d'analyse prospective 2019, la Haute autorité de santé « invite à repenser l'organisation de l'évaluation des solutions numériques ».

« Il s'agit de structurer ces évaluations autour d'une matrice d'évaluation, afin de déterminer quand une évaluation est nécessaire, et, le cas échéant, quelles modalités peuvent être mobilisées. Pour cela, il est nécessaire de clarifier les objectifs respectifs de ces évaluations afin de mieux les mobiliser ou de les adapter aux spécificités du numérique ; de mener, en concertation avec les opérateurs de l'évaluation en France, des réflexions préalables à la construction de la matrice d'évaluation du numérique, en priorisant en particulier les logiciels représentant un risque médical majeur pour les patients. Cette structuration permettra à terme de mieux mutualiser les résultats d'évaluation, au niveau national comme à des échelles locales, pour assurer la qualité et la sécurité des solutions numériques, et éclairer les choix de la puissance publique et des utilisateurs à toutes les échelles.

Conjointement, mettre en place un suivi en conditions réelles d'utilisation des solutions numériques et créer un pôle d'expertise de référence qui soutiendrait les acteurs responsables de vigilance existants permettrait d'évaluer et réévaluer leurs apports dans la durée. »

Source : Haute autorité de santé (2019), Rapport d'analyse prospective – Numérique : révolution ?

d'intérêt scientifique intégrant le recensement et l'évaluation des nouvelles technologies aussi bien que des innovations organisationnelles (et le lien entre les deux), en les qualifiant de validées, prometteuses, ou non évaluées. A terme, une labellisation des solutions serait l'outil ultime de lisibilité et de structuration de l'offre, mais elle est complexe à mettre en œuvre.

Les outils digitaux sont en outre un vecteur privilégié de recueil du ressenti des personnes accueillies et des collaborateurs du fait de leur souplesse et de leur facilité de mise en œuvre. Les groupes sont nombreux à s'en être saisis pour recueillir de façon réactive et fluide les données nécessaires à l'amélioration continue de leur action.

Et qu'en est-il de l'accès des personnes âgées au numérique ? 13 millions de français sont en difficulté face aux outils numériques⁷.

7. Selon la Mission société numérique, Ministère de l'économie et des finances



Partie 3 : Les nouveaux services et leurs impacts dans l'accompagnement de la personne âgée



Le groupe Maisons de Famille a mis en place **une enquête de satisfaction digitale** auprès des personnes âgées qui sortent des EHPAD, à la suite d'un hébergement temporaire par exemple. **La remontée d'information est immédiate et simultanée** au niveau du groupe, ce qui permet d'adapter l'offre et les compétences rapidement : ce fut par exemple le cas concernant la façon de présenter et de mobiliser les compétences d'un kinésithérapeute.

C'est cette problématique de **l'inclusion numérique** qui a conduit à la création d'une Mission Société Numérique au sein du Ministère de l'économie et des finances. Pour ces publics, le service numérique ne peut pas se concevoir sans le dispositif d'accompagnement à son utilisation. Différentes initiatives existent, comme par exemple l'organisation **d'ateliers de découverte et de perfectionnement au numérique**. Les formations ne concernent **pas simplement les usagers, mais également les professionnels** : un grand nombre de professionnels du secteur médico-social et social ne maîtrise pas les fondamentaux pour s'approprier les outils numériques sans accompagnement.

L'enjeu est d'autant plus fort que le numérique peut, une fois qu'il n'est plus un obstacle, constituer **un atout dans la formation des professionnels**. Plusieurs groupes d'opérateurs mettent à disposition de leurs salariés des modules de formation e-learning, et le phénomène s'accroît. Ils ne se **substituent pas aux formations classiques, ils les complètent et les renforcent**. Ils permettent par exemple sur certaines activités obéissant à un **processus simple et**

répétitif, de favoriser **l'harmonisation des pratiques** et de mieux gérer la formation initiale de **nouveaux personnels** : n'oublions pas que le secteur est marqué par des taux de rotation dans les effectifs élevés, ainsi que des problématiques complexes de gestion de l'absentéisme alors que la continuité des services doit être assurée 7 jours sur 7, 24h/24.

ÉTHIQUE ET NUMÉRIQUE : QUEL ÉQUILIBRE ?

« Compte tenu des marges de gains de qualité et d'efficacité permises par un recours élargi au numérique dans notre système, mettre en œuvre une logique bloquante de réglementation ne serait pas éthique ». Cette prise de position du Comité consultatif national d'éthique synthétise parfaitement la situation de la France : la réglementation est à l'heure actuelle bloquante pour que le numérique puisse pleinement provoquer les gains de qualité et d'efficacité qu'il peut produire.

Dans les équilibres à trouver, plusieurs évidences s'imposent :

- Une **utilisation éthique de la donnée**, conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est essentielle ;
- Une supervision humaine, parfois qualifiée de « **garantie humaine** » (avis CCNE) est indispensable : le digital ne se substitue pas à l'humain, il l'aide. Associée à cette idée, il est alors nécessaire de rendre possible cette supervision et, par conséquent, d'exiger que tout algorithme soit **explicable, ou qu'un deuxième avis médical soit rendu possible après la recommandation d'un algorithme**. De même, **l'intervention exclusive d'un robot, quel que soit l'acte en question, n'est pas envisageable** ;
- Un **consentement libre et éclairé** de la personne doit être recherché.



Ehpad de Chelles © Adef Résidences - Francis Beddok





Hameau de Mesly © Groupe Arpavie



Crouy-Thelle-Dron © DomusVi © MediaCorp

DE L'INNOVATION À LA GÉNÉRALISATION ?

Le foisonnement des initiatives, des nouveaux services, rend l'offre illisible pour les usagers mais également pour les professionnels de santé : **trop d'offres tue l'offre**. Dans ce contexte, il s'agit de basculer d'une phase d'innovation créative mais désordonnée, à **une structuration des offres et du marché, condition de leur généralisation**.

En effet, un grand nombre d'acteurs propose de nouveaux services numériques, y compris des start-ups dont la pérennité ne peut jamais être garantie. Pour les opérateurs intervenant auprès du public âgé, cela soulève plusieurs défis : parvenir à observer le marché, évaluer les solutions, nouer des partenariats... En d'autres termes, ils engagent des **investissements et assument une prise de risque**. Plusieurs dirigeants parlent ainsi d'un positionnement en tant qu'« **assembleur de solutions** ».

Faut-il que cet accompagnement à l'innovation et à sa généralisation soit pris en charge individuellement par ces groupes gestionnaires ? Ou ne faut-il pas **favoriser les démarches mutualisées d'innovation et de passage à l'échelle**, et sortir d'une logique de concurrence qui, si elle peut se concevoir (se distinguer des concurrents par l'innovation), n'est pas nécessairement utile sur tous les champs d'intervention ? La réponse se situe probablement dans un équilibre à trouver entre ces deux orientations.

La structuration du marché doit être favorisée par un **cadre législatif et réglementaire qui, sans être nécessairement contraignant, peut être fortement incitatif, par la voie de la labellisation par exemple**. Or, ce cadrage est loin d'être une réalité, même concernant le développement de nouveaux services considérés comme prioritaires. L'exemple de la **télémédecine déjà évoqué est parlant : le mode de déploie-**

ment repose sur des appels à projet gérés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

La conséquence est la grande variété des solutions retenues, qui rend difficilement possible, pour un acteur à l'assise nationale, ou interrégionale, d'avoir une démarche mutualisée, partenariale, avec un prestataire de service privilégié.

De même, l'utilisation des informations de santé est très encadrée, **rendant difficile une utilisation décloisonnée entre les secteurs sanitaires, médico-social et social**. Une approche globale du parcours de vie pour une personne âgée en perte d'autonomie est par exemple compliquée voire impossible à mettre en œuvre d'un point de vue numérique. C'est ainsi que, par exemple, l'expérience Hyphen décrite précédemment est aujourd'hui freinée dans son développement. L'interfaçage entre un dossier résident informatisé et l'application étant considéré comme trop risqué, cela limite considérablement le développement de la solution vers un produit simple d'utilisation pour les professionnels de santé, et donc utile (ce qui renvoie au critère premier d'évaluation des usages). **En d'autres termes, le choix de la sécurité, de l'absence de risque, prend régulièrement le pas sur le choix de l'usage.**



COLISEE

Le groupe Colisée a récemment déployé **une application, Zestmeup, qui permet de mesurer la satisfaction des collaborateurs** régulièrement. Le principe est de diffuser un nombre de questions limité, en général une dizaine, en utilisant des codes empruntés aux réseaux sociaux, souvent ludiques. Il est possible d'avoir **accès directement et en temps réel à un tableau de bord de restitution des résultats**. Cette approche permet de générer des baromètres sur demande, par exemple au moment de l'intégration de nouveaux établissements, ou de nouveaux équipements.



ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Sous réserve de remplir certaines conditions, les nouveaux services numériques améliorent et amélioreront la prise en charge des personnes âgées, et le quotidien des professionnels. Ils vont cependant conduire à repenser les stratégies, les rôles (le rôle d'un patient, de son entourage, d'un médecin, d'une auxiliaire de vie...), la façon d'allouer les ressources (financements notamment mais pas uniquement, par exemple où doit-on mobiliser les ressources humaines et comment faire évoluer les compétences ?), les organisations et les processus. Un consensus très net se dégage chez les professionnels rencontrés dans le cadre de cette Etude : le sens de ces changements est de concilier **usages et besoins de sécurité**.

Sur la question des financements, justement, les nouveaux services doivent trouver leurs **modes de financements**, sous peine de venir alimenter, de manière plus ou moins directe, le **reste à charge**, et donc les **inégalités** d'accès aux soins et services. Il existe des dispositifs numériques dont la prise en charge est mutualisée, couverts par l'assurance maladie (c'est le cas notamment du lecteur automatique de glycémie, remboursé par l'assurance maladie, la dimension numérique du dispositif ayant un service rendu avéré). Mais cela reste l'exception et la logique demeure focalisée sur une prise en charge segmentée, en fonction des actes réalisés, des produits ou services consommés.

Une **évolution, potentiellement une révolution, est en cours avec les expérimentations réalisées sur la base de l'article 51** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (dite « article 51 »). Le financement est réalisé sous forme de **dotation** dès lors que de nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. On passe alors d'une logique de financement des ressources à une logique de financement des résultats (modèle du « value-based care »). Il est **possible dans ce cadre de déroger à certaines réglementations**.

L'objectif est de réinterroger le système tel qu'il est conçu, sur la base d'expérimentations qui, **une fois évaluées, pourront être généralisées**. L'observation des premières initiatives remontées du terrain montre que le numérique trouve toute sa place dans ces expérimentations mais **le secteur du grand âge y est très peu représenté pour le moment**.





Partie 4

CONCLUSION PROSPECTIVE 2030 :

Et si la transformation numérique était réussie dans le secteur du grand âge ?

Petit exercice de fiction : projetons-nous dans 11 ans, en 2030... après une transformation numérique réussie.

Les grands acteurs hébergeant, prenant en charge et accompagnant les plus âgés (EHPAD, résidences services, résidences autonomie...) ont largement engagé leurs **plans de modernisation numérique**, sous l'impulsion de programmes d'aides publiques à la transformation numérique, à l'instar de ce qui avait été réalisé pour l'hôpital (programmes Hôpital numérique et Hop'en). Leurs **infrastructures** sont à l'état de l'art. Les établissements sont tous équipés (bornes wifi, fibre...) de façon à offrir un **débit** adapté.

La **cybersécurité**, dont l'importance n'a fait que croître sur les 10 dernières années, est désormais traitée de façon homogène, soit par le biais de grands éditeurs proposant leurs solutions en mode SAAS, soit par le biais de **ressources mutualisées à l'échelle territoriale**. D'ailleurs, une partie des fonctions des directions numériques ont été mutualisées à l'échelle territoriale, soit par le biais de coopérations inter-groupes, soit par la mise à disposition de ressources publiques (ARS-GRADeS).

L'**interopérabilité** des systèmes d'information est assurée, après un travail important sur les 10 dernières années d'élaboration de **référentiels** métiers partagés. Les systèmes d'information communiquent entre eux au sein des différents groupes, et l'intégration de nouveaux services digitaux est considérablement facilitée. Ces systèmes communiquent également avec les services numériques territoriaux développés et mis à disposition par les ARS et les GRADeS, dans le cadre de **plateformes numériques territoriales** : dossiers partagés, agendas partagés, répertoire opérationnel des

ressources du territoire (sanitaire, médico-social, social, médecine de ville), dispositifs de coordination et d'appui sur les parcours complexes (par exemple les maladies neurodégénératives) ...

Le panel des **services digitaux s'est diversifié** sur les 10 dernières années offrant aux usagers et aux professionnels de santé une large gamme d'**applications**, facilement accessibles en **mobilité**. **L'automatisation de tâches** répétitives à faible valeur ajoutée s'est généralisée (**facturation, recouvrement, paye...**). **Des robots, supervisés par des humains**, interviennent sur des activités sur lesquelles des évaluations ont démontré leur service rendu : allègement des tâches pénibles par soutien des professionnels (permettant une réduction des troubles musculosquelettiques), stimulation cognitive dans certaines situations, thérapies non médicamenteuses, aides à l'observance médicamenteuse, appui à la prévention et au repérage de la fragilité.

D'ailleurs, **le repérage de la fragilité** a été considérablement amélioré grâce au développement de dispositifs de surveillance de moins en moins intrusifs, aux domiciles ou dans des lieux d'hébergement collectifs (capteurs, IoT, intelligence artificielle...).

Les **données** ont donc pris une nouvelle valeur car elles se sont multipliées, et elles peuvent circuler simplement. Il a cependant été nécessaire de **structurer et d'harmoniser les normes** permettant l'exploitation de ces données. Des **entrepôts de données** sécurisés ont été déployés à plusieurs niveaux : national, territorial, au niveau des opérateurs. Il est possible, grâce au « health



data hub » développé progressivement sur les 10 dernières années, de **croiser un grand nombre de données (hospitalières, médico-sociales, sociales, libérales, données environnementales...)**. Une des conditions pour le faire a été de renforcer le contrôle de la bonne application du **RGPD**.

Dans ce contexte, ce qui paraissait encore lointain en 2019 est devenu commun : **le recours à l'intelligence artificielle dans le secteur du grand âge s'est banalisé, appuyé sur une quantité croissante de données de qualité**. Dans un premier temps, le recours à des algorithmes plus ou moins élaborés s'est développé, et notamment des algorithmes apprenants de type « **machine learning** » permettant à la machine de déduire les règles à suivre pour atteindre son résultat à partir de l'analyse des données (réseau de neurones, machines à vecteur de support...).

Puis se sont développées plus récemment des solutions de « **deep learning** », dès lors que la masse considérable de données de santé a été rendue plus accessible. Les cas d'usage les plus développés sont les solutions de **repérage de la fragilité** (nutrition, dépression, chutes...) et des **modèles prédictifs** permettant d'intervenir très tôt pour prévenir la perte d'autonomie et l'évolution des maladies neuro-dégénératives, les solutions de **coaching santé** (dont l'observance médicamenteuse) accessibles en réalité virtuelle ou par des robots compagnons, **l'aide à la décision** auprès des professionnels de santé (adaptée en fonction des pathologies, des populations, des territoires, avec notifications et propositions formulées auprès des professionnels qui décident d'un **traitement désormais parfaitement personnalisé**), la **recherche** avec la possibilité désormais simple de réaliser des études de cohorte. Plus globalement, les



interactions hommes-machine (IHM) ont été bouleversées, notamment sous l'impact des solutions de traitement automatique du langage (TAL) : commandes vocales, analyses des mouvements oculaires...

En 2030, le numérique a définitivement fait sa **preuve du service rendu aux personnes âgées et à leurs proches. Sans se substituer à l'intervention humaine** qui demeure totalement centrale dans l'accompagnement, elle a permis de **recentrer les actions des professionnels** de santé sur les tâches à plus fort contenu relationnel et à plus forte valeur ajoutée, et notamment l'accompagnement du projet de vie, qui n'est pas qu'un projet de soins.

En 2019, la France réfléchissait sur la transformation du secteur, avec la loi Grand âge et autonomie. En 2030, on peut dire que le secteur s'est transformé, et que le numérique a été une des conditions majeures de cette mutation.

ANNEXE

BIBLIOGRAPHIE

- ANAP, Usage du numérique dans le secteur médico-social
1^{er} état des lieux national, 2019
- ANSSI, Maîtriser les risques de l'infogérance, 2010
- BOURQUIN, M. (FHF) et AQUINO, J-P. (SFGG), Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées, 2019
- CONCERTATION GRAND AGE ET AUTONOMIE, Rapport du groupe de travail
« Données de gestion et interopérabilité des SI », 2019
- CONFERENCE INTERNATIONALE DE MANAGEMENT STRATEGIQUE (XXVII^e),
« La santé, un nouveau territoire pour la coopétition ? », juin 2018
- DSSIS, Instruction n°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation
à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région, 2017
- FEHAP & SYNTEC, Livre Blanc - Le financement de la transformation numérique
du parcours de vie, 2017
- HAS, Rapport d'analyse prospective - Numérique : quelle (r)évolution ?, 2019
- OPINION WAY / ADREA, Que pensent les Français de la place et du rôle des patients
dans le système de santé en France ?, 2018
- PON D. et COURY, A. , Stratégie de transformation du système de santé
Accélérer le virage numérique (rapport final), 2018
- QUALITEL, Habitat rénové, Habitat connecté : Quels (réels) bénéfices pour les Français ?,
Baromètre publié en partenariat avec Ipsos (2^{ème} édition), 2018
- QUIDEAU, J.C., Comment optimiser l'utilisation du dossier résident informatisé
en Ehpad, thèse professionnelle (Toulouse Business Scholl), 2017



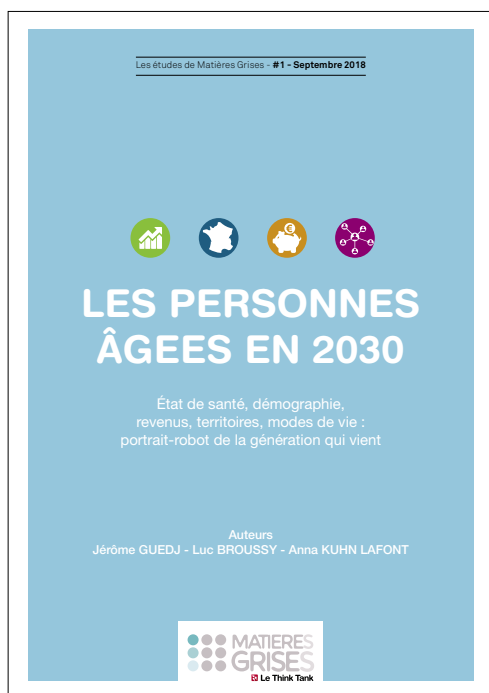
© Groupe Colisée



Ehpad Clos Fleuri © Groupe SOS Seniors

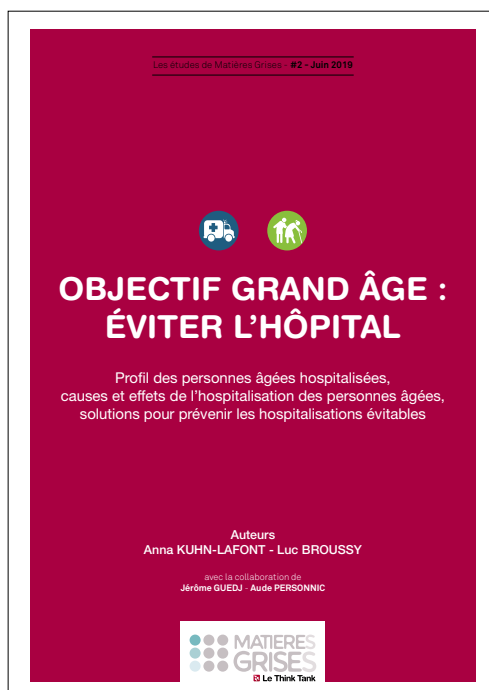


NOS AUTRES PUBLICATIONS



ÉTUDE N°1 – SEPTEMBRE 2018 LES PERSONNES ÂGÉES EN 2030

A travers sa première étude intitulée « Les personnes âgées en 2030 : portrait-robot de la génération qui vient », le Think Tank Matières Grises a voulu se concentrer sur ce que sera, demain, la nature des besoins de la population âgée. Un état des lieux indispensable au moment où s'ouvre un nouveau grand débat public sur le financement de la perte d'autonomie.



ÉTUDE N°2 – JUILLET 2019 OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Dans cette étude intitulée « Objectif grand âge : Eviter l'hôpital », le Think Tank Matières Grises se concentre sur le profil des personnes âgées hospitalisées, les causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées et les solutions à disposition des acteurs du grand âge pour prévenir les hospitalisations évitables. Un état des lieux utile dans un contexte marqué par la crise des services d'urgence des hôpitaux, le mouvement d'Ehpad Bashing que connaît le secteur depuis plusieurs mois et enfin la réforme qu'induit la future Loi Grand Âge et Autonomie.

TÉLÉCHARGEABLES SUR WWW.EHPA.FR

A propos du Think Tank Matières Grises

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Initié par Luc Broussy, Jérôme Guedj, Edouard de Hennezel et Anna Kuhn-Lafont, ce Think Tank est composé de 17 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer :

- ACPPA
- Adef Résidences
- Arpavie
- Colisée
- Domidep
- Domitys
- DomusVi
- Emera
- Fondation Partage & Vie
- Korian
- Maisons de Famille
- Montana
- Orpéa
- Sagesse Retraite Santé
- Senioriales
- Steva
- SOS Seniors

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.

A propos de Capgemini invent

Capgemini Invent aide les décideurs à concevoir et construire le futur de leurs organisations. Cette filiale du groupe Capgemini (6000 collaborateurs dans plus de 30 bureaux et 10 studios de « creative design » à travers le monde) rassemble des expertises multidisciplinaires et de fortes compétences dans les domaines de la « data science » et des technologies émergentes. Elle accompagne ses clients de la conception de la stratégie de transformation digitale à sa concrétisation par le prototypage de solutions digitales et la mise en place des plans de transformation.

