

Liste des abréviations

AVL :	Activité Vidéoludique
ARS :	Agence Régionale de Santé
DMG :	Département Médecine Générale
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
UPAD :	Unité Personnes Agées Désorientées
GIR :	Groupe Iso-Ressources

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Type d'enquête
2. Population Etudiée
3. Recueil des données
4. Elaboration du questionnaire
5. Analyse des résultats

RÉSULTATS

1. Echantillon constitué
 - 1.1. Diagramme de flux
 - 1.2. Description de l'échantillon
 - 1.2.1. Répartition départementale
 - 1.2.2. Répartition démographique
 - a) Nombre de résidents
 - b) Zone démographique
 - 1.2.3. Mode de Gestion
2. Les Activités Vidéoludiques
 - 2.1. Répartition des sous-groupes
 - 2.2. Répartition des AVL en fonction des départements, de la zone démographique et du mode de gestion
 - 2.3. Nombre de résidents
 - 2.4. Date de mise en place des AVL
 - 2.5. Animateurs
 - 2.6. Supports utilisés dans les AVL
 - a) Type de support et évaluation par les animateurs
 - b) Support d'AVL utilisé en fonction du mode de gestion dans le groupe AVL +
3. Bénéfices et Freins à l'utilisation des AVL
 - 3.1. Bénéfices
 - 3.2. Freins

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux et Commentaires
2. Force de l'étude
3. Biais et limites de l'étude
4. Critiques
5. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Activités vidéoludiques dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : Etat des lieux des pratiques au sein des EHPAD de la région de Pays de la Loire

FECCHIO Aurélien et GIRAUD Aurélien

Répartition du travail

Il s'agit d'une thèse collective pour laquelle la justification du projet, la méthodologie et l'élaboration du questionnaire ont été réalisées conjointement.

Chacun des deux chercheurs a initialement contacté 200 EHPAD du listing afin de récupérer les adresses emails des animateurs.

Après analyses des données, la rédaction des résultats a été réalisée par FECCHIO Aurélien.

La partie discussion a été réalisée par GIRAUD Aurélien.

Chacun des chercheurs a travaillé conjointement à l'amélioration de la rédaction générale et de la mise en forme de la thèse.

RESUME

Introduction : L'utilisation du numérique et des nouvelles technologies s'est développée dans notre vie quotidienne. L'engouement international suscité par la console Wii® (console à détection de mouvement) s'est propagé à la population des plus de 75 ans. Son acquisition par certains EHPAD à visée d'activité vidéoludique (AVL) « thérapeutique » a été médiatisée à partir de 2008 avec les premières publications d'études montrant les potentiels bénéfiques de son utilisation dans différents domaines de prévention gériatrique.

Depuis 2 ans, le domaine des AVL et surtout celui du jeu vidéo semblent s'intéresser de plus en plus à cette population gériatrique. **L'objectif était de faire un premier état des lieux de la pratique des activités vidéoludiques au sein de ces structures gériatriques de la Région Pays de la Loire (excepté le département Vendée).**

Matériel et Méthode : Cette enquête quantitative, descriptive, participative, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne, auprès des animateurs de 400 EHPAD, concernant l'utilisation des AVL dans la région Pays de la Loire (excepté la Vendée).

Résultats : 179 EHPAD ont répondu (notre taux de réponse = 44%). La répartition des EHPAD de notre échantillon était représentative (répartition territoriale et mode de gestion) de celle de la zone géographique interrogée. L'échantillon était partagé en trois groupes : les EHPAD pratiquant toujours une AVL (42.45%), les EHPAD l'ayant stoppé (19.5%) et ceux ne l'ayant jamais proposé (38%). Il a été retrouvé différents bénéfices à l'utilisation des AVL : développement du lien social (>83%), prévention de la démence (69.8%), et prévention des troubles de l'humeur (68%). L'investissement matériel et humain, le handicap et le désintérêt des résidents étaient considérés comme des freins potentiels à l'utilisation des AVL.

Conclusion : Cette étude montre une démocratisation des AVL au sein des EHPAD de la région (38% des EHPAD n'ayant jamais utilisé d'AVL). Elle montre également une certaine homogénéité des pratiques au sein des différents départements, des territoires et du mode de gestion. Il serait intéressant de faire une étude longitudinale expérimentale afin de mieux percevoir les bénéfices sur la population gériatrique par des AVL identiques et reproductibles entre établissements.

INTRODUCTION

Ces deux dernières décennies ont vu se développer le numérique et les nouvelles technologies dans notre vie quotidienne. Leur utilisation et leur maîtrise sont restées difficiles d'accès pour les personnes âgées de plus de 75 ans(1). L'engouement international suscité par la console Wii® (console à détection de mouvement) s'est propagé à cette population des plus de 75 ans. Son acquisition par certaines EHPAD à visée d'Activité Vidéoludique (AVL) « thérapeutique » a été médiatisée à partir de 2008.

Les premières publications d'études montrant les potentiels bénéfiques de l'utilisation d'un support vidéoludique (type console)(2) dans différents domaines de prévention gériatrique sont parues après la sortie de la Wii(3)(4).

Les études parues entre 2008-2016 se sont intéressées à la prévention des troubles cognitifs(5)(6)(7)(8), domaine le plus documenté et le plus ancien. D'autres études concernent la diminution des troubles de l'humeur par l'utilisation des jeux vidéo en communauté en EHPAD(9)(10), la prévention des chutes, la réadaptation à la marche ou la rééducation(11)(12)(13) avec des moyens aussi innovants que la réalité augmentée.

Les travaux restent rares avec moins d'une trentaine de publications médicales.

Depuis deux ans, le domaine des AVL, surtout celui du jeu vidéo, est devenu le premier secteur d'activité de loisir(14) et semble s'intéresser de plus en plus à la population gériatrique au vu des nombreux projets/initiatives en cours.

Les AVL semblent un domaine d'avenir mais son usage médiatisé au sein des EHPAD(15) semblait anecdotique.

Le travail de thèse consistait à faire un premier état des lieux de la pratique des activités vidéoludiques au sein de ces structures gériatriques de la Région Pays de la Loire (excepté le département de la Vendée).

MÉTHODES

1. Type d'enquête

Il a été décidé d'étudier les AVL proposées dans les EHPAD de la région Pays de la Loire. Il s'agissait d'une **étude quantitative descriptive participative réalisée du 26/04/2018 au 23/01/2019**.

2. Population Etudiée

L'étude portait sur l'ensemble des EHPAD de la Région Pays de la Loire excepté ceux de Vendée. 400 établissements ont été trouvés dans l'annuaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. Le département de Vendée a été exclu au vu d'un nombre suffisant d'EHPAD pour cette étude.

3. Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé par un **questionnaire en ligne déposé sur la plateforme LimeSurvey**. Le lien du questionnaire a été adressé aux EHPAD via l'adresse mail professionnelle de l'animateur/animatrice et/ou l'adresse mail d'accueil de l'EHPAD. Celles-ci ont été récupérées suite à un bref entretien téléphonique à l'ensemble des structures. Après envoi, une relance hebdomadaire automatisée a été réalisée d'avril à décembre 2018. Les réponses partielles ont été relancées par téléphone pour compléter le questionnaire.

4. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé en binôme avec la participation du Département de Médecine Générale (DMG). Il était impossible de le remplir plusieurs fois. Il s'adressait aux animateurs en priorité mais après concertation il a été décidé de l'ouvrir à toute personne responsable d'animation (médecin coordinateur, direction, personnel soignant).

Il a été défini une définition d'AVL : **Toute activité utilisant un support vidéoludique où l'utilisateur (le résident) est responsable/acteur que cela soit de ses choix/découvertes/mouvements/interactions et expériences au sens large du terme.** L'activité télévision a été exclue.

Le questionnaire était scindé en trois parties.

La première comportait 14 questions générales sur l'EHPAD (3 questions ouvertes, 11 fermées). Un algorithme permettait d'orienter le questionnaire en fonction de la réponse à la dernière question de la première partie.

La seconde partie permettait d'identifier trois groupes :

- les EHPAD utilisant les AVL (11 questions dont 3 ouvertes)
- les EHPAD n'utilisant plus les AVL (10 questions dont 3 ouvertes)
- les EHPAD n'ayant jamais eu d'AVL (5 questions dont 1 ouverte)

La dernière partie permettait d'identifier le participant au questionnaire et comprenait 4 questions dont 1 ouverte.

5. Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés directement à partir de LimeSurvey ou exportés vers Excel, ce qui a permis une meilleure hiérarchisation des résultats et la réalisation de graphiques/tableaux.

La réponse à la question concernant le type d'AVL était libre. En fonction de la réponse, il a été décidé de répartir les AVL en cinq types :

- Réalité virtuelle / augmentée (Cycléo®, Escapad 360®, ...) : technologie informatique qui simule la présence physique d'un utilisateur dans un environnement artificiellement généré par des logiciels.
- Tablette tactile (tablette dédiée ou application dédiée)
- Console avec capteurs de mouvement (Wii®, Wii-Fit®, Kinect®, Silverfit®, ...)
- Console utilisant une manette de jeu classique (Playstation®, ...)
- Ordinateur / PC (visite virtuelle, utilisation active des réseaux sociaux, ...)

Grâce à la bibliographie, il a été défini quatre domaines potentiellement influencés par la pratique d'une AVL :

- l'entretien de l'équilibre et la prévention des chutes par l'utilisation de consoles à capteurs de mouvement (Wii-Fit®, Silverfit®, ...)(11)(10) (13)
- les troubles de l'humeur par l'utilisation d'AVL ludiques en communauté. (9)(10)(16)
- les troubles cognitifs via une stimulation cognitive par des activités d'entraînement cérébral passant par des applications ou par la simple découverte de ces AVL.(5)(6)(7)(17)(18)
- le maintien du lien social entre résidents / famille / monde extérieur.

Après discussion avec quelques animateurs et professionnels dans le domaine des AVL ; il avait été défini les six freins suivants :

- Coût matériel (achat, location pour un/des supports vidéoludiques)
- Coût/investissement humain
- Désintérêt des résidents pour les AVL
- Désintérêt de l'animateur
- Désintérêt des décisionnaires d'animation
- Utilisation compliquée du fait de la déficience/handicap en population gériatrique

RÉSULTATS

1. Echantillon constitué

1.1. Diagramme de flux

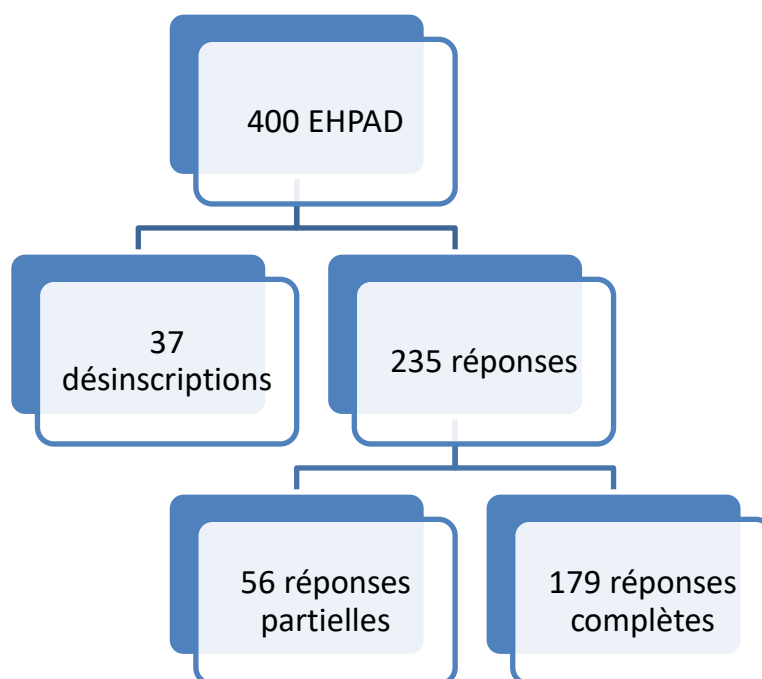


Figure 1 : Diagramme de flux

Sur les 400 EHPAD interrogés, il y a eu 235 réponses, 37 désinscriptions/refus et 128 « non réponses ».

Au total, l'étude comptait 179 questionnaires complets et 56 réponses partielles.

Seules les 179 réponses complètes ont été prises en compte pour nos statistiques du fait d'une majorité de questionnaires seulement « ouverts » dans les 56 réponses partielles (aucune donnée remplie dans ces dits questionnaires).

1.2. Description de l'échantillon

1.2.1. Répartition départementale

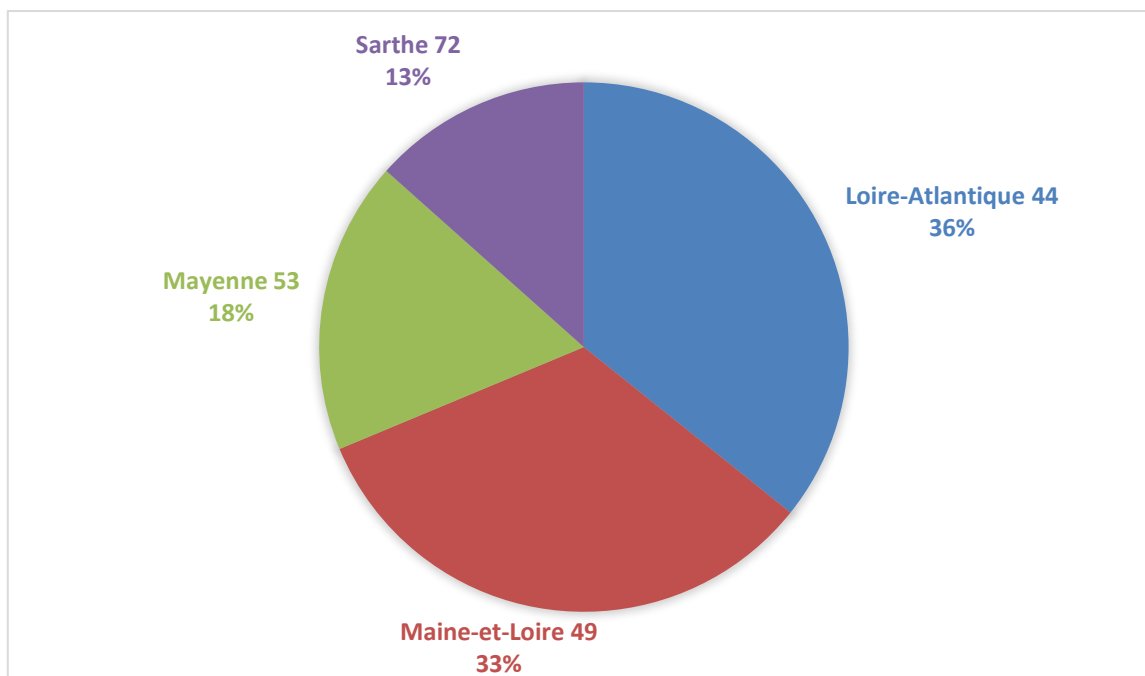


Figure 2 : Répartition des EHPAD de notre échantillon

L'échantillon est constitué par 64 EHPAD de Loire-Atlantique (35.75%) ; 59 de Maine-et-Loire (32.96%) ; 32 de Sarthe (17.88%) et 24 de Mayenne (13.41%).

Tableau I: Répartition départementale des EHPAD Pays de la Loire et taux de réponse par département

Département	Nombre d'EHPAD par département	% régional	Nombre de réponses	Taux de réponse
Sarthe (72)	65	16.25%	32	49%
Mayenne (53)	56	14%	24	42.8%
Maine-et-Loire (49)	110	27.5%	59	53.6%
Loire-Atlantique (44)	169	42.25%	64	37.8%
TOTAL	400		179	

Les EHPAD de Loire-Atlantique constituaient 1/3 des réponses de notre échantillon mais représentaient le taux de réponse par département le plus faible (37.8%).

1.2.2. Répartition démographique

a) Nombre de résidents

Les 179 EHPAD de l'échantillon prenaient en charge 15 019 résidents.

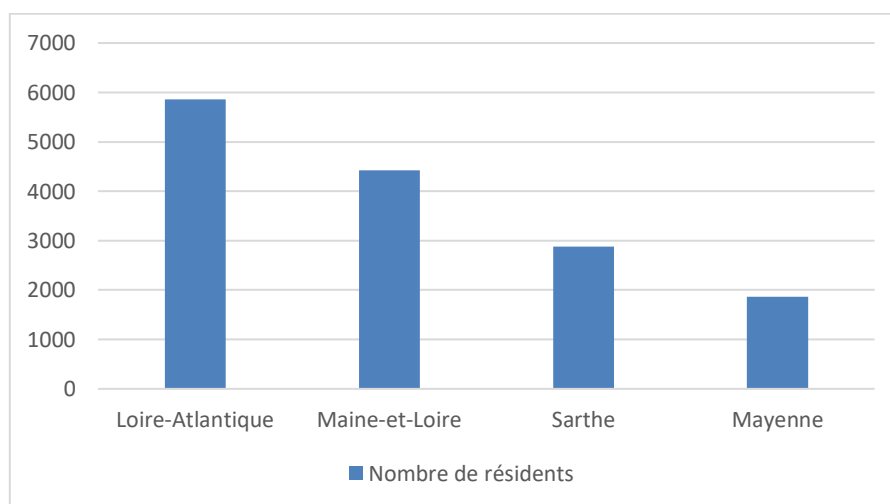


Figure 3: Répartition des résidents par département

b) Zone démographique

Trois zones « démographiques » tirées des définitions de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) ont permis de répartir :

- zone rurale (< 5000 habitants)
- zone urbaine (>10 000 habitants)
- zone semi-urbaine (entre 5000 et 10000 habitants)

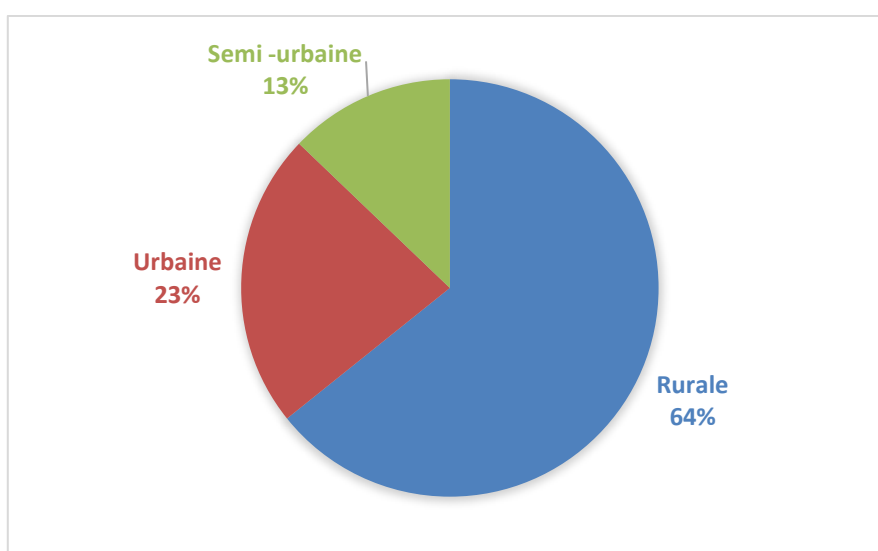


Figure 4 : Répartition par zone démographique des EHPAD dans la région

L'échantillon était constitué par :

- 115 EHPAD en zone rurale (64.25%)
- 41 EHPAD en zone urbaine (22.91%)
- 23 EHPAD en zone semi-urbaine (12.85%)

1.2.3. Mode de Gestion

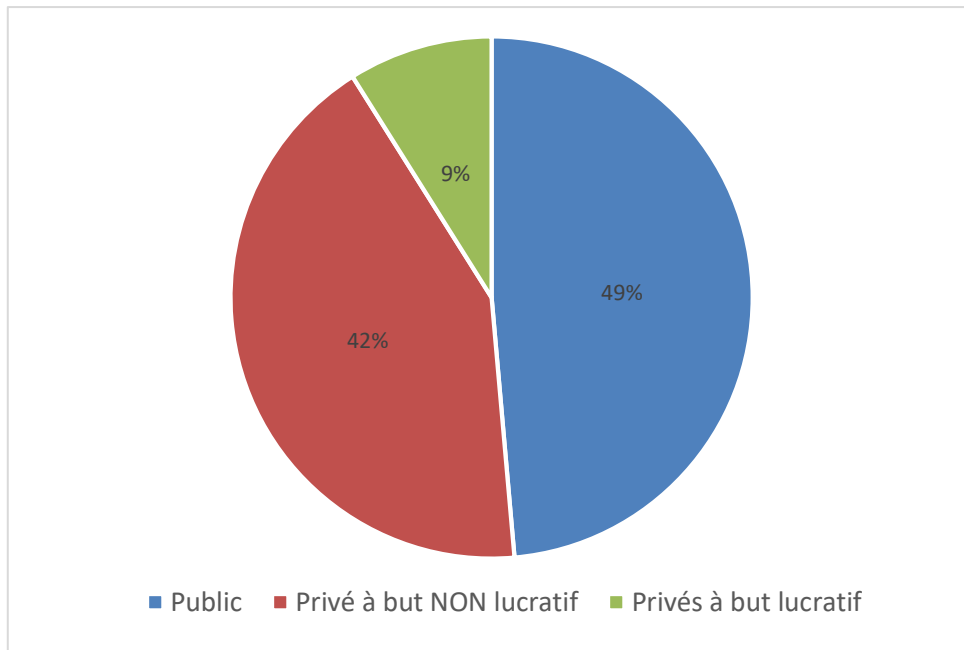


Figure 5 : Répartition des EHPAD en fonction de leur mode de gestion

Dans l'échantillon, 87 EHPAD étaient publics (48.60%). Pour les EHPAD privés, 76 étaient privés à but non lucratif (42.46%) et 16 privés à but lucratif (8.94%).

Il a été retrouvé une répartition équitable d'EHPAD publics et privés.

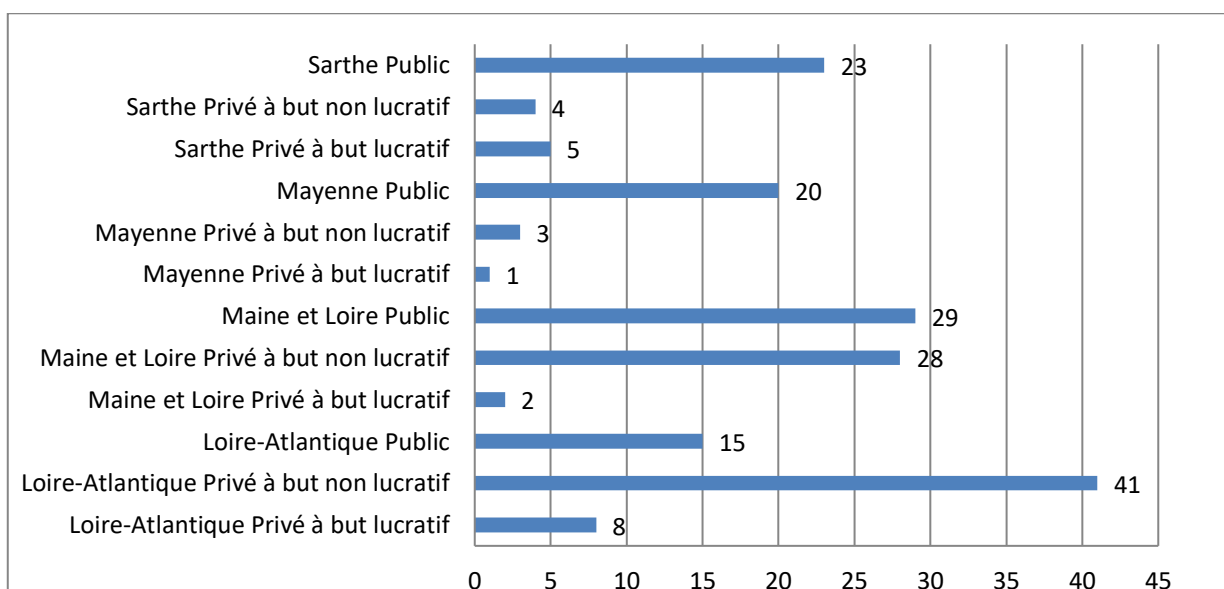


Figure 6 : Répartition des EHPAD en fonction des départements et du mode de gestion

En Mayenne et Sarthe, il y avait plus d'EHPAD publics (83 % et 72% respectivement).

1/3 des réponses des EHPAD à but lucratif provenaient de la Sarthe.

Le Maine-et-Loire avait une répartition équilibrée d'EHPAD Publics/Privés.

La part des EHPAD privés (à but lucratif ou non) en Loire-Atlantique était la plus importante avec 76% de réponses.

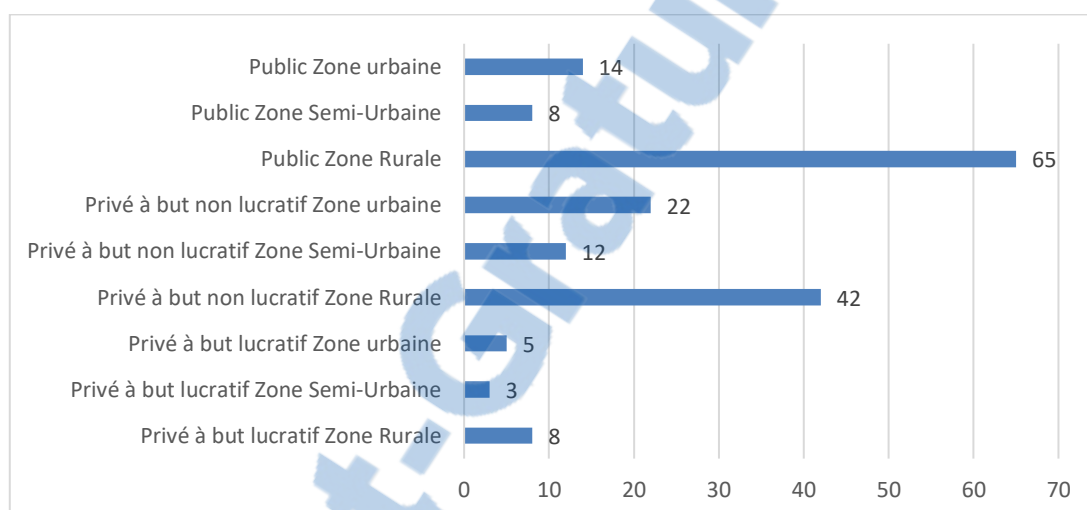


Figure 7 : Répartition des EHPAD en fonction du territoire et de leur gestion

Les EHPAD publics étaient situés principalement en zone rurale.

Les EHPAD privés à but lucratif étaient répartis de façon homogène entre les territoires ruraux et urbains.

2. Les Activités Vidéoludiques

2.1. Répartition des sous-groupes

Il avait été prédéterminé trois sous-groupes dont voici la répartition :

- 76 EHPAD (42.46%) proposant toujours une AVL → **AVL+**
- 68 EHPAD (37.99%) n'ayant jamais proposé une AVL → **AVL-**
- 35 EHPAD (19.55%) ayant stoppé les AVL → **AVL +/-**

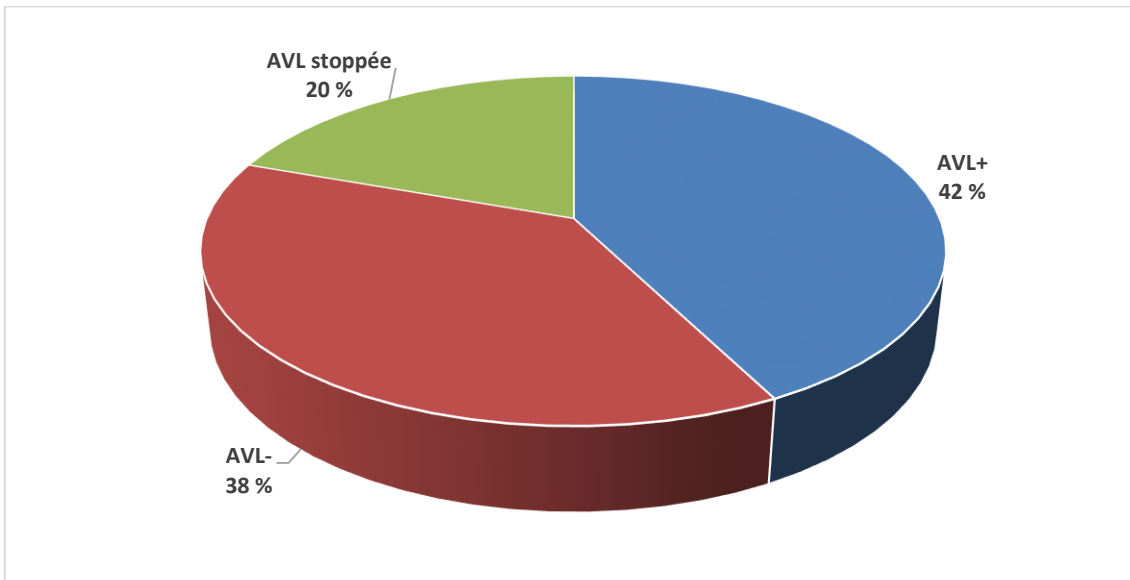


Figure 8 : Répartition des AVL

2.2. Répartition des AVL en fonction des départements, de la zone démographique et du mode de gestion

Tableau II: Analyses uni-variées des AVL en fonction du département, zone démographique et du mode de gestion

		AVL + (n = 76)	AVL - (n = 68)	AVL +/- (n = 35)	n	p	test
Département	Loire-Atlantique	33 (52%)	21 (33%)	10 (16%)	64	0.23	Fisher
	Maine-et-Loire	24 (41%)	21 (36%)	14 (24%)	59	-	-
	Sarthe	8 (25%)	18 (56%)	6 (19%)	32	-	-
	Mayenne	11 (46%)	8 (33%)	5 (21%)	24	-	-
Gestion	Publique	36 (41%)	34 (39%)	17 (20%)	87	0.62	Fisher
	Privée but non lucratif	30 (39%)	30 (39%)	16 (21%)	76	-	-
	Privée but lucratif	10 (62%)	4 (25%)	2 (12%)	16	-	-
Territoire	Rural	48 (42%)	46 (40%)	21 (18%)	115	0.76	Fisher
	Urbain	17 (41%)	16 (39%)	8 (20%)	41	-	-

	Semi-urbain	11 (48%)	6 (26%)	6 (26%)	23	-	-
--	--------------------	----------	---------	---------	----	---	---

Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la répartition des AVL en fonction du département, du mode de gestion et du territoire. La répartition était homogène.

La Sarthe faisait exception avec seulement 25% d'EHPAD déclarant proposer une AVL.

62% des EHPAD privés à but lucratif proposaient des AVL.

2.3. Nombre de résidents

Tableau III : Nombre de résidents dans les différents groupes d'AVL

	AVL +	AVL -	AVL +/-	n
Nombre de résidents	6675 (44.4%)	2877 (19,2%)	5467 (36.4%)	15019

Parmi les résidents ayant accès aux AVL :

-Le nombre moyen de participants était de 11.25 résidents par EHPAD soit 13% de la population d'un EHPAD.

-Au total 855 résidents utilisaient des AVL dans la région, soit 5.7% de la population étudiée.

2.4. Date de mise en place des AVL

Dans le groupe AVL + et AVL +/-, l'année moyenne de mise en place des AVL était 2013.

Dans le groupe AVL +/-, l'année moyenne d'abandon était 2015 soit une durée moyenne d'utilisation de 2 années.

2.5. animateurs

Dans les trois groupes, le nombre moyen d'animateurs était de 1,3.

2.6. Supports utilisés dans les AVL

a) Type de support et évaluation par les animateurs

Tableau IV : Type de support utilisé pour les AVL dans le groupe AVL + et AVL +/-

	Console Classique	Console à capteurs de mouvement	PC	Tablette	Réalité Virtuelle
AVL + (n=76)	0	40	40	31	7
AVL +/- (n=35)	0	25	16	1	0
TOTAL	0	65	56	32	7

Aucun EHPAD n'utilisait la console avec manette de jeu.

Dans le groupe AVL +, 52% proposaient à leurs résidents l'utilisation de la console à capteurs de mouvement et du PC, suivie de la tablette tactile 40%.

Dans le groupe AVL +/-, la console à capteur était l'AVL proposée en majorité (71%), suivie du PC (45%).

En moyenne, 1,5 AVL était proposée par EHPAD.

L'AVL était proposée de manière hebdomadaire ou mensuelle.

Tableau V : Evaluation des supports par les animateurs

Support	Favorable	Défavorable	Taux de réponse favorable
Tablette Tactile	137	42	76,5%
Réalité Virtuelle	130	49	72,6%
Console à capteur	107	72	59,7%
PC	99	80	55,3%
Console classique	56	123	31,2%

La tablette est le support considéré comme le plus adapté, suivi de la réalité virtuelle et de la console à capteur.

b) Support d'AVL utilisé en fonction du mode de gestion dans le groupe AVL +

Tableau VI : Type d'AVL en fonction du mode de gestion

Mode de Gestion	Console Classique	Console à capteur	Tablette tactile	PC	Réalité virtuelle
Public	0	14	15	21	1
Privé à but non lucratif	0	19	12	15	1
Privé à but lucratif	0	7	4	4	5
Total	0	40	31	40	7

La Réalité Virtuelle était proposée principalement dans les EHPAD privés.

La console à capteurs de mouvement était plus présente dans les EHPAD privés que les EHPAD publics.

33 EHPAD proposaient plus d'une AVL à leurs résidents :

=> 21 privés dont 5 à but lucratif

=> 12 publics

3. Bénéfices et Freins à l'utilisation des AVL

3.1. Bénéfices

D'après les personnes interrogées :

- 68% pensaient qu'il y avait un bénéfice à utiliser les AVL pour maintenir/entretenir l'humeur des résidents.
- 69.8% pensaient qu'il y avait un bénéfice sur la prévention des troubles cognitifs en utilisant des AVL dédiées à l'entretien cognitif.
- Plus de 83% y trouvaient un vecteur de lien social :
 - ⇒ 83.2% lien social entre résidents
 - ⇒ 83.2% lien familial
 - ⇒ 83% lien avec le monde extérieur
- 47% n'y voyait pas de bénéfice sur les chutes/équilibre.

Les EHPAD AVL + ne retrouvaient pas de bénéfice sur la prévention des chutes.

A contrario, 64% des EHPAD ALV – pensaient trouver un rôle dans la prévention des chutes.

3.2. Freins

L'étude retrouvait les freins suivants :

- ➔ L'investissement matériel (71% d'avis favorables)
- ➔ Le coût/investissement humain trop important (68%)
- ➔ Handicap/déficiences des résidents (68%)
- ➔ Le désintérêt des résidents (67%)

Le désintérêt des animateurs et celui des décisionnaires n'étaient pas considérés comme un frein potentiel (avec 70% et 66% respectivement d'avis défavorables).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Résultats principaux et Commentaires

Cette étude montre une démocratisation des AVL au sein des EHPAD de la région (42% des EHPAD utilisent une AVL).

Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant la répartition des AVL en fonction du département, du territoire et du mode de gestion.

Dans les deux groupes ayant initié des AVL, on trouve l'année 2013 comme année moyenne de mise en place, soit 4-5 ans après la sortie de la Wii.

La tablette est le support considéré comme le plus adapté (137/179 soit 76%), la réalité virtuelle vient en deuxième place (130/179 soit 72%) puis la console à capteur (107/179 soit 60%).

La simplicité d'utilisation de **la tablette**, son ergonomie, son coût souvent modeste et l'existence de nombreuses applications dédiées aux seniors sur ce support expliquent probablement cette 1^{ère} place. Elle permet facilement l'échange et peut toucher un plus grand nombre de résidents.

La **Réalité Virtuelle**, en 2^{ème} position, est portée par de nouvelles technologies récentes et innovantes telles que les casques/vélos/chambres connectés(19). Elle propose une stimulation et/ou un entretien à la fois cognitif et physique. L'effort est effectivement adapté/adaptable. Elle reste coûteuse à l'installation et assez élitiste (moins de résidents concernés).

La **console avec capteurs** (Wii/Kinect) est déjà bien implantée dans les EHPAD car elle réunit plusieurs qualités : un coût relativement modeste, une ergonomie/utilisation abordable malgré les déficiences des seniors, une expérience ludique et conviviale pouvant toucher un nombre de résidents plus important que sur une tablette. Elle peut proposer des exercices adaptés à la population gériatrique (Silver-fit®/Wii-fit®). Une étude a d'ailleurs permis de voir le réel potentiel de l'utilisation de la « Wii-thérapie ». (3)

Le support étant moins adapté à la création d'applications, le catalogue est moins fourni.

Le **PC/Ordinateur** malgré sa popularité et son usage fréquent dans les EHPAD ne fait pas partie des supports considérés comme le plus adapté pour la population gériatrique. Il est le support le plus ancien historiquement, son ergonomie hardware et software reste variable d'une machine à l'autre et demande une prise en main. Cette prise en main peut être compliquée par les déficiences et handicaps des seniors. Ce support a probablement été détrôné par l'arrivée des tablettes tactiles plus ergonomiques et simples d'accès pour un même usage (communication, utilisation des réseaux sociaux, visite virtuelle, ...)

La **console classique** est considérée unanimement comme le support le moins adapté aux personnes âgées.

Les freins préalablement définis semblent pertinents excepté l'intérêt des animateurs et/ou des décisionnaires d'animation. Cet intérêt ne semble pas influencer sur la mise en place d'une AVL.

Le nombre d'animateurs est identique entre les différents groupes.

Certains bénéfices pour la population gériatrique semblent évaluables par l'équipe d'animation. L'intérêt des AVL dans le développement du lien social et celui dans la prévention des troubles cognitifs sont les plus significatifs.

2. Force de l'étude

Le taux de réponse de 45% a permis d'avoir un échantillon conséquent d'EHPAD pour l'étude.

Cet échantillon est représentatif des EHPAD sur 2 points :

-répartition départementale homogène

-répartition EHPAD publics/privés comparable à la répartition régionale d'après les chiffres tirés d'un rapport de mars 2018 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire.(20)

Le caractère représentatif de notre échantillon permet une validité externe de notre étude.

Aucune étude à ce jour ne s'est intéressée à la pratique actuelle des AVL dans les EHPAD, ce qui la rend originale.

3. Biais et limites de l'étude

Le travail reste essentiellement descriptif et retrouve peu de différences significatives. Certains biais sont pourtant à souligner :

-Les réponses incomplètes ont été exclues de la base de données, ce qui peut constituer un **biais de sélection**. La majorité d'entre elles correspondaient uniquement à des questionnaires « ouverts » et sans aucune réponse.

-Le questionnaire a été testé et validé par un animateur afin d'évaluer la compréhension des questions et de le clarifier au maximum. Certaines incohérences dans les réponses remettent en cause sa simplicité et sa compréhension par l'interrogé malgré l'absence d'influence active de notre part. Cela peut constituer un **biais d'information**.

-**Biais d'information ou de mesure** potentiel que l'on peut retrouver dans la subjectivité et la fiabilité de l'interrogé d'autant plus que la population cible a été élargie. Les animateurs étaient la population cible initiale (90% des réponses) mais on retrouve quelques réponses de personnel soignant responsable d'animation (5 réponses soit 2 %) et parfois du personnel administratif (15 réponses soit 8%).

-Certaines variables ont pu être regroupées (« PLUTÔT D'ACCORD »+ « TOUT A FAIT D'ACCORD »=>D'ACCORD, AVL+/-), ces regroupements peuvent constituer un **biais de classement**.

-Malgré un taux global de réponse satisfaisant (45%), il y a eu de nombreux refus de participations spontanées et/ou après avis de la direction d'établissement. Ce **biais de refus de participation** (présent dès un taux de réponse <80%) a pu être minimisé par l'anonymisation des réponses mais il reste présent.

Il s'explique probablement par le contexte de « mauvaise image » des EHPAD suite à plusieurs affaires et/ou plaintes pour maltraitance ou mauvais soins au sein de ces dites structures.

-Il s'agit d'une étude déclarative pouvant entraîner un **biais de désirabilité**.

4. Critiques

Le postulat de départ était que peu d'EHPAD continuaient à proposer des AVL malgré un certain engouement pour la Wii®. L'étude retrouve 76 EHPAD pratiquant toujours une AVL, ce qui constitue 42% de l'échantillon (179 EHPAD) et 20% des EHPAD à l'échelle régionale (400 EHPAD hors Vendée).

Nous attendions plus de disparité au sein des différents départements entre les EHPAD proposant des AVL et ceux n'en proposant pas et plus spécialement entre territoire urbain et rural. Les différences sont finalement minimes.

On retrouve un attrait du numérique plus présent au sein des EHPAD privés qui proposent les AVL les plus récentes (réalité virtuelle/augmentée). Ces EHPAD proposent souvent plusieurs types d'AVL. Celles-ci constituent une publicité pour ces établissements.

Le nombre de résidents participant aux AVL reste cependant minoritaire (11.25 en moyenne soit un ratio de 13% de l'ensemble des résidents des EHPAD).

5. Conclusion

D'autres bénéfices restent ignorés, tels que la prévention des chutes(11) qui nécessite du matériel plus adapté qu'une simple tablette. Des études validées viennent contredire ces avis propres aux animateurs interrogés.

L'objectif secondaire était une évaluation des freins et des bénéfices potentiels.

Il serait intéressant de faire une étude longitudinale expérimentale afin de mieux percevoir les bénéfices sur la population gériatrique par des AVL identiques et reproductibles entre établissements.

La constitution d'un échantillon suffisant semble constituer la difficulté de ces études car souvent de faible puissance.

Une étude similaire à la nôtre pourrait être faite auprès des médecins coordinateurs de ces mêmes EHPAD de façon plus directe via une interview et/ou un questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Donnat O. Les pratiques culturelles des Français à l'ère numérique, Abstract. Cult Etudes. 2009;n°5(5):1-12.
2. Hall AK, Chavarria E, Maneeratana V, Chaney BH, Bernhardt JM. Health Benefits of Digital Videogames for Older Adults: A Systematic Review of the Literature. Games Health J. déc 2012;1(6):402-10.
3. Aimonetti M. Intérêt de la Wii pour les personnes âgées : oui à la Wii! NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. avr 2009;9(50):63-4.
4. La Wii réveille les maisons de retraite [Internet]. leparisien.fr. 2008 [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/la-wii-reveille-les-maisons-de-retraite-26-11-2008-322510.php>
5. Anguera JA, Boccanfuso J, Rintoul JL, Al-Hashimi O, Faraji F, Janowich J, et al. Video game training enhances cognitive control in older adults. Nature. 4 sept 2013;501(7465):97-101.
6. Kueider AM, Parisi JM, Gross AL, Rebok GW. Computerized Cognitive Training with Older Adults: A Systematic Review. PLoS ONE [Internet]. 11 juill 2012 [cité 11 oct 2019];7(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394709/>
7. Maillot P, Perrot A, Hartley A. Effets de la pratique des jeux vidéo sur le vieillissement cognitif. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2012;10(1):83-94.
8. Schoene D, Lord SR, Delbaere K, Severino C, Davies TA, Smith ST. A randomized controlled pilot study of home-based step training in older people using videogame technology. PloS One. 2013;8(3):e57734.
9. Chesler J, McLaren S, Klein B, Watson S. The effects of playing Nintendo Wii on depression, sense of belonging and social support in Australian aged care residents: a protocol study of a mixed methods intervention trial. BMC Geriatr [Internet]. 3 sept 2015 [cité 17 janv 2017];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559872/>
10. Li J, Theng Y-L, Foo S. Game-based digital interventions for depression therapy: a systematic review and meta-analysis. Cyberpsychology Behav Soc Netw. août 2014;17(8):519-27.
11. Pietrzak E, Cotea C, Pullman S. Using commercial video games for falls prevention in older adults: the way for the future? J Geriatr Phys Ther 2001. déc 2014;37(4):166-77.
12. VIVIER A. Ergothérapie et déficits attentionnels : apports des jeux vidéo grand public avec une approche ludique en rééducation. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2016. 85 p.
13. Pua Y-H, Clark RA, Ong P-H. Evaluation of the Wii Balance Board for Walking Aids Prediction: Proof-of-Concept Study in Total Knee Arthroplasty. Buchowski M, éditeur. PLOS ONE. 23 janv 2015;10(1):e0117124.
14. FORSANS Emmanuel. Chiffre d'affaires mondial des jeux vidéo : 2015, 2016, 2019 [Internet]. AFJV. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://www.afjv.com/news/6197_chiffre-d-affaires-mondial-des-jeux-video-2015-2016-2019.htm
15. Quand le multimédia devient outil thérapeutique — Silver Economie [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/dossier-quand-le-multimedia-devient-outil-therapeutique/31563>

16. Morimoto SS, Wexler BE, Liu J, Hu W, Seirup J, Alexopoulos GS. Neuroplasticity-based computerized cognitive remediation for treatment-resistant geriatric depression. *Nat Commun.* 5 août 2014;5:4579.
17. Maillot P, Perrot A, Hartley A. [The effects of video games on cognitive aging]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* mars 2012;10(1):83-94.
18. Kaufman D, Sauvé L, Renaud L, Sixsmith A, Mortenson B. Older Adults' Digital Gameplay: Patterns, Benefits, and Challenges. *Simul Gaming.* 1 août 2016;47(4):465-89.
19. Kizony R, Weiss PL (Tamar), Shahar M, Rand D. TheraGame: A home based virtual reality rehabilitation system. *Int J Disabil Hum Dev.* 2011;5(3):265–270.
20. L'ARS accompagne les EHPAD des Pays de la Loire pour soutenir les professionnels et améliorer l'accueil des personnes âgées [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/lars-accompagne-les-ehpad-des-pays-de-la-loire-pour-soutenir-les-professionnels-et-ameliorer>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	9
Figure 2 : Répartition des EHPAD de notre échantillon	10
Figure 3: Répartition des résidents par département	11
Figure 4 : Répartition par zone démographique des EHPAD dans la région	12
Figure 5 : Répartition des EHPAD en fonction de leur mode de gestion	13
Figure 6 : Répartition des EHPAD en fonction des départements et du mode de gestion	14
Figure 7 : Répartition des EHPAD en fonction du territoire et de leur gestion.....	14
Figure 8 : Répartition des AVL.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition départementale des EHPAD Pays de la Loire et taux de réponse par département.....	11
Tableau II: Analyses uni-variées des AVL en fonction du département, zone démographique et du mode de gestion.....	15
Tableau III : Nombre de résidents dans les différents groupes d'AVL.....	16
Tableau IV : Type de support utilisé pour les AVL dans le groupe AVL + et AVL +/-	17
Tableau V : Evaluation des supports par les animateurs	18
Tableau VI : Type d'AVL en fonction du mode de gestion	18

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	5
1. Type d'enquête	5
2. Population Etudiée	5
3. Recueil des données	5
4. Elaboration du questionnaire	6
5. Analyse des résultats	7
RÉSULTATS	9
1. Echantillon constitué	9
1.1. Diagramme de flux.....	9
1.2. Description de l'échantillon.....	10
1.2.1. Répartition départementale	10
1.2.2. Répartition démographique	11
a) Nombre de résidents.....	11
b) Zone démographique	12
1.2.3. Mode de Gestion	13
2. Les Activités Vidéoludiques	14
2.1. Répartition des sous-groupes	14
2.2. Répartition des AVL en fonction des départements, de la zone démographique et du mode de gestion	15
2.3. Nombre de résidents	16
2.4. Date de mise en place des AVL	16
2.5. animateurs.....	16
2.6. Supports utilisés dans les AVL	17
a) Type de support et évaluation par les animateurs	17
b) Support d'AVL utilisé en fonction du mode de gestion dans le groupe AVL +	18
3. Bénéfices et Freins à l'utilisation des AVL	19
3.1. Bénéfices	19
3.2. Freins.....	20
DISCUSSION ET CONCLUSION	21
1. Résultats principaux et Commentaires	21
2. Force de l'étude	23
3. Biais et limites de l'étude	23
4. Critiques	24
5. Conclusion	25
BIBLIOGRAPHIE	26
LISTE DES FIGURES	28
LISTE DES TABLEAUX	29
TABLE DES MATIERES	30
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire Limesurvey

A1. Nom de votre EHPAD :

A2. Département où se trouve votre EHPAD :

44- Loire-Atlantique	<input type="checkbox"/>
49-Maine-et-Loire	<input type="checkbox"/>
53-Mayenne	<input type="checkbox"/>
72-Sarthe	<input type="checkbox"/>

A3. Vous êtes un établissement :

Public	<input type="checkbox"/>
Privé à but non lucratif	<input type="checkbox"/>
Privé à but lucratif	<input type="checkbox"/>

A4. Type de localisation :

Zone urbaine (> 10000 habitants)	<input type="checkbox"/>
Zone semi-urbaine (entre 5000 et 10000 habitants)	<input type="checkbox"/>
Zone rurale (<5000 habitants)	<input type="checkbox"/>

A5. Nombre de résidents au sein de votre EHPAD (approximativement) :

A6. Quel est l'âge moyen des résidents ?

> ou = à 85 ans	<input type="checkbox"/>
<85 ans	<input type="checkbox"/>

A7. Présence d'une unité spécialisée (UPAD, Unité Alzheimer) au sein de votre EHPAD

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A8. Présence d'un accueil de jour au sein de votre EHPAD :

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A9. Quel est le GIR moyen de vos résidents ?

GIR 1-2 : Personnes très dépendantes (de part ses fonctions physiques et/ou mentales altérées et nécessitant une aide constante et continue)

GIR 3-4 : Personnes dépendantes (nécessitant une aide partielle pour les activités quotidiennes telles que la toilette, les repas)

GIR 5-6 : Personnes plutôt autonomes pour les gestes essentiels de la vie courante

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

A10. Les résidents de votre EHPAD ont-ils un accès internet à leur disposition ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A11. Si oui, s'agit-il :

D'un accès proposé par l'EHPAD (poste /ordinateur dédié en libre accès) dans un lieu collectif

D'un accès proposé par l'EHPAD et individualisé dans la chambre/lieu de vie des résidents

D'une démarche personnelle de certains résidents pour pouvoir avoir leur accès à internet

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

A12. Qui décide des animations dans votre EHPAD ?

Le/les animateurs seuls

Le/les animateurs et les résidents

Le/les animateurs et la direction

Le/les animateurs, les résidents et la direction

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

A13. Combien d'animateurs travaillent au sein de l'EHPAD ?

--

A14. Une Activité Vidéoludique (cf. description) a-t-elle été pratiquée/proposée au sein de votre établissement ? :

Nous rappelons que nous entendons par **Activité Vidéoludique** ou **AVL** toute activité utilisant un support vidéoludique/numérique (consoles, ordinateurs, Wii, utilisation d'un écran, tablette, appareils connectés) où l'utilisateur est responsable/acteur de ses choix/découvertes/mouvements et expériences au sens large du terme. C'est pourquoi nous excluons le fait de regarder la télévision en tant qu'Activité Vidéoludique.

Oui et l'AVL est toujours proposée

Oui mais l'AVL n'existe plus aujourd'hui

Non aucune AVL n'a été proposée à ce jour à nos résidents

A15. Quel(s) type(s) de support vidéoludique utilisez-vous ?

Plusieurs choix de réponses possibles

Ordinateur (clavier/souris)

Consoles classiques (avec manettes)

Consoles avec capteurs (type Wii)

Tablettes tactiles

Réalité virtuelle/augmentée (par exemple visite virtuelle de musée, promenade virtuelle en vélo via écran dédié associé)

A16. Quel(s) AVL ou types d'AVL proposez-vous ? :

Possibilité de citer des produits et/ou applications utilisées (marques, entreprise, etc...)

Exemple : Wii-fit, Kinect, Silverfit...

--

A17. Selon vous, ces différents supports vidéoludiques vous semblent-ils adaptés pour vos résidents ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ordinateur (clavier/souris)				
Consoles classiques (avec manettes)				
Consoles avec capteurs (type Wii)				
Tablettes tactiles				
Réalité virtuelle/augmentée (par exemple visite virtuelle de musée)				

A18. A quelle fréquence est proposée votre AVL ? :

Libre accès	
Quotidienne	
Hebdomadaire	
Mensuelle	

A19. Comment sont proposées les AVL ? :

En libre accès	
En présence d'un animateur/responsable	
Les deux	

A20. En quelle année votre AVL a été mise en place ?

A21. Dans quel objectif l'AVL a-t-elle été mise en place ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Objectif purement ludique/loisir				

Objectif de découverte/initiation

Objectif de prévention

A22. Combien de résidents participent à votre AVL en moyenne ? :

A23. Votre AVL est-elle accessible à l'accueil du jour ?

Oui	
Non	

A24. Quel(s) bénéfice(s) voyez-vous pour vos résidents au maintien de cette activité ? :

Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	----------	---------------------	----------------------

Prévention des chutes (via applications tablette, Wii-fit, appareil utilisant un capteur d'équilibre..)				
Prévention des troubles de l'humeur (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Prévention de la démence (via l'entretien cognitif par des exercices dédiés, la stimulation intellectuelle, la découverte de nouvelles choses..)				
Développement du lien social entre les résidents (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Développement du lien social avec la famille (via l'utilisation des réseaux sociaux et/ou applications dédiées..)				
Développement du lien avec le « monde extérieur »(via l'utilisation d'internet, réseaux sociaux..)				

A25. Quel(s) frein(s) voyez-vous à la mise en place des AVL au sein d'EHPAD ne la proposant pas ? :

Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	----------	---------------------	----------------------

L'idée d'un désintérêt des résidents pour les nouvelles technologies				
Un coût humain important de la mise en place d'une AVL				



Un investissement matériel trop important d'une AVL				
Le désintérêt du responsable d'animation pour les AVL				
Le désintérêt de l'établissement et/ou des décisionnaires de l'établissement				
L'idée que la déficience/dépendance de certains résidents complique leur usage/utilisation				

A26. Quel(s) type(s) de support vidéoludique avez-vous utilisé(s) ? :

Plusieurs choix de réponses possibles

Ordinateur (clavier/souris)	
Consoles classiques (avec manettes)	
Consoles avec capteurs (type Wii)	
Tablettes tactiles	
Réalité virtuelle/augmentée (par exemple visite virtuelle de musée, promenade virtuelle en vélo via écran dédié associé)	

A27. Quel(s) type(s) d'AVL réalisez/faisiez-vous ? :

Possibilité de citer des produits et/ou applications utilisées (marques, entreprise, etc...)

Exemple: Wii-fit, Kinect, Silverfit...

A28. A quelle fréquence était-elle proposée ? :

Quotidienne	
Hebdomadaire	
Mensuelle	

A29. Comment étaient proposées les AVL ? :

En libre accès	<input type="checkbox"/>
En présence d'un animateur/responsable	<input type="checkbox"/>
Les deux	<input type="checkbox"/>

A30. En quelle année votre AVL a été mise en place ?

A31. En quelle année s'est-elle terminée ?

A32. Dans quel objectif avait-elle été mise en place ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Objectif purement ludique/loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objectif de découverte/initiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objectif de prévention vis-à-vis d'un problème de santé (démence/déclin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A33. Selon vous, quelles ont été les raisons en cause de l'arrêt de cette activité ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Manque d'intérêt des résidents pour les AVL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coût humain important de la mise en place d'une AVL : formation nécessaire quant à l'utilisation de certains supports, plannings des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investissement matériel trop important d'une AVL : achat d'un/de support(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'intérêt du/des responsable(s) d'animation vis-à-vis des AVL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'intérêt de l'établissement et/ou des décisionnaires de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficiences/Dépendance des résidents compliquant le maintien de l'AVL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A34. Quel(s) bénéfice(s) avez-vous vu(s) à l'instauration d'une/d'AVL au sein de votre EHPAD en général ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Prévention des chutes (via applications tablette, Wii-fit, appareil utilisant un capteur d'équilibre..)				
Prévention des troubles de l'humeur (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Prévention de la démence (via l'entretien cognitif par des exercices dédiés, la stimulation intellectuelle, la découverte de nouvelles choses..)				
Développement du lien social entre les résidents (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Développement du lien social avec la famille (via l'utilisation des réseaux sociaux et/ou applications dédiées..)				
Développement du lien avec le « monde extérieur » (via l'utilisation d'internet, réseaux sociaux..)				

A35. Selon vous, ces différents supports vidéoludiques vous semblent-ils adaptés au secteur gériatrique ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ordinateur (clavier/souris)				
Consoles classiques (avec manettes)				
Consoles avec capteurs (type Wii)				
Tablettes tactiles				
Réalité virtuelle/augmentée (par exemple visite virtuelle de musée)				

A36. La question de la mise en place d'une AVL au sein de votre EHPAD a-t-elle déjà été discutée/proposée/évoquée ? :

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

A37. Si oui en quelle année ?

A38. Selon vous, ces différents supports vidéoludiques vous semblent-ils adaptés au secteur gériatrique ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ordinateur (clavier/souris)				
Consoles classiques (avec manettes)				
Consoles avec capteurs (type Wii)				
Tablettes tactiles				
Réalité virtuelle/augmentée (par exemple visite virtuelle de musée)				

A39. Quel(s) bénéfice(s) verriez-vous quant à la proposition/utilisation d'une AVL pour les résidents ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Prévention des chutes (via applications tablette, Wii-fit, appareil utilisant un capteur d'équilibre..)				
Prévention des troubles de l'humeur (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Prévention de la démence (via l'entretien cognitif par des exercices dédiés, la stimulation intellectuelle, la découverte de nouvelles choses..)				
Développement du lien social entre les résidents (via l'aspect ludique et/ou collectif d'une telle activité)				
Développement du lien social avec la famille (via l'utilisation des réseaux sociaux et/ou applications dédiées..)				
Développement du lien avec le « monde extérieur » (via l'utilisation d'internet, réseaux sociaux..)				

A40. Selon vous, quelle sont les raisons à l'absence d'AVL proposées au sein de votre EHPAD ? :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Manque d'intérêt des résidents pour les AVL				
Coût humain important de la mise en place d'une AVL : formation nécessaire quant à l'utilisation de certains supports, plannings des activités				
Investissement matériel trop important d'une AVL : achat d'un/de support(s)				
Manque d'intérêt du/des responsable(s) d'animation vis-à-vis des AVL				
Manque d'intérêt de l'établissement et/ou des décisionnaires de l'établissement				
Déficience/Dépendance des résidents compliquant la mise en place de l'AVL				

B1. Quel âge avez-vous ?

B2. Vous êtes :

Une femme	<input type="checkbox"/>
Un homme	<input type="checkbox"/>

B3. Au sein de votre établissement/EHPAD vous exercez en tant que :

Animateur	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>
Personnel administratif/Direction	<input type="checkbox"/>
Personnel Soignant/Ergothérapeute/Kinésithérapeute/IDE/...	<input type="checkbox"/>

B4. De manière générale, je me sens à l'aise avec les « nouvelles technologies » :

Tout à fait d'accord	<input type="checkbox"/>
D'accord	<input type="checkbox"/>
Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>
Pas du tout d'accord	<input type="checkbox"/>

Activité vidéoludique dans les EHPAD : Etat des lieux des pratiques dans la région pays de la Loire

RÉSUMÉ

Introduction : L'utilisation du numérique et des nouvelles technologies s'est développée dans notre vie quotidienne. L'engouement international suscité par la console Wii® (console à détection de mouvement) s'est propagé à la population des plus de 75 ans. Son acquisition par certaines EHPAD à visée d'activité vidéoludique (AVL) « thérapeutique » a été médiatisée à partir de 2008 avec les premières publications d'études montrant les potentiels bénéfiques de son utilisation dans différents domaines de prévention gériatrique.

Depuis 2 ans, le domaine des AVL, surtout celui du jeu vidéo semble s'intéresser de plus en plus à cette population gériatrique. L'objectif était de faire un premier état des lieux de la pratique des activités vidéoludiques au sein de ces structures gériatriques de la Région Pays de la Loire (excepté le département de la Vendée).

Matériel et Méthode : Cette enquête quantitative, descriptive, participative, a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne, auprès des animateurs de 400 EHPAD, concernant l'utilisation des AVL dans la région Pays de la Loire (excepté la Vendée)

Résultats : 179 EHPAD ont répondu (notre taux de réponse = 44%). La répartition des EHPAD de notre échantillon était représentative (répartition territoriale et mode de gestion) de celle de la zone géographique interrogée. L'échantillon était partagé en 3 groupes : les EHPAD pratiquant toujours une AVL (42.45%), les EHPAD l'ayant stoppé (19.5%) et ceux ne l'ayant jamais proposé (38%). Il a été retrouvé différents bénéfices à l'utilisation des AVL : développement du lien social (>83%), prévention des troubles cognitifs (69.8%), et prévention des troubles de l'humeur (68%). L'investissement matériel et humain, le handicap et le désintérêt des résidents étaient considérés comme des freins potentiels à l'utilisation des AVL.

Conclusion : Cette étude montre une démocratisation des AVL au sein des EHPAD de la région (38% des EHPAD n'ayant jamais utilisé d'AVL). Elle montre également une certaine homogénéité des pratiques au sein des différents départements, des territoires et du mode de gestion. Il serait intéressant de faire une étude longitudinale expérimentale afin de mieux percevoir les bénéfices sur la population gériatrique par des AVL identiques et reproductibles entre établissements.

Mots-clés : Activité vidéoludique, EHPAD, Pays de la Loire

Video game activity in nursing homes: State of practice in the Pays de la Loire region

ABSTRACT

Introduction: Digital and new technologies has developed in our daily lives. The international enthusiasm caused by the Wii® console (motion sensor console) has spread to the population over 75 years. Its acquisition by some nursing homes for "therapeutic" Video game activity (VGA) was advertised since 2008 with the publications of the first studies showing the potential benefits of its use in different areas of geriatric prevention.

For the last 2 years, the field of VGA and especially the one concerning video games seem to be more and more interested in the geriatric population. The aim of this study was to make a state of play of the use of video games activities in the geriatric structures in the Pays de la Loire Region (excluding the Vendée department).

Methods: This quantitative, descriptive, participatory survey was conducted using an online questionnaire, with 400 nursing homes' facilitators, concerning the use of VGA in the Pays de la Loire region (excluding Vendée)

Results: 179 nursing homes responded (response rate = 44%). The distribution of nursing homes in our sample was representative (territorial distribution and management mode) of the geographical area surveyed. The sample was divided into 3 groups: the nursing homes still practicing an VGA (42.45%), the nursing homes having stopped (19.5%) and those never having proposed it (38%). Various benefits were found in the use of VGA: social link development (> 83%), cognitive disorders prevention (69.8%), and mood disorders prevention (68%). Equipment and human investment, disability and residents' disinterest were considered as potential impediments to VGA use.

Conclusion: This study shows a democratization of VGA in the region's nursing homes (38% of nursing homes never used VGA). It also shows a certain homogeneity of practices within the different departments, territories as well as their method of management. It would be interesting to make an experimental longitudinal study in order to better perceive the benefits on the geriatric population using identical and reproducible VGA between institutions.

Keywords : Video game activity, Nursing homes, Pays de la Loire