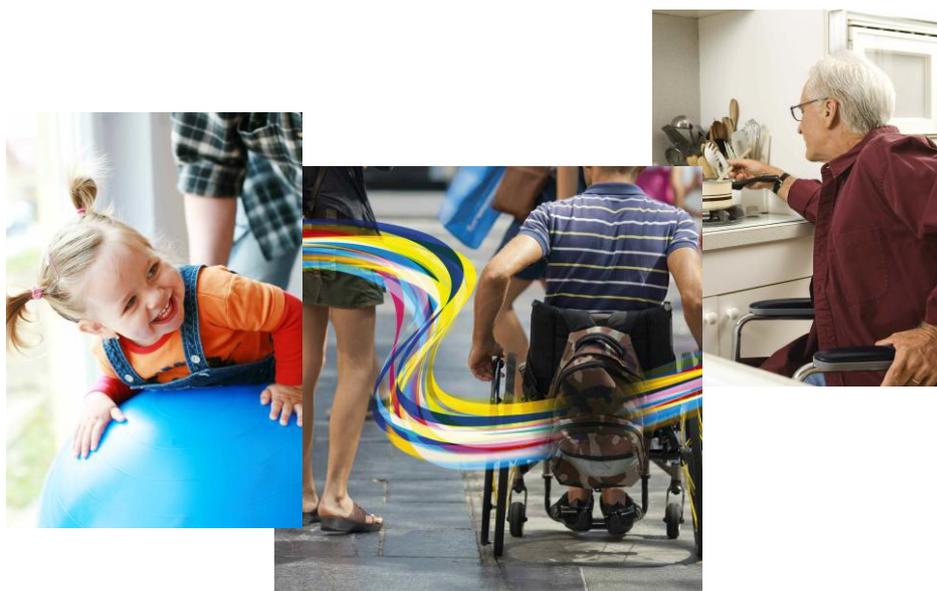




L'ergothérapie aujourd'hui en France

⇒ 10 propositions pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française



V6 - Mars 2017

SIÈGE :
64 rue Nationale
CS 41362
75214 PARIS CEDEX 13
Tél./Fax : **01 45 84 30 97**
Mail : accueil@anfe.fr

SFC SERVICE FORMATION
CONTINUE :
64 rue Nationale
CS 41362
75214 PARIS CEDEX 13
Tél : **01 45 84 33 21**
Mail : sfc.secretariat@anfe.fr

—
Membre de la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes - W.F.O.T. et du Conseil des ergothérapeutes pour Les pays européens - C.O.T.E.C
Membre Fondateur de l'Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques - U.I.P.A.R.M
Siret : 309 065 050 00077 - APE 8559 A - Association déclarée (Loi 1901)
<http://www.anfe.fr>

Les ergothérapeutes

L'ergothérapeute est un professionnel du champ sanitaire, médico-social et social. Le plus souvent membre d'une équipe pluri-professionnelle (composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de travailleurs sociaux, d'acteurs de réseaux sanitaires, de techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre possibles les activités de façon sécurisée et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap.

La profession d'ergothérapeute existe depuis une soixantaine d'années en France et s'est développée progressivement. Malgré cet enrichissement constant, de nombreux besoins ne sont actuellement pas couverts, qu'il s'agisse d'interventions thérapeutiques, de programmes de réhabilitation, de réinsertion ou de prévention, que ce soit auprès d'enfants, d'adultes ou de personnes âgées.

En effet, l'effectif des ergothérapeutes est très faible au regard des besoins de la population et de l'évolution démographique et l'accès aux prestations d'ergothérapeutes reste inégal en raison de l'absence d'un modèle économique clair.

Le savoir-faire des ergothérapeutes

► Évaluer

L'ergothérapeute est formé à l'examen des effets physiques (moteurs et sensoriels), psychiques, mentaux et cognitifs, d'un accident, d'une maladie ou de l'avancée en âge. Il analyse également l'interaction de ces paramètres avec les facteurs environnementaux et personnels qui influencent la capacité de participation sociale.

L'ergothérapeute définit les plans d'aide individualisés visant la compensation des situations de handicap, dans le respect des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel.

► Prévenir et conseiller

Les recommandations de l'ergothérapeute ont pour but d'atténuer ou d'éliminer les obstacles à l'activité humaine et de rétablir une adéquation entre la personne et son environnement, avec un souci d'efficacité maximale.

Ces recommandations permettent également de prévenir une situation de handicap ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou de formation concernant les populations à risque de perte d'indépendance et/ou d'autonomie. Il participe de ce fait à la politique de santé publique à travers la préconisation et l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques, et à travers l'aménagement de l'environnement.

Grâce aux conseils adaptés au plus près des besoins et des possibilités de la personne, l'action des ergothérapeutes permet une réduction des coûts de santé et limite l'installation de situations consommatrices de soins ou de services.

► Développer l'indépendance et l'autonomie

Conscient de l'importance de l'activité dans le quotidien des personnes, l'ergothérapeute s'attache à proposer des solutions concrètes pour permettre ou faciliter :

- la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques ;
- les déplacements, la communication, les loisirs ;
- l'accès ou le maintien en milieu scolaire et professionnel ;
- la pleine participation sociale et citoyenne

L'ergothérapeute développe les possibilités d'indépendance et d'autonomie dans le milieu ordinaire de vie des personnes à travers des actions réhabilitatives.

Démographie

Le rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé mettait en évidence l'augmentation important du nombre de professionnels. Cette progression n'a cessé de s'accroître avec un doublement du nombre de professionnel ces 12 dernières années.

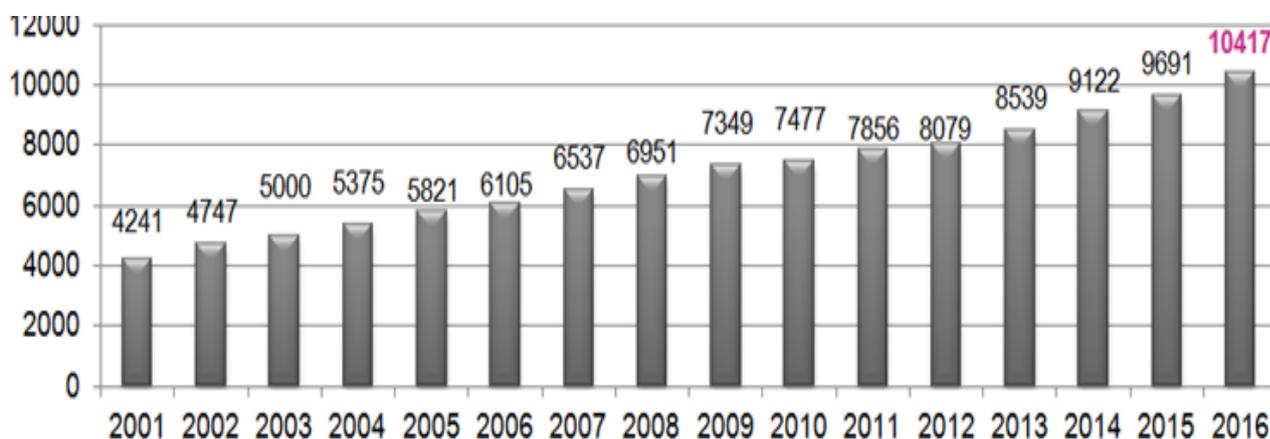


Figure 1 : Evolution 2001-2016 des effectifs d'ergothérapeutes (source DREES)

Au 1^{er} janvier 2016, 10417 ergothérapeutes exercent en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. L'âge moyen des ergothérapeutes s'élève à 35 ans.

En 2013 la densité des ergothérapeutes a atteint 13,5 pour 100 000 habitants. La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle toujours une disproportion flagrante, au regard des besoins de la population.

| Professions | Densité France métropolitaine | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Infirmiers | 780 | 803 | 830 | 855 | 881 | 914 |
| Masseurs kinésithérapeutes | 105 | 108 | 111 | 113 | 116 | 119 |
| Manipulateurs en radiologie | 43 | 45 | 45 | 46 | 47 | 48 |
| Orthophonistes | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 |
| Opticiens lunetiers | 30 | 32 | 33 | 37 | 39 | 42 |
| Pédicures podologues | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 |
| Ergothérapeutes | 11 | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 |
| Psychomotriciens | 11 | 12 | 12 | 13 | 13 | 14 |
| Orthoptistes | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| Audioprothésistes | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |

Figure 2 : Densité comparative concernant les professions paramédicales (source fichier Adeli)

La densité des ergothérapeutes présente toujours des variations très importantes selon les pays de l'Union Européenne. En France, elle reste minime au regard de celle des pays européens, notamment de celle des pays nordiques ou même de celle de la Belgique, culturellement plus proche.

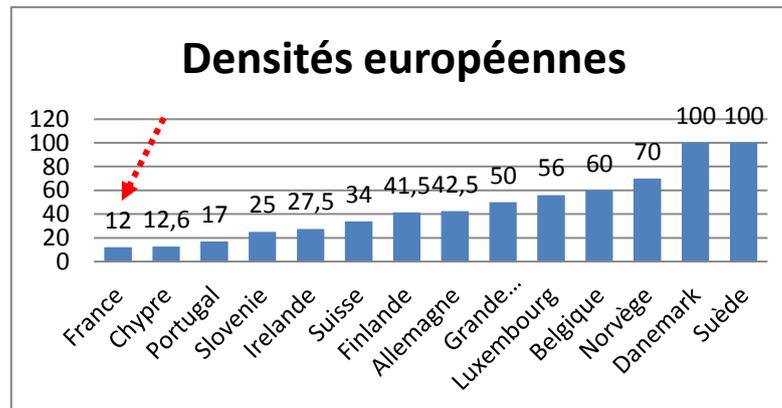


Figure 3 : Nombre d'ergothérapeutes et densité en Europe
Occupational Therapy Education in Europe : an exploration, ENOTHE, Amsterdam, 2012

Quant à l'implantation géographique, 19% de ergothérapeutes travaillent en Région Parisienne, 36% dans des villes de plus de 100 000 habitants, et seulement 9,5% en zone rurale.

Cette répartition n'est pas du fait des professionnels, mais de l'implantation des établissements les employant. La répartition par département montre d'importantes disparités.

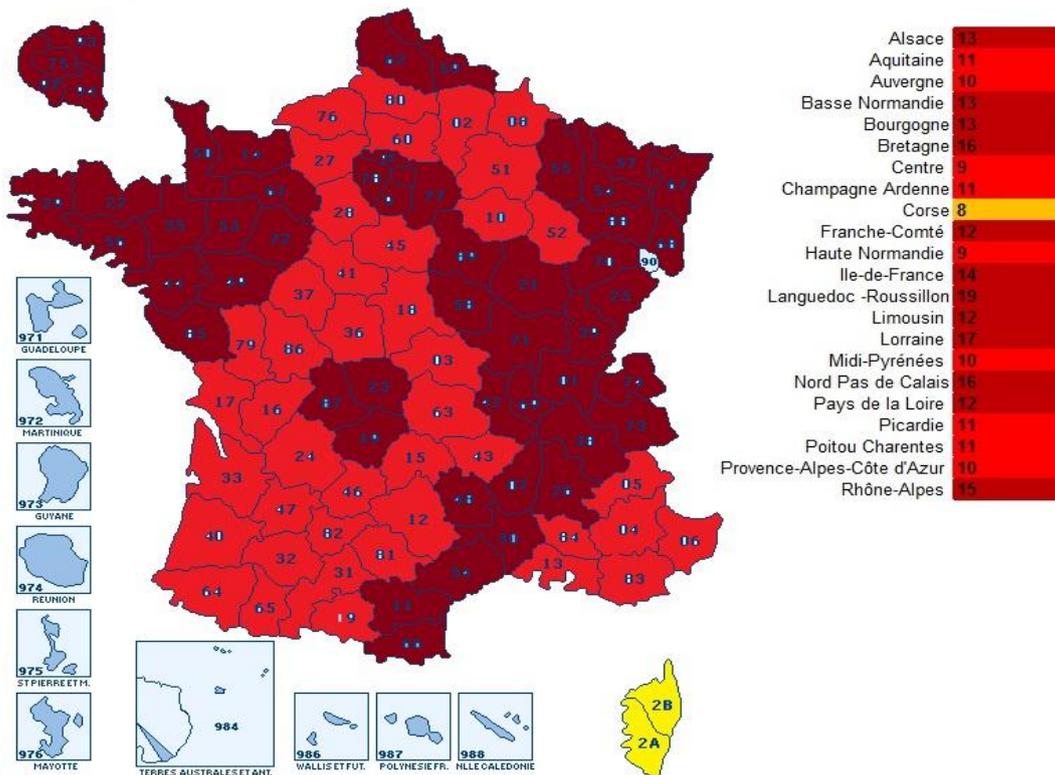


Figure 4 : Densités d'ergothérapeute par département en France

Les secteurs d'activité des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes sont principalement des salariés. Ils sont surtout employés dans des structures de statuts public ou privé Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

Paradoxalement, peu d'entre eux travaillent en centre hospitalier.

On dénombre 993 personnes en exercice libéral inscrites sur les listes ADELI en 2016 (presque de la profession). Ce chiffre ne reflète pas la réalité car de nombreux professionnels ne peuvent s'y inscrire pour des raisons administratives.

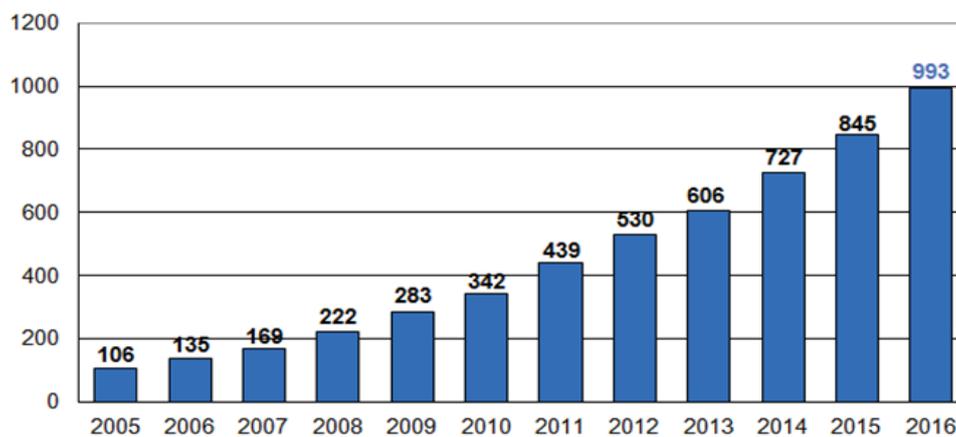


Figure 5 : Evolution 2005-2016 des effectifs d'ergothérapeutes libéraux (source fichier Adeli)

L'apparition de nouvelles catégories dans le répertoire ADELI succède à l'augmentation d'ergothérapeutes dans un secteur qu'il devient alors nécessaire de différencier pour plus de visibilité. Ces changements reflètent l'évolution des pratiques. Ainsi y ré-apparaissait en 2001 la rubrique intitulée « exercice libéral », de même qu'y étaient créées celles concernant les « établissements de soins et prévention » et les « établissements gériatriques ». Cependant, il reste difficile de savoir ce que ces appellations recouvrent véritablement. Bien que la catégorisation adoptée dans le fichier ADELI ne soit pas complètement explicite, nous pouvons observer depuis sa création une augmentation de la part d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes adultes et âgées, et une diminution de celle des professionnels intervenant auprès d'enfants. Les données ADELI ne permettent pas non plus de mesurer la part d'ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale. Une enquête nous précisait en 1990 que cette part représentait 18%. Nous sommes convaincus que le nombre de postes en psychiatrie augmente progressivement, mais il est difficile de savoir si cette croissance est proportionnelle au nombre total d'ergothérapeutes en France.

| Secteurs d'activités | Estimation 2012 |
|---|-----------------|
| Rééducation & Réadaptation de l'adulte en établissement | 18% |
| Gériatrie | 22% |
| Pédiatrie | 14% |
| Psychiatrie | 14% |
| Service de soins à domicile | 6% |
| Structures médicosociales | 5% |
| Management, direction de structures | 4% |
| Libéral | 6% |
| MDPH | 1,5% |
| Commerces aides techniques | 1,5% |

Figure 6 : Répartition des professionnels par secteur d'activité

Le développement de nouvelles problématiques dans le domaine de la santé, le rapprochement entre l'action sanitaire et sociale et la reconnaissance de nouveaux besoins nous permettent d'envisager une action de plus en plus importante des ergothérapeutes dans notre société : développement de la psychogériatrie, progrès de la réanimation, augmentation de l'espérance de vie et donc des populations du 3^{ème} et 4^{ème} âges, scolarisation, activité professionnelle et intégration en milieu ordinaire de vie des personnes handicapées, conception d'une société plus juste pour tous, lutte contre les discriminations... Les ergothérapeutes accompagnent ces évolutions et mettent leurs compétences au service des usagers.

De nouveaux secteurs d'intervention sont actuellement explorés par les professionnels. Ils travaillent dans des lieux de plus en plus diversifiés : hôpitaux, cliniques et centres de réadaptation, hôpitaux de jour, CMP, CATTP, centres pénitentiaires, services de soins à domicile, équipes mobiles, collectivités territoriales, structures d'évaluation et de conseil, centres d'hébergement, fabricants et distributeurs de matériel, associations, libéral, réseaux de soins... Nous constatons avec satisfaction qu'ils sont amenés à intervenir de plus en plus en milieu ordinaire de vie : domicile, milieux scolaire et professionnel, cité...

Leurs missions peuvent recouvrir des réalités très différentes : évaluation, conseil, thérapie, encadrement d'équipe, animation de réseau, direction d'établissement, formation, expertise, recherche et développement.

Leur exercice nécessite des savoirs de plus en plus étendus et demande des compétences très variées : sur les pathologies, les techniques d'intervention, les techniques d'évaluation, les nouvelles technologies, les normes d'hygiène et de sécurité, la pédagogie, la démarche basée sur les preuves, la santé communautaire, la prévention, le management, la gestion, l'économie, l'éducation à la santé, l'accompagnement des familles, le travail en réseau...

Leurs modalités d'intervention sont plurielles : salariat, partage salarial, indépendant ou libéral. Les populations accompagnées sont devenues très diverses : tous les âges de la vie sont représentés ; les types de déficiences traitées également : physiques, psychiques, cognitives, sensorielles et mêmes sociales. Il convient également d'ajouter à ces cibles d'action toutes les personnes à risque, dans le cadre des actions de prévention.

L'appareil de formation

Il existe aujourd'hui 24 Instituts de Formation en Ergothérapie (IFE). Le nombre d'IFE a doublé ces dernières années par la volonté de la profession de faire face à une pénurie annoncée due aux premiers départs à la retraite et aux besoins de la population.

Ainsi de 550 professionnels sortant des centres de formation en 2014, nous sommes passés à 819 en 2016.

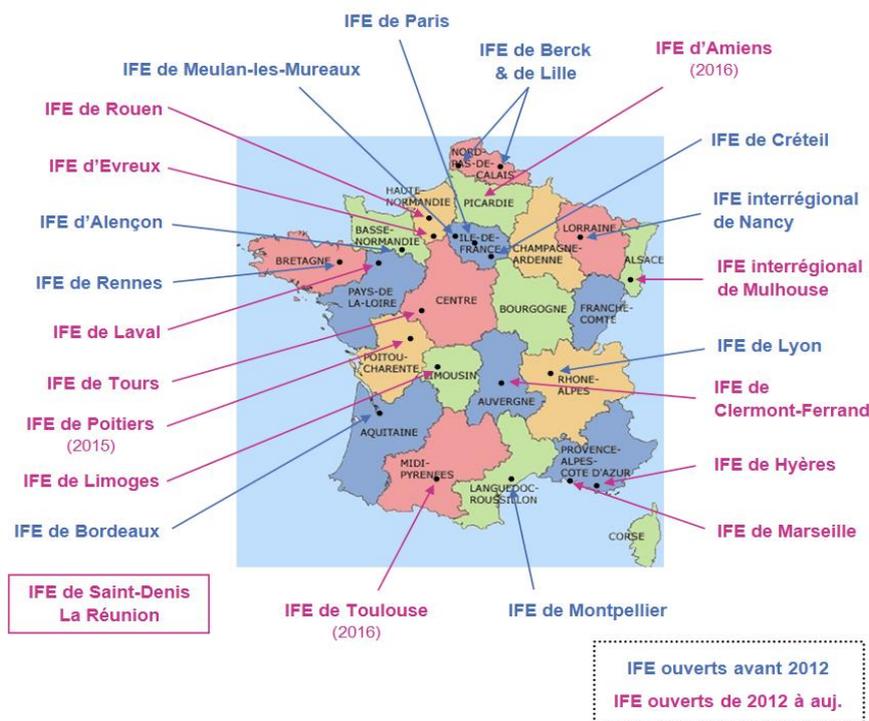


Figure 7 : Implantation des IFE en France

Recrutement

Le texte officiel prévoit un concours d'accès direct après l'obtention du baccalauréat, organisé par l'IFE et fondé sur le programme de première et terminale scientifique.

- ⇒ Par dérogation, 13 IFE recruteront en 2016 à l'issue de la PACES, de STAPS et de SVT
- ⇒ Pour les autres IFE, la quasi-totalité des étudiants effectue au moins une année préparatoire pour réussir le concours d'admission en ergothérapie (Rapport Domergue : 96%), 10% ont également entamé une autre formation avant de présenter le concours
- ⇒ 10 sportifs de haut niveau sont également accueillis tous les ans.

Ces modes de recrutement sont extrêmement sélectifs.

Formation initiale

La formation a bénéficié de la réingénierie des études pour rentrer dans le cadrage des accords de Bologne et s'inscrit aujourd'hui dans le système Licence-Master-Doctorat. L'ergothérapie est la deuxième profession à mettre en œuvre cette réforme après les infirmiers.

- *Arrêté du 24 septembre 1990 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

Voici le programme des études d'ergothérapie sur 3 ans en vigueur jusqu'en juin 2012. Le tableau comparatif des volumes d'enseignements ci-dessous objective la densité du contenu de formation des ergothérapeutes.

| Contenu programme | Orthophonistes | Masseur-kinésithérapeutes | Ergothérapeutes |
|-----------------------|---|---|--|
| Cours magistraux | 500 | 1012 | 1240 |
| Enseignements dirigés | 1140 | 848 | 630 |
| Stage | 1200 | 1470 | 1560 |
| Total | 2840 | 3330 | 3430 |
| Diplôme | Certificat de Capacité d'orthophoniste | Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute | Diplôme d'Etat d'ergothérapeute |

Figure 8 : Tableau comparatif

- *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*

Dans le cadre de l'universitarisation, le nouveau référentiel de formation organise les études en 6 semestres et confère au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute le grade Licence (3888 heures, dont 794 h de cours magistral, 1206 h de TD, 36 semaines de stage). Cette maquette a imposé une diminution des heures de formation prévues de prime abord.

| Contenu programme | Infirmières | Ergothérapeutes |
|--------------------------|--|--|
| Cours magistraux | 750 | 794 |
| Enseignements dirigés | 1050 | 1206 |
| Charge travail personnel | 1200 | 1888 |
| Stage | 2100 | 1260 |
| Total | 5100 | 5148 |
| Diplôme | Diplôme d'Etat d'infirmière Grade Licence | Diplôme d'Etat d'ergothérapeute Grade Licence |

Figure 9 : Tableau comparatif des deux professions ayant finalisé la réingénierie du diplôme d'Etat

Le nombre d'heures de formation, quoiqu'insuffisant, est supérieur à une Licence ordinaire (500 h de plus, soit une année). Les étudiants souffrent aujourd'hui d'un programme trop chargé et les échecs sont nombreux en 1^{ère} et 2^{ème} année.

Contenu des études

L'ergothérapie s'appuie sur la science de l'activité humaine qui étudie les liens entre l'activité et la santé. Du fait de l'étendue importante des connaissances nécessaires à la pratique professionnelle, le contenu de la formation est très diversifié et exigeant.

Mais ce programme n'aborde que les connaissances de base indispensables qui seront à développer de façon conséquente dans une dynamique de formation tout au long de la vie.

Mémoire de fin d'études

Une formation méthodologique a été initiée dès le programme de 1990. L'initiation à la recherche à travers le mémoire de fin d'études a été mise en place en 2004. Celui-ci exige une vraie recherche bibliographique internationale, la construction d'une problématique dans le domaine de l'ergothérapie, la formulation d'une question de recherche pertinente et une méthodologie d'exploration adéquate.

Niveaux de formation

Le niveau de formation des ergothérapeutes se situe parfois au niveau Licence, mais le diplôme d'exercice a été rehaussé dans de nombreux pays :

- ⇒ Danemark, Finlande, Espagne, Grande Bretagne => entre 3 et 4 ans pour 210 ECTS
- ⇒ Géorgie, Lettonie, Islande, Grèce, Malte, Pays-Bas, Malte, Portugal => 4 ans pour 240 ECTS
- ⇒ Etas Unis, Canada et Australie => 5 ans, Master

Comme toutes les professions paramédicales, l'ergothérapie est touchée par la complexité accrue des situations cliniques, la responsabilité qui pèse sur les professionnels, le développement des actions de prévention et la nécessité d'une véritable démarche scientifique, difficilement conciliables avec une formation sur 3 ans dans le cadre de la Licence actuelle.

Depuis 10 ans, de nombreux ergothérapeutes français poursuivent aujourd'hui leurs études par des Masters afin de se spécialiser dans un domaine particulier ou pour compléter leurs compétences (gériatrie, sciences de l'éducation, éducation pour la santé, ergologie, handicap, psychologie, ergonomie...).

La nécessité de faire la preuve de sa plus value, nécessite de développer la recherche en France. Il est donc nécessaire de développer un parcours universitaire complet et cohérent.

Une profession dynamique et engagée

Titulaires d'un diplôme d'Etat depuis 1974, les ergothérapeutes comptent 9% de Cadres de santé ou Cadres dans le secteur social et presque 10% de professionnels possèdent un Master ou un diplôme équivalent.

Depuis une dizaine d'années en France, les ergothérapeutes ont commencé à s'engager dans des formations universitaires : Licences, diplômes d'université, Masters et maintenant Doctorats, comme cela se fait depuis longtemps au niveau international.

Plus d'une cinquantaine de masters sont accessibles aux ergothérapeutes : en sciences de la réadaptation, en sciences de l'éducation, en sciences de la cognition, en ergonomie, en management, en motricité, en santé publique...

En grande majorité, les ergothérapeutes réussissent brillamment ces études, démontrant ainsi le bon niveau du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Un Master européen interuniversitaire anglophone d'ergothérapie accrédité existe depuis 1999 dans un objectif de développement de la recherche et de la formation en ergothérapie en Europe. Les ergothérapeutes formés en France peuvent y accéder.

Par ailleurs, les ergothérapeutes se perfectionnent beaucoup par le biais de la formation continue. Pour le seul service de formation continue de l'ANFE, voici quelques chiffres de 2016 :

- 115 formations proposées ;
- 140 formateurs ;
- plus de 1700 stagiaires formés

Engagement dans la recherche

En Europe du Nord et dans les pays anglo-saxons, les ergothérapeutes sont engagés depuis plus de vingt ans dans la recherche en ergothérapie et en science de l'activité humaine.

En France, de nombreux ergothérapeutes sont engagés dans des projets de recherche (sciences de la cognition, maladie d'Alzheimer, handicap, ergonomie, technologies de compensation...) en lien avec des universités ou des sociétés savantes.

De nombreux autres participent à des projets de recherche engagés par leur environnement médical ou institutionnel :

- ⇒ plusieurs ergothérapeutes possèdent un Doctorat ou sont en train de le terminer ;
- ⇒ 5 équipes d'ergothérapeutes ont déposé en 2010 un projet de recherche dans le cadre d'un PHRIP (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale), 2 équipes ont été retenues en 2011 et en 2012 ;
- ⇒ 4 autres équipes sont engagées dans le développement d'indicateurs de bonnes pratiques dans le domaine des AVC en lien avec la HAS et l'ANFE ;
- ⇒ ont été organisées en novembre 2011 les 2^{èmes} Assises Nationales de l'Ergothérapie sur le thème de la recherche (rassemblant 550 personnes) ;
- ⇒ plusieurs bourses de recherche spécifiques aux ergothérapeutes existent maintenant.

Des besoins de santé qui évoluent

L'étude « Handicap Incapacité Dépendance » (HID) réalisée en France entre 1998 et 1999, indiquait que près d'une personne sur trois avait répondu « Oui » à la question : « Rencontrez-vous, dans la vie de tous les jours, des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ».

« Dans la population vivant à domicile, plus de 9% (5,4 millions) des personnes déclarent bénéficier de l'aide régulière d'une autre personne en raison d'un problème de santé. (...) Plus le handicap est lourd, plus la part de l'accueil en institution et de l'aide professionnalisée à domicile est importante. (...) La proportion de personnes aidées progresse avec l'âge : elle n'atteint pas 7% avant 60 ans, mais double ensuite tous les 10 ans et dépasse 85% pour les nonagénaires. »¹

Dans cette enquête, les personnes déclarent diverses situations de handicap qui montrent bien l'impact des déficiences et des incapacités dans la vie sociale.

Tableau 1 : Les diverses approches du handicap en pourcentage dans l'ensemble de la population française – Source : Données HID 1998-1999

| Diverses approches du handicap selon l'âge | % Femmes | | % Hommes | | % Ensemble | |
|---|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | moins de 60 ans | plus de 60 ans | moins de 60 ans | plus de 60 ans | moins de 60 ans | plus de 60 ans |
| Recourir à des aides techniques | 4,5 | 38,2 | 4,8 | 32,0 | 4,6 | 35,6 |
| Être titulaire d'un taux d'incapacité ⁽¹⁾ | 3,0 | 10,6 | 6,2 | 16,5 | 4,6 | 13,1 |
| Rencontrer ou avoir rencontré un problème d'emploi ⁽²⁾ | 15,5 | 11,7 | 14,5 | 12,4 | 15,0 | 12,0 |
| Avoir une déficience ⁽³⁾ | 31,1 | 76,9 | 29,9 | 72,6 | 30,5 | 75,1 |
| Recevoir une allocation | 2,3 | 5,0 | 4,5 | 10,8 | 3,4 | 7,5 |
| Être confiné au lit | 0,7 | 9,4 | 1,0 | 7,5 | 0,9 | 8,6 |
| Être aidé pour sortir ⁽⁴⁾ | 0,7 | 6,7 | 0,5 | 2,4 | 0,6 | 4,9 |
| Recourir à une aide humaine | 4,4 | 32,7 | 3,4 | 21,4 | 3,9 | 27,9 |

(1) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité pas de point

(2) Parmi les 20 ans et plus : personnes inaptes à l'emploi, ou ayant dû l'abandonner, ou devant avoir un emploi aménagé pour raison de santé idem

(3) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau.

(4) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.

Selon l'étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DHOS), l'évolution démographique des patients induit de nouveaux besoins auxquels doit répondre le système de santé.

« Tout d'abord, la population va continuer à augmenter dans les années à venir, plus ou moins modérément selon les taux de migration. L'allongement de la durée de vie se traduit par un nombre en constante augmentation des personnes âgées malades à un âge de plus en plus avancé (4^{ème}, 5^{ème} âge). L'arrivée massive des "baby-boomers" à la retraite, est également un phénomène démographique qui va modifier les besoins de santé. Toutefois le doublement des classes d'âge de 60 à 75 ans n'affectera les hôpitaux que pour certaines

¹ P. MORNICHE, *Le handicap se conjugue au pluriel*, Division des Enquêtes et études démographiques, INSEE et le Groupe de Projet HID, n°742 – octobre 2000.

pathologies. En revanche, l'arrivée de ces classes d'âge dans le 4^{ème} âge après 2020 aura des répercussions nettement plus sensibles sur la prise en charge ».

L'arrivée des « *papy-boomers* » correspond néanmoins à une évolution qualitative de la demande de soins, les jeunes retraités ayant une exigence de qualité nettement plus grande que leurs aînés. Ils sont à cet égard en phase avec l'évolution socioculturelle qui modifie radicalement, sous différentes facettes, le rapport du malade au soignant. Une implication individuelle croissante des usagers se manifeste notamment par le souhait d'être davantage informé et associé aux décisions le concernant.

Les patients deviennent progressivement des « consommateurs », exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes. C'est ainsi que des attentes s'affirment chaque jour davantage autour du développement du maintien dans le réseau familial et social, d'un accompagnement à domicile avec une meilleure articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville, d'une augmentation des structures de soins de proximité, des réponses plus rapides et des aides financières en matière d'aides techniques, d'aménagement du domicile et d'aides humaines, de l'accessibilité accrue des lieux publics et sociaux et d'un accès à l'ergothérapie de ville.

Enfin, selon la DHOS, « *les grandes lignes de l'évolution des pathologies prises en charge peuvent être esquissées : plus de pathologies liées au vieillissement, une augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques, des cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies mentales et comportementales, des maladies infectieuses et parasitaires* ». On assistera donc à une expansion de la morbidité par accroissement de la survie des malades et par l'émergence de populations très âgées et très fragiles.

Selon l'*Atlas de la santé en Ile-de-France* de la DRASSIF-IAURIF-ORS, datant de septembre 2005, la population demande une diversification plus forte de l'offre de soins :

- temps de séjour hospitalier souhaité plus court ;
- maintien dans le réseau familial et social ;
- soins palliatifs et fin de vie avec un accompagnement à domicile ;
- horaires de soins compatibles avec une activité de travail ;
- proximité des structures de soins et maillage géographique ;
- articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville et coordination des acteurs ;
- réponses plus rapides et aides financières en matière d'aides techniques ; d'aménagement du domicile et d'aides humaines ;
- accessibilité des lieux publics et sociaux.

Une évolution de l'offre de soins dans sa nature et son contexte

Les malades chroniques représentent 20% des individus mais 60% des dépenses de santé. Or le système de santé est organisée autour des réponses aux maladies aiguës et ne sont pas adaptés.

Le modèle d'accompagnement social est identifié par plusieurs rapports comme facteur précipitant la restriction d'activité, s'il n'intervient pas dans une gestion plurifactorielle de la perte d'autonomie. Le rapport du CREDES² montre une grande disparité dans les conséquences des problèmes fonctionnels sur la perte d'autonomie. La gestion et

² CAMBOIS E, ROBINE J-M. Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES; N° 261, sept 2003

l'accompagnement de l'incapacité ont plus d'influence sur la perte d'autonomie que l'incapacité en elle-même. Ainsi, la rééducation, les aides techniques et l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités.

Concernant les personnes âgées, on dénonce actuellement une intervention centrée sur une prise en charge médicale et médicamenteuse avec un manque flagrant d'alternatives, mais aussi une limitation des possibilités de prescription et donc d'utilisation et de gestion des aides techniques. L'évolution des pathologies induit la détresse des aidants, et l'insuffisance d'accompagnement des familles dans la prise en charge au quotidien de leurs parents.

La précocité des retours dans les milieux de vie, la faiblesse du réseau médico-social autour de la personne handicapée et de sa famille, la désinstitutionnalisation en psychiatrie, les durées moyennes de séjour plus courtes, les interventions au domicile plus nombreuses (Hospitalisation à domicile, Service de soins à domicile...), la restructuration des établissements nous poussent donc vers une réorganisation de l'offre de soin.

En effet, le système de santé doit être capable de prendre en charge de façon adaptée la grande diversité des usagers et de leurs besoins. Il importe notamment de développer des dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations parmi les plus fragiles, avec des problématiques de santé complexes, combinées à des difficultés sociales ou psychologiques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de pathologies mentales, populations précaires...). Il s'agit notamment de pouvoir mieux faire le lien entre le médical et le social au niveau des prises en charge, d'autant qu'elles s'inscrivent de plus en plus souvent dans un parcours de santé, dans lequel le passage à l'hôpital est limité dans le temps. La continuité des soins devrait alors être assurée par l'ergothérapie de ville.

Selon la DGOS, « *l'organisation des soins s'inscrit dorénavant dans un dispositif territorialisé, un paysage "hospitalier" et une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins qui sera de plus en plus coordonnée entre les différents établissements des secteurs public et privé se répartissant les spécialités et les missions de santé, en collaboration avec les médecins et paramédicaux exerçant en libéral* ».

Le système sanitaire et social a pu apporter d'ores et déjà des réponses en développant des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs innovants mais encore insuffisants :

- hospitalisation à domicile ;
- services de soins à domicile ;
- hôpitaux de jour ;
- équipes mobiles ;
- centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- filières de soins ;
- maisons départementales des personnes handicapées ;
- scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- réadaptation psychosociale en santé mentale ;
- réseaux de santé (SEP, SLA, cancer, AVC, troubles des apprentissages) ;
- liens ville/hôpital (réseaux, hospitalisation de jour ou à domicile...) ;
- Maisons médicalisées ;
- PAERPA.

De nouvelles réponses apportées aux personnes en situation de handicap par la loi du 11 février 2005

La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) devient la référence pour qualifier les situations de handicap. La loi élargit le concept de handicap et y répond ainsi d'une façon plus adaptée.

Les avancées apportées sont nombreuses :

- la reconnaissance législative des handicaps psychiques, cognitifs et du polyhandicap, au-delà des handicaps moteurs et sensitifs ;
- la formation de tous les professionnels de santé sur le handicap ;
- la création d'un observatoire national de la formation, de la recherche et de l'innovation sur le handicap ;
- la prestation définie à partir du projet de vie de la personne handicapée ;
- les prestations versées à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire (basée sur la CIF) des situations de handicap ;
- l'inscription de tout enfant à l'école de son quartier avec l'établissement d'un parcours scolaire et la création d'équipes de suivi dans chaque département ;
- le renforcement des possibilités d'accès à l'emploi pour les personnes handicapées ;
- le renforcement des mesures en faveur de l'accessibilité dans la cité, dans les déplacements et dans les lieux publics ;
- la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées, véritable guichet unique et service d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap, avec un accent particulier sur le projet de vie de la personne.

L'application de ces textes dans la réalité est malheureusement différente d'un département à l'autre en fonction des volontés politiques locales, de l'organisation du réseau déjà existant et de l'interprétation de la loi et des décrets.

Le Sénateur Paul Blanc, chargé du rapport d'information sur la loi du 11 février 2005, déplore dans une entrevue³ le faible nombre d'ergothérapeutes dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées. La commission y estime même qu'il n'est pas indispensable de procéder à de nouveaux recrutements sauf en ce qui concerne les ergothérapeutes. Bien que satisfaits de ces remarques, nous ne pouvons que regretter que ces observations ne fassent pas officiellement partie du rapport et ne soient pas suivies d'effets.

Les réseaux de santé

La Direction Générale de la Santé (DGS) recensait plus de 1000 réseaux de santé : inter établissements, par pathologie, par population, ville/ville, ville/hôpital... Le polymorphisme y est notable. Après plus de dix ans d'évolutions réglementaires chaotiques, la nouvelle législation du 4 mars 2002⁴ donne une définition et un cadre légal aux réseaux de santé. Parallèlement, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 leur a procuré une assise financière indispensable, réactualisée en 2007⁵.

³ *Gazette Santé Social* du 27 août 2007

⁴ Loi N°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 institue une section « réseaux » dans le code de la santé publique, qui établit une définition des « réseaux de santé » (Art. L. 6321-1 –Chap. 1 Titre II Livre III du Code de la Santé Publique.)

⁵ Article 94 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 crée un nouveau fond permettant le financement des réseaux : La fusion du FAQSV et de la DDR donne naissance au FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) en vigueur depuis le 1er juillet 2007

Les ergothérapeutes interviennent essentiellement dans les réseaux de santé autour de la personne âgée et dans ceux dédiés au handicap physique ou mental. L'évolution de ces réseaux est significative et répond à une politique de santé publique, impliquant entre autres l'ergothérapie (plan Solidarité Grand âge, plan Alzheimer...) ⁶. En unité mobile hospitalière ou en pratique libérale, l'ergothérapeute peut ainsi intervenir sur le terrain et répondre aux besoins de la population dans la cité.

Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans la champ de l'autonomie

Le plan Alzheimer 2008-2012 insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale des malades d'Alzheimer et de leur entourage et d'une meilleure organisation du système médico-social autour de ces personnes.

La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), mesure 4 de ce plan Alzheimer, vise à simplifier le parcours de vie et de santé des personnes âgées et de leurs aidants.

Depuis 2008, la CNSA est chargée de la mise en œuvre de la méthode MAIA. Son action se poursuit puisque dans le cadre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019, elle a financé 100 dispositifs MAIA supplémentaires au cours de 2015 et 2016.

Le recours aux aides techniques : évaluation, financement, distribution, utilisation

L'accès aux aides techniques est identifié comme un facteur important d'égalité des chances. Le constat actuel fait apparaître leur sous utilisation, un manque de connaissance des utilisateurs et des professionnels à leur sujet, un taux important de non observance dans leur utilisation, un manque de compétence de nombreux professionnels impliqués dans les programmes de compensation du handicap. L'ergothérapeute est identifié par les experts comme professionnel spécialiste de la compensation, et devant être présent à tous les stades de la préconisation des aides techniques : « *les ergothérapeutes occupent une place à part dans le processus d'acquisition d'une aide technique, à toutes les étapes de celui-ci* » ⁷. Une inégalité est ainsi constatée entre les personnes handicapées ou âgées pouvant bénéficier des conseils d'un ergothérapeute et ceux n'y ayant pas accès.

La mission nationale de la CNAMTS sur les risques professionnels des métiers de l'aide à la personne identifie les aides techniques comme essentielles, ainsi que la préconisation et l'entraînement par un ergothérapeute indispensables.

Le rapport de l'Audition publique sur les Aides Techniques ⁸ note également « *le besoin d'embauche de professionnels qualifiés, ergothérapeutes notamment* » au sein des structures impliquées dans la compensation des handicaps (Maisons départementales des personnes handicapées, Equipes pluridisciplinaires médico-sociales pour l'évaluation de

⁶ Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 précise dans le cadre des réseaux de santé « personnes âgées » : « Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire »

La circulaire DHOS/01 N°2001-209 du 4 mai 2001, relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit précise : « une prise en charge très majoritairement ambulatoire faite par le secteur libéral qui a vocation à continuer, d'où l'importance de développer des liens étroits entre l'hôpital et la ville dans ce domaine »

⁷ Audition publique (AFM, CNSA, FCE, HAS), « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? », 2007

⁸ Audition publique (AFM, CNSA, FCE, HAS), « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? », 2007

l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, mouvement SOLIHA...) et la nécessité d'en « *assurer la présence en nombre suffisant* ».

Le rapport de Mme Bérengère POLETTI pour l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques⁹ dénonce une méconnaissance de l'apport des ergothérapeutes et propose que leur rôle soit davantage affirmé dans le processus d'attribution des aides techniques.

Enfin, le dernier rapport IGAS¹⁰ d'avril 2013 précise qu'il est nécessaire que la préconisation/prescription des aides techniques revienne aux ergothérapeutes entre autres, contrairement aux médecins qui ne sont pas formés pour cela.

En dehors des dispositifs médicaux et sur le principe que l'utilisation définit le matériel comme une aide technique, la place du préconisateur est centrale. Du point de vue de la prise en charge financière, il devient le garant du fait qu'un objet est bien une aide technique et s'il sera utile dans la situation précise de l'utilisateur. Il paraît évident que ce rôle implique une connaissance spécifique des produits et des situations de handicap. Il nécessite donc des compétences en termes d'évaluation des situations de handicap.

En excluant les opticiens lunetiers et les audioprothésistes qui sont sur des champs très spécifiques qui leur sont réservés, les ergothérapeutes sont les professionnels qualifiés, l'évaluation des situations de handicap et la recherche de compensation étant leur cœur de métier. En sachant que les références de produits déjà qualifiés d'aides techniques se chiffrent au minimum à 30 000, il paraît assez difficile d'imaginer que l'on puisse maîtriser ce domaine à côté d'une autre pratique...

Cette place de préconisateur peut également avoir un rôle central afin de sortir de la logique de listes qui ne favorise pas la concurrence et permet aux fabricants d'adapter leurs prix aux évolutions des listes. Du point de vue du financeur, le préconisateur doit jouer le rôle de garant de l'adéquation entre le résultat attendu en termes de compensation et le choix de l'aide au meilleur rapport qualité/prix. Les pays nordiques ont placé l'ergothérapeute au cœur de ce système depuis très longtemps, en leur reconnaissant une autonomie, mais aussi une responsabilité en la matière (comme un médecin devant la prescription de médicaments).

Cependant, l'arrêté paru au JO du 13 janvier 2006 pour les masseurs kinésithérapeutes et les textes n° 122, 124 et 126 du JO du 14 avril 2007 pour les opticiens et les infirmiers les autorisent désormais à prescrire certains matériels médicaux. Bien que ces textes soient une avancée pour les paramédicaux, nous regrettons que ces droits n'aient pas été envisagés pour les premiers professionnels concernés par les aides techniques et dispositifs médicaux, que sont les ergothérapeutes.

De plus, depuis deux textes législatifs¹¹ ont redéfini les règles d'éthique et de bonne pratique dans le domaine de la distribution des aides techniques et des dispositifs médicaux, en rendant obligatoires le recours et la présence de certains professionnels paramédicaux (Infirmiers et Masseurs Kinésithérapeutes) pour garantir la qualité, la sécurité et l'hygiène dans le processus de distribution de matériel (ex. : matériels de ventilation et de nutrition entérale).

⁹ Rapport n° 462 (2007-2008) - 10 juillet 2008

¹⁰ Blanchard, P., Strohl-Maffesoli, H., Vincent, B. (2013). Rapport IGAS : Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, 115 p.

¹¹ Décret N° 2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévus à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

L'absence de la mention des ergothérapeutes (notamment pour les équipements de la catégorie 4)¹² dans ces textes nous semble dommageable pour les patients concernés, étant donné la compétence des ergothérapeutes en matière de préconisation d'aides techniques, aussi indispensable que celle des Infirmiers et Masseurs Kinésithérapeutes pour les tâches et matériels cités.

Les distributeurs et prestataires de services fournissant ces matériels, qui auparavant embauchaient préférentiellement des ergothérapeutes, ne peuvent pas à présent employer les paramédicaux préconisés par la loi en plus des ergothérapeutes ; ceci a pour effet de fermer à ces derniers un champ d'exercice.

Par ailleurs, les ergothérapeutes soutiennent le projet de modification des modalités d'inscription et de condition de prise en charge des véhicules pour personnes handicapées (VPH) inscrit pour la location au titre I et pour l'achat au titre IV de la LPPR. Cette nomenclature devrait apporter transparence, sécurité et responsabilisation des acteurs. Cependant le recours aux compétences de l'ergothérapeute peut être davantage valorisé pour améliorer le processus et lutter contre l'augmentation des délais d'attente.

Les ergothérapeutes sont depuis plusieurs années des acteurs essentiels et présents dans les travaux nationaux qui concernent les aides techniques (recommandations HAS, bonnes pratiques, projet de nouvelle nomenclature des VPH, aides au positionnement, prise en charge des escarres...). La possibilité de prescription de certains dispositifs médicaux et d'aides techniques par les ergothérapeutes est débattue en permanence au sein de ces travaux et autres congrès médicaux et paramédicaux, sans que la législation avance dans ce domaine.

Le plan Alzheimer 2008-2012

Le rapport de la commission présidée par Joël Ménard, professeur de santé publique, spécialiste des maladies cardio-vasculaires, ancien Directeur Général de la Santé, et commandé par le Président Sarkozy, fait état de propositions concernant la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sur une durée de quatre ans (2008-2012).

A partir d'une analyse du nombre de personnes susceptibles d'être touchées par ces pathologies du sujet âgé, mais aussi au regard de son apparition précoce, le système de santé risque de devoir gérer dans les années à venir un problème médicosocial d'une ampleur sans précédent.

Face à cette urgence, le rapport préconise la nécessité de développer de manière notable des services spécialisés en faisant appel à des professionnels médicaux et paramédicaux, notamment les ergothérapeutes. L'auteur nous cite de nombreuses fois dans ce document, signant ainsi une réelle reconnaissance de nos compétences et de notre place dans l'offre de soins. La possibilité donnée aux ergothérapeutes de pouvoir intervenir à domicile en qualité de praticien libéral est donc reconnue en termes cliniques et préconisée par la commission, sa mise en œuvre étant renvoyée à la Haute Autorité de Santé et à l'Assurance Maladie. Le rapport propose également un changement de tarification des Services de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD) pour permettre le recrutement des professionnels qualifiés et l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des libéraux regroupés dans des maisons de santé ou en cabinets.

La commission Ménard évoque l'importance de la recherche clinique et fondamentale, notamment sur les traitements non médicamenteux, dont fait partie l'ergothérapie.

Parallèlement au développement des centres d'hébergement et de soins de suite et de réadaptation, il est très fortement conseillé de développer des structures ou services

¹² Idem 11

d'accueil à temps partiel, en ambulatoire ou d'intervention à domicile afin de respecter le désir des malades. La commission préconise la création d'une porte d'entrée unique, l'intensification des services existants et le développement de partenariats, car les problématiques soulevées par cette pathologie nécessitent une approche pluri professionnelle. L'intervention des ergothérapeutes est préconisée en matière d'aménagement du milieu ordinaire de vie et de réhabilitation cognitive des malades.

Le rapport précise plus loin que la valorisation des équipes de terrain se fera en favorisant l'embauche de nombreux ergothérapeutes et psychomotriciens et en proposant la formation de 2 000 nouveaux professionnels en concertation avec l'association des régions de France dans le cadre du « plan Métier ».

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait pour la fin d'année 2012 la constitution de 500 équipes spécialisées réparties équitablement et de manière équilibrée sur le territoire ; objectif atteint courant 2013.

L'équipe spécialisée Alzheimer intervient à domicile dans le but d'améliorer ou de maintenir l'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne.

Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019

Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 a pour objectif de financer et suivre le développement de 74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer, soit l'accompagnement de 2 220 usagers. Ces équipes supplémentaires contribuent à assurer une meilleure couverture territoriale de l'offre d'ESA.

Les nouveaux modes d'allocation de ressources des établissements de santé

La recherche d'une plus grande efficacité du système de soins se traduit par la mise en place progressive de la tarification à l'activité. *« Ce facteur économique correspond surtout au déséquilibre structurel du financement des dépenses croissantes de santé, déséquilibre devant inévitablement s'accroître dans les années à venir, et même devenir crucial jusqu'à la résolution du déséquilibre de financement du régime retraite et santé généré par les départs à la retraite des "papy-boomers" »* (DGOS). Concrètement, on assiste à la recherche d'une optimisation des ressources et d'un dégagement des marges de manœuvre internes (optimisation des coûts de l'activité de soins, de la facturation, des achats). Cela se traduit par la nécessité de pouvoir recueillir l'activité des différentes professions concernées, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour l'ergothérapie, qui ne dispose actuellement pas de nomenclature d'actes, ni de références opposables.

L'accès aux soins de premier recours et les maisons de santé

Force est de constater que la population française n'a pas un accès égal aux soins, y compris en ergothérapie. Les Français attendent des mesures pour favoriser leur parcours de soins, et donc l'installation homogène des futurs professionnels, toutes disciplines représentées. Les soins de premier recours ont été définis lors des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), comme comprenant *« la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes, la dispensation de médicaments, produits et dispositifs médicaux, l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé »*. L'ergothérapie, profession émergente par son développement

éloquent ces sept dernières années, constitue un acteur de soins de premier recours de plus en plus présent en soins de ville. Cependant, dans une organisation territorialisée, l'accès aux services d'ergothérapie reste à développer. Les missions et compétences de chacun doivent être mieux définies pour permettre la meilleure coordination possible des soins pour les usagers. La délégation de tâches est à envisager.

La définition d'une maison de santé est donnée par un article du code de santé publique : la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier et second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le développement des maisons de santé favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins pour aboutir à une offre de santé organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

L'augmentation du nombre de maisons de santé doit participer à une meilleure répartition géographique professionnels de santé libéraux en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente.

L'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière

L'étude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), menée par la DGOS, a pour ambition d'éclairer les professionnels dans leurs choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) ou de l'élaboration d'un projet professionnel de la part des agents (formation, évolution de carrière). Elle doit déboucher sur un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé. Cette étude examine les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social, impactant les ressources humaines et les organisations. Elle met en évidence les métiers de la FPH risquant d'être impactés par ces changements, et y a reconnu l'ergothérapie.

Le développement de la recherche paramédicale

La recherche est un préalable à l'offre de prestations inscrites dans une démarche de qualité et d'évolution constante. En matière de santé, la recherche ne peut être limitée aux seules interventions thérapeutiques médicamenteuses. Malgré l'impulsion des autorités publiques, telles que la Haute Autorité de Santé, la démarche scientifique peine à se développer dans le milieu paramédical. Pourtant plusieurs rapports et travaux évoquent l'importance de la recherche clinique et fondamentale, notamment au sujet des prestations des auxiliaires médicaux. Par ailleurs, la démarche de pratique probante s'étend à l'ensemble des activités sanitaires au-delà même des interventions thérapeutiques, puisqu'elle intègre les interventions de prévention, d'éducation, de préconisation et de conseil. En France, la recherche en ergothérapie reste malheureusement très limitée, faute de financements insuffisants et de possibilités de mener des recherches en dehors de l'université.

L'évaluation des pratiques professionnelles et le développement professionnel continu

La loi du 4 mars 2002¹³ et l'article L4391-2 du code de la santé publique organisent l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) menées par les Conseils de l'Ordre des professions qui en possèdent un. La certification des établissements impose également des EPP à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la V2. Les auxiliaires médicaux sont nombreux à y être impliqués. Leur participation dans le processus est considérée comme porteuse d'améliorations et de qualité.

Par ailleurs, la loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 généralise l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé (ergothérapeutes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...) étant entendu que « *l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue* ». Le début de l'année 2012 a été marqué par la parution des décrets d'application sur le Développement Professionnel Continu (DPC) relatifs aux professions paramédicales. Le DPC se définit par une démarche permanente d'analyse de pratiques professionnelles mais aussi d'amélioration des connaissances et de perfectionnement des compétences. Pour valider leur obligation DPC, tous les professionnels paramédicaux doivent avoir participé, au cours de l'année civile, à un programme de DPC mis en œuvre par un Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC). Ils peuvent aussi satisfaire à leur obligation s'ils ont obtenu, au cours de l'année civile, un diplôme universitaire évalué favorablement en tant que programme de DPC, par la commission scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP) pour les paramédicaux.

Ils peuvent également satisfaire à leur obligation s'ils suivent au cours de l'année civile, une action de formation professionnelle continue du plan de formation, une période de professionnalisation ou un bilan de compétences répondant à la définition du DPC et intégré dans un programme de DPC mis en œuvre par un ODPC.

Une période transitoire est prévue, pendant laquelle la participation à des actions de formation professionnelle continue leur permettra de valider leur obligation pour cette période.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles dépasse la simple exécution d'actes appris, pour s'orienter vers une plus grande qualité des interventions, une analyse plus pertinente de la pratique, une plus grande autonomie, mais aussi une plus grande responsabilisation des professionnels. Les ergothérapeutes s'inscrivent pleinement dans cette démarche et dans la mise en place du DPC, notamment à travers le conseil scientifique et le conseil de surveillance. Au-delà de la formation professionnelle, le DPC est une chance pour les ergothérapeutes de pouvoir bénéficier d'une formation tout au long de la vie et d'une réflexion sur la pratique professionnelle pour intégrer dans l'exercice les pratiques probantes confirmées par la recherche scientifique.

La coopération des professionnels de santé

Pour faire face au manque de médecins dans les années à venir, de nombreux rapports^{14 15 16 17 18} ont préconisé ces dernières années la création de nouveaux métiers de santé, entre les

¹³ Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁴ Rapport Y. BERLAND, octobre 2003 : Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »

¹⁵ Rapport Y. BERLAND et Y. BOURGUEIL, juin 2006

¹⁶ Rapport Y. BERLAND, G. BONNEL, M. CHABOISSIER, J.-M. GRANGER, L. JOVIC, E. QUILLET, Rapporteur M.-A. COUDRAY, La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner, 2007

paramédicaux et les médecins, afin de réaliser des actes jusqu'à présent réservés à ces derniers. Il s'agit de miser sur une complémentarité des compétences sans redondance avec les métiers existants avec un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiés. Le dernier rapport Hénart recommande que ces nouvelles professions paramédicales soient dotées d'un pouvoir de prescription. Pour la mise en place de cette réforme, ce rapport recommande le lancement de programmes nationaux expérimentaux qui permettront d' « évaluer les nouveaux métiers en santé », dans le prolongement du dispositif d'initiatives locales de coopération entre professionnels de santé déjà prévu par l'article 51 de la loi HPST (Hôpital, patient santé territoire).

La mise en place d'Ordres professionnels

Les attentes des usagers en termes de qualité de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé et la régulation des pratiques professionnelles poussent les paramédicaux à réfléchir à un cadre déontologique mieux adapté aux diverses évolutions, ainsi qu'à l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques et à l'organisation de structures pouvant les promouvoir. Le développement des Ordres en France, tels celui des Infirmiers, des Masseurs Kinésithérapeutes et des Pédicures Podologues, provoque un déséquilibre entre les professions, celles pour lesquelles une régulation des actes est possible et les autres, sans régulation ni supervision aucune. Un Conseil de l'Ordre a le pouvoir de faire respecter les frontières avec les autres métiers, de clarifier les responsabilités professionnelles et de garantir une protection accrue contre l'exercice illégal, pour des prestations de qualité au bénéfice de la population. Les ergothérapeutes réfléchissent à mettre en place une instance de ce type.

¹⁷ HAS, avril 2008 : Recommandation « Délégations, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé »

¹⁸ Rapport L. HENART, Y. BERLAND, D. CADET, relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, janvier 2011

Aspects économiques

La santé est un bien supérieur, mais l'augmentation continue de la consommation des soins et des biens médicaux (9,3% du PIB en 2003) pose un certain nombre de questions. La maîtrise des dépenses de santé est donc une préoccupation légitime de notre société. Le vieillissement de la population n'explique pas à lui seul l'augmentation des coûts liés à la santé. Il faut en chercher davantage les raisons dans le progrès technologique (médicaments entre autres) et dans la modification des habitudes des acteurs, avec une intensification du recours aux soins.

Il est donc nécessaire de compresser les effets de la morbidité grâce à une amélioration de l'état de santé et à une évolution des comportements sanitaires. L'ergothérapeute est un acteur de choix dans cette démarche, et il peut agir sur la réduction des dépenses de santé. Il démontre son efficacité dans le développement de l'indépendance et dans la diminution du recours aux assistances humaines. En l'absence de recherche menée en France, on trouve de nombreuses études étrangères prouvant les bienfaits de l'ergothérapie et les économies réalisées pour les sociétés : diminution du nombre de réhospitalisations, maintien des personnes dans la communauté et dans l'emploi, utilisation adaptée des aides techniques, diminution du recours aux aides humaines...

Les enjeux de l'ergothérapie

Ce sont les principes de non malfeasance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice qui ont guidé et qui continueront de guider notre réflexion et d'orienter notre pratique auprès de la population française.

Les ergothérapeutes forment un réseau de professionnels engagés et responsables. Les évolutions que nous souhaitons pour notre profession émanent d'une idée fondatrice : permettre à tous ceux que nous accompagnons, ainsi qu'à leurs proches, de conserver leur dignité et leur rôle dans notre société. Dans ce but, nous continuerons à œuvrer pour que notre activité soit identifiée et reconnue à sa juste valeur, dans une recherche d'efficacité et de qualité de nos services.

Il s'agit pour les ergothérapeutes de sortir davantage des institutions pour se rapprocher de la population et de ses besoins. Pour cela, les structures et les financements doivent faciliter le développement de l'ergothérapie de ville, libérale entre autres.

Il s'agit de développer la qualité et la formalisation des pratiques professionnelles, à travers le développement de la recherche, la création de référentiels et d'une déontologie professionnelle, l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, sans oublier la mise en place des structures idoines permettant leur mise en œuvre.

Il s'agit de répondre au plus près aux besoins de la population, à travers la mise à jour des textes réglementant notre exercice.

10 Propositions actualisées des ergothérapeutes pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française

- 1. Actualisation du cadre législatif d'exercice**
- 2. Prescription de certaines aides techniques**
- 3. Définition d'une nomenclature d'actes**
- 4. Financement des prestations de ville**
- 5. Mise en place d'un organisme de régulation tel un Conseil de l'ordre**
- 6. Adaptation de la formation**
- 7. Développement de pratiques avancées**
- 8. Développement professionnel continu**
- 9. Développement de la recherche paramédicale**
- 10. Développement de l'ergothérapie dans les dispositifs sociaux et médicosociaux**

1. Actualisation du cadre législatif d'exercice

Constat

Le décret d'exercice des ergothérapeutes a été réalisé en 1986... et n'a jamais été révisé depuis pour accompagner les évolutions du métier et les besoins de la population. La description des activités professionnelles et celle du cadre d'exercice sont en inadéquation avec la pratique actuelle et moderne du métier.

L'écriture du référentiel métier (activités et compétences) puis sa parution sous l'arrêté du 5 juillet 2010 met davantage en évidence cet écart. Contrairement au décret, ce dernier annonce la possibilité pour l'ergothérapeute d'intervenir en milieu ordinaire de vie. Il introduit le diagnostic ergothérapique sans autre explication. Enfin, il précise que ce professionnel agit « sous prescription médicale lorsque la nature des actes qu'il conduit l'exige » sans que celle-ci soit explicitée, laissant l'exercice professionnel dans un flou réglementaire inacceptable.

Parallèlement, d'autres professions se sont vues octroyer de nouvelles responsabilités et de nouveaux champs d'action, sans que les ergothérapeutes bénéficient des mêmes possibilités d'évolution (mise en place des diagnostics infirmier, orthophonique et kinésithérapique, prescription de dispositifs médicaux déléguée aux masseurs kinésithérapeutes et aux infirmiers, etc.).

De plus, dans un contexte d'autonomie des universités, de méconnaissance des métiers existants et de leurs réglementations, et de l'absence de liste d'actes d'ergothérapie précises, de nombreuses offres de formation professionnelle empiétant largement sur l'exercice de l'ergothérapie se sont développés ces dernières années entraînant des questions sur la qualité et la responsabilité des actes effectués : technicien du handicap, évaluateur, préconisateur d'aides techniques...

Pour s'adapter, les frontières dans la répartition des activités auprès des personnes malades, dépendantes ou en situation de handicap se redessinent, mais doivent surtout faire l'objet d'une redéfinition réglementaire avec toutes les professions concernées pour protéger les publics concernés.

Demande

- ▶ **Un cadre législatif d'exercice actualisé, fondé sur une démarche basée sur un diagnostic professionnel, une activité professionnelle décrite précisément, une autonomie dans la réalisation des objectifs définis, la prescription de dispositifs médicaux, et enfin reconnaissant pleinement la pratique en milieu ordinaire de vie. La possibilité de l'exercice en libéral doit y être explicitement mentionnée.**

Engagement

En cohérence avec l'élaboration et la définition du référentiel métier, l'ANFE s'engage à prolonger ce travail par l'écriture collaborative sous l'égide du ministère de la santé d'une nouvelle référence légale, et à en faire la promotion auprès des professionnels de terrain et des employeurs. L'ANFE a mis en place depuis 2010 un groupe de travail sur la réécriture du décret d'exercice.

2. Prescription de certaines aides techniques

Constat

Les ergothérapeutes sont depuis plusieurs années des acteurs essentiels et présents dans les travaux nationaux qui concernent les aides techniques (recommandations HAS, bonnes pratiques, projet de nouvelle nomenclature des VPH, aides au positionnement, prise en charge des escarres...). La possibilité de prescription de certains dispositifs médicaux et d'aides techniques par les ergothérapeutes est débattue en permanence au sein de ces travaux et autres congrès médicaux et paramédicaux, sans que la législation avance dans ce domaine. Pourtant le rapport IGAS d'avril 2013 précise qu'il est nécessaire que la préconisation/prescription des aides techniques revienne aux ergothérapeutes entre autres, contrairement aux médecins qui ne sont pas formés pour cela.

Plusieurs textes permettent à d'autres paramédicaux de prescrire certaines aides techniques. D'autres textes ont également redéfini les règles d'éthique et de bonne pratique dans le domaine de la distribution des aides techniques et des dispositifs médicaux, en rendant obligatoires le recours et la présence de ces professionnels.

L'absence de la mention des ergothérapeutes (notamment pour les équipements de la catégorie 4) dans ces textes nous semble dommageable pour les patients concernés, étant donné la compétence des ergothérapeutes en matière de préconisation d'aides techniques.

Les distributeurs et prestataires de services fournissant ces matériels, qui auparavant embauchaient préférentiellement des ergothérapeutes, ne peuvent pas à présent employer les paramédicaux préconisés par la loi en plus des ergothérapeutes ; ceci a pour effet de fermer à ces derniers un champ d'exercice.

Enfin, la profession soutient largement le projet de modification des modalités d'inscription et de condition de prise en charge des véhicules pour personnes handicapées (VPH) inscrit pour la location au titre I et pour l'achat au titre IV de la LPPR. Cette nomenclature devrait apporter transparence, sécurité et responsabilisation des acteurs. Cependant le recours aux compétences de l'ergothérapeute, principal professionnel concerné par l'évaluation des fauteuils roulants, peut être davantage valorisé pour améliorer le processus et lutter contre l'augmentation des délais d'attente.

Demande

- ▶ **Afin d'assurer une évaluation de qualité, de garantir le bon usage des financements dévolus aux aides techniques, de raccourcir les délais d'attente et d'assurer leur bon usage, les ergothérapeutes demandent :**
 - **que leur soit donnée l'autorisation de prescrire certaines aides techniques, dont les VPH ;**
 - **que soient financés les actes d'évaluation, de préconisations et de prescription en institution comme en pratique libérale.**

Engagement

L'ANFE s'engage à travailler sur la liste d'aides techniques qu'ils pourraient prescrire avec la CNAMTS et la CNSA et de réfléchir à une valorisation financière de l'activité d'évaluation.

3. Définition d'une nomenclature d'actes

Constat

Il n'existe aucune nomenclature des actes ergothérapeutiques. Celle-ci s'est pourtant toujours justifiée pour les actes réalisés en consultation externe dans les établissements de santé (ces derniers ont alors recours à la cotation NGAP d'autres professions...). La dernière proposition faite par l'ANFE à ce sujet date de 2002. Avec la mise en place d'une comptabilité analytique des établissements de santé (T2A), les actes réalisés par les ergothérapeutes ne peuvent être dûment repérés, valorisés ni facturés dans certains domaines (MCO, consultations externe, hôpitaux de jour). Dans ces conditions, comment assurer à l'avenir cette activité dans les institutions ? Les responsables hospitaliers défendent la création d'une nomenclature, afin de disposer d'un réel outil de management et de gestion, de façon à pouvoir argumenter leurs projets lors des conférences budgétaires annuelles et effectuer les choix stratégiques d'activités.

Le développement de l'exercice libéral, qui n'est plus récent (plus de 20 ans d'expérience), a accentué cette exigence. Ce type d'exercice a vu son activité croître de façon exponentielle ces 5 dernières années. Le SYNFELE-Ergolib¹⁹ a travaillé en 2006 avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sur un projet de nomenclature d'actes ciblés sur quelques affections de longue durée (ALD). Ce projet hélas n'a pas abouti, à cause du changement de gouvernement.

Parallèlement les caisses de retraites, les assurances et les mutuelles, reconnaissant la valeur ajoutée de l'ergothérapie dans le maintien de l'autonomie et la prise en soins de la population, ont développé une véritable offre auprès de leurs assurés. Pour autant, la mosaïque de remboursements sous diverses appellations qui en découlent entraîne de grandes confusions et ne rend pas service à la profession ni aux usagers...

Cette situation limite le développement de la profession et prive beaucoup de nos concitoyens de soins en ergothérapie.

Demande

- ▶ **La réalisation d'une nomenclature d'actes pour permettre :**
 - **la mise en place d'une comptabilité analytique et d'une gestion efficace dans les établissements de soins ;**
 - **une meilleure lisibilité des prestations pour l'utilisateur ;**
 - **une facturation précise aux organismes financeurs tels que la sécurité sociale, les mutuelles et les assurances, mais aussi les Maisons Départementales des Personnes Handicapées et les établissements de santé.**

Engagement

L'ANFE est porteuse d'un projet de nomenclature d'actes permettant de coter autant le travail hospitalier que l'exercice indépendant et ainsi mieux repérer et valoriser l'activité des ergothérapeutes.

¹⁹ Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux

4. Financement des prestations de ville

Constat

L'organisation des soins doit s'inscrire davantage dans un dispositif territorialisé, avec une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins coordonnée, une collaboration accrue entre établissements, médecins et paramédicaux exerçant en libéral ou dans des services à domicile.

Aujourd'hui, l'accès aux soins d'ergothérapie est difficile en l'absence d'un passage en institution. Or les personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse d'enfants ou de personnes âgées, ainsi que leur famille, ne souhaitent pas obligatoirement une entrée en institution pour des actes de rééducation ou des interventions de réadaptation. Contrairement à certaines professions paramédicales, l'ergothérapie ne peut développer que difficilement son activité en milieu ordinaire de vie, faute d'un exercice libéral et d'un système de financement. Les demandes affluent, mais les usagers sont contraints de monter un dossier de prestations exceptionnelles (soumises à conditions financières) auprès de la Caisse d'Assurance Maladie, et doivent attendre plusieurs mois une réponse. En règle générale, ils règlent les soins sans l'espoir certain d'une prise en charge.

Pourtant, les études de la Mutualité Française, le rapport d'audition sur les aides techniques et le rapport de la commission Ménard sur la maladie d'Alzheimer montrent l'intérêt et les bénéfices de la prise en charge ergothérapique hors institution (services de soins à domicile, exercice libéral, maisons de santé) : amélioration de la réadaptation, diminution des temps d'hospitalisation, diminution des coûts globaux pour la société.

Sans que ceci soit généralisé, des caisses primaires d'assurance maladie recourent à l'exercice libéral pour éviter l'institutionnalisation, notamment de personnes âgées, de jeunes enfants, ou de patients présentant un trouble psychiatrique. De nombreuses mutuelles, caisses de retraites et compagnies d'assurances ont également reconnu l'efficacité de l'ergothérapie et ont choisi d'offrir des forfaits de soins en ergothérapie pour les garanties les plus onéreuses.

Hélas, cette hétérogénéité entraîne une iniquité d'accès aux soins et à une limitation de la qualité potentielle des services proposés. Dans le contexte d'un système de santé régi par la solidarité et la répartition, la possibilité d'une prise en charge des prestations doit pouvoir concerner l'ensemble de ces prestations. Une meilleure répartition des effectifs paramédicaux, mais aussi une réflexion qualitative (accès, permanence, modes d'organisation, partage des tâches, coordination du parcours de soins....) doivent donc être envisagées. Les pistes avancées de promotion de nouveaux modes d'exercice et de rémunération, tournés vers la création de réseaux et de cabinets de groupe, satisfont complètement les ergothérapeutes, à condition bien sûr que leur profession ne soit pas oubliée.

Demande

- ▶ **Le développement d'un mode de financement de prestations d'ergothérapie pratiquées en exercice libéral.**

Engagement

L'ANFE est porteuse d'un projet de nomenclature d'actes permettant d'apporter un cadre de prise en charge financière pour l'exercice libéral et attendent l'ouverture d'une négociation à ce sujet.

5. Mise en place d'un organisme de régulation tel un Conseil de l'ordre pour les ergothérapeutes

Constat

La profession d'ergothérapeute ne bénéficie pas d'un Ordre professionnel contrairement aux ergothérapeutes de nombreux pays européens et à d'autres professions paramédicales françaises (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et pédicures podologues...).

Les attentes des usagers en termes de qualité de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé et la régulation des pratiques professionnelles poussent les paramédicaux à réfléchir à une déontologie professionnelle, à des référentiels de bonnes pratiques et aux structures pouvant les promouvoir.

Le développement de divers Ordres en France provoque un déséquilibre entre les professions, celles pour lesquelles une régulation des actes est possible et les autres, sans régulation ni supervision aucune. Un Conseil de l'Ordre a le pouvoir de faire respecter les frontières avec les autres métiers, de clarifier les responsabilités professionnelles et de garantir une protection accrue contre l'exercice illégal, pour des prestations de qualité au bénéfice de la population.

Puisque le modèle choisi par la France passe par la création d'Ordres professionnels, la définition et l'organisation des conditions d'une véritable reconnaissance et d'une pleine et entière responsabilisation de l'ergothérapie à travers un tel organisme est indispensable aujourd'hui.

Demande

- ▶ **La création d'un organisme de régulation, tel un conseil de l'ordre. Celui-ci aurait compétence sur la régulation démographique, l'orientation en matière de formation et d'exercice, et assurerait une veille scientifique ainsi qu'une participation active aux programmes de santé. Il pourrait ainsi œuvrer avec les autres Ordres pour améliorer de manière continue la qualité des prestations de santé. Nos organisations professionnelles réclament à ce niveau l'égalité avec les autres professions paramédicales ;**
- ▶ **La création d'un code de déontologie professionnelle.**

Engagement

Actuellement, le SIFEF²⁰ et l'ANFE s'appuient sur les « standards de pratique » élaborés au niveau international par la *World Federation of Occupational Therapists* et au niveau européen par le *Council of Occupational Therapists for the European Countries*. L'ANFE et le SYN FEL imposent à tous leurs adhérents en exercice libéral la signature de la « Charte de l'exercice libéral en ergothérapie ». En outre l'ANFE a publié la deuxième édition de l'ouvrage : « *Nouveau guide pratique d'ergothérapie : entre concepts et réalités* ».

L'ANFE participe aux auditions de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé en y apportant ses informations.

Nos organisations s'engagent à travailler avec le ministère à la création d'un Ordre garantissant la régulation de l'exercice et de la formation en France.

²⁰ Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

6. Adaptation de la formation

Constat

La signature des accords de Bologne conduit la France à rendre les formations supérieures compatibles aux exigences du système universitaire Licence-Master-Doctorat afin de favoriser la lisibilité des diplômes et la mobilité des travailleurs. C'est ainsi que la profession s'est engagée au côté du ministère dans cette réforme et a bénéficié de la réingénierie de ses études avec pour point d'orgue la parution du décret du 5 juillet 2010. L'ergothérapie est la deuxième profession à mettre en œuvre cette réforme après les infirmiers. L'obtention du diplôme d'Etat d'ergothérapeute se fait dorénavant par l'acquisition de 180 ECTS et vaut grade de Licence.

Cependant, la décision du CNESER²¹ d'attribuer le grade de Licence pour les étudiants rentrés en formation en 2011 ne nous satisfait pas car elle laisse de côté les étudiants rentrés en 2010. Contrairement à ce qui a été fait pour les infirmiers, il n'est ni légitime, ni équitable, de laisser une promotion d'étudiants en dehors de cette disposition alors que les Instituts de Formation en Ergothérapie se sont engagés dès la parution de l'arrêté du 5 juillet 2010 dans la mise en place de cette réforme. Aussi, nous souhaitons vivement améliorer les conditions d'universitarisation pour tous les étudiants en ergothérapie. Cet effort a d'ailleurs été salué par nos partenaires universitaires locaux, les Agences Régionales de Santé et les Conseils Régionaux.

De plus, tout au long du processus de réingénierie, les services ministériels ont demandé de construire ce programme sans tenir compte de la sélection et ont imposé une réduction du nombre d'heures de formation pour être au plus près du niveau Licence en 6 semestres de formation.

Pourtant la profession est également touchée par la complexité accrue des situations cliniques, la responsabilité qui pèse sur les professionnels, le développement des actions de prévention et la nécessité d'une véritable démarche scientifique, difficilement conciliables avec une formation sur 3 ans.

A cela s'ajoute la dénonciation d'un recrutement après classe préparatoire, que la profession juge inutile d'un point de vue pédagogique et coûteux pour les familles.

Demande

- ▶ **Généralisation d'un mode de recrutement par une première année universitaire validée et l'octroi de 60 ECTS, qui permettent de développer une année tant sélective que formative : dans un premier temps la généralisation du dispositif existant par PACES, SVT et STAPS, puis par la création d'une année commune aux professions de rééducation ;**
- ▶ **Ajustement du contenu de la formation à 4 ans pleins ;**
- ▶ **Intégration pleine et entière de l'appareil de formation aux universités.**

Engagement

En collaboration avec toutes les représentations de la profession, notamment le SIFEF et l'UNAEE²², l'ANFE s'engage à prolonger la réforme des études de 2010 par la participation à des travaux sous l'égide du ministère de la santé afin d'adapter les études conduisant à l'exercice de la profession.

²¹ Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

²² Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie

7. Développement des pratiques avancées

Constat

La mise en place de pratiques avancées pour les auxiliaires médicaux semble dorénavant une voie de développement valorisée par les Ministères de la Santé mise en évidence dans plusieurs rapports (rapport Hénart, rapport Terra Nova...).

Ces dernières permettraient ainsi de construire de véritables passerelles entre les professions paramédicales et médicales, tout en permettant un transfert de compétences jugulant la pénurie de ces dernières.

Les ergothérapeutes développent depuis de nombreuses années des spécialisations dans de nombreux domaines qui se rapprochent des pratiques avancées, dans les domaines du polyhandicap, de l'appareillage orthétique, de la compensation du handicap (aides techniques, solutions technologiques et aménagement de l'environnement...).

Pour cela plus d'une cinquantaine de masters sont accessibles aux ergothérapeutes (en sciences de la réadaptation, en sciences de l'éducation, en sciences de la cognition, en ergonomie, en management, en motricité, en santé publique...) et plusieurs ergothérapeutes s'engagent dans des doctorats ou en sont titulaires.

Ainsi les ergothérapeutes s'investissent dans la prise en charge d'un usager ou auprès d'une population en amont et en aval de l'intervention médicale :

- en amont : anticipation de l'action médicale par des d'actions de promotion de la santé, d'éducation et de prévention (travail, milieu scolaire, maintien à domicile...), de préparation à l'intervention médicale par une pré-orientation diagnostique (maladie d'Alzheimer, positionnement et troubles orthopédiques de l'usager, dysfonctionnement occupationnel...), évaluation plurifactorielle en milieu ordinaire de vie ;
- en aval : suivi pro-actif, permanence de soins, surveillance rapprochée, anticipation des complications, des écueils dans une prise en charge au long cours dans les domaines des pathologies chroniques et des personnes âgées.

Demande

- ▶ **La mise en place de véritables pratiques avancées et d'un cadre réglementaire en association avec les représentations médicales et le ministère de la santé.**

Engagement

En cohérence avec l'élaboration et la définition du référentiel métier, l'ANFE s'engage à prolonger ce travail par l'écriture collaborative sous l'égide du ministère de la santé de pratiques avancées et de programme de formation conduisant les professionnels à celles-ci. L'ANFE a mis en place depuis 2011 un groupe de travail sur ce thème.

Les représentations médicales MPR et de gériatrie nous ont assuré de leur soutien et de leur intention de travailler avec nous sur ce dossier.

8. Développement professionnel continu

Constat

De tous temps, pour offrir les meilleurs soins possibles aux usagers, les professions paramédicales ont fait preuve d'une exigence éthique. Celle-ci est devenue de plus en plus explicite sous la pression des patients, des financeurs, mais aussi des professionnels eux-mêmes. Les ergothérapeutes envisagent clairement l'intérêt d'organiser le système de soins autour de la recherche d'une plus grande efficacité.

La loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 généralise l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé (ergothérapeutes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...), étant entendu que « *l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue* ». Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002²³ et l'article L4391-2 du code de la santé publique organise l'Évaluation des Pratiques Professionnelles menée par les Conseils de l'Ordre des professions qui en possèdent un. La certification des établissements impose également des EPP à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la V2. Les auxiliaires médicaux sont nombreux à être impliqués dans des EPP conduites de manière transversale. Leur participation dans le processus est considérée comme porteuse d'amélioration et de qualité.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles dépasse la simple exécution d'actes appris, pour s'orienter vers une plus grande qualité des interventions, une analyse plus pertinente de la pratique, une plus grande autonomie mais aussi une plus grande responsabilisation des professionnels.

Dorénavant, le développement professionnel continu est une obligation annuelle reprenant les actions de formation, les analyses des pratiques professionnelles comme les évaluations des pratiques professionnelles. La profession est représentée dans le Conseil de surveillance de l'OGDPC (organisme gestionnaire du développement professionnel continu) et dans le Conseil scientifique indépendant des paramédicaux. Elle développe une information ciblée et elle propose une offre de formation professionnelle reconnue par l'OGDPC, afin que les ergothérapeutes puissent satisfaire à cette obligation.

Demande

- ▶ **Appui du ministère pour que les employeurs favorisent l'application du DPC permettant ainsi aux ergothérapeutes de satisfaire annuellement à l'obligation requise ;**
- ▶ **Développement de référentiels de bonnes pratiques et développement de la recherche paramédicale, notamment en ergothérapie.**

Engagement

L'ANFE a créé en 2008 un Conseil Scientifique Permanent pour orienter, accompagner et alimenter le développement scientifique de la profession. Elle s'engage dans la recherche de financements pour promouvoir des actions de recherche en ergothérapie et dans la valorisation des formations universitaires de 3ème cycle auprès des ergothérapeutes. Elle développe l'information utile pour promouvoir le DPC auprès des ergothérapeutes.

L'ANFE participe au développement de référentiels de bonnes pratiques avec le concours de la Haute Autorité de Santé.

²³ Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

9. Développement de la recherche paramédicale

Constat

La recherche est un préalable pour offrir des prestations inscrites dans une démarche de qualité et d'évolution permanente. En matière de santé, la recherche ne peut être limitée aux seules interventions thérapeutiques médicamenteuses. Malgré l'impulsion des autorités publiques, telles la Haute Autorité de Santé, la démarche scientifique reste minoritaire dans les prestations de santé non médicamenteuses. Or, celles-ci représentent une part grandissante des actions sanitaires et concernent la majorité des professions paramédicales, dont les ergothérapeutes.

En France, la recherche en ergothérapie reste très limitée, compte tenu du très faible nombre de professionnels accédant aux programmes universitaires de formation et de recherche.

La démarche de pratique probante s'étend à l'ensemble des activités sanitaires au-delà même des interventions thérapeutiques, puisqu'elle intègre les interventions de prévention, d'éducation de préconisation et de conseil. Ces interventions concernent les prestations d'ergothérapie et doivent y imposer la même rigueur méthodologique et scientifique.

Enfin, dans le cadre d'une réflexion internationale, les sciences de l'Activité Humaine font aujourd'hui partie intégrante des domaines de recherche dans de nombreux pays ; la France affiche un retard considérable dans ce champ de la recherche et de la formation.

Demande

- ▶ **Le développement de financements pour la recherche en ergothérapie et pour l'intégration des ergothérapeutes aux travaux de recherche existants ;**
- ▶ **L'intégration des ergothérapeutes dans la recherche universitaire par le développement d'une filière doctorale propre à la réadaptation et la santé.**

Engagement

L'action du SIFEF a permis la mise en place d'un mémoire de fin d'études basé sur une démarche d'initiation à la recherche depuis 2004, afin de changer la culture des ergothérapeutes et de les inscrire dans la dynamique de recherche d'une pratique toujours plus efficace et adaptée.

L'ANFE a développé depuis 2005 des formations spécifiques à la recherche, des contrats et un programme d'incitation participative. Elle s'engage à finaliser l'étude sur les référentiels de pratique, en vue de modéliser un concept de l'ergothérapie adapté culturellement à la pratique française. Ce travail pourra fournir des outils professionnels tels que des instruments d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que les bases d'une réflexion sur le diagnostic en ergothérapie.

En tant que société savante, l'ANFE participe régulièrement aux travaux de la HAS. Celle-ci reconnaît et utilise l'expertise professionnelle des ergothérapeutes pour des études dont elle est promotrice.

10. Développement de l'ergothérapie dans les dispositifs sociaux et médicosociaux

Constat

La santé et le bien-être des français sont affectés par le manque d'égalité en ce qui concerne l'accessibilité à des services d'ergothérapie.

L'organisation des soins doit s'inscrire davantage dans un dispositif territorialisé, avec une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins coordonnée, une collaboration accrue entre établissements, médecins et paramédicaux exerçant en libéral ou en service de soins à domicile.

La présence d'ergothérapeute n'étant pas soutenue au niveau réglementaire et la profession peu connue, force est de constater que les structures ont recours à d'autres professionnels peu qualifiés dispensant des services moins adaptés. De plus, l'ergothérapie n'est toujours pas considéré comme une profession de premier recours en France.

Pourtant l'intérêt de l'ergothérapie se démontre chaque jour dans les nombreuses structures sanitaires et sociales qui ont choisi d'offrir ce type de service. De nombreuses études démontrent l'efficacité des actions de prévention des ergothérapeutes.

La présence de professionnels compétents sur la question du handicap et de la prévention du potentiel d'indépendance permet une réduction du nombre d'hospitalisation grâce à des retours ou des maintiens réussis en milieu ordinaire de vie, et évite les coûts inutiles occasionnés par les aides techniques mal prescrites ou par les retours vers l'hospitalisation.

Demande

- ▶ **Développer la participation des ergothérapeutes à une gamme de soins de santé harmonisés, dont les soins de santé primaires, la promotion de la santé, les soins à domicile, la formation des professionnels et des aidants sur le handicap, de même que les secteurs tels que l'éducation, l'entreprise et les services communautaires et sociaux ;**
- ▶ **Le recours systématique à l'expertise d'un ergothérapeute dans les nouveaux dispositifs (maison de santé, maison départementale des personnes handicapées, réseaux, services de soins à domicile, Centre Locaux d'Information et de Coordination...) afin d'offrir à la population un accès légitime aux services qui relèvent de leurs compétences propres ;**
- ▶ **Pour cela nous demandons que le recours à ces professionnels (en tant que salariés ou libéraux) soient mentionnés explicitement dans l'ensemble des textes réglementaires de ces dispositifs.**

Engagement

L'ANFE et le SIFEF s'engagent à promouvoir la création de nouveaux Instituts de Formation en Ergothérapie afin d'augmenter significativement le nombre d'ergothérapeutes et de mailler équitablement le territoire.

Nos organisations s'engagent dans les programmes de formation de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et des autres organismes relatifs au handicap et à la prévention.

Bibliographie

- BERLAND Y., *Rapport sur la démographie des professions de santé*, novembre 2002
- BERLAND Y., *Rapport de la mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, octobre 2003 :
- BERLAND Y., BOURGUEIL Y., *Rapport*, juin 2006
- BERLAND Y., BONNEL G., CHABOISSIER M., GRANGER J.M., JOVIC L., QUILLET E., *Rapport sur la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, 2007
- BOURRELLIS C., Développement de l'ergothérapie en France de 1980 à 1998 ou des précurseurs aux écrits professionnels d'aujourd'hui, in *ergOThérapies*, Editions ANFE, mars 2006, n°21, p.33-40
- CAIRE J-M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, Editions SOLAL, 2008
- CHAMBERTAUD S., HARTMANN L., Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, *Revue de l'OFCE* n° 91, Octobre 2004
- COLLARD F., THERRIAULT P.-Y., Ergothérapie : je me souviens, in *Journal d'Ergothérapie*, Editions Masson, Paris, 1999, 21, 4, p.47-149
- *ergOThérapies*, Numéro spécial des études d'ergothérapie, Editions SOLAL, décembre 2010, n°40
- DEBOUT C., Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline, *Recherche en soins infirmiers*, n°93, juin 2008
- GALANT M. O., L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique ? *Recherche en soins infirmiers*, n°93, juin 2008
- HAS, *Rapport de l'audition publique « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? »*, 2007
- HAS, Recommandation « Délégations, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé », avril 2008
- HENART L., BERLAND Y., CADET D., *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, janvier 2011
- JEANDEL C., *Un programme pour la gériatrie*, Rapport remis à X. BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités, avril 2006
- LEFORT F., *L'évolution de l'ergothérapie : vers des identités multiples et cohérentes*, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute, Rennes, 2006
- MENARD J., *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*, février 2008
- Ministère de la Santé - Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH, *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière*, 2007
- MORNICHE P., *Le handicap se conjugue au pluriel*, Division des Enquêtes et études démographiques, INSEE et le Groupe de Projet HID, n°742 – octobre 2000.
- ONDPS, *Rapport 2005*, La documentation française, Paris, mai 2006
- SICART D., *Les professions de santé au 1er janvier 2012*, Document de travail, DRESS, mars 2012
- TROUVE E., Emploi, chômage et formation : pourquoi l'ANFE soutient la création de nouveaux IFE ?, *Bulletin de liaison*, Editions ANFE, 2006, n°2, p. 36
- TROUVE E., Quel avenir pour l'ergothérapie ? Quelle ergothérapie pour l'avenir ?, in *ergOThérapies*, Editions SOLAL-ANFE, juin 2007
- TROUVE E., *Le cadre de santé face à l'activité d'ergothérapie : de la technique à la gestion*, Mémoire de fin d'études de cadre de santé, Ecole Supérieure Montsouris, 2008
- TROUVE E. (coord.), *Recherche en ergothérapie : pour une dynamique des pratiques*, Editions SOLAL-ANFE, 2011
- WAGNER C., *Profession ergothérapeute*, Editions l'Harmattan, Paris, janvier 2006

ANNEXE 1

Les grandes dates de l'ergothérapie en France

- ➔ 1954 - Création des deux premières écoles d'ergothérapie (Nancy et Paris)
- ➔ 1961 - Création de l'ANFE
- ➔ 1962 - Création par l'ANFE du *Journal d'ergothérapie*
- ➔ 1965 - Création de l'école de Lyon
- ➔ 1964 - Adhésion de l'ANFE à la World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
- ➔ 1971 - Décret instituant le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, accompagné d'un programme de formation officiel
- ➔ 1973 - Participation des ergothérapeutes (dont des représentants de l'ANFE) au Conseil Supérieur des Professions Paramédicales nouvellement crée (CSPPM)
- ➔ 1978 - Création au sein de l'ANFE du premier Service de Formation Continue pour les ergothérapeutes
- ➔ 1980 - Création du Diplôme de Moniteur Cadre Ergothérapeute
- ➔ 1982 - Organisation par l'ANFE du 1^{er} Colloque National des ergothérapeutes à Lyon
- ➔ 1986 - Adhésion de l'ANFE au Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)
- ➔ 1986 - Publication du Décret d'actes des ergothérapeutes
- ➔ 1988 - Organisation des 1^{ères} Journées « expériences en ergothérapie » de La Grande Motte, organisées par l'IFE de Montpellier
- ➔ 1990 - 2^{ème} réforme du programme de formation
- ➔ 1992 - Fondation par l'ANFE de l'UIPARM (Union Inter Professionnelle des Rééducateurs et Médico Techniques) avec trois autres professions paramédicales
- ➔ 1993 - Premières installations d'ergothérapeutes en exercice libéral
- ➔ 1995 - Inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé Publique
- ➔ 1995 - Création du Diplôme de Cadre de Santé (remplaçant celui de MCE)
- ➔ 1995 - Lancement par l'ANFE de publications à destination du grand public
- ➔ 1996 - Création du Syndicat National des Directeurs d'Ecoles d'Ergothérapie (SNDEE)
- ➔ 1998 - Création de l'Instance Exercice Libéral au sein de l'ANFE
- ➔ 1999 - Proposition par l'ANFE d'un nouveau décret d'actes et rejet du ministère
- ➔ 2000 - Organisation par l'ANFE du Congrès Européen d'ergothérapie « Ergo 2000 » à Paris
- ➔ 2000 - Création par l'ANFE de la « Charte des ergothérapeutes libéraux », signée aujourd'hui par les membres du SYNFEEL et de l'ANFE
- ➔ 2000 - Réalisation et édition par l'ANFE de l'ouvrage *Ergothérapie : guide de pratique*
- ➔ 2001 - Validation par l'ANAES du « Dossier du patient en ergothérapie » présenté par l'ANFE
- ➔ 2001 - Création du syndicat des ergothérapeutes libéraux (SYNFEL Ergolib)
- ➔ 2001 - Passage du *Journal d'ergothérapie* en *ErgOTHérapies*
- ➔ 2002 - Création de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)
- ➔ 2004 - Edition par l'ANFE de l'ouvrage *Les modèles conceptuels en ergothérapie*
- ➔ 2004 - 3^{ème} réforme du programme de formation (mise en place du mémoire de fin d'études)
- ➔ 2004 - Modification du nom du SNDEE en Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français
- ➔ 2005 - Création d'un service d'édition interne à l'ANFE en partenariat avec les éditions SOLAL
- ➔ 2006 - Création de l'Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie (UNAEE)
- ➔ 2006 - Création des associations CAP ERGO, ARFEHGA et APRES
- ➔ 2006 - Initiation par l'ANFE d'une politique de développement de nouveaux Instituts de Formation
- ➔ 2007 - Organisation par l'UNAEE et l'ANFE des premières manifestations étudiantes et professionnelles des ergothérapeutes
- ➔ 2007 - Organisation par l'ADERE des premières Journées européennes et francophones d'ergothérapie
- ➔ 2007 - Décret instituant les indemnités de stages et décret portant sur la nouvelle gouvernance des Instituts de Formation
- ➔ 2007 - Décret sur la mise en place du Haut Conseil des Professions Paramédicales
- ➔ 2007 - Mise en place du groupe de travail sur la définition du référentiel métier d'ergothérapeute (ANFE, SIFEF, SYNFEEL Ergolib, UNAEE)
- ➔ 2007 - Modification de nom du « Bulletin de Liaison », outil d'information des adhérents de l'ANFE, en « Le Monde de l'Ergothérapie », et élargissement de sa cible à l'ensemble des professionnels

- ➔ 2008 - Organisation par l'ANFE des premières Assises Nationales de l'Ergothérapie, en partenariat avec les associations et syndicats SIFEF, SYNTEL Ergolib, AFEG, UNAAE, AFEG, CAP ERGO, ARFEHGA, APRES, UIPARM, COTEC, WFOT.
- ➔ 2011 - Organisation par l'ANFE des deuxièmes Assises Nationales de l'Ergothérapie avec pour thème La recherche en ergothérapie, en partenariat avec les associations et syndicats SIFEF, SYNTEL Ergolib, AFEG, UNAAE, AFEG, CAP ERGO, ARFEHGA, APRES, UIPARM, COTEC, WFOT.
- ➔ 2011- Mise en place du groupe de travail sur la refonte du décret d'exercice
- ➔ 2012 - Partenariat d'Édition avec De Boeck – SOLAL
- ➔ 2012 - Création de 7 nouveaux IFE dont 6 publics (3 universitaires et 3 hospitaliers)

ANNEXE 2

Critères pour des réponses adaptées en soins de suite ou de réadaptation

Document de travail établi à partir de l'Atlas de la santé en Ile-de-France - DRASSIF - IAURIF - ORS - septembre 2005

La demande de la population pour une diversité de l'offre de soins

De la part de la population, la demande d'une diversification de l'offre de soins est mise en évidence :

- temps de séjour hospitalier souhaité plus court,
- maintien dans le réseau familial et social,
- soins palliatifs et fin de vie avec un accompagnement à domicile,
- horaires de soins compatibles avec une activité de travail,
- proximité des structures de soins et maillage géographique,
- articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville et coordination des acteurs,
- réponses plus rapides et aides financières en matière d'aides techniques, d'aménagement du domicile et d'aides humaines,
- accessibilité des lieux publics et sociaux.

Si bien que les alternatives à l'hospitalisation se développent :

- hospitalisation à domicile,
- services de soins à domicile,
- hôpitaux de jour,
- centres d'accueil à temps partiel,
- réseaux ville - hôpital,
- filières de soins,
- maisons départementales des personnes handicapées.

Mais des besoins restent non couverts, particulièrement vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie, de la scolarisation des enfants handicapés, de la prise en charge à domicile ou en institution des personnes très handicapées ou surhandicapées, voire des personnes en situation de précarité.

Exemples :

◆ En Ile-de-France, s'est développée plus de la moitié de l'offre nationale d'hospitalisation à domicile, si bien que les autres régions ont à ce jour très peu développé cette modalité.

◆ En regard de priorités sanitaires régionales, il est nécessaire de penser l'offre de soins en réponse à une meilleure prise en charge de certaines populations : récemment l'enquête menée par C. HAMONET (et collaborateurs) a mis en évidence que les personnes en situation de précarité (SDF accueillis par le SAMU Social) étaient plus handicapées que l'ensemble de la population francilienne (non accès aux soins engendrant une dégradation de l'état général avec troubles orthopédiques et neurologiques, violences physiques reçues,

alcoolisme, troubles psychiatriques apparaissant du fait de la précarité constante et du stress de cette situation...

Les soins de suite ou de réadaptation

A partir des données spécifiques à l'Île-de-France, il est possible de poser des bases de réflexion et de les extrapoler aux autres situations régionales.

| Schéma Régional de l'Organisation des Soins de suite et de réadaptation | |
|---|---|
| Nombre de lits et places autorisés et installés | 18 174 en 2004 15 141 en 2004 (11 857 en 1997) |
| Nombre de personnes prises en charge en dehors de la région | 25 % |
| Durée moyenne de séjour | 39 jours |
| Age moyen | 62,5 ans |
| PMSI 2002 : hospitalisations complètes | 83 % des séjours dont 27 % concernent des patients de plus de 80 ans et 10,5 % des patients de moins de 16 ans |
| Origine de ces hospitalisations complètes | 67 % du court séjour |
| Retour à domicile | 63 % |
| SSR Adultes Soins de suite | Principalement : - fractures col du fémur - démences - pathologies cérébrales |
| Réadaptation-Rééducation | Surtout : - arthroses des membres inférieurs - pathologies vasculaires cérébrales - atteintes médullaires |
| SSR Enfants | Surtout : - rhumatologie-orthopédie - troubles nutritionnels - pathologies congénitales neurologiques |
| Constat et Perspectives | Offre ambulatoire insuffisante Nécessité de développer l'hospitalisation de jour : - HDJ pour Réadaptation fonctionnelle et Soins de suite personnes âgées - HAD pour Réadaptation fonctionnelle Pénurie de professionnels plus particulièrement en MPR Déficit de coordination des filières court séjour / SSR / médico-social et insuffisance des dispositifs médico-sociaux Améliorer l'organisation de la prise en charge par le développement de coordinations et de réseaux de soins avec l'amont et l'aval |
| Priorités | Alternatives à l'hospitalisation et plus particulièrement à la réadaptation cardiaque La MPR neurologique, dont essentiellement la prise en charge des AVC L'accueil de patients de tout âge polyopathologiques et lourdement dépendants (dont ceux atteints de |

Autres aspects sanitaires

- Soins palliatifs : unités de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs, réseaux de santé en soins palliatifs
- Centres de santé (anciennement dispensaires) à vocation sociale, en faveur de la patientèle des populations modestes ou défavorisées, médecine de proximité communautaire, sociale, diversifiée et spécialisée
- Réseaux de santé : thématiques liées à des priorités de santé publique, visant la prise en charge globale (débutant avant le soin aigu et s'achevant après le soin, par un suivi sanitaire et social)
- Professions paramédicales libérales : densité, répartition infra-régionale et transfert de tâches et de compétences
- Prise en charge des populations vulnérables :
 - Les personnes âgées : augmentation du nombre de personnes âgées (axe de prévention et d'éducation à la santé) et de celles qui perdent leur autonomie (axe de traitement curatif, de compensation et de maintien des acquis) ; offre d'hébergement, politique d'aide au maintien à domicile
 - Les personnes handicapées : nombre de personnes handicapées, offre de structures d'accueil, équipements et services adaptés, réponses personnalisées pour les personnes les plus handicapées, services d'accompagnement pour la scolarisation des enfants handicapés
 - Les personnes en situation de vulnérabilité sociale : accès aux soins par un dispositif PASS (permanence d'accès aux soins) ou par un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

L'appareil de formation des professions paramédicales

Evaluation du nombre d'Instituts de Formation et du nombre d'étudiants

- Filière des soins infirmiers
- Filière de rééducation
- Filière de l'appareillage
- Filière médico-technique

Repérage de pénurie professionnelle pour certaines professions

Densité professionnelle comparée à la densité nationale :

Pour les ergothérapeutes : 9 pour 100 000 habitants sur le plan national

ANNEXE 3

Facteurs d'évolution, enjeux et impacts RH

Ministère de la Santé - Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH

Le schéma ci-dessous, donne une idée des principales interactions s'exerçant entre les facteurs d'évolution identifiés. Il permet notamment d'identifier les facteurs d'évolution externes aux établissements de santé —facteurs 0 (évolution démographique), 1 (évolution de la demande des usagers), 4 (évolution des technologies médicales), 5 (évolution médico-économique), 7 (évolution technologique de la fonction de support technique), 8 (évolution des exigences réglementaires et normatives) et 9 (évolution du système de formation professionnelle initiale et continue) — et les facteurs internes : 2 (évolution de l'organisation de l'offre de soins), 3 (évolution des pratiques de soins), 6 (évolution de l'organisation interne et du management). Il montre que ces facteurs externes et internes s'influencent mutuellement.

