

Contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la consultation sur les aides techniques

Introduction : la profession d'ergothérapeute

L'ergothérapie (*Occupational Therapy*) est une profession de santé centrée sur la personne, s'occupant de la promotion de la santé et du bien-être dans les activités. *« L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement »¹.*

But de la prise de position

L'Association Nationale Française de Ergothérapeutes (ANFE) est engagée et impliquée dans la mise en œuvre des politiques de Santé au service de la population. Les ergothérapeutes sont des acteurs de premières lignes dans l'ensemble du processus d'attribution des aides techniques de compensation. La reconnaissance de leur expertise au sein du parcours du patient doit désormais être traduite et appliquée dans le système de droit commun pour que la population puisse bénéficier de leur savoir-faire. L'ANFE émet des propositions concrètes, s'appuyant sur la littérature nationale et internationale et les compétences spécifiques des ergothérapeutes, afin de garantir une évaluation, une préconisation et un suivi de qualité lors de l'attribution des aides techniques et ainsi mieux allouer les financements en diminuant le taux de non-utilisation ou d'abandon des aides techniques.

¹ Arrêté du 5 juillet 2010 – Référentiel d'activités des ergothérapeutes

L'ergothérapie

L'ergothérapeute met la personne en situation dans son milieu de vie en prenant en compte la dimension sociale et affective liée à l'environnement afin d'évaluer ses limitations d'activités. L'utilisation de **dispositifs techniques de compensation (aides techniques)** en complément d'autres modalités d'intervention (rééducation, aménagement de l'environnement...), permet de **préserver ou d'améliorer la participation des personnes dans leurs activités quotidiennes, de faciliter l'intervention des aidants et de prévenir certains risques (chutes, perte d'autonomie, isolement social...)**. L'ergothérapeute va tout mettre en œuvre afin que la personne soit la plus active et participative au quotidien. Il évalue les **besoins en adaptation des habitudes de vie, en aménagement, en aides techniques, en aides technologiques, en aides humaines et animalières**. L'environnement humain et matériel influence de manière significative l'autonomie par son aspect **facilitateur ou inhibiteur**. Un accompagnement en conseils, en éducation thérapeutique, auprès du patient mais également de l'aidant est souvent nécessaire et souhaitable afin de transmettre les gestes adaptés, les bonnes attitudes à adopter et qu'il les fasse siennes.

Aides techniques et ergothérapie

Le domaine des aides techniques a fait l'objet de nombreux rapports, études et propositions depuis plus de 20 ans dans lesquels l'ergothérapie est, sans ambiguïté, placée au premier plan. Pour autant, force est de constater au quotidien que les choses évoluent lentement. Un flou persiste dans le rôle et la place des différents acteurs, sur la reconnaissance des besoins face aux situations de handicap et sur les différents modes de financement et d'attribution ainsi que la juste traçabilité des droits sociaux spécifiques.

De nombreuses études relèvent que 33% à 50% des aides techniques² prescrites ne sont pas utilisées (voir Wanet-Defalque & Machabée, 2009 pour une revue) et que le taux d'abandon est estimé à 30%. Parmi les déterminants identifiés, se trouvent **la mauvaise appréciation des occupations à compenser** (intérêt de l'utilisateur pour l'aide technique), **une évaluation insuffisante de la personne en lien avec son environnement** avec parfois des initiatives d'achat non ou insuffisamment accompagnées d'où les difficultés d'acceptabilité et d'appropriation, et **le manque de formation des utilisateurs et des aidants** sur l'utilisation de l'aide technique. Le recours systématique à l'ergothérapeute dans le processus

² Nous entendons par aides techniques, l'ensemble des dispositifs techniques de compensation : aide technique, dispositif d'aide au maintien de la posture, dispositif d'aide à l'autonomie, matériel d'aide à la vie, aides technologiques, aides numériques et objets connectés.

de préconisation de l'aide technique et la mise en place d'un suivi permettrait de réduire de manière significative cette non-observance.

La détermination et la préconisation des aides techniques fait partie de la pratique des ergothérapeutes pour améliorer la performance occupationnelle des patients (Ivanoff et al., 2006; référentiel d'activités des ergothérapeutes). Il intervient également dans la conception et la fabrication des aides techniques avec notamment le déploiement des technologies d'impression 3D (travail réalisé en collaboration avec l'utilisateur). Dans sa démarche de préconisation, l'ergothérapeute s'appuie sur des outils internationaux standardisés pour réaliser les évaluations de la personne, de son environnement et de ses occupations (Bernd et al., 2009). L'ergothérapeute est clairement identifié par les experts du secteur 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* » (AFM, CNSA, FCE, HAS, 2007). 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 (inégalité de prise en compte entre PCH et APA).

La spécificité de l'intervention de l'ergothérapeute est qu'elle s'inscrit dans une démarche centrée sur les occupations de la personne, identifiant ainsi les limitations d'activités qu'elle rencontre. Pour que la personne puisse réaliser ses occupations, le recours à une aide technique n'est pas une finalité mais il s'agit d'un moyen parmi l'arsenal de modalités d'intervention à notre disposition (rééducation, réadaptation, aménagement de l'environnement, aides humaines, aides animalières...).

L'ANFE affirme que l'intervention systématique d'un ergothérapeute pour l'évaluation des besoins, la préconisation des aides techniques et le suivi après acquisition, permettrait, à budget constant, de diminuer le taux de non-utilisation et d'abandon de l'aide technique. Cette intervention n'engendrerait pas de coût supplémentaire car les aides techniques seraient mieux ciblées, personnalisées, adaptées à chaque situation et seraient réellement utilisées par les personnes. Cela contribuerait à limiter les coûts en aides humaines et les frais liés à une hospitalisation ou une institutionnalisation, mais également favoriserait le maintien dans l'emploi et la réalisation des activités sportives et de loisirs avec un impact fort sur la qualité de vie des usagers. Les financements seront ainsi mieux employés et plus efficaces.

Les propositions des ergothérapeutes

1. Le recours systématique aux ergothérapeutes lors de l'acquisition d'une aide technique de compensation

Les ergothérapeutes sont les professionnels de santé les mieux formés sur l'évaluation de la personne dans son environnement en vue de la préconisation des aides techniques, de leur adaptation et de leur apprentissage en situation d'usage. Afin de garantir que la bonne aide technique est utilisée par la bonne personne pour répondre au bon besoin, et ainsi réduire de manière significative le taux de non-utilisation et d'abandon de l'aide technique, il est nécessaire de positionner l'ergothérapeute au cœur du processus d'acquisition. Cela englobe l'évaluation des besoins de la personne, la prescription du matériel nécessaire avec des mises en situation écologiques, l'installation, le paramétrage et l'adaptation après la livraison, l'aide à la prise en main (voire formation à l'utilisation le cas échéant) et le suivi à long terme de l'usage de l'aide technique.

Dans les situations les plus complexes, l'ergothérapeute intervient en équipe interprofessionnelle et réoriente, le cas échéant, vers d'autres professionnels compétents, structures ou filières spécialisées et déterminées au regard du parcours de santé organisé sur le territoire.

L'ANFE propose que l'intervention d'un.e ergothérapeute soit obligatoire pour toute délivrance d'aide technique afin de garantir une bonne observance du matériel prescrit et que le financement des aides techniques soit conditionné par le respect de cette obligation.

2. La prescription des aides techniques par les ergothérapeutes

De prime abord, l'ensemble des acteurs (médecins, professionnels paramédicaux, financeurs, fabricants, distributeurs, HAS) sont unanimes pour identifier les ergothérapeutes comme étant les professionnels experts des aides techniques, à la fois au niveau de l'évaluation des besoins, de la connaissance des solutions techniques existantes et de l'adaptation du matériel à la personne et à son environnement. Comme énoncés précédemment, tous les rapports sont unanimes.

Actuellement, même si les ergothérapeutes sont sollicités pour le choix d'aides techniques, leur prescription nécessite, le plus souvent, une consultation médicale avec parfois des délais de rendez-vous importants et une difficulté, pour certaines personnes, de se rendre sur place (avec utilisation de transports médicalisés...)

La prescription des aides techniques par les ergothérapeutes permettrait de spécifier le dispositif nécessaire, de diminuer les délais de traitement des demandes avant leur acquisition sans augmenter les coûts de santé, de tracer le dispositif nécessaire et donc en améliorer la pertinence et l'observance.

Pour exemple, un protocole de coopération visant à déléguer l'acte de prescription des fauteuils roulants manuels et électriques aux ergothérapeutes a été validé par la Haute Autorité de Santé et par l'ARS Grand Est en décembre 2019³.

Enfin, la France connaît de nombreux déserts médicaux. Pour faire face à la diminution du nombre de médecins généralistes et spécialistes dans les prochaines années, de nombreux rapports soutiennent l'idée de redéfinir les missions des praticiens afin qu'ils soient « utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation ». Dans un souci de préservation des particularités liées à notre système de soins et à l'exercice de la médecine en France et dans le cadre d'une coopération des professions de santé, le transfert de compétences permet avant tout d'optimiser un système de soins, de maintenir la qualité des soins et d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux. Cette démarche correspond non seulement à un besoin dans les établissements mais aussi à une attente de lisibilité des rôles et compétences des personnels.

L'ANFE propose que les ergothérapeutes, agissant dans le cadre de l'exercice de leur compétence, soient autorisés à prescrire les aides techniques.

3. Le financement de l'intervention des ergothérapeutes à toutes les étapes de l'acquisition de l'aide technique

Les ergothérapeutes sont convaincus qu'il est nécessaire de répondre aux besoins des personnes en termes de sécurité, d'autonomie et de facilité à réaliser ses occupations. L'utilisation des aides techniques n'est qu'un moyen pour y parvenir, et non une fin en soi. Ainsi il existe certaines situations où le recours aux aides techniques n'est pas nécessaire car d'autres modalités d'intervention peuvent être envisagés (rééducation, conseils pour réaliser l'activité différemment, aménagement de l'environnement, apprentissage aux aidants...). L'évaluation par l'ergothérapeute des besoins de la personne au regard de ses capacités et de son environnement permet de mieux cibler les moyens de compensation à mettre en œuvre. Ainsi, le financement de l'intervention de l'ergothérapeute permettra d'optimiser l'attribution des aides techniques qui sont nécessaires pour répondre aux besoins de la personne, évitant ainsi une « surconsommation » de matériel inutile ou inadapté tout en

³ https://coopps.ars.sante.fr/coopps/aut/aut_201.do

réduisant le taux de non-utilisation et d'abandon. Les dépenses de santé étant mieux allouées, le financement de l'intervention de l'ergothérapeute se fera sans augmentation des financements publics.

Nous proposons que ce financement se fasse sous forme de forfait afin de maîtriser les dépenses de santé. Ces actes devront comprendre à minima :

- **l'évaluation à visée de diagnostic ergothérapeutique** des besoins de la personne, de son environnement et de ses capacités
- **la prescription** qui englobe l'élaboration du cahier des charges, la recherche des solutions, les essais et la rédaction de l'argumentaire
- **le suivi après acquisition** qui garantit la bonne observance et la bonne utilisation du matériel : installation et adaptations du matériel, paramétrage, apprentissage et entraînement de la personne concernée et des aidants familiaux et professionnels, suivis et contrôle en termes de sécurité et de réponse aux besoins.
- **la rééducation, réadaptation et réhabilitation** aux gestes et activités de la vie quotidienne pour la personne et son entourage (personnel et professionnel)

L'ANFE s'engage à travailler conjointement avec les services compétents pour définir la nomenclature précise de ces actes et les modalités pratiques de ce financement.

L'ANFE propose que l'intervention de l'ergothérapeute, qu'il/elle exerce en structure ou en libéral, soit financée à toutes les étapes du processus d'attribution de l'aide technique.

Conclusion

Aussi, afin d'assurer une évaluation de qualité, de proposer la juste stratégie réadaptative, de garantir le bon usage des financements dévolus aux aides techniques, de raccourcir les délais d'attente et d'assurer une réelle appropriation et leur bon usage, les ergothérapeutes demandent **l'autorisation de prescrire** les aides techniques de compensation et ainsi que soient **financés les actes d'évaluation, de prescription et de suivi en institution comme en pratique libérale**. En s'inscrivant en toute cohérence dans les objectifs gouvernementaux déclinés dans la Stratégie Nationale de Santé et dans l'adaptation de la société à l'avancé en âge et au handicap, l'ANFE s'engage à travailler avec la CNAM et la CNSA sur les modalités de mise en œuvre de la prescription des aides techniques et à réfléchir à une valorisation financière de l'intervention de l'ergothérapeute.

ANNEXES

1. Présentation de la profession	8
1.1. L'ergothérapie.....	8
1.2. Le référentiel d'activité	9
1.3. Démographie.....	10
1.4. Secteurs d'activité.....	12
1.5. La formation.....	13
1.5.1. L'appareil de formation.....	13
1.5.2. Le référentiel de formation.....	13
1.6. La qualité d'exercice.....	15
2. Les aides techniques	16
3. Ergothérapie et aides techniques	18
3.1. Les ergothérapeutes : experts reconnus dans le processus d'acquisition des aides techniques – éléments de données probantes.....	18
3.2. Démarche d'acquisition d'une aide technique.....	21

1. Présentation de la profession

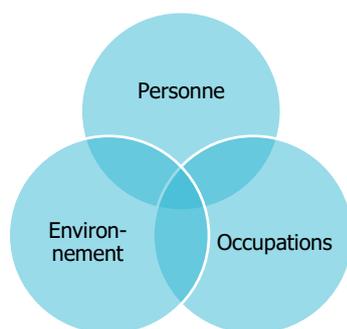
1.1. L'ergothérapie

L'ergothérapeute (Occupational Therapist) est un professionnel des champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, rééducateurs, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'inclusion sociale des personnes.

Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions, d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.

Diagnostic

L'ergothérapeute évalue l'engagement, la participation et la performance de la personne dans ses activités. Il est formé à l'examen des effets physiques (moteurs et sensoriels), mentaux, cognitifs et psychosociaux, d'un accident, d'une maladie, de l'avancée en âge ou d'une problématique sociale sur les occupations. En cela, il analyse l'interaction de ces paramètres avec l'exigence des activités, les facteurs environnementaux et personnels.



Ceux-ci influencent l'adaptation et la capacité de réengagement de la personne dans l'activité, ainsi que la participation sociale.

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. Ses recommandations permettent également de prévenir, de compenser les situations de handicap ou d'en réduire les effets.

Il conseille également les individus sur la manière de réaliser leurs occupations pour éviter que celles-ci n'engendrent des problèmes de santé secondaires.

L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou de formation concernant les populations vulnérables 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, l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques et à travers l'aménagement de l'environnement.

Développer la performance et l'engagement dans les occupations

Conscient de l'importance des occupations 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.

1.2. Le référentiel d'activités

Le référentiel d'activités des ergothérapeutes est précisé dans l'arrêté du 5 juillet 2010. Dans l'activité 3, nous retrouvons « *l'application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques* ».

L'activité « *préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques* » est déclinée ainsi :

- Elaboration du cahier des charges à partir du besoin et de la demande de la personne concernée
- Aide au choix : information et conseil
- Veille technique et recherche d'information sur les aides techniques et assistances technologiques existantes
- Contacts avec les fabricants, les distributeurs et autres partenaires
- Essais des matériels et solutions technologiques retenus en milieu spécialisé et milieu ordinaire de vie
- Formalisation des résultats des essais de matériel
- Recherche de financements
- Réception des matériels et des solutions technologiques préconisés
- Réglages et personnalisation des matériels et des solutions technologiques
- Information et formation de la personne, de son entourage et des professionnels sur l'utilisation des aides techniques et des assistances technologiques

Les principales opérations constitutives de l'activité 5 « réalisation et suivi de projets d'aménagement de l'environnement » sont :

- Etat des lieux du besoin ou de la demande en concertation avec la personne, la famille et les professionnels concernés
 - o Prise de connaissance de la demande, des besoins et des avis divers
 - o Visite des sites et prise de mesures
 - o Mise en situation de la personne dans son environnement
 - o Réalisation de plans ou de croquis de la situation
- Contact avec les partenaires concernés par la demande
 - o Prise de contact avec les organismes prestataires
 - o Prise de contact avec les fournisseurs, les sociétés de conception et de fabrication de matériels
 - o Prise de contact avec les professionnels partenaires : professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels du bâtiment, entrepreneurs...
 - o Prise de contact avec l'ensemble des utilisateurs de l'environnement
- Réalisation et suivi d'un dossier d'aménagement
 - o Formalisation des différentes possibilités d'aménagement
 - o Proposition de matériels, de mobiliers et d'agencement visant à un aménagement accessible, sécurisé, évolutif, durable et adapté
 - o Organisation d'essais et de démonstrations
 - o Edition d'un rapport faisant état de l'ensemble des conclusions
 - o Présentation finale du projet à la personne, à son entourage et aux partenaires
 - o Suivi de la mise en œuvre des préconisations avec les professionnels du bâtiment
 - o Entraînement à l'utilisation et l'usage de l'espace aménagé

1.3. Démographie

Le nombre d'ergothérapeutes exerçant en France augmente considérablement (+75% en 10 ans). Au 1er janvier 2019, 12.765 ergothérapeutes exercent en France. Les ergothérapeutes sont majoritairement des femmes (87%). La population est jeune (âge moyen de 37,7 ans).

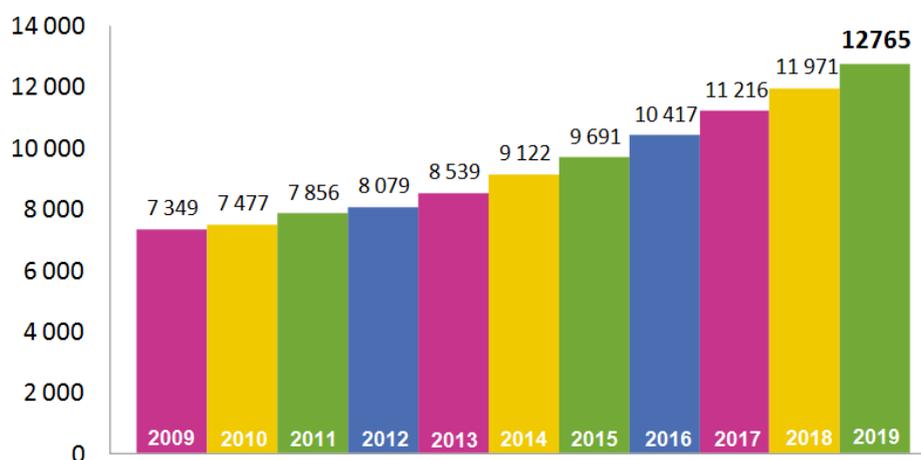


Figure 1 : Evolution sur 10 ans du nombre d'ergothérapeutes en France

La densité des ergothérapeutes en France est de 19,08 pour 100.000 habitants (source DREES 2019), ce qui est bien en deçà de nos voisins européens (source COTEC 2018 : Danemark, 186,1 – Belgique, 95,2 – Allemagne, 73,9). La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle toujours une disproportion flagrante, au regard des besoins de la population française.

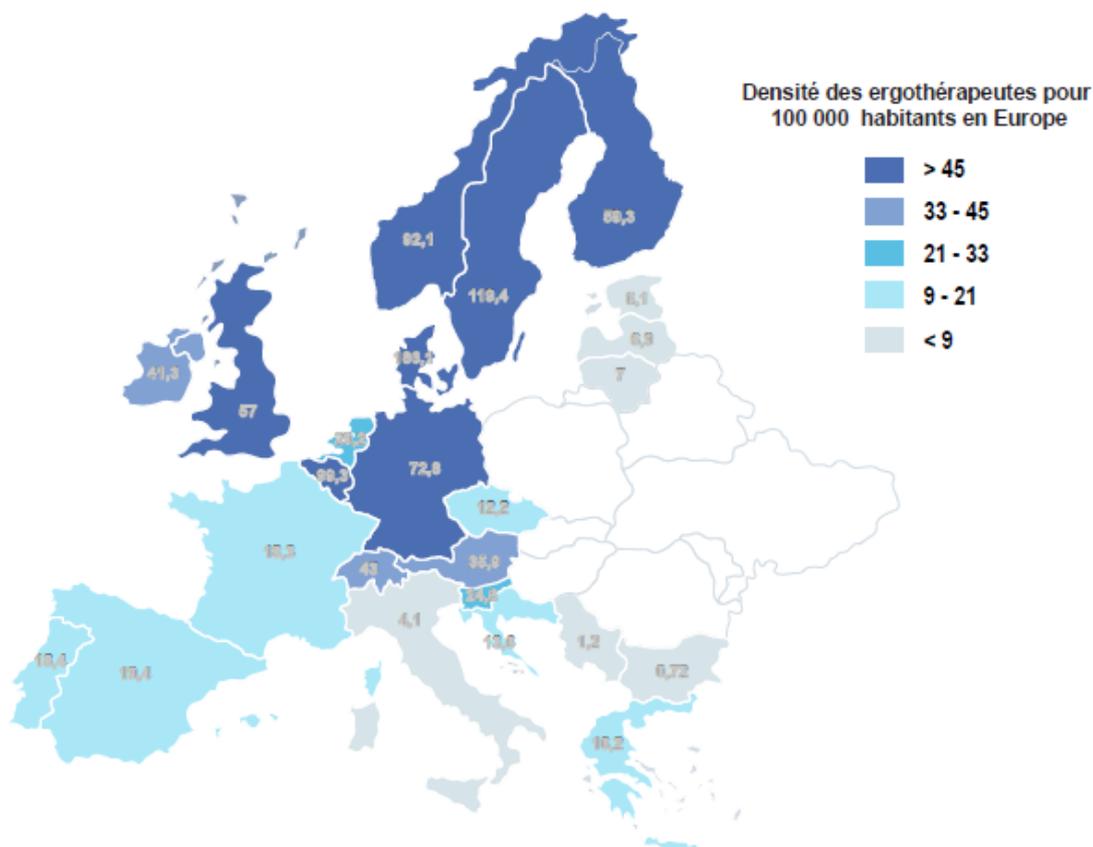


Figure 2 : Densité des ergothérapeutes pour 100.000 habitants en Europe

Du point de vue de l’implantation géographique, 16% des ergothérapeutes travaillent en Région Parisienne, 55% dans des villes de plus de 100 000 habitants, et seulement 7,7% 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, allant du simple au septuple (7,93 ergothérapeutes pour 100 000 habitants en Haute-Loire vs 52,67 en Lozère, source DREES 2019).

1.4. Secteurs d'activité

Les ergothérapeutes exercent majoritairement en tant que salariés, même si l'exercice libéral se développe considérablement ces dernières années pour atteindre 13% de la profession en 2019 (7,9% en 2014), soit 2,51 ergothérapeutes pour 100.000 habitants (1,09 en 2014). Là aussi, l'accès à l'ergothérapie libérale est inégal sur le territoire (0,35 dans la Sarthe vs 7,6 dans l'Aude).

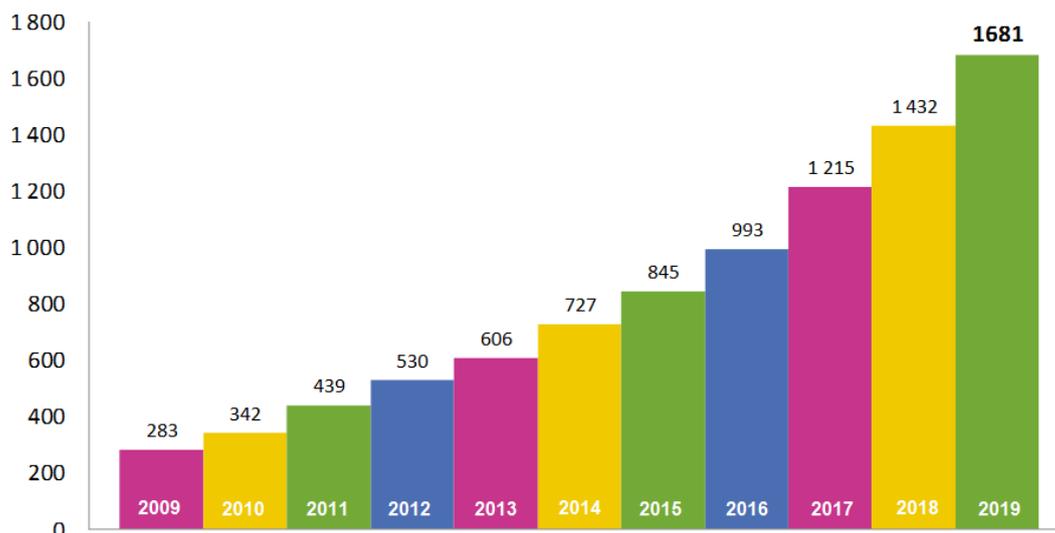


Figure 3: Evolution sur 10 ans du nombre d'ergothérapeutes exerçant en libéral en France

Les ergothérapeutes interviennent particulièrement dans le domaine des aides techniques de compensation et ce à plusieurs niveaux des organisations du territoire :

- Structures de conseil et de préconisation : CICAT (Centre d'Information et de Conseils en Aides Techniques), établissements de santé et médico-sociaux, centres experts nationaux sur les aides techniques (CEREMH, CENTICH), en exercice libéral...
- Financeurs : CNSA, MDPH, mutuelles
- Prestataires de services et distributeurs de matériels
- Fabricants : en tant que conseillers techniques et au sein des services de recherche et développement
- Haute Autorité de Santé au sein de la CNEDIMTS
- Recherche

Ainsi les ergothérapeutes sont présents dans toutes la chaine de mise sur le marché, de remboursement, de prescription, de financement et d'acquisition des aides techniques mais leur positionnement n'est pas clairement valorisé à ce jour (obligation de recours aux compétences des ergothérapeutes, prescription des aides techniques, financement de l'intervention...).

1.5. La formation

1.5.1. L'appareil de formation

La formation pour devenir ergothérapeute se réalise en 3 ans. Le nombre d'instituts de formation en ergothérapie a considérablement augmenté. Au nombre de 9 en 2009, il existe aujourd'hui 26 instituts de formations en ergothérapie en France (dont 1 qui ouvre au 1er septembre 2020). Le nombre d'IFE a ainsi triplé par la volonté de la profession de faire face à une pénurie annoncée due aux premiers départs à la retraite et surtout aux besoins de la population. L'ensemble du territoire français présente un maillage d'implantations avec un à quatre IFE par Région et plus de 1000 nouveaux professionnels sortant chaque année ayant validé les 180 crédits correspondant au programme de formation actuel.



Figure 4 : Implantation des 26 IFE français

1.5.2. Le référentiel de formation

Le référentiel métier des ergothérapeutes⁴ précise la compétence et le droit de préconiser les aides techniques et les assistances technologiques (domaine d'activité n°3, Compétences n°4). L'ergothérapeute est le spécialiste de la compensation et est présent à tous les stades

⁴ Arrêté du 5 juillet 2010
 13

de la préconisation des aides techniques, les assistances technologiques (AFM, 2003) et des aménagements architecturaux (domaine d'activité n°4, compétences n°2).

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'ergothérapeute vise à l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé, d'autonomie et de qualité de vie des personnes dans le cadre d'un travail en interprofessionnalité.

Le référentiel de formation des ergothérapeutes a pour objet la professionnalisation du parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de ses compétences à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, d'attitudes et de comportements en situation d'activité ergothérapique.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation en relation avec la santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seules et en équipe interprofessionnelle ou de faire appel à la personne la plus compétente.

Plusieurs unités d'enseignement (UE) sont spécifiquement dédiées à la connaissance et à la démarche de préconisation des aides techniques et des aides technologiques.

La connaissance des aides techniques et technologiques et leur démarche de préconisation (évaluation des besoins de l'utilisateur en lien avec son environnement et leur apprentissage) sont directement enseignées dans des UE spécifiques. Le nombre d'heures identifiées est de 162 heures (28h pour les CM, 68h pour les TD et 66h de travail personnel), sans compter les autres UE qui intègrent leur préconisation dans les plans d'interventions des professionnels.

Ainsi, au niveau des enseignements théoriques en formation initiale, les étudiants apprennent à :

- évaluer une situation de limitation d'activité
- préconiser un environnement facilitateur (technique, humain, matériel)
- accompagner la personne vers un environnement facilitateur

Les domaines 3 (224h de formation) et 4 (837h) représentent à eux seuls **plus de la moitié du temps de formation initiale**.

Outre cet aspect technique, la mise en place d'un environnement facilitateur nécessite une démarche d'accompagnement au changement et la connaissance de l'environnement partenarial (Domaine 1 = 432h de formation)

Au total, cela représente 1493h de formation délivrée, soit près de **75% du temps de formation initiale**.

Au niveau de la formation clinique des étudiants en ergothérapie (stages), la compétence 4 acquise au cours de la formation initiale démontre la formation de l'ergothérapeute dans le processus de préconisation de l'aide technique, allant de l'évaluation du besoin de la personne, en passant par le choix, la préconisation, l'essai, l'accompagnement, l'apprentissage de l'aide technique par la personne concernée et des différents acteurs de la prise en soins de la personne, ainsi que le suivi et la réévaluation de l'efficacité de l'aide préconisée.

1.6. La qualité d'exercice

La profession d'ergothérapeute s'est organisée afin de garantir une pratique irréprochable sur le plan éthique et déontologique, évitant tout risque de conflit d'intérêt. Ainsi, l'ANFE a adopté des règles professionnelles qui précise un ensemble de comportements qui fait consensus et qui est considéré comme indispensable à l'exercice professionnel.

En parallèle, la profession s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et celles reconnues sur le plan international. L'ANFE, en tant que société savante, élabore des recommandations professionnelles qui font consensus au sein de la profession.

2. Les aides techniques

Si l'on se réfère à la norme ISO 9999 et au principe de compensation de la loi du 11 février 2005, c'est l'usage qui caractérise l'objet en tant qu'aide technique, et non l'aide technique en tant que telle.

Selon la définition proposée par la norme ISO 9999, est considéré comme aide techniques, « *tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap qu'il soit temporaire ou définitif* ».

Le CSARR (Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation) utilise le terme de "Dispositif technique de compensation"⁵ : « *Par dispositif technique de compensation, on entend : aide technique, dispositif d'aide au maintien de la posture, dispositif d'aide à l'autonomie, matériel d'aide à la vie* ».

Les aides techniques comprennent l'ensemble des aides technologiques, aides numériques et objets connectés.

Le préconisateur doit donc évaluer si l'usage de l'objet permet de compenser une incapacité afin de lever une situation de handicap. Un ordinateur, un fauteuil roulant ou bien une planche à repasser, peuvent être considérés comme des aides techniques. Cette évaluation est donc à replacer dans un contexte d'utilisation.

Toutefois, un certain nombre d'aides techniques, reconnues comme des dispositifs médicaux font l'objet d'une inscription sur la Liste des Produits et Prestations Remboursable (LPPR) de l'Assurance Maladie et ne peuvent être délivrées que sur prescription (médicale et sur délégation à certains professionnels paramédicaux).

L'objectif du dispositif technique pourra être multiple en fonction des situations :

- Améliorer la participation de la personne dans ses activités
- Faciliter l'intervention des aidants
- Prévenir les risques (chutes, perte d'emploi, perte d'autonomie, isolement social...)

⁵ Ministère des solidarités et de la santé, CSARR, Bulletin Officiel N° 2019/3 bis, Avril 2019, p55 - https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3501/csarr_fascicule_special_2019_3_bis.pdf

Une aide technique bien intégrée, c'est :

- Une bonne adéquation entre la personne, ses habitudes de vie (incluant les occupations de la personne) et son environnement
- Un respect du projet de vie de l'utilisateur et de ses occupations
- Une réponse à un besoin précis de la personne et de l'entourage
- Une réponse aux critères de fiabilité, de sécurité, d'autonomie, de facilité d'utilisation, d'esthétisme et d'évolution, et une intégration par l'entourage (famille, aide-ménagère, auxiliaire de vie, ...)

Une aide technique non intégrée, c'est :

- Un abandon
- Une mise en danger de l'utilisateur et de son entourage
- Un coût inutile

3. Ergothérapie et aides techniques

3.1. Les ergothérapeutes : experts reconnus dans le processus d'acquisition des aides techniques – éléments de données probantes

La préconisation des aides techniques fait partie de la pratique des ergothérapeutes depuis toujours pour améliorer la performance occupationnelle des patients (Ivanoff et al., 2006). Dans sa démarche de préconisation, l'ergothérapeute s'appuie sur des outils internationaux standardisés pour réaliser les évaluations de la personne, de son environnement et de ses occupations (Bernd et al., 2009).

L'accès aux aides techniques est identifié comme un facteur important d'égalité des chances. Le constat actuel met en évidence de réels besoins, des demandes nombreuses et dans des domaines variés afin de répondre aux situations de la vie, mais il fait également apparaître leur sous-utilisation, le manque de connaissance des utilisateurs et des professionnels à leur sujet, un taux important de non-observance dans leur utilisation et un manque de compétence de nombreux professionnels impliqués aujourd'hui dans les programmes de compensation du handicap. L'ergothérapeute est clairement identifié par les experts du secteur 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 »* (AFM, CNSA, FCE, HAS, 2007). 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 CNAM 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. De même, le rapport de l'Audition publique sur les Aides Techniques (AFM, CNSA, FCE, HAS, 2007) note également *« le besoin d'embauche de professionnels qualifiés, ergothérapeutes notamment »* au sein des structures impliquées dans la compensation des situations de handicap (Maisons départementales des personnes handicapées, équipes pluridisciplinaires médico-sociales pour l'évaluation de 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 technologiques⁶ dénonce une méconnaissance de l'apport des ergothérapeutes et propose que leur rôle soit davantage affirmé dans le processus d'attribution des aides techniques.

⁶ Rapport n° 462 (2007-2008) - 10 juillet 2008

De nombreux éléments de pratique probante justifient les compétences des ergothérapeutes dans la prescription des aides techniques. Les modifications environnementales et les indications d'aides techniques sont une partie essentielle du rôle des ergothérapeutes. Elles consistent en une analyse intégrée de l'interaction entre les déficiences des personnes, leurs habitudes de vie et leur environnement afin de proposer des modifications environnementales, des aides techniques, des assistances technologiques permettant de réduire la dépendance et garantir la sécurité en milieu ordinaire de vie. L'ergothérapeute assure l'entraînement à leur utilisation pour garantir l'appropriation et la sécurité (Cumming, 2001).

Ainsi, de nombreuses études démontrent l'efficacité des interventions environnementales des ergothérapeutes dans divers domaines de handicap (Loomis, 1965 ; Nygard, 2004), que ce soit pour préparer une sortie d'hospitalisation (Clark, 1998 ; Gliberston, 2000) ou favoriser le maintien à domicile (Lannin, 2007). Une étude Australienne auprès de 530 personnes âgées a démontré que les conseils en aménagements de l'environnement réalisés par un ergothérapeute pouvaient prévenir les chutes de sujets à risque (Cumming et al., 1999). Une étude randomisée montre des bénéfices en termes de diminution de la perte d'autonomie de personnes âgées hospitalisées pour chute ayant bénéficié de modifications du domicile par un ergothérapeute (Pardessus, 2002). Des résultats similaires sont obtenus par Logan auprès de sujet accidentés vasculaires qui démontre une amélioration de la mobilité des patients ayant bénéficiés d'aménagements du domicile par un ergothérapeute (Logan, 2004).

Généralement, l'action sur l'environnement de l'ergothérapeute est associée à une action auprès de la personne et de ses aidants et démontre chez le sujet dément en particulier, une amélioration de ses capacités instrumentales (IADL). Les troubles praxiques sévères et les modifications des schémas moteurs sont présents plus tardivement dans la maladie d'Alzheimer, ils précipitent la perte d'autonomie physique. L'intervention ergothérapique est alors axée sur le maintien des capacités d'autonomie de transfert, elle nécessite l'intégration d'aides techniques spécifiques permettant un maintien des capacités physiques du sujet et une diminution de la charge de travail des aidants (Gitlin, 2001). Une étude prospective et randomisée conduite aux USA auprès de 104 personnes âgées fragiles vivant au domicile a évalué les effets à 18 mois d'une intervention consistant à délivrer des aides techniques en fonction des résultats d'une évaluation des capacités fonctionnelles et de l'habitat. Par rapport aux sujets témoins, les personnes âgées ayant bénéficié de l'intervention ont un déclin moindre de leurs capacités fonctionnelles, une augmentation moins importante de leur douleur et des dépenses moindres en matière de soins institutionnels, de soins infirmiers et d'aides humaines au domicile (Mann et al., 1999) : « *des reconnaissances réciproques des évaluations entre partenaires permettront un recours plus économe aux compétences en ergothérapie et une limitation du coût de gestion des prestations* ».

Le rapport de l'IGAS « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes handicapées »⁷ met en avant les compétences des ergothérapeutes dans ce domaine et identifie avec pertinence notre rôle et nos responsabilités dans ce processus d'acquisition des aides techniques mais aussi resitue les différents intervenants (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux...) quant à leurs compétences respectives. Selon ce même rapport, « *les ergothérapeutes sont les professionnels les plus compétents en matière d'aides techniques, bien plus que les médecins dont le programme d'études aborde très peu ce sujet* » (p40). La mission identifie 49 propositions. Celles-ci s'inscrivent complètement dans les propositions actuelles soulignées dans la Stratégie de Santé et les ambitions d'un futur plan sur le vieillissement de la population : développement des parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé, maisons de santé, accès homogènes aux professionnels de santé... **Ces éléments ancrent définitivement les ergothérapeutes dans la démarche d'acquisition des aides techniques et légitiment leur compétence de prescription.**

La contribution de l'APF France Handicap dans le cadre du groupe de travail aides techniques de la conférence nationale du handicap 2019 (juin 2019) rappelle que la préconisation des aides techniques relève de la compétence des ergothérapeutes et demande « *la prise en charge des actes d'ergothérapie dans le cadre de l'évaluation, des essais comparatifs, de la préconisation, du suivi de mise en service des aides techniques en lien avec le numérique* », ainsi que les ergothérapeutes « *bénéficient d'une habilitation à prescrire les aides techniques* ».

Dans le rapport « Monographies des 10 projets de l'appel à projets Économie circulaire des aides techniques » (CNSA, ALCIMED, 2019)⁸, l'intervention de l'ergothérapeute en amont et en aval de la préconisation d'aide technique est identifiée comme un facteur de succès du projet. A contrario, l'absence d'ergothérapeute dans le dispositif est un frein qui doit être comblé. Ce même rapport indique qu'à l'étranger, les ergothérapeutes (Occupational Therapists) sont toujours identifiés comme professionnel de santé spécialisé dans l'évaluation, la préconisation, voire prescription des aides techniques, dans l'installation et dans l'aide à la prise en main (CNSA, ALCIMED, 2019).

Les ergothérapeutes sont les seuls professionnels de santé qui interviennent sur le contenu médical dans la formation des prestataires de services et distributeurs de matériel, telle que dispensée par le CERAH⁹ (Ministère des Armées).

⁷ Rapport IGAS, « Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées », avril 2013 - http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-033P_-_DEF.pdf

⁸ <https://www.cnsa.fr/modes-innovants-de-mise-a-disposition-daides-techniques-evaluation-modelisation-et-reperes-juridiques>

⁹ <https://cerahtec.invalides.fr/doc/pr002.pdf>

Enfin, la HAS a recours systématiquement aux ergothérapeutes comme experts dans toutes les commissions de la CNEDIMTS (réforme sur les aides techniques aux transferts, VPH, aides techniques à la posture, prévention des escarres etc...) depuis de nombreuses années.

3.2. Démarche d'acquisition d'une aide technique

La démarche nécessaire l'acquisition d'une aide technique implique un certain nombre d'étapes où la compétence de professionnels qualifiés est requise :

- 1) Veille technologique
- 2) Analyse de la demande, des besoins, des activités (occupations) nécessitant une compensation pour être réalisées, de la situation de handicap et du contexte de la personne (environnement et entourage)
- 3) Recherche de la solution (avec des essais en situation écologique)
- 4) Préconisation/prescription
- 5) Financement
- 6) Livraison et adaptations
- 7) Apprentissage et entraînement de la personne concernée et des aidants familiaux et professionnels
- 8) Suivi et contrôle en termes de sécurité et de réponse aux besoins

L'ergothérapeute peut intervenir à chacune de ces étapes et est le seul professionnel compétent qui maîtrise chacune d'entre elles. La valeur ajoutée de l'intervention de l'ergothérapeute est qu'il s'inscrit dans une démarche centrée sur les occupations de la personne. Pour que celle-ci puisse réaliser ses occupations, l'aide technique n'étant qu'un moyen parmi d'autres (rééducation, aménagement de l'environnement, aides humaines, aides animalières...).

L'aide technique, pour être utilisée et performante, doit faire partie d'une démarche d'évaluation, de conseil et d'accompagnement. En effet de nombreux « kits » sont prescrits lors de sortie d'hospitalisation et aboutissent bien souvent à une non-utilisation car le prescripteur a omis d'évaluer le contexte de vie, la personnalisation des solutions proposées et l'accompagnement est inexistant. Il est donc absolument nécessaire d'avoir une préconisation adaptée à chaque situation. A titre d'exemple, les sièges coquilles, particulièrement appréciés dans certaines structures, limitent totalement l'autonomie de la personne, puisqu'elle ne peut en sortir seule ; un cadre de marche qui ne passe pas un encadrement de porte ne sera pas utilisé.

Le choix d'une aide technique repose donc sur une étude des besoins de la personne et de l'entourage familial et professionnel afin de définir des priorités liées à la particularité de chacun.

L'ergothérapeute participe également à la conception et à la fabrication des aides techniques. Cela est notamment rendu possible grâce à l'émergence des technologies d'impression 3D. Les expériences les plus abouties dans ce domaine associent systématiquement, à minima, les compétences des ergothérapeutes et celles des personnes en situation de handicap, futurs utilisateurs, qui apportent l'expertise de leur situation, de leurs besoins et des usages attendus de l'aide technique.

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 existants 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 monte 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 usage/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).

Les ergothérapeutes ne sont pas assez présents dans le réseau à la suite d'un aménagement ou de l'acquisition d'une aide technique. Le plus souvent la mission des ergothérapeutes s'arrête à la préconisation voir au suivi des travaux dans le meilleur des cas, alors qu'il serait très utile de posséder un relais sur le terrain (via des ergothérapeutes en libéral, en SSIAD, en HAD, en SAMSAH, en SAVS...) pour optimiser le travail de préconisation, en évitant les abandons et en enseignant leur utilisation à la personne et son entourage. Ce n'est pas le tout d'acheter un véhicule adapté avec de nombreuses options si l'utilisateur est incapable de les faire fonctionner.

Bibliographie

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

Bernd, T., Van Der Pijl, D., & De Witte, L. P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(3), 146-158. <https://doi.org/10.1080/11038120802449362>

Cambois, E., Robine, J.M. (2003). Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES, n° 261.

Clark, H. (1998). Equipped for going home from hospital. *Health care later life*, 3(1), 35-45.

Cumming, R.G., (2001). Adhérence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*, 55(6), 641-8.

Cumming, R.G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G., O'Neill E., Westbury C. et al. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards : A randomized trial of falls prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, pp. 1397-1402.

Dubois, B. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Paris, De Boeck Supérieur.

Gilbertson, L., (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital : randomised controlled trial. *BMJ*, pp. 320, 603-6.

Gitlin, L.N. (2001). A randomised control trial of a home environmental intervention : effect on efficacy and upset in caregivers and daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41(1), pp. 4-14.

Ivanoff, S. D., Iwarsson, S., & Sonn, U. (2006). Occupational therapy research on assistive technology and physical environmental issues : A literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 73(2), 109-119. <https://doi.org/10.1177/000841740607300203>

Lannin, N.A. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Serv Res*, 14(7), pp. 42.

Logan, P.A. (2004). Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*, 330, pp. 1-4

Loomis, B. (1965). The home visit : an intergral part of occupational therapy for patients with rheumatic disease. *Am J Occup Ther*, 19(5), pp. 264-8.

Mann, W.C., Ottenbacher, K.J., Fraas, L., Tomita, M., Granger, C.V. (1999). Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care costs for the frail elderly. A randomized controlled trial. *Arch Fam Med*, 8, pp. 210-7.

Nygaard, L. (2004). Reflecting on practice : are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care. *Scand J Caring Sci*, 18(2), pp. 193-203.

Pardessus, V. (2002). Benefits of home visit for falls and autonomy in the elderly : a randomised trial study. *Am. J. Phys. Med. Rehab.*, 81(4), pp. 247-52.

Wanet-Defalque, M.-C., & Machabée, L. (2009). Les déterminants de la non-utilisation des aides techniques. 22.

CONTACT



Artisans de votre liberté

Association Nationale Française des Ergothérapeutes

64 rue Nationale - CS 41362

75214 Paris Cedex 13

01 45 84 30 97

accueil@anfe.fr

www.anfe.fr