



Ⓢ Institut de Formation en Ergothérapie

Mémoire d'initiation à la recherche

**Le partenariat Ergothérapeute – Prestataire de Services et
Distributeur de Matériels auprès du patient dans le parcours
d'acquisition d'une Aide Technique**

Anna-Louise LEFEBVRE-MOREL - E20/10

Sous la direction de Madame MEHEUST Carole

Promotion : 2020 – 2023

Année scolaire : 2022 – 2023

« Seuls, nous pouvons faire si peu ; ensemble nous pouvons faire beaucoup »

Helen Keller

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto

Remerciements

J'aimerais remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire d'initiation à la démarche de recherche.

Je remercie dans un premier temps ma directrice de mémoire, Carole MEHEUST, pour son sa disponibilité, son investissement et ses nombreux conseils qui m'ont permis de me poser les bonnes questions, et d'avancer tout au long de cette dernière année.

Je tiens également à remercier l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Rouen pour leur accompagnement durant ces trois années. Je souhaite remercier particulièrement Cécile Rasse, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de cette année.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes et les prestataires qui ont pris du temps pour répondre à mes questions, et permettre ainsi à cette recherche d'aboutir.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont été présentes pour moi durant la création de ce mémoire. Merci à ma famille qui m'a encouragé et soutenu tout du long. Et enfin, merci à mes amis, qui ont su être présents pour moi et me soutenir durant ces trois années de formation.



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ... Anna-Louise LEFEBURE-NOREL atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à ... Rouen Le ... 16/05/2023 signature

i Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ii Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

iii Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Glossaire

- AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- AT : Aides Techniques
- CIF : Classification Internationale du Fonctionnement
- CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- COFRAC : COmité FRançais d'ACréditation
- EqLAAT : Equipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques
- FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- LPP : Listes des Produits et Prestations Remboursables
- Médecin MPR : Médecin de Médecine Physique et Réadaptation
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OTIPM : Occupationnal Therapy Intervention Process Model
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- PSDM : Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- WFOT : World Federation of Occupation Therapists qui peut se traduire par Fédération mondiale des ergothérapeutes

Table des matières

Introduction	1
I. Le cadre conceptuel et théorique	4
A. L’ergothérapie : une discipline complète	4
a. Une pratique aux multiples définitions	4
b. Des pratiques centrées sur la personne et ses occupations	5
c. Des objectifs multiples pour la personne	8
d. Les activités en ergothérapie	10
B. Le revendeur de matériel médical	11
a. Le revendeur de matériel, un terme très général	11
b. Les formations et certifications	12
c. Dispositifs médicaux délivrables par les PSDM	13
d. Des obligations légales	15
C. Les aides techniques	15
a. Une définition complexe et vaste	15
b. La place de l’ergothérapeute dans la préconisation des aides techniques	16
c. La notion de cahiers des charges	19
d. Les essais d’aides techniques	19
e. Le financement des Aides Techniques	20
f. Les aides techniques sous mobilisées en France	22
g. Aparté sur la prescription des Aides Techniques	23
D. De la relation au partenariat	24
a. La relation entre l’ergothérapeute, l’usager et le prestataire	24
b. Quelle relation dans le soin ?	26
c. Un partenariat entre l’ergothérapeute et le PSDM	28
d. La spécificité du partenariat ergothérapeute – revendeur de matériel médical	29
e. L’interprofessionnalité ergothérapeute - PSDM	31
II. Problématisation et hypothèses de recherche.....	32

III.	Dispositif méthodologique.....	33
A.	Choix de la méthode.....	33
B.	Choix de l'approche	34
C.	Usager ou patient ?.....	35
D.	Population interrogée	35
E.	Techniques et outils de recueil de données.....	37
F.	Techniques d'analyse des données	39
G.	Réflexions sur l'objectivité et l'éthique du chercheur.....	40
IV.	Les entretiens	42
A.	Analyse verticale des entretiens auprès d'ergothérapeutes et de PSDM.....	42
B.	Présentation et analyse horizontale des entretiens auprès d'ergothérapeutes	42
a.	L'accompagnement et les objectifs du patient	42
b.	La particularité de l'ergothérapeute dans la préconisation.....	43
c.	L'interprofessionnalité dans la démarche d'acquisition d'une aide technique	44
d.	L'impact de ce partenariat sur l'usager	45
C.	Présentation et analyse des entretiens auprès de PSDM	46
a.	L'accompagnement et les objectifs de l'aide technique.....	46
b.	La particularité du PSDM dans la préconisation.....	47
c.	L'interprofessionnalité dans la démarche d'acquisition d'une aide technique	47
d.	L'impact de ce partenariat sur l'usager	48
D.	Comparaison des éléments des entretiens réalisés	49
V.	Discussion	51
A.	Retour sur les hypothèses de recherche.....	51
a.	Hypothèse 1	51
b.	Hypothèse 2.....	52
B.	Rencontre des données théoriques et empiriques.....	53
C.	Limites et biais de cette recherche	55
	Conclusion	57

Bibliographie..... 58

Table des matières des Annexes 70

Introduction

Selon l'ONISEP, « un ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant auprès des personnes de tous âges ou en situation de handicap, pour faciliter la réalisation de leurs activités, en tenant compte de leurs choix de vie et de leur environnement ».

Cependant, l'ergothérapie reste une vaste profession à définir. Les ergothérapeutes sont amenés à intervenir dans différents milieux (environnement médical, professionnel, éducatif et social) et auprès de différentes populations (enfants, adultes, personnes âgées, toutes présentant divers handicaps ou incapacités psychiques, physiques, cognitifs...).

L'ergothérapeute peut ainsi avoir différentes missions : prévention, éducation thérapeutique, rééducation, réadaptation, réinsertion, réhabilitation psychosociale. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap afin de mettre en œuvre différents moyens visant à réduire et compenser les limitations d'activité de la personne pour qu'elle puisse développer, restaurer et maintenir son indépendance et son autonomie au quotidien (Arrêté du 5 juillet 2010).

« Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il (l'ergothérapeute) préconise des aides techniques et des assistances technologiques, [...] et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation. » (Référentiel d'activités – Arrêté du 5 juillet 2010). Cette notion de préconisation d'aides techniques est propre à l'ergothérapeute, qui se servira de ses connaissances sur le matériel, l'environnement et la personne pour préconiser des adaptations et aides techniques correspondant à la personne et à ses besoins.

Au cours de la formation en ergothérapie, la connaissance des aides techniques est une compétence clé qui sera développée par les étudiants. Différents professionnels, ergothérapeutes notamment, sont amenés à intervenir afin de transmettre leurs connaissances sur le sujet des aides techniques et leur préconisation. Des mises en situation sont proposées aux étudiants pour leur permettre d'essayer le matériel et de comprendre en partie ce que peut ressentir une personne lors de l'utilisation de ce dispositif.

Les aides techniques sont une constante dans une majorité des parcours de soins des personnes en situation de handicap. Durant mes stages, je me suis régulièrement questionnée sur les aides techniques. En effet, ces dernières sont nombreuses et leur choix n'est pas forcément évident pour des personnes subissant une charge mentale déjà importante du fait de leur handicap. J'ai ainsi pu remarquer que le parcours de décision d'une aide technique est complexe, de nombreux facteurs doivent être pris en compte pour que l'aide technique soit adaptée à la personne et lui permette de compenser une limitation dans ses activités de vie quotidienne. Entre autres, la question financière ainsi que les dimensions de l'aide technique pour son utilisation et son stockage sont d'autres facteurs pouvant influencer le choix d'une personne.

Les aides techniques ont une importance, quelques fois primordiale, dans la vie de ces personnes notamment en termes d'indépendance et d'autonomie. Je me suis donc questionné sur le rôle de l'ergothérapeute auprès de ces personnes en situation de handicap. Il s'agit ici de s'interroger quant à la place qu'il peut avoir dans ce contexte de choix d'aides techniques.

Cependant l'ergothérapeute n'est pas le seul professionnel à intervenir dans le choix des aides techniques, le revendeur de matériel médical est également un partenaire primordial pour l'acquisition d'aides techniques. Ainsi, dans ce contexte ces deux professionnels, l'ergothérapeute et le revendeur de matériel médical, peuvent être amenés à interagir sous la forme d'un partenariat afin d'accompagner au mieux l'utilisateur

Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, nous allons donc nous interroger sur la place que l'ergothérapeute et le revendeur de matériel médical peuvent avoir dans ce contexte et l'impact que ce partenariat peut avoir sur le parcours d'acquisition d'une aide technique. L'objectif de cette initiation à la recherche est d'identifier les composantes de cette échange professionnel et d'en étudier ses impacts sur l'utilisateur pour mieux l'accompagner par la suite.

Par la suite, il a été indispensable de cibler une population afin d'affiner le sujet de cette recherche. Comme évoqué, l'ergothérapeute est amené à intervenir auprès de toutes personnes présentant une situation de handicap dans sa vie et présentant une limite de participation dans les activités de la vie quotidienne. Nous pouvons donc baser cette étude sur les personnes adultes de moins de 60 ans souffrant d'un handicap moteur (*sans autres troubles psychiques ou cognitifs*). Selon une enquête de l'INSEE en 2001, environ 12 millions de français seraient touchés par un handicap dont 850 000 ayant une mobilité réduite.

Ces personnes sont limitées du fait de leur handicap moteur dans leurs activités. En effet, bien que leur autonomie ne soit pas impactée et qu'ils ont toujours l'initiative de vouloir réaliser une action, ces personnes n'ont pas toujours les capacités fonctionnelles pour le faire même après une récupération fonctionnelle pendant la phase de rééducation. Afin de pallier ce manque ou cette absence d'indépendance, des aides matérielles (aides techniques) ou humaines peuvent s'avérer pertinentes et nécessaires.

Ces réflexions ont permis d'identifier une question de départ : **Comment le partenariat ergothérapeute-revendeur de matériel peut impacter le choix d'une Aide Technique chez un patient adulte ?**

Afin de mettre en avant les notions et concepts importants à la compréhension du sujet de ce mémoire, le cadre conceptuel et théorique sera tout d'abord présenté et détaillé. Cette explication permettra d'exposer les relations existantes entre les différents concepts. Par la suite, ces définitions permettront d'affiner la question de départ pour en dégager une problématique et des hypothèses de recherche.

I. Le cadre conceptuel et théorique

A. L'ergothérapie : une discipline complète

a. Une pratique aux multiples définitions

De nombreuses définitions existent, et sont fournis par de nombreux organismes reconnus dans le milieu professionnel.

D'un point de vue étymologique, l'ergothérapie est composée des mots grecs « ergon » et de « therapia », cela signifierait que l'ergothérapeute réalise son intervention « par l'action » (Pibarot 2013 cité par Charret 2017). Selon Charret et Samson (2017), « l'activité est le concept central de l'ergothérapie qui se fonde au départ sur le principe que l'être humain est un être d'agir et que les activités peuvent être utilisées pour améliorer la santé ».

L'arrêté du 5 juillet 2010, qui a permis la création d'un livret de compétences des ergothérapeutes, propose une définition de ce métier. « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les capacités et performances de la personne ainsi les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap de cette dernière. Il met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne. »

Cette définition est complète et permet de poser un certain cadre quant aux rôles et missions des ergothérapeutes peu importe leurs lieux d'intervention et le public auprès duquel ils interviennent. Ce cadre apporte des précisions quant aux actions pouvant être mises en place par ces professionnels et quant aux compétences nécessaires pour pratiquer leur métier. Ces compétences sont développées tout au long de la formation d'ergothérapie pour l'obtention du diplôme d'Etat afin que les étudiants puissent les acquérir et les utiliser dans leurs futures vies professionnelles.

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE, 2023), l'ergothérapeute est un "spécialiste du rapport en lien avec l'activité 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 ».

Selon le ministère de la santé et de la prévention, « l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières, et des assistances technologiques. Il propose notamment des solutions empruntées aux métiers manuels et aux gestes de la vie quotidienne et professionnelle. » (2012).

Ainsi, ces définitions du métier d'ergothérapeute sont complémentaires. D'après ces dernières, nous pouvons en conclure que l'objectif de l'ergothérapeute est de permettre au à la personne retrouver son indépendance dans ses activités que ce soit par de la rééducation, de la réadaptation, de l'aménagement de domicile ou de la préconisation d'aides techniques notamment.

L'ergothérapeute se doit de respecter un code de déontologie (OEQ – Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 2006), ce dernier indique que « l'ergothérapeute a le devoir de chercher à avoir une connaissance complète des faits avant de donner un avis ou un conseil. L'ergothérapeute a aussi la responsabilité d'assurer la sécurité et l'intégrité de ses clients », ici le terme client désigne la personne prise en soin. Ainsi, en transposant cela à la préconisation d'aides techniques, l'ergothérapeute se devra de connaître la personne qu'il accompagne, ses capacités et difficultés, mais aussi ses habitudes de vie et son environnement.

b. Des pratiques centrées sur la personne et ses occupations

L'ergothérapeute une pratique centrée sur la personne, ils évaluent et interviennent sur les nombreuses sphères composant le quotidien du patient, ses habitudes de vie, ses environnements. Ces facteurs « peuvent aider ou au contraire restreindre la participation sociale de la personne. C'est pourquoi la pratique de l'ergothérapie se focalise sur le soutien nécessaire aux individus pour qu'ils puissent changer des aspects de leur personne, de leurs occupations ou de leur environnement » (WFOT, 2015). Et c'est à partir de ces constats que l'ergothérapeute pourra, en lien avec le patient, préconiser des aménagements d'environnements, d'aides techniques et conseiller, accompagner le patient dans sa recherche de stratégies permettant la réalisation de l'activité.

La pratique ergothérapique se base sur des concepts qui ont évolué depuis le début du XXème siècle, suivant la mouvance de différents paradigmes.

Selon Kielhofner (2009, cité par Meyer 2013), le premier paradigme « de l'occupation » (début du XXème siècle) repose sur l'activité comme moyen thérapeutique afin de développer des compétences. Le second paradigme « mécaniste » (milieu du XXème siècle) repose sur le positivisme et la légitimation de la pratique ergothérapique dans le domaine médical. L'activité serait un moyen afin de permettre l'amélioration des composantes internes de la personne. Le troisième paradigme dit « contemporain » (fin du XXème siècle) prend en compte les activités signifiantes / significatives de la personne. Il faut comprendre par signifiantes, des activités ayant du sens pour l'individu et par significatives des activités ayant du sens pour la société et l'entourage de l'individu.

L'activité serait alors un objectif de l'accompagnement en ergothérapie. Ce paradigme est fondé sur la personne et également sur ses activités.

Aussi, le processus d'intervention en ergothérapie tend à se baser sur une approche dite « Top-Down » faisant ainsi une différence avec l'approche « Bottom-up » régulièrement utilisé dans le domaine médical.

L'approche Bottom-Up était traditionnellement utilisée dans la pratique de l'ergothérapie. Selon Brown et Chi-Xen (2010) cette approche se focalise sur la structure corporelle et les déficiences de la CIF, elle ne se centre pas sur des activités ayant une signification pour la personne mais sur ses capacités. L'approche Top-Down, quant à elle, se fonde plutôt sur une vision globale de la personne et se concentre sur sa participation dans ses activités afin de permettre d'identifier les occupations importantes et pertinentes pour la personne. Cette approche se focalise sur les activités et les niveaux de participation de la CIF.

L'approche Top-Down est plutôt recommandée dans la pratique ergothérapique afin de proposer une pratique centrée sur la personne et ses occupations, cette approche faisant donc écho au troisième paradigme évoqué ci-dessus. Hocking (2001, cité par Brown et Chi-Xen en 2010) explique que l'utilisation d'une approche Top-Down permet d'apporter de la légitimité à la pratique et de favoriser la création d'une identité professionnelle.

Il n'existe pas d'obligation d'utiliser l'approche Top-Down. Peu importe l'approche utilisée, Chi-Xen et Brown insistent sur l'importance de connaître les approches et d'être conscients de leurs implications. Ainsi, les ergothérapeutes décident selon le contexte de l'approche la plus appropriée.

En s'appuyant sur cette approche, Anne Fisher a développé un modèle intitulé l'OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model en 1998 (cf. annexe 1). Selon son auteure (1998), ce modèle conceptualise ce qui « constitue la singularité de l'intervention en ergothérapie en considérant l'important pouvoir de l'occupation en tant que principe thérapeutique ».

L'OTIPM se base sur l'utilisateur en tant qu'individu occupationnel et en se servant de l'occupation comme moyen d'intervention de la pratique en ergothérapie. Ce modèle est utilisé pour cibler les déséquilibres occupationnels d'une personne afin que ces derniers soient au centre de l'accompagnement. Il s'inscrit donc dans une approche Top-Down où les restrictions de participation occupationnelle sont au centre de la prise en charge et non pas les limitations fonctionnelles liées à une situation de handicap. L'OTIPM est donc un modèle conceptuel centré sur la personne, ses occupations et ses souhaits. Son utilisation permet ainsi de focaliser l'accompagnement de l'ergothérapeute sur des objectifs d'indépendance dans les occupations du patient et exprimé par le patient et non pas sur l'amélioration des capacités fonctionnelles de la personne.

Le modèle OTIPM se compose de trois phases d'intervention (cf. annexe 1). Tout d'abord, une première phase d'évaluation et d'établissement des objectifs, puis une phase d'intervention et pour finir une phase de réévaluation.

La phase d'évaluation va ainsi permettre d'établir le contexte de la personne et ainsi définir ses points forts et ses difficultés actuelles qui se ressentent dans son quotidien. Puis, l'ergothérapeute pourra ensuite évaluer la performance de l'utilisateur, afin de définir avec elle des objectifs axés sur ses occupations.

Une fois les objectifs de l'accompagnement défini, l'ergothérapeute et l'utilisateur définiront les causes entraînant les difficultés précédemment cités, permettant ainsi de commencer la phase d'intervention. Cette phase peut être composée de différentes étapes selon les besoins et les objectifs de la personne. En effet, comme illustré sur le schéma de l'OTIPM, la phase d'intervention peut consister à « sélectionner le modèle de compensation » comme une aide technique. Une fois la compensation définie, un processus devra être planifié et mis en œuvre afin de permettre la sélection de l'aide technique la plus adaptée pour compenser l'altération de la réalisation des activités de la personne.

Lorsque l'intervention touche à sa fin, ce modèle propose une phase de réévaluation. Cette phase permettrait ainsi d'identifier si les objectifs fixés en début d'accompagnement ont été atteints. Si ce n'est pas le cas, il est ainsi possible de redéfinir des objectifs de prise en soin ou de modifier les moyens qui ont pu être mis en place jusqu'à l'atteinte des objectifs.

c. Des objectifs multiples pour la personne

Dans le cadre d'un accompagnement en soin, des objectifs de prise en charge sont généralement définis comme évoqué dans le modèle de l'OTIPM d'Anne Fisher. Selon le dictionnaire Larousse, un objectif est « un but, une cible que quelque chose [ou quelqu'un] doit atteindre ».

En ergothérapie, toute intervention est constituée d'un plan d'intervention. Selon l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ, 2019), il se compose entre autres « d'un ou plusieurs objectifs généraux, d'un ou plusieurs objectifs spécifiques ».

Les objectifs généraux sont « formulés de façon à favoriser la qualité de vie et l'autonomie du client ou de la population cible dans ses habitudes de vie ; ils sont étroitement liés à ses demandes et compatibles avec son système de valeurs, ses atteintes et ses priorités » (OEQ, 2019).

Les objectifs spécifiques sont observables et mesurables, ils découlent d'un objectif général. Un objectif spécifique permet l'atteinte d'un objectif général, il doit être « cohérent avec le résultat de l'évaluation et de son analyse ainsi qu'avec les attentes du client. Il cible l'occupation ou les rôles sociaux, plutôt que les facteurs personnels (aptitudes, capacités, dimensions) et est clair et précis (il décrit le comportement du client à adopter, les conditions qui y sont rattachées le cas échéant et le niveau de performance. » Un objectif spécifique sera gradué mettant ainsi en évidence les changements pouvant se produire chez l'utilisateur au cours de la prise en charge (OEQ, 2019).

Nous pouvons ainsi proposer un exemple d'objectif général et spécifiques afin d'illustrer ce principe :

- Objectif général : Réaliser un plat pour le déjeuner
- Objectifs spécifiques : Être capable d'éplucher un légume et de couper la viande.

Les objectifs spécifiques permettent ainsi de mettre en places divers moyens focalisés sur l'indépendance de la personne. En effet, l'ergothérapeute intervient auprès de populations présentant une restriction de participation dans leurs activités, celles-ci dues à un manque ou une absence d'autonomie et/ou d'indépendance. L'altération d'une fonction peut donc entraîner une limitation de l'autonomie et / ou de l'indépendance d'une personne se répercutant sur ses activités. Il convient donc de différencier ces deux concepts à la fois différents et similaires.

De manière plus générale, une aide technique peut permettre d'atteindre de nombreux objectifs. Elles peuvent ainsi favoriser le maintien de l'indépendance ou encore diminuer les performances physiques de l'aidant lors des transferts.

Le dictionnaire de l'Académie Française, cité par N. Warchol en 2012, indique qu' « une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée ». Cette définition se rapproche du sens étymologique des mots grecs « auto » et « nomos » signifiant soi-même et la loi (N. Warchol, 2012) . Littéralement, le mot autonomie pourrait signifier « se gouverner par sa propre loi » (N. Turlan, 97). L'autonomie est une notion clé pour les ergothérapeutes, et c'est une capacité importante à développer et obtenir pour un patient.

Quant à l'indépendance, elle est « un niveau de satisfaction des besoins de la personne qui adopte, en fonction de son état des comportements appropriés ou qui accomplit elle-même des actions sans l'aide d'autrui » (Henderson, 2014).

Selon ces définitions, l'autonomie se référerait à soi, à la capacité de prendre une décision et de vouloir initier une action sans pour autant avoir la possibilité fonctionnelle de réaliser cette dernière. L'indépendance elle, correspondrait à la capacité fonctionnelle de réaliser l'action. Ainsi bien que complémentaires, ces deux notions sont pour autant dissociables. Une personne peut être autonome sans être indépendante et vice-versa.

La préconisation d'aides techniques a pour objectif de compenser un manque ou une absence d'autonomie et/ou d'indépendance.

L'ergothérapeute se base sur toutes les composantes de la vie d'une personne afin d'identifier avec lui les impacts que son handicap a sur ses activités de vie quotidienne, un manque ou une absence d'indépendance peut impacter la vie quotidienne et les occupations d'une personne,

Les personnes touchées par le handicap sont les principales concernées par une perte d'indépendance. Selon la nouvelle définition donnée par la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

d. Les activités en ergothérapie

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) indique que « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé ». L'activité humaine serait un « ensemble de processus par et dans lesquels est engagé un être vivant, notamment un sujet humain, individuel ou collectif, dans ses rapports avec son environnement (physique, social et/ou mental) ». C'est à travers ses activités qu'une personne se construit et évolue tout au long de sa vie. Elles permettent de lui apporter un équilibre dans son quotidien et sont essentielles. Selon cet article (OEQ, 2021), il existe plusieurs types d'activités : professionnelle, de loisirs, sportives, de soins personnels et ces activités peuvent être impactés lorsque survient une situation de handicap impactant l'indépendance de la personne. L'indépendance est une composante importante dans les activités de la vie quotidienne, ce sont les activités élémentaires de la vie et qui seraient réalisés de manière régulière par la personne. Le code de l'action sociale et des familles indiquent que dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap, il existe vingt activités de la vie quotidienne, elles seront présentées en Annexe (cf. annexe 2). Ces activités peuvent avoir ou non avoir un sens, pour la personne et/ou la société dans laquelle il évolue. Les activités signifiantes et significatives en ergothérapie sont des concepts régulièrement évoqués en ergothérapie, ils sont inspirés du troisième paradigme et les ergothérapeutes s'appuient davantage dessus. De manière courante, les activités signifiantes sont des activités ayant du sens pour l'individu alors que les activités significatives ont du sens pour la société et l'entourage de l'individu.

Dans un ouvrage, S. Meyer (2013) s'appuie sur l'auteur C. Trombly (2008) qui a « développé les concepts d'activité intentionnelle (ayant un but) et d'activité significative. Les activités sont intentionnelles parce qu'elles permettent d'organiser le comportement dans la vie de tous les jours. [...] Les activités sont signifiantes si elles ont de l'intérêt ou de l'importance dans la vie d'une personne ». Les ergothérapeutes s'appuient fréquemment sur les activités significatives de l'utilisateur, qu'ils ont pu identifier avec lui, afin de proposer des moyens de rééducation ou de permettre d'établir des objectifs de prises en charges réalisables et ayant du sens pour l'individu.

Lors de la prise en soin, la récupération ou le maintien des capacités fonctionnelles et cognitives d'une personne ne sont pas toujours suffisants pour permettre à cette dernière d'être indépendante dans ses activités. Dans ce cas, l'ergothérapeute pourra être amené à rechercher avec la personne des moyens de compensation, comme l'apprentissage de techniques ou l'utilisation d'appareils et d'aides.

B. Le revendeur de matériel médical

a. Le revendeur de matériel, un terme très général

Pour l'acquisition d'aides techniques comme moyen de compensation, l'ergothérapeute et le patient peuvent être amenés à collaborer avec "le revendeur de matériel médical".

Cependant, le terme « revendeur de matériel » est celui principalement utilisé dans le langage courant, selon le dictionnaire Larousse (s.d.), un revendeur est une « personne qui revend un produit, une marchandise achetée ». Un revendeur de matériel médical revendrait donc des produits d'ordre médical, on peut entendre par là des dispositifs médicaux.

En réalité, le terme exact qu'il faudrait employé est : Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels. Selon l'HAS « ils (PSDM) ont pour mission de distribuer des dispositifs médicaux et des aides techniques [...] la distribution de ces matériels s'accompagne de la délivrance de prestations de nature très variée, allant de la simple livraison à domicile au télé suivi. ». Un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) indique que les pharmacies peuvent également remplir ces missions. Cette précision de l'IGAS permet donc d'élargir le terme de Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels, pouvant intervenir dans le parcours d'acquisition d'aides techniques du patient.

Selon le Code de la Santé Publique, certains matériels, tels que des dispositifs médicaux et des aides techniques, ne peuvent être délivrés que par des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel. Ces derniers se doivent d'être compétents selon un décret de l'article D5232-1.

Ainsi, selon cet article de loi, les personnels compétents seraient :

« D'une part, les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap afin de lui délivrer les matériels et services, qui ont suivi préalablement une formation dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

D'autre part, les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services, qui ont suivi préalablement une formation dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Pour la délivrance de matériel et service appartenant aux trois premières catégories définies à l'article D5232-2, ces personnels sont des professionnels de santé régis par la quatrième partie du code de la santé publique. »

Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé (2021), ces professionnels sont amenés à intervenir au domicile de la personne, sur prescription médicale avec le choix du professionnel effectué par le patient ou avec le choix du professionnel effectué par une structure extérieure comme une pharmacie d'officine ou d'une structure d'Hospitalisation A Domicile (HAD). » (HAS 2021)

Les PSDM peuvent également délivrer le dispositif directement au sein de leur magasin, avec ou sans intervention préalable auprès du patient. Leurs prestations concernent différents dispositifs médicaux et aides techniques. Ces différents produits peuvent être inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) permettant ainsi de délimiter les modalités de prise en charge et de participation financière. (HAS, 2021)

b. Les formations et certifications

Pour exercer ce métier, les professionnels se doivent d'être certifiés. Pour cela, la loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a demandé à la Haute Autorité de Santé d'« établir un référentiel des bonnes pratiques professionnelles des prestataires de service et des distributeurs de matériels² (PSDM)» [...] et « d'établir et mettre en œuvre des procédures de certification de ces professionnels » en 2021 (HAS).

Selon une note de cadrage de l'HAS (2021), « des travaux débiteront par l'élaboration de la procédure et des critères de certification avec un objectif de consultation publique sur les exigences du référentiel en février 2022. Le plan de contrôle des critères de certification sera établi puis le référentiel sera testé au cours du 1er semestre 2022. Ce calendrier vise la validation par le Collège de la procédure et du référentiel en septembre 2022. Après validation par le Collège, le référentiel sera porté devant le comité de section du COFRAC en vue de l'accréditation des organismes certificateurs ». Toutefois, nous ne disposons d'aucune information nous indiquant que la formation évoquée ci-dessus est d'actualité.

Cependant, nous pouvons nous demander quelles formations les Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel ont pu suivre pour pouvoir exercer avant 2022. L'arrêté du 23 décembre 2011 apporte de nombreuses indications quant à la « formation préparant à la fonction de prestataires de services et distributeurs de matériels ». La formation évoquée dans cet arrêté (2011) « permet l'acquisition de compétences relatives au contexte réglementaire et à l'environnement professionnel, à l'hygiène, à la sécurité et à l'intervention auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap ».

Cette formation, présentée en Annexe 3, est d'une durée variable, elle permet cependant au professionnel d'être formé à la réalisation de sa future activité et ainsi permettre de proposer à l'utilisateur un cadre sécurisé et de confiance. L'un des objectifs de cette formation est également articulé autour des différents acteurs et structures présents dans le cadre de l'accompagnement médical et paramédical de l'utilisateur, permettant ainsi d'aborder des notions d'interprofessionnalité nécessaires à la prise en soin de l'utilisateur.

c. Dispositifs médicaux délivrables par les PSDM

Les Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels peuvent donc fournir des dispositifs médicaux et / ou des aides techniques. Nous pouvons donc nous questionner quant à la différence entre ces deux termes.

Tout d'abord, le Code de la Santé publique (2022) « entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs ».

Un dispositif médical est donc un instrument destiné à l'Homme, à des fins médicales, afin d'assister certaines fonctions autrement que par des moyens pharmacologiques, immunologiques ni par métabolisme. Ces dispositifs peuvent être utilisés à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.

Ils sont nombreux et ont été classés en quatre catégories : classe I, classe IIA, classe IIB, classe III. Le classement de ces dispositifs a été réalisé selon le risque qu'ils représentent pour la santé de l'utilisateur, la classe I correspondant au risque le plus faible et la classe III au risque le plus élevé. Le ministère de la Santé et de la Prévention (2021) présente la classification des dispositifs médicaux et des exemples pour chaque classe :

- « Classe I (classe de risque la plus faible) , qui comprend par exemple les lunettes correctrices, les véhicules pour personnes handicapées, les béquilles, etc. ;
- Classe IIA (risque modéré/mesuré) , qui comprend par exemple les lentilles de contact, les appareils d'échographie, les couronnes dentaires ;
- Classe IIB (risque élevé/important) , qui comprend notamment les préservatifs, les produits de désinfection des lentilles,
- Classe III (classe de risque la plus élevée) , qui inclut par exemple les implants mammaires, les stents, les prothèses de hanche, etc. »

Cependant, les PSDM ne peuvent pas distribuer l'ensemble de ces dispositifs médicaux, ils sont limités par la loi. Selon un rapport de l'IGAS (2020), l'arrêté ministériel de 2006 et la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) indiquent que les Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels seraient concernés par « la distribution de prestations tels que des Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements. La distribution des Véhicules pour handicapés physiques de la LPPR et plus marginalement des Orthèses et Prothèses externe ainsi que des Prothèses externes non orthopédiques ».

Ces textes impliquent donc que les PSDM sont autorisés à délivrer du matériel appelé aide technique : « c'est une aide matérielle (équipement, logiciel...) qui permet aux personnes en situation de handicap ou aux personnes âgées de compenser les difficultés du quotidien. Elle facilite les déplacements, les repas, la toilette, l'habillement ou encore les soins et favorise l'autonomie. Une aide technique peut également servir et venir en appui aux aidants ou aux professionnels » (MonParcoursHandicap.fr, 2023)

Il s'agit d'une définition assez large de ce que peut être une aide technique, ce concept sera présenté en détail ultérieurement dans ce mémoire.

d. Des obligations légales

Ces prestataires sont régis par la loi, cette dernière permet de structurer les accompagnements dans le parcours d'acquisition notamment. En effet, comme les ergothérapeutes, les prestataires de services et le distributeur de matériel (PSDM) sont tenus au secret professionnel (Article D5232-8 du décret de 2005 du Code de la Santé Publique).

Selon l'article D5232-6 du décret de 2006 du Code de la Santé Publique, « le prestataire de services et le distributeur de matériels respectent le droit de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap de s'adresser au professionnel de santé de son choix. Il leur est interdit de calomnier un professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession »

De plus, leur métier implique une notion de financement nécessaire, ainsi l'article D5232-5 du décret de 2006 du Code de la Santé Publique précise qu'ils doivent prendre en charge l'utilisateur « sans discrimination et sans chercher à exploiter sa confiance en vue d'un avantage personnel ou financier.»

Ces différents textes de lois permettent de délimiter les actions du PSDM et ainsi de permettre un accompagnement centré sur la personne dans son parcours de soin.

C. Les aides techniques

a. Une définition complexe et vaste

L'ergothérapeute et le revendeur de matériel médical peuvent donc être amenés à se côtoyer pour permettre au patient de découvrir les aides techniques avant de réaliser des essais lui permettant de faire un choix.

Différents textes peuvent être cités pour définir ou circonscrire les aides techniques :

Selon la CNSA (2021), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « les aides techniques, associées aux aides humaines, contribuent à l'autonomie et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées et des personnes âgées. » Selon la norme ISO 9999 de juin 2007, une aide technique est « 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 »

De plus, selon l'article D.245-10 du CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles), les aides techniques prises en charges par la prestation de compensation du handicap (PCH) sont « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel.»

Ainsi, ces définitions semblent se compléter pour permettre de définir le champ de l'aide technique. Nous pouvons donc retenir qu'une aide technique a pour objectif de compenser un déficit afin de permettre l'indépendance de la personne dans ses activités de vie quotidienne. Elle peut être spécifique au handicap ou d'usage commun à toute personne. Par spécifique au handicap on peut entendre une planche de bain ou un fauteuil roulant. Par bien d'usage commun on peut retrouver des pommeaux de douche lumineux, ce sont des objets que nous pouvons retrouver dans les commerces habituels mais qui vont permettre de compenser certains difficultés liés à la situation de handicap de la personne. Cette précision est importante à prendre en compte notamment pour des questions de remboursements et de participations financières. En effet, la participation financière par la sécurité sociale ou la MPDH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pourra varier selon l'aide technique.

Le parcours d'acquisition d'une aide technique est complexe. Leur préconisation peut dépendre de plusieurs facteurs que le professionnel devra prendre en compte afin d'évaluer l'intérêt de l'acquisition d'une aide technique.

b. La place de l'ergothérapeute dans la préconisation des aides techniques

Selon un rapport de l'HAS (2007), il existe une différence entre l'information, le conseil, la préconisation et la prescription dans le domaine des Aides Techniques.

« L'information sur les aides techniques s'entend, sauf précision, comme une information générale (non personnalisée) sur les produits ou les ressources et les services liés »

« Le conseil nécessiterait de délibérer (avec la personne) pour agir et implique que l'information donnée pour éclairer le choix de la personne soit personnalisée, adaptée aux facteurs personnels et environnementaux de sa situation de handicap. »

« La préconisation est la synthèse formalisée d'un processus de conseil, ce qui est recommandé par le professionnel (soit à la personne, soit à un autre commanditaire). »

« La prescription est l'acte réglementaire défini pour certaines professions, et requis pour la prise en charge de certaines AT par l'assurance maladie. Elle vient soit encadrer et déclencher (en amont) une préconisation, soit la valider (a posteriori). »

Ces notions permettent ainsi de définir le cadre de la préconisation qui est évoquée tout au long du cadre conceptuel de ce mémoire.

La préconisation implique donc des recommandations de la part de l'ergothérapeute et de cela, peut résulter des essais d'aides techniques. Lorsque l'ergothérapeute désire proposer des essais d'aides techniques, il est important qu'il explique le processus à l'utilisateur et dans quel but il le propose, cette notion fait référence au consentement libre et éclairé. Selon l'article R4127-36 du Code de la Santé Publique « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. » Cet article de loi se centre principalement sur des pratiques d'ordre médical, cependant en tant que professionnel du paramédical, l'ergothérapeute est régulièrement amené à chercher le consentement du patient. Dans le cadre d'essais d'aides techniques, le consentement libre et éclairé permet tout d'abord de mettre en lien l'accompagnement de l'ergothérapeute avec les souhaits et les besoins de l'utilisateur mais également de pouvoir réaffirmer les raisons pour lesquelles sont proposées des essais d'aides techniques.

Dans le cadre du parcours de préconisation d'aides techniques, l'ergothérapeute devra tout d'abord évaluer les besoins de la personne ainsi que ses capacités et incapacités fonctionnelles afin de proposer une aide technique répondant à ses besoins et permettant de compenser la limitation de ses activités. Selon un rapport de l'HAS (2007) se concentrant sur les processus et les acteurs impliqués dans l'acquisition d'une aide technique, il existe une grande diversité de situations pouvant justifier d'un parcours de préconisation et d'acquisition.

Chaque personne est unique, du fait de leur âge, du type de handicap, de la survenue du handicap mais aussi de leurs situations sociales, leurs lieux de vies et leurs histoires personnelles. Par la suite, ce sont les situations de handicaps et les projets de la personne qui varient, ainsi que la vie sociale de la personne et ses environnements. Une situation de handicap peut donc avoir un impact sur leur vie quotidienne, familiale, scolaire et professionnelle .

Pour rappel, il a été évoqué précédemment que les situations de handicaps dépendaient des environnements de la personne, ces derniers peuvent donc être considérés comme facilitateurs ou obstacles à l'indépendance de l'utilisateur.

L'intervention de divers professionnels que ce soit dans le domaine médical, paramédical, social, technique (en y incluant des techniciens et PSDM) est également un facteur impactant le parcours de soin de l'utilisateur et par conséquent pouvant impacter le parcours de préconisation d'aides techniques. Ces différents professionnels exercent de différentes façons (ici, il est fait référence au domaine salarial ou libéral), en équipe ou non avec une initiative d'action différentes du fait que l'accompagnement soit à l'initiative de l'utilisateur ou non (le rapport évoque le terme employeurs incluant par exemple, assurances maladies, associations, états et collectivités). L'intervention de ces différents professionnels peut donc permettre de baser la prise en soin de la personne sur sa vie quotidienne, professionnelle ... Ceci, dans le but de proposer un accompagnement global permettant à la personne d'être indépendant en toute situation.

Lors de la préconisation d'aides techniques, l'ergothérapeute se doit de prêter attention à de nombreux facteurs, pouvant être des freins ou des leviers dans le cadre d'une préconisation, tels que :

- Les capacités cognitives, sensorielles et physiques de l'utilisateur
- L'acceptation du handicap, son niveau et la vision que l'utilisateur porte sur le sien
- L'âge du patient et l'expérience du patient avec son handicap
- Le projet du patient
- L'évolutivité de sa pathologie
- Les activités impactées par la dépendance de la personne
- Les environnements de la personne : famille, social afin de prendre en compte des tiers concernés et également les environnements physiques tels que l'aménagement du logement ainsi que les environnements professionnels et de loisirs
- Les informations dont l'utilisateur dispose sur son handicap, sur les aides techniques
- Les attentes de l'utilisateur par rapport à l'aide technique
- Les antécédents de la personne en matière d'aides techniques, date de la dernière prescription et satisfaction par rapport à l'aide technique actuelle
- La présence d'un tiers aidant et ses capacités
- Les moyens financiers et une éventuelle mesure de protection juridique (tutelle, ...)

Il s'agit d'une liste non exhaustive de freins et de leviers qui ont pu être évoqués à travers l'ensemble des lectures concernant ce mémoire.

c. La notion de cahiers des charges

Afin de préconiser une aide technique correspondant à l'utilisateur, ses besoins et habitudes de vie, un cahier des charges peut être établi. Cette notion de cahier des charges n'est pas propre au domaine médical, elle s'applique généralement dans le domaine du commerce lors de l'acquisition de matériel par exemple. Dans un article sur le contenu du cahier des charges de l'INRS (2021), c'est un document regroupant plusieurs points auxquels l'appareil doit répondre. Il a pour objectif de « formaliser le besoin et les bases contractuelles ». Il permet donc un échange avec le fournisseur (ici, le PSDM) qui connaît le matériel qu'il vend, et saura donc lequel peut correspondre aux attentes établies dans le cahier des charges.

Le contenu du cahier des charges pour l'acquisition d'une machine en entreprise peut inspirer l'ergothérapeute pour établir le cahier des charges d'une aide technique. Un cahier des charges peut ainsi prendre en compte l'usage qu'il sera fait de l'aide technique, la maintenance de cette dernière, la nécessité ou non d'être formé à une aide technique ... Ce document permettra ainsi de lister les objectifs auxquels une aide technique doit répondre. Le cahier des charges peut être important afin de permettre à l'ergothérapeute de proposer dans un premier temps des aides techniques qui semblent correspondre à l'utilisateur, avant de réadapter ses préconisations en fonction des besoins ou des résultats des essais d'aides techniques et/ou de l'échange avec le PSDM.

d. Les essais d'aides techniques

Lorsque le cahier des charges est établi, il peut être possible, en lien avec le Prestataire de Services et Distributeurs de Matériels de proposer des essais d'aides techniques dans l'immédiat si le matériel est à sa disposition ou à posteriori, le temps de recevoir le matériel à essayer. En effet, les essais d'une aide technique sont une des étapes de son acquisition détaillées par le site MonParcoursHandicap (Gouvernement, 2023). D'après ce site, l'idéal « d'essayer l'aide technique dans les conditions habituelles pour voir si elle correspond aux besoins y compris dans le temps. C'est un bon moyen de savoir si l'utilisateur va disposer d'un matériel vraiment adapté à sa situation » cela fait d'ailleurs écho à ce que les ergothérapeutes appellent les mises en situations écologiques. Guilhard (2013) explique que ce type de mise en situation a pour objectif de se rapprocher des conditions et des habitudes de vie de l'utilisateur, et que si elle ne peut pas être réalisée directement au domicile de l'utilisateur, l'idée étant de faire en sorte de s'en rapprocher le plus.

Il est cependant précisé (MonParcoursHandicap, 2023) qu'il « n'existe pas d'obligations pour les distributeurs de matériel pour les essais sauf dans le cas de certaines aides techniques remboursées par l'Assurance Maladie comme les fauteuils roulants électriques », ces essais peuvent être réalisés en hospitalier ou à domicile. Il peut être également nécessaire de réaliser plusieurs essais, afin de pouvoir ensuite affiner les possibilités, avec un effet d'entonnoir. Un essai en situation réelle permet ainsi de relever des avantages ou désavantages à l'utilisation de l'aides techniques qui ne sont pas apparus avant. Cela permet également de recueillir le ressenti du patient pour mieux le conseiller.

Réaliser des essais permet donc à l'utilisateur de s'assurer que l'aide technique lui correspond avant d'entamer les démarches nécessaires à son acquisition, incluant également les démarches liées au financement de cette dernière.

e. Le financement des Aides Techniques

Les aides techniques ont un coût, et l'utilisateur ne peut pas toujours se permettre d'acquérir certaines aides techniques onéreuses même si ces dernières seraient pertinentes et utiles à la personne. Le coût des aides techniques et leur financement sont donc un des facteurs que l'ergothérapeute se doit de prendre en compte. Leur coût est variable, de quelques euros pour des couverts adaptés à plusieurs milliers d'euros pour un fauteuil roulant par exemple (exemples de prix d'aides techniques obtenus sur le site Touserger.com). Pour cela, il est important de connaître les ressources financières, sa situation administrative notamment dans le cadre d'une mesure de protection ou de la présence d'un tiers responsable ... Dans le même ordre, la survenue du handicap est importante à connaître notamment parce que le financement d'aides techniques ne sera pas identique s'il y a un tiers responsable et l'intervention des assurances de ce tiers ou si une procédure judiciaire est en cours. Pour cela, l'ergothérapeute peut être amené à échanger avec un assistant social en charge du dossier du patient.

Une aide technique peut être financée de différentes façons : cela va également dépendre de si elle est inscrite sur la LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'assurance maladie. Pour cela, le patient devra disposer d'une ordonnance qui dans certains cas doit être réalisée par un médecin MPR (Médecine Physique et Réadaptation) comme pour l'acquisition d'un Fauteuil Roulant Electrique ou d'une Assise Modulaire Evolutive.

Selon l'assurance maladie (2021), ces produits sont notamment « des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques. » Les produits inscrits sur cette liste possèdent donc un code LPP permettant ainsi le remboursement partiel ou total de l'aide technique à condition que cette dernière ait été prescrite. On entend par là que si un produit disposant un code LPP n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale, alors il ne sera pas remboursable par l'assurance maladie.

Le remboursement par l'assurance maladie peut être partiel, ainsi il resterait donc un reste-à-charge plus ou moins important pour la personne. L'utilisateur peut alors financer le reste à charge par lui-même ou faire appel à d'autres sources de financements comme la mutuelle ou la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) de son département pour obtenir une participation financière si le patient est éligible en termes d'âge et de difficultés perçues.

La MDPH n'interviendra qu'après la sécurité sociale, en effet la MDPH ne peut se substituer à l'assurance maladie. Elle a « une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation des citoyens au handicap » (CNSA, 2022). L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH évaluera également les besoins de la personne handicapée afin de lui accorder les droits dont il pourrait bénéficier tels que la PCH (Prestation de Compensation du Handicap). La Prestation de Compensation du Handicap est « une aide financière destinée à compenser les frais liés à un besoin d'aide humaine, un besoin d'aides techniques, un besoin d'aménagements du logement ou du véhicule, ou des surcoûts liés aux transports, des charges spécifiques ou exceptionnelles liées au handicap, un besoin d'aide animalière » (CNSA, 2019). Si l'utilisateur est considéré éligible par l'équipe pluridisciplinaire, elle peut donc prétendre à une participation financière de la MDPH dans un ou plusieurs volets (évoqués ci-dessus).

A la suite de ces financements, un reste à charge peut encore rester notamment pour les aides techniques les plus coûteuses comme un Fauteuil Roulant Electrique dont le prix peut dépasser les 30 000€. L'utilisateur peut également faire appel à des associations (Bouchons 276, AFM Téléthon), des actions sociales dont il dépend (Caisse primaire d'assurance, mutuelles, caisse de retraite, ...). Si l'aide technique permet à la personne de se maintenir dans l'emploi avec sa situation de handicap, il peut prétendre à une aide de la part d'organismes tels que l'AGEFIPH ou la FIPHFP.

Le coût des aides techniques peut être important, leur financement est une notion essentielle à laquelle l'ergothérapeute, le PSDM et le patient devront réfléchir afin de faciliter le parcours d'acquisition. Multiplier les financements peut ainsi permettre à l'utilisateur d'acquérir l'aide technique qui lui correspond et ainsi éviter de le contraindre à acquérir un modèle moins onéreux et dans son budget.

f. Les aides techniques sous mobilisées en France

Selon l'annexe 1 de l'Arrêté du 22 juillet 2022 relatif à l'expérimentation nationale d'Equipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques (EqLAAT), «Les aides techniques sont un levier important pour l'autonomie des personnes en situation de handicap [...]. Pourtant, elles sont encore sous mobilisées en France, notamment par manque d'accompagnement des personnes dans leur projet, depuis l'évaluation jusqu'à la proposition d'un appui aux personnes, une fois l'aide technique acquise. » C'est à la suite de ce constat que la CNSA a proposé l'expérimentation des Equipes locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques afin de permettre aux usagers de pouvoir acquérir des aides techniques leur permettant un maintien ou un gain d'indépendance dans leurs activités.

Ces équipes seront à minima composés d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux afin d'accompagner de manière complète le processus d'acquisitions des aides techniques notamment en permettant la prise en compte de tous les facteurs impactant l'acquisition et en permettant ainsi la proposition de solutions.

L'objectif de ces équipes est donc de pouvoir pallier le manque d'accompagnements concernant les aides techniques et ainsi permettre « d'améliorer l'accès et la bonne adaptation des aides techniques (pertinence) pour les personnes en situation de handicaps ».

Bien que ce mémoire ne se centre pas sur le dispositif EqLAAT, il semble important de l'évoquer afin de mieux comprendre la place que peuvent avoir les aides techniques dans le système de santé en France. Lorsque l'ergothérapeute intervient en centre de rééducation, il est fréquent que son accompagnement se termine à la sortie de l'utilisateur. Ainsi, un suivi des aides techniques sur le long terme peut s'avérer compliqué ; connaître ce dispositif permet ainsi d'orienter un usager pouvant en avoir besoin.

g. Aperté sur la prescription des Aides Techniques

Bien que nous nous concentrons que le parcours d'acquisition d'une aide technique à travers un partenariat entre l'ergothérapeute, le Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel et l'utilisateur, les concepts abordés permettent de se focaliser sur le choix et les essais de l'aide technique et donc de sa préconisation. Cependant, une aide technique préconisée pourra nécessiter une prescription pour être acquise par le patient.

Certaines aides techniques ne doivent pas bénéficier d'une prescription pour être délivrées : c'est le cas de certaines aides au repas comme des couverts adaptés et des aides à la toilette telles qu'une brosse à long manche. Cependant, même si ces dispositifs sont accessibles à tous, ils doivent être adaptés à la personne et compenser une limitation dans ses activités.

D'autres aides techniques ont cependant besoin d'être prescrites pour être acquises par le patient. Ainsi, le patient ne pourra acquérir un Fauteuil Roulant (manuel ou électrique) avec participation financière de la Sécurité Sociale à condition de posséder une prescription en ce sens. Le patient pourra toujours acquérir un fauteuil sans prescription, cependant la totalité de ce dernier sera à sa charge. Comme évoqué plus haut, certaines aides techniques bénéficient d'un parcours de préconisation particulier tels que les Fauteuils Roulant Electriques, ces derniers doivent être prescrits par un médecin de MPR : médecin de médecine physique et de réadaptation. Le Fauteuil Roulant Manuel pourra être prescrit par tout autre type de médecin.

Dans le milieu hospitalier, notamment en Soins de Suites et de Rééducation, la prescription doit être à la date de sortie de l'utilisateur. Si une aide technique est prescrite avant la sortie de l'établissement de l'utilisateur, ce sera alors à l'établissement de la financer. C'est pour cette raison que les professionnels préconisant et prescrivant une aide technique se doivent d'être vigilants.

Selon un décret d'avril 2022 (Art. 1 du décret n°2022-737) ; « dans le cadre de la réalisation d'actes professionnels d'ergothérapie prescrits par un médecin, l'ergothérapeute est habilité à prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux et aides techniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale [...]. Il informe le médecin prescripteur et, le cas échéant, avec l'accord du patient, le médecin traitant, de la prescription effectuée. Le présent article n'est pas applicable aux ergothérapeutes salariés d'un prestataire de services et distributeur de matériels ou d'un fabricant de dispositif médical. »

Les ergothérapeutes pourraient donc prescrire des aides techniques, celles ne figurant pas sur l'arrêté ministériel sont toujours prescrites par un médecin. Nous ne disposons cependant pas d'informations complémentaires permettant de justifier de l'applicabilité de ce décret à l'heure actuelle.

D. De la relation au partenariat

a. La relation entre l'ergothérapeute, l'utilisateur et le prestataire

L'utilisateur, à la suite de la survenue de son handicap, s'est alors retrouvé dans un parcours de rééducation. En effet, selon le Ministère de la santé et de la prévention, les soins de suite et de réadaptation sont chargés de 3 missions : « la rééducation d'un organe lésé en vue de sa restitution intégrale ou optimale, la réadaptation du patient pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et le recouvrement maximal des conditions de vie de ce patient avant son séjour hospitalier ». Durant les premiers jours du patient en centre de rééducation, l'ergothérapeute peut participer à la mise en place d'aides techniques à visée d'indépendance. Pour ces dernières, des essais et des choix ne sont pas nécessaires comme un système de sonnette adaptée par bouton presseur, un rebord d'assiette ... permettant ainsi au patient de gagner de l'indépendance pour certains gestes.

Ainsi, durant la phase de rééducation, l'utilisateur et l'ergothérapeute ont pu construire une relation et développer une alliance dite thérapeutique.

Sigmund Freud (1913 cité par C. Cungi, 2016) évoquait alors « l'importance d'une alliance forte entre un patient et son thérapeute » qui semble indispensable dans toutes relations de soins. Selon Cungi, lorsqu'une rencontre se produit entre un soignant (ici l'ergothérapeute) et un utilisateur, les composantes de la relation humaine sont au premier plan afin d'identifier son interlocuteur et définir le comportement à adapter avec celui-ci. L'atteinte d'un « rapport collaboratif consiste à passer de ce type relationnel, dans lequel les facteurs interindividuels sont prédominants, à un autre type dans lequel patient et soignant travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés dans la thérapie. Il s'agit d'une collaboration active, basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles ».

Pour atteindre ce rapport collaboratif et donc une alliance thérapeutique avec l'utilisateur, l'ergothérapeute devra mettre en avant des valeurs humaines telles que l'empathie, l'authenticité et la chaleur humaine notamment pour donner une composante humaine à la relation de soin.

Durant la phase de rééducation, le patient interagira avec ses proches, sa famille, ses amis ... L'ergothérapeute devra alors prendre en compte la présence de l'entourage dans son accompagnement, il doit les inclure afin de favoriser l'alliance thérapeutique avec l'utilisateur.

Une fois la relation construite durant la phase de rééducation de l'utilisateur, vient alors la phase de réadaptation / réinsertion. Cette phase permet au patient de se projeter sur sa sortie de centre de rééducation. La relation thérapeutique construite avec le patient permettra à ce dernier de se projeter sur les besoins d'aides techniques dont le patient aura besoin à sa sortie. L'ergothérapeute et le patient auront ainsi pu échanger et travailler où d'autres personnes pourront intervenir tel que le Prestataire de Service et Distributeurs de Matériels. Dans ce contexte, le PSDM revêt ainsi un rôle de partenaire dans le processus de soins et plus précisément dans le processus d'acquisition d'une aide technique.

Lorsque le PSDM est amené à intervenir dans les phases de réadaptation / réinsertion, des relations se créent à nouveau. Avec l'ergothérapeute, la relation se créera ou se continuera, en effet ces deux personnes ont pu être amenés à collaborer auparavant. Une relation avec l'utilisateur devra également se créer ou se continuer si l'utilisateur accompagné à déjà été en contact avec un PSDM. Dans le cas où le patient n'était pas en contact avec un PSDM auparavant, il devra en choisir un. L'ergothérapeute ne peut pas donner le nom d'un seul PSDM pour une question d'objectivité. Cependant, il peut fournir une liste de plusieurs PSDM au patient qui choisira le sien selon son emplacement géographique par exemple.

L'aspect relationnel de l'accompagnement est ainsi une composante nécessaire pour l'ergothérapeute et l'utilisateur. Selon Monique Formarier (2007), cette relation peut ainsi avoir plusieurs niveaux : de l'impersonnel à l'empathie. Dans le domaine médical, il y a des niveaux de relations utilisés fréquemment par les soignants notamment, tels que :

La relation de civilité est une interaction répondant à des codes culturels et sociaux. Dans le domaine du soin, elle comprend des obligations sociales telles que gentillesse, politesse, courtoisie ... Il s'agit d'une relation assez impersonnelle pouvant donc entraver la création d'un lien de confiance et donc l'alliance thérapeutique.

La relation de soins ne se résume pas à une interaction, c'est la plus fréquente dans les milieux hospitaliers puisqu'elle est centrée sur le présent, l'acte technique et le devenir immédiat du patient. Elle est de type informatif et est régulièrement utilisée pour échanger avec l'utilisateur et son entourage.

La relation d'empathie est souvent l'approche appropriée dans le domaine du soin. La base de l'empathie est l'écoute mais la personne n'écoute pas seulement ce que l'utilisateur exprime verbalement. Elle permet aussi de se concentrer sur le non-verbal de la personne, ses comportements, afin de proposer une réponse adaptée se situant entre le savoir à transmettre et ce que l'utilisateur peut recevoir.

Hartup (1988) cité par Sorsana (1999), « l'interaction se définit par des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactants projettent dans cette interaction. » Cette distinction est également évoquée par Fisher (1996, cité par Formarier 2007), « La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges ; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre ».

Il semble ainsi important de faire la différence entre interactions et relation notamment dans le cadre de la préconisation d'aides techniques où il s'agit d'avantages de relations entre les différents protagonistes que d'interactions puisque les échanges ne sont pas seulement ponctuels, ils peuvent être réguliers durant toute la prise en charge du patient. Chaque partie de cette relation peut également avoir des attentes envers les autres, que ce soient des attentes du patient envers le PSDM ou l'ergothérapeute ou du PSDM envers l'ergothérapeute

b. Quelle relation dans le soin ?

Une relation peut également avoir différents aspects, en plus des niveaux évoqués ci-dessus. Ces aspects sont essentiels afin d'adapter son comportement à la personne en face de soi. Dans le cadre d'une relation professionnelle, nous pouvons en citer deux principales : la relation conflictuelle, et la relation coopérative.

Tout d'abord, nous évoquerons une relation considérée conflictuelle. Selon Edmond Marc et Dominique Picard, psychologues, (2015), le conflit fait partie des formes « normales » de la relation. Beaucoup de composantes participent à la création de conflits tels que « la divergence d'intérêts, de points de vue ou d'opinions ; la défense identitaire, territoriale ou éthique ; le désir de pouvoir, ou de possession... ». Dans cet article, le conflit est décrit comme normal voire utile. Les personnes adaptent différents mécanismes face au conflit, certains vont chercher à le fuir puisqu'il génère des affects négatifs alors que d'autres s'y installent durablement générant par la suite d'autres conflits qui vont au fur et à mesure s'autoentretenir.

Par la suite, nous évoquerons une relation considérée coopérative. Selon D.J. Hruschka et J.B. Silk, psychologues, (2017), « les relations de coopération découlent d'une histoire d'interactions mutuellement bénéfiques entre les individus ». Ces auteurs distinguent la coopération et la relation de coopération ; la coopération peut conférer des avantages mais expose à un risque d'exploitation de la part de partenaires alors que la relation de coopération est un mécanisme limitant l'apparition du risque d'exploitation et augmentant la possibilité d'interactions bénéfiques pour la personne, augmentant ainsi l'efficacité de l'interaction avec l'autre.

Dans le cadre d'un processus d'acquisition d'aides techniques, l'ergothérapeute est à la recherche d'une relation coopérative avec l'utilisateur et le PSDM, cette relation prendra la forme d'un partenariat.

Une relation humaine a différentes facettes, et cela varie d'une relation à l'autre. Dans un contexte de préconisation d'aides techniques, diverses relations sont possibles :

- Entre l'ergothérapeute et le PSDM
- Entre l'ergothérapeute et l'utilisateur
- Entre l'utilisateur et le PSDM
- Entre l'ergothérapeute, l'utilisateur et le PSDM

La présence de l'aidant est également importante dans le cadre de ces relations, il peut avoir un rôle actif ou passif selon la situation et peut être en relation avec chacun des protagonistes impliqués dans la préconisation.

Toutes ces relations peuvent donc revêtir les différents aspects et formes évoqués plus tôt, la relation qu'entretiendra l'utilisateur avec l'ergothérapeute ne sera pas la même que celle entretenue avec le PSDM. L'ergothérapeute et le PSDM sont tous deux des professionnels dans cette relation et devront donc disposer d'une certaine objectivité pour permettre l'accompagnement de l'utilisateur de manière sécurisée (sécurité psychique notamment). Cette objectivité permettra ainsi à l'ergothérapeute de rester neutre dans la relation et n'influencera pas le patient qui est acteur de l'acquisition de son aide technique. Cependant, ici, nous développerons davantage la relation entre le PSDM et l'ergothérapeute.

c. Un partenariat entre l'ergothérapeute et le PSDM

Selon le dictionnaire Larousse, un partenariat est « un système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations d'étroite collaboration ». Il s'agit d'une notion vaste dont les définitions dans les articles le sont toutes aussi. Selon Carine Maraquin, psychologue (2015), le partenariat n'est pas un concept, c'est un « modèle de relation dont les éléments les plus souvent admis sont les suivants :

- association, exercice, jeu,
- entre plusieurs parties (personnes ou institutions),
- sur la base d'une négociation,
- dans un (ou des) objectif(s) commun(s),
- chacun à égalité (de droit, de pouvoir),
- chacun avec ses caractéristiques propres (et non pas avec des caractéristiques identiques),
- elles établissent un contrat,
- qui définit les modalités de leur engagement (méthode, règles...)

Selon Jean-Marie Bouchard (2006) : « Le partenariat exige dès lors la reconnaissance des compétences de l'autre, et repose sur le partage de décisions. Il s'accompagne d'actions de coopération, ainsi que d'opérations favorisant l'exercice du consensus dans nombre d'applications pratiques. » Ici, cela implique une notion de compétences, propre à chaque personne impliquée dans ce partenariat mais également par rapport à l'utilisateur. En effet, le patient est le principal concerné par une aide technique et son utilisation, ce dernier doit être le décisionnaire élémentaire lors du choix d'une aide technique (si cela est

possible). Le patient est une composante tout aussi importante que les partenaires, ergothérapeutes et revendeurs, dans les essais et le choix de l'aide technique.

Landry (1994, cité par Tremblay 2003) en donne également une définition : « Finalement, dans sa forme la plus accomplie et de façon générale, nous avançons que le partenariat résulte d'une entente entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives. » Cette définition fait écho à celle de Jean-Marie Bouchard.

Cependant, les définitions proposées par Bouchard et Landry ne sont pas spécifiques au domaine de soins. Dans le cadre d'un parcours d'acquisition d'une aide technique, nous pouvons également prendre en compte la définition du partenariat selon la Commission de terminologie et de néologie du ministère social (Ministère de l'emploi et de la solidarité cité par le Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales en 2010), qui va ainsi préciser celle précédemment citées. En effet, le partenariat est décrit comme la « coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes (financement, personnel...) permet de réaliser un projet commun ». Ainsi, cette définition implique qu'une relation entre un ergothérapeute, un Prestataire de Services et Distributeurs de Matériel pourrait être considérée comme une relation de partenariat.

Toutes ces définitions proposées font écho d'une relation entre plusieurs partenaires ayant chacun des compétences distinctes mises en commun dans le but de répondre à un objectif spécifique, et ces définitions permettent de considérer la relation entre l'ergothérapeute et le PSDM comme un partenariat construit dans l'intérêt de l'utilisateur.

d. La spécificité du partenariat ergothérapeute – revendeur de matériel médical

Dans le cadre d'une relation entre l'ergothérapeute et le Prestataire de Services et Distributeurs de Matériels, une démarche professionnelle s'instaure, nous pouvons cependant nous questionner quant à la nature de cette dernière. En effet, « l'ergothérapie est, dit-on, inscrite dans la pluri, multi, poly, l'inter, la trans professionnalité, et non disciplinarité, car l'ergothérapie est une profession et non une discipline médicale » (JP Guihard, 2013).

J.P. Guilhard (1999) envisage « le pluriprofessionnel comme la mise en commun de différentes spécialités, chacune gardant sa spécificité, ses compétences », permettant ainsi de construire des objectifs. « La pluriprofessionnalité garantie l'identité professionnelle car elle cloisonne, protège chacune d'elle. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques, modifiant son environnement par rapport aux objectifs fixés ce qui place les professionnels comme étant juxtaposés, c'est-à-dire, les uns à côté des autres, dans un contexte de groupe secondaire ». Cet auteur propose d'ailleurs un schéma permettant de visualiser le concept de la pluriprofessionnalité :

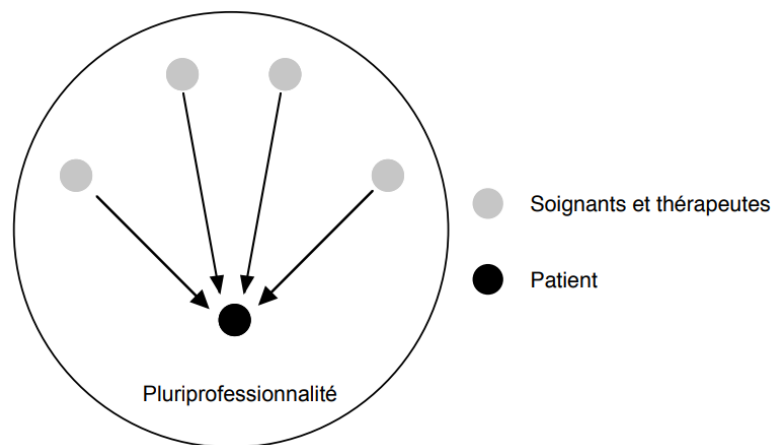


Schéma de la pluriprofessionnalité par J.P. Guilhard (1999)

Ainsi, la pluriprofessionnalité impliquerait un partenariat entre les différents professionnels permettant une approche globale sans synthèse de la situation ou unité dans l'accompagnement de l'utilisateur.

L'interprofessionnalité est, selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), ce qui est « commun à plusieurs professions, à toutes les professions ou à l'ensemble des branches d'une activité ». Selon Anna Tahou (2019), « la notion d'interprofessionnalité va au-delà de la coopération ». C'est « un des piliers qui contribuent à l'aide et l'amélioration des soins », la participation collective de différents professionnels permet ainsi d'accompagner l'utilisateur de manière collective. Les échanges entre divers collaborateurs mettent en avant des champs de compétences différents mais complémentaires. J-P Guilhard (2013) apporte des précisions sur l'interprofessionnalité, « c'est la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions, cette entité n'étant pas formellement existante mais transcendante des différences et des modalités. »

Comme pour la pluriprofessionnalité, l'auteur propose un schéma permettant de visualiser ce que peut être l'interprofessionnalité :

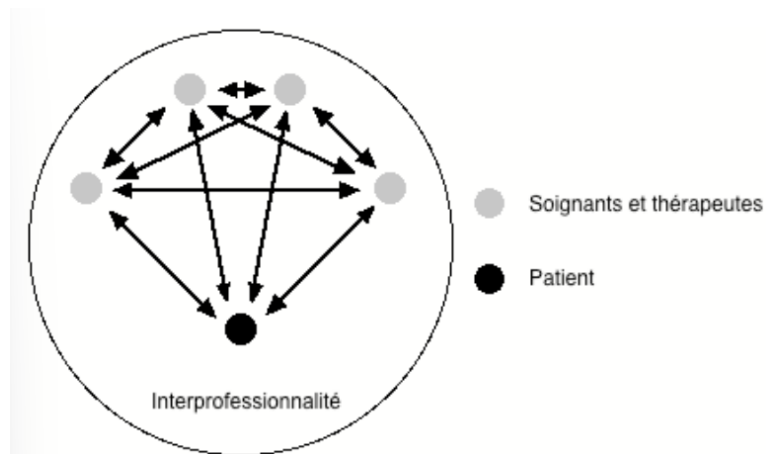


Schéma de l'interprofessionnalité par J.P. Guilhard (1999)

Ainsi, l'interprofessionnalité impliquerait donc un partenariat composé d'interactions entre les différents professionnels permettant ainsi une approche globale et unitaire centrée sur l'utilisateur.

Ces définitions de la pluriprofessionnalité et l'interprofessionnalité permettent de comprendre que le partenariat évoqué entre l'ergothérapeute et le PSDM relève davantage d'une interprofessionnalité.

e. L'interprofessionnalité ergothérapeute - PSDM

L'interprofessionnalité entre un ergothérapeute et un PSDM est régit par certains textes de loi afin de proposer un cadre. En effet, selon l'article D5232-7 (décret de 2006 du Code de la Santé publique), « Les prestataires de services et distributeurs de matériels agissent en toutes circonstances dans l'intérêt de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap. Ils respectent sa dignité et son intimité et celles de sa famille. Ils respectent les choix de cette personne et de son entourage. ». Cependant, bien que cet article ait pour objectif de permettre aux PSDM d'agir dans le respect et l'intérêt du patient, un autre article du même décret renforce ses propos. Selon l'article D5232-5 « Il leur est interdit toute pratique qui risquerait de compromettre l'indépendance de l'équipe médicale en charge de la personne malade ou handicapée ». Ces différents textes de lois permettent donc d'assurer un accompagnement pluridisciplinaire et un parcours de prescription réalisé dans l'intérêt de la personne et de son intégrité.

II. Problématisation et hypothèses de recherche

La question de départ de cette recherche est : **Comment le partenariat ergothérapeute-revendeur de matériel peut impacter le choix d'une Aide Technique chez un patient adulte ?**

Les principaux concepts de ce mémoire d'initiation à la recherche ont été définis, les termes et concepts associés ont également été détaillés dans le but de permettre une meilleure compréhension du sujet et de ses enjeux. Le cadre conceptuel a ainsi permis de mettre en évidence le rôle que l'ergothérapeute peut avoir, aux côtés d'un usager, dans un processus d'acquisition d'une aide technique. En effet, en travaillant avec d'autres professionnels comme le PSDM, l'ergothérapeute pourra préconiser diverses aides techniques dans l'objectif de permettre à l'usager de retrouver une indépendance dans ses activités.

Pour donner suite aux définitions des concepts présentés ci-dessus, une problématique pourrait être proposée : **Comment le partenariat entre l'ergothérapeute et le PSDM peut permettre d'accompagner un patient de manière globale dans les essais et le choix d'aides techniques correspondant à ses propres objectifs?**

En prenant en compte la personne et ses environnements, l'ergothérapeute peut accompagner l'usager tout au long des phases suivant la survenue d'une situation de handicap ainsi que durant le processus d'acquisition de l'aide technique.

Afin de mieux comprendre ce partenariat et ses éventuels impacts, des hypothèses peuvent être envisagées.

- La relation entre un ergothérapeute et un PSDM avec l'usager permettrait d'élaborer un cahier des charges complet favorisant ainsi les choix d'aides techniques
- Une relation interprofessionnelle avec le prestataire aurait de multiples intérêts ne se limitant pas au prêt du matériel

Ces hypothèses de recherche devront être validées ou invalidées par la suite.

III. Dispositif méthodologique

A. Choix de la méthode

Afin de valider ou non ces hypothèses de recherches, un dispositif méthodologique se doit d'être suivi. C'est dans ce contexte qu'une méthode de recherche est ainsi proposé. Il existe deux méthodes en sciences : qualitative et quantitative. Ces méthodes permettent toutes deux de recueillir des données différentes. En effet, « la méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens » alors que « la méthode quantitative s'attache à démontrer des faits en quantifiant un phénomène. » (Bioy et al., 2021).

La méthode qualitative est principalement utilisée en recherche afin de récolter des données subjectives tels que des mots et des significations pendant que la méthode quantitative se concentrera sur la récolte de données objectives comme des nombres. Bioy et al. (2021) proposent d'ailleurs un tableau synthétique permettant de comparer ces deux grandes méthodes :

	Quantitatif	Qualitatif
Type de données	Objectives Nombre	Subjectives Mots et significations
Question orientant la recherche	Quoi? Combien? Mots-clés: contrôle, étendue	Pourquoi? Comment? Mots-clés: compréhension, profondeur
Méthode d'analyse	Compter, mesurer et tester/confirmer: relation	Explorer et construire: interprétation
Mode de raisonnement	Déductif Logique de la vérification	Inductif Logique de la découverte
Lieu où la recherche est conduite	Laboratoire ou Monde réel	Monde réel
Objectif	Fiabilité	Précision
Posture du chercheur	Supposée neutre	Engagement dans le matériel
Paradigme de référence	Positivisme	Constructivisme

Tableau synthétique comparant le quantitatif et le qualitatif, Bioy et al. 2021

Ce mémoire d'initiation à la recherche se focalise sur l'influence qu'une relation professionnelle peut avoir sur un usager et son parcours de préconisation d'aides techniques. L'objectif est de rechercher pourquoi et comment cette relation influence l'utilisateur, tout en recherchant à évaluer sa satisfaction de manière indirecte. Une méthode qualitative semblerait donc pertinente puisque « la démarche qualitative va [...] viser avant tout la compréhension et la profondeur en s'immergeant dans la complexité d'une situation » (Bioy et al., 2021).

B. Choix de l'approche

« La science repose sur de nombreux piliers différents qui se combinent pour fournir les méthodes de raisonnement, de logique et d'éthique nécessaires à la recherche. [...] Le fondement de toute la recherche est le raisonnement scientifique. » (M.U. Tariq, 2015) Ce raisonnement repose sur une approche permettant de structurer le cadre de pensée du chercheur, c'est le cas de l'approche hypothético-déductive. Selon Robert Nola (2007), cette dernière se scinde en deux parties : « une partie *hypothético* dans laquelle une hypothèse ou une théorie, quelle qu'en soit la source, est proposée pour test. Et une partie *déductive* dans laquelle les conséquences du test sont tirées des hypothèses ». Ainsi, l'utilisation d'une approche hypothético-déductive permet de déduire une problématique et des hypothèses à partir de différentes lectures scientifiques.

Cette approche est basée sur différentes étapes décrites par M.U. Tariq (2015) :

- 1/ « Identifier le grand domaine problématique dans lequel le problème principal se produit pour faire un projet de recherche.
- 2/ Définition de l'énoncé du problème. Il peut s'agir de la recherche scientifique avec un but défini et un objectif général de la recherche.
- 3/ Développement d'une hypothèse qui devrait être testable et falsifiable.
- 4/ Mesurer le cadre théorique et s'il n'est pas mesurable, il devrait être qualitatif.
- 5/ La collecte de données est basée sur des données quantitatives et qualitatives.
- 6/ L'analyse des données est effectuée pour vérifier si les hypothèses générées ont été soutenues.
- 7/ Interpréter les données pour découvrir la signification des résultats. »

Cette approche semble pertinente dans le cadre du sujet de ce mémoire. En effet, de nombreux ouvrages scientifiques existent sur chacun des concepts de ce mémoire, cependant il existe peu de littérature concernant l'ensemble de ces concepts dans un seul sujet. Cette approche permettrait donc de mettre en parallèle les données théoriques et celles qui seront plus tard récoltées sur le terrain.

C. Comment nommer la personne ?

Comme vous avez pu le constater dans le cadre théorique et conceptuel présenté ci-dessus, les termes 'patient', 'usager' ou 'personne' ont majoritairement été utilisés pour nommer la personne concernée par la démarche d'acquisition de l'aide technique. Cependant, certaines sources bibliographiques notamment l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec vont appeler la personne un client. En effet, il s'agit d'une différence de langage entre ces deux pays. Actuellement, en France, le terme 'patient' est majoritairement utilisé pour parler d'une personne bénéficiant d'un accompagnement médical ou paramédical comme l'ergothérapie. Nous pouvons également constater que pour un prestataire, la personne est également un client. Ainsi, pour ne pas se confondre entre toutes ces appellations possibles, nous avons fait le choix de nommer cette personne un 'usager' ou un 'patient' et non un 'client'. Le terme client sera utilisé lors de citations bibliographiques par exemple.

D. Population interrogée

Ce mémoire d'initiation à la recherche permettrait d'interroger de nombreuses personnes, toutes en lien avec un parcours d'acquisition d'aides techniques, cependant il est nécessaire de cibler la population à interroger afin d'obtenir un groupe représentatif.

La problématique de recherche précédemment proposée se concentre sur la relation que peuvent entretenir l'ergothérapeute et le PSDM et plus précisément sur les impacts éventuels que cela peut entraîner dans le parcours d'acquisition d'une aide technique par un usager. Par conséquent, ces trois populations seraient susceptibles d'être interrogées afin d'obtenir les ressentis de chaque groupe représentatif.

Afin de respecter la loi Jardé et de situer ce mémoire hors de ses limites de cette loi, les usagers et les aidants (incluant aidants familiaux et aidants professionnels) ne seront pas interrogés. En effet, il n'est pas exclu qu'une personne en situation de handicap ayant acquis, par le biais d'un processus d'essais et de choix, une aide technique ne puisse pas être à nouveau concernée par l'acquisition d'autres aides techniques. Ce mémoire d'initiation à la recherche n'a pas pour vocation d'influencer des personnes dans leur processus d'acquisition mais plutôt d'amener des éléments de réponses à des questions concernant les aides techniques et les différents partenaires impliqués dans son acquisition.

Nous pouvons partir du principe qu'un usager, même après acquisition d'une certaine aide technique sera susceptible d'être de nouveau concerné par un processus d'acquisition dans le cadre d'un renouvellement par exemple. C'est pour cette raison qu'aucun usager ou aidant de l'utilisateur ne sera questionné directement. Cependant, au travers des entretiens réalisés avec les populations cibles, nous tenterons d'obtenir indirectement des informations sur la satisfaction du patient par le biais d'autres indicateurs.

Cette enquête permettra donc d'interroger des ergothérapeutes travaillant ou ayant déjà travaillé auprès d'une population adulte concernée par une acquisition d'aides techniques mais aussi des PSDM intervenant auprès d'utilisateurs adultes et travaillant en collaboration avec des ergothérapeutes.

Des critères d'inclusions et d'exclusions pour chacune de ces populations semblent essentiels afin d'éviter tout biais quant à cette enquête de terrain et permettre de trouver des ergothérapeutes répondant aux critères suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être diplômé d'Etat en ergothérapie	Ne pas être diplômé d'Etat en ergothérapie
Exercer auprès de personnes en besoin d'aides techniques	Ne pas exercer auprès de personnes ayant des besoins d'aides techniques
Exercer auprès de personnes adultes	Exercer auprès d'une population non-adulte
Avoir de l'expérience auprès de la population adulte (3ans minimum)	Ne pas avoir d'expérience de 3ans auprès de la population adulte
Avoir des échanges avec les PSDM dans le cadre professionnel	Ne pas être en contact avec des PSDM dans le cadre professionnel

Ainsi que des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels répondant aux critères suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Être certifié PSDM	Ne pas être certifié PSDM
Exercer auprès de personnes adultes	Exercer auprès d'une population adulte
Avoir de l'expérience auprès de cette population (3ans)	Ne pas avoir d'expérience auprès de cette population (3ans)
Avoir des échanges avec les ergothérapeutes dans le cadre professionnel	Ne pas être en contact avec des ergothérapeutes dans le cadre professionnel

Certains biais liés à cette population peuvent déjà être pressentis. En effet, certains professionnels qui seront interrogés pourraient être à la fois certifiés PSDM et diplômés ergothérapeute. Dans le cadre de cette enquête de terrain, ces professionnels ne seront pas exclus, simplement des questions supplémentaires leur seront posées afin d'inclure également l'expérience que leurs deux diplômes leur apportent dans leur profession.

Les populations ciblées par ces critères ont été questionnées par des techniques et des outils de recueil de données. Cette enquête permet de se focaliser sur les impacts que peuvent avoir un partenariat ergothérapeute – PSDM sur la préconisation d'aides techniques auprès d'un usager notamment en se concentrant sur les aspects relationnels impliqués dans ce partenariat. L'entretien paraît donc être une technique pertinente dans cette recherche pour obtenir les ressentis de chaque interlocuteur.

E. Techniques et outils de recueil de données

Afin de récolter des données pertinentes auprès des populations interrogées, des entretiens seront réalisés avec deux populations distinctes.

Selon Aktouf (1987), un entretien est « un rapport oral, en tête, entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé. C'est une discussion orientée, un procédé d'investigation utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixés ». Ainsi, l'entretien s'inscrit dans une démarche de recherches qualitatives consistante « le plus souvent à recueillir des données verbales » (Aubin-Auger et al., 2008)

Selon H. Fenneteau (2015), il existe différents types d'entretien se différenciant « en fonction du comportement de l'interviewer et du degré de directivité de ses interventions ». Il y a donc les entretiens non-directifs, semi-directifs et directifs, chaque forme d'entretien correspond à un contexte particulier. Il est donc important d'identifier la technique d'entretien qui sera utilisée.

Ces diverses techniques impliquent différents degrés de directivités que H. Fenneteau (2015) a décrit. La technique directive comporte des « questions liées à la problématique de l'enquête ». Les questions posées permettent d'obtenir des informations précises sur le sujet de l'entretien, elles orientent cependant les réponses des interviewés étant donné le cadre de l'entretien. Cette technique présente cependant des obstacles ; « les individus s'avèrent fréquemment bloqués par des mécanismes de défense qui les empêchent d'exprimer une partie de leurs pensées ou de leurs sentiments. Ils fournissent souvent des réponses superficielles quand on les interroge sur les ressorts de leurs actions, car ils ne sont pas toujours conscients des influences qu'ils subissent. » Ainsi, la technique directive ne permet pas d'approfondir les réponses de l'utilisateur.

Une technique non-directive permettrait de supprimer ces limites, elle a pour objectif de favoriser la parole de l'interviewé et « d'encourager l'individu à développer un discours en profondeur qui lui permet de découvrir progressivement certains éléments dont il n'avait pas pleinement conscience ». En utilisant cette technique, l'interviewer écoute les individus s'exprimer sur un thème donné, les interventions sont limitées afin de ne pas orienter le discours de l'individu. Cette technique contient également des limites, en effet, le cadre de l'entretien est large ce qui peut entraîner des digressions de l'individu par rapport au sujet de base.

Pour limiter les obstacles évoqués dans les techniques d'entretiens directives et non-directives « il existe des formules mixtes qui combinent à la fois directivité et non-directivité. Dans les entretiens *semi-directifs*, l'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et il lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer » (Fenneteau, 2015)

Dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche, la réalisation d'entretiens semi-directifs semble le plus pertinent puisque cela permettra d'obtenir des réponses approfondies tout en gardant un certain cadre permettant de structurer l'entretien.

L'entretien semi-directif se réalise à l'aide d'un guide comprenant les sujets qui doivent être abordés, lorsque l'un des thèmes n'est pas abordé l'interviewer peut ainsi intervenir pour orienter légèrement le sujet. Cependant, cette technique d'entretien permet à l'interviewé de s'exprimer librement le plus possible.

Selon Ghiglione et Matalon (1998), cette méthode convient pour effectuer des *études d'exploration finalisée* ou *d'approfondissement*. En effet, l'objectif de ce travail est de « prendre appui sur des travaux antérieurs même si les finalités de la recherche et la population à laquelle il s'intéresse sont particulières. Il doit collecter de nouvelles informations en étant suffisamment ouvert pour pouvoir repérer les facettes méconnues du phénomène qu'il étudie ». Cette technique nécessite « une certaine dose de directivité, mais en laissant aux interviewés une grande liberté de parole à l'intérieur de chaque thème, pour permettre à l'interviewer de conserver la possibilité de faire des découvertes ».

Le sujet de ce mémoire porte sur l'influence de la relation entre l'ergothérapeute et le PSDM sur le parcours d'acquisition d'aides techniques de l'usager. Il semble donc nécessaire d'interroger ces deux populations pour obtenir des points de vue différents sur ce sujet. Ces deux populations seront donc interrogées grâce aux techniques d'entretien semi-directifs suscités, pour cela deux guides d'entretien comprenant les principaux thèmes et questions ont été construits (Annexes 4 et 5)

F. Techniques d'analyse des données

Toutes données recueillies devront être analysées pour être intégrées à ce mémoire de recherche. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales indique que l'analyse est « la décomposition d'une chose en ses éléments, d'un tout en ses parties ». Il s'agit d'un « examen permettant d'isoler ou de discerner les différentes parties d'un tout ».

Elle permettra donc de comparer l'ensemble de ces entretiens pour obtenir des pistes de réflexions quant aux hypothèses de ce mémoire. La méthode d'analyse utilisée dans ce mémoire d'initiation à la recherche sera la méthode d'analyse de contenu.

Selon Berelson (1965 cité par Raymond 1968), « l'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication ». Elle a deux fonctions :

- « une fonction heuristique : l'analyse de contenu enrichit le tâtonnement exploratoire, accroît la propension à la découverte. C'est l'analyse de contenu pour voir.
- une fonction d'administration de la preuve. Des hypothèses sous forme de questions ou d'affirmations provisoires servant de lignes directrices feront appel à la méthode d'analyse systématique pour se voir vérifier dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation. C'est l'analyse de contenu pour prouver » (Bardin, 2013)

L'analyse de contenu consiste donc à « effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles » (Mucchielli, 1974 cité par L'Ecuyer, 1990).

Cette analyse comprend donc l'analyse par entretien et par thématique que l'on peut nommer analyse verticale et analyse horizontale.

Tout d'abord, l'analyse verticale a pour objectif de « permettre au chercheur de produire une synthèse analytique de l'entretien, c'est-à-dire de synthétiser les idées fortes de l'entretien » (Balard et al., 2016). Ainsi, lors de l'analyse, nous pourrions mettre en évidence les informations principales retenues dans les entretiens des professionnels interrogés.

Par la suite, une analyse horizontale sera effectuée, elle permettra au chercheur « de saisir le sens profond des propos tenus » (Balard et al., 2016) notamment en comparant les éléments que chaque professionnel apportera en fonction des thèmes abordés.

G. Réflexions sur l'objectivité et l'éthique du chercheur

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'inscrit donc dans une méthode qualitative et une approche hypothético-déductive. Les données recueillies sur le terrain dans le cadre d'entretiens semi-directifs seront donc principalement des mots, des ressentis et expériences et ne seront donc pas quantifiables. Ces dernières seront ensuite analysées selon une technique d'analyse de contenu.

Il semble donc important de se questionner sur l'objectivité et l'éthique que nous pouvons avoir afin d'identifier d'éventuels biais pouvant impacter l'enquête de terrain et par la suite, l'analyse des données récoltées.

Nous pouvons nous questionner sur l'objectivité qu'un chercheur peut avoir sur le terrain et les éventuels facteurs pouvant entacher cette objectivité. D'après Fressoz (2015), « le terme objectivité regroupe deux éléments très différents : le premier est ontologique -un fait est dit objectif s'il correspond à quelque chose de réel dans le monde extérieur ; le second est moral renvoyant à un ensemble de dispositions personnelles comme l'impartialité, la mesure ou le désintéressement ». Dans le cadre de la recherche, c'est le deuxième élément qui semble pertinent, en effet, toujours selon l'auteur, l'objectivité pourrait également désigner une qualité ou un effort que l'individu accompli sur lui-même tels que l'effacement de soi et le détachement de soi pour permettre un jugement droit sur une chose, une personne,

Dans le cadre d'un domaine de soin, tel que la rééducation, le professionnel réalisera ses missions auprès de l'utilisateur avec objectivité et impartialité dans le but de l'accompagner de manière qualitative.

L'objectivité et l'impartialité d'un individu peuvent être impactés inconsciemment ou non par des valeurs personnelles pouvant être en lien avec l'éthique et la morale.

L'éthique et la morale sont des concepts pouvant impacter une façon de penser. L'éthique est une branche de la philosophie s'intéressant aux comportements humains et à la conduite des individus en société. Selon Mercier (2002), l'éthique serait une « réflexion qui intervient en amont de l'action et qui a pour ambition de distinguer la bonne et la mauvaise façon d'agir ». Elle fait l'examen de la justification rationnelle de nos jugements moraux, elle étudie ce qui est moralement bien ou mal et en conclut ce qui est bon ou mauvais. Le bon et le mauvais sont des notions relatives se construisant à partir du système de valeurs de la personne par rapport aux mœurs communes, cela implique que tous les individus n'ont pas la même notion de bon et de mauvais et que la définition qu'il y appose peut évoluer dans le temps.

La morale apparaît régulièrement dans les lectures, comme « un ensemble de normes conformes à un groupe à dimension universelle et qui s'imposent à tous » (Mercier, 2004). La morale est un ensemble de valeurs communes à un groupe justifiant de ce qui est bien ou mal.

Dans le cadre d'une enquête de terrain, il sera possible de rencontrer des personnes avec des valeurs éthiques différentes de celles du questionnant, et qui quelques fois peuvent totalement les contredire pouvant ainsi remettre en question son objectivité. Afin d'éviter tout jugement envers l'autre et par conséquent des biais à la récolte de données, le guide d'entretien sera construit afin de faire en sorte que les questions posées soient le plus neutres possibles.

L'analyse des données suivra également un processus établi en amont des entretiens permettant de garantir une objectivité quant aux résultats obtenus et faire en sorte que leur analyse soit aussi objective.

IV. Les entretiens

A. Analyse verticale des entretiens auprès d'ergothérapeutes et de PSDM

Nous avons tout d'abord réalisé l'analyse verticale des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes, que nous pouvons retrouver en Annexe 6. Ensuite, nous avons réalisé une analyse verticale des entretiens réalisés avec Prestataires de Services et Distributeur de Matériels, que nous pouvons retrouver en Annexe 7. Ainsi, elles ont permis d'identifier les éléments clés de leurs discours.

B. Présentation et analyse horizontale des entretiens auprès d'ergothérapeutes

Des entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion cités précédemment. Ils ont été retranscrits et seront présentés de manière anonyme. Le premier entretien a été réalisé avec l'ergothérapeute 1 (E1) et le second entretien avec l'ergothérapeute 2 (E2). L'analyse horizontale permet de mettre en évidence des points communs entre les réflexions des ergothérapeutes sur un thème donné (cf. Annexe 5).

Les ergothérapeutes interrogés exercent au sein de structure de rééducation, elles n'ont pas la même expérience, le premier exerce en unité d'hospitalisation de jour et le second en hospitalisation complète.

a. L'accompagnement et les objectifs du patient

Lors des entretiens, il a été possible de mettre en évidence des points communs entre les ergothérapeutes concernant la mise en place d'objectifs. Ces dernières s'accordent à dire que l'objectif le plus fréquent d'une aide technique est de « compenser une fonction lésée » (Entretien 2) afin de « permettre une autonomie et une indépendance dans les activités de la personne » (Entretien 1). Les activités évoquées par les ergothérapeutes font référence à celles décrites par l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec soit des activités professionnelles, de loisirs, sportives, de soins personnels. Ces objectifs sont établis avec la personne, les aidants et la famille peuvent également faire partie de ce processus (entretiens 1 et 2). Les plaintes évoquées par le patient, mais également par ses aidants et sa famille peuvent aussi participer à la détermination des objectifs.

Selon les ergothérapeutes, elles peuvent être amenés à proposer des objectifs à la personne, selon leur évaluation (ergothérapeute 1) mais également « en fonction de ce qui a pu être observé lors de mises en situations ».

Une fois les objectifs établis, nous avons cherché à savoir comment ils étaient évalués. Il paraissait ainsi pertinent de se demander quelles critères peuvent permettre de juger si les objectifs mis en place par rapport à l'aide technique ont été atteints. L'ergothérapeute 2 évoque la nécessité d'une vigilance particulière lors de la préconisation notamment pour « s'assurer que l'aide technique corresponde et soit utilisée dans l'avenir ». Dans les deux entretiens, la réévaluation des objectifs a été abordée, notamment lorsqu'ils évoluent avec l'apparition ou la disparition de difficultés (Entretien 1 ou E1) ou pour vérifier que la première préconisation permet de répondre aux objectifs et aux besoins de la personne (Entretien 2 ou E2). Cependant, afin de savoir si les objectifs ont été atteints, les ergothérapeutes se basent sur les essais réalisés et si ces derniers sont « concluants pour la personne » (E2). Ainsi les objectifs peuvent être « évalués avec la personne une fois les essais réalisés pour voir si la solution retenue correspond » (E1).

b. La particularité de l'ergothérapeute dans la préconisation

Le cadre théorique et conceptuel a permis d'identifier la préconisation d'aides techniques comme un champ de compétences des ergothérapeutes, compétences développées durant la formation permettant d'accéder au diplôme d'Etat. Cependant, avant de se questionner sur les actions de l'ergothérapeute dans la démarche de préconisation, il paraissait pertinent de se demander comment cela se concrétise dans la réalité professionnelle des ergothérapeutes. Ainsi, les ergothérapeutes interrogés estiment que la préconisation fait partie de leurs compétences (E2) et est « une part très importante du métier d'ergothérapeute » (E1).

Pour préconiser, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur des données médicales concernant le patient, l'ergothérapeute 1 précise « prendre en compte la pathologie, si elle est évolutive par exemple ». Elles peuvent également se baser sur l'activité, puisque selon l'ergothérapeute 2 « nous sommes spécialistes de l'activité » afin de « proposer l'aide technique la plus adaptée en fonction des atteintes et des besoins de la personne » (E2).

Dans le but d'identifier les besoins de la personne, les ergothérapeutes prennent en compte la personne dans sa globalité notamment « les facteurs environnementaux, techniques humains comme les aidants familiaux ou professionnels ainsi que les habitudes de vie de la personne » (Entretien 1), cela afin de « proposer une analyse nécessaire pour mettre en place une aide technique par la suite » (Entretien 2).

Lorsque les besoins de la personne sont identifiés et que des objectifs sont proposés, les ergothérapeutes vont donc commencer à préconiser la ou les aide(s) technique(s) possiblement adaptées à la situation. Pour cela, nous nous sommes questionnés sur les principales difficultés rencontrées par les ergothérapeutes dans le cadre d'une préconisation. Il est ainsi ressorti que les principales difficultés étaient en lien avec « l'acceptation du handicap par le patient ou sa famille mais également l'aspect visuel de l'aide technique » (E2) et « le regard que la personne peut porter sur les aides techniques » (E1). Pour y pallier, la première ergothérapeute essaie d'inclure l'aidant s'il y en a un, elle explique également que « s'il y a des difficultés en lien avec l'acceptation du handicap, on peut essayer de se mettre en lien avec des personnes pouvant intervenir dans cette situation comme un accompagnement psychologique ». La seconde ergothérapeute s'est davantage concentrée sur « la façon dont l'aide technique est amenée, afin de ne pas brusquer le patient ».

Cependant, malgré des divergences de vision observées durant les entretiens quant à la manière de procéder, notamment concernant l'inclusion des aidants en première intention ou non, les démarches décrites semblent se focaliser sur le patient en première intention. Pour cela, les moyens de compensation proposés sont en lien avec les activités que la personne souhaite faire ou réalise (E1), L'intérêt de la préconisation d'une aide technique est également expliqué à l'usager afin qu'il puisse rester acteur de cette démarche.

c. L'interprofessionnalité dans la démarche d'acquisition d'une aide technique

L'ergothérapeute n'est pas le seul professionnel à intervenir durant la démarche de préconisation. Le cadre théorique et conceptuel a permis de mettre en avant la relation interprofessionnelle avec le Prestataire de Services et Distributeur de Matériels. Il paraissait cependant pertinent de se questionner sur les autres professionnels pouvant être impliqués dans cette démarche. Les entretiens ont permis de mettre en évidence une différence de pratique, probablement dû au lieu d'exercice. En effet, la première ergothérapeute travaille en unité d'hospitalisation de jour, elle évoque ainsi « travailler avec les médecins pour les prescriptions, les aidants professionnels s'il y en a et les autres professionnels de santé en lien ».

La seconde ergothérapeute, exerçant en intra-hospitalier, évoque que « les soignants des unités peuvent la solliciter lorsqu'ils repèrent une difficulté », cela lui permet de rencontrer le patient afin de le mettre en situation, dans le but de mettre en place certaines techniques ou aides techniques.

Ce mémoire d'initiation à la recherche se focalise sur la relation interprofessionnelle entretenue avec le PSDM. Nous avons donc demandé aux ergothérapeutes interrogés de détailler la relation entretenue avec les prestataires. Les ergothérapeutes ont toutes deux utilisé le mot « collaboration » pour nommer cette relation, elle est décrite comme « sincère et professionnelle » (E2) et « basée sur la confiance » (E1). Des précisions ont également été abordées, selon l'ergothérapeute 2 : « on a chacun notre regard de professionnel et on a besoin des connaissances de l'autre dans le cadre d'une préconisation d'aide technique notamment pour détailler le cahier des charges ». Cette notion de complémentarité est également évoquée par l'ergothérapeute 1, qui s'est davantage focalisé sur son impact dans le cahier des charges, notamment puisque « les revendeurs apportent des subtilités auxquelles on n'a pas pensé dans le cahier des charges ».

Cependant, les ergothérapeutes ont évoqué parfois l'existence de freins à cette relation dans le cadre de la préconisation. En effet, il a été évoqué comme limite le matériel essayable et le fait que le prestataire peut ne pas avoir le matériel souhaité en stock (E1). Autre point abordé pouvant être un frein à la relation avec le prestataire serait son « manque de professionnalisme » (E2) pouvant entraîner une absence de confiance de l'ergothérapeute envers le prestataire et potentiellement un manque de confiance du patient envers son prestataire. Ces freins pourraient ainsi se ressentir auprès de l'utilisateur, et la démarche d'acquisition d'une aide technique pourrait s'en retrouver impactée.

d. L'impact de ce partenariat sur l'utilisateur

L'impact sur l'utilisateur a ainsi été brièvement abordé lors des entretiens, il semblait nécessaire de rechercher des indicateurs auprès des ergothérapeutes sur l'impact que cette relation interprofessionnelle peut avoir sur l'utilisateur. Comme abordé lors du précédent paragraphe, la relation ergothérapeute -prestataire peut avoir un impact négatif sur l'utilisateur notamment lorsque la seconde ergothérapeute évoque un prestataire avec « un manque de professionnalisme » entraînant des difficultés à faire confiance au professionnel.

Cependant, les ergothérapeutes interrogés estiment que la relation avec le prestataire est majoritairement positive pour le patient. Selon l'ergothérapeute 1, « avec le prestataire, on travaille dans le même sens, dans l'intérêt du patient », selon elle, les professionnels et le patient sont au même niveau même si le patient reste au cœur de l'échange. En effet, comme l'indique l'ergothérapeute 2 ; « le patient reste le principal décisionnaire, c'est lui qui décide avec quel prestataire travailler, s'il veut ou non acquérir l'aide technique » . Ainsi le partenariat entre l'ergothérapeute et le prestataire semble inclure l'utilisateur de manière égale, ce qui justifie l'impact positif évoqué par les ergothérapeutes interrogés.

C. Présentation et analyse des entretiens auprès de PSDM

Des entretiens ont été réalisés auprès de Prestataire de Services et Distributeurs de Matériel répondant aux critères d'inclusion cités précédemment. Ils ont été retranscrits et seront présentés de manière anonyme. Le premier entretien a été réalisé avec le PSDM 1 (P1) et le second entretien avec le PSDM 2 (P2).

Les Prestataires interrogés exercent au sein d'entreprise de distribution de matériel qui ne seront pas nommées, ils n'ont pas la même expérience. L'analyse horizontale permet de mettre en évidence des points communs entre les réflexions des prestataires sur un thème donné.

a. L'accompagnement et les objectifs de l'utilisateur

Le cadre théorique et conceptuel a permis de mettre en lumière certaines obligations légales qu'un prestataire a envers l'utilisateur. Il paraissait important de se demander comment la relation avec l'utilisateur était vécue. Tout d'abord, le premier prestataire précise que « le mot client est important, ce n'est pas un patient ». Cette relation permet aussi aux prestataires de se positionner, le second exprime d'ailleurs « ne pas se considérer en tant que commercial mais vraiment en tant que conseiller technique ». La manière de voir l'utilisateur et de se voir en tant que professionnel peut potentiellement avoir un impact sur la relation avec la personne. La relation étant différente de celle entretenue avec un ergothérapeute, nous pouvons nous questionner sur les objectifs mis en place et comment ils le sont. Les entretiens ont permis de mettre en évidence que les objectifs par rapport au matériel sont donnés par l'utilisateur (P1) notamment afin de ne pas en créer (P2). Le prestataire se base ainsi sur les demandes de l'utilisateur afin de baser leur accompagnement d'acquisition d'une aide technique.

b. La particularité du PSDM dans la préconisation

Le cadre théorique et conceptuel permet d'identifier le prestataire comme un interlocuteur important dans la démarche d'acquisition d'une aide technique. Il s'agissait dans les entretiens de se questionner sur le rôle du prestataire dans la réalité du terrain. Il a ainsi été mis en avant « l'importance de ne pas anticiper certaines questions, de ne pas faire le tour de leurs besoins de A à Z » (P2) afin de « définir avec le client ses besoins, essayer de les centrer le plus possible » (P1). Pour cela, les prestataires interrogés expliquent pouvoir mettre à l'essai certaines aides techniques puis réaliser « un bilan auprès de la personne pour connaître les points positifs et les points négatifs du matériel mis en essai » (P1). Nous pouvons supposer que des difficultés vont exister par rapport à cette démarche d'acquisition, les prestataires questionnés n'ont pas évoqué les mêmes difficultés dans leurs entretiens spécifiques. Le premier a davantage présenté des difficultés en lien avec le matériel à sa disposition et l'impossibilité de réaliser des réglages spécifiques lors des essais de matériels. Le second, quant à lui, mentionne majoritairement des difficultés en lien avec la personne : c'est-à-dire « l'acceptation de la situation de handicap et du matériel, le regard de l'autre, l'aspect environnemental et financier ».

c. L'interprofessionnalité dans la démarche d'acquisition d'une aide technique

La démarche d'acquisition impliquerait plusieurs professionnels tels que « les thérapeutes que ce soit kinésithérapeute et ergothérapeute et éventuellement médecin de rééducation » (P1) ainsi que « les fabricants, les services de soins à domicile, les équipes médicales, centre de rééducation, IME » (P2). La présence de la famille dans cette démarche a également été abordée par le second prestataire. Puisque ce mémoire s'intéresse à la relation entre l'ergothérapeute et le prestataire, le guide d'entretien était construit de sorte à approfondir de façon semi-directive celle-ci. Il ressort ainsi de l'entretien que dans cette relation les ergothérapeutes connaîtraient mieux la partie médicale concernant la personne et que les prestataires, eux, connaîtraient mieux la partie technique du matériel ; comme les caractéristiques techniques du produit, les textes de loi le concernant, les informations de remboursement et renouvellement ainsi que certaines expériences au long-terme, tout en connaissant la marque notamment grâce aux retours de leurs clients. Cette relation a été décrite comme un partenariat par les deux prestataires, « la partie la plus importante c'est la relation de confiance, d'échange, d'écoute mutuelle » (P2) avec l'ergothérapeute.

d. L'impact de ce partenariat sur l'utilisateur

L'utilisateur a pu être abordé de manière indirecte tout au long des entretiens. La place de l'utilisateur dans le partenariat ergothérapeute – prestataire a ainsi été discutée plus en détails dans la suite des entretiens. Lors de l'évocation du cahier des charges, le premier prestataire explique qu'il peut être « réalisé en binôme avec l'ergothérapeute voire en trinôme puisque l'utilisateur participe au choix du matériel ». Le second prestataire quant à lui évoque que « le cahier des charges est réalisé en fonction de ce que la personne souhaite ». Réaliser le cahier des charges, avec l'ergothérapeute et l'utilisateur, permettrait ainsi à ce dernier d'être « plus complet et de faciliter le choix du matériel à essayer » pour l'utilisateur (P1).

Travailler en relation avec l'ergothérapeute peut être nécessaire pour certaines personnes qui « ont besoin de l'ergothérapeute pour valider les essais » (P2), ici, l'ergothérapeute jouerait davantage un rôle de conseiller dans la relation avec le prestataire. Dans certains cas, le prestataire peut également « orienter la personne vers des ergothérapeutes afin de trouver le matériel dont la personne a besoin et avoir un avis plus médical par rapport à leur handicap » (P2). Le prestataire fait ici référence à l'ergothérapeute en tant que professionnel paramédical avec ses connaissances théoriques biomédicales. Pour le PSDM, le partenariat avec l'ergothérapeute peut ainsi avoir un intérêt pour l'utilisateur dans le cadre de sa démarche d'acquisition. Par ailleurs, cette relation peut avoir des impacts positifs sur l'utilisateur puisque selon le premier prestataire lorsque toutes les personnes arrivent à discuter ensemble, « le processus de choix pour le client est plus rapide parce que l'on peut travailler tous ensemble. Chacun a ses attentes et chacun doit s'adapter à l'autre pour gagner en fluidité ».

Cependant, un Prestataire de Service et Distributeur de Matériel reste un commercial, il est donc amené à vendre des aides techniques. Dans ce contexte, « l'ergothérapeute peut agir comme le garant du commercial, pour assurer au patient qu'il ne fait pas n'importe quoi et que le matériel proposé peut être adapté pour lui » (P1). La relation interprofessionnelle avec l'ergothérapeute peut avoir des objectifs selon les prestataires interrogés, elle permet au prestataire d'avoir un autre regard sur la situation (P1) et à l'utilisateur de « se sentir rassuré par rapport au matériel » (P2). Dans chaque situation, « la communication régulière est importante et permet d'avoir confiance les uns envers les autres » (P2).

Même si « ce partenariat ne change pas forcément la relation entretenue avec le patient » (P2), les prestataires estiment que l'utilisateur se situe au centre du partenariat et est le principal décisionnaire. Afin d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur à plus long terme, les prestataires ont notamment pu effectuer leur rôle dans le Service Après-Vente, ce dernier leur permis ainsi de garder contact avec l'utilisateur et d'être présent en cas de difficultés ou d'insatisfaction liés à l'aide technique acquise.

D. Comparaison des éléments des entretiens réalisés

Ainsi, une analyse horizontale a permis de comparer les éléments de discours entre des ergothérapeutes puis entre des PSDM. Réalisant des entretiens auprès de 2 professions différentes, il semblait également intéressant de comparer les réponses entre ses 2 populations différentes. C'est d'ailleurs dans cette optique que les guides d'entretien ont été construits de manière que les questions posées soient similaires et comparables.

Tout d'abord, que ce soit pour les ergothérapeutes ou les PSDM, les objectifs liés à l'acquisition de l'aide technique seraient établis par la personne selon chaque professionnel interrogés. Les ergothérapeutes expliquent néanmoins pouvoir conseiller la personne en fonction de ce qu'elle a pu dire ou de ce qui a pu être observé.

De plus, les entretiens ont permis de mettre en évidence que les aides techniques sont un domaine de compétences des ergothérapeutes et des prestataires même si la manière d'agir n'est pas la même. En effet, les ergothérapeutes sont « spécialistes de l'activité et de la santé » (Ergothérapeute 2) alors que les prestataires se centrent davantage sur l'aspect technique du matériel. La notion de compétences propres à chaque professionnel peut impliquer une différence d'accompagnement concernant l'identification des besoins de la personne par rapport à l'aide technique. Il est ainsi ressorti que le prestataire définira les besoins de la personne en essayant de les centrer au maximum sans toutefois anticiper ou réaliser le tour de ses besoins. L'ergothérapeute, quant à lui, prendra en considération « les facteurs environnementaux, techniques, humains ainsi que les habitudes de vie de la personne » (Ergothérapeute 1) afin de « prendre en compte la personne dans sa globalité » (Ergothérapeute 2).

Nous pouvons également constater des divergences d'opinions concernant les principales difficultés de préconisation. En effet, les ergothérapeutes interrogés vont évoquer des difficultés liés au handicap de la personne : l'acceptation, le regard que porte la personne sur son handicap ainsi que l'aspect visuel du matériel et comment il est perçu par l'utilisateur.

Les prestataires, eux, vont évoquer en première intention des difficultés de préconisation en lien avec le matériel à disposition et en second temps en lien avec la personne et sa situation de handicap.

Ergothérapeutes et Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel sont amenés à travailler avec de nombreux professionnels, du monde médical ou non. En se concentrant sur la relation Ergothérapeute-PSDM, nous constatons que chaque professionnel interrogé mentionne qu'il s'agit d'une relation de confiance, les ergothérapeutes la qualifient de collaboration et les prestataires de partenariat. Dans chaque entretien, nous pouvons retrouver une notion de complémentarité entre ergothérapeutes et prestataires, notamment due à la différence de regard que porte le professionnel sur la situation et la personne. Les prestataires interrogés précisent d'ailleurs que les ergothérapeutes connaissent mieux le patient et l'aspect médical tandis qu'eux vont surtout apporter les informations techniques du matériel, cet aspect est d'ailleurs évoqué par les ergothérapeutes lors des entretiens.

Pour finir, l'utilisateur a été abordé dans chaque entretien, comme évoqué ci-dessus lors de l'analyse horizontale, afin de recueillir des indicateurs indirects quant à sa satisfaction. En confrontant les réponses des ergothérapeutes et des prestataires, nous remarquons que l'utilisateur est inclus dans cette relation qui semble avoir un impact positif pour lui dans la majorité des cas. Il participe à l'élaboration du cahier des charges en fonction de ses besoins, au choix du matériel et reste ainsi le principal décisionnaire par rapport à l'acquisition de l'aide technique.

V. Discussion

A. Retour sur les hypothèses de recherche

Pour rappel, le cadre conceptuel et théorique détaillé au début de ce mémoire avait permis de faire ressortir une problématique de recherche qui est : **Comment le partenariat entre l'ergothérapeute et le PSDM peut permettre d'accompagner un patient de manière globale dans les essais et le choix d'aides techniques correspondant à ses propres objectifs?**

Par la suite, s'en est suivi le choix d'une méthodologie de recherche permettant de réaliser des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes et de Prestataire de Services et Distributeur de Matériel. Nous allons donc revenir sur les hypothèses de recherche qui ont été établies en nous basant sur les résultats présentés et analysés des entretiens, décrits ci-dessus.

a. Hypothèse 1

L'hypothèse suivante avait été définie : La relation entre un ergothérapeute et un PSDM avec l'utilisateur permettrait d'élaborer un cahier des charges complet favorisant ainsi les choix d'aides techniques

Pour donner suite à l'analyse des entretiens avec les ergothérapeutes et PSDM, nous avons pu identifier une complémentarité des professions dans la rédaction du cahier des charges. En effet, selon le professionnel interrogé, nous pouvons constater une inclusion plus ou moins importante de l'utilisateur dans ce processus. Il peut en effet participer à sa réalisation de manière directe en le réalisant avec l'ergothérapeute et le prestataire, ou y être inclus de manière indirecte comme le précise la première ergothérapeute qui inclut ainsi « certaines données évoquées avec le patient dans le cadre d'un entretien par exemple ». Cependant, que l'élaboration du cahier des charges soit réalisée de manière directe ou indirecte, l'utilisateur est toujours au centre de la démarche permettant ainsi de proposer un cahier des charges centré sur les souhaits et les besoins de la personne.

En effet, nous pouvons supposer que la rédaction du cahier des charges est réalisée tripartite entre l'ergothérapeute, le PSDM et l'utilisateur. Il est ainsi ressorti que l'utilisateur définissait ses besoins, ses objectifs et éventuellement ses attentes par rapport à une future aide technique, il se connaît, connaît ses habitudes de vie et sa pathologie de manière plus ou moins approfondie. C'est dans le contexte de la pathologie et d'une fonction lésée que l'ergothérapeute est par la suite impliqué, ce dernier pourra ainsi apporter son expertise et ses connaissances sur la pathologie, ses éventuels impacts et le matériel.

Les champs de compétences de l'ergothérapeute permettront ainsi de proposer à son patient un accompagnement global centré sur lui et l'ensemble des activités qu'il peut être amené à réaliser au cours de sa vie, proposant donc des aides techniques pouvant correspondre aux besoins de la personne. Bien que l'ergothérapeute ait des connaissances sur le matériel et les aides techniques proposables, il n'est pas expert en aide technique d'un point de vue technique notamment. Les entretiens réalisés avec les ergothérapeutes et permis de mettre en avant le rôle d'un prestataire dans cette démarche, notamment du fait de ses connaissances précises sur la matériel existant sur le terrain comme sa qualité à plus long terme notamment. L'analyse des entretiens permet ainsi de conclure que chaque personne impliquée dans ce partenariat participe de manière plus ou moins directe à l'élaboration d'un cahier des charges, permettant ainsi à ce dernier d'être à la fois complet et centrée sur les besoins de la personne ce qui facilite le choix des aides techniques à essayer. **Les éléments apportés permettent ainsi de valider la première hypothèse.**

b. Hypothèse 2

Une seconde hypothèse avait été définie : Une relation interprofessionnelle avec le prestataire aurait de multiples intérêts ne se limitant pas au prêt du matériel.

Dans un premier temps, il semble important de se rappeler des différents points qui ont été abordés concernant la différence de pratique entre les ergothérapeutes et les prestataires concernant la démarche d'acquisition d'une aide technique. Les ergothérapeutes interrogés ont ainsi pu évoquer prendre en compte les facteurs environnementaux, technique, humains ainsi que les habitudes de vie de la personne et ses activités afin d'identifier au mieux ses besoins pour proposer des moyens de compensation le plus adapté à la personne. Les Prestataires interrogés ont abordé ne pas réaliser un tour complet des besoins de la personne mais plutôt se focaliser sur la demande formulée afin de la centrer le plus possible avant d'éventuellement se focaliser sur d'autres besoins de la personne.

Dans un second temps, nous nous focaliserons sur les attentes des ergothérapeutes envers les prestataires et inversement. Tout d'abord, les ergothérapeutes interrogés estiment être complémentaire avec les prestataires ce qui implique par la suite une relation de confiance dans laquelle chaque « professionnel a besoin des compétences de l'autre dans le cadre d'une préconisation d'aide technique notamment pour détailler la cahier des charges ». Cette notion de complémentarité est également évoquée lorsque nous les avons questionnés sur les attentes qu'ils peuvent avoir envers l'autre professionnel.

C'est ainsi que les ergothérapeutes expliquent attendre des prestataires des connaissances techniques concernant le matériel technique proposé et ses subtilités comme la disponibilité du produit et autre subtilité le concernant pouvant influencer le choix. Les prestataires ont expliqué attendre des ergothérapeutes les données médicales et la connaissance du patient et de ses besoins. Ainsi, ces attentes permettraient de prendre en compte la personne dans sa globalité afin de proposer un accompagnement plus complet dans le cadre d'une démarche d'acquisition de l'aide technique. Cette prise en compte de manière globale de la personne favoriserait ainsi la rédaction du cahier des charges le plus complet possible favorisant les essais des aides techniques et par la suite les choix de la personne.

Dans un dernier temps, nous évoquerons d'aborder le principe du Service Après-Vente, abordé brièvement par les prestataires en fin d'entretien. Comme évoqué dans le cadre théorique, nous avons pu mettre en évidence que l'accompagnement d'un ergothérapeute avait une fin. La possibilité d'un service après-vente par le prestataire permet ainsi d'assurer une continuité concernant le matériel et également suivre l'évolutivité des besoins et des demandes de la personne, proposant ainsi un accompagnement plus complet et durable sur le long terme.

Les intérêts évoqués ci-dessus font ainsi référence à une prise en compte de la personne dans sa globalité, de l'identification des besoins à la rédaction d'un cahier des charges complet, réalisant un rapprochement avec la première hypothèse de ce mémoire de recherche, jusqu'au suivi de la personne après l'acquisition de l'aide technique. **Nous pouvons ainsi valider la deuxième hypothèse.**

B. Rencontre des données théoriques et empiriques

Les données empiriques récoltées sur le terrain lors des entretiens semi-directifs permettent de confirmer certaines données théoriques que nous avons pu mettre en avant dans le cadre conceptuel et théorique de ce mémoire.

En effet, nous retrouvons dans les entretiens la spécificité du rôle des ergothérapeutes dans le cadre de la démarche d'acquisition d'aides techniques chez une personne adulte en situation de handicap. Cependant, bien que les activités de la personne et ses habitudes de vie soient prises en compte lors de l'identification des besoins et des demandes de la personne, nous ne retrouvons pas forcément la notion d'activités significatives et significatives que nous avons pu abordées.

Comme expliqué dans le modèle de l'OTIPM, une fois l'essai réalisé et validé, nous atteignons la partie phase de réévaluation de ce modèle qui consiste à réévaluer pour une performance occupationnelle améliorée et satisfaisante. Ainsi, bien que l'OTIPM ne soit pas spécifiquement cité par les professionnels interrogés, nous retrouvons des éléments de ce modèle dans les entretiens.

Les données théoriques que nous avons récoltées concernant le Prestataire de Service et Distributeur de Matériel s'avèrent conformes aux données empiriques que nous avons pu analyser. Néanmoins, les données recueillies auprès des prestataires ont permis de mettre en évidence le rôle que peut avoir le Prestataire dans une démarche d'acquisition d'aide technique et les actions qu'il peut mettre en place, contrairement à la littérature.

Dernièrement, nous allons revenir sur la relation interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et le PSDM que nous avons pu qualifier de partenariat à la suite de la comparaison entre plusieurs définitions concernant les relations. Pourtant, lors de l'entretien, nous avons pu remarquer que les ergothérapeutes qualifiaient la relation qu'ils pouvaient entretenir avec un prestataire de collaboration tandis que les prestataires la qualifiaient de partenariat. Le terme collaboration avait précédemment été présentée à l'aide d'une définition apportée par Sigmund Freud (1913, cité par Cungi 2016) concernant l'alliance thérapeutique entre un patient et son thérapeute. Ainsi, nous avons pu évoquer qu'une collaboration active entre était « basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles », ce qui semble correspondre davantage à la relation que l'ergothérapeute entretiendrait avec l'usager. Cette définition est centrée sur la relation avec le patient, nous en avons donc cherché une autre davantage spécifique à une relation professionnelle. Nous retiendrons donc qu'une collaboration « nécessite donc une coopération stimulante faite d'échanges et de conversations riches pour déboucher sur une œuvre commune qui n'aurait pas pu exister sans la coopération de chacun » (Michel, Collin, 2019). La définition retenue pour le partenariat est « la coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes permet de réaliser un projet commun » (Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales, 2010). Ainsi, bien que ces termes soient différents, ils impliquent tous deux une coopération entre plusieurs personnes ayant pour objectif la réalisation d'un projet commun, ce qui est cohérent avec les éléments de réponses apportées par les professionnels interrogés.

C. Limites et biais de cette recherche

Des limites et des biais peuvent être déterminés dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche. En premier lieu, la temporalité de ce mémoire implique que nous avons pu interroger seulement deux ergothérapeutes et deux Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel, nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats que nous avons obtenus. De ce fait, nous ne pouvons pas affirmer que la démarche décrite par les professionnels s'applique à l'ensemble des usagers et des relations interprofessionnelles ergothérapeutes – PSDM. Aussi, du fait de l'unicité de chaque individu, nous ne pouvons en aucun cas généraliser les éléments précédemment apportés concernant les relations entretenues entre les professionnels et les usagers.

En second lieu, nous pouvons évoquer le biais des critères d'inclusion et d'exclusion concernant les populations que nous avons pu interroger. En effet, nous avons ciblé des PSDM n'ayant pas eu de formation d'ergothérapeute par le passé, or lors de l'étape de sélection, nous avons pu rencontrer un prestataire ayant exercé en tant qu'ergothérapeute. Pour cela, nous aurions ainsi pu interroger cette population afin d'évaluer si leur précédente pratique professionnelle pouvait avoir un impact sur leur pratique actuelle et sur son rôle auprès de l'utilisateur et de l'ergothérapeute. Parallèlement, nous présenterons une limite concernant l'inclusion de l'utilisateur dans ce mémoire. En ce qui concerne la satisfaction de l'utilisateur, nous avons donc cherché à la recueillir de manière indirecte auprès des professionnels impliqués dans l'acquisition de l'aide technique. Nous avons pu récolter certaines données qui peuvent être perçues comme subjectives puisqu'elles n'ont pas été fournies par la personne elle-même mais par un tiers déjà impliqué, et qui n'est donc pas forcément neutre. Les apports théoriques sont très peu nombreux et ne permettent pas d'évaluer avec précision la satisfaction du patient dans cette démarche et auprès des ergothérapeutes et PSDM. En effet, comme évoqué lors de la présentation des populations qui seront interrogés, nous avons fait le choix de ne pas interroger directement les usagers concernés, ne nous permettant pas d'obtenir de manière directe leurs opinions et ressenties par rapport au partenariat ergothérapeute – Prestataire de Services et Distributeur de Matériels.

En troisième lieu, nous évoquerons les limites des apports théoriques de ce mémoire. En effet, dans le cadre de la prescription des ergothérapeutes et de la formation des PSDM, nous avons pu citer des textes de lois prévoyant des changements à certaines dates. Or, à l'heure où ce mémoire est rendu, nous n'avons pas pu trouver d'informations complémentaires concernant ces points.

En dernier lieu, nous évoquerons le biais de subjectivité du chercheur. En effet, bien que le guide d'entretien ait été construit de façon à être le plus objectif possible, nous ne pouvons nier que les questions posées ont été orientées en fonction des réponses permettant de répondre aux hypothèses de recherche. L'interprétation du discours qui a été faite pourrait aussi ne pas refléter l'entière réalité bien que nous ayons essayé de représenter le plus fidèlement leurs dire. Par ailleurs, les entretiens ayant été réalisés majoritairement par appel téléphonique, nous n'avons pas pu interpréter la communication non-verbale et n'avons ainsi pas pu ajouter cette composante à l'analyse des résultats.

Conclusion

L'ergothérapeute est un spécialiste de l'occupation, il est ainsi amené à intervenir auprès d'utilisateurs de tous âges et rencontrant tous types de handicaps. De ce fait, ces derniers peuvent se retrouver limités dans leurs activités du quotidien malgré une période de rééducation. L'ergothérapeute, qui base sa pratique sur la personne et ses besoins peut ainsi préconiser des aides techniques dans le but de compenser une fonction lésée et de permettre un gain d'indépendance. Dans ce contexte, le Prestataire de Services et Distributeur de Matériel (PSDM) occupera une place importante auprès de l'ergothérapeute et de l'utilisateur. Nous nous étions ainsi demandé comment le partenariat entre ces deux professionnels peut impacter le choix d'une aide technique chez un patient adulte. Par la suite, un cadre conceptuel et théorique a été rédigé nous permettant de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes et de PSDM.

Cette étude a donc permis d'identifier les composantes du partenariat entre un ergothérapeute et un PSDM, illustrant donc ses multiples composantes. La relation interprofessionnelle semble donc favoriser la prise en compte de la personne dans sa globalité, favorisant ainsi la rédaction d'un cahier des charges le plus complet et détaillé possible permettant par la suite de faciliter les essais d'aides techniques puis le choix de la personne. Cette recherche a essayé d'obtenir des indicateurs quant à la satisfaction du patient, à travers les professionnels impliqués dans cette démarche. Il semblerait donc que le partenariat ait des bénéfices sur l'utilisateur qui sera accompagné de manière globale avec une prise en considération de sa personne, sa situation de handicap, ses difficultés réelles, les besoins qui peuvent être engendrés par cela et quelles solutions techniques peuvent y répondre. Les éléments apportés par les entretiens nous ont donc permis de valider les deux hypothèses définies préalablement grâce au cadre théorique et conceptuel.

D'un point de vue professionnel, cette étude peut nous permettre de mieux identifier les professionnels avec lesquels l'ergothérapeute peut être amené à travailler dans le cadre de sa pratique. Nous nous sommes ainsi rendu compte de l'importance du travail interprofessionnel et de son impact sur l'accompagnement de l'utilisateur. Les résultats obtenus ne nous ont certes pas permis de les généraliser à l'ensemble des accompagnements, cependant, continuer cette recherche à plus grande échelle serait intéressant. Cela permettrait ainsi de prendre en compte d'autres populations comme nous l'avons évoqué dans les biais et limites de cette recherche.

Bibliographie

- Acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quel processus ?* (2007, 25 mai). HAS - Haute Autorité de Santé. Consulté le 8 février 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_audition_at_def_webdec07_.pdf
- Aides techniques.* (2021, 26 juillet). CNSA. Consulté le 17 décembre 2022, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/mdph-et-departements/aides-techniques>
- Aktouf, O. (1987a, janvier). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations.* ResearchGate. Consulté le 16 avril 2023, à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/242456854_Methodologie_des_sciences_sociales_et_approche_qualitative_des_organisations
- ANALYSE : Définition de ANALYSE.* (s. d.-b). CNRTL - Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 22 février 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/analyse>
- ANFE. (2023). *Qu'est ce que l'ergothérapie.* Consulté le 24 mars 2023, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Arrêté du 22 juillet 2022 - Annexe 1.* (2022, août 26). Légifrance - République Française. Consulté le 8 février 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=ryJfw-uQzYIMDDsSNW7WgN2jrTMm77dcSXD8mIaldq8=>
- Arrêté du 23 décembre 2011.* (2012, 17 mars). Légifrance - République Française. Consulté le 6 février 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025055523?init=true&page=1&query=prestataires+de+services+et+distributeurs+de+mat%C3%A9riels+2011&searchField=ALL&tab_selection=all

Arrêté du 24 septembre 2020. (2020, 26 septembre). Légifrance - République Française.

Consulté le 6 février 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042364470

Arrêté du 30 septembre 2014. (2014, 23 octobre). Légifrance - République Française.

Consulté le 6 février 2023, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029620606/>

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (2010, 8 juillet).

Légifrance - République Française. Consulté le 10 mai 2023, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022447668/>

Association Hacavie. (2014, 22 juillet). *Aides techniques : législation.* Hacavie. Consulté le

17 décembre 2022, à l'adresse [https://hacavie.fr/aides-techniques/articles/aides-](https://hacavie.fr/aides-techniques/articles/aides-techniques-legislation/)

[techniques-legislation/](https://hacavie.fr/aides-techniques/articles/aides-techniques-legislation/)

Aubin-Auger, I. (s. d.). *Introduction à la recherche qualitative.* Bichat-Larib, la revue

française de médecine générale. Consulté le 17 décembre 2022, à l'adresse

[http://www.bichat-](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)

[larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)

Autonomie - Les concepts en sciences infirmières 2ème édition. (2012). Cairn. Consulté le 20

novembre 2022, à l'adresse [https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-](https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm)

[2eme-edition--9782953331134-page-87.htm](https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm)

Balard, F., Kivits, J., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en*

santé. Cairn.info. Consulté le 2 mai 2023, à l'adresse [https://www.cairn.info/les-](https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm)

[recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm](https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm)

Barbier, J.-M. (, avril). *Saisir l'Activité !* ResearchGate. Consulté le 2 février 2023, à l'adresse

https://www.researchgate.net/publication/274393179_Saisir_l%27activite

Bardin, L. (2012). *L'analyse de contenu*. Cairn.info. Consulté le 20 mars 2023, à l'adresse

<https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906.htm>

Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2020). La méthode qualitative et ses enjeux.

Cairn.info. Consulté le 13 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-page-21.htm>

Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2020). Tableau synthétique des approches quantitatives et qualitatives. Cairn.info. Consulté le 13 février 2023 à l'adresse

<https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-page-21.htm>

Bouchard, J.-M., & Kalubi, J.-C. (2006, mai). *Partenariat et recherche de transparence*.

Cairn. Consulté le 27 décembre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-5-page-50.html>

Bouygard, A., Lavigne, C., & Remay, F. (2020, janvier). *Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel*. IGAS - Inspection générale des affaires sociales.

Consulté le 17 décembre 2022, à l'adresse

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article792>

Brown, T., & Chien, C. (2010). Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment :

Which Way Do We Go ? *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95.

<https://doi.org/10.4276/030802210x12682330090334>

Certification des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel : élaboration du dispositif et du référentiel - Note de cadrage. (2021, 21 octobre). HAS - Haute

Autorité de Santé. Consulté le 3 février 2023, à l'adresse [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293982/en/certification-des-prestataires-de-services-et-distributeurs-de-materiel-elaboration-du-dispositif-et-du-referentiel-note-de-cadrage)

[sante.fr/jcms/p_3293982/en/certification-des-prestataires-de-services-et-distributeurs-de-materiel-elaboration-du-dispositif-et-du-referentiel-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293982/en/certification-des-prestataires-de-services-et-distributeurs-de-materiel-elaboration-du-dispositif-et-du-referentiel-note-de-cadrage)

Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). *Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie*. Cairn.info. Consulté le 2 février 2023, à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-17.htm>

Code de l'action sociale et des familles : Article D245 - 10. (2021). Légifrance - République Française. Consulté le 16 décembre 2022, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042855646/

Code de l'action sociale et des familles : Annexe 2-5. (2017). Légifrance - République Française. Consulté le 3 février 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034578958/2017-05-05

Code de la Santé Publique : Article D5232. (2006). Légifrance - République Française. Consulté le 3 février 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196670/#LEGISCTA000006196670

Code de la Santé Publique : Article L5211 - 1. (2020). Légifrance - République Française. Consulté le 3 février 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046126069

Code de la Santé Publique : Article L5232 - 3. (2020). Légifrance - République Française. Consulté le 16 décembre 2022, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690341/

Code de la Santé Publique : Article R4127-36. (2021, 28 mai). Légifrance - République Française. Consulté le 2 février 2023, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196409?init=true&page=1&query=R4127-36&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000043588188#LEGIARTI000043588188

Code de la Santé publique : Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4331-1 à D4331-1-1).

(2023). Légifrance - République Française. Consulté le 6 février 2023, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190626/>

Contenu du cahier des charges. (2021). INRS. Consulté le 11 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.inrs.fr/risques/acquisition-machine/contenu-cahier-charges.html>

Contrôle de l'information des consommateurs sur les prix des produits et services d'aide à

l'autonomie. (s. d.). economie.gouv.fr. <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/controle->

[linformation-des-consommateurs-sur-prix-des-produits-et-services-daide-a-lautonomie](https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/controle-linformation-des-consommateurs-sur-prix-des-produits-et-services-daide-a-lautonomie)

Contrôle de l'information des consommateurs sur les prix des produits et services d'aide à

l'autonomie. (2016, 28 octobre). economie.gouv.fr. Consulté le 17 décembre 2022, à

l'adresse <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/controle-linformation-des->

[consommateurs-sur-prix-des-produits-et-services-daide-a-lautonomie](https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/controle-linformation-des-consommateurs-sur-prix-des-produits-et-services-daide-a-lautonomie)

CNSA. (2013a). *Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons*

départementales des personnes handicapées.

CNSA. (2013b). *L'éligibilité à la PCH : Ce qu'il faut savoir sur la cotation des capacités*

fonctionnelles.

Cungi, C. (2014). *L'alliance thérapeutique.* Cairn.info. Consulté le 10 février 2023, à

l'adresse <https://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies-->

[9782361063917-page-174.htm](https://www.cairn.info/troubles-mentaux-et-psychotherapies--9782361063917-page-174.htm)

Décret n° 2022-737 du 28 avril 2022. (2022, 29 avril). Légifrance - République Française.

Consulté le 20 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696761#:~:text=Notice%20>

[explicative%20%3A%20le%20texte%20pr%C3%A9cise,pr%C3%A9alablement%20p](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696761#:~:text=Notice%20explicative%20%3A%20le%20texte%20pr%C3%A9cise,pr%C3%A9alablement%20p)

[prescrits%20par%20un%20m%C3%A9decin.](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696761#:~:text=Notice%20explicative%20%3A%20le%20texte%20pr%C3%A9cise,pr%C3%A9alablement%20prescrits%20par%20un%20m%C3%A9decin.)

Ergothérapeute. (s. d.). ONISEP. Consulté le 19 avril 2023, à l'adresse

<https://www.onisep.fr/ressources/Univers-Metier/Metiers/ergotherapie>

Ergothérapeute – Ministère de la Santé et de la Prévention. (2012, août 8). Ministère de la

Santé et de la Prévention. Consulté le 18 décembre 2022, à l'adresse

<https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapie>

Evans, C., & Kahas, A. C. (1992). *Hypothetico-deductive Reasoning*. Consulté le 13 février 2023, à l'adresse

https://www.ueda.info.waseda.ac.jp/AITEC_ICOT_ARCHIVES/ICOT/Museum/FGC/S/FGCS92en-proc2/92eABD2-2.pdf

Fenneteau, H. (2014). *Enquête : entretien et questionnaire*. Cairn.info. Consulté le 18 janvier

2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/enquete-entretien-et-questionnaire--9782100722341.htm>

Fiche n° 14 : la prestation de compensation du handicap (PCH). (2019, 3 juin). CNSA.

Consulté le 6 février 2023, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/node/4725>

Formarier, M. (2007). *La relation de soin, concepts et finalités*. Consulté le 10 février 2023, à

l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Fresso, J.-B. (2015). *Objectivité*. Cairn.info. Consulté le 14 février 2023, à l'adresse

<https://www.cairn.info/dictionnaire-critique-de-l-expertise--9782724617603-page-225.htm>

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1998). Les enquêtes sociologiques : théories et pratique. Dans

A. Colin eBooks. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB19095896>

- Guihard, J. (2013, 15 mars). *Et si l'ergothérapie était une codiscipline parce qu'indisciplinée ?* jp.guihard.net. Consulté le 15 février 2023, à l'adresse <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article29>
- Guihard, J.-P. (2013, 18 septembre). *Interprofessionnalité ou interprovidence ?* jp.guihard.net. Consulté le 15 février 2023, à l'adresse <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article174>
- Handicap et santé.* (2022, décembre 2). OMS - Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 11 décembre 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
- Henderson, V. (2014, 22 mai). *Sur une base théorique selon Virginia Henderson.* Association Prendsaplace. Consulté le 17 décembre 2022, à l'adresse <https://www.prendsaplace.com/virginia-henderson/>
- Hruschka, D. J., & Silk, J. B. (2017, 8 novembre). *Cooperative Relationships.* Wiley Online Library. Consulté le 14 février 2023, à l'adresse <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118900772.etrds0427>
- INTERPROFESSIONNEL : Définition de INTERPROFESSIONNEL. (s. d.). Dans *CNRTL - Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.* Consulté le 15 février 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/interprofessionnel>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014, avril). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances.* Cairn. Consulté le 18 décembre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.html>
- L'activité : Un besoin fondamental de l'être humain.* (2021). OEQ - Ordre des ergothérapeutes du Québec. Consulté le 4 février 2023, à l'adresse https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/1~v~activite_besoin_fondamental.pdf

L'Ecuyer, R. (1990). *La méthode d'analyse*.

La prestation de compensation du handicap (PCH). (2023, 12 janvier). Mon Parcours

Handicap. Consulté le 2 février 2023, à l'adresse

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/la-prestation-de-compensation-du-handicap-pch>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : objectif - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le 22

février 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectif/55357>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : revendeur - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le

12 novembre 2022, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/revendeur/69080>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : partenariat - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté le

25 février 2023, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenerariat/58354>

Le partenariat dans le travail social. (2010). rnrsms.ac-creteil.fr. Consulté le 20 mars 2023, à

l'adresse http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le_partenerariat_dans_le_travail_social-final.pdf

Les chiffres clés du handicap en France. (2017, 5 juillet). OCIRP. Consulté le 3 décembre

2022, à l'adresse <https://www.ocirp.fr/actualites/les-chiffres-cles-du-handicap-en-france>

Les dispositifs médicaux (implants, prothèses. . .) – Ministère de la Santé et de la Prévention.

(2023, 4 avril). Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le 26 février 2023,

à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/article/les-dispositifs-medicaux-implants-protheses>

Liste des produits et prestations - LPP. (2021, 31 décembre). ameli.fr. Consulté le 6 février 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/liste-produits-prestations-lpp>

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (2005, février). Légifrance - République Française. Consulté le 14 décembre 2022, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>

Maraquin, C. (2014). *Le partenariat c'est quoi ?* cairn.info. Consulté le 10 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/handicap-pratiques-professionnelles-a-domicile--9782100721368-page-113.htm>

Marc, E., & Picard, D. (2015). *Conflit et relation.* Cairn.info. Consulté le 10 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2015-1-page-129.htm>

Mercier, S. (2002), *Une typologie de la formalisation de l'éthique en entreprise : l'analyse de contenu de 50 documents*, Revue de gestion des ressources humaines, 43, p. 34-49.

Mercier, S. (2004). *L'éthique dans les entreprises.* Cairn.info. Consulté le 14 février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/l-ethique-dans-les-entreprises--9782707142245.htm>

Meyer, Sylvie. (2013). *De l'activité à la participation.* De Boeck Supérieur.

Michel, G., & Collin, I. (2019). *Collaborer, coopérer et co-créeer en recherche.* Cairn.info. Consulté le 15 mai 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-decisions-marketing-2019-3-page-5.htm>

Missions et fonctionnement des MDPH. (2022, 10 mai). CNSA. Consulté le 13 décembre à l'adresse <https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/missions-et-fonctionnement-des-mdph>

Mounic, V., & Rullon, I. (2020, 14 décembre). *Certification des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel : élaboration du dispositif et du référentiel.* HAS - Haute

- Autorité de Santé. Consulté le 20 novembre 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293982/fr/certification-des-prestataires-de-services-et-distributeurs-de-materiel-elaboration-du-dispositif-et-du-referentiel-note-de-cadrage
- Morel, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur. P.141
- Nola, R. (2007). The hypothetico-deductive method. *Theories of Scientific Method*, 170-184. Consulté le 13/02/2023 à l'adresse <https://www.cambridge.org/core/books/abs/theories-of-scientific-method/hypotheticodeductive-method/A23939B9520B5DF79FF0E96738EEA906>
- Norme ISO 9999 : 2007. (2007). ISO. <https://www.iso.org/fr/standard/38894.html>
- OEQ - Ordre des ergothérapeutes du Québec (2006, 1 décembre). *Normes de sécurité et aides techniques*. OEQ. Consulté le 5 février 2023, à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/60-normes-de-securite-et-aides-techniques.html>
- OEQ - Ordre des ergothérapeutes du Québec (2019, 1 février). *Plan d'intervention*. OEQ. Consulté le 24 février 2023, <https://www.oeq.org/publications/documents-professionnels/la-tenue-des-dossiers-en-ergotherapie/37-plan-d-intervention.html>
- OEQ - Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2021). *L'activité : Un besoin fondamental de l'être humain*. Consulté le 4 février 2023, à l'adresse https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/1~v~activite_besoin_fondamental.pdf
- Picard, D., & Marc, E. (2008). *Spécificité du conflit relationnel*. Cairn. Consulté le 20 novembre 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130562511-page-3.htm?contenu=article>

Qu'est-ce qu'une aide technique/aide matérielle ? (2023, 16 mai). Mon Parcours Handicap.

Consulté le 19 mai 2023, à l'adresse <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides-techniques/quest-ce-quune-aide-techniquematerielle>

Québec., O. D. E. du. (2006, 1 décembre). *Normes de sécurité et aides techniques*. Ordre des ergothérapeutes du Québec. Consulté le 18 décembre 2022, à l'adresse

<https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/60-normes-de-securite-et-aides-techniques.html>

Quelles sont les 8 étapes à connaître pour demander votre aide technique ? (2023, 18

janvier). Mon Parcours Handicap. Consulté le 22 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides-techniques/quelles-sont-les-8-etapes-connaître-pour-demander-votre-aide-technique>

Quels sont les financements complémentaires des aides techniques ? (2023, 24 janvier). Mon

Parcours Handicap. Consulté le 6 février 2023, à l'adresse

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides-techniques/quels-sont-les-financements-complémentaires-des-aides-techniques>

Raymond, H. (1968). Analyse de contenu et entretien non directif : application au symbolisme de l'habitat. *Revue Française De Sociologie*. Consulté le 28 janvier à l'adresse

https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1968_num_9_2_1378

Sorsana, C. (1999). *Psychologie des interactions sociocognitives*. Armand Colin. Consulté le

10/02/2023 à l'adresse <https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/hal-01168115v1/document>

Tahou, A. (2012). *Interprofessionnalité : de qui parlons-nous ?* Cairn.info. Consulté le 15

février 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-infokara-2019-2-page-49.htm>

Tariq, M. U. (2015, 26 avril). *Hypothetico-deductive method : a comparative analysis*.

ResearchGate. Consulté le 16 février 2023, à l'adresse

https://www.researchgate.net/publication/275475950_HYPOTHETICO-DEDUCTIVE_METHOD_A_COMPARATIVE_ANALYSIS

Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) –. (2022, 14 septembre). Ministère

de la Santé et de la Prévention. [https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-](https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr)

[charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr](https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr)

Tremblay, G. (2003, février). *Les partenariats : stratégies pour une économie du savoir*.

Cairn. Consulté le 27 décembre 2022, à l'adresse [https://www.cairn.info/revue-](https://www.cairn.info/revue-distances-et-savoirs-2003-2-page-191.html)

[distances-et-savoirs-2003-2-page-191.html](https://www.cairn.info/revue-distances-et-savoirs-2003-2-page-191.html)

Turlan, N. (1997, juin). *L'autonomie : un concept clé pour l'ergothérapie*. jp.guihard.net.

Consulté le 17 décembre 2022, à l'adresse [http://jp.guihard.net/IMG/pdf/turlan-](http://jp.guihard.net/IMG/pdf/turlan-autonomie.pdf)

[autonomie.pdf](http://jp.guihard.net/IMG/pdf/turlan-autonomie.pdf)

Warchol, N. - *Autonomie - Les concepts en sciences infirmières 2ème édition*. (2012). Cairn.

Consulté le 20 novembre 2022, à l'adresse [https://www.cairn.info/concepts-en-](https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.html)

[sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.html](https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.html)

World Federation of Occupational Therapists. (s. d.). *World Federation of Occupational*

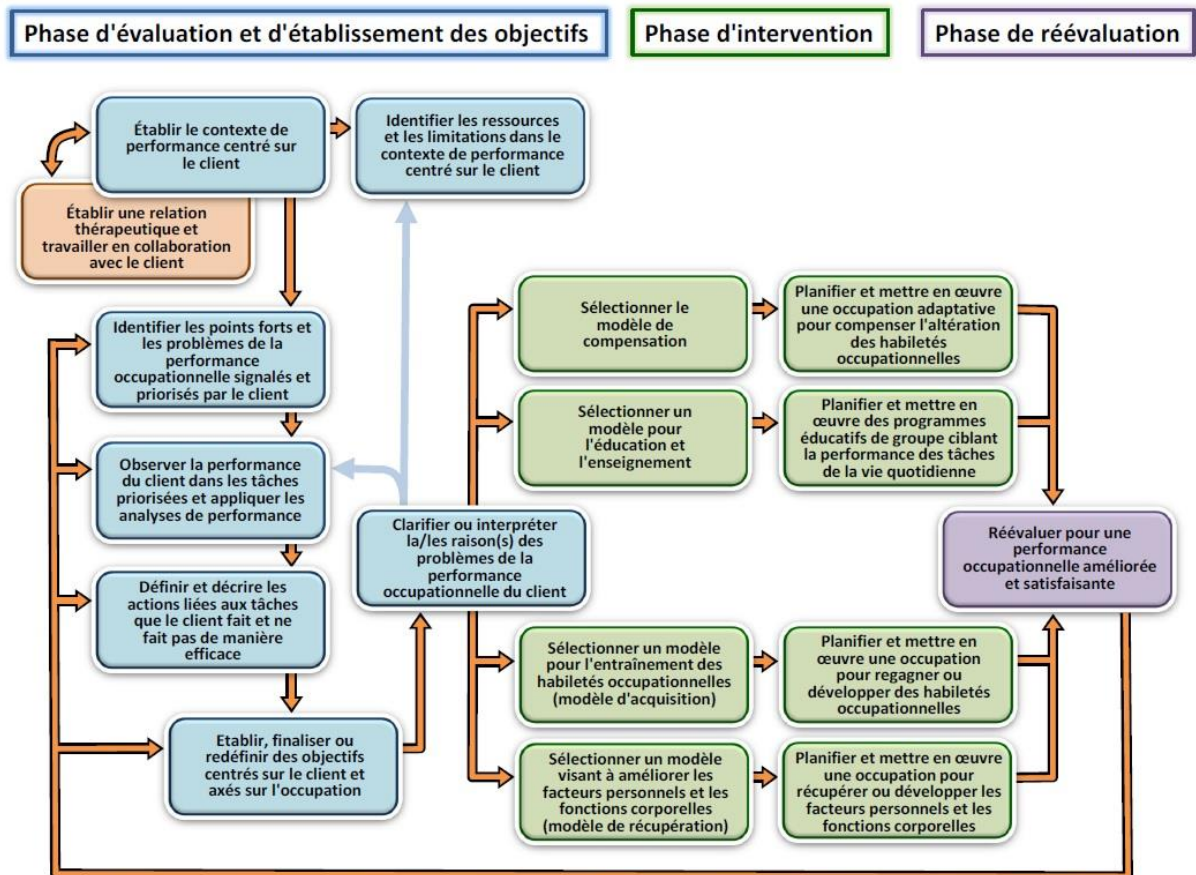
Therapists / WFOT. WFOT. Consulté le 21 janvier 2023, à l'adresse

<https://www.wfot.org/>

Table des matières des Annexes

Annexe 1 : Modèle de l'OTIPM par Ann Fisher, 1998	I
Annexe 2 : Activités de la Vie Quotidienne selon le Code de l'action sociale et des familles : Annexe 2-5. (2017)	II
Annexe 3 : Annexe de l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels.....	III
Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des ergothérapeutes	X
Annexe 5 ; Guide d'entretien auprès des PSDM.....	XIII
Annexe 6 : Grille d'analyse verticale et horizontale des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes.....	XVI
Annexe 7 : Grille d'analyse verticale et horizontale des entretiens réalisés avec les PSDM	XX

Annexe 1 : Modèle de l'OTIPM par Ann Fisher, 1998



Adapté de Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Traduction officielle, approuvée en juin 2013)

Annexe 2 : Activités de la Vie Quotidienne selon le Code de l'action sociale et des familles
: Annexe 2-5. (2017)

Activités du domaine 1 : mobilité :

- se mettre debout ;
- faire ses transferts ;
- marcher ;
- se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ;
- avoir la préhension de la main dominante ;
- avoir la préhension de la main non dominante ;
- avoir des activités de motricité fine.

Activités du domaine 2 : entretien personnel :

- se laver ;
- assurer l'élimination et utiliser les toilettes ;
- s'habiller ;
- prendre ses repas.

Activités du domaine 3 : communication :

- parler ;
- entendre (percevoir les sons et comprendre) ;
- voir (distinguer et identifier) ;
- utiliser des appareils et techniques de communication.

Activités du domaine 4 : tâches et exigences générales, relations avec autrui :

- s'orienter dans le temps ;
- s'orienter dans l'espace ;
- gérer sa sécurité ;
- maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui.

Annexe 3 : Annexe de l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériels

Contexte réglementaire du prestataire de services et distributeur de matériels

Public visé

Les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap.

Objectifs

- Identifier les principales agences et l'organisation du système de santé.
- Identifier le parcours du dispositif médical.
- Identifier les différents régimes et caisses d'assurance maladie.
- Citer les règles professionnelles et les règles de bonnes pratiques du prestataire de service et distributeur de matériel : principes de dignité, d'éthique.
- Identifier les conséquences sur son activité professionnelle.
- Identifier les règles liées au respect du droit du patient.

Éléments de contenu

Le système de santé et la protection sociale :

- L'organisation du système de santé au niveau national et régional (ministère chargé de la santé, ARS) et les principales agences. Le parcours du dispositif médical : mise sur le marché, conditions d'utilisation et matériovigilance, conditions de remboursement et les taux de remboursement (LPPR), le déclenchement d'alerte.
- Les différents régimes et organisation des caisses d'assurance maladie.
- La CMU, les mutuelles.

La réglementation :

- Le [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 :
 - o les règles professionnelles : secret professionnel, confidentialité, principes de dignité, éthique ;
 - o les règles de bonnes pratiques : la convention nationale de tiers payant.
- L'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 prévue à l'[article L. 5232-3 du code de la santé publique](#).

Durée :

Une demi-journée.

Contexte réglementaire du prestataire de services et distributeur de matériels

Public visé

Les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et services.

Objectifs

- Identifier l'organisation du système de santé et les principales agences.
- Expliquer le parcours du dispositif médical.
- Expliquer les différents régimes et l'organisation des caisses d'assurance maladie.
- Expliquer les règles professionnelles et les règles de bonnes pratiques du prestataire de service et distributeur de matériel : principes de dignité, d'éthique, et leur impact sur son secteur d'activité.
- Expliquer les conséquences sur son activité professionnelle.
- Expliquer les règles liées au respect du droit du patient.

Eléments de contenu

Le système de santé et la protection sociale :

- L'organisation du système de santé au niveau national et régional (ministère chargé de la santé, ARS) et les principales agences.

Le parcours du dispositif médical : mise sur le marché (marquage CE), conditions d'utilisation et matériovigilance, conditions de remboursement et les taux de remboursement (LPPR), le déclenchement d'alerte.

- Les différents régimes et organisation des caisses d'assurance maladie.
- La CMU, les mutuelles.

La réglementation :

- Le 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 :
 - o les règles professionnelles : secret professionnel, confidentialité, principes de dignité, éthique ;
 - o les règles de bonnes pratiques : la convention nationale de tiers payant
- L'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 prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

Durée

Une journée.

Environnement professionnel

Public visé

Les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap.

Objectifs

- Identifier les différents acteurs intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap, notamment dans les domaines sanitaire, social, médico-social et familial, et leur rôle.
- Définir le rôle du prestataire et ses missions (rôle de l'intervenant et du garant).
- Identifier les différents matériels et services.
- Identifier les relations du prestataire avec les différents acteurs.

Eléments de contenu

- Les différents acteurs et différentes structures intervenant auprès du patient, leur rôle et responsabilité : professionnels de santé, établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, partenaires institutionnels (MDPH, CLIC...).
- Les différents matériels et services.
- Le rôle et les missions de l'intervenant et du garant.
- Les règles professionnelles, de bonnes pratiques et d'éthique.
- Les relations avec les différents acteurs au sein du parcours de soins.

Durée

Une journée.

Environnement professionnel

Public visé

Les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et services.

Objectifs

- Identifier les différents acteurs intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap, notamment dans les domaines sanitaire, social, médico-social et familial, et leur rôle.
- Définir le rôle du prestataire et ses missions : rôle de l'intervenant et du garant.
- S'assurer du respect des règles d'éthique dans les relations du prestataire avec les différents acteurs.
- Evaluer les connaissances des intervenants sur les matériels délivrés.

Eléments de contenu

- Les différents acteurs et différentes structures intervenant auprès du patient, leur rôle et responsabilité : professionnels de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux...
Le rôle et les missions de l'intervenant et du garant.
- Les règles professionnelles, de bonnes pratiques et d'éthique.
- Les relations avec les différents acteurs au sein du parcours de soins.
- Les méthodes et modalités d'évaluation de connaissances sur les matériels délivrés par les intervenants.

Durée

Une journée.

Hygiène et sécurité

Public visé

Les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap.

Objectifs

- Identifier les règles de sécurité et d'hygiène vis-à-vis de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap dans le cadre de la prestation de services.
- Identifier les situations nécessitant une alerte ou un échange avec le prescripteur ou l'équipe pluridisciplinaire.
- Identifier les règles de signalement d'un événement indésirable.

Éléments de contenu

- Les risques liés à l'hygiène et la sécurité des matériels et dispositifs médicaux suivant les quatre catégories.
- Les moyens de prévention.
- Les relations professionnelles entre le prestataire de service et distributeur de matériel et les différents acteurs et la responsabilité du PSDM (alerte du médecin prescripteur ou de l'équipe pluridisciplinaire en cas d'anomalie, information sur le suivi du matériel...).
- Notion de matériovigilance ou de pharmacovigilance (selon le cas) : signalement d'effets indésirables, le circuit de signalement, les acteurs, les outils, traçabilité.

Durée

Une journée.

Hygiène et sécurité

Public visé

Les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et services.

Objectifs

- Expliquer les règles de sécurité et d'hygiène vis-à-vis de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap dans le cadre de la prestation de services.
- Identifier les situations nécessitant une alerte ou un échange avec le prescripteur ou l'équipe pluridisciplinaire.
- Expliquer les règles de signalement d'un événement indésirable.

Eléments de contenu

- Les risques liés à l'hygiène et la sécurité des matériels et dispositifs médicaux suivant les quatre catégories.
- Les moyens de prévention.
- Les règles de matériovigilance ou de pharmacovigilance (selon le cas) : signalement d'effets indésirables, le circuit de signalement, les acteurs, les outils, traçabilité.
- Le rôle du prestataire de service et distributeur de matériel et des différents acteurs et la responsabilité du PSDM (alerte du médecin prescripteur ou de l'équipe pluridisciplinaire en cas d'anomalie, information sur le suivi du matériel...).

Durée

Une journée pour les garants non professionnels de santé.

Une demi-journée pour les garants professionnels de santé.

Intervention auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap

Public visé

Les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap.

Objectifs

- Adapter son comportement et sa relation à la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap et à son entourage.

Eléments de contenu

- Définition de la maladie et du handicap.
- Les modalités d'intervention dans un lieu privé, notion d'espace personnel, d'intimité.
- Les attitudes et comportements adaptés.
- Notions de base sur la communication et la relation à autrui.

Durée

Une journée.

Intervention auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap

Public visé

Les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et services.

Objectifs

- Définir les modalités et les conditions d'intervention de l'intervenant dans sa relation à la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap et à son entourage.
- Evaluer le comportement et les compétences de l'intervenant dans sa relation à la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap et à son entourage.

Eléments de contenu

- Définition de la maladie et du handicap.
- Les modalités d'intervention dans un lieu privé, notion d'espace personnel, d'intimité.
- Notions de base sur la communication et la relation à autrui.

Durée

Une journée pour les garants non professionnels de santé.

Une demi-journée pour les garants professionnels de santé.

Annexe 4 : Guide d'entretien auprès des ergothérapeutes

Thématique	Indicateurs	Questions et questions de relance
Présentation du professionnel	Critères d'inclusion et d'exclusion	Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? <ul style="list-style-type: none"> - En quel année avez-vous été diplômée - Dans quel service avez-vous travaillé ? travaillez-vous ?
		Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?
Profil de patients	Population cible et concernée	Quels types de patients prenez-vous en soin quotidiennement ? <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont leurs lésions ? (AVC, neuro, amputation) - Quelles sont leurs tranches d'âges ? - Travaillent-ils encore ?
		A quelle fréquence les patients ont besoin d'aides techniques ? <ul style="list-style-type: none"> - Auriez-vous un pourcentage, un ordre de grandeur de patients en besoin d'aides techniques
Accompagnement et objectifs	Mise en place d'objectifs	Quels peuvent être les objectifs par rapport à l'accompagnement de cette population ? <ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Indépendance - Récupération capacités antérieures - Autres réponses
	Moyens de mise en place	Comment les établissez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> - Avec le patient ? - Avec sa famille ? - Fonctionnel : grâce à des grilles de cotation s - Autres réponses (en équipe ...)
	Atteintes	Pouvez-vous me parler de l'atteinte d'objectifs par rapport à une aide technique ? <ul style="list-style-type: none"> - Y-a-t-il d'autres objectifs dans la préconisation d'aides techniques que ceux évoqués plus tôt ?

Les débuts du processus de préconisation	Identification des débuts de la préconisation	A quel instant dans votre PEC commencez-vous à penser à une préconisation d'aides techniques ?
	Les besoins de l'utilisateur	Comment évaluez-vous si une personne en a besoin ?
	La population concernée	Quels sont les profils de ces personnes ? <ul style="list-style-type: none"> - Pathologies fréquentes dans la préconisation ? - Tranche d'âge particulière ? - Avec besoins particuliers ? Lié au travail, aux AVQ, aux loisirs ?
La particularité de l'ergothérapeute en préconisation	Actions de l'ergothérapeute	Pouvez-vous me parler de votre pratique ergo dans la préconisation ? <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous été formé à la préconisation d'aides techniques ? - En quoi la préconisation d'aides techniques correspond à vos compétences d'ergothérapeute ? - Quelles sont les types d'AT les plus préconisées ?
	Identification des besoins spécifiques de l'utilisateur	Quels aspects de la personne prenez-vous en compte ? <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs environnementaux (physiques, sociaux, humain), activités, emploi
	Difficultés de préconisation	Existe-t-il des difficultés à la préconisation ? <ul style="list-style-type: none"> - Lesquelles ? - A quoi sont-elles dues ? - Comment les prenez-vous en compte ?
	Adaptation de la démarche	Pouvez-vous parler de l'ensemble de votre démarche de préconisation ? <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les étapes de votre préconisation ? - Vous basez-vous sur un modèle ou sur un protocole ? - Comment le revendeur est-il choisi ? <i>Géographie, hasard, patient, qualité/prix</i> - Proposez-vous la réalisation d'essais à l'utilisateur lorsque cela est possible ? - Si oui, comment se déroulent-ils ? - Si l'aide technique ne correspond pas, comment cela se passe-t-il ? <p>Une fois les essais concluants, comment cela se passe-t-il ?</p>

Interprofessionnalité	Identification des professionnels en lien	Travaillez-vous régulièrement avec d'autres professionnels par rapport à la préconisation ? - Si oui, lesquels ? - Dans quel contexte ?
	La relation avec le PSDM	<i>En se concentrant sur la relation avec le PSDM, Pouvez-vous me parler de cette relation ?</i> - Ses composantes - Est-elle importante ? Voire nécessaire ? - Qu'attendez-vous d'un PSDM ? - Qu'attend un PSDM d'un ergothérapeute d'après-vous ? - Qui élabore le cahiers des charges ? - Quel(s) mot(s) corresponde(nt) selon vous pour décrire cette relation : Echange, partenariat, collaboration ? Pourquoi ? Quels sont les leviers et les freins de cette collaboration ?
Impact de cette collaboration sur l'utilisateur	Evaluation de la relation interprofessionnelle sur l'utilisateur	Selon vous, cette relation entre vous et le PSDM peut elle avoir des impacts sur l'utilisateur ? - Si oui, lesquels ? - Si non, pourquoi ? <i>Si oui, comment considérez-vous / prenez-vous en compte ces impacts ?</i>
	Objectifs de la relation interprofessionnelle	Quels sont les intérêts et les inconvénients de ce partenariat ? Quel peut être son impact dans la préconisation d'AT ? - Par rapport au cahier des charges d'une AT - Par rapport à la prise en compte de la personne dans son intégralité ? - Par rapport aux essais de l'aide techniques, aux questions de financement ? - <i>Par rapport à la lever des freins évoqués plus tôt</i>
	Inclusion de l'utilisateur dans la relation professionnelle	Où se situe l'utilisateur dans ce partenariat ? - Est-il pris en compte ? - Est-il le principal décisionnaire ? Est-il considéré comme un partenaire à part égale ?
Autres		Avez-vous des remarques, des éléments qui n'ont pas été abordés mais qui vous semblent importants ?

Annexe 5 ; Guide d'entretien auprès des PSDM

Thématiques	Indicateurs	Questions et questions de relance
Présentation	Critères d'inclusion et d'exclusion	Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos formations ? Avez-vous passé une certification particulière ? - Depuis quand exercez-vous ?
Profil de patients	Population cible et concernée	Quels types de clients rencontrez-vous régulièrement ? <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont leurs lésions ? (AVC, neuro, amputation) - Quelles sont leurs tranches d'âges ? - Travaillent-ils encore ?
		Dans quels types de structures êtes-vous amenés à travailler ?
Accompagnement et objectifs	La relation avec le client	Comment qualifieriez-vous la relation avec le client ?
	Mise en place d'objectifs	Quels sont vos objectifs ?
Les débuts de la préconisation	Le contact se fait-il dans une démarche de préconisation ?	Les clients vous contactant, savent-ils de quelles aides techniques ils ont besoin ? <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, comment ? Puis quel est votre rôle ? - Si non, quel est votre rôle ?
	Identification du moment de l'intervention dans le processus de préconisation	Lorsqu'un de vos clients est en SSR, à partir de quel moment êtes-vous contacté pour une acquisition d'aide technique ? <ul style="list-style-type: none"> - Après X semaines ? - Après une certaine période de rééducation ? - Dès le début ?
La particularité du PSDM en préconisation	Actions du PSDM	Pouvez-vous me parler de votre pratique dans la préconisation et l'acquisition d'aides techniques ? <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous un protocole à respecter ? Suivez-vous une démarche particulière ?(cahier des charges... - Comment avez-vous été formé aux aides techniques ? - Comment êtes-vous régulièrement informé des nouvelles aides techniques mises sur le marché ?

	Rôle du PSDM dans une démarche de préconisation	<p>Pouvez-vous parler de la démarche de préconisation du client, et votre rôle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous régulièrement contacté pour des essais d'aides techniques ? - Si oui, comment se déroulent-ils ? - Si l'aide technique ne correspond pas, comment cela se passe-t-il ? - Quels sont vos droits, obligations, devoirs ?
	Freins de la préconisation	<p>Existe-t-il des difficultés lors de la préconisation et/ou l'acquisition ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesquelles ? - A quoi sont-elles dues ?
Interprofessionnalité	Identification des professionnels en lien	<p>Travaillez-vous régulièrement avec d'autres professionnels par rapport à la préconisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, lesquels ? - Dans quel contexte ?
	La relation avec l'ergothérapeute	<p><i>En se concentrant sur la relation avec l'ergothérapeute,</i></p> <p>Pouvez-vous me parler de cette relation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ses composantes - Est-elle importante ? Voire nécessaire ? - Qu'attendez-vous d'un ergothérapeute ? - Qu'attend un ergothérapeute d'un PSDM d'après-vous ? - Qui élabore le cahiers des charges de l'AT - Quel(s) mot(s) corresponde(nt) selon vous pour décrire cette relation : Echange, partenariat, collaboration ? Pourquoi ? <p>Quels sont les leviers et les freins de cette collaboration ?</p>
Impact de cette collaboration sur l'utilisateur	Evaluation de la relation interprofessionnelle sur l'utilisateur	<p>Selon vous, cette relation entre vous et le PSDM peut elle avoir des impacts sur le client ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, lesquels ? - Si non, pourquoi ? <p><i>Si oui, comment considérez-vous / prenez-vous en compte ces impacts ?</i></p>

	Objectifs de la relation interprofessionnelle	<p>Quels sont les intérêts et les inconvénients de ce partenariat ? <i>Autres que le prêt de matériel</i></p> <p>Quel peut être son impact dans la préconisation d'AT ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par rapport au cahier des charges d'une AT - Par rapport à la prise en compte de la personne dans son intégralité ? - Par rapport aux essais de l'aide techniques, aux questions de financement ? - <i>Par rapport à la lever des freins évoqués plus tôt</i>
Impact de cette collaboration	Inclusion de l'utilisateur dans la relation professionnelle	<p>Où se situe le client dans ce partenariat ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-il pris en compte ? - Est-il le principal décisionnaire ? - Est-il considéré comme un partenaire à part égale ?
Autres		Avez-vous des remarques, des éléments qui n'ont pas été abordés mais qui vous semblent importants ?

Annexe 6 : Grille d'analyse verticale et horizontale des entretiens réalisés avec les ergothérapeutes

Thématiques	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Synthèse horizontale
Thème 1 Accompagnement et objectifs	Mise en place d'objectifs	« L'objectif principal est de compenser le manque d'indépendances dans les actes soit de la vie quotidienne soit importantes pour la personne » « L'objectif est de compenser les déficiences et de permettre une autonomie et une indépendance dans les activités de la personne »	« L'aide technique sert à compenser une fonction lésée, elle doit être préconisée avec parcimonie » « L'important est de permettre le maintien de l'autonomie et de l'indépendance chez le patient dans l'ensemble de ses activités »	- L'objectif le plus fréquent est le gain d'indépendance dans les activités de la personne - Une aide technique compense une fonction
	Moyens de mise en place	« Ils sont établis avec la personne elle-même et avec l'aidant » « Nous faisons notre évaluation et parfois on observe des objectifs que la personne n'a pas forcément formulé et que nous proposons »	« Les objectifs doivent être établis avec le patient en première attention et par la suite sa famille » « Je peux être amené à le conseiller en fonction de ce que j'ai pu observer lors de mise en situation ou des plaintes formulées par l'entourage, les aidants et le patient lui-même »	- Le patient est celui établit les objectifs - L'entourage est pris en compte dans cette phase - L'ergothérapeute peut proposer des objectifs au patient selon ce qu'elle a vu
	Atteintes des objectifs	« Les objectifs établis peuvent être revus par la suite, selon des difficultés qui ont pu apparaître ont disparaître au fur et à mesure, l'idée étant que l'aide technique soit utilisée » « Les objectifs sont évalués avec la personne une fois les essais réalisés pour voir si la solution retenue correspond »	« Pour faire en sorte que l'objectif soit atteint, il faut être vigilant lors de la préconisation pour s'assurer que l'aide technique corresponde et soit utilisée à l'avenir, il ne faut pas hésiter à réévaluer pour s'assurer que cela correspond vraiment. » « Nous pouvons savoir si les objectifs sont atteints en fonction de si les essais sont concluants ou non pour la personne ».	- Le fait d'utiliser une aide technique peut exprimer l'atteinte des objectifs de la personne

Thème 2 La particularité de l'ergo en préconisation	Actions de l'ergothérapeute	« Les aides techniques sont une part très importante du métier d'ergothérapeute » « Nous nous basons sur l'évaluation qu'on aura faite avec le patient et les besoins qu'il exprime » « Nous prenons en compte la pathologie, si elle est évolutive par exemple »	« La préconisation fait partie de nos compétences » « Nous sommes spécialistes de l'activité et de la santé, notre analyse permet de proposer l'AT la plus adaptée en fonction des attentes et des besoins de la personne »	<ul style="list-style-type: none"> - Les aides techniques sont un domaine de compétence de l'ergothérapeute - L'ergothérapeute se base sur ses connaissances du patient et de la pathologie
	Identification des besoins spécifiques de l'usager	« ON prend en compte les facteurs environnementaux, techniques, humains comme les aidants familiaux ou professionnels ainsi que les habitudes de vie de la personne ».	« On ne peut pas mettre en place une aide technique sans avoir réalisé une analyse avant » « Il est important de prendre en compte la personne dans sa globalité, son aspect personnel et également familial »	<ul style="list-style-type: none"> - L'ergothérapeute se base sur les habitudes de vie de la personne pour évaluer avec elle ses besoins - La personne est prise en compte dans son intégralité
	Difficultés de préconisation	« Les principales difficultés vont être en lien avec l'acceptation, le regard que la personne peut porter sur certaines aides techniques. » « S'il y a un aidant, il faut qu'il soit partie prenante » « S'il y a des difficultés en lien avec l'acceptation du handicap, on peut essayer de se mettre en lien avec des personnes pouvant intervenir dans cette situation comme un accompagnement psychologique »	« Les difficultés que l'on observe le plus souvent sont l'acceptation du handicap par le patient ou par sa famille mais également l'aspect visuel de l'aide technique » « Il est primordial de faire attention à la façon dont on amène l'aide technique, il ne faut pas brusquer le patient »	<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté la plus fréquente face à l'acquisition de l'aide technique est l'acceptation du handicap - Il existe de nombreuses difficultés à prendre en compte lors de la prévention - Ergo 1 : nous pouvons mettre en lien le patient avec des professionnels pouvant intervenir selon la situation
	Adaptation de la démarche	« On ne va pas proposer des compensations pour des activités que la personne ne souhaite pas faire ou ne réalise pas. »	« J'explique toujours au patient l'intérêt de l'aide technique »	<ul style="list-style-type: none"> - Les aides techniques proposées correspondent aux besoins de la personne

Thème 3 Interpro- fessionnalité	Identification des professionnels en lien	« En dehors des prestataires, on travaille avec les médecins pour les prescriptions, les aidants professionnels s'il y a et les autres spécialistes de santé en lien »	« En intra hospitalier, les soignants des unités peuvent nous solliciter lorsqu'ils repèrent une difficulté, cela me permet d'aller voir le patient en situation pour mettre en place certaines techniques ou aides techniques »	- Les ergothérapeutes travaillent avec énormément de professionnels (dans le domaine du médical ou non) ainsi qu'avec l'entourage
	La relation avec le PSDM	« J'essaie de faire confiance aux prestataires dans le sens où on est complémentaire, [...], cette collaboration est basée sur la confiance » « J'expose un peu le cahier des charges retenu lors de l'entretien et le prestataire vient proposer le matériel, les revendeurs apportent des subtilités auxquelles on n'a pas pensé dans le cahier des charges ». « L'un des freins est que l'on peut être limité au niveau du matériel à faire essayer »	« La relation avec le PSDM est une collaboration sincère et professionnelle, on a chacun notre regard de professionnel et on a besoin des connaissances de l'autre dans le cadre d'une préconisation d'aide technique notamment pour détailler le cahier des charges » « Le manque de professionnalisme du prestataire est un énorme frein, je ne peux pas faire confiance et demander au patient d'avoir confiance en quelqu'un qui va chercher à vendre des choses non adaptées ou non nécessaires »	- Relation de confiance - Besoins des connaissances de l'autre - Frein : manque de professionnalisme, manque de matériel
	<i>Objectifs de la relation interprofessionnelle</i>	« Le prestataire a connaissance du matériel qui existe sur le marché et la subtilité de certains »	« Un inconvénient serait l'habitude si l'on travaille toujours avec le même prestataire, on peut passer à côté d'autres matériels » « Un avantage serait que le prestataire connaît son matériel et l'ergo, ça se ressent auprès du patient de manière bénéfique »	- <i>Connaissance différentes : le prestataire connaît son matériel et l'ergo son patient</i>

Thème 4 Impact de ce partenariat sur l'utilisateur	Evaluation de la relation interprofessionnel le sur l'utilisateur	« Travailler avec un PSDM a surtout un impact positif pour la personne »	« Oui et non, cela peut dépendre du prestataire. Dans l'idéal on essaie de faire en sorte que cette collaboration soit positive pour le patient »	- Le partenariat a surtout un impact positif
	Inclusion de l'utilisateur dans la relation professionnelle	« avec le prestataire on travaille dans le même sens, dans l'intérêt du patient » « On est tous les trois au même niveau, je dirai même que la personne est au cœur de la démarche puisque c'est elle qui décide »	« Le patient est au centre de cet échange. Il reste le principal décisionnaire, c'est lui qui décide avec quel prestataire travailler, s'il veut ou on acquiesce l'aide technique »	- Le patient est au centre de la relation - La relation est dans l'intérêt du patient - Le patient est le principal décisionnaire
Synthèse verticale		<ul style="list-style-type: none"> - Aide technique compense une déficience - Objectifs établis par et/ou avec la personne, conseil possible de l'ergo - Prise en compte de l'ensemble des composantes de la personne - Aide technique : part importante du métier d'ergothérapeute - Collaboration avec le prestataire orientée vers l'utilisateur - Relation égalitaire entre prestataire, ergo et usager 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide Technique compense une fonction lésée - Objectifs établis avec la personne selon ses difficultés observables - Prise en compte de la personne dans sa globalité - Aide technique : compétence de l'ergo - Collaboration avec le prestataire avec l'utilisateur au centre de la relation - Le patient reste le principal décisionnaire 	

Annexe 7 : Grille d'analyse verticale et horizontale des entretiens réalisés avec les PSDM

Thématiques	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Synthèse horizontale
Thème 1 Accompagnement et objectifs	La relation avec le client	« Le mot client est important, ce n'est pas un patient »	« Je ne me considère pas en tant que commercial mais vraiment en tant que conseiller technique »	- Le vocabulaire est important, pour un PSDM le patient est un client
	Mise en place d'objectifs	« C'est le patient qui va me donner les objectifs, qui sont des objectifs de choix de matériel »	« Je suis là pour répondre à un besoin et pas pour en créer, pour vendre absolument du matériel »	- L'objectif est de répondre aux besoins actuels du client - L'idée ressortie est de ne pas vendre pour vendre
Thème 2 La particularité du PSDM en préconisation	Rôle du PSDM dans une démarche de préconisation	« La première étape est de définir avec le client ses besoins, essayer de les centrer le plus possible »	« On ne va pas anticiper certaines questions et faire le tour de leurs besoins de A à Z, on va commencer par leur demande puis après éventuellement voir s'il y a d'autres besoins »	- L'idée est de centrer les besoins - L'idée est d'identifier les besoins sans en anticiper
	Actions du PSDM	« Nous avons un protocole interne qui nous oblige à mettre en prêt ou en essai du matériel. Puis on fait un bilan auprès de la personne pour connaître les points positifs et les points négatifs du matériel mis en essai »	« On laisse à l'essai quelques jours à quelques semaines pour voir l'intérêt de l'aide technique »	- Le matériel proposé est de manière générale laissé à l'essai quelques jours
	Difficultés de préconisation	« La difficulté est déjà de ne pas avoir le matériel à disposition et de ne pas pouvoir faire de réglages pendant les essais »	« Les difficultés qui reviennent le plus souvent sont l'acceptation de la situation de handicap et du matériel, le regard de l'autre, l'aspect environnemental et l'aspect financier »	- Difficulté matérielles évoquées - Difficultés plus en lien avec la personne et son handicap
Thème 3	Identification des	« Avec les thérapeutes que ce soit kinésithérapeute,	« Il m'arrive de travailler avec les fabricants, les	- Identification avec de nombreux

Interprofessionnalité	professionnels en lien	ergothérapeute et éventuellement médecin de rééducation »	services de soins à domicile, les équipes médicales, les centres de rééducation, IME et aussi la famille. »	professionnels du soin mais aussi l'entourage
	La relation avec l'ergo	« Nous nous appuyons sur les ergothérapeutes pour les données médicales, nous apportons les données techniques » « Dans ce partenariat, la partie la plus importante, c'est la relation de confiance, d'échange, d'écoute mutuelle »	« On est vraiment dans une relation de partenariat parce que souvent es ergothérapeutes connaissent mieux le patient, l'aspect médical alors que moi je vais surtout connaître la partie technique du matériel ».	<ul style="list-style-type: none"> - Les ergothérapeutes connaissent le côté médical et le patient - Le PSDM connaît les données techniques de son matériel - Partenariat et confiance
Thème 4 Impact de cette collaboration sur l'utilisateur	Evaluation de la relation interprofessionnelle sur l'utilisateur	« Le cahier des charges est réalisé en binôme avec l'ergothérapeute. Voire en trinôme puisque le client participe au choix du matériel, il est ainsi plus complet et facilite le choix du matériel à essayer » « Lorsque nous arrivons tous à discuter, le processus de choix pour le client est plus rapide parce que l'on peut travailler tous ensemble. Chacun a ses attentes et chacun doit s'adapter à l'autre pour gagner en fluidité ».	« Le but de départ, c'est de vraiment faire le cahier des charges, avec l'ergothérapeute, en fonction de ce que la personne souhaite, » « certaines personnes ont besoin de l'ergothérapeute pour valider les essais » « Il y a des gens qui vont avoir besoin d'être orienté justement vers des ergothérapeutes afin de trouver le matériel dont ils ont besoin, et d'avoir un avis plus médical par rapport à leur handicap »	<ul style="list-style-type: none"> - Le partenariat permet de détailler davantage le cahier des charges et de faciliter la réalisation des essais - Le processus s'accélère pour l'utilisateur et c'est plus rapide et fluide pour lui
	Objectifs de la relation interprofessionnelle	« L'ergothérapeute peut agir comme le garant du commercial, pour assurer à son patient qu'il ne fait pas n'importe quoi et que le matériel proposé peut être adapté pour lui » « Il y a des moments où ça peut être difficile lorsque l'on agit seul parce que l'on n'a pas l'œil du thérapeute »	« La communication régulière est important, ça nous permet d'avoir confiance les uns envers les autres ». » « Certaines personnes vont avoir besoin de l'avis médical et technique pour se sentir rassuré par rapport au matériel »	<ul style="list-style-type: none"> - Ergo garant du psdm - Plus de possibilité à deux - Faciliter le parcours du patient
	Inclusion de l'utilisateur dans la relation professionnelle	« Pour moi, l'utilisateur ce situe au centre de ce partenariat »	« ce partenariat ne change pas forcément la relation que je vais entretenir avec le patient, il est celui qui vit avec l'aide technique et qui décide »	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisateur est au centre du partenariat : il décide et vit avec l'AT

<p>Synthèse verticale</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Le patient donne les objectifs - Protocole pour mettre en prêt le matériel puis bilan à la fin de l'essai - Difficultés matérielles - Ergothérapeute apporte les données médicales - PSDM apporté les données techniques - Relation de partenariat, de confiance, d'échange et d'écoute mutuelle - Relation avec l'ergothérapeute et l'utilisateur tout au long de la démarche - Usager au centre du partenariat 	<ul style="list-style-type: none"> - Le PSDM n'est pas là pour vendre absolument du matériel - Pas d'anticipation des autres - Essai pour évaluer l'intérêt de l'aide technique - Difficultés par rapport à la personne, le matériel, et le financement - Ergothérapeute connaît le patient et l'aspect médical, le PSDM va surtout connaître la partie technique du matériel - Des fois, nécessité de la présence de l'ergothérapeute 	
----------------------------------	--	---	--	--

Le partenariat Ergothérapeute – Prestataire de Services et Distributeur de Matériel auprès du patient dans le parcours d'acquisition d'une Aide Technique.

Contexte : Les Aides Techniques sont une composante importante dans le parcours d'une personne en situation de handicap. Elles peuvent donc compenser l'incapacité de la personne à réaliser une tâche et lui permettre de retrouver de l'indépendance. Dans le cadre de l'acquisition d'une Aide Technique, plusieurs professionnels peuvent jouer un rôle auprès du patient comme l'ergothérapeute et/ou le PSDM notamment dans le cadre de la préconisation d'Aide Technique.

Sujet d'étude : Cette recherche permet de se questionner sur l'accompagnement de l'utilisateur dans les essais et choix d'Aides Techniques à travers le partenariat ergothérapeute-PSDM.

Méthode : Pour répondre à la problématique, une méthode qualitative sera réalisée, elle sera complétée d'entretiens semi-directifs réalisés sur le terrain auprès de deux ergothérapeutes et deux PSDM. Nous nous questionnerons sur leur pratique et obtiendrons des indicateurs indirects quant à la satisfaction de l'utilisateur.

Résultats : Les entretiens réalisés ont permis de comparer les pratiques des ergothérapeutes, des PSDM puis les différences de pratiques entre ces deux professionnels mettant ainsi en évidence une complémentarité des professions et des regards dans la réalisation du cahier des charges. **Conclusion :** L'ergothérapeute est amené à préconiser des Aides Techniques dans le cadre de sa pratique, permettant ainsi de compenser une incapacité physique chez une personne, et donc favoriser son indépendance. Un partenariat avec un Prestataire et l'utilisateur permettrait ainsi de réaliser un cahier des charges complet, favorisant les essais et le choix de l'Aide Technique de la personne.

Mots clés : Aides Techniques, Cahier des Charges, Ergothérapeute, Partenariat, Prestataire de Service et Distributeur de Matériel (PSDM)

Occupational Therapist – Service and Material Provider partnership for patients in the process of acquiring a Technical Aid.

Background: Technical Aids are an important component in the journey of a person with a disability. They can therefore compensate for the person's inability to perform a task and allow them to regain independence. As part of the acquisition of a Technical Aid, several professionals can play a role with the patient such as occupational therapists and / or Service and Material Providers (PSDM), particularly in the context of the recommendation of Technical Aids.

Subject of study: This research led us question the support of the user in the trials and choice of Technical Aids through the occupational therapist-PSDM partnership. **Method:** To answer the main question, a qualitative method has been carried out, it has been supplemented by semi-structured interviews carried out in the field with two occupational therapists and two PSDM. We questioned their practice and obtained indirect indicators of users' satisfaction.

Results: The interviews conducted made it possible to compare the practices of occupational therapists, PSDM and the differences in practices between these two professionals, thus highlighting a complementarity of professions and views in the realization of the specifications.

Conclusion: Occupational therapists recommend Technical Aids as part of their practice, thus compensating for a physical disability in a person, and thus promoting their independence. A partnership with a Service Provider and the user would thus make it possible to achieve complete specifications, promoting testing and the choice of a Technical Aid.

Keywords: Occupational therapist, Partnership, Service and Material Provider (PSDM), Specifications, Technical Aids