

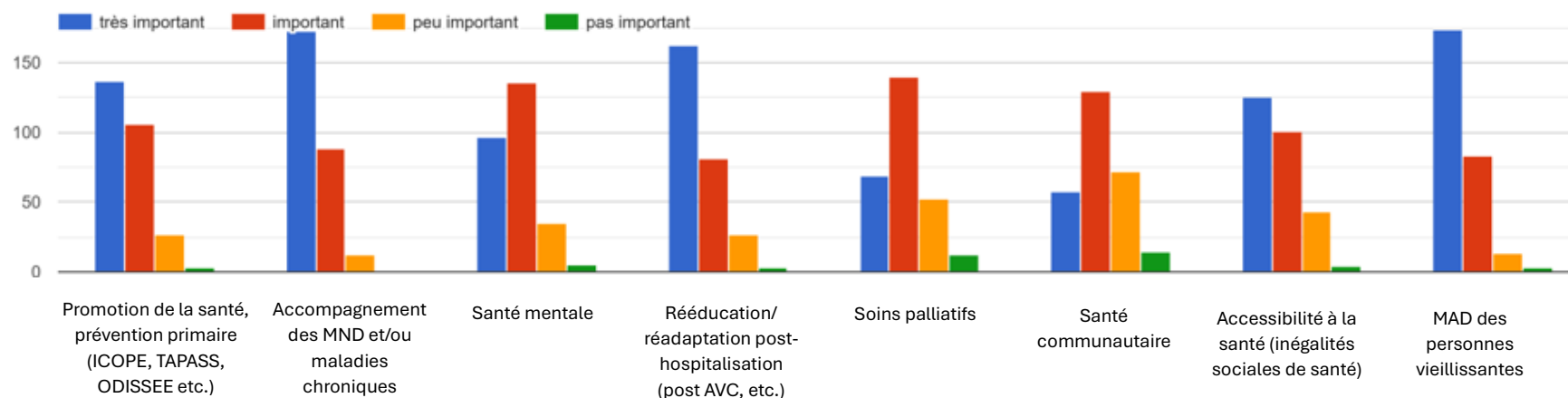
Enquête Réseau ergo 2.0 – septembre 2026

Données générales :

273 réponses, 44% des répondants sont salariés, 29,7% exercent en libéral, 26,4% en exercice mixte (salarié/libéral)

A- PRIORITÉS D'ACCOMPAGNEMENT SUR LE TERRITOIRE DE PROXIMITÉ

1. Au regard de votre activité actuelle ou au regard de votre analyse des besoins des usagers, quelles seraient selon vous les situations à privilégier pour le déploiement d'une ergothérapie de quartier ?

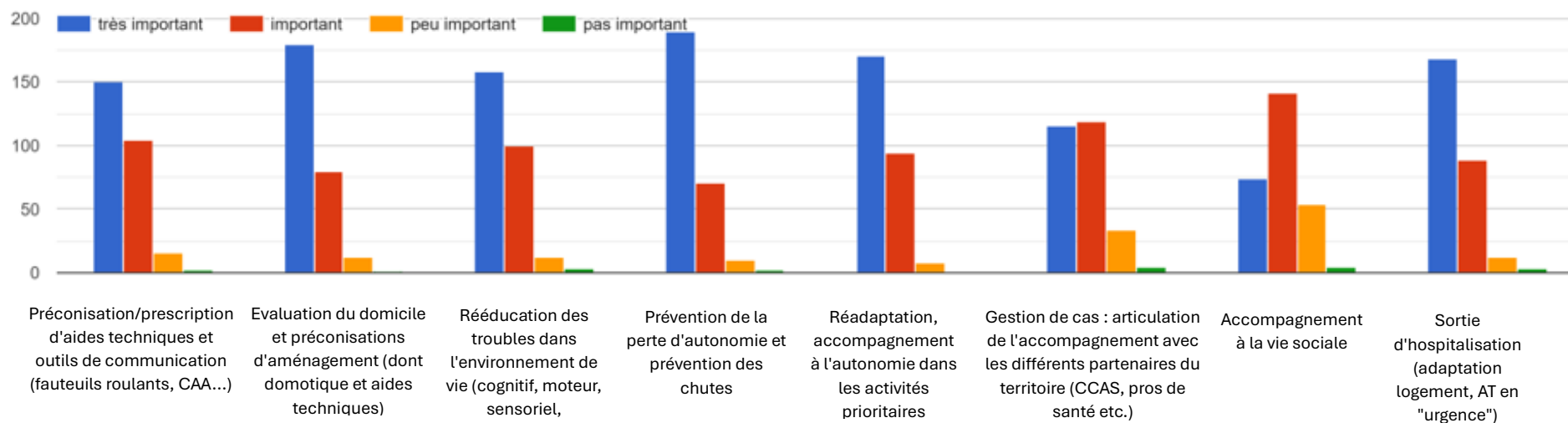


Suggestions :

Pédiatrie/ prévention enfance-adolescence (X19 fonctionnel, TND...) dont TND (X4) et dont liens école (x9), aidants/solutions de répit (X6), partenariat territorial (X4), insertion professionnelle et formation (X3), VPH (X3), éducation populaire/littérature en santé toute population (X2), accompagnement personnes isolées (X2), réinsertion sociale/intégration (X2), lien interprofessionnel, déficiences sensorielles,

coordination ville-hôpital, TSA adulte, prévention risques pros, accompagnement à distance des pathos neuros adultes (AVC, TCE...), cartographie officielle des ergos avec leurs spécialités, accessibilité physique aux divers établissements (santé, admin, proximité...) / Accès des ergos au plus grand nombre, inscription des ergos dans les CCAS, notion de « guichet général », équilibre occupationnel dans un environnement occupationnel accessible et diversifié.

2. En tenant compte de vos réponses à la première question, des dispositifs déjà existants, et de votre analyse du manque de réponse à certains besoins de santé, quelles actions seraient à privilégier plus particulièrement ?

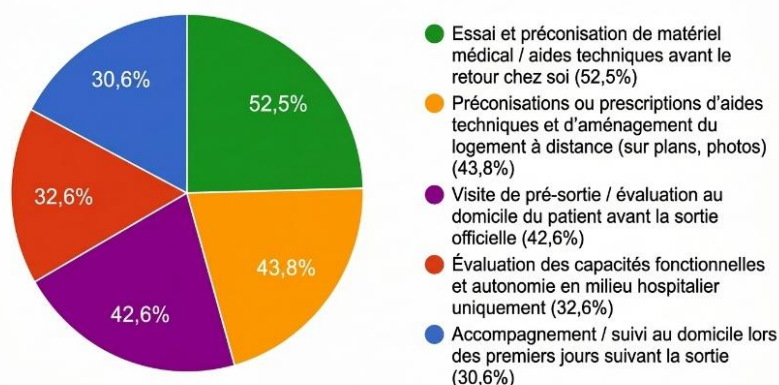


Suggestions :

Adaptation de logement, préconisations d'aides techniques notamment chez les personnes âgées (X3), appui aux actions communautaires (accessibilité des lieux, santé mentale communautaire...) (X3), accompagnement à la reprise d'un emploi/ aménagement de poste (X2), accompagnements non remboursés des patients adultes (X2), gestion de cas, pair-aidance, accompagnement de l'aidant, réhabilitation sociale et cognitive/ remédiation, accompagnement scolaire, troubles des apprentissages.

B- FOCUS SORTIE D'HOSPITALISATION

3. À quel moment et sous quelle forme intervenez-vous principalement dans la préparation de la sortie du patient ? (*plusieurs réponses possibles*)



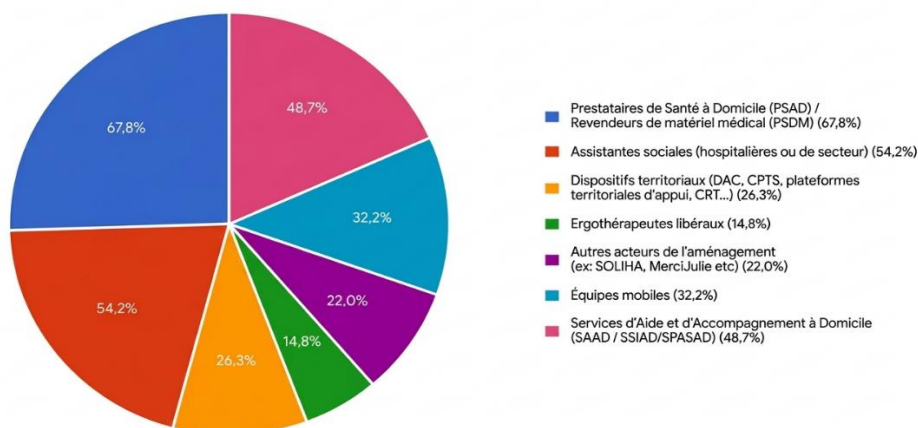
Suggestions

Plan d'aide humain et matériel dont accompagnement à l'usage (patient, aidant), aménagement (X5), intervention quand les autres n'interviennent pas ou en cas de rupture de soins (X2), lien ergo du SAAD, intervention en prévention avant hospitalisation, évaluation et préconisations en HDJ, préconisation de fin de prise en charge (ESA), Je n'interviens pas avant la sortie 50 (après ou à distance : tel, simulation...), suivi enfants EEAP avant et pendant hospitalisation, CPTS qui a créé un projet sortie d'hospitalisation, transfert des acquis post-rééducation, soutien à l'autonomie psychique.

Remarques : HAD ou Ergo de SAAD ou SIAD ou équipes mobiles plus mobilisés sur la sortie d'hospit, ergo d'hospit ne sortent pas forcément et essaient de passer le relais – Malgré une prescription d'ergo libéral en hospitalisation, le patient se tourne vers les accompagnements remboursés. Au minimum 15 à 21 jours après voire plusieurs mois après quand la situation devient intenable ou sur intervention d'un tiers (famille). Intervention en prévention secondaire voire tertiaire (« prévention des chutes » quand le patient a déjà chuté, intervention quand les difficultés au domicile sont insurmontables).

« Le souci de l'item sortie d'hospitalisation c'est que si cela existe, les cliniques / hopitaux ne mettront jamais en place dans leur service des ergothérapeutes et se déchargeront sur l'ergothérapeute de quartier. La sortie d'hospitalisation avec les AT en urgence n'auront plus besoin d'être là si la prévention est faite en amont... »

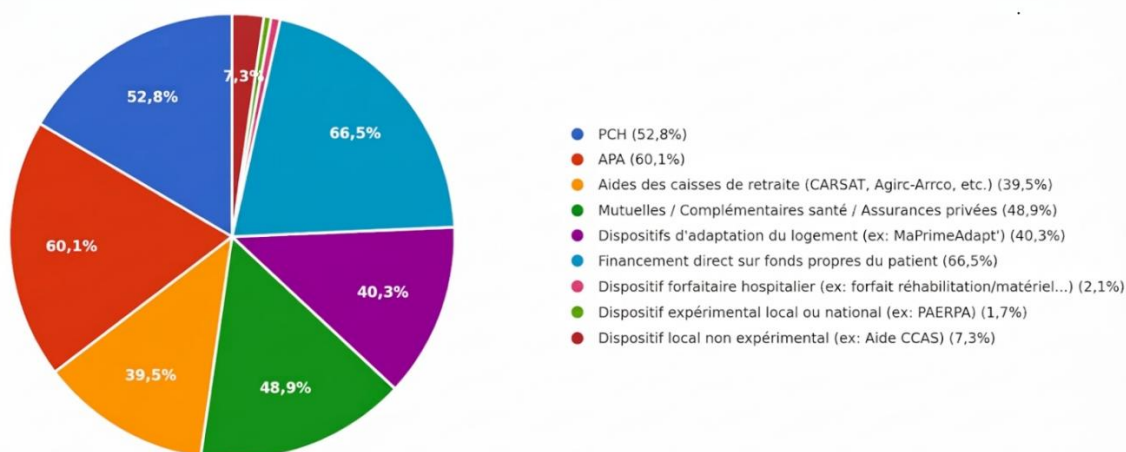
4. Avec quels interlocuteurs extérieurs êtes-vous le plus fréquemment en relation pour organiser ce retour à domicile ? (*plusieurs réponses possibles*)



Suggestions

Proches, famille (X9), Non concerné (X8), Ecosystème du libéral (tout professionnel et services de ville) (X6), Coordination et services départementaux (AS, CCAS, CLIC, CRT...) (X4), HAD (X4), ESMS (SAMSAH, SAVS, CMP...) (X3), SAAD, SIAD (X2), Services d'hospitalisation (X2), personne, Messidor, EAAR (équipes mobiles), SDSEI, évaluateur APA, CICAT, écoles.

5. Quels sont les principaux dispositifs de financement mobilisés pour mettre en œuvre vos préconisations à la sortie ? (*plusieurs réponses possibles*)



Suggestions

Indemnisation assurance / indemnisation cadre médico-légal (X2), fondations (X2), fonds de compensation, aucun, dispositif départemental (CFPPA Facilit'mavie), MDPH, associations de patients, CPAM.

Constats

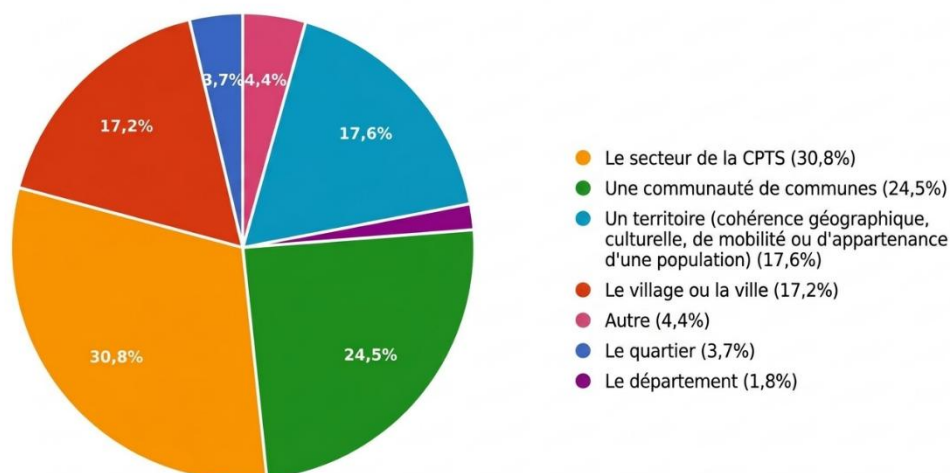
- Pas d'orientation vers les ergos car pas de financement dédié,
- Ergos des structures non autorisées à sortir pour les RAD
- Trop peu de structures en aval.
- Les services/ équipes mobiles hospitalières qui interviennent n'ont souvent pas d'ergos
- Certaines CPTS financent un parcours de sortie d'hospitalisation
- Manque de communication entre établissements et libéraux
 - Plusieurs services sont sollicités pour une simple sortie (ex: HAD, équipe mobile géranto, plateforme de coordo...)= coûts et délais importants
 - Nombreux patients laissés dans la nature sans information lors du RAD
 - Les patients et familles se débrouillent seuls pour trouver des solutions (avec délais importants de mise en œuvre).
 - Gestion sortie d'hospitalisation en collaboration avec assistance sociale de l'établissement (financement, services d'aide, matériel médical standard remboursé par sécu) mais pas suffisant au regard des nécessités d'évaluer le contexte

Suggestions

- Mobiliser l'ergo pour prescrire des aides techniques dans l'attente d'un aménagement
- Evaluer au domicile avec mise en situation et essais avant le RAD (lien établissements/ergos libéraux)
- Dédier un financement à l'intervention ergo en RAD

C- CONSTRUIRE ENSEMBLE L'ERGOTHERAPIE DE PROXIMITE

6. Quel serait selon vous le bon périmètre de cette notion de proximité ?

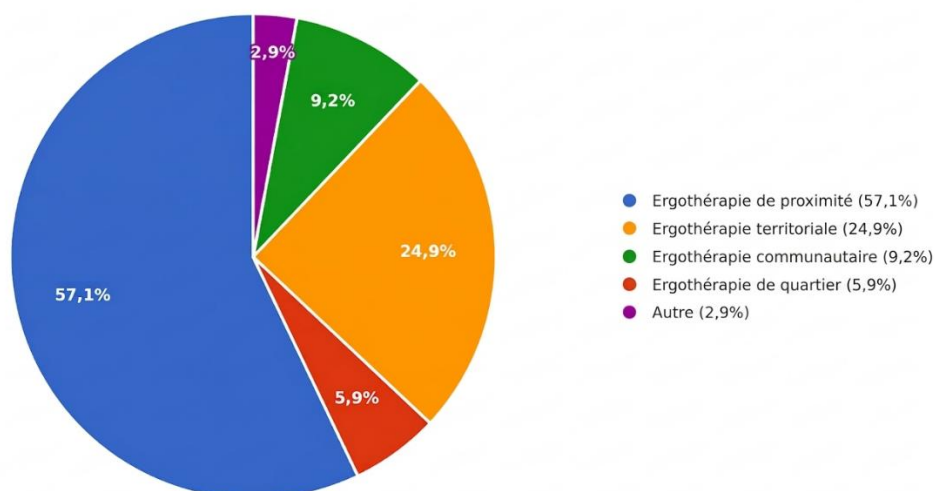


Suggestions

Attention à la cohérence au regard de la densité de population du secteur (quartier ou arrondissement pour une métropole vs un ou plusieurs petits villages pour les zones rurales) : possibilité de s'appuyer aussi sur le secteur d'une MSP, sur le périmètre d'un regroupement hospitalier, sur les sous-secteurs des CPTS, les départements ou communautés de communes selon la densité.

Note : expérimentation de centre de santé communautaire = Grenoble village 2 santé

7. Au regard de votre réponse précédente, quel serait selon vous la meilleure appellation pour le réseau ?

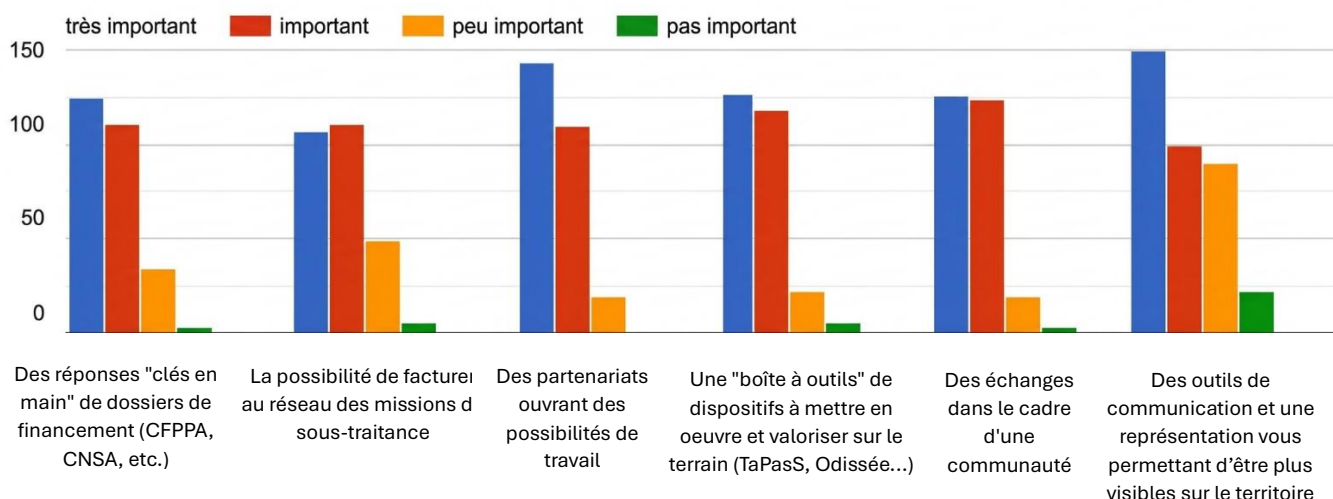


Suggestions :

Relais local en ergothérapie, ergothérapie de secteur (X2), ergothérapie de territoire, ergothérapie communautaire (si telle est la pratique), ergothérapie généraliste.

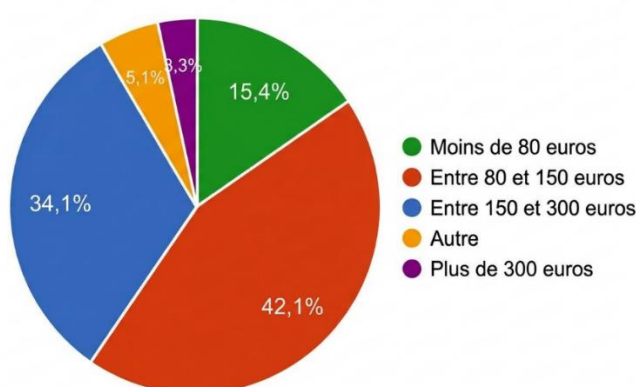
Note : Attention à l'interdisciplinarité (très importante), demander aux personnes non ergos pour un nom percutant et compréhensible

8. Qu'attendriez-vous que le réseau vous apporte prioritairement ?



9. Au regard de la question précédente relative aux services attendus, quelle participation financière vous paraîtrait soutenable en France pour assurer le fonctionnement du réseau ?

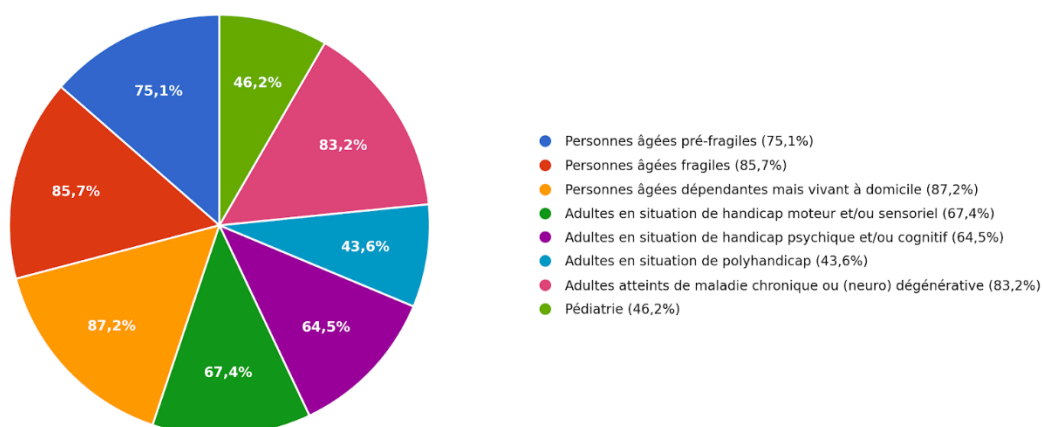
Attention ! Certains répondants ont pensé que la participation financière concernait les usagers !



Suggestions :

Mensualisation de l'adhésion, pas d'intérêt de créer une association supplémentaire : l'important est la mise en lien sur le territoire (entre ergos libéraux, hospitaliers et medico-sociaux), une caisse prix libre (participation selon ressources ou à la sollicitation du réseau), prendre en compte les multi-adhésions (aux autres associations), cotisation déductible des impôts.

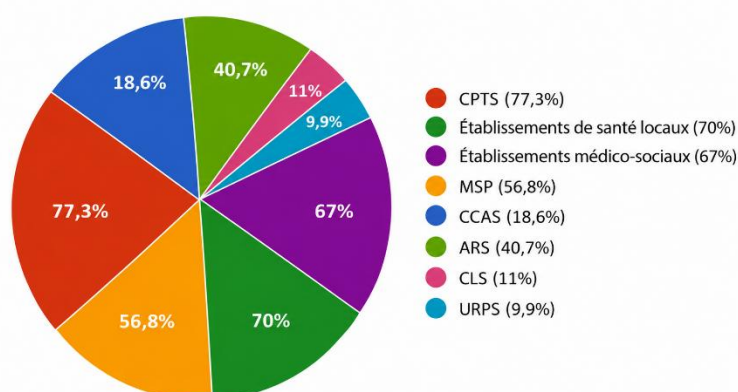
10. Quel public vous semblerait plus particulièrement être concerné par l'ergothérapie de quartier ? (plusieurs réponses possibles)



Suggestions :

Tous (X4) (selon les besoins du territoire et la dynamique présente), aidants professionnels et aidants proches (X4), tous ceux ne relevant pas de structures existantes (X2), enfant ayant besoin de suivi dans le cadre de tb des apprentissage, enfants en zones d'éducation prioritaires, santé mentale (tous publics), adulte en recherche d'emploi, pathologies chroniques, éducation à la santé, prévention primaire, sortie d'hospitalisation, adultes vivant des changements d'équilibre occupationnels, personne vulnérable quel que soit l'âge, équipes pédagogiques de l'éducation nationale, chef d'entreprise pour la réinsertion.

11. Quels partenaires-clés identifiez-vous pour le réseau "ergothérapeutes de quartier" ? (plusieurs réponses possibles)

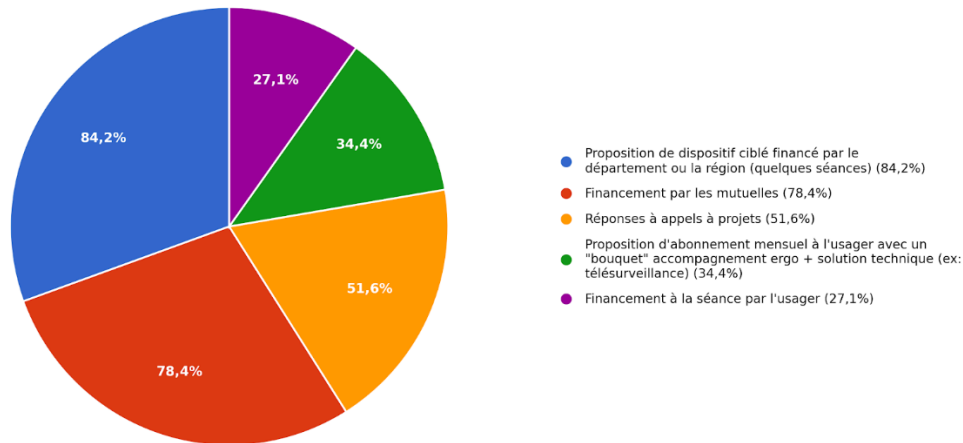


Suggestions :

DAC (X4), CRT (X4), CLIC (X2), départements (MDPH, PMI, ASE, CFPPA CPAM, PCO, etc.), équipes médico-sociales (HAD, services autonomie, équipes de soin primaire, ESA, UMG, ECOOPAC etc), partenaires locaux spécifiques du territoire ou de la

commune (centres sociaux, foyers, ESAT, école, EHPAD, associations etc.), CDC ou « pays », professionnels libéraux toutes professions confondues.

12. Dans le contexte actuel où le budget de l'état ne permet pas d'envisager de financement par l'assurance maladie, quel modèle économique vous paraîtrait éthique et soutenable ? (plusieurs réponses possibles)



Suggestions :

Pas de reste à charge (x8) ! Caisses de retraite (x7), ARS via CPTS, financement des centres hospitaliers pour des RAD, forfait ou financement avec participation de l'utilisateur (suivant revenu) (X5), prestations dérogatoires, récolte de fonds pour garantir le financement d'un vieillissement digne pour tous, Assurance maladie (X3), MSP ou CPTS, adhésion à une MSP par les bénéficiaires comme en Belgique, AAP dans un 1^{er} temps puis financement pérenne, adhésion à une structure de services à domicile (portage de repas, dame de compagnie, séance d'ergothérapie, ASG...), CDC ou métropoles,

Remarques :

Le problème des AAP réside dans le fait que le financement n'est pas pérenne et peut générer des inégalités territoriales.

Il faudrait mettre en place une logique de « forfaits de soin » (ALD, hospitalisation des + de 60 ans...) intégrant coût de séance et déplacements pour la lisibilité du parcours. Attention au tarif : inférieur à 60€/h net sans frais kilométriques, ce n'est pas tenable en libéral en milieu rural (importance du temps et coût de déplacement).

Le réseau devrait proposer également ses services à Klesia, Ircem et Ag2r la Mondiale qui ont signé des conventions exclusives nationales avec Merci Julie/BelAvie

Il faudrait de l'aide pour répondre aux appels à projets, par exemple un guide, une permanence avec une personne qui a cette expérience.

Multiplier les courriers d'informations concernant notre métier, nos missions à destination du grand public, des médecins, IDE, aides à domicile, etc et un annuaire des libéraux intervenant à domicile sur le département.