Evaluation ex-post de l'expérimentation des EqLAATs (Art. 51)

REES FRANCE

Elise Meto, Robert Launois

24/01/2024

Contexte & Enjeux

Définition des aides techniques (AT) :

Matériels permettant aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées de réaliser des activités avec plus d'autonomie, de sécurité et avec une meilleure performance

Leur classification :

Code ISO 9999 (3 niveaux hiérarchiques)

La situation avant l'expérimentation :

- Un accompagnement **seulement pour les AT les plus onéreuses**
- Une **offre des CICATs inégale** sur le territoire
- Des **dérives commerciales** des distributeurs : des AT parfois non adaptées aux besoins
- Un **faible taux de pénétration** des AT dans la population et un fort taux d'abandon

Des lacunes identifiées dans le rapport « Denormandie-Chevalier » (2020)

« Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable »

…ayant abouti au Projet EqLAAT porté par la CNSA : expérimentation d'équipes locales d'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques

Le dispositif EqLAAT

- **24 équipes déployées sur toute la France** (à l'exception de la Guyane et de la Martinique)

- **Leurs missions :**
  - **Evaluer & accompagner les personnes dans le choix** des AT, dans leur prise en main et dans le suivi de leur utilisation à long terme
  - **Conseiller sans avoir de préoccupations commerciales**
  - **Préconiser des solutions adaptées** par rapport aux besoins qui auront été identifiés sur le terrain

- **Leurs finalités :**
  - **Améliorer l'autonomie**
  - **Renforcer la sécurité &** le confort des personnes accompagnées dans leur vie quotidienne
  - **Expérimenter de nouveaux modes de financement**

Feuille de route

01 | Méthodes évaluatives

02 | Faisabilité : accès au service et adhésion des acteurs

03 | Pertinence : réponse aux besoins

04 | Efficacité : effets observés sur l'autonomie des usagers

05 | Efficience : calibrage des forfaits

01 – Méthodes évaluatives

Vision initiale des porteurs du projet

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Actions à déployer	Effets attendus	Questions évaluatives
OS.1 CRÉER UN SERVICE DE PROXIMITÉ ACCESSIBLE ET ADAPTÉ	OP.1 Délivrer aux usagers une information neutre pour répondre à la demande d'accompagnement	Mettre en place un service d'information et d'orientation de l'accès aux AT	EA1 UNE INFO RENFORCÉE DU GRAND PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS SUR L'ÉMERGENCE D'ÉQUIPES LOCALES EA2 UNE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS D'ACCÈS À L'ACCOMPAGNEMENT	QE1 : *Quels sont les facteurs clés qui ont été susceptibles de faciliter ou d'entraver l'implantation locale des expérimentations EqLAATs ?*
	OP.2 Lever les obstacles géo et financiers à l'accompagnement pour les choix et l'utilisation at	Introduire forfait 10h/forfait 15h		
OS.2 RENFORCER LA LOGISTIQUE DES EQLAATS ET LES COMPÉTENCES DES INTERVENANTS	OP.3 Garantir la qualité des évaluations aux professionnels adresseurs	Recrutement et structuration d'une équipe pluridisciplinaire Echange d'informations avec les professionnels extérieurs intervenants	EA3 RENFORCEMENT DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS ET DES PRÉCONISATIONS EA4 AUGMENTATION DU NB DE BÉNÉFICIAIRES & ACCÉLÉRATION DU PROCESSUS DE LA PRISE EN CHARGE	QE2 : *Dans quelle mesure, les EqLAATs ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant les modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles ?*
	OP.4 Articuler les équipes locales avec les dispositifs existants	Organisation de la subsidiarité Signature d'accord de partenariat		
OS.3 AMÉLIORER LA PERTINENCE DES PRÉCONISATIONS ET DU SUIVI EN CONDITIONS NORMALES D'USAGE	OP.5 Aider au choix de matériel adapté	Constitution des dossiers et entretiens Formulation du besoin, parc d'exposition, recours à la pair-aidance Construction du plan de financement	EA5 RÉDUCTION DES TAUX D'ABANDON EA6 GAIN D'AUTONOMIE POUR LA PERSONNE GOAL ATTAIMENT SCALE - GAS	QE3 : *Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix et l'usage des AT ?*
	OP.6 Aider à la bonne utilisation	Réalisation d'essais Suivi de la prise en main Recours à la pair-aidance		
OS.4 RÉALISER DES GAINS D'EFFICIENCE	OP.7 Vérifier le bon calibrage des forfaits	Identification des coûts réels de la PEC # de personnes accompagnée Vérification de l'équilibre budgétaire	EA7 VALIDATION DU CADRE DE FINANCEMENT FORFAITAIRE EA8 PERTINENCE DU FINANCEMENT FORFAITAIRE DES ACCOMPAGNEMENTS RELATIFS AUX AT P/R AUX DISPOSITIFS DE FINANCEMENT EXISTANTS	QE4 : *Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAATs ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons ?*
	OP.8 Eviter les coûts induits	Identification du coût financier de l'accompagnement pour les différents financeurs		

Les questions auxquelles il faut répondre

Question évaluative (QE)

Objectif opérationnel (OP)

- **QE1 (OP1 ; OP2)** : **« facteur clés »**

Quels sont les facteurs clés qui ont été susceptibles de faciliter ou d'entraver l'implantation locale des expérimentations EqLAATs ?

- **QE2 (OP3 ; OP4) : « impact organisationnel »**

Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant les modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles ?

- **QE3 (OP5 ; OP6) : « réponse aux besoins »**

Dans quelle mesure les EqLAATs ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix et l'usage des AT ?

- **QE4 (OP7 ; OP8) : « efficience »**

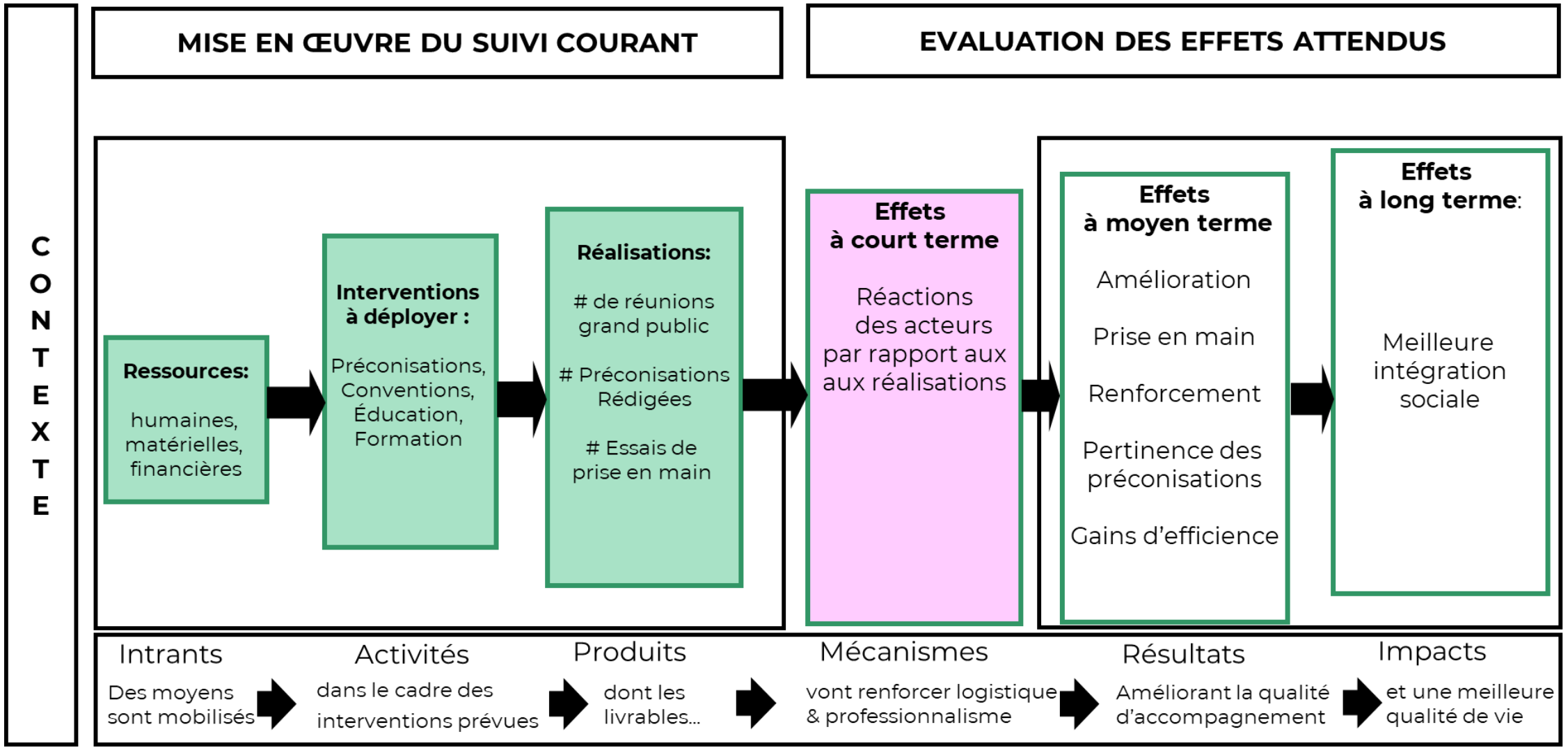
Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAATs ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons ?

Approches évaluatives mobilisées

- **Un modèle du changement (ci-après) résume** la conception opérationnelle de l'expérimentation sous la forme **d'un diagramme logique d'impact :**
  - qui présente **la séquence des moyens à mettre en œuvre et les résultats escomptés** de l'expérimentation
  - qui décrit **comment ses composantes s'articulent les unes avec les autres,** en les présentant visuellement sous la forme d'une **séquence fléchée** : ressources, activités, réalisations, effets à court moyen et long terme
  - qui est doté **d'indicateurs permettant de mesurer l'activité** sans indiquer les raisons pour lesquelles les activités doivent produire les résultats escomptés**.**

- **Une théorie causale explique** le passage d'une étape à l'autre du diagramme logique d'impact par les **mécanismes** qui spécifient **en quoi les réactions des acteurs** conditionnent le succès ou l'échec de l'expérimentation.

Les étapes du modèle du changement



Théorie causale : expliquer le passage d'une étape à l'autre

- **But de l'évaluation :** comprendre **ce qu'il se passe « dans la boîte noire** » enregistrant les événements qui surviennent entre la mise en œuvre des expérimentations article 51 et les résultats observés, en répondant à de questions simples :

  Comment cela fonctionne?

  Pour qui cela fonctionne ?

  Pourquoi les perdants perdent, les gagnants gagnent ?

  et dans quelles circonstances?

- Le problème pour l 'évaluateur externe n'est pas de savoir si l'expérimentation a obtenu les résultats qu'on en attendait, mais comment elle les a produits. Au-delà du constat des effets attendus, il faut savoir comment l'expérimentation marche, pour qui, pourquoi et dans quel contexte.

Jalons de l'analyse causale réaliste : les configurations ICARE

- **I =** Description de l'**Intervention** : Interventions relatives à l'expérimentation, Interventions de soutien
- **C =** Caractérisation du **Contexte** : identification des facteurs facilitants et entravants
- **A =** Détermination des **Acteurs** concernés : ergothérapeutes, travailleurs sociaux, CNSA
- **R =** Mise à jour des **Réactions** des acteurs par rapports aux différentes modalités de l'expérimentation et de leurs liens avec les résultats observés (les mécanismes)
- **E =** Observation des **Effets** produits

Les composantes de l'acronyme ICARE détaillent la façon dont les interventions (I) et les moyens mis à disposition par l'expérimentation créent un nouveau contexte (C) qui amène les acteurs (A) à agir et réagir (R) pour produire (ou non) les effets attendus.

Données recueillies

Analyse quantitative des systèmes d'information interne des équipes :

Données recueillies du **09/2021 au 09/2023** (ne couvrant pas toute la durée de l'expérimentation)

Tous les accompagnements ne satisfont pas les critères d'inclusion de l'évaluation : **opposition à l'utilisation des données individuelle**s suite à la circulation de la note d'information CNIL

7 762 observations analysées **pour les 24 équipes**

Analyse qualitative :

24 entretiens professionnels avec 6 équipes cas-types (Opteo, Etape, MDPH 63, APF 971, Ressources 76, Ardevie)

1 entretien avec l'équipe spécialisée pair-aidance

60 entretiens avec les usagers en 2 vagues

3 enquêtes en ligne :

- Enquête sur le retour d'expérience des équipes : **56 répondants** - **22 équipes**
- Enquêtes sur les coûts (ETP/temps passés, coûts cachés) **: 24 équipes**
- Enquête qualité de vie (mini-zarit modifié pour les aidants) **: 62 personnes**

02 - Faisabilité :
Accès au service et adhésion des acteurs

Organisation de la prise en charge

Phase Inclusion

Contact avec l'équipe locale

Interventions des professionnels :

Appel téléphonique & Analyse de la demande :
- Besoins & attentes
- Prise de rdv pour le bilan à domicile

Phase Exploration

Première intervention à domicile

Interventions de l'ergothérapeute :

Echanges & observations :
- Cibler les besoins et les attentes
- Immersion dans le quotidien

Définition d'un plan d'action personnalisé :
- Activités ciblées
- Réflexion sur les AT à mettre en place

Phase Accompagnement

Deuxième intervention à domicile

Interventions de l'ergothérapeute :

Réalisation des essais :
- Prêt de matériel
- Apprentissage à la prise en main

Réalisation de test dans les locaux de l'équipe

Accompagnement social

Interventions du travailleur social :

Modalités de mises à disposition des AT:
- Dossier de financement
- Démarches administratives

Phase Suivi

Suivi à 3 mois

Interventions de l'ergothérapeute :

Appel téléphonique ou nouvelle visite à domicile :
- Vérification de l'utilisation de l'AT
- Evaluation de la pertinence du choix

Orientation & stratégie de communication

- **Principales sources d'orientation vers les équipes :**

1. Equipe médico-sociale APA & Maison départementale personnes handicapées (MDPH)
2. Assistantes sociales et ergothérapeutes (hors EqLAAT)
3. Initiatives personnelles/bouche-à-oreille

- **Stratégies de communication des équipes au niveau des territoires :**
  - Présentations physiques, mailing et réseaux sociaux : moyens de communication efficaces
  - Proposition des équipes : améliorer la communication au niveau national

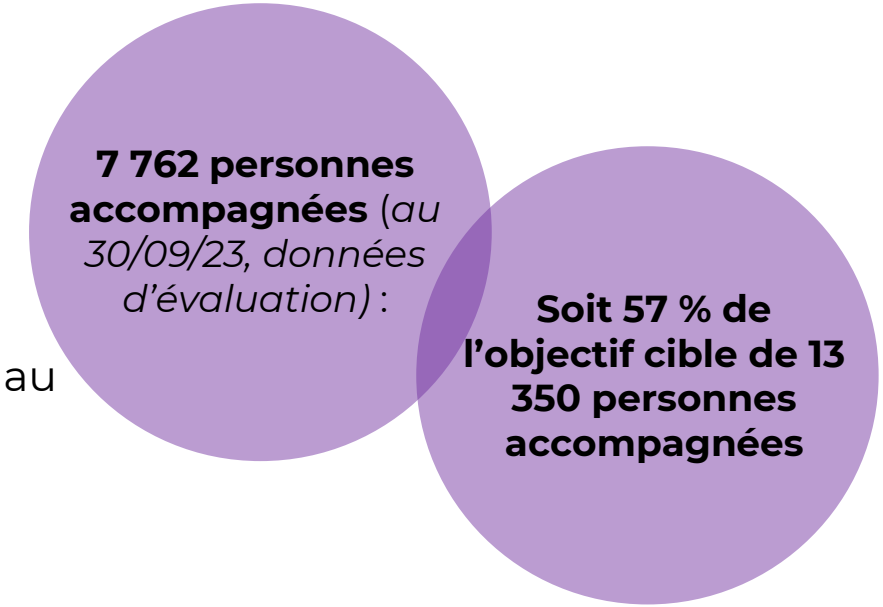
- **Rayonnement fort des équipes :**
  - Structures médico-sociales
  - MPDH, CICAT
  - Revendeurs de matériels médicaux

- **Rayonnement faible des équipes :**
  - Médecins généralistes et spécialistes
  - Praticiens hospitaliers
  - Ecole et employeurs

Caractéristiques socio-démographiques de la population

Profil des usagers

- 57% sont des femmes
- Age moyen : 70 ans
- 71% de retraités
- 71% atteints de déficience évolutive
- 63% pathologies liées aux fonctions de l'appareil locomoteur et au mouvement



Causes du handicap ou de la perte d'autonomie

- **86 %** ont présenté des difficultés pour **se déplacer dans le logement** et à l'extérieur
- **83 %** présentent des **incapacités pour se mouvoir et manipuler des objets** ;
- **80 %** sont dans l'incapacité de réaliser des **tâches de la vie domestique et de la vie courante**.
- 78 % ont des difficultés pour marcher

Facteurs facilitant l'adhésion des personnes fragilisées

1. **Un accès libre à tous et une offre lisible**
   - Avant EqLAAT, offre limitée, peu lisible et restreinte à une catégorie de la population
   - Avec EqLAAT, tout individu âgé/en situation de handicap peut solliciter l'équipe **sans prescription médicale spécifique**

2. **Une solution holistique :** ergothérapie + accompagnement social

3. **La levée des barrières géographiques**
   - **Prise en charge des déplacements** : atteindre les résidents des zones isolées et rencontrant des difficultés de mobilité
   - *« Tout s'est fait à domicile pour nous. On ne l'aurait peut-être pas fait si ça n'avait pas été à domicile c'est vrai. » Aidant*

4. **La levée des barrières financières**
   - Contexte : AT parfois onéreuse , non remboursées, RAC important
   - Pouvoir accéder à une AT grâce à l'implication des travailleurs sociaux
   - Délais d'attente assez long pour le plan de financement

5. **L'adaptation des compensations techniques à l'environnement**
   - **Immersion dans le quotidien** : identification des besoins en AT et autres (aides sociales, médicales)
   - **Qualité de l'écoute**
   - **Lien de confiance** renforcée entre EqLAAT et l'usager : proximité et réactivité

6. **Le conseil et l'information dénués de tous enjeux commerciaux** : une indépendance appréciée

Facteurs entravant l'adhésion des personnes fragilisées

- **Le niveau d'acceptation de la condition physique**

Les personnes en déni de leur condition physique ont plus été réticents à accepter l'aide technique : crainte d'être stigmatisé

- **Des réticences culturelles dans les milieux ruraux**

Certaines manières de vivre (« vivre à la rude ») et une méconnaissance du métier d'ergothérapeute

- **L'âge**
  - Vieillir, le refus de la stigmatisation
  - A un âge avancé, l'aide technique est pour certains une dépense inutile
  - Obsolescence rapide de l'aide technique en lien avec l'aggravation de l'état de santé
  - Les aidants du même âge ne sont pas toujours en mesure d'accompagner

Territoires ciblés & spécificités des équipes

Localisation

- 15 équipes couvrent un seul département
- 3 équipes couvrent plusieurs départements
- 5 équipes couvrent des bassins de vie
- 1 équipe couvre une région

⇔

Diversité des territoires :

Urbains, ruraux, montagneux, insulaires

= Différents contextes

Spécificités

Interventions spécialisées CICAT - 10 équipes	Showroom matériel - 11 équipes	Adaptation du lieu de vie - 19 équipes
Communication Alternative & Augmentative - 6 équipes	Déficiences sensorielles - 10 équipes	Solution technologies innovantes - 3 équipes

Facteurs renforçant la capacité d'intervention des équipes (1)

FACTEUR 1 : L'ancienneté de la structure porteuse :

- **4 équipes « créées » spécifiquement pour EqLAAT**
  - Construction du réseau et élaboration de partenariats
  - Déploiement plus difficile au démarrage
  - Qualité des accompagnements a permis de gagner la confiance des acteurs extérieurs

- **20 équipes intégrées dans une structure déjà implantée**
  - Réseaux déjà établis : familiarité, meilleure identification des compétences
  - Coordination facilitée entre EqLAAT et les acteurs locaux, triple casquette : MPDH, CICAT, EqLAAT
  - Démarches administratives simplifiées par un portage par un organisme financeur (MPDH, APA)

Facteurs renforçant la capacité d'intervention des équipes (2)

FACTEUR 2 : Les partenariats pour une approche holistique des soins et de l'accompagnement

- **Stratégies**
  - Bases déjà existantes : renforcement avec EqLAAT
  - Evolution des partenariats avec les revendeurs : signature de convention, intérêt financier des revendeurs
- **Collaborations multidisciplinaires**
  - Etablissement de partenariats couvrant l'ensemble du continuum de soins : bénéfiques aux usagers
  - Coordination des services pour une approche globale et adaptées aux besoins individuels
  - EqLAAT devient un acteur sollicité dans des partenariats de complémentarité
- **Partenaires clés**
  - Services de soins à la personnes (SSIAD, SSAD)
  - Etablissements sanitaires (CH, HAS, SSR)
  - Services liés au handicap (MDPH, GIHP, SAMSAH)
  - Revendeurs/Distributeurs d'aides techniques : accès à des prêts, partage de connaissances
  - Associations, collectivités locales & départementales

Facteurs entravant l'activité des équipes (1)

FACTEUR 1 : Le manque de personnel dans certaines équipes : insuffisant pour répondre à la demande du territoire

- **Solutions avancées par les professionnels interrogés**
  - Recrutement d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux
  - Besoin moyen de 6 ETP :
    - 4,10 ETP Ergothérapeutes [2;8]
    - 1,25 ETP Travailleurs sociaux
    - 1,31 ETP Personnel administratif
    - 0,03 ETP Médecin spécialisé
  - Création d'antennes locales et d'équipes spécialisées pour certaines pathologies
  - Recrutements d'orthophonistes, pair-aidants
  - Conventions avec ergothérapeutes locaux
  - Réduire la zone d'action n'est pas plébiscité

Facteurs entravant l'activité des équipes (2)

FACTEUR 2 : Le contexte territorial : complexité accrue dans les territoires ruraux, insulaires et montagneux

- **Handicaps géographiques**
  - Difficulté d'accès dans les zones isolées
  - Zones isolées : réseaux de communication moins fiables
  - Distance et trajets longs dans les zones rurales et éloignées mais également dans les zones denses
  - Particularités extrêmes dans les régions montagneuses et insulaires : gestion du temps, coûts, barrières de la langue

- **Répartition et densité des structures médico-sociales et des revendeurs de matériels**
  - Régions sous-denses : collaborations plus difficiles ou inexistantes
  - Régions denses : intensification des activités, pertinence des actions, amélioration des recommandations

03 – Pertinence :
réponse aux besoins

Evaluation des besoins en aides techniques

- **Détention préalable des aides techniques par les personnes accompagnées :**
  - 81% des bénéficiaires détenaient des aides techniques avant EqLAAT : en moyenne 3.
  - 14% des aides techniques possédées par la personne non utilisées
  - 19% des aides techniques possédées par la personne non adaptées
  - 34% des aides techniques non utilisées et/ou non adaptées

- **En moyenne 2 activités ciblées** par l'ergothérapeute pour lesquels une ou des AT nécessaires :
  - Mobilité et manipulation : 22%
  - Déplacements dans le logement et à l'extérieur : 21%
  - Se laver : 18%

- **Demandes initiales en aides techniques :**
  - 92% des usagers ont fait une demande en AT lors de la 1ère visite à domicile : en moyenne 2
  - 77% ont spécifié une demande précise
  - 23% ont exprimé le besoin sans la nommer

Faire le bon choix des aides techniques (1)

		Moyenne	Motivations
AT essayées par personne (dans le lieu de vie)	2,20	*La moyenne varie selon les équipes [0,88;4,54]*	Davantage plébiscités : adaptation au lieu de vie
AT testées par personne (en dehors du lieu de vie)	0,49	*La moyenne varie selon les équipes [0; 2,35]*	Utiles pour les AT volumineuses, déplacement difficile, onéreuses

Les AT de la nomenclature ISO 999 les plus couramment essayées (n essais = 5 416)	%
Mobilité personnelle et transport (Code 12)	28%
Entretien personnel et participation à l'entretien personnel (Code 09)	28%
Aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement (Code 18)	19%

Faire le bon choix des aides techniques (2)

Origines du matériel	Part des essais
Parc d'aides techniques	54%
Revendeurs de matériel	31%
Prêt par partenaire non-commercial	4%
Au domicile de la personne	4%
Prêt par fabricant	3%
Location	1%
Achat neuf pour l'essai	0,11%
Autres	3%

	Moyenne	Médiane	Q1	Q3
Délais d'accès aux essais	11 j	1 j	0 j	15 j
Longueur de la période d'essai	6 j	1 j	1 j	6 j

- **Délai moyen de mis à disposition du matériel pour un essai selon son origine :**
  - Parc d'AT = 5 jours
  - Revendeurs = 21 jours
  - Prêt par fabricant = 34 jours
- **Durée de la mise à disposition du matériel pour un essai selon son origine :**
  - Parc d'AT = 6 jours
  - Revendeurs = 4 jours
  - Prêt par fabricant = 6 jours

Les apports de la transprofessionnalité

- **CLES DE REUSSITE 1 : des échanges réguliers**
  - **Lors de réunions formelles et informelles**

    57% hebdomadairement, 43% mensuellement

    82% jugent les réunions essentielles, faible turn-over améliore la communication

    …qui permettent une collaboration productive

    Des concertations régulières = des réponses globales

    Une approche pluridisciplinaire moins fatigante pour les usagers

- **CLES DE REUSSITE 2 : des regards croisés des professionnels**
  - **Les travailleurs sociaux (TS) éclairent sur les aspects financiers et sociaux**

    Les visites à domicile du TS dépendent des besoins spécifiques de la personne

    Une collaboration étroite avec l'ergothérapeute enrichie le caractère pluridisciplinaire

  - **Lors des « Cafés Eqlaat »**

    Les échanges mensuels entre 24 équipes locales : communication, veille professionnelle, coordination des actions

Coordination avec les acteurs extérieurs

Un travail complémentaire avec les professionnels accompagnant la personne

- **Reposant sur le principe de subsidiarité :** pour éviter les doublons et assurer une collaboration efficience
- **Pour ne pas perdre l'usager**
- **Pour s'assurer que les préconisations des EqLAATs seront entendues par les professionnels extérieurs**

- **Les équipes ont collaboré avec :**
  - Les paramédicaux, les médecins, les auxiliaires de vie, les kinés, les EMRs
  - 95% *des participants à l'EQL* ont noté une amélioration de la qualité des accompagnements en impliquant ce principe
  - 80% *des participants à l'EQL* ont déclaré collaborer et échanger régulièrement avec le professionnel orientant vers EqLAAT

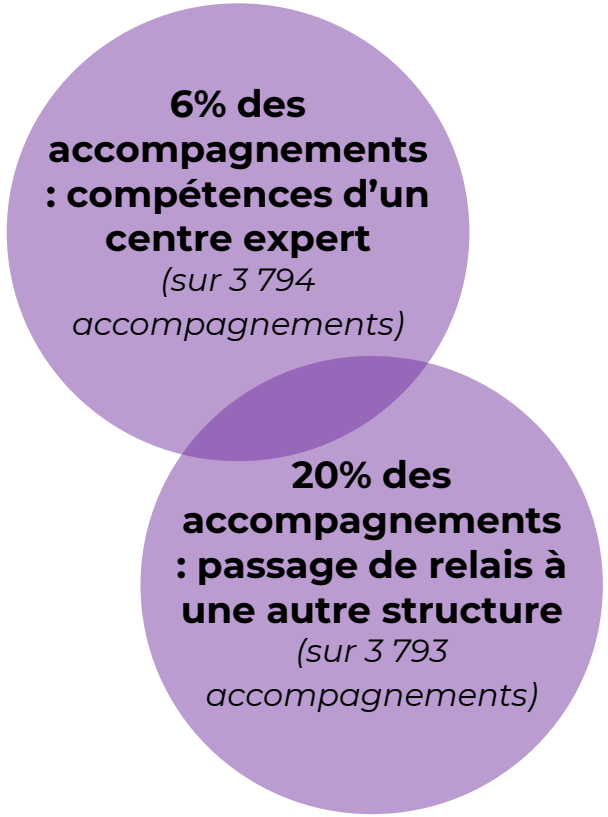
- **Les facteurs contribuant à une collaboration élevée**
  - L'ancienneté de la structure (82% des répondants à l'EQL)
  - La polyvalence de certaines structures « triple casquette » (55% des répondants à l'EQL)

Collaboration avec des acteurs spécialisés

- **Pourquoi solliciter des centres experts ?**
  - Pour les objectifs d'autonomie, scolarité, communication, audition, et mémorisation, le recours à une expertise extérieure a été plus fréquent

- **Les équipes ont été partenaires des :**
  - Orthoptistes, ophtalmologues, orthophonistes, orthoprothésistes.
  - Centres experts des déficiences sensorielles, France Alzheimer, ADMR.
  - Pour répondre à des demandes spécifiques (déficience visuelle, communication alternative, aides techniques).

- **Les besoins de formation**
  - Des professionnels qui se sentent **insuffisamment formés.**
  - **Besoin de formation sur divers domaines :** déficience visuelle, auditive, troubles cognitifs, CAA, gestion des dossiers MDPH, polyhandicap, pathologies pédiatriques, troubles du comportement, maladies neurodégénératives, oncologie, obésité morbide, santé mentale, et nouvelles technologies liées au handicap.



Les défis de la communication interprofessionnelle

- **Un déchargement excessif par certains intervenants extérieurs sur les équipes**
  - EqLAAT est parfois perçue comme un dispositif de coordination de la vie de la personne
  - Préoccupation : éviter d'assumer des missions hors du domaine d'expertise
- **Des informations non-partagées**
  - Défis sur le terrain : professionnels récalcitrants à collaborer avec EqLAAT par manque de connaissance
  - Impact négatif sur la pertinence des recommandations des ergothérapeutes
  - Les bénéficiaires ne communiquent par tous leurs accompagnements
- **L'arrivée d'un nouvel acteur perçu comme un concurrent**
  - Réactions négatives en raison de la pluridisciplinarité des équipes
  - Nécessité de communication active pour dissiper les malentendus & Illustration de bénéfices potentiels de la collaboration.
- **Le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeutes**
  - Contexte défavorable impactant la légitimité des professionnels.
  - Réflexe limité des médecins à recourir aux avis des ergothérapeutes

Mise en place des aides techniques sur le lieu de vie (1)

Aides techniques : préconisation VS mise en place

	Moyenne[1]	Effectif
AT préconisées par personne	2,92	4 999 usagers
AT mises en place par personne	2	3 679 usagers
Part des AT mises en place p/r AT préconisées	68%	3 679 usagers

[1] *Les moyennes sont significativement différentes entre les équipes*

Type d'aides techniques mises en place

AT le plus couramment mises en place selon la nomenclature ISO 999 (sur 6 300 AT) [1]	Parts
Entretien personnel et participation à l'entretien personnel (Code 09)	25%
Mobilité personnelle et transport (Code 12)	23%
Aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement (Code 18)	25%

[1] *Les répartitions sont significativement différentes entre les équipes*

Mise en place des aides techniques sur le lieu de vie (2)

Origine des ATs mises en place	Part respective des mises en place
Achat d'AT à l'état neuf	79%
Prêt d'AT	6%
Location	5%
Achat d'AT d'occasion	3%
Autres	7%

	Moyenne	Médiane	Q1	Q3
Délais pour la mise à disposition [1] *(n= 2874)*	47 j	20 j	6 j	60 j

[1] *Les moyennes sont significativement différentes entre les équipes*

Les avis sur les aides recyclées :

- Moins coûteuse (+)
- Impact écologique (+)
- Considérations psychologiques : équipements d'hygiène (+/-)
- Accès limités sur le territoire (+/-)
- Moins de personnalisation possible (-)
- Technologie en constante évolution (-)

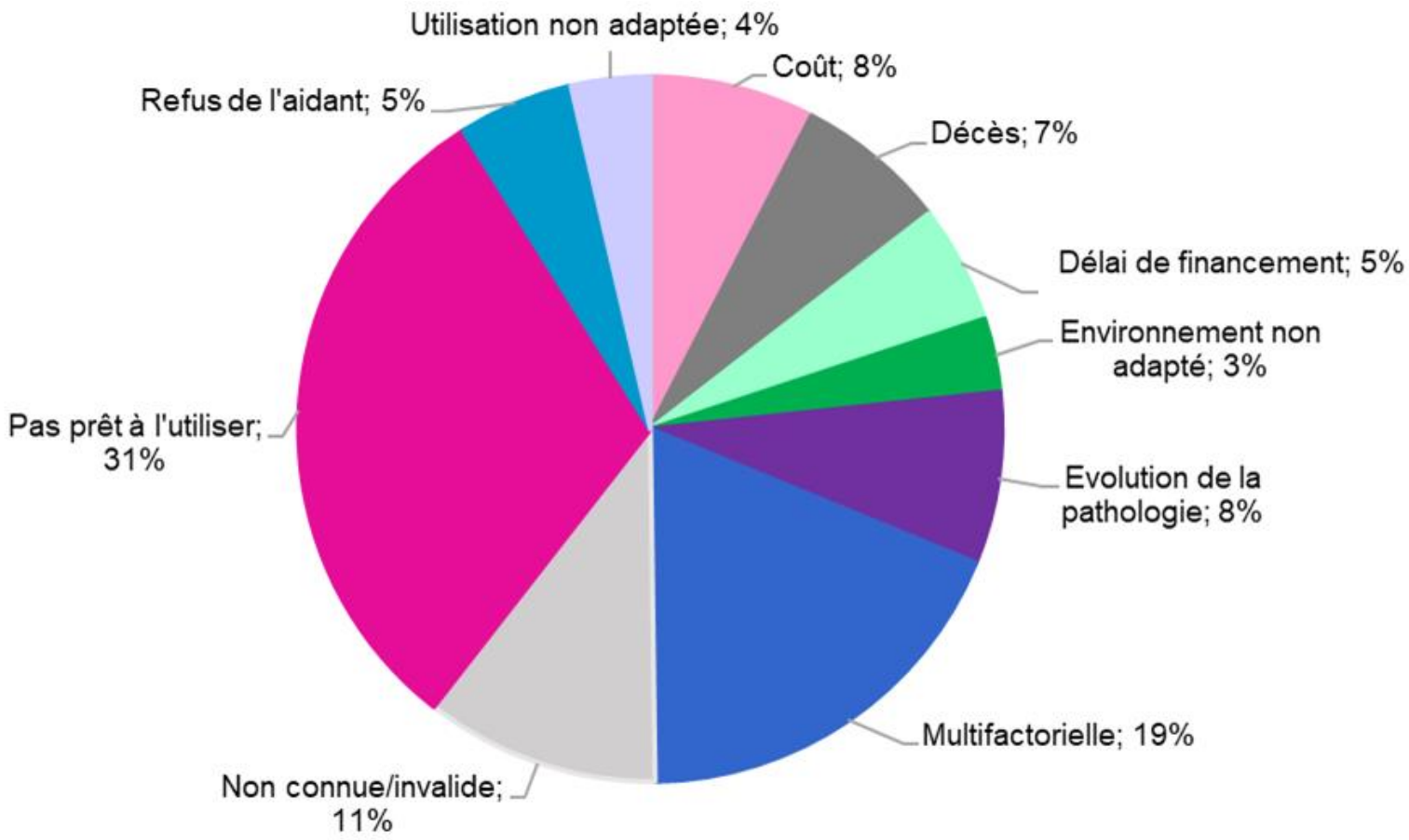
Les délais moyens pour la mise en place des ATs selon l'origine :

- Achat neuf = 28 jours
- Achat d'occasion = 10 jours
- Location = 10 jours
- Prêt = 5 jours

Facteurs favorisant la mise en place des aides techniques

- **La bonne adéquation aux besoins et à l'environnement :** les essais permettent de faire le bon choix *(partagé par 96% des participants à l'EQL)*
- **La formation à l'utilisation** permet de tirer pleinement partie des avantages et des fonctionnalités *(partagé par 75% des participants à l'EQL)*
- **L'acceptation de l'aide technique** grâce à l'évolution de l'image de l'AT « surmonter la stigmatisation » *(partagé par 54% des participants à l'EQL)*
- **Acquise(s) pour soulager ses proches** *(partagé par 46% des participants à l'EQL)*

Facteurs entravant la mise en place des aides techniques



Les difficultés de financement des aides techniques

- **Une source de frustration :** l'acquisition est parfois limitée pour des raisons financières et des délais d'aide aux financements assez long
- **Des restes à charge élevé :** 69% des aides techniques acquises non remboursées par AM
- **La complexité administrative :** des démarches complexes pour l'aide au financement
- **Les barrières règlementaires** : une restriction de l'accès aux aides financières aux bénéficiaires de l'APA ou de la PCH
- **Les attentes prolongées :** des délais pouvant atteindre 1 an
- **Le renoncement à l'acquisition** : *« Nous avons choisi de ne prendre que ce qui était immédiatement nécessaire, et avons trouvé des solutions d'occasion pour alléger les coûts financiers […] J'ai dû faire des compromis, mais c'était nécessaire pour répondre aux besoins urgents »*
- **Le rôle crucial de l'assistante sociale** a été d'informer sur les aides financières et faciliter les démarches pour éviter le découragement

Solutions proposées pour améliorer le financement

- **La présence d'un travailleur social :**
  - Avoir systématiquement recourt à un travailleur social en poste
  - Simplification de l'accès à la location et à la seconde main
- **L'amélioration des montants de prise en charge**
- **L'accélération du traitement des dossiers administratifs**
  - Etablir davantage de partenariats avec les financeurs
  - Les EqLAATs portées par les organismes financeurs ont facilité les démarches
- **La révision de la liste des aides éligibles aux remboursements**
- **Etablir le tiers payant pour alléger le fardeau financier**
- **Amélioration des connaissances sur les possibilités d'aides :**
  - Sensibiliser les bénéficiaires sur les aides de financement
  - 20% des participants à l'EQL ont estimé manquer de visibilité sur les aides financières

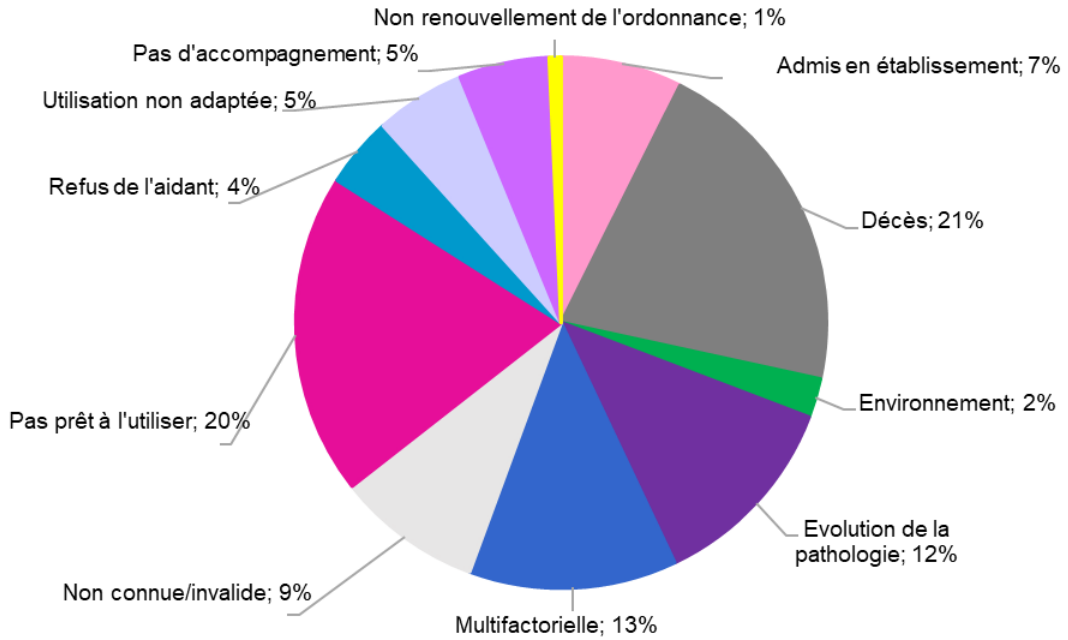
Suivi de l’utilisation à 3 mois

Vérification de l’utilisation de l’aide techniques dans le temps

- 92% des aides techniques mises en place sont encore utilisés à 3 mois par la personne

- 75% des personnes accompagnées utilisent encore toutes leurs aides techniques

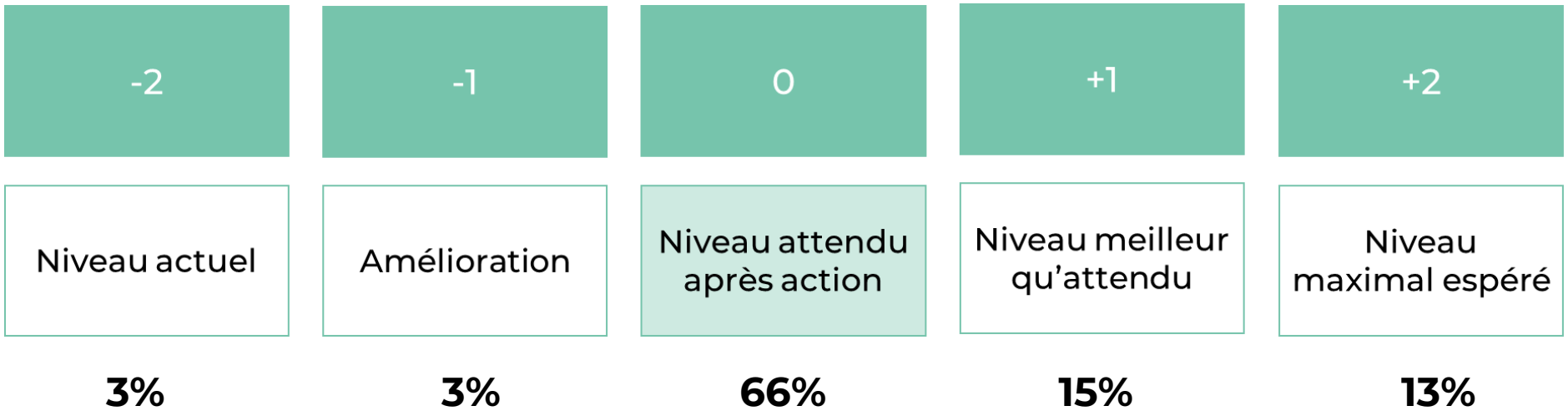
Les causes d’abandon :



04 - Efficacité: Effets observés sur l’autonomie des usagers

Une aide significative dans la réalisation des tâches

Score Goal Attainement Scale (GAS)[1] : mesure de l'atteinte des objectifs, défini a priori par les usagers



«Ça me permet de revivre. J'ai mon mari qui est aidant, et lui aussi ça lui permet de souffler un petit peu, par rapport à tout l'équipement, il y a des choses qu'il n'est plus obligé de faire » Usager

[1] *Score renseigné pour 13 équipes sur 24*

Des effets variables selon le profil de l'usager

L'accompagnement a permis gain net en autonomie pour certains … mais moins net pour :

- **Les personnes atteintes de maladies évolutives**
  - Comme la Sclérose en plaques, l'amyotrophie spinale, la maladie de Charcot
  - Les aides techniques sont insuffisantes pour améliorer la qualité de vie
  - Une obsolescence rapide des aides techniques lié à l'évolutivité de la maladie

…ont des besoins évoluant rapidement nécessitant la réactivité des ergothérapeutes

- **Les personnes dépendantes à l'aide humaine :**
  - Leur autonomie n'est pas totalement améliorée car l'aide humaine est toujours nécessaire
  - Importance de reconnaître leur rôle de l'aidant dans le processus
  - Former les aidants pour une utilisation efficace et sécurisée
  - Evaluer leurs capacités à aider

- **Les limites d'un dispositif expérimental :**
  - Les accompagnements nécessitent du temps : temps d'acceptation et apprentissage de l'utilisation +/- long

Satisfaction des usagers

Questionnaires ESAT		Note sur 10	Très satisfait	Plutôt satisfait	Plus ou moins satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Qualité des procédures	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des procédures par lesquelles vous avez obtenu votre aide technique (procédures, durée d'attente) ?	**8,6** *(1 402 obs)*	59%	30%	8%	1%	<1%
Qualité du service	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services professionnels (information, attention) accordés pour pouvoir utiliser votre aide technique ?	**8,6** *(1 442 obs)*	60%	30%	8%	1%	1%
Qualité du suivi	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services de suivi que vous avez reçus pour votre aide technique ?	**9** *(1 448 obs)*	66%	28%	5%	<1%	<1%

Source : systèmes d'informations

05 - Efficience:
Calibrage des forfaits

Modèle de financement

- **2 forfaits à la séquence :**
  - Forfait 10h pour les situations courantes
  - Forfait 15h pour les situations complexes

- **Composés de charges directes et de charges indirectes :**
  - Charges directes : inclusion, évaluation, prise en main, suivi de l'activité, hygiénisation des aides techniques, frais de repas
  - Charges indirectes : coordination & pilotage, frais de gestion fixes et variables

- **Modulés selon la zone d'habitation pour les déplacements à domicile :**
  - Plaine
  - Montagne

Consommation des forfaits

- Sur 14 équipes[1] : **3 215 forfaits 10h** et **1 233 forfaits 15h** déclenchés

- Sur les **6 121 748 €** alloués pour le forfait 51 pour les 14 équipes, **3 116 778 €** (51 %) ont été dépensés

[1] *10 équipes n'ont pas renseigné le type de forfaits déclenchés = 2 703 valeurs manquantes.*

Pour les 14 autres équipes l'ayant renseigné, on comptabilise 627 valeurs manquantes sur le type de forfaits déclenchés

Coûts réels des accompagnements – méthode

Types de charges	Valorisation	Base (€)	Source des calculs
Charges directes			
Temps passé à l'accompagnement	Salaire horaire brut ergothérapeute	39,5€/h	Enquête et CDC
Frais d'hygiénisation	Temps de lavage Coût horaire	50€/h – 20 minutes/AT	CDC
Frais de repas	Coût des repas par an par ergo / (nombre d'accompagnement)	2 444€ de repas par an	Enquête et CDC
Frais de transport			
Indemnisation des frais kilométriques	Nombre de visites réalisés Nombre de km effectués par visites	• 0,35€/km en plaine • 0,50€/km en montagne	SI interne
Charges indirectes			
Charges variables de coordination et de pilotage	ETP Secrétariat et Chef de service & salaire brut rapportés au nombre d'accompagnement ETP Assistant RH, Responsable administratif, Directeur & salaire brut rapportés au nombre d'accompagnement	• Secrétariat : 32 676€/ an • Chef de service : 65004€/an • Assistant RH : 52 080 € • Responsable adm : 53 256 € • Directeur : 101 352 €	Enquête et CDC
Charges variables de frais de gestion	Frais de gestion variables (charges d'affranchissement, services bancaires, honoraires commissaires aux comptes) rapportés au nombre d'accompagnement	• Frais variable : 620€	Enquête et CDC
Charges fixes de gestion	Frais fixes de gestion (électricité, fournitures, achat d'ordinateur etc) rapporté au nombre d'ETP ergo/travailleur social dans l'équipe	2 533€ par ergo	Enquête et CDC

Coûts réels des accompagnements – méthode

- **Zoom sur la mesure de l'activité des équipes pour évaluer les charges indirectes**

Nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe :

Calcul d'un nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe : à partir du nombre d'ETP ergo/travailleur social sur la base de **1300h travaillées** par an *(CDC)* et le temps moyen passé à l'accompagnement *(Enquête)*

Non-recours au SI :

10 équipes n'ont pas renseigné le type de forfait déclenché.
14 équipes données disponibles mais correspondent à des effectifs à date d'analyse, à une population éligible et évaluable (autorisation de l'exploitation des données individuelles et contiennent des valeurs manquantes.

Exemple de calcul pour une équipe :

Heures travaillées : **1300 h** travaillées
Equipe composée de **3 ETP** ergos ou travailleurs sociaux (ts)
Temps moyen passé à l'accompagnement = **10,5h** [forfait 10h] et de **15,5h** [forfait 15h]

((1300h/10,5 temps passé par forfait) x 3 nb ETP ergo/ts)

Ainsi, le nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe = **371 personnes pour des forfaits de 10,5h et de 252 personnes pour des forfaits de 15h**

Temps passé à l'accompagnement (enquête en ligne)

Actions	Tâches	Temps passés (en heure) Forfait 10h	Forfait 15h
Inclusion & Actions administratives	• Réception et enregistrement de la demande • Organisation des rendez-vous et suivi (planification, appel téléphonique…) • Après l'intervention: transmission des éléments d'études (projet, synthèse des bilans et définition et documentation sur les aides techniques cibles…)	1,19	1,23
Evaluation	• Déplacement A/R : (y compris en cas de visites groupées) • Evaluation + essais matériel (entretiens, mises en situations…) • Analyse des données et étude des solutions, Recherche documentaires (produits, références…) • Rédaction d'un compte-rendu et compilation des documents nécessaires à la personne • Sollicitation du prestataire pour demande chiffrage, réception & analyse…	7,11	11,94
Prise en main	• Contact au moment ou après la réception de l'aide technique : échange sur l'utilisation, réglages… • Appel à 3 + 6 mois après réception de l'aide technique • Réponse aux sollicitations de la personne après qu'elle ait accès à l'aide technique	1,81	2,13
Suivi de l'activité	• Bilan d'activité / Suivi / Coordination • Logistique du parc matériel	1,50	1,50
Total horaire évaluation et accompagnement		11,61	16,80
Frais d'accompagnement (39,5€/h)		458€	663€

Frais d'hygiénisation	50€ (3 AT)	83€ (5 AT)
Frais de repas	21,82€	31,58€

Total charges directes	529,92€	777,88€

Nombre de visites et kilomètres parcourus (SI)

Nombre moyen de visites à domicile :

- Forfait 10h : 2 visites
- Forfait 15h : 3,14 visites

Nombre de kilomètres parcourus :

- En moyenne 55 km par trajet
- Forfait 10h : 110 km (55*2)
- Forfait 15h : 172 km (55*3,14)

Coûts des frais de transport :

- Forfait 10h :
  - Plaine = 38,5€ & Montagne = 55€
- Forfait 15h :
  - Plaine = 60,2€ & Montagne = 86€

Evaluation des charges indirectes par forfait

Charges	Moyenne (24 équipes)	Coût moyen pour 11,6h	Coût moyen pour 16,8h	Détails
Charges de coordination et de pilotage				
Secrétariat	**0,67 ETP**	86,41 €	125,12 €	((Salaire annuel*ETP Secrétariat)/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Chef de service	**0,72 ETP**	179,84 €	254,39 €	((Salaire annuel*ETP chef de service)/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Sous-total		*266,25€*	*379,51 €*	
Charge de fais de gestion				
Assistant RH	**0,23 ETP**	48,42€	70,66 €	((Salaire annuel*ETP Assistant)/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Responsable administratif	**0,11 ETP**	22,43€	33,16 €	((Salaire annuel*ETP Responsable)/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Directeur	**0,16 ETP**	64,58€	93,06 €	((Salaire annuel*ETP Directeur)/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Frais de gestion variables	-	2,35€	3,39 €	(Frais de gestion variable/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe)
Frais de gestion fixes	-	22,70€	32,74 €	(Frais de gestion par ergo/nombre de bénéficiaires possibles par an par équipe/ETP ergo,ts))
Sous-total	-	*160,69 €*	*233,01€*	
Total	-	**426,93€**	**612,52€**	

Montant réel des forfaits vs montant du CDC

	Forfait 11,61h (ex 10h)	Forfait 10h (CDC)	*ΔCoût*	Forfait 16,8h (ex 15h)	Forfait 15h (CDC)	*ΔCoût*
Charge directe						
Evaluation/Accompagnement	530 €	464 €	*+66€*	778 €	704 €	*+74€*
Charge Indirecte						
Coordination & Pilotage	266 €	54€	*+212€*	379 €	81 €	*+298€*
Frais de gestion	161 €	41€	*+120€*	233 €	62 €	*+171€*
Frais kilométriques						
Plaine	39 €	48 €	*-9€*	60 €	69 €	*-9€*
Montagne	55 €	73 €	*-18€*	86 €	104 €	*-18€*
Total en plaine	995 €	607 €	*+388€*	1 450 €	916 €	*+534€*
Total en montagne	1 012 €	632 €	*+380€*	1 476 €	915 €	*+561€*

Les coûts cachés des forfaits (enquête en ligne)

Catégorie de coûts	Type de coûts
Frais mobiliers	▪ Location des locaux ▪ Electricité, charges, entretien du local
Frais liés aux déplacements	▪ Location de véhicules (achat, assurance, réparation) ▪ Sur les territoires insulaire (DOM/TOM) : billets de bateau, hébergement ▪ Indemnisation des temps de trajets sous-estimés dans certains territoires
Frais matériels	▪ Matériels pédagogiques : antidérapants, butées adhésives, etc. ▪ Matériel « ergo » : mètre, petit outillage ▪ Logistique autour des aides techniques : achat, location, envoi et réception, frais de livraison, nettoyage, contrôle, désinfection, maintenance des aides techniques
Frais administratifs et financiers	▪ Assurances ▪ Impôts ▪ Gestion administrative
Frais liés aux activités d'accompagnement	▪ Temps passé à l'aménagement du logement ▪ Temps passé au suivi ▪ Temps passé à la réorientation vers d'autres dispositifs ▪ Temps de pair-aidance ▪ Temps médical : sollicitation du médecin MPR
Frais liés au développement	▪ Temps passé à la coordination : réunions internes, déplacement à la CNSA ▪ Temps passé à la communication avec les partenaires ▪ Temps passé à la formation : besoins spécifiques, formations continues

Conclusion

- **L'expérimentation EqLAAT a permis**
  - Une démocratisation de l'accès aux aides techniques
  - De proposer une approche holistique et une prise en charge structurée
  - D'instaurer un lien de confiance grâce à la neutralité commerciale
  - Un gain net en autonomie des populations fragilisées
- **Les facteurs de succès :**
  - Coordination entre les acteurs locaux
  - Réactivité des ergothérapeutes
  - Soutien des travailleurs sociaux
  - Partenariats avec les revendeurs de matériel médical
  - Expérience des structures porteuses
  - Démocratisation de l'accès aux aides

Pour une généralisation réussie :

- **Accroitre la participation des professionnels médicaux :** partenariats, sensibilisation, communication
- **Renforcer les équipes :** recrutements, formations
- **Encourager la participation des usagers :** personnaliser les approches socio-culturelles, soutien accru pour les maladies évolutives
- **Collaborer avec les fournisseurs locaux :** établir des partenariats pour optimiser l'accès aux AT
- **Etablir des liens solides avec les intervenants extérieurs**
- **Améliorer l'accès aux financements des AT :** établir des partenariats avec les organismes financeurs

Bibliographie sélective

Andrich R, Mathiassen N-E, Hoogerwerf E-J, Gelderblom GJ. Service delivery systems for assistive technology in Europe: An AAATE/EASTIN position paper. TAD 2013;25:127–46. https://doi.org/10.3233/TAD-130381.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluations et des statistiques. Guide méthodologique de l'évaluation des projets Art.51 LFSS 2018 - Accompagnement pour la mise en oeuvre de l'évaluation des projets dans le cadre de l'innovation en santé. 2019.

Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. Implement Sci, 2, 40. doi:10.1186/1748-5908-2-40

Dalkin SM., Greenhalgh J., Jones D., Cunningham B., Lhussier M. 2015; What's in a mechanism? Development of a key concept in realist evaluation. ImplementSci.;10(1):49.

Decker J., & Dupré E.P. 2008 « implementation matters : a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation; American Journal of Community Psychology, 41, 237-350.

Denormandie P, Chevalier C. Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable n.d.:264.

Launois R., Diard M., Cabout E., Meto E., Eymere S. 2022 Évaluer autrement les parcours de soins coordonnés article 51 LFSS 2018 : une innovation, les protocoles réalistes. Annales Pharmaceutiques Françaises. Avril; 80 (2) :131-144

Launois R., Trouiller JB., Cabout E. 2018 Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? Annales Pharmaceutiques Françaises. Nov;76(6):421–35.

Ghabri, S., Launois, R., 2014. Évaluation quasi-expérimentale des interventions médicales : méthode des variables instrumentales. Journal de gestion et d'économie médicales vol 32(5-6) : 371-388 . https://doi.org/10.3917/jgem.145.0371

Ministère des solidarités et de la Santé. Rapport au parlement sur les expérimentations innovantes en santé (article 51 de la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2018).

Mukumbang FC., Marchal B., Van Belle S., van Wyk B. Using the realist interview approach to maintain theoretical awareness in realist studies. Qual Res 2020;20:485–515. https://doi.org/10.1177/1468794119881985

Pawson, R., & Tilley, N. 1997. Realistic evaluation. London, United Kingdom: Sage Publications.

Stevens et al 2022 Décrire l'innovation organisationnelle en santé publique pour favoriser sa dissémination ; guide DINOSP revue de santé publique Vol 70, N°5 (Octobre) p215-221

Villeval et al 2016 « Enabling the transferability of complex intervention : exploring the combinaison of intervention « key fonctions » and implementation » Int J Public Health 61(9):1031-1038

- **Adresse:** REES France
  28, rue d'Assas
  75006 Paris, France
- **Téléphone:** +33 (0)1 44 39 16 90
- **Email:** launois.reesfrance@wanadoo.fr
- **Web:** www.rees-france.com

Réseau d'Evaluation en
Economie de la Santé

REES
FRANCE