

RAPPORT INTERMEDIAIRE

« Equipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques - EqLAAT »

REES France

Référent(s) – LOT1 : Robert Launois, Elise Meto, Elise Cabout

Rapport intermédiaire V1 – Avril 2023

Mandataire du consortium Lot 1

Antoine Georges-Picot & Mariana Beija

agp@govhe.com

06 07 68 13 86



Direction de projet Lot 1

Robert Launois, Elise Meto, Elise Cabout,

launois.reesfrance@wanadoo.fr

06 07 82 07 45



Liste des acronymes

ACTP : Allocations compensatrices pour tierce personne
 ACFP : Allocations compensatrices pour frais personnels
 AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicap
 APA : Allocation personnalisée d'autonomie
 AT : Aides Techniques
 CDC : Cahiers des Charges
 EQLAAT : Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques
 ESAT : Evaluation de la Satisfaction envers une Aide Technique
 GAS : Goal Attainment Scale
 IAD : Intervention à domicile
 MPR : médecine physique et réadaptation
 PA : Personnes Accompagnées
 PCH : Prestation de Compensation du Handicap

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Les 24 équipes locales : structure, public et territoire</i>	18
<i>Tableau 2 : Effectif des personnes accompagnées par les équipes</i>	20
<i>Tableau 3 : Caractéristique des personnes accompagnées dans les 19 équipes</i>	21
<i>Tableau 4 : Panorama des aides techniques essayées</i>	42
<i>Tableau 5 : Panorama des aides techniques mises en place (CODE ISO 9999, niveau1)</i>	48
<i>Tableau 6 : Montant des forfaits d'évaluation et d'accompagnement (CDC)</i>	63
<i>Tableau 7 : Synthèse des 19 équipes forfaits déclenchés et montants dépenses</i>	64
<i>Tableau 8 : Temps moyen réellement passé à l'évaluation et l'accompagnement par forfait</i>	65
<i>Tableau 9 : Calcul du coût réel des forfaits</i>	67
<i>Tableau 10 : Moyenne des activités cibles réalisées auprès des PA par équipe</i>	74
<i>Tableau 11 : Activités cibles réalisées auprès des bénéficiaires par centre</i>	74
<i>Tableau 12 : Aides techniques mises en place par PA avant l'accompagnement Eqlaat par centre</i>	75
<i>Tableau 13 : Nombre moyen d'aides techniques proposés initialement par équipe</i>	76
<i>Tableau 14 : Répartition des aides techniques identifiées après évaluation par centre</i>	78
<i>Tableau 15 : Répartition des catégorie d'aides techniques essayées par équipe (CODE ISO 9999, niveau 1)</i>	79
<i>Tableau 16 : Répartition des moyens mobilisés à la réalisation des essais par équipe</i>	80
<i>Tableau 17 : Répartition des moyens mobilisés à l'acquisition des AT par équipe</i>	81
<i>Tableau 18 : Répartition des causes de la non mise en place des AT par équipe</i>	82

Tableau 19 : Score d'efficacité GAS par équipe.....	83
Tableau 20 : Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un ergothérapeute (en heures).....	84
Tableau 21 : Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un travailleur social (en heures)	85
Tableau 22: Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un professionnel de l'équipe (autre ergo et TS) (en heures).....	86
Tableau 23 : Nombre moyen de visites à domicile par type de forfait.....	87
Tableau 24 : Nombre moyen de kilomètres effectués par trajet aller-retour	88

Liste des figures

Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques.....	11
Figure 2 : Flow chart de traitement des données.....	15
Figure 3 : Parcours des personnes accompagnées dans Eqlaat	17
Figure 4 : Répartition des PA par pathologie principale dans les 19 centres	23
Figure 5 : Incapacités des PA dans la réalisation des tâches quotidiennes	24
Figure 6 : Aides des proches-aidants auprès des PA dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.....	25
Figure 7 : Aide des professionnels extérieurs auprès des PA dans la réalisation des activités de la vie quotidienne	25
Figure 8 : Part moyenne par personne des AT non adaptées et non utilisées parmi les AT déjà en place	26
Figure 9 : Activités sur lesquelles portent les accompagnements dans les 19 centres	32
Figure 10 : Activités sur lesquelles portent les accompagnements par centre	33
Figure 11 : Nombre moyen d'aides techniques testées et essayées par personne par équipe	41
Figure 12 : Durées moyennes des essais des aides techniques par équipe	43
Figure 13 : Délais moyens d'accès aux essais des aides techniques par équipe	44
Figure 14 : Moyens mobilisés à la réalisation des essais par équipe	45
Figure 15 : Aides techniques préconisées vs Aides techniques mises en place par équipe..	47
Figure 16 : Moyens mobilisés à l'acquisition des aides techniques par équipe	51
Figure 17 : Causes de non-mises en place de l'AT	53
Figure 18 : Les causes d'abandon des AT à 3 mois.....	56
Figure 19 : Scores GAS par centre	58

SYNTHESE	6
PRESENTATION SYNTHETIQUE	8
1. PRESENTATION DU DISPOSITIF EQLAAT	9
1.1 CONTEXTE	9
1.1.1 LE PAYSAGE FRANÇAIS DES AIDES TECHNIQUES	9
1.1.2 RECOMMANDATIONS ET PREMIERES PROPOSITIONS DE REPONSES	10
1.2 UNE EXPERIMENTATION RETENUE AU TITRE DE L'ARTICLE 51	10
1.2.1 LE PORTEUR DU PROJET	10
2. RECONSTITUTION DES OBJECTIFS DU PORTEUR DU PROJET	11
3. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION	12
3.1 ANALYSE QUALITATIVE DES NOUVELLES FORMES ORGANISATIONNELLES.... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
3.1.1 L' EVALUATION REALISTE : APPROCHE PAR LE FONCTIONNEMENT	12
3.1.2 CHRONOLOGIE & CONTENU DES ENTRETIENS	13
3.2 PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.2.1 ANALYSE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.2.2 QUALITE DES DONNEES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
.....	15
4. FAISABILITE : CREER UN SERVICE DE PROXIMITE ACCESSIBLE ET ADAPTE	16
4.1 MISE EN ŒUVRE DU PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE	16
4.2 MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION INNOVANTE	18
4.2.1 DEPLOIEMENT DES EQUIPES LOCALES	18
4.2.2 PROFESSIONNELS MOBILISES	19
4.3 LES PERSONNES ACCOMPAGNEES	20
4.3.1 VOLUME D'INCLUSION	20
4.3.2 CARACTERISTIQUES SOCIAUX DEMOGRAPHIQUES ET CONDITION PHYSIQUE	21
4.3.3 RAPPORT AUX AIDES TECHNIQUES ET AIDES REÇUES AVANT EQLAAT	24
4.4 UN INTERET INDENIABLE DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES ENVERS LES EQUIPES LOCALES : EQLAAT REpond A UNE REELLE DEMANDE	27
4.1 LE FINANCEMENT DES INTERVENTIONS A DOMICILE A REDUIT LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS	29
5. EFFICACITE : RENFORCEMENT DE LA LOGISTIQUE DES EQLAATS ET DES COMPETENCES DES INTERVENANTS	32
5.1 EVALUATION DES BESOINS : ACTIVITES CIBLEES ET PREMIERES PRECONISATIONS	32

5.2	DES ACCOMPAGNEMENTS PERTINENTS GRACE A DES PROFESSIONNELS EQLAAT INVESTIS DANS LEURS MISSIONS.....	34
5.3	SUBSIDIARITE DES ACTIONS AVEC LES ACCOMPAGNEMENTS EXTERIEURS	35
5.3.1	LA SUBSIDIARITE EN PRATIQUE : LES FACTEURS FAVORISANT	35
5.3.2	LA SUBSIDIARITE EN PRATIQUE : LES FACTEURS ENTRAVANT.....	38
6.	<u>EFFICACITE : AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES PRECONISATIONS ET DU SUIVI EN CONDITIONS NORMALES D'USAGE.....</u>	40
6.1	UN INTERET INCONTESTABLE DES ESSAIS EN VIE REELLE DES AIDES TECHNIQUES	40
6.1.1	AIDES TECHNIQUES TESTEES VS AIDES TECHNIQUES ESSAYEES	40
6.1.2	DUREES, DELAIS, MOYENS MOBILISES POUR LES ESSAIS	42
6.2	LES AIDES TECHNIQUES MISES EN PLACE.....	46
6.2.1	AIDES TECHNIQUES PRECONISEES VS AIDES TECHNIQUES MISES EN PLACE.....	46
6.2.2	POURQUOI CERTAINES AT PRECONISEES N'ONT-ELLES PAS ETE MISES EN PLACE ?	52
	LE COUT ET LES DELAIS DE FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES REPRESENTENT 15% DES CAUSES DE NON MISES EN PLACE DES AIDES TECHNIQUES PAR RAPPORT A CELLES PRECONISEES. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET FINANCIER OFFERT PAR EQLAAT NE RESOUT PAS POUR TOUT LE MONDE TOUTES LES DIFFICULTES RELATIVES AU FINANCEMENT DES AIDES TECHNIQUES.	53
6.3	L'INTERET DU SUIVI A 3 MOIS.....	55
6.4	AMELIORATION DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE : CONDITION SOUS-JACENTE ET LIMITEES ...	57
6.5	LA PLACE ET LE ROLE DE LA PAIR-AIDANCE : POINT VUE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS	60
7.	<u>EFFICIENCE : REALISER DES GAINS D'EFFICIENCE.....</u>	61
7.1	MODELE ECONOMIQUE DE L'ORGANISATION INNOVANTE.....	62
7.2	DEPENSES REALISEES VS BUDGETS ALLOUES	63
7.3	COUT REEL DU FORFAIT 51	65
7.3.1	COUT REEL DES CHARGES DIRECTES D'EVALUATION.....	65
7.3.2	COUT REEL DES FRAIS DE TRANSPORT	66
8.	<u>RESULTAT DU DISPOSITIF : « DES USAGERS GAGNANTS ET DES USAGERS PERDANTS ».....</u>	67
9.	<u>DES RESULTATS VARIABLES SELON LES EQUIPES : L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DES EQUIPES SUR LES RESULTATS.....</u>	70
10.	<u>CONCLUSION</u>	72
11.	<u>ANNEXE.....</u>	73

Synthèse

Le dispositif Eqlaat répond à un réel besoin

Grâce à Eqlaat, la population ayant recours à des aides techniques et pouvant bénéficier d'un accompagnement est plus large et les personnes âgées, qui n'ont pas de maladie spécifique et dont les besoins sont liés au vieillissement, peuvent dorénavant bénéficier d'un accompagnement dans le choix et l'utilisation des aides techniques. Toute personne âgée ou handicapée peut solliciter l'équipe. Le recours au dispositif ne demande aucune prescription ou notification spécifique. Les professionnels soulignent l'intérêt d'un dispositif départemental offrant sur tout le territoire un service gratuit, simple d'accès et ouvert à tous sans discrimination d'âge ou de pathologies. C'est un dispositif innovant qui propose une nouvelle modalité de soins comblant de nombreuses lacunes et répondant à de nombreuses attentes.

Les professionnels relatent que dans certaines zones rurales, il n'y a parfois pas de professionnels de santé libéraux, ni d'hôpitaux compétents pour répondre aux attentes des patients. Eqlaat comble ce vide.

Pour autant, bien que le dispositif puisse répondre à un réel besoin, le nombre de personnes accompagnées par les équipes est bien inférieur aux prévisions : 24% de l'objectif cible.

Les visites à domicile et le prêt de matériel durant les essais ont un double intérêt : individuel et collectif

Sur le plan collectif, les visites à domicile opérées par les ergothérapeutes d'Eqlaat permettent d'aller au contact de ceux qui sont territorialement et socialement les plus isolés. Cet accompagnement de proximité a également été un moyen de lever les réticences parfois existantes sur les aides techniques. Jugées parfois stigmatisantes, elles sont parfois rejetées par les personnes qui en ont pourtant besoin.

De plus, Eqlaat est **un précieux intermédiaire entre les revendeurs et les usagers**. Un climat de confiance s'installe ou se réinstalle entre ces derniers. Les revendeurs sont de grands partenaires des Eqlaats dans la mesure où 36% des essais sont rendu possible grâce au prêt des revendeurs.

Sur le plan individuel, le premier intérêt majeur d'Eqlaat est **la première visite à domicile des ergothérapeutes**, car elle permet de faire un état des lieux de la situation. Elle donne la possibilité de saisir des informations que les ergothérapeutes ne pourraient pas saisir autrement qu'en se rendant au domicile de la personne. Des ergothérapeutes rapportent qu'il y a plein de petites choses que la personne ne pense pas à leur dire et qu'elles sont à même de saisir en étant immergés dans l'environnement de la personne. **Une évaluation dans un lieu de vie, dans la vie quotidienne de la personne, l'observation de ses habitudes et de ses actes est déterminante** pour l'évaluation des besoins et permet une réelle individualisation des conseils et des solutions proposées.

Le deuxième intérêt majeur est **la possibilité de pouvoir faire des préconisations, d'apporter le matériel pour l'essayer** (en moyenne 2 aides techniques sont essayées), de faire le point sur l'effet des aides techniques et au besoin proposer un autre rendez-vous pour revoir d'autres aides techniques.

Les aides techniques qui étaient acquises étaient souvent sous-utilisées voir totalement abandonnées. Faute d'avoir correctement identifié les besoins, ou d'avoir associé l'initiation de leur utilisation à des formations, elles restaient dans les placards ou étaient rapidement mises au rebut. En moyenne, 14% des AT possédées par une personne avant Eqlaat n'étaient pas utilisées et 19% n'étaient pas adaptées. Dorénavant, en moyenne, 83% des aides techniques mises en place auprès d'un usager sont encore utilisées à 3 mois. Celles qui ont été abandonnées au bout de ce laps de temps l'ont principalement été à la suite de l'évolution de la pathologie. A cet égard, plusieurs professionnels des Eqlaat suggèrent d'adapter le forfait pour les personnes atteintes de maladies évolutives afin qu'elles puissent bénéficier d'accompagnements répétés dans le temps.

Il ressort de notre évaluation que l'apprentissage à la bonne utilisation des aides techniques et le suivi de leur mise en place a permis de renforcer l'autonomie des personnes accompagnées (PA) dans la réalisation de tâches de la vie quotidienne qu'elles étaient en incapables d'effectuer toutes seules auparavant : pour 91% des actions d'accompagnement , les PA ont déclaré avoir atteint les objectifs qu'elles s'étaient fixés a minima (score GAS - Goal Attainment Scale).

Enfin, cet accompagnement de proximité a également constitué un moyen de lever les réticences parfois existantes sur les aides techniques. Jugées stigmatisantes, elles pouvaient alors être rejetées par les personnes.

Le libre accès sans condition de ressources à l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire d'accompagnement

La force du dispositif trouve sa source dans la mise en valeur des actions des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux Eqlaat, complétée par une gratuité du service. De fait, selon le Rapport Denormandie Chevalier, peu de matériel est pris en charge par la Sécurité sociale, et peu bénéficiaient d'aides au financement. L'intervention d'un travailleur social, accompagnant dans le montage et le suivi des dossiers de demande d'aides financières pour l'acquisition du matériel, est un point bénéfique pour les personnes qui pouvaient vite être découragées par ces démarches. 90% des PA sont au minimum plutôt satisfaites de la procédure d'acquisition des AT.

L'accompagnement social et l'essai des aides techniques en condition réelle d'usage ont permis aux personnes accompagnées d'une part de vérifier la bonne adéquation de l'aide technique et d'autre part d'aller jusqu'au bout des démarches administratives requises pour leur mise à disposition : en moyenne, 71% des aides techniques préconisées ont été mises en place. Les raisons principales pour lesquelles certaines d'entre elles n'ont pas pu être installées, sont dues au fait que les personnes n'étaient pas encore prêtes pour les utiliser faute d'avoir été formées à leur emploi et que leur coût parfois pouvait être trop élevé ou le délai d'obtention des financements était trop long. Le dispositif devra être amélioré sur

ces deux points pour à la fois améliorer les procédures de financement des aides techniques, et augmenter le nombre d'essais préalables à leur bonne utilisation.

Présentation synthétique

Titre de l'expérimentation	EqLAAT : Equipes locales d'accompagnement sur les aides techniques
Porteur(s)	Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie – CNSA – 66 Avenue du Maine 75014 Paris
Partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> • ARS (GRADeS) • Equipes locales d'accompagnement • CNSA • Ministère des Solidarités et de la Santé • Conseils Départementaux • Maison Départementale des Personnes handicapées • Réseau de l'Assurance Maladie • CARSAT
Territoire(s) concerné(s)	24 expérimentations locales réparties sur l'ensemble du territoire français. Le maillage considéré est le niveau départemental, cependant certaines expérimentations pourront être réalisées sur plusieurs départements.
Nature du projet	National
Public cible et volumétrie	Objectif de 13 550 personnes en situation de handicap ou personnes âgées accompagnées sur 2 ans, pour moitié avec un forfait de 10 heures et pour l'autre moitié un forfait de 15 heures.
Professionnels de santé et structures impliqués	<p>Les structures impliquées sont toutes les structures de recours aux aides techniques déjà existantes. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon équipe locale <p>Les professionnels de santé impliqués sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes • Médecins généralistes • Médecins spécialistes • Orthoptistes • Orthophonistes • Kinésithérapeutes <p>Les professions associées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs sociaux • Patients Experts et/ou pairs-aidants
Objectifs principaux	<ul style="list-style-type: none"> • L'expérimentation a pour objet de mettre en place des équipes locales, accessibles rapidement et aisément, indépendantes de toutes activités commerciales sur les aides techniques, pour l'évaluation et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition du public une réponse de proximité, neutre d'intérêt commercial sur la vente ou la location des aides techniques • Permettre le recours, dès que nécessaire à une expertise sur les thématiques liées aux aides techniques les plus rares • Organisation des essais des aides techniques : recours aux distributeurs, constitution et gestion d'un parc d'aides techniques (achats, locations, dons, prêts)
Coûts prévus	FISS : 11 853 000 € dont 10 388 000 € pour les prestations dérogatoires « Article 51 » et 1 465 000€ de crédit d'amorçage et ingénierie
Dates de début	Publication de l'arrêté : 24 février 2021, modifié le 22 juillet 2022 Lancement de l'expérimentation : 1er septembre 2021
Durée	2 ans

1. Présentation du dispositif Eqlaat

1.1 Contexte

Les aides techniques (AT) correspondent aux matériels spécialement conçus ou directement disponibles sur le marché, permettant aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées de réaliser des activités avec plus d'autonomie, de sécurité ou une meilleure performance. Elles peuvent aussi être un outil précieux pour les proches aidants et les professionnels en contribuant à la qualité des soins et à la prévention des troubles musculosquelettiques liés à ces actes. Les aides techniques sont catégorisées selon la classification ISO 9999. Cette codification se décline en 3 niveaux hiérarchiques et chaque code consiste en trois paires de chiffres (XX XX XX). Par exemple le code ISO 12 correspond : aux produits d'assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport ; 1203 aux Produits d'assistance à la marche manipulés par un bras ; et 120303 aux cannes de marche.

Les AT peuvent être des réels supports à l'autonomie et à la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Pourtant, pouvoir les utiliser ne semble pas évident. Des personnes en situation de handicap, bien informées et ayant besoin d'aides techniques onéreuses, comparent souvent les démarches qu'elles sont amenées à faire pour accéder aux AT à un « parcours du combattant ». Le manque d'information et d'accompagnement est préjudiciable à la réussite des projets des personnes en matière d'AT. Les coûts et la complexité des démarches administratives pour obtenir les financements des matériels sont autant de freins majeurs.

1.1.1 *Le paysage français des aides techniques*

En France, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées peuvent bénéficier d'un accompagnement pour le choix et l'utilisation des aides techniques lors d'un séjour en service de soins de suite et réadaptation (SSR) ou au cours d'un hébergement ou d'un suivi par un établissement ou service médico-social. Toutefois, de nombreuses personnes n'ont pas accès à un conseil et un accompagnement sur les aides techniques par un professionnel spécialisé ne présentant pas de risque de conflits d'intérêts. En effet, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées vivant à domicile achètent, parfois louent leurs AT auprès de distributeurs. Malgré les efforts des acteurs, l'offre du secteur marchand ne répond pas toujours aux besoins des personnes et l'absence de médiation et de régulation entraîne parfois des dérives.

Le défaut d'information et d'accompagnement des personnes et de régulation de la distribution des aides techniques est à mettre en lien avec les carences des politiques publiques sur les aides techniques et la faiblesse du pilotage au niveau national et local. Actuellement, le problème est double : seules les aides techniques les plus chères font l'objet

d'un accompagnement, et l'absence de l'accompagnement fait qu'il y a un faible taux de pénétration des AT dans la population et un taux d'abandon de l'utilisation important.

1.1.2 Recommandations et premières propositions de réponses

Faciliter le recours et l'utilisation des aides techniques nécessite de mettre en place une organisation capable d'offrir une information de qualité sur les AT, un accompagnement par des professionnels formés à aider les personnes handicapées à choisir et à utiliser les AT de façon optimale et un système d'attribution permettant d'y avoir accès de façon aisée.

La nécessité de renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en matière d'aides techniques a été rappelée dans le rapport « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable » remis par Philippe Denormandie et Cécile Chevalier à la ministre déléguée à l'autonomie et à la secrétaire d'État aux personnes handicapées en octobre 2020.

Actuellement en France, les Centres d'Information et de Conseil en Aides techniques (CICAT) accueillent les personnes en situation de handicap et les personnes âgées ayant besoin d'aides techniques et peuvent évaluer leurs besoins et les conseiller indépendamment de tout intérêt commercial. Toutefois les CICAT ne couvrent que vingt départements de métropole et d'outre-mer et leurs activités peuvent différer d'un site à un autre. De plus, les CICAT n'ont pas de financements pérennes pour leur activité. Ainsi, ce modèle propose une base intéressante, mais ne saurait être généralisé en l'état.

1.2 Une expérimentation retenue au titre de l'article 51

L'expérimentation Équipes Locales d'Accompagnement Aides Techniques (EqLAAT) est une expérimentation visant à combler le déficit existant en France par rapport aux AT. Face à une demande croissante, l'offre dans certains territoires est insuffisante, voire inexistante. Certains territoires profitant déjà de structures similaires à celle d'EqLaat tels que les CICATS, CRICAT notamment. font face à de nombreuses difficultés en termes d'organisation, À travers cette expérimentation nationale de 2 ans (09/2021-09/2023), 24 équipes locales ont été déployées sur toutes les régions françaises, à l'exception de la Guyane et de la Martinique, afin d'évaluer et accompagner les personnes en situation de handicap et les personnes âgées au choix et à la prise en main des aides techniques. Ces équipes sont indépendantes de toute activité commerciale sur les aides techniques. L'XP a pour objectif un gain en autonomie dans les activités de la vie courante, plus de sécurité et confort, grâce à l'accès aux AT, l'accompagnement à leur prise en main et au suivi de leur usage. L'existence des équipes locales permettra aux professionnels et aux établissements et services de mieux orienter vers ces dispositifs lorsqu'ils ne sont pas en capacité d'accompagner. Un bon apprentissage de l'utilisation des AT et le non-renouvellement des AT qui ne seraient pas adaptées impliqueraient une meilleure efficacité des financements et une diminution des chutes.

1.2.1 Le porteur du projet

Cette expérimentation est initiée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. Elle est gestionnaire de la 5e branche de la Sécurité sociale, la branche Autonomie. La CNSA agit avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

2. Reconstitution des objectifs du porteur du projet

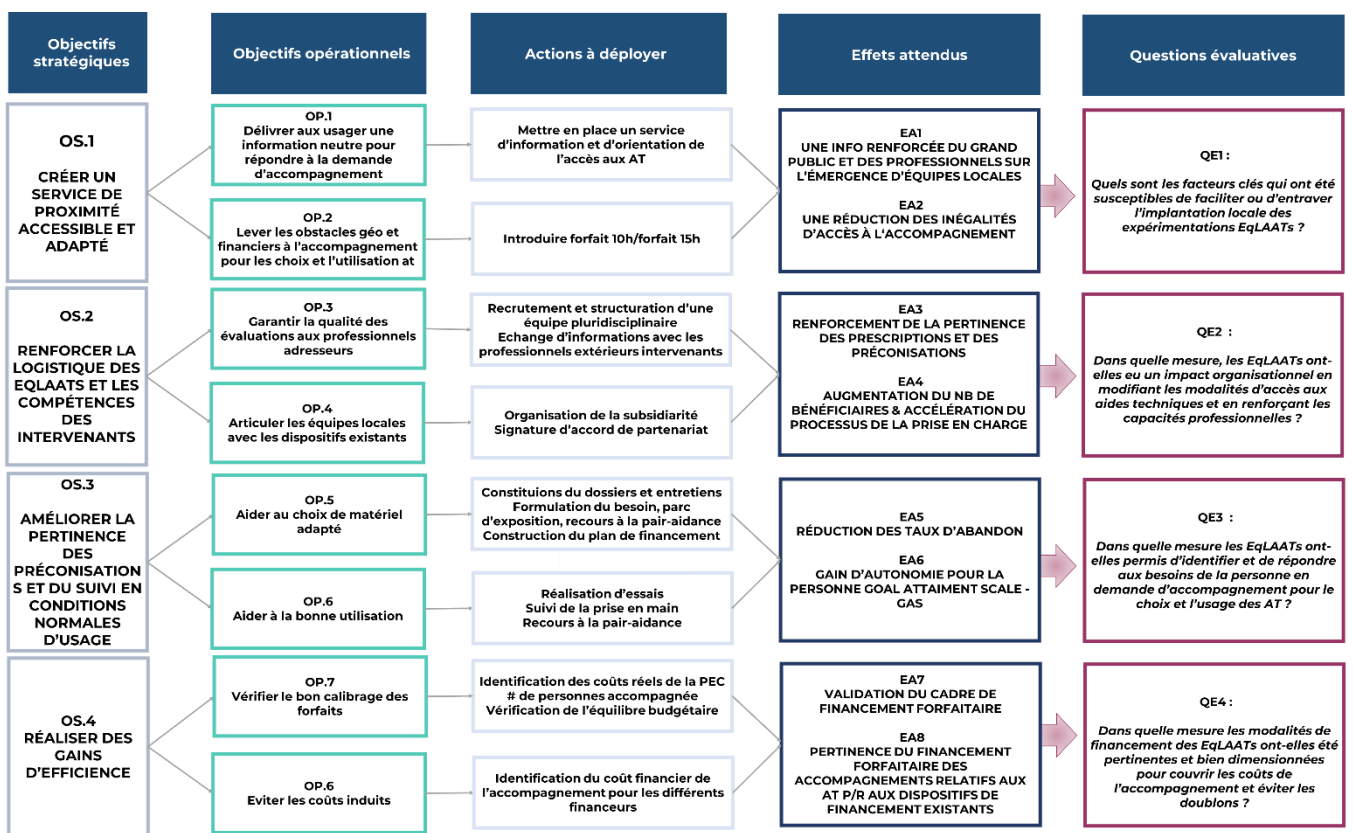


Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques¹

¹ La combinaison des orientations stratégiques données par les référents nationaux ou régionaux avec les propositions opérationnelles émanant du terrain, sont à l'origine des questions évaluatives que nous proposons pour étudier les résultats de l'expérimentation

Les orientations stratégiques résument la philosophie de l'action, en définissant dans une formule générique ce à quoi le projet va servir. Faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité sont les 4 mots qui résument le sens de l'action à mettre en œuvre ; Les objectifs opérationnels de l'expérimentation EqlAAT rendent possible aux yeux des porteurs du projet, la réalisation des objectifs stratégiques ;

Les effets attendus par les porteurs de l'expérimentation s'inscrivent dans les 4 axes stratégiques définis par la Cellule d'évaluation CNAM-Drees (faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité) auxquels ils font écho dans leurs propositions et par rapport auxquels les critères opérationnels propres à chaque dimension ont été définis par les acteurs de terrain afin de leur donner un contenu plus spécifique.

3. Méthodologie de l'évaluation

La méthodologie d'évaluation retenue pour l'expérimentation EQLAAT est une évaluation mixte mêlant l'analyse du suivi quantitatif de la montée en charge du dispositif et l'évaluation réaliste pour appréhender le rôle clé des acteurs et de l'environnement dans le processus de changement et les mécanismes de fonctionnement de l'expérimentation. Pour ce faire, des méthodes quantitatives et qualitatives sont mises en œuvre.

L'évaluation réaliste : approche par le fonctionnement

L'évaluateur ne doit pas limiter son analyse à une simple analyse des résultats, savoir si l'expérimentation a atteint les objectifs qu'elle s'était fixée et/ou si les actions programmées ont réellement été déployées. Cette analyse semble plutôt être « appréciée » des porteurs de projet, car elle leur permet de juger de la performance de leur projet tant en termes de déploiement que de montée en puissance.

Le rôle de l'évaluateur est de comprendre comment et pourquoi l'expérimentation a produit ou non les résultats attendus. Il est évident que l'expérimentation elle-même ne crée pas le changement, mais c'est précisément la manière dont les acteurs de l'expérimentation réagissent aux nouveaux moyens mis en œuvre, dans un certain contexte, qu'ils créent le changement. Le but est de comprendre ce qui se passe entre la mise en œuvre de l'expérimentation et les résultats observés, d'explicitier les facteurs favorisant ou les facteurs entravant la réalisation de l'effet attendu. Ces « facteurs » recourent à la fois des facteurs comportementaux : les réactions des parties prenantes face aux moyens mis en œuvre et des facteurs contextuels : l'environnement dans lequel s'inscrit et évolue l'expérimentation qui influence également la manière dont les acteurs réagissent. Le contexte créé par l'expérimentation et le contexte dans lequel s'inscrit l'expérimentation sont deux éléments à distinguer et à prendre en compte. D'un côté, l'expérimentation par son nouveau mode d'organisation crée un nouvel environnement où les acteurs évoluent et réagissent et ainsi génèrent du changement. De l'autre, l'environnement « naturel » dans lequel l'expérimentation s'est installée et évolue dont il est impossible de faire abstraction, car il est également à l'origine des résultats observés.

Comprendre comment et pourquoi l'expérimentation fonctionne c'est, explicitier les interrelations/les configurations entre les différentes composantes de l'expérimentation. En d'autres termes, cela revient à expliquer comment l'intervention (I) se déroulera, dans quel contexte (C), quels en seront les acteurs (A) et comment leurs réactions (R) déclencheront (ou non) les mécanismes générateurs de changement qui produiront (ou non) les effets (E) observés.

L'évaluateur doit prendre tous ses éléments en considération pour explicitier tous les facteurs comportementaux et tous les facteurs contextuels à réunir pour que les effets attendus de l'expérimentation soient observés. Et d'expliquer, dans le cas contraire, les raisons pour lesquelles les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous.

Au-delà encore d'expliquer comment et pourquoi cela fonctionne, il faut aussi comprendre « pour quoi » cela fonctionne. Dans la recherche de l'optimum, il y a toujours des gagnants et des perdants. Certaines interventions profiteront davantage à un certain profil de patient et moins à un autre.

Recourir à l'évaluation réaliste est sans doute indispensable dans les expérimentations Article 51 dans la mesure où elles doivent prouver qu'elles ont la capacité de transformer la prise en charge actuelle et d'être la préface d'un nouveau mode de prise en charge. Ainsi, cela paraît inenvisageable de transposer une expérimentation dans d'autres territoires sans tenir compte des éléments de contextes ayant favorisé la réussite du projet et d'espérer aboutir au même résultat dans d'autres territoires, sans tenir compte des potentielles réactions des acteurs qui sont potentiellement

différentes et aboutissant ainsi à un résultat complètement différent. Regarder si cela marchera ailleurs, c'est d'abord énoncer clairement les raisons pour lesquelles cela marche ici.

Analyses descriptives et comparatives des données individuelles

Il existe deux types de variables: les variables quantitatives et les variables qualitatives. Les variables quantitatives sont les variables continues qui peuvent être transcrites sous la forme d'une distribution de nombres. Les variables qualitatives quant à elles sont des variables qui ne peuvent pas être transcrites sous forme de nombres : variables dichotomiques (ou polytomiques dans le cadre de choix entre 3 items et plus) et/ou variables continues qui ont été mises sous forme de classe par l'investigateur, le plus souvent les revenus des personnes sont exprimés ainsi.

En complément des statistiques descriptives, il sera intéressant de comparer différentes populations, de faire des analyses croisées selon les caractéristiques des personnes accompagnées et des équipes. Afin de croiser ces résultats, il faut mettre un test statistique en œuvre afin de tester si la différence entre les groupes étudiés n'est pas uniquement causée par le hasard.

L'utilisation de tests statistique se fait sur l'hypothèse dite nulle, selon laquelle la différence entre les deux échantillons n'est causée que par le hasard. L'hypothèse dite alternative est l'hypothèse selon laquelle la différence entre les deux échantillons est causée par d'autres facteurs que le hasard. Le test statistique se fait en rejetant l'hypothèse nulle avec une probabilité de se tromper. Le seuil choisi ici est la probabilité de se tromper de 5%. En d'autres termes, la différence entre les échantillons n'est pas causée uniquement par le hasard, au risque de se tromper de 5%. Plus la probabilité de se tromper est faible, plus la relation est forte. Cependant, l'existence de cette différence ne suggère pas les causes.

Le test utilisé pour comparer les données qualitatives est le test du CHI². Un test de CHI² nous permet de tester si les proportions observées pour une variable qualitative sont différentes des proportions hypothétiques. Pour les données quantitatives, le test utilisé sera le test-t de Student (ou le test non paramétrique de Mann-Whitney selon la distribution de la variable) pour deux échantillons indépendants. Pour la comparaison de plus de deux moyennes d'échantillons indépendants, le test utilisé est un test ANOVA à un facteur.

3.1 Chronologie & Contenu des entretiens

Nous avons réalisé des entretiens, courant l'été 2022 (T4-T5) auprès des professionnels des 6 cas types Eqlaat¹ :

- 5 professionnels de l'Eqlaat APF (971) ;
- 2 professionnels de l'Eqlaat Ardevie (16) ;
- 6 professionnels de l'Eqlaat L'Étape (34) ;
- 5 professionnels de l'Eqlaat OPTEO (12) ;
- 5 professionnels de l'Eqlaat Ressources-Normandie-Seine-Maritimes (76).

Au cours de ces entretiens, nous leur avons présenté les hypothèses ICARE explicitant les mécanismes de fonctionnement de l'expérimentation pour chaque effet attendu (cf. Figure *Figure 1*), construites à partir du rapport Denormandie-Chevalier et les réponses à l'Appel d'Offre des 24 équipes locales.

Les réactions des professionnels, quant aux hypothèses présentées, nous ont permis de mettre en lumière les facteurs comportementaux et les facteurs contextuels favorisant ou

¹ Une première phase exploratoire est requise dans l'évaluation réaliste qui se propose de dégager le rationnel de l'expérimentation en explicitant, quels sont les effets que ses promoteurs en attendent, comment pensent-ils les obtenir, au bénéfice de qui et dans quelles circonstances. Dans le cadre de l'évaluation EqlAAT, cette première phase n'a pas donné lieu à une série d'entretiens auprès des acteurs de terrain. Dans un souci d'économie, les hypothèses initiales du projet ont été reconstruites par les évaluateurs externes en se fondant exclusivement sur l'examen du cahier des charges de l'appel d'offres, sur les 24 réponses des équipes sélectionnées et sur le rapport Denormandie-Chevalier.

entravant la réussite de l'expérimentation. **Ils sont présentés dans cette synthèse pour chacun des effets attendus de l'expérimentation à savoir : information sur l'existence d'Eqlaat ; réduction des inégalités d'accès aux soins ; renforcement de la pertinence des soins ; amélioration de la prise en charge ; réduction des taux d'abandon ; amélioration de l'autonomie ; efficacité des financements.**

Nous nous sommes également entretenus avec 25 usagers des Eqlaats APF-971 (4), Ardevie 16 (5), Étape 34 (4), MDPH 63 (5), OPTEO 12 (6), Ressources-Normandie 76 (2).

Les pathologies dont souffrent les personnes interviewées sont assez représentatives de la population prise en charge par les Eqlaats :

- 10 souffrent de handicap ;
- 9 souffrent d'une maladie neurodégénérative évolutive ;
- 4 souffrent de difficultés liées à l'âge ;
- 2 souffrent de déficiences visuelles ou auditives.

Des questions ouvertes leur ont été posées afin de connaître leur ressenti sur l'expérimentation. À des fins d'analyse, nous avons recoupé les réponses des usagers avec celles des professionnels. Cette analyse en miroir nous permettra de découvrir, à travers cette fois-ci le regard de l'utilisateur, les facteurs favorisant et les facteurs bloquant l'atteinte des objectifs fixés par les porteurs du projet.

3.2 Qualité des données

Les données individuelles ont été extraites des systèmes d'information des équipes locales vers la fin du mois de novembre 2022. L'identifiant unique pseudonymisé de chaque personne accompagnée par Eqlaat est la variable NUM_ENQ.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel SAS® version 9.4 ou supérieure sur l'espace sécurisé mis en place par la Cnam.

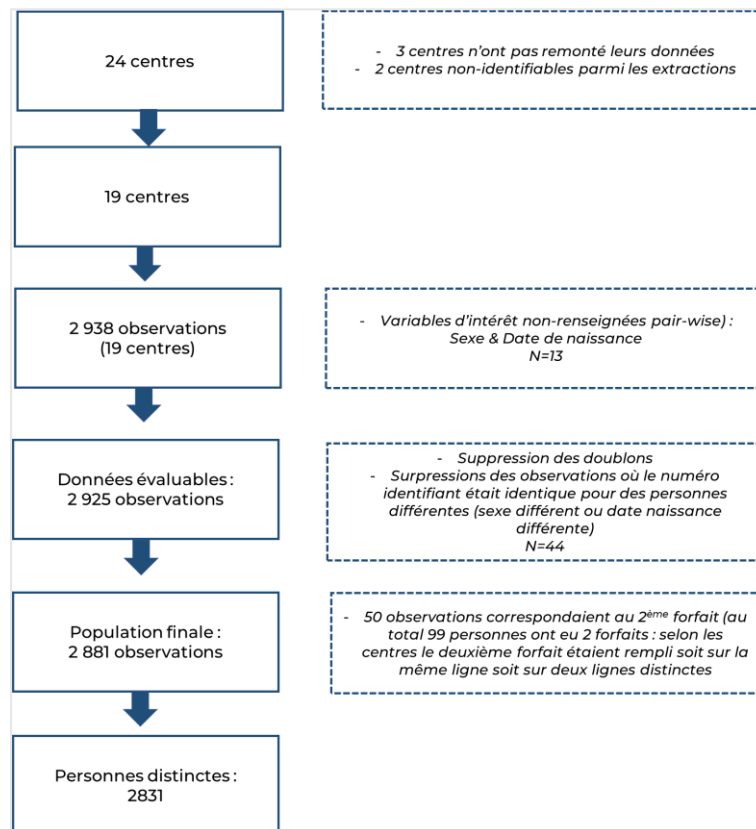


Figure 2 : Flow chart de traitement des données

Il est étonnant de constater que les modalités de plus de la moitié des variables qualitatives ont été modifiées (casse) alors que le système d'information de chaque équipe avait été verrouillé. Cela a demandé un effort de recodage, rallongeant le traitement des données.

La concaténation des tables entre-elles a été très compliquée dans la mesure où le type des variables (caractère et numérique) variait d'une équipe à l'autre. Il a fallu recoder chaque variable pour chaque équipe sur le même type pour les concaténer. D'autant plus que certaines équipes ne remplissaient pas les données au bon endroit. Par exemple, les modalités concernant le type de forfaits déclenchés étaient renseignées dans la variable des scores GAS.

Une incohérence a été relevée dans le décompte des forfaits 10h et 15h, car selon les équipes le remplissage du deuxième forfait était différent. Dans le système d'information, il était prévu des variables concernant le deuxième forfait déclenché. Ainsi, une observation/ une ligne correspond à une personne unique bien qu'elle ait eu deux forfaits. Certaines équipes ont quant à elle renseigné le deuxième forfait comme un nouvel accompagnement, ainsi, pour une même personne, il y avait 2 observations/2 lignes. Pour certaines équipes, ces deux façons de remplir le SI ont été mises en œuvre dans le cadre d'un même centre. En prévision du rapport final il faudrait que les équipes remplissent de la même manière le deuxième forfait à l'endroit initialement prévu.

Au-delà, il serait véritablement plus simple qu'un système d'information centralisé, commun à toutes les équipes soit mis en place, et plus généralement dans les expérimentations multi-sites pour que l'évaluation des données soient plus fiable, et les conclusions de meilleure qualité.

4. Faisabilité : Créer un service de proximité accessible et adapté

4.1 Mise en œuvre du protocole de prise en charge

L'expérimentation porte sur l'accompagnement des personnes depuis l'évaluation des besoins jusqu'au « suivi de l'utilisation » des aides techniques.

L'évaluation et l'accompagnement de chaque usager ont été structurés initialement autour de sept grandes étapes clés¹. Les équipes ont eu le libre choix sur les modalités d'interventions des équipes quant à la définition des populations cibles, aux périmètres des territoires à desservir, aux actions à déployer, à l'organisation des essais, aux partenariats à mettre en place, à l'importance à accorder à la pair-aidance et à la subsidiarité des financements.

Les entretiens ont prouvé que les 6 cas types ont relativement respecté les 7 étapes clés proposées.

« On respecte les étapes qui ont été écrites au niveau de l'appel à projets, du cahier des charges. » (Entretien Assistante sociale)

« Nous respectons les 7 points d'entrée du cahier des charges du parcours EQLAAT. Ces 7 points procéduraux d'accompagnement correspondent à un modèle européen. La clé pour nous c'est déjà le fait que la personne soit réceptionnée en présentiel ou par téléphone par un travailleur social qui cherche à comprendre son besoin. L'idée pour nous c'est de savoir si cette personne est éligible au parcours ou pas. Ou mal orientée. Principe de subsidiarité ». (Entretien directeur).

Eqlaat constitue un accompagnement « de bout en bout » : premier contact, première demande, acquisition AT, suivi et évaluation de l'utilisation de l'AT.

¹ Service delivery systems for assistive technology in Europe, Position Paper, AATE et EASTIN, October 2012 https://aaate.net/wp-content/uploads/sites/12/2016/02/ATServiceDelivery_PositionPaper.pdf.

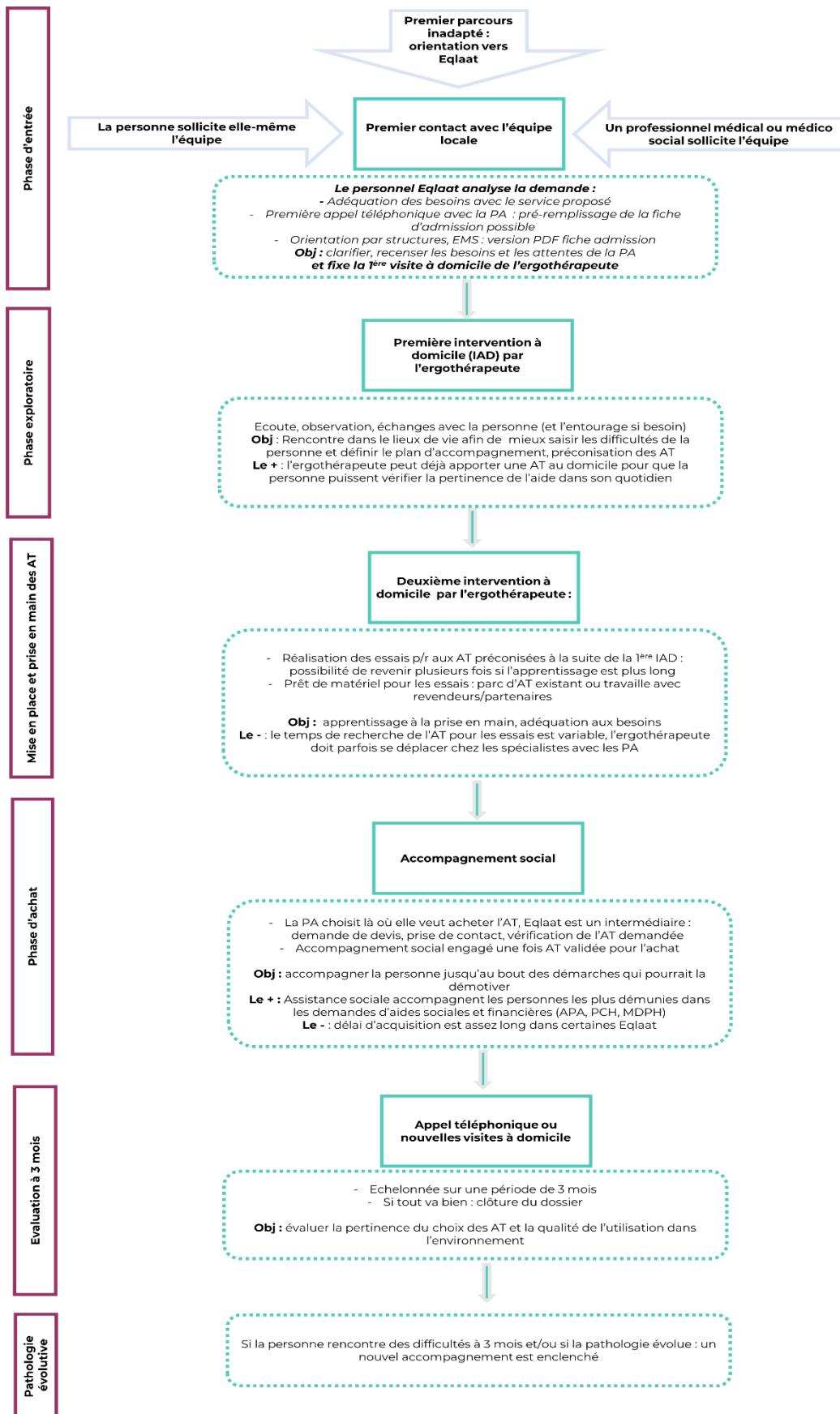


Figure 3 : Parcours des personnes accompagnées dans Eqlaat

4.2 Mise en place d'une organisation innovante

4.2.1 Déploiement des équipes locales

Les 24 équipes locales expérimentées sont les suivantes :

Numéro du projet	Département	Porteur	Type de structure	Public cible	Territoire
EqLAAT-07	72	CICAT Pays de la Loire	CICAT associatif	PH/PA	Un département
EqLAAT-28	16	Ardevie	SSR	PH/PA	Un département
EqLAAT-40	974	IRSAM	assoc gestionnaire ESMS	PH/PA	Un département + proximité
EqLAAT-44	34	L'ETAPE	CICAT porté par une collectivité	PH/PA	Un département + proximité
EqLAAT-46	90	Territoire de Belfort	collectivité	PH/PA	Un département
EqLAAT-51	22 + 56	Mutualité Française de Bretagne	mutualité - SSR + CICAT	PH/PA	Supra départemental
EqLAAT-62	20	Union des Mutuelles de Corses	Mutualité	PH/PA	Un département
EqLAAT-69	12	Saint-Mayne-OPTEO - 12	Co portage assoc gestionnaire ESMS + SAAD	PH/PA	Supradépartemental
EqLAAT-80	33	GIHP Aquitaine	CICAT associatif	PH/PA	Un département
EqLAAT-82	63	MDPH 63	MDPH-collectivité	PH/PA	Un département
EqLAAT-100	87	APF Nouvelle Aquitaine	assoc gestionnaire ESMS	PH/PA	Un département
EqLAAT-02	59	Hacavie	CICAT associatif	PH/PA	Un département
EqLAAT-11	13	CREEDAT	CICAT associatif	PH/PA	Commune + proximité
EqLAAT-31	67	CEPS-CICAT 67	CICAT associatif	PH/PA	Un département + proximité
EqLAAT-32	76	Centre ressource Normandie-Lorraine DV	association gestionnaire ESMS	PH/PA	Supra départemental
EqLAAT-34	30	Gard'et autonomie	Association	PH/PA	Un département
EqLAAT-38	59	CD 59	Collectivité	PH/PA	Un département + proximité
EqLAAT-57	76	CD 76	Collectivité	PH/PA	Communautés de communes
EqLAAT-60	971	CRICAT-APF 971	CICAT associatif	PH/PA	Un département
EqLAAT-68	77	ESCAVIE - CRAMIF	CRAMIF - CICAT	PH/PA	Un site
EqLAAT-72	6	CH de Grasse	CH	PA	Communautés de communes
EqLAAT-91	36	CH Issoudun	SSR	PH/PA	Deux départements
EqLAAT-103	57	Fondation Bompard- CICAT	CICAT associatif	PH/PA	Un département
EqLAAT-98	86	DIAPASOM	Associatif	PH/PA	Supra départemental

Tableau 1 : Les 24 équipes locales : structure, public et territoire

Les équipes locales émanent de structures différentes (Centres Hospitaliers, CICAT, CRICAT, Pôle Autonomie, CSSR, collectivité MDPH etc.), ce qui amène à **des organisations et des fonctionnements variables**. Par exemple, certains dispositifs EQLAAT bénéficient du recrutement d'ergothérapeutes issus de structures connues et reconnues parfois de longue date par les acteurs médico-sociaux du territoire, d'un parc d'aides techniques déjà

constitué, de partenariats déjà existants avec les autres acteurs du territoire. À l'extrême, certaines équipes n'ont pas bénéficié d'une telle structure d'appui : tout était à mettre en place. Nous avons analysé précisément l'impact de la structure porteuse sur le déploiement de l'équipe tout au long de ce rapport.

4.2.2 Professionnels mobilisés

Les équipes sont composées de professionnels de la réadaptation, dont a minima des ergothérapeutes, et de travailleurs sociaux. Les professionnels les plus représentés dans les équipes sont les ergothérapeutes, suivis des travailleurs sociaux, et enfin les responsables administratifs (secrétaire ou directeur du centre).

- Les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes ont pour rôle l'évaluation des besoins des personnes, la préconisation des aides techniques, l'accompagnement dans l'apprentissage de leur utilisation (essais, vérification de la bonne prise en main).

« Je suis ergothérapeute de formation, du coup mon rôle dans l'EQLAAT, c'est vraiment de faire tout ce qui est visite à domicile, donc enfin tout ce qui est le côté : appels, prendre contact avec les personnes, aller à domicile, faire les préconisations des aides techniques, faire les essais et faire tous les comptes rendus, les argumentaires nécessaires pour l'acquisition. » (Entretien Ergothérapeute)

« Mon rôle dans l'EQLAAT est de faire la première évaluation, puis l'évaluation des besoins avec le recueil des difficultés des personnes, l'évaluation de l'environnement après faire les différents essais des solutions qui ont pu être envisagées, jusqu'à la prise en main et l'accompagnement sur l'acquisition » (Entretien Ergothérapeute)

Les ergothérapeutes accompagnent également les aidants dans la bonne utilisation des aides techniques. Dans certaines Eqlaats, les ergothérapeutes sont également coordinateurs dans la mesure où ils doivent assurer la « coordination avec les partenaires, d'autres associations prenant le relais de l'accompagnement ou alors les distributeurs de matériel médical ou alors parfois les financeurs. ».

- Les travailleurs sociaux

Les ergothérapeutes font appel aux travailleurs sociaux (TS) qui accompagnent la personne sur les aspects financiers et les aspects sociaux. Ces TS sont relativement polyvalents.

Dans certaines Eqlaats, les travailleurs sociaux, en plus d'accompagner les personnes dans les démarches d'aides de financement, ont également pour rôle de faire « *la promotion, la communication auprès des différents partenaires sur l'existence de l'équipe ainsi qu'auprès des professionnels de l'équipe afin de les éclairer sur les articulations, les dispositifs existants* » (retour du terrain). **Ces deux tâches sont très complémentaires dans la mesure où la recherche de financement est indissociable d'une bonne connaissance des partenaires.**

Dans certaines Eqlaats, les assistantes sociales partagent leur temps en tant que secrétaire médico-sociale et travailleuses sociales.

- Le personnel administratif

Il a pour rôle la coordination et le fonctionnement de la structure.

Dans certaines Eqlaats, le personnel administratif est mutualisé avec la structure sur laquelle l'équipe est adossée. Par exemple, un responsable d'un Eqlaat peut également être le

responsable administratif d'un CICAT et le responsable d'un pôle autonomie. Il en va ainsi pour les ergothérapeutes qui portent une triple casquette dans cette configuration.

4.3 Les personnes accompagnées

4.3.1 Volume d'inclusions

Les personnes ciblées dans le cadre de l'expérimentation sont les personnes en situation de handicap et les personnes âgées pour lesquelles un besoin d'aide technique est identifié. **Le nombre de sujets à inclure avait été initialement fixé à 13 550 personnes, cet objectif a été recalculé à partir des données qui ont pu être documentées par 19 équipes Il est dorénavant de 11 870 personnes à accompagner. Seulement 24% de cet objectif a été atteint soit au total 2 831 personnes.** La distinction entre le nombre de personnes accompagnées et le nombre de forfaits déclenchés est faite à la page 63. **Seule une seule équipe affiche un taux d'atteinte des objectifs supérieur à 50% (CICAT Pays de la Loire).**

Tableau 2 : Effectif des personnes accompagnées par les équipes

Numéro du projet	Département	Porteur	Effectif cible	Effectif réalisé	Taux d'atteinte
EqLAAT-72	6	CH de Grasse	500	27	5,40%
EqLAAT-69	12	Saint-Mayne-OPTEO - 12	800	141	17,63%
EqLAAT-11	13	CREEDAT	180	49	27,22%
EqLAAT-28	16	Ardevie	230	79	34,35%
EqLAAT-62	20	Union des Mutuelles de Corses	800	140	17,50%
EqLAAT-34	30	Gard'et autonomie	700	113	16,14%
EqLAAT-80	33	GIHP Aquitaine	730	204	27,95%
EqLAAT-44	34	L'ETAPE	800	218	27,25%
EqLAAT-51	22 + 56	Mutualité Française de Bretagne	800	184	23,00%
EqLAAT-103	57	Fondation Bompard- CICAT	1010	206	20,40%
EqLAAT-38	59	CD 59	900	223	24,78%
EqLAAT-31	67	CEPS-CICAT 67	800	252	31,50%
EqLAAT-07	72	CICAT Pays de la Loire	600	370	61,67%
EqLAAT-32 EqLAAT-57	76	Centre ressource Normandie CD76	1150	309	26,87%
EqLAAT-68	77	ESCAVIE - CRAMIF	120	21	17,50%
EqLAAT-98	86	DIAPASOM	250	30	12,00%
EqLAAT-100	87	APF Nouvelle Aquitaine	500	56	11,20%
EqLAAT-60	971	CRICAT-APF 971	500	100	20,00%
EqLAAT-40	974	IRSAM	500	109	21,80%
Total (nombre de personnes accompagnées)			11 870	2 831	23,85%

4.3.2 Caractéristiques sociaux démographiques et condition physique

Tableau 3 : Caractéristique des personnes accompagnées dans les 19 équipes

Caractéristiques des personnes accompagnées		N	
Sexe			
• Femme	• 59%	2831	***
• Homme	• 41%		
Age moyen			
Répartition (%) :		2831	***
• + de 15 ans	• 2%		
• 15-24 ans	• 2%		
• 40-54 ans	• 5%		
• 55-69 ans	• 10%		
• 70-85 ans	• 22%		
• 86 ans et +	• 35%		
Statut professionnel (%) :		2802	***
• Retraité	• 69%		
• Sans activité	• 22%		
• Emploi rémunéré	• 5%		
• Travailleur indpt	• 3%		
• Elève ou étudiant	• 1		
Composition du foyer (%) :		2781	***
• Seul	• 44%		
• En couple	• 35%		
• Famille/fratrie	• 13%		
• Collectivité	• 5%		
Aidants & Services d'intervention à domicile (%) :		2729	***
• Aucun aidant, aucun service	• 10%		
• Services à domicile	• 19%		
• Proche aidant	• 31%		
• Proche aidant services à domicile	• 40%		
Droits ouverts ou en cours d'instruction (%) :		2682	***
• PCH : droits ouverts	• 21%		
• PCH : demande en cours	• 7%		
• APA : droits ouverts	• 41%		
• APA demande en cours	• 8%		
• AEEH : droits ouverts	• 1%		
• AEEH : demande en cours	• 0%		
• ACTP & ACFP : droits ouverts	• 1%		
• Aucun de ces droits ouverts ou demande en cours	• 21%		
Situation v/ du système sanitaires et médico-social (%) :		2675	***
• Suivi par un professionnel de santé libéral	• 59%		
• Suivi par un centre médical (HAD, SSR)	• 10%		
• Suivi social	• 7%		
• Suivi par un service médico-social	• 6%		
• Accueil dans un ESMS	• 5%		
• Aucun suivi/accueil	• 13%		

*** Répartition non homogène entre les centres au seuil de 5%

- Pathologie & déficience

87% des personnes accompagnées (N=2267) ont une pathologie dont la cause n'est pas génétique tandis que 13% sont porteuses d'une pathologie génétique. Cette répartition est significativement différente entre les centres.

72% des personnes accompagnées ont une déficience évolutive et 28% ont une déficience non évolutive (N= 2673, 88 valeurs manquantes et 70 mal renseignées - répartition significativement différente entre les centres

La pathologie principale la plus représentée parmi les personnes accompagnées est celle **liée aux fonctions de l'appareil locomoteur et au mouvement (66%)**

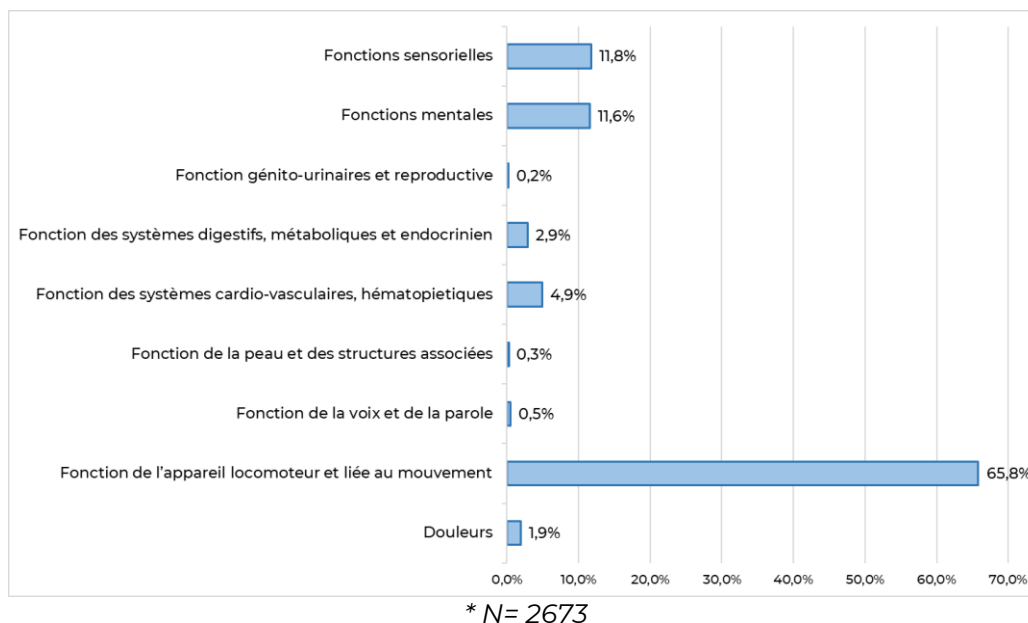


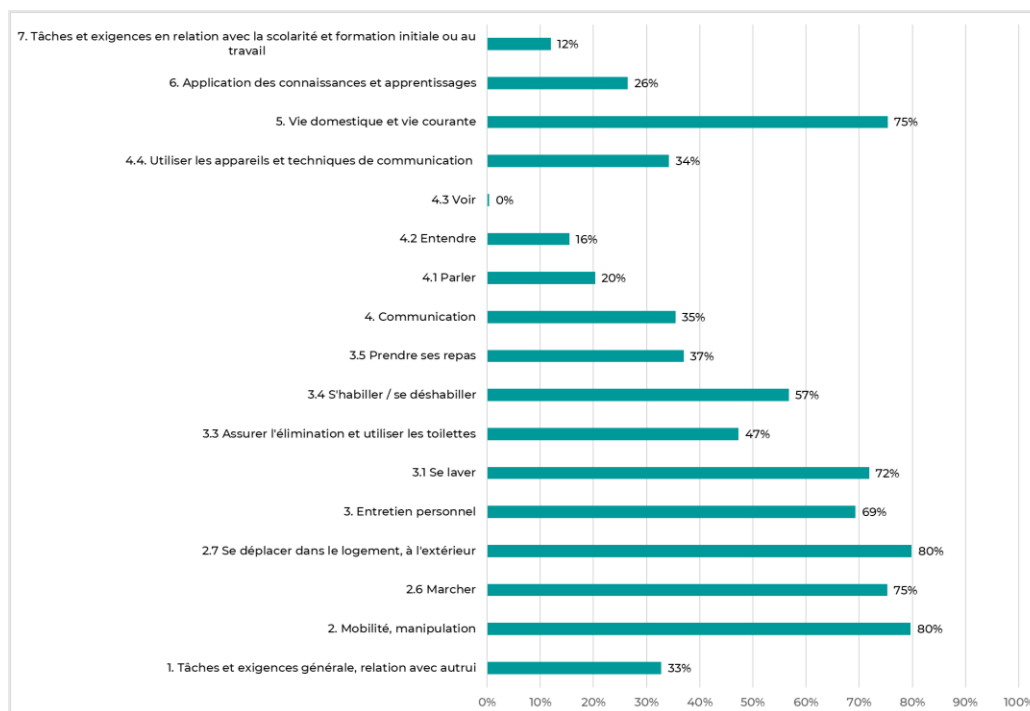
Figure 4 : Répartition des PA par pathologie principale dans les 19 centres

Parmi les personnes accompagnées dont la pathologie principale était renseignée, **68% ont une pathologie associée**. 24% des pathologies associées sont liées à la douleur et 26% sont liées à l'appareil locomoteur. Les personnes qui souffrent à titre principal d'une pathologie de l'appareil locomoteur sont celles qui ont le plus de pathologies associées (64%).

Par exemple, 32% des personnes ayant des atteintes de la fonction de l'appareil locomoteur souffrent également de douleurs. Et, 75% des personnes aux fonctions mentales déficientes rencontrent des difficultés associées à l'appareil locomoteur.

- **Capacités & Incapacités :**

Les personnes accompagnées rencontrent, en moyenne, des difficultés dans la réalisation de **8** tâches de la vie quotidienne (N=2617, Médiane=8). Les moyennes sont statistiquement différentes entre les centres. Au maximum, une personne accompagnée cumule 16 incapacités. La majorité des personnes accompagnées rencontrent des difficultés dans les activités de la vie quotidienne telles que : marcher (n=2132, 80% des PA), se mouvoir/manipuler des choses (80% des PA), se déplacer dans le logement (80% des PA), se laver (72% des PA), s'habiller (57% des PA) et, s'entretenir (69 % PA).



*N= 2673

Figure 5 : Incapacités des PA dans la réalisation des tâches quotidiennes

4.3.3 Rapport aux aides techniques avant Eqlaat

Les aides techniques sont trop souvent jugées stigmatisantes par les personnes en perte d'autonomie. De nombreuses personnes n'acceptaient pas que leur condition physique nécessitait le recours à une aide technique afin de gagner en autonomie, car elles avaient l'impression d'être assimilées à des « boulets ».

Les personnes en perte d'autonomie sont plutôt aidées par des proches aidants et/ou par des professionnels. En effet, **42% des activités réalisées par les PA nécessitent l'aide d'un proche aidant dans leurs réalisations (N=5221)**. Plus précisément, pour près de la moitié des activités de la vie quotidienne, il y a plus d'une chance sur deux (>50%) qu'un proche aide la personne à réaliser les tâches usuelles. Par exemple, 7 sur 10 des personnes accompagnées auront toujours besoin de l'aide de leur proche aidant pour aller faire leurs courses. En revanche, l'aide d'un proche aidant n'est pas souvent nécessaire dans 11 des 22 activités pratiquées. Par exemple, 8 personnes accompagnées sur 10 pourront marcher seules sans l'aide d'un proche aidant.

La réalisation de 26% des activités de la vie quotidienne nécessite parfois l'aide d'un professionnel extérieur. Bien qu'elles ne concernent pas l'ensemble des activités, certaines requièrent davantage l'aide d'un professionnel que d'autres. Par exemple, l'aide d'un professionnel sera davantage nécessaire pour aider la personne à se laver que pour utiliser les toilettes.

L'objectif de la mise en place des aides techniques pour une personne accompagnée par Eqlaat, et de manière générale pour une personne en perte d'autonomie, est de gagner en autonomie dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Les proches et les professionnels aidant la personne à réaliser ces tâches s'en sentiront également soulagés.

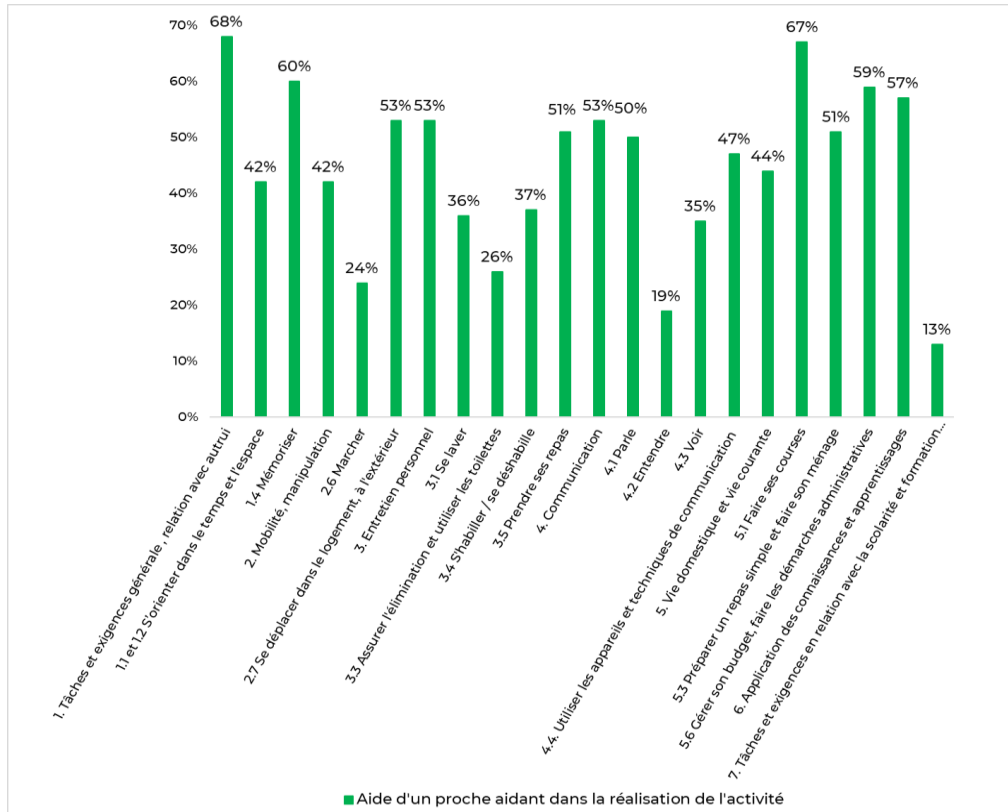


Figure 6 : Aides des proches-aidants auprès des PA dans la réalisation des activités de la vie quotidienne

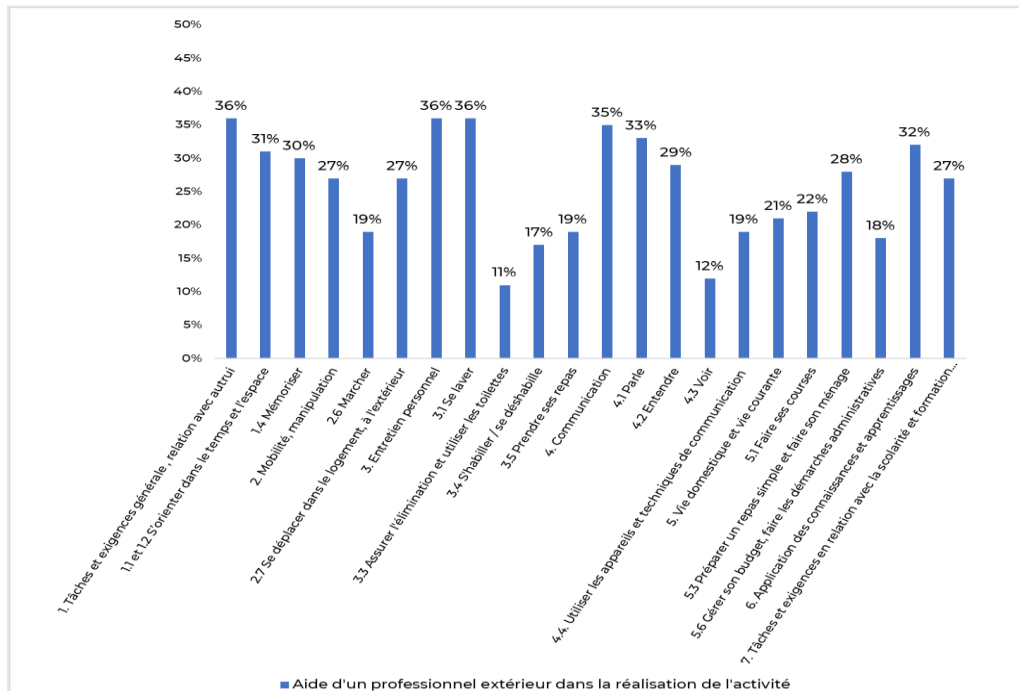


Figure 7 : Aide des professionnels extérieurs auprès des PA dans la réalisation des activités de la vie quotidienne

Néanmoins, certaines personnes accompagnées par les équipes détenaient déjà des aides techniques. Le constat partagé par la majorité des répondants est que de nombreuses aides techniques qu'ils avaient achetées restaient au placard, car ils ne savaient pas correctement les utiliser ou, car leurs besoins avaient mal été identifiés. On assistait alors à un gaspillage important des aides techniques et des aides financières attribuées pour leur acquisition. Avant l'accompagnement des Eqlaats, les personnes accompagnées disposaient en moyenne de 3 aides techniques (Moyenne=2,82 ; N=2626). Sur 2626 PA, 50% disposaient de moins de 2 aides techniques et 50% disposaient de plus de 2 aides techniques. 20% des PA ne disposaient d'aucune aide technique (soit 519 personnes) et, 25% des disposaient de plus de 4 aides techniques. Le nombre maximal d'aides techniques détenues avant Eqlaat était de 20 aides techniques (pour une même personne). Le nombre moyen d'AT mises en place par personne accompagnée est statistiquement différent entre les centres au seuil de 5% (cf. Annexe. Tableau 12. Détails par équipe).

En moyenne, 14% des AT détenues par une personne n'étaient pas utilisées et en moyenne 19% n'étaient pas adaptées. Davantage d'aides techniques n'étaient pas adaptées que non utilisées.

La proportion d'aides techniques en moyenne non utilisées et la proportion d'aides techniques en moyenne inadaptées par personne varient significativement entre les Eqlaats (cf. Figure 8). Dans les Eqlaats CRICAT APF-971 et DIAPASOM, en moyenne 42% et 44% des AT détenues par une personne (avant Eqlaat) n'étaient pas adaptées tandis que dans les Eqlaats CICAT Pays de la Loire et Fondation Bompard, seulement 11%, en moyenne, n'étaient pas adaptées.

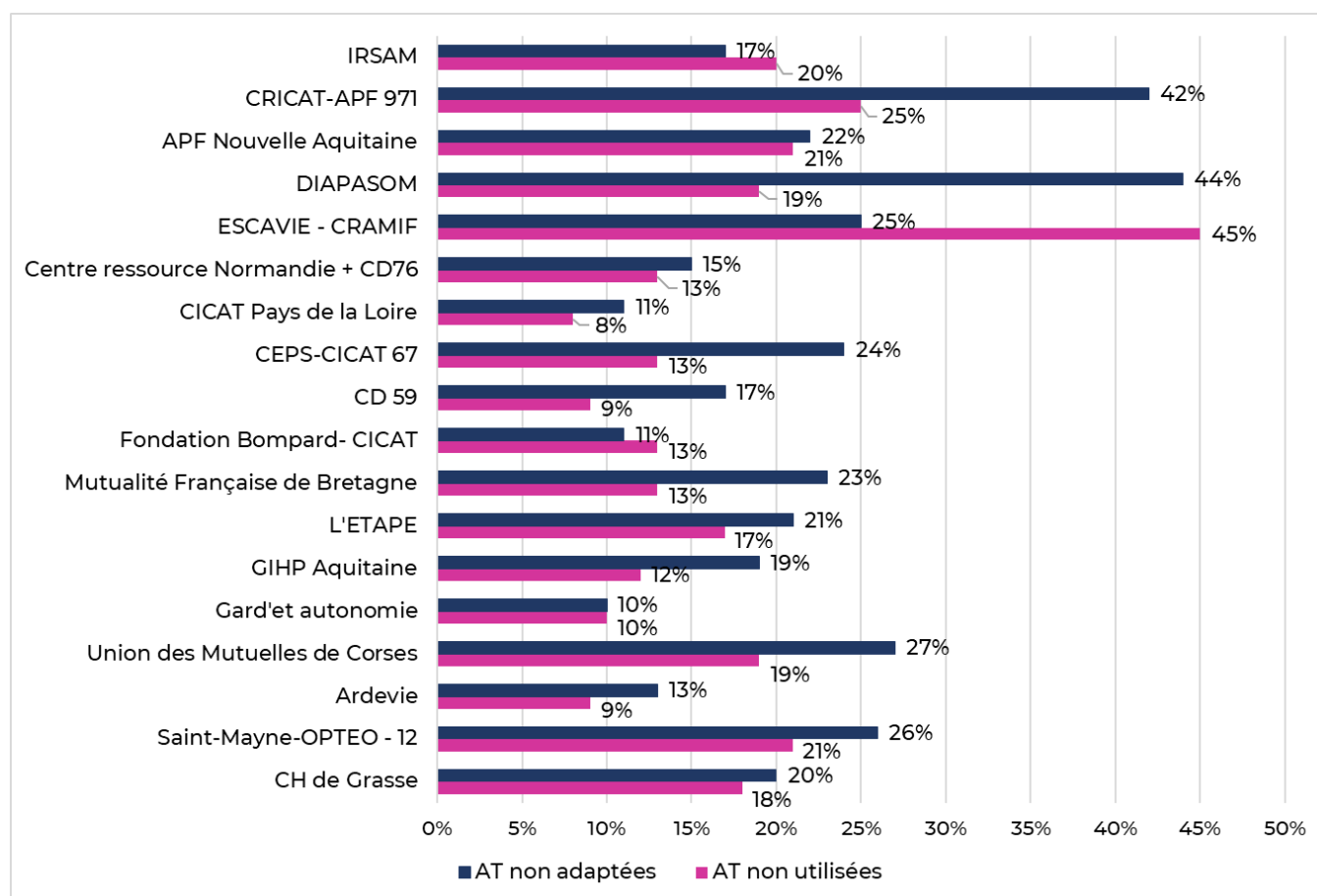


Figure 8 : Part moyenne par personne des AT non adaptées et non utilisées parmi les AT déjà en place

Les personnes ont au départ très peu de connaissance sur les aides techniques, le niveau d'information des PA était au départ de 3,7/10, en moyenne (N=2542). L'objectif premier de l'expérimentation était donc d'accompagner au choix et à la prise en main des AT afin que les AT mises en place soient pleinement utilisées et adaptées aux besoins de la personne. Preuve en est, à la fin de l'accompagnement, le niveau d'information sur les AT a été multiplié par deux, atteignant ainsi 6,7/10, en moyenne (N=720). Cette évolution est à nuancer dans la mesure où le nombre de valeurs manquantes sur le niveau d'information à la fin de l'accompagnement est très élevé.

4.4 Un intérêt indéniable des différentes parties prenantes envers les équipes locales : Eqlaat répond à une réelle demande

Le dispositif Eqlaat a trouvé rapidement sa demande en raison du contexte initial dans lequel l'expérimentation s'est déployée, une offre limitée et peu lisible dans l'accompagnement aux aides techniques.

Pour les professionnels, avant la mise en place du dispositif EQLAAT, il y avait sur leurs territoires des personnes qui ne relevaient pas d'un accompagnement médico-social (type SAVS ou SAMSAH), mais qui avaient besoin à un moment donné de leur vie d'être conseillées. La population cible était moins large que celle des tranches d'âge correspondantes. Les personnes âgées qui n'avaient pas de maladie en tant que telle, mais dont les besoins étaient liés au vieillissement peuvent désormais bénéficier d'un accompagnement grâce à EQLAAT. **EQLAAT est venu combler des lacunes et a permis de répondre à de nombreuses attentes.**

*Entretien N° 1 ; Usager MDPH 63 : « Je ne savais pas comment procéder. Je ne savais pas. Comment y accéder. Quels étaient les budgets ? Comment est-ce qu'on pouvait traiter d'ailleurs parce, j'ai toujours regardé enfin, dans ma famille quand c'étaient des personnes âgées, n'y avait pas d'aide ou quoi que ce soit, donc je ne savais pas qu'il existait des aides pour tout ça. **Je savais que ça existait, je ne savais pas comment faire et je ne savais pas qu'il avait des possibilités de matériel.**»*

*Entretien N° 25 ; Aidant EQLAAT ETAPE 34 : « **J'ai été surprise qu'Étape s'adresse à tous les gens de la région**, en tout cas autour du secteur de Montpellier, et j'ai trouvé intéressant dans la mesure où il n'y avait pas uniquement l'aspect ergothérapie, mais aussi la possibilité de rencontrer une assistante sociale, ce que j'ai fait par la suite, et qui m'a apporté beaucoup parce que j'étais un peu perdue sur tout ce qu'il fallait faire au niveau des demandes d'aides ou disons sur le plan administratif.»*

Orientations :

- 60% des usagers interviewés ont été adressés par une assistance sociale et/ou des structures médico-sociales : les professionnels des **Eqlaat se sont fait connaître de leur propre réseau.**

Les ergothérapeutes et le personnel administratif des Eqlaats s'accordent tous sur **la nécessité de réaliser des actions de communications pour faire connaître le dispositif.**

Les ergothérapeutes et personnels administratifs ont mobilisé chacun leur réseau : kinésithérapeutes, infirmier libéral / assistantes sociales, préfectures, mairie, élus.

Entretien N°6 ; Ergothérapeute : «**On mène, par exemple, des campagnes de communication auprès de notre réseau médico-social, donc des prescripteurs et on se rend compte que c'est efficace** pour les particuliers. On a fait des parutions dans la presse et dans des quotidiens locaux. Il y a eu du bouche-à-oreille, même par nos réseaux sociaux. Cela a bien fonctionné ».

Entretien N°1 ; Usager MDPH 63 : « C'est l'ergothérapeute de la MDPH, que j'ai eu au téléphone pour un autre sujet, qui m'en a parlé et qui me l'a proposé. Inscrite depuis 2 ans et demi, depuis que je suis malade, et c'est l'assistante sociale du centre de rééducation qui m'a inscrit au départ. »

Entretien n° 10, Aidant APF-971 : « C'est le CAMSP qui en voyant nos difficultés, nous a orientés vers cette structure pour qu'on puisse être aidés pour appréhender l'avenir [...], encore une fois on n'a pas fait de démarches, car on ne savait pas que ça existait. C'est très efficace et réactif. »

- 28% des usagers interviewés se sont adressés aux Eqlaat par leur propre initiative : les efforts de communications réalisés pour atteindre le grand public via la radio, la télé locale et les réseaux sociaux ont globalement porté leur fruit
- 1% des usagers interviewés ont été adressés par leur médecin traitant : **les professionnels du secteur médical n'ont eu que faiblement connaissance d'Eqlaat**, bien que les médecins généralistes, les médecins de médecine physique et réadaptation (MPR) et les médecins hospitaliers soient les premiers prescripteurs d'aides techniques

Ces professionnels généralement habitués à orienter leurs patients vers des prestataires privés ou des pharmaciens - qui ne proposeront pas forcément le matériel le plus adapté et qui n'accompagneront pas dans les démarches d'aide au financement - sont et doivent être les cibles principales des équipes locales. **Ces dernières doivent se faire connaître du monde médical** « *Il faut dire ce que l'on fait* » ! disait un professionnel durant les entretiens. Sans cela, le recours aux Eqlaats sera plus que limité, car les médecins et usagers se tourneront à nouveau vers les entreprises lucratives.

Entretien N°23; Chef de secteur : « Je pense que nous avons de grosses lacunes sur l'accès au médecin traitant. Les médecins spécialistes de rééducation, je pense qu'ils ont compris, parce qu'il n'y en a pas beaucoup, mais les médecins traitants, pharmaciens...ce qui fonctionne finalement le mieux c'est autour d'une situation, là on va avoir un médecin traitant, un pharmacien, c'est moins efficace qu'un grand mailing, mais ce sont des personnes qui derrière vont nous solliciter à nouveau. »

- Les canaux de communications à privilégier sont les présentations physiques et les canaux plus institutionnels : le « mailing » est à proscrire !

Entretien N°16; Ergothérapeute : «Cela a été laborieux parce qu'un mail ne suffit pas, on a envoyé beaucoup de mails en expliquant le dispositif, mais on a proposé en fait à chaque équipe d'aller leur faire une présentation en présentiel pour leur expliquer vraiment le dispositif. Donc cela prend quand même du temps, il faut se déplacer, aller dans chaque structure, présenter le dispositif EQLAAT, leur dire comment cela fonctionne, pour qu'ils intègrent vraiment ce dispositif. Donc après cela a été fructueux. »

- **Des actions de communication déployées à l'échelle nationale sont plébiscitées** par les professionnels des Eqlaats, car le personnel des Eqlaats n'a pas le temps ou les moyens de réaliser des campagnes publicitaires efficaces

Enfin, il est intéressant de constater que les prestataires (revendeurs d'AT) se font aussi connaître auprès des Eqlaats. Il s'agit d'une réaction presque « naturelle » des **prestataires d'AT dans la mesure où ils ont un intérêt commun à travailler ensemble**. Les prestataires prêtent aux Eqlaats des AT pour les essais en sachant pertinemment qu'ils pourront déboucher sur un achat dans le temps.

4.1 Le financement des interventions à domicile a réduit les inégalités d'accès aux soins

Le dispositif expérimental propose **un financement forfaitaire par séquence d'évaluation et d'accompagnement**, en distinguant les situations qui pourraient être qualifiées de « courantes » et celles plus « complexes ». Les forfaits couvrent également les frais de déplacement au domicile de la PA. (Calcul du modèle de financement p.61)

- **L'indemnisation des frais de transport « forfait plaine-montagne » a permis de réduire l'isolement géographique des bénéficiaires vivant en zones rurales/ zones blanches**

Le forfait plaine-montagne expérimenté permet de financer les déplacements à domicile. Ainsi, les EQLAATS n'ont pas de réticences à envoyer leurs équipes sur le terrain, et ce, quelle que soit la topographie des lieux. Cette composante de la mission d'EQLAAT est primordiale au regard de la population accompagnée, car sans aidants ces personnes ne peuvent se déplacer.

*Entretien N°17; Ergothérapeute: « Cet hiver je suis allée à domicile chez une personne à 1h30 de route, quand il y a de la neige et qu'il ne fait pas, c'est difficile. **Si je n'étais pas allée à domicile, c'est un accompagnement qui n'aurait pas pu avoir lieu. On ne l'aurait pas fait si les forfaits montagnes n'existaient pas** ».*

Entretien N°16; Ergothérapeute: « Souvent, les personnes isolées, ou personnes vieillissantes ou avec un handicap, elles ont de grosses difficultés pour se déplacer. Là au moins, on peut aller directement à leur domicile, c'est une contrainte aussi en moins pour les personnes ».

En l'absence de prise en compte des coûts liés aux déplacements, certains usagers lourdement impactés en termes de mobilité n'auraient pas souhaité aller plus loin avec EQLAAT si l'équipe ne s'était pas déplacée à leur domicile..

*Entretien n°10; Aidant APF 971: « Alors, ils se déplacent, donc pour ça c'est super. 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.** »*

Entretien N°14; Usager APF 971: « Le fait qu'ils se déplacent à domicile cela m'avantage un petit peu mieux. S'il fallait que je me déplace avec une ambulance et tout, cela m'avantageait par rapport à mon fauteuil surtout ».

- **Les interventions à domicile ont permis un accompagnement global de la personne**

Entretien N°16 ; Ergothérapeute : « **C'est vrai qu'en allant à domicile, on se rend compte que certaines personnes ne bénéficient de rien**, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas bénéficiaires de l'APA donc via EQLAAT, en plus des aides techniques, on peut aussi apporter cette information-là, dont la personne pourrait bénéficier en plus, que cela soit au niveau des aides sociales, mais aussi des équipes locales ou qui pourraient apporter une aide sur le volet social ou médical et paramédical »

Entretien N° 19 ; Usager OPTEO 12: « Pour l'évaluation annuelle, l'assistante sociale est venue et ensuite elle nous a proposés, vu l'état de santé de maman des aides pour améliorer ses journées et son autonomie dans la maison. C'est comme ça qu'on a appris, après elle nous a donné le numéro de téléphone de EQLAAT. »

Entretien N° 8 ; Usager OPTEO 12: « Déjà le fait qu'elle se déplace, la rapidité d'intervention et surtout la globalité de l'intervention, il y avait une coordination chez OPTEO qui permettait de soulager les familles. »

Les différentes visites à domicile réalisées par les ergothérapeutes et les assistantes sociales permettent de s'immerger dans l'environnement de l'usager et ainsi d'identifier les besoins non couverts et qu'il n'aurait pas exprimés

Entretien N°18 ; Ergothérapeute : « Voir aussi les besoins qui ne sont peut-être pas forcément exprimés, soit parce que c'est rentré dans les habitudes de vie de la personne (la difficulté par exemple pour se préparer à manger) et que son besoin portait juste sur les déplacements ».

Entretien N° 15 ; Usager ARDEVIE 16: « C'est un accompagnement, et en plus cela donne de l'espoir, c'est le genre d'association qui peut apporter beaucoup. Parce que la personne vient chez vous...Si cela peut se généraliser au contraire je pense que c'est un avantage. Parce qu'elle vient sur les lieux, elle discute avec la personne, elle voit l'état dans lequel il est, et elle peut apporter beaucoup. »

- Les visites à domicile permettent de « réintégrer les personnes aux parcours de soins »

Entretien N°12 ; Ergothérapeute : « Cela permet quand même **de raccrocher certaines personnes à l'idée que les difficultés ne sont pas une fatalité** et qu'il y a des techniques qui peuvent répondre à certains besoins ».

Entretien N°4 ; Adjointe de direction : « Moi je trouve que cela a été relativement positif, parce que cela a permis en tout cas de **réduire les délais d'attente, et puis de toucher un public un peu plus large**, qui n'osait pas forcément s'orienter vers des services médico-sociaux, puisque la demande reste spécifique »

- La satisfaction des usagers à l'égard des visites à domicile provient principalement de la réactivité des ergothérapeutes

Entretien N°16 ; Aidant RESSOURCES 76: « Mon ergothérapeute, elle vient chez moi. Elle vient toujours chez moi. Quand je vais au centre de soin de suite, c'est pour les grands médecins et tout ça... mais

l'ergothérapeute c'est toujours chez moi qu'elle vient, toujours. On a besoin d'elle, elle vient à la maison.»

Entretien N° 21; Usager ARDEVIE 16: « À chaque fois que j'ai eu besoin, comme justement je ne me déplace pas, donc j'aime bien internet, donc j'envoie des mails et aussitôt dans la journée j'avais des réponses, tout de suite. À chaque fois que j'ai eu des questions ou des choses à demander, j'envoyais un petit message et tout de suite on me répondait, c'est parfait. Je suis très contente. »

Lorsque l'ergothérapeute n'est pas disponible, l'accompagnement est plus long :

Entretien N°24; Usager MDPH 63: « Non la seule chose c'est que ça a été très long parce qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute de secteur, j'ai dû appeler plusieurs fois. Je pense qu'entre le dépôt de ma demande et la visite de l'ergothérapeute et il y a bien eu un an. Peut-être l'éloignement géographique oui parce qu'il n'y avait pas à l'époque d'ergothérapeute de secteur. »

- Au-delà, EQLAAT fonctionne très bien, à condition que le patient l'accepte.

Il ressort assez régulièrement des échanges que **la clé de réussite du dispositif réside dans la capacité de la personne à accepter son état de santé**. Certaines personnes dans le déni de leur condition physique ou ne voulant pas se faire aider n'accepteront pas l'aide technique. Ce refus d'accompagnement est en partie corrélé au milieu de vie de la personne. Plus encore, selon certains professionnels, les usagers peuvent également être réticents aux visites à domicile, car ils considèrent celles-ci comme trop intrusives.

Entretien N°20; Ergothérapeute: « Alors il y a des personnes qui sont en rupture de soins et qui malgré nos efforts ne souhaitent pas d'intervention. Trop éloignées (ou même dans une zone urbaine), il y a des personnes qui sont tellement en rupture de soins qui, malgré le fait qu'on intervienne de façon gratuite, refusent. Elles n'ont pas vu un professionnel depuis longtemps, quel qu'il soit. On ne peut pas malheureusement rattraper toutes ces personnes. Quand il y a des personnes qui sont dans des zones blanches qui malgré les attentions de tous les professionnels refusent quand même, il faut accepter ça, c'est rare, mais ça arrive. »

Il n'en demeure pas moins que certaines inégalités persistent malgré les efforts des Eqlaats. En effet, il subsiste des besoins non couverts pour certaines catégories de population tels que les personnes atteintes de maladies dégénératives et celles habitant sur les îles (Guadeloupe). Pour les personnes atteintes de maladies évolutives, l'AT peut rapidement devenir obsolète si l'accompagnement n'est pas assez rapide (difficultés liées à l'achat augmente les délais d'acquisition des AT). Ainsi, la lenteur du processus de financement et livraison de l'aide technique peut dégrader nettement la qualité de l'accompagnement des Eqlaats. (cf. p.52)

*Entretien N°2 ; Assistance sociale : « Il faut les forfaits soient modulés aussi en fonction des pathologies. Il y a des personnes avec **des maladies neurodégénératives de Huntington, ou de Steinert** et qui ont besoin qu'on adapte au fur et à mesure l'aide technique en fonction de l'évolution du handicap. »*

Entretien N°14; Directeur-adjoint : « Mais là où ça nous pose des difficultés, c'est la prise en compte du temps de trajet et des frais aussi au niveau de l'EQLAAT qui ne sont pas toujours adaptés aux territoires de la Guadeloupe, par exemple, on va sur des dépendances donc il y a les frais bateaux, oui il faut temps de trajet, une journée entière si on veut aller sur Marie-Galante, ou sur les Saintes,

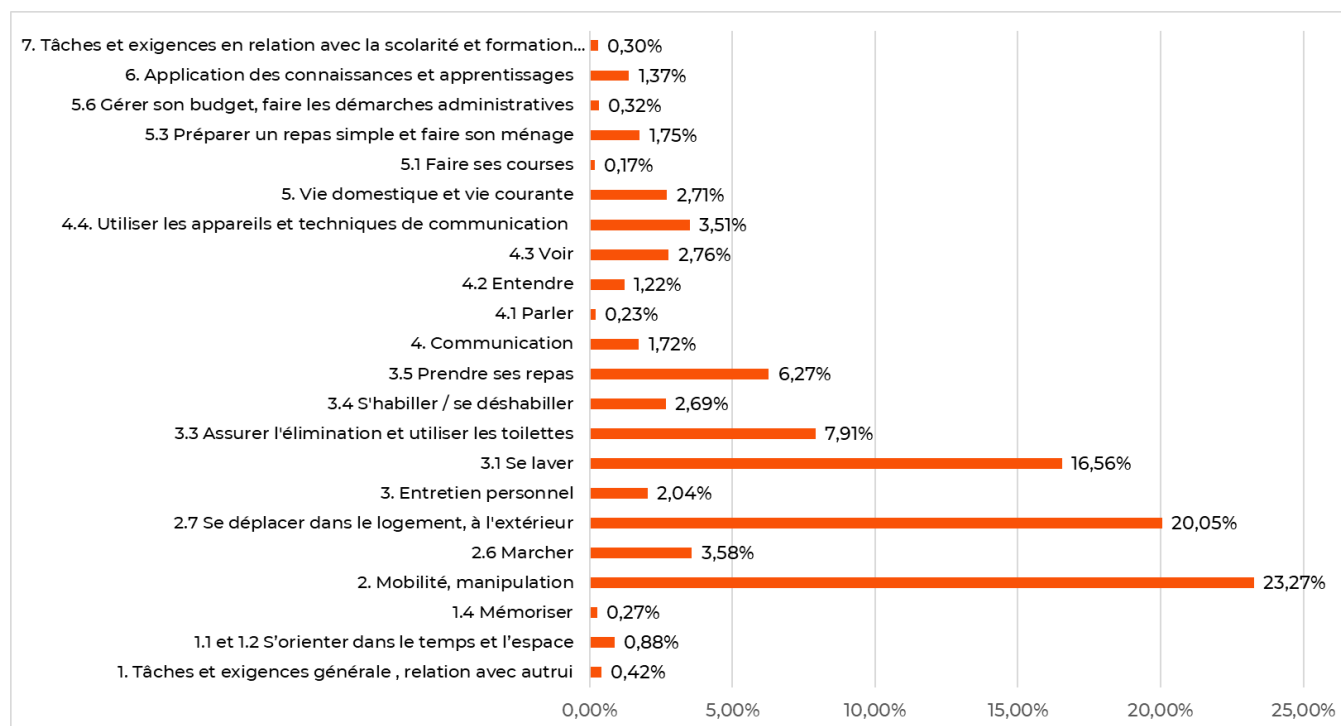
cela fait une journée ou 2, donc voilà ça nous fait un temps de travail beaucoup plus conséquent et même quand nous allons dans des zones un peu isolées. »

5. Efficacité : Renforcement de la logistique des Eqlaats et des compétences des intervenants

5.1 Evaluation des besoins : activités ciblées et premières préconisations

Les professionnels des Eqlaats apportent une expertise ciblée et individualisée des besoins en aides techniques des personnes accompagnées en fonction de leurs incapacités. L'accompagnement des ergothérapeutes porte en moyenne sur l'accomplissement de 2 activités de la vie quotidienne pour lesquelles une ou des aides techniques doivent être mises en place (N=2416). Le nombre d'activités ciblées varie significativement entre les centres (Cf. Annexe. Tableau 10. Détails par équipe). Au maximum, un accompagnement a porté sur l'accomplissement de 12 activités de la vie courante pour lesquelles une ou des aides étaient nécessaires. Ce fût le cas dans l'Eqlaat GHIP Aquitaine.

Les accompagnements des PA portent majoritairement sur la réalisation des activités relatives à la mobilité et aux manipulations (23%), aux déplacements dans le logement et à l'extérieur (20%) et à la toilette « se laver » (17%).

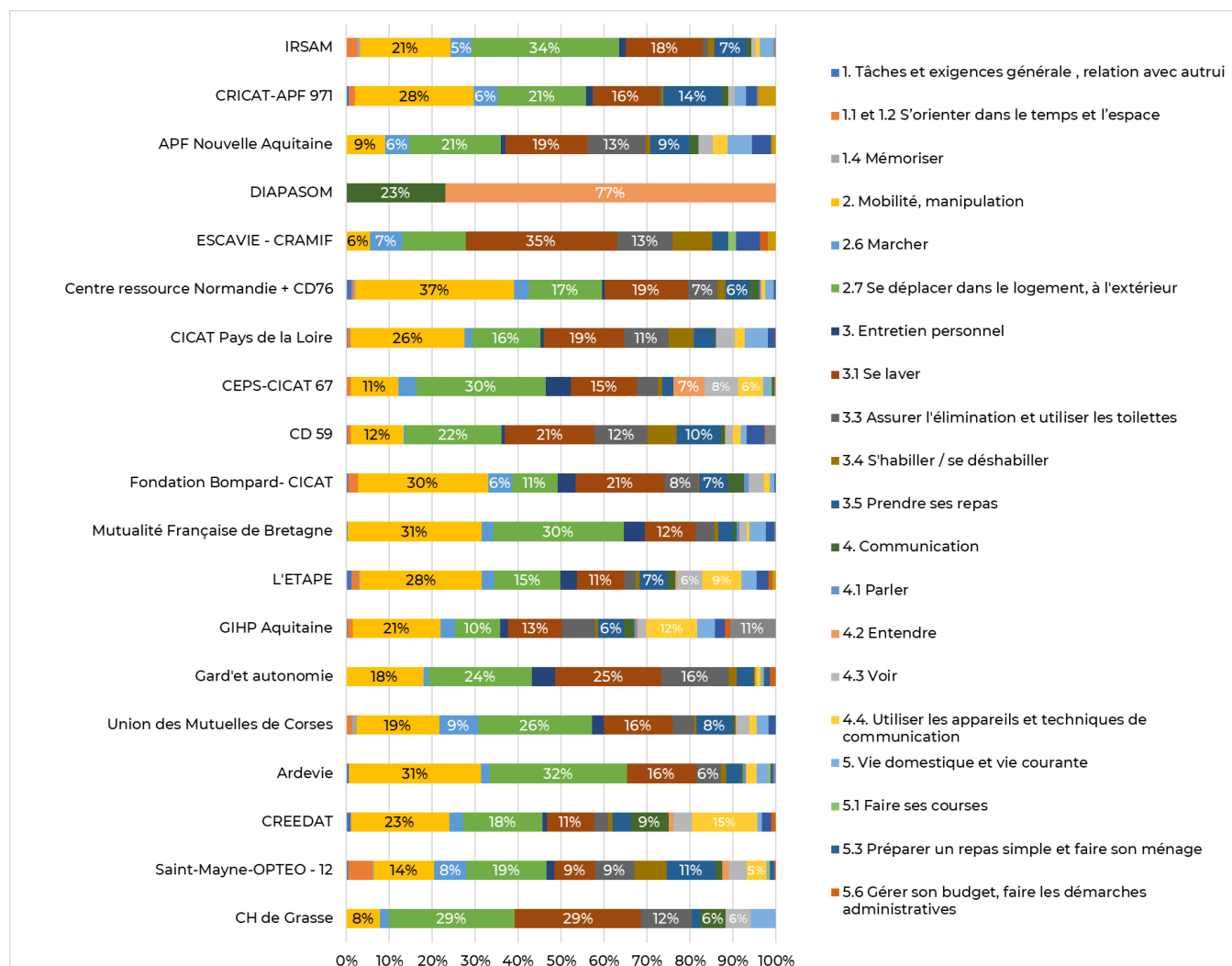


*N=5247

Figure 9 : Activités sur lesquelles portent les accompagnements dans les 19 centres

Les objectifs cibles définis par les PA sont statistiquement dépendants des centres. Par exemple, l'Eqlaat-98 DIAPASOM consacre majoritairement ses accompagnements sur les activités types sensorielles, liées l'audition (77% « Activité : Entendre »). Bien que la répartition des activités soit hétérogène entre les centres, les accompagnements portant sur la réalisation des activités relatives à la mobilité et aux managements, aux allées et venues dans

le logement, aux déplacements à l'extérieur et à la toilette sont majoritaires dans tous les centres.



* N= 5247

**Répartition détaillée par centre cf. Annexe. Tableau 11

Figure 10 : Activités sur lesquelles portent les accompagnements par centre

Après la première intervention à domicile (IAD), l'ergothérapeute recherche les AT les plus adaptées en réponse aux besoins des PA. Le nombre moyen d'aides techniques identifiées, après la 1^{ère} IAD et avant les essais, est de deux (N=1846). Pour 75% des personnes accompagnées 1 ou 2 aides techniques sont identifiées. Au maximum, 22 aides techniques ont été identifiées pour une même personne après évaluation dans l'Eqlaat 87. Le nombre moyen d'aides techniques identifiées pour une personne varie significativement entre les centres (Cf. Annexe. Tableau 13. Détails par équipe).

5.2 Des accompagnements pertinents grâce à des professionnels Eqlaat investis dans leurs missions

La collaboration entre les professionnels de l'Eqlaat engendre des résultats efficaces en tout point.

Entretien N° 4 : Aidant OPTEO 12 : « Au niveau du service elles se mettent en concertation entre elles, si bien qu'on les laissait débattre entre elles pour avoir une réponse. »

Entretien N°:10, Aidante : « Puis en pluridisciplinaire c'est donc qu'ils sont tous ensemble, présents à la même réunion où on discute tous ensemble sur un même sujet et chacun amène son idée, son potentiel projet. On fait un peu une table ronde. C'est plus efficace, moins fatigant pour nous parents que de répéter constamment la même chose. »

- Une réaction positive des professionnels d'Eqlaat qui a favorisé le travail en équipe

Il est nécessaire de réunir l'ensemble des parties prenantes pour élaborer un projet personnalisé. La mutualisation des acteurs permet de couvrir le très vaste domaine des AT. Pour aller au-delà de la balkanisation des acteurs de l'accompagnement, il faut que la communication auprès des tous les acteurs soit réussie.

Entretien N° 12; Ergothérapeute : « Nos objectifs en tant qu'ergothérapeute et ça l'est encore plus sur ce type d'accompagnement là, l'acquisition et le financement d'aides techniques, ce n'est pas une fin en soi, c'est plus un moyen justement pour avoir un petit peu plus d'autonomie et de pouvoir agir sur les situations qui font sens et qui sont nécessaires pour le bien-être et l'indépendance d'une personne.»

- **La tenue de réunions hebdomadaires et des échanges informels au sein des Eqlaats ont permis aux professionnels de réfléchir ensemble sur la meilleure manière d'agir**

*Entretien N°15; Responsable pôle : « Les échanges se font même au quotidien sans qu'on y réfléchisse. S'il y a une situation un peu particulière, entre collègues, ils vont échanger au retour d'une visite à domicile et après le travailleur social peut aussi rentrer dans la boucle pour apporter un éclairage avec un autre angle de vue, avec une formation différente. **C'est logique, en équipe pluridisciplinaire c'est pour ça sinon ça n'a pas d'intérêt. On pourrait quelquefois s'interroger aussi sur peut-être sur la présence d'un médecin sur certaines situations** ».*

*Entretien N° 17; Ergothérapeute : « **Il faut travailler en réseau autant avec les collègues de notre service de notre département EQLAAT en interne.** C'est également l'enjeu de tous les « cafés EQLAAT » (une fois par mois) qui nous sont proposés. Il faut se renseigner communiquer avec d'autres ergothérapeutes d'autres structures EQLAAT. Ça nous permet d'avoir une veille professionnelle. » (Ergothérapeute)*

- **Le manque de personnel dont certaines Eqlaats ont été victimes a limité le partage d'information**

Entretien N° 13; Coordinatrice : « C'était au début quand on a commencé, à l'ouverture du service, on avait qu'une ergothérapeute et qui était là à mi-temps, plus 2 autres qui étaient là à 1/4 de temps

et qui se croisaient peu, avaient peu de moyens pour échanger les informations et qui se sentaient un petit seul justement, dans l'accompagnement des personnes. On y a remédié en créant ces deux postes à temps plein, qui travaillent en même temps sur le service ce qui permet de bien échanger».

Toutefois, l'accompagnement des Eqlaats a connu parfois ses limites. Nombreux sont ceux qui regrettent que le dispositif ne considère pas l'aménagement du logement alors qu'il semble indissociable de l'utilisation des AT.

*Entretien N°6: EA 3A (Ergothérapeute): « En tant qu'ergothérapeute, on a un œil sur son environnement et dans EQLAAT, on ne considère pas l'aménagement du logement. Il y a plusieurs fois où l'aide technique n'est pas suffisante ou alors **il y a d'autres besoins en aménagement du logement et on ne peut pas intervenir parce qu'on n'est pas financé pour ça. Cette partie aménagement du logement qui est pourtant complémentaire et inextricable de l'aide technique n'est pas traitée dans EQLAAT** ».*

En outre, le dispositif a rencontré également ses propres limites par sa nature expérimentale, car l'accompagnement requiert du temps. **La temporalité du dispositif est une limite de l'accompagnement proposé par les ergothérapeutes.** En effet, certains usagers sont rétifs à un accompagnement soit, car ils ne veulent pas être accompagnés soit par déni de leur situation. Ainsi, il faut du temps pour que l'utilisateur accepte son état de santé. Il faut également du temps pour que le patient apprenne à utiliser correctement l'aide technique proposée. Les ergothérapeutes des Eqlaats doivent être réactifs pour atteindre ces deux objectifs.

5.3 Subsidiarité des actions avec les accompagnements extérieurs

5.3.1 La subsidiarité en pratique : les facteurs favorisant

Les équipes ont pour rôle de collaborer avec les acteurs de proximité en se présentant comme un relais lorsque l'intervention est interrompue par un autre service ou en offrant une aide lorsque la première structure ne disposait pas des ressources nécessaires. **Lorsqu'une équipe accompagne des personnes déjà prises en charge par une structure sanitaire ou médico-sociale, elle doit respecter le principe de subsidiarité.**

Les ergothérapeutes des Eqlaats travaillent souvent en étroite collaboration avec les paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute) médecins, auxiliaire de vie intervenant autour la personne et les autres structures d'accompagnement du territoire, tout en **respectant le principe de subsidiarité.** Ce principe permet d'éviter les doublons et d'aboutir à des préconisations plus pertinentes.

*Entretien N° 16; Ergothérapeute : « Par exemple, je suis intervenu pour une personne dans la mise en place d'un fauteuil roulant électrique et d'autres techniques, parce que jusque-là, elle n'avait pas d'autres intervenants qui venaient chez elle. Par la suite il y a un SAMSAH qui a été mis en place, donc le SAMSAH va également faire tout ce qui est accompagnement social, mais aussi accompagnement dans l'acquisition des aides techniques. Le but après est de passer le relais à cette équipe de SAMSAH pour qu'il voit la suite, les autres besoins. [...] **Mais le but c'est qu'il n'y ait pas 36 000 intervenants auprès de cette personne-là, que ça soit simple pour elle, et que l'on ne fasse pas toute la même chose**».*

ENTRETIEN N° 3; Assistante sociale : « J'interviens dans le champ social, oui . J'ai besoin de relais au niveau du terrain, notamment quand il y a un éloignement géographique. Même si on est amené à

*se déplacer, quand il y a la famille c'est assez simple, quand il n'y a pas de famille effectivement je m'appuie beaucoup sur les auxiliaires de vie, les intervenantes à domicile, par exemple, les infirmières quand y a un SIAD (un service de soins infirmiers à domicile). Cela dépend beaucoup de ces personnes et ça dépend aussi de la qualité des relations qu'a pu développer le patient avec cet entourage professionnel. **Plus il y a de proximité de l'usager avec ces professionnels qui interviennent au quotidien, le meilleur sera notre relais et notre efficacité. Il y a un travail d'équipe qui se fait** ».*

Les équipes travaillent également avec les équipes mobiles de soins de suite et de rééducation qui se déplacent elles aussi à domicile, et qui ont l'avantage d'avoir un médecin MPR qui peut faire la prescription médicale d'un fauteuil électrique ou d'un lit médicalisé.

ENTRETIEN N°; Ergothérapeute: « Il y a tout ce qui va être des professionnels de santé. Ils vont pouvoir nous orienter des personnes. C'est grâce à ça qu'on peut vivre et qu'on peut intervenir. Cela permet d'avoir des situations et on travaille par exemple avec les kinésithérapeutes qui connaissent la personne depuis plus longtemps que nous. On va pouvoir avoir un retour plus complet sur la personne, avec un point de vue plus médical que ce que la personne aurait pu nous dire. Ce sont des informations intéressantes quand on veut mettre en place une aide technique ».

Pour éviter les doublons de préconisations, les ergothérapeutes des Eqlaats doivent aller au contact de l'ensemble des professionnels intervenants autour de la personne. Les ergothérapeutes ont bien saisi l'importance de travailler avec tous les professionnels entourant la personne. Les usagers sont satisfaits et soulagés de cette coordination dans la mesure où les professionnels extérieurs prescriront d'autres soins en tenant compte des préconisations des professionnels des Eqlaats.

Entretien N°10; Aidant APF 971: « Oui, l'ergothérapeute est entré en contact avec le prothésiste, et ensuite avec la kiné, et la psychomotricienne. Puis notre pharmacienne qui nous suit dans le nécessaire médicamenteux. Ils nous ont mis en contact aussi avec tous les professionnels de matériel médical, pour qu'on puisse avoir des devis, des catalogues. Par exemple pour la poussette, je leur ai demandé de rentrer en contact avec la kiné, qui elle, a donné les petits appuis de consolidation nécessaire. Ces choses-là me paraissent évidentes quand on n'est pas forcément à même de bien l'expliquer, ou avoir une cohérence dans la prescription, le spécialiste dans ce cas ne peut qu'appuyer et sécuriser la décision. Cela vous donne une traçabilité, car les réponses se font par écrit, cela permet un suivi. »

- Savoir passer le relais aux centres-experts

Il est nécessaire que les professionnels des Eqlaats sachent **passer le relais ou sollicitent les centres experts de certaines maladies ou déficiences lorsque l'accompagnement est très spécifique et complexe.** En effet, les professionnels Eqlaat ne disposent pas de toutes compétences nécessaires et il faut ainsi savoir passer le relais pour ne pas se tromper.

ENTRETIEN N°1; Directeur: « On essaye vraiment de travailler en partenariat, on a fait que prolonger (ce qu'on faisait avant EQLAAT). On avait un travail très partenarial : c'est-à-dire les équipes de soin Alzheimer, toutes les équipes de structure avec des ergothérapeutes sont déjà venues chez nous prendre du matériel pour l'essayer. Ils avaient déjà la démarche de faire essayer les outils qu'on possède nous. La seule différence aujourd'hui avec EQLAAT, c'est que plutôt que de taper dans leurs ressources internes, ils vont nous demander à nous finalement un principe de partenariat de complémentarité où il nous demande d'y aller. On fait un rapport d'étude et ils peuvent garder la main en plus sur le suivi à plus long terme. Et ça, c'est valable pour l'AFM, pour la PF, pour les équipes de soin Alzheimer ».

ENTRETIEN N°10: directeur: « On a mis en place des partenariats, on essaye de créer un réseau alors avec des partenaires, des fournisseurs des professionnels type infirmier donc on a vu ergothérapeute là on va se tourner vers les orthoptistes et les ophtalmologues puisqu'on a une demande qui s'accroît sur la déficience visuelle et notamment les problèmes de basse vision, on a obtenu dernièrement aussi on a été retenu dans l'appel à projets sur les CA, les outils de communication alternative améliorée donc là aussi on va créer un réseau avec les orthophonistes puisque le projet est rattaché au service EQLAAT du département on à créer un réseau avec les orthoprothésistes puisqu'eux aussi fournissent des aides techniques beaucoup plus spécifiques après on a créé aussi un partenariat avec des professionnels de l'accompagnement du type le centre de déficience sensorielle du département où l'association France Alzheimer les ADMR donc par le biais de ces associations-là aussi ben on crée du lien avec d'autres professionnels ».

Pour autant, **très peu d'équipes ont sollicité les compétences des centres experts**. Sur 1954, personnes accompagnées, 5% ont bénéficié d'une intervention d'un centre expert. La sollicitation des centres experts dans l'accompagnement est statistiquement dépendante des centres. L'Eqlaat DIAPASOM est l'équipe qui travaille le plus avec les centres experts (42%). Ceci s'explique notamment par son champ d'action qui se consacre principalement aux déficiences sensorielles qui nécessitent des compétences plus spécifiques et des aides techniques plus onéreuses.

De plus, le recours à une expertise autre qu'Eqlaat varie significativement en fonction des types d'accompagnements. En effet, pour les accompagnements dont l'objectif est l'autonomie dans l'application des connaissances et des apprentissages, dans les tâches en relation avec la scolarité, à la communication et à l'audition, le recours à une expertise extérieure est davantage sollicité.

- L'ancienneté des structures porteuses du dispositif Eqlaat a permis de faciliter la coordination entre les professionnels des Eqlaats et les acteurs de proximité

Certaines équipes ont été déployées au sein même de structures déjà existantes type MDPH, CICAT, CRICAT etc. L'ancienneté de ces structures porteuses facilite la mise en œuvre des missions de l'Eqlaat. Lorsque l'ergothérapeute a une triple casquette (MDPH, CICAT, EQLAAT), la communication avec les acteurs extérieurs est optimale.

Lorsque l'Eqlaat est créée de toutes pièces, le démarrage est plus difficile. Les équipes récentes n'ont pas la même expérience, pas la même connaissance des partenaires, et des modalités d'intervention.

Entretien N° 6; Ergothérapeute: « Je suis d'accord. Chez nous, ça se passe comme ça grâce à notre ancienneté sur le territoire et tout le travail de réseau qu'on a mené depuis plusieurs années. Donc on se connaît, tout le monde se connaît, tout le monde sait qui fait quoi. Cela permet de clarifier les interventions de chacun, de savoir qui est expert de quoi et surtout d'éviter la perte de temps pour l'usager, pour le professionnel qui sort de sa fiche de poste et qui sort des missions de sa structure. »

Entretien N° 12; Ergothérapeute: «Je pense que c'est le fait d'avoir les différentes casquettes EQLAAT CICAT MDPH qui est un vrai avantage pour la communication. Ce n'est pas tant le nombre, mais le fait d'être la même personne à contacter en cas de besoin. »

En somme, il est très important d'aller à la rencontre des professionnels extérieurs à la fois pour que les professionnels soient avertis de l'accompagnement d'Eqlaat et éviter les doublons dans la préconisation, mais également pour aider la PA dans la manipulation de son AT. En effet, la réalisation de 26% des activités de la vie quotidienne nécessite l'aide d'un professionnel extérieur dans leurs réalisations. (cf. **Figure 7**)

5.3.2 La subsidiarité en pratique : les facteurs entravants

Il est arrivé parfois qu'une trop forte coopération aboutisse à un déchargement des missions initiales des acteurs sur les professionnels des Eqlaats

Entretien N° 6 ; Ergothérapeute : **«On a le sentiment qu'en tant qu'EQLAAT, les gens qui intervenaient avant, vont se décharger sur nous de certaines missions; sur les aides techniques, c'est OK, mais il ne faut pas que ça aille trop loin.** On a le sentiment qu'on se retrouve en équipe évaluatrice PCH, alors que ce n'est pas du tout notre rôle. On est là pour du support, de l'essai, de l'accompagnement à l'utilisation de l'aide technique, mais pas pour monter un dossier PCH. Qu'on ne se retrouve pas non plus à être des coordinateurs de vie de la personne. On doit rester juste dans la case aide technique, faire le lien avec certains professionnels. Mais pareil, parfois avec certains professionnels, on a eu le sentiment que comme il voyait en nous une ressource sur les aides techniques; il se déchargeait complètement pour toute la recherche d'aide financière sur les aides techniques, mais aussi sur plein d'autres choses, sur l'aménagement des véhicules, alors qu'EQLAAT ne le permet pas».

Les professionnels Eqlaat se sont heurtés à certaines difficultés de terrain lorsque les acteurs extérieurs cloisonnent les informations.

- L'attitude des professionnels de santé, récalcitrant à travailler en équipe, a entravé la pertinence des préconisations des ergothérapeutes

Entretien N°2; Assistante sociale: **«Si on rentre en contact avec des services qui ne veulent pas collaborer de façon harmonieuse avec le service Eqlaat, et bien, c'est l'utilisateur qui sera pénalisé. Ce n'est pas trop évalué, on le signale plusieurs fois, mais ce n'est pas assez remonté au niveau de la CNSA.** C'est quelque chose qui nous pénalise vraiment au quotidien, qui pénalise surtout les usagers.

Entretien N° 18; Ergothérapeute : **« Il y a des personnes qui sont dans le refus de cette communication, du coup qui cloisonnent énormément les informations. Ça vient gêner finalement la mise en place des compensations parce que la personne peut être amenée à essayer 2 fois le même équipement »**

Entretien N° 5; ergothérapeute : **« On a un problème au niveau aveyronnais où les assistantes sociales de l'APA ne sont pas trop dans la coopération. C'était très compliqué pour nous de travailler avec eux et ça pose des difficultés justement pour aller jusqu'au bout de notre accompagnement côté financier ».**

Entretien N°18 ; Usager ETAPE 34 **« Non parce que le kiné m'en aurait parlé, le médecin traitant c'est pareil on le connaît depuis des siècles, donc forcément si elle avait eu d'une manière ou d'une autre était en relation avec Eqlaat, il est certain qu'elle m'en aurait informée. »**

- Réactions néfastes des acteurs extérieurs à l'arrivée d'Eqlaat : **Eqlaat est perçue comme un concurrent**

Pour que cette coopération entre les différents professionnels fonctionne, il est nécessaire que les professionnels des Eqlaats informent les professionnels extérieurs de leur activité, les rassurent sur leur rôle respectif. **Eqlaat ne doit plus être traité comme un concurrent, mais un partenaire.**

*Entretien N°15 ; Directeur adjoint : « Il a fallu aussi qu'on prenne un temps de communication qui a retardé aussi un peu les prises en charge des situations individuelles **c'est qu'on a eu beaucoup de craintes de certaines équipes spécialisées sur le territoire avec une équipe pluridisciplinaire. Elles nous ont vus comme des concurrents** en fait donc il a fallu que l'on travaille aussi beaucoup sur cette communication auprès des partenaires qu'on ne lance pas les expérimentations comme ça sans re contextualiser, réexpliquer, rassurer et puis faire comprendre qu'on n'est pas des concurrents, mais qu'on peut peut-être au contraire s'épauler se compléter sur les situations très complexes [...] Il y a eu beaucoup de craintes il a fallu qu'on organise des rencontres qu'on réexplique et puis que l'on prenne des situations un peu en exemple en disant voilà sur ce type de situations forcément si vous intervenez on va pas venir, de toute façon non l'équipe mobile par exemple au niveau du centre de rééducation ils sont plutôt spécialisés sur tout ce qui est fauteuil roulant et électrique forcément sur ce type d'aide technique nous on y va pas il faut un médecin il faut une prescription il faut un suivi. EQLAAT, on n'est pas là pour ce type d'aides techniques. »*

- ... d'autant plus qu'il est arrivé que certains usagers ne mentionnent pas les autres accompagnements extérieurs dont ils bénéficient

*Entretien N° 18 ; Ergothérapeute : « Au moment du premier contact et au moment où l'on va à la première rencontre, on pose la question systématique s'il y a d'autres **partenaires** . **Il y a des situations où on se rend compte à la 2e ou 3e intervention qu'il y a d'autres professionnels qui travaillent.** »*

Entretien N°3 ; Assistante sociale : « Il peut y avoir des personnes en situation de handicap qui sont venues nous voir à un moment donné et puis qui avait des difficultés pour s'exprimer ou peut-être la maladie qui était trop avancée et on n'était pas au courant sur ce qui était mis en place. On avait du mal à savoir qui le suivait réellement. Du coup, on n'était pas en phase avec des équipes qui étaient mandatées pour les suivre. »

*Entretien N°3; Assistante sociale : « **Soit on n'a pas pu identifier une personne qui pourrait être référent professionnel parce que l'utilisateur ne sait pas le nommer, ne sait pas de quel organisme il dépend, ne sait pas à quel titre il intervient. Quelquefois c'est très confus chez les personnes. On parle de perte d'autonomie, donc il y a aussi la perte d'autonomie des troubles cognitifs. Quelquefois, des professionnels qui ne nous ont pas identifiés, qui ne nous connaissent pas et qui du coup ont des réticences à partager l'information.**»*

- Un contexte dont on ne peut s'abstraire : le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute

Les ergothérapeutes souffrent d'un manque de légitimité de la part des professionnels extérieurs et du monde médical. Dans ce contexte, les préconisations des ergothérapeutes ne sont pas entendues.

*Entretien N°7; Directeur: « Si on essaye de mettre un outil de transmission, **on n'est pas légitime, on n'est pas les gens les plus présents donc ça on a testé en disant que ça serait bien de mettre une feuille sur le frigo et là on me dit dans la journée qui vous êtes ?** »*

Entretien N°21; Ergothérapeute : « Je pense que **les médecins n'ont pas forcément le réflexe de s'appuyer sur un avis ergo** ou sur un centre de convalescence savoir si finalement est-ce que c'est un fauteuil qu'elle avait besoin comme ça et si c'est adapté. »

Entretien N° 5; Ergothérapeute: « On était allé voir cette personne à l'hôpital pour préparer le retour à domicile. Cela a été problématique puisque l'assistante sociale n'avait pas informé l'équipe soignante et donc elles ne comprenaient pas ce que nous faisons à l'hôpital. » (Ergothérapeute)

- **Un contexte dont on ne peut s'abstraire : des visions contrastées et concurrentes entre les ergothérapeutes en SSR et les ergothérapeutes Eqlaat**

Entretien N° 28 ; EA 6 (Chef de secteur): « on n'a pas tous le même regard enfin je parle des ergos qui sont en SSR par exemple qui ont un regard plus sanitaire nous on est vraiment sur un regard de maintien à domicile [...] le lit médicalisé il s'avère parfois nécessaire, mais parfois en mettant une réhausse de lit et en rajoutant une barre de transfert ça peut permettre de garder le lit qui est déjà existant [...] c'est notre boulot nous en tant qu'accompagnement un peu plus médico-social de trouver des compromis pour justement rassurer et proposer une aide technique qui sécurise quand même les lieux, mais qui va quand même être bien vécue par la personne et bien utilisée quoi parce qu'on sait hein parfois des lits médicalisés qui sont au domicile qui ne sont pas utilisés quand on arrive en évaluation.»

6. Efficacité : Amélioration de la pertinence des préconisations et du suivi en conditions normales d'usage

6.1 Un intérêt incontestable des essais en vie réelle des aides techniques

6.1.1 Aides techniques testées vs aides techniques essayées

Les essais à domicile permettent de concrétiser l'aide technique et de vérifier l'adéquation entre le besoin et l'aide technique proposée. Le rôle d'Eqlaat est de former les usagers à l'utilisation des aides techniques afin de pérenniser leur utilisation. Généralement, après les essais, les usagers sont mieux formés à l'utilisation des aides techniques, car ils ont appris à l'utiliser dans leur environnement.

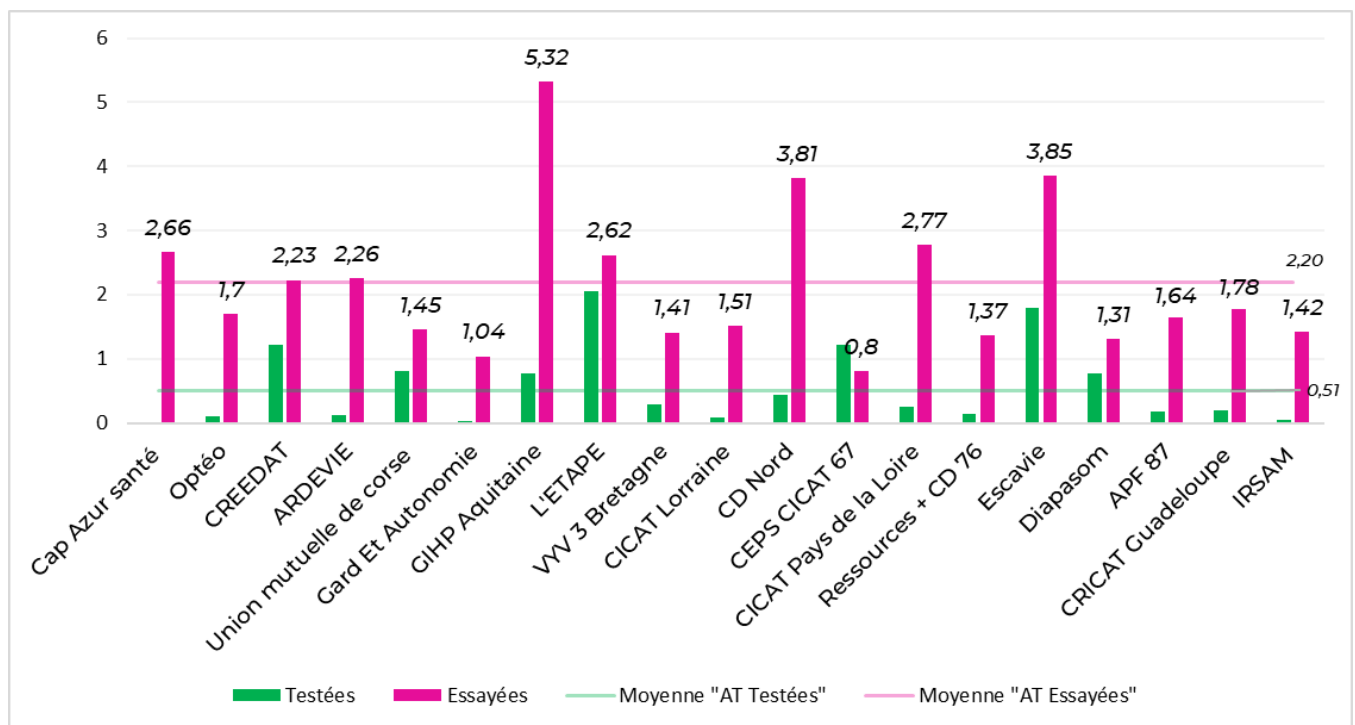
Entretien N° 19 ; Ergothérapeute : « On arrive parfois chez des personnes, où ça leur semble tout de suite très compliqué pour acquérir un matériel, pour apprendre à s'en servir... **Et finalement, quand on prend le temps de les accompagner vraiment sur l'apprentissage, la prise en main, on se rend compte qu'à trois mois, c'est toujours aussi bien utilisé et donc on voit vraiment l'intérêt de prendre un peu de temps pour la mise en place des aides techniques.** »

Entretien N°18 ; Ergothérapeute : « **On s'arrêterait avant à des préconisations ça veut dire qu'on pouvait montrer les aides techniques en photo, en images ou alors éventuellement faire un essai, mais on ne poussait pas forcément plus loin. La personne n'avait pas la possibilité d'essayer sur le long cours, sur plusieurs jours ou voire plusieurs semaines, les équipements et pouvoir faire un retour ou alors prendre 2 équipements en même temps pour qu'elle puisse faire un choix, ou alors revenir sur un équipement de même nature, mais légèrement différent qui pourrait lui convenir** ».

Entretien N° 1 ; Usager EQLAAT MDPH 63 : « Alors moi, il est venu avec le matériel pour m'expliquer comment chaque matériel fonctionnait. Il m'a laissé la totalité pendant 10 jours chez moi. Après, j'ai essayé tranquillement tous les matériels en les utilisant tous les jours. Enfin, en fonction de l'utilité. Et moi j'ai, j'ai estimé si oui ou non c'était nécessaire, que je l'utilise dans tout mon quotidien ou pas.. Alors au début, je pensais que c'était quelque chose qui m'aide, mais en fait pas du tout. Oui, je pense que sinon je me serais bien trompé sur ce qu'il fallait acheter, oui, oui, puis il y a des choses que je ne savais pas que ça existait. [...]Tout ça. En fait. Il m'a bien expliqué avant et après, et moi le fait de pouvoir essayer ça m'a permis de cibler ce qui est utile ou pas."

Les Eqlaats peuvent également faire tester les AT aux PA, ailleurs que chez eux, dans les locaux de l'équipe ou chez le revendeur, par exemple. Toutefois, nous constatons que les essais sont davantage plébiscités par les professionnels des équipes. **En effet, le nombre moyen d'aides techniques testées par personne (en dehors du lieu de vie de la personne) est largement inférieur au nombre moyen d'aides techniques essayées par personne sur son lieu de vie : 0,51 (N=2113) vs 2,2 (N=2272).**

Concernant les essais, 80% des personnes accompagnées ont essayé au maximum 3 aides techniques durant leur accompagnement. Seulement 6% des personnes accompagnées ont testé au moins 1 AT. **Ainsi, les essais en vie réelle sont privilégiés par les équipes.** La Figure 11 présente le nombre moyen d'aides techniques testées et essayées par personne et par équipe. Les moyennes d'aides testées et essayées sont statistiquement différentes entre les centres. L'Eqlaat GHIP Aquitaine est l'équipe qui enregistre le plus d'essais par personne (5,32). A savoir qu'en moyenne 99% des AT identifiées pour une personne après la première évaluation sont essayées.



*AT testées N=2113 et AT essayées N=2272

Figure 11 : Nombre moyen d'aides techniques testées et essayées par personne par équipe

Le Tableau 4 présente le panorama d'une partie des aides techniques essayées (N=1875)¹.

Les aides techniques majoritairement essayées sont les aides techniques relatives aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport à hauteur de 33% (Code 12), aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel (Code 09) (25% des AT essayées) et aux aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement (Code 18) (18%). Les aides techniques essayées sont significativement différentes entre les centres (*Cf. Annexe. Tableau 15. Détails par équipe*). Par ailleurs, la répartition des catégories d'aides techniques essayées est similaire à celle des aides techniques identifiées après la première évaluation et avant les essais (*Cf. Annexe. Tableau 14*).

Code ISO (niveau 1)	Effectif (%)
04 : Produits d'Assistance au traitement médical individuel	29 1.55%
05 : Produits d'Assistance à l'éducation et à la r(é)éducation des capacités	4 0.21%
06: Produits d'Assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	7 0.37%
09 : Produits d'Assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel	469 25.01%
12 : Produits d'Assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport	625 33.33%
15 : Produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à vie domestique	93 4.96%
18 : Aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme	344 18.35%
22 : Produits d'Assistance à la gestion de la communication et à l'information	212 11.31%
24 : Produits d'Assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs	72 3.84%
27 : Produits d'Assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques	2 0.11%
28 : Produits d'Assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi	13 0.69%
30 : Produits d'Assistance à la récréation et aux loisirs	5 0.27%
<i>Total</i>	<i>1 875</i>

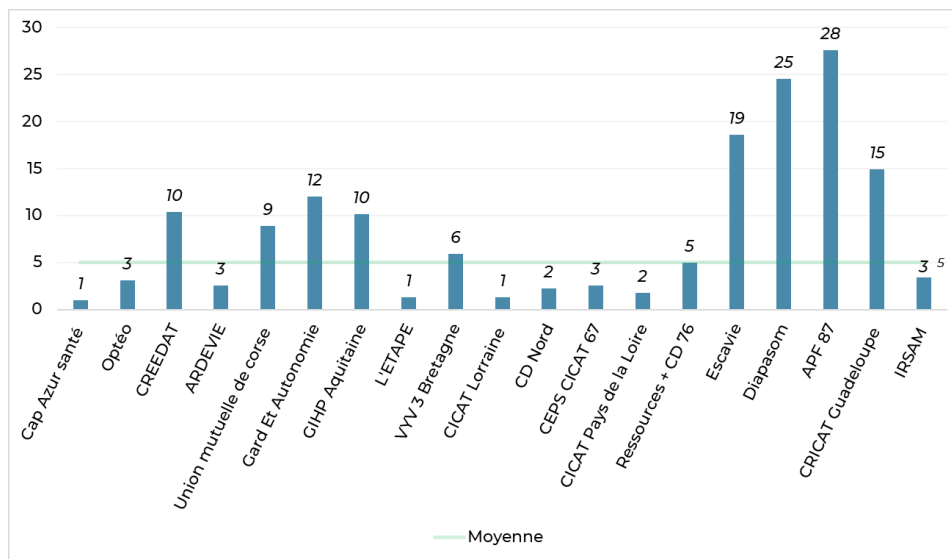
Tableau 4 : Panorama des aides techniques essayées

6.1.2 Durées, délais, moyens mobilisés pour les essais

¹ Beaucoup de variables relatives aux AT utilisées pendant les essais étaient présentes dans le SI. Nous présentons ici les caractéristiques des AT essayées (type, délai, durée, moyen) pour la première aide technique essayée.

La durée moyenne des essais de ces aides techniques est de 5 jours. La durée médiane est, quant à elle, de 1 jour (N=1709). La durée maximale observée pour l'essai d'une aide technique est de 150 jours (Eqlaat Corse). Les durées moyennes des essais sont significativement différentes entre les centres. Certains centres tels que Escavie, Diapasom, APF 87 et CRICAT Guadeloupe affichent des durées bien supérieures à la moyenne des 19 équipes (Figure 12).

Les durées moyennes d'essais varient significativement selon les moyens mobilisés pour mettre en place les essais. En effet, lorsque l'AT essayée est déjà présente dans les locaux de l'équipe, la durée d'essai est de 7 jours (N=799) tandis que lorsque l'AT est prêtée par un revendeur la durée moyenne d'essai est de 3 jours (N=610).



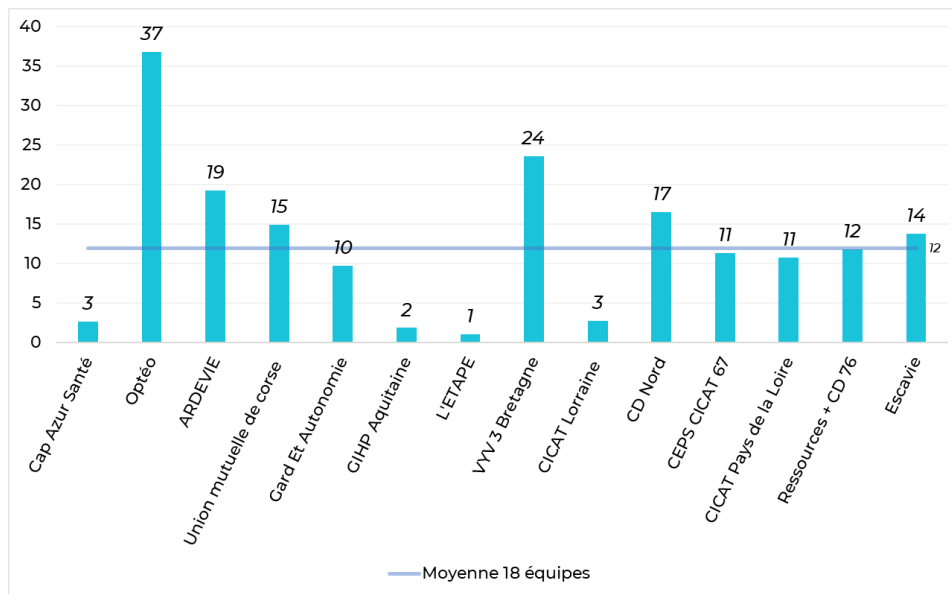
*N=1709

Figure 12 : Durées moyennes des essais des aides techniques par équipe

Par ailleurs, le délai moyen d'accès aux essais des AT est de 12 jours (N=1712). Le délai maximum observé pour l'essai d'une aide technique est de 157 jours (Eqlaat Optéo). Les moyennes sont significativement différentes entre les centres. Certains centres tels que Optéo et VYV Bretagne affichent des délais moyens d'accès bien supérieurs à la moyenne des 18 équipes (cf. Figure 13).

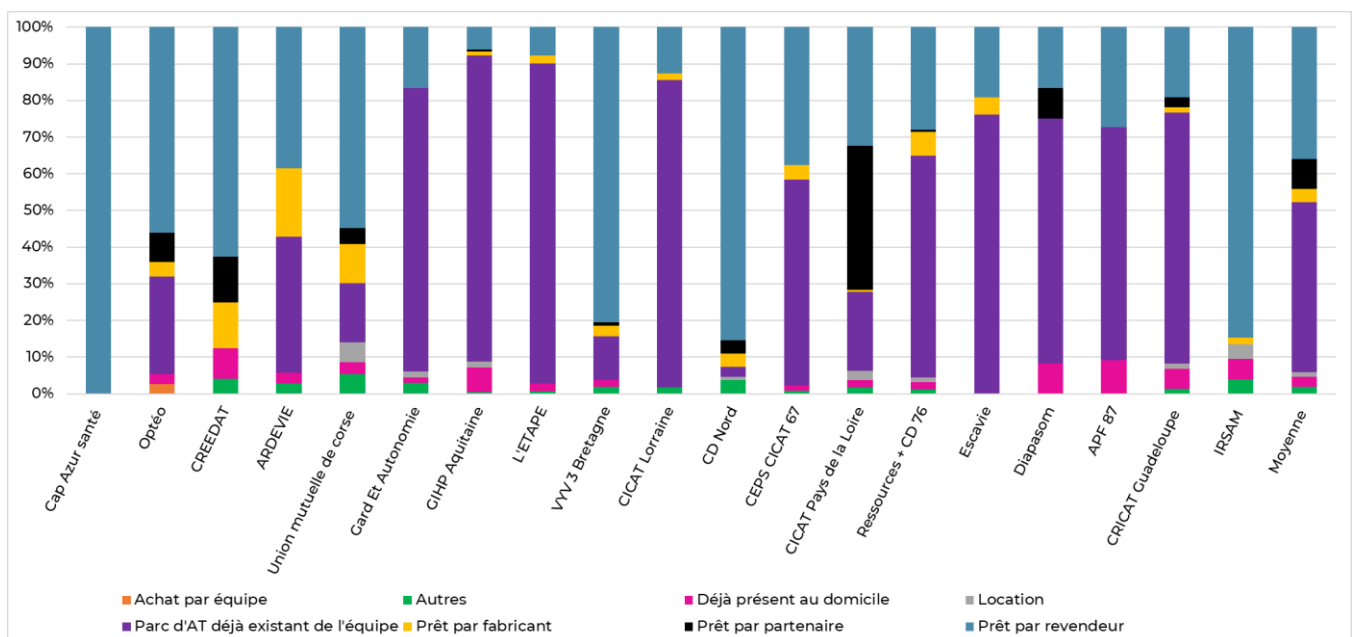
Les délais moyens d'accès varient également significativement selon les moyens mobilisés pour les mettre en place. En effet, lorsque l'AT essayé est déjà disponible dans les locaux de l'équipe, le délai d'attente est de 6 jours (N=805) tandis que lorsque l'AT doit être achetée par l'équipe le délai moyen d'accès est de 48 jours (N=2). Ces délais sont également assez élevés lorsqu'il s'agit d'un prêt par un fabricant ou par un revendeur (respectivement 26 et 19 jours (N=60, N=607). Ceci pourrait en partie expliquer pourquoi les délais moyens d'accès sont plus longs pour les Eqlaats Optéo et VYV Bretagne dans la mesure où elles ont majoritairement recours aux prêts d'AT auprès des revendeurs (cf. Figure 14). L'AT pour laquelle le délai d'accès d'essai est de 157 a été prêtée par un revendeur. À l'inverse, il n'est pas étonnant de constater que le délai médian d'accès aux essais des AT est de 2 jours étant donné que la majorité des essais sont rendus possibles grâce à l'existence d'un parc d'AT au niveau de l'équipe, ce qui réduit considérablement le délai d'attente (70% des essais réalisés grâce au parc d'AT enregistrent des délais d'accès entre 0 et 2 jours).

Pour mettre en place les essais des aides techniques, les équipes ont ainsi recours à plusieurs ressources telles que le parc d'AT de l'équipe, le prêt auprès d'un revendeur, d'un fabricant ou d'un partenaire, la location etc. **Les Eqlaats ont essentiellement eu recours à leur propre parc d'aides techniques** (46% des essais) et/ou aux prêts par les revendeurs d'aides techniques (36%) pour réaliser les essais. 8% des essais sont rendus possibles par un prêt d'AT par les partenaires. En revanche, les équipes ont eu très faiblement recours à la location d'AT (1%) et aux prêts par les fabricants d'AT (4%) pour mettre en œuvre ces essais. Enfin, **les équipes n'ont pratiquement pas acheté d'aides techniques neuves pour les essais** et très peu d'aides techniques déjà présentes au domicile sont utilisées pour les essais (3%). Les moyens mobilisés pour mettre en place les essais sont significativement différents selon les centres. Par exemple, l'Eqlaat Cap Azur Santé se voit uniquement prêter des AT auprès des revendeurs pour réaliser des essais. Cf Annexe. Tableau 16.Détails par équipe)



*N=17124 **Eqlaat CREEDAT données manquantes

Figure 13 : Délais moyens d'accès aux essais des aides techniques par équipe



*N=1735

Figure 14 : Moyens mobilisés à la réalisation des essais par équipe

La surreprésentation des revendeurs d'AT dans le prêt d'AT pour les essais reflète véritablement ce qui a été avancé par les professionnels interviewés sur la nécessité d'établir des partenariats avec les revendeurs. Les liens avec les revendeurs doivent être renforcés afin de bénéficier davantage de prêts d'aides techniques essentiels pour les essais - que les équipes n'auraient pu se procurer faute de moyens - afin que les ergothérapeutes puissent les essayer avec les usagers et avec l'aide si besoin du revendeur.

ENTRETIEN N°14; Ergothérapeute: « Je pense que oui, parce que plus on travaille avec des partenaires et plus on peut être spécifique, sûr et précis sur les demandes et sur les solutions que l'on va pouvoir inventer. **Nous, on travaille avec les revendeurs médicaux ; ce qui est intéressant c'est que l'on peut faire des essais sur du matériel que nous n'avons pas forcément. Cela nous permet d'essayer puis de voir si c'est vraiment adapté à la personne. Cela est assez positif. On a pu faire ça, à plusieurs reprises, pour pas mal de matériel. Ils n'hésitent pas à nous prêter. Ils savent qu'ils peuvent potentiellement vendre derrière, ça les arrange aussi.** Nous ça nous permet de pouvoir vraiment tester et de faire découvrir aux gens ».

ENTRETIEN N°7; Ergothérapeute: « Les services de distribution médicale sont là très souvent quand on n'a pas le matériel. Ils ont la connaissance du matériel, on a la connaissance de la pathologie. Donc c'est vraiment un joli travail complémentaire et de collaboration.

Entretien N° 6; Ergothérapeute: « Les distributeurs de matériel médical qui nous connaissent bien déjà depuis plusieurs années d'existence jouent le jeu de commander du matériel spécifique.

Entretien N° 18 ; Ergothérapeute: « Il y a déjà un certain nombre de partenaires qui sont disposés à nous prêter du matériel pour un essai ou même faire un prêt sur quelques jours ou alors qui viennent avec nous parce que c'est un produit spécifique. Et nous, on a pu voir comment se présentait le produit. »

En pratique, certaines équipes ont déjà mis en place **un processus de conventionnement entre Eqlaats et les revendeurs** pour bénéficier d'un stock de matériel pour les essais.

Entretien N°28; Chef de projet: « On travaille justement sur une formalisation du partenariat qui est déjà actuel avec tous les partenaires, avec les revendeurs, les prestataires de ventes de matériel médical pour avoir justement un « contrat de prêt » entre guillemets, entre l'utilisateur et le prestataire avec toute une chaîne de nettoyage à l'issue du prêt et puis qu'on puisse, nous, intervenir justement lors de l'évaluation, qu'on soit, sur la construction d'un outil. »

Néanmoins, il est arrivé que certains revendeurs d'AT soient récalcitrants à travailler avec les Eqlaats. Lorsque les liens avec les revendeurs sont plus distants, certains revendeurs refusent de prêter le matériel et ne respectent pas les préconisations des ergothérapeutes des Eqlaats. Ainsi, la réussite du dispositif varie en fonction du niveau de collaboration existant.

Entretien N°15; Coordinatrice : « Cela concerne plutôt les déficiences visuelles ou auditives, notamment sur la téléphonie, sur des aides de communication qu'on n'a pas et qu'on ne peut pas forcément nous prêter parce que les partenaires sont assez frileux même à Toulouse de faire venir de la téléphonie comme ça et de nous les prêter.

Entretien N° 16; Ergothérapeute : « Cela m'est arrivé de conseiller une planche de bain, parce que c'était le plus adapté au besoin de la personne, mais l'infirmière avait conseillé autre chose à l'origine. Du coup j'avais apporté le siège conseillé par l'infirmière ainsi qu'un autre siège et finalement les essais se sont orientés vers le siège qui n'avait pas été conseillé par l'infirmière. Finalement, la personne n'a pas été achetée le bon matériel, parce que quand elle est allée chez le revendeur, il a finalement conseillé autre chose, et donc je pense que si c'était un revendeur que l'on connaissait mieux, il se serait fié à nos préconisations, et il n'aurait pas revendu autre chose ».

Par ailleurs, Eqlaat par son rôle d'intermédiaire améliore le climat de confiance entre les usagers et les revendeurs médicaux. Les usagers sont moins méfiants des activités des revendeurs médicaux dans la mesure où en travaillant avec les Eqlaats ils affichent un certain professionnalisme.

Entretien n°1; Directeur : Aujourd'hui on trouve toujours la présence commerciale, mais il y a un observateur neutre: c'est à dire nous . Nous allons vérifier les besoins et cela régule le côté systématique de la mise en place. Par exemple, une personne âgée :il y a quelques années avait automatiquement un lit médicalisé, un fauteuil ... Alors qu'aujourd'hui, on fait un filtrage et là et tous les distributeurs médicaux du département attendent qu'on leur donne la liste des éléments qui nous semblent les plus pertinents. »

Entretien N°18; Usager ETAPE 34: « J'ai eu les renseignements sur les lieux d'achat et puis j'ai eu les renseignements aussi sur les professionnels, des honnêtes, des personnes enfin j'imagine qu'elles sont honnêtes puisqu'elles font référence à EQLAAT. Et c'est vrai que j'ai demandé des devis et les yeux fermés parce que pour moi j'avais affaire à de vrais professionnels. »

Il n'en demeure pas moins que certains usagers préfèrent être accompagnés par des professionnels Eqlaat plutôt que par des revendeurs de matériel médical, car Eqlaat est considérée comme un acteur indépendant, désintéressé de tout principe.

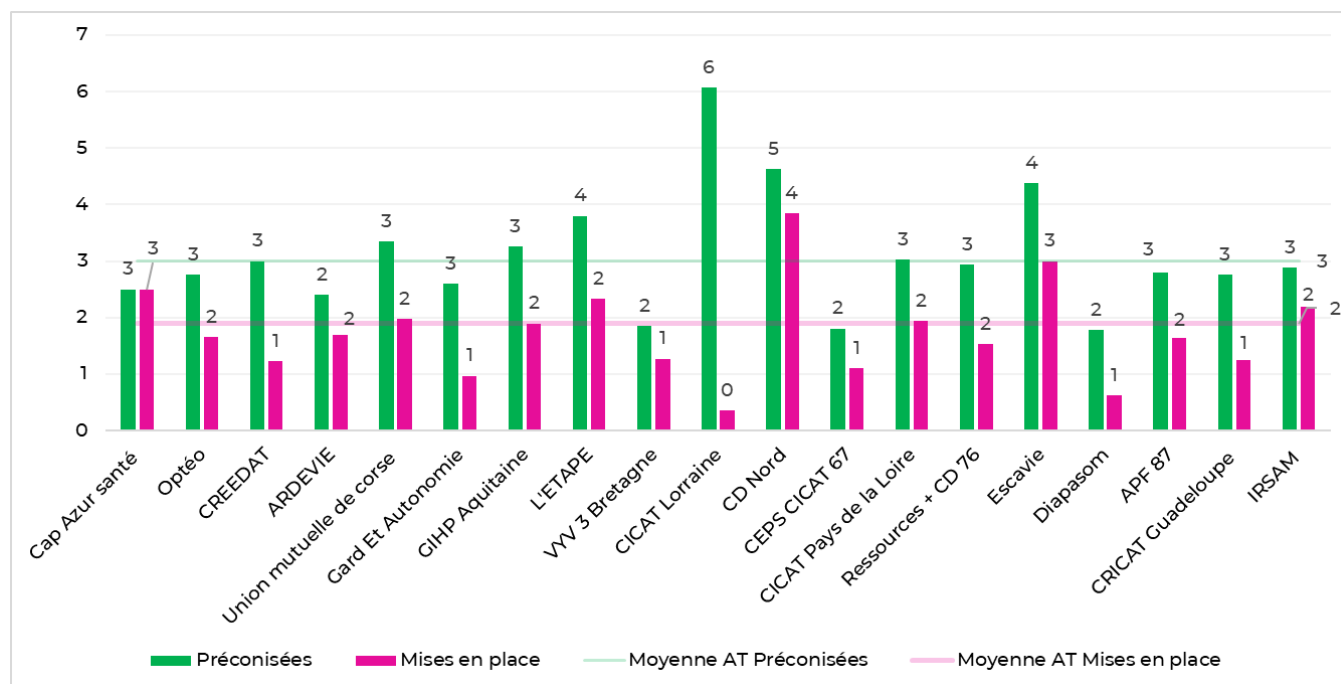
Entretien N° 25; Aidant OPTEO 12: « Je pense que si j'ai besoin de choses auxquelles je n'ai pas pensé maintenant, plus tard si j'ai besoin de nouveau matériel j'irai voir chez eux (ergothérapeute Eqlaat) ce qui existe, et je m'adresserai à eux. Ils sont indépendants, ils ne sont pas rattachés à un vendeur ou à une marque, pour moi c'est très important. C'est un petit peu la raison pour laquelle je suis allée chez eux aussi. »

6.2 Les aides techniques mises en place

6.2.1 Aides techniques préconisées vs aides techniques mises en place

À la suite des essais, le nombre moyen d'AT préconisées par les ergothérapeutes est en moyenne de 3 par personne accompagnée (N=1933). Entre 1 et 4 aides techniques ont été préconisées pour 75% des personnes accompagnées. Au total, 6037 aides techniques ont été préconisées par toutes les équipes. En revanche, le nombre moyen d'AT réellement mis en place est légèrement différent. Il est de 2 par personne (N=1242). 75% des personnes accompagnées disposent à la fin de l'accompagnement au maximum 2 aides techniques. Le nombre maximal d'AT mis en place pour une même personne a été de 16 (Eqlaat CD Nord). Au total, 2359 aides techniques ont été mises en place à la suite de l'accompagnement des Eqlaats. Le nombre d'aides techniques préconisées et mises en place sont significativement différents entre les centres au seuil de 5%.

En moyenne, 71% des aides techniques préconisées à une personne accompagnée, ont été réellement mises en place. Néanmoins pour 55% des personnes accompagnées (N=1242), la totalité des aides préconisées ont été mises en place. La part moyenne d'AT réellement mises en place est significativement différente entre les centres. Par exemple, dans l'Eqlaat Cap Azur Santé en moyenne 100% des AT préconisées ont été mises en place tandis que dans l'Eqlaat CICAT Lorraine en moyenne 26% des AT préconisées pour une personne ont été mises en place.



*AT préconisées N=1933 ; AT mises en place N=1242¹

Figure 15 : Aides techniques préconisées vs Aides techniques mises en place par équipe

Le Tableau 5 présente le panorama des aides techniques mises en place (N=1913). Les aides techniques majoritairement mises en place sont les aides techniques relatives aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport (25%), aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel (26%) et aux aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement (25%). La répartition des catégories d'aides techniques essayées est similaire à celle des aides techniques essayées.

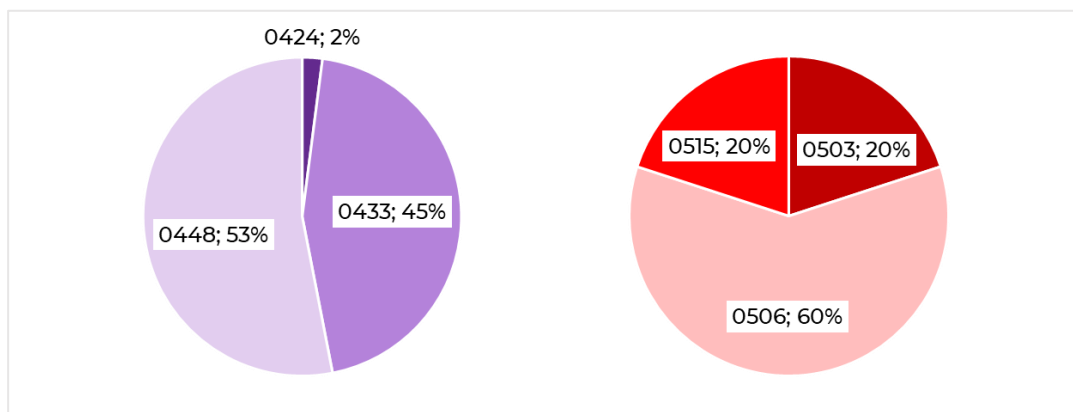
¹ Il y a 691 valeurs manquantes entre le nombre d'AT préconisées et le nombre d'AT mises en place. En effet, lorsqu'aucune cause de non mise en place était renseigné nous avons considéré que la valeur 0 était une valeur manquante.

Tableau 5 : Panorama des aides techniques mises en place (CODE ISO 9999, niveau1)

Code ISO (niveau 1)	Effectif (%)
04 : Produits d'Assistance au traitement médical individuel	50 2,61%
05 : Produits d'Assistance à l'éducation et à la r(é)éducation des capacités	5 0,26%
06: Produits d'Assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	13 0,68%
09 : Produits d'Assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel	494 25,82%
12 : Produits d'Assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport	481 25,14%
15 : Produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à vie domestique	118 6,17%
18 : Aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme	483 25,25%
22 : Produits d'Assistance à la gestion de la communication et à l'information	168 8,78%
24 : Produits d'Assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs	89 4,65%
27 : Produits d'Assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques	1 0,05%
28 : Produits d'Assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi	7 0,37%
30 : Produits d'Assistance à la récréation et aux loisirs	4 0,21%
<i>Total</i>	<i>1913</i>

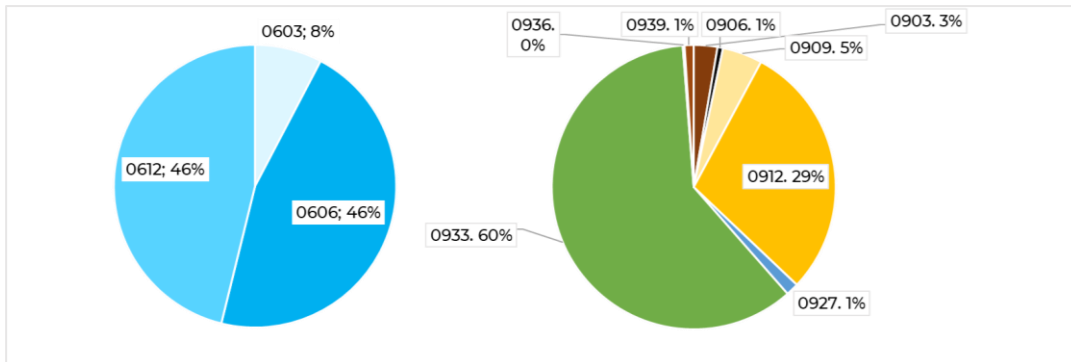
Parmi les 50 AT de la catégorie 04, celles majoritairement proposées sont les équipements pour l'entraînement du mouvement, de la force et de l'équilibre (0448, 53%) et les produits d'assistance destinés à préserver l'intégrité des tissus (0433, 45%).

Parmi les 5 AT de la catégorie 05, 60% sont des produits d'assistance à la (ré)éducation de la communication alternative et augmentative (0506), 40% des aides techniques de cette catégorie sont réparties de manière égale entre les produits d'assistance à la (ré)éducation du changement et du maintien de la position du corps, les produits d'assistance à la (ré)éducation des aptitudes sociales et les produits d'assistance à la (ré)éducation des fonctions de base.



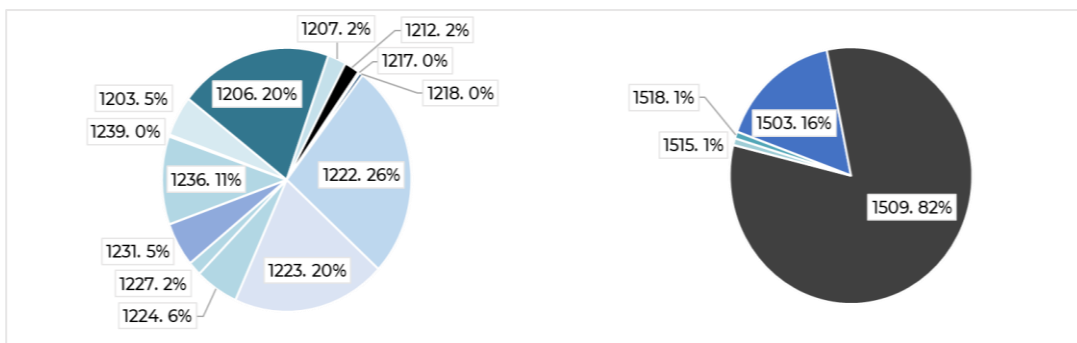
Parmi les 13 produits d'assistance de classe 06, la majorité sont des orthèses du membre inférieur (0612, 46%) et des orthèses de membres inférieurs (0606, 46%), le reste étant des orthèses crâniennes et rachidiennes.

Au sein des 494 AT de la catégorie 09, 60% sont des aides techniques permettant de se laver, de se baigner et de se doucher (0933) et 29% sont des produits d'assistance à l'hygiène (0912).



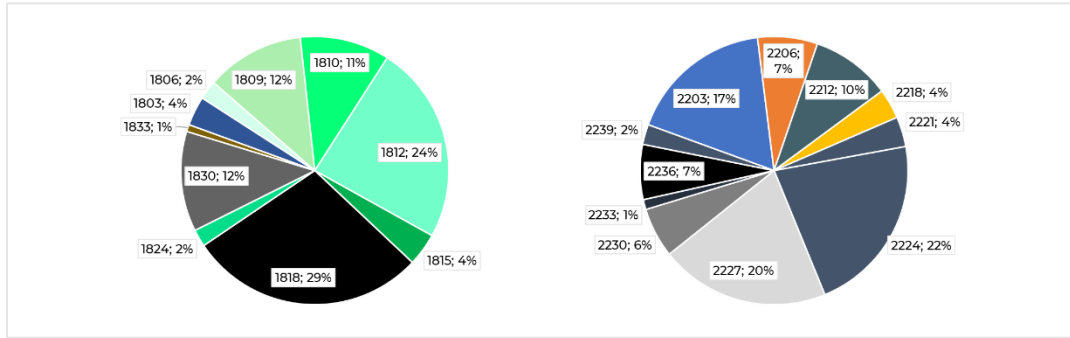
Les 481 AT de la classe 12, sont réparties plus spécifiquement entre 13 aides techniques dont 1/4 sont des fauteuils roulants manuels (1222), 1/5^{ème} sont des assistants à la marche manipulée par les deux bras et plus d'1/5^{ème} sont des fauteuils roulants motorisés (1223).

Parmi les 118 produits d'assistance de la catégorie 15, la majorité sont d'AT pour manger et boire (1509, 82%) et 16% sont des produits d'assistance pour laver la vaisselle (1503)

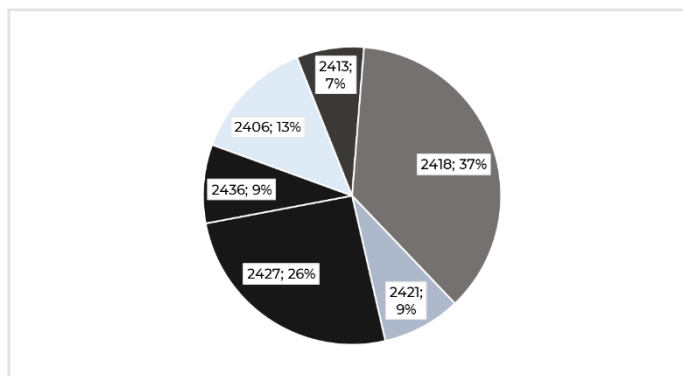


Parmi les 483 produits d'assistance de classe 18, 29% sont des rampes et des barres d'appui (1818), 24 % sont liés aux lits et aux équipements de lit (1812), 24% sont des AT relevant du mobilier d'assise (1809) et pour l'accessibilité verticale (1830) et 11% sont des accessoires de mobilier d'assises

Les 168 AT de classe 22 sont principalement réparties entre les produits d'assistance à la vision (2203) ; à l'emploi du téléphone et de la messagerie télématique (2224) et à l'alarme, l'indication au rappel et à la signalisation (2227)



Parmi les 89 AT de la classe 24, 39% sont des produits d'assistance pour compenser ou remplacer la fonction du bras, de la main ou des doigts (2418) et 29% permettent la manipulation de récipients (2406).



Les produits d'assistances de la catégorie 27 sont essentiellement des instruments de mesure (2706,100%).

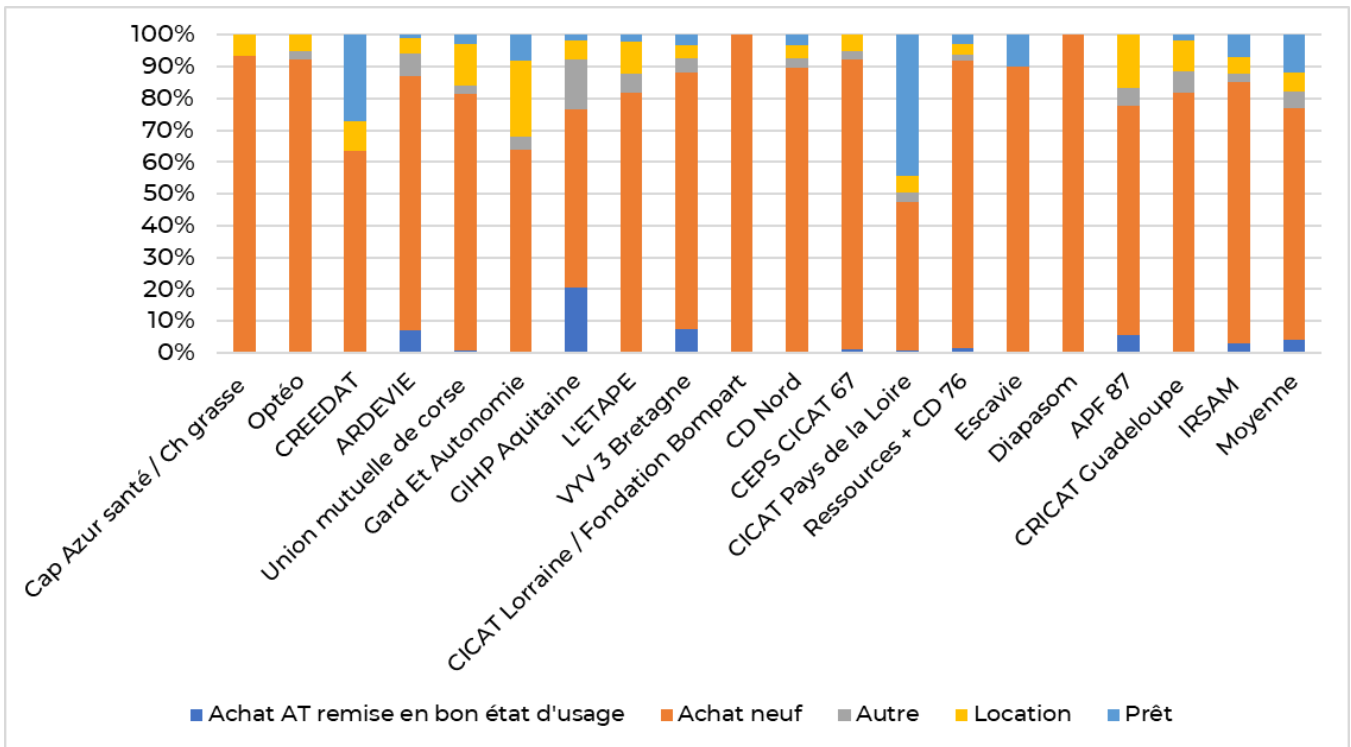
Les AT de classe 28 sont essentiellement du mobilier et des éléments d'aménagement pour le lieu de travail.

Les AT de la catégorie 30 sont uniquement des produits d'assistance au jeu (3003).

Ces aides techniques mises en place sont principalement achetées à l'état neuf (73%). Par ailleurs, les prêts représentent 12% des AT mises en place, les locations 6% et les achats d'AT d'occasion 4%. Les moyens mobilisés par les personnes accompagnées varient significativement entre les centres. Par exemple, dans l'Eqlaat Cap Azur Santé, les PA achètent majoritairement des aides techniques neuves tandis que dans l'Eqlaat Pays de la Loire, 47% des AT mises en place sont achetées à l'état neuf et 44% sont des aides techniques d'occasion. (Cf Annexe. Tableau 17. Détails par équipe).

Les moyens mobilisés sont statistiquement dépendants du type d'AT mises en place. Par exemple, 74% des produits d'assistance liés à la mobilité personnelle et aux transports (12) sont achetés à l'état neuf, ainsi que 98% des produits d'assistance liés aux activités domestiques (15). A l'autre bout du spectre, pour les produits d'assistances liés aux activités professionnelles (28) 50% sont achetés à l'état neuf, le reste étant prêté ou acquis par un « autre » moyen.

De plus, les moyens mobilisés sont statistiquement dépendants du fait que l'AT soit remboursée ou non. En effet, les AT achetées à l'état neuf et les AT louées sont davantage des AT remboursées que les AT d'occasion ou de prêt.



*N=1893

Figure 16 : Moyens mobilisés à l'acquisition des aides techniques par équipe

Le délai moyen et le délai médian à l'acquisition des aides techniques sont respectivement de 34 jours et de 15 jours (N=787). Les délais moyens sont statistiquement différents entre les centres. Huit Eqlaats affichent des délais supérieurs à la moyenne (Optéo, Ardevie, VYV Bretagne, CICAT Lorraine, CEPS CICAT, Ressources + CD76, Escavie) qui sont compris entre 43 et 64 jours.

Par ailleurs, ces délais varient significativement en fonction de moyens mobilisés à l'acquisition des aides techniques. En effet, lorsqu'il s'agit d'un achat à l'état neuf, le délai moyen d'acquisition est de 41 jours (délai médian : 24 jours) tandis que lorsqu'il s'agit d'un prêt le délai moyen est de 9 jours (délai médian : 1 jour). Le délai d'acquisition est également

réduit lorsqu'il s'agit d'un achat d'une aide technique d'occasion relativement à un achat à l'état neuf à 22 jours (délai médian : 13 jours).

De plus, ces délais moyens varient significativement selon les aides financières perçues par les personnes accompagnées. Nous constatons que le fait d'être bénéficiaire d'aides financières ne réduit pas forcément le délai d'acquisition des AT.

En effet, pour les personnes bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), le délai d'acquisition est en moyenne de 49 jours, pour celles bénéficiant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) le délai est de 30 jours tandis que pour les personnes ne bénéficiant d'aucune aide le délai est de 29 jours. Ainsi, les personnes n'étant pas éligibles à ces aides obtiendraient leur AT plus rapidement.

Cela pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les personnes ne bénéficiant d'aucune aide financière ont davantage recours aux prêts d'AT par rapport aux autres (21% des moyens mobilisés pour les personnes sans aucun droits contre 9% pour les personnes bénéficiant de la PCH) et où le délai d'acquisition d'AT prêtée est assez court, et d'autres part, car ces personnes ne bénéficiant d'aucune aide auraient davantage les moyens pour acheter les AT ce qui réduirait le délai dans la mesure où elles seraient non éligibles aux AT (66% des AT mises en place sont achetées pour cette population).

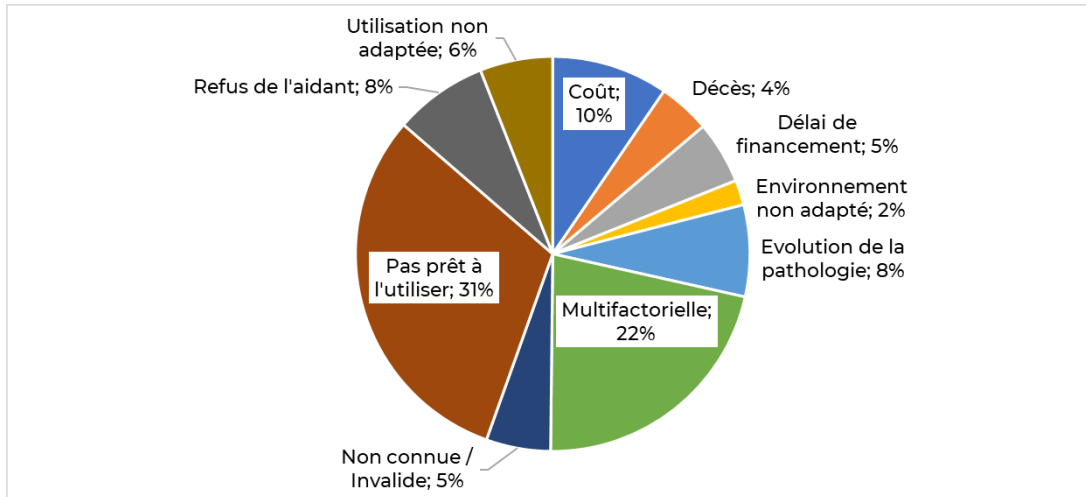
Les délais moyens d'acquisition des AT diffèrent significativement selon le type d'AT mises en place. Par exemple, pour les AT relatives aux activités d'entretiens personnel (09), le délai moyen d'acquisition est de 26 jours (délai médian : 10 jours), tandis que pour les AT relatives à la mobilité personnelle et le transport (12) le délai moyen est de 44 jours (délai médian : 30 jours)

En somme, les délais moyens d'acquisition des AT et les moyens mobilisés pour les avoir, varient significativement selon plusieurs critères : le type d'AT, les moyens mobilisés pour les obtenir, les aides financières perçues, le niveau de remboursement (uniquement pour les moyens) et selon les équipes. Pour autant, les effets de ces critères pouvant se confondre entre eux, il est difficile de statuer sur les facteurs influençant véritablement les délais d'accès et les moyens mobilisés.

6.2.2 Pourquoi certaines AT préconisées n'ont-elles pas été mises en place ?

Pour rappel, en moyenne, 71% des aides techniques préconisées pour une personne accompagnée ont été réellement mises en place

Les raisons pour lesquelles toutes les aides techniques préconisées n'ont pas été mises en place sont les suivantes :



*N=586, Cf. Annexe. Tableau 18.Détails par équipe

Figure 17 : Causes de non-mises en place de l'AT

Le coût et les délais de financement des aides techniques représentent 15% des causes de non mis en place des aides techniques par rapport à celles préconisées. L'accompagnement social et financier offert par Eqlaat ne résout pas pour tout le monde toutes les difficultés relatives au financement des aides techniques.

En effet, 67% des aides techniques mises en place ne sont pas remboursées par l'assurance maladie (N=1850). Les personnes accompagnées doivent ainsi entamer des démarches administratives pour financer les aides techniques. L'accompagnement social proposé par Eqlaat permet à la fois de prendre connaissance des aides financières existantes et d'aller jusqu'au bout des démarches administratives qui sont assez contraignantes. Cet accompagnement évite le découragement des personnes qui pouvaient souvent baisser les bras et ne pas donner suite face à la complexité et la multiplication des demandes d'aides financières.

Entretien N°1; Directeur : « EQLAAT c'est un super dispositif, mais la seule frustration qu'on a tous aujourd'hui c'est la phase d'achat donc sur le principe d'inégalité il y a encore à faire. Alors on mobilise d'autres acteurs du coup, on essaye quand même des filières de réemploi On élabore des chartes de bonnes conduites avec des pharmaciens.»

Certaines personnes entrent dans une longue attente liée à la procédure, prescription, devis, étude du dossier, passage en commission, et si la demande est rejetée c'est très dur pour l'utilisateur, qui a espéré une aide qu'il a pu tester.

Entretien N° 20; Ergothérapeute : « Oui, on revient à la question des essais et du financement. Après, le bémol pour moi, c'est que certaines personnes resteront sceptiques, pas concernant l'aide technique, mais concernant leurs ressources. Même s'ils ont fait les essais, si le reste à charge est trop important ou que le coût n'est pas gérable pour eux, on aura toujours un blocage à ce niveau-là ».

Entretien N° 26; Ergothérapeute : « Il faut parfois monter des dossiers assez importants pour avoir des financements, nous comme on a des personnes plus jeunes, on fait appel à la MDPH, on peut avoir des délais qui peuvent être de 9 mois à un an.»

De plus, un délai trop long peut rendre une aide technique non utilisable ou sans utilité en cas de maladie dégénérative : 8% des aides techniques non mises en place sont expliquées par l'évolution de la pathologie.

- La méconnaissance des aides financières peut démotiver le recours à une aide technique

Entretien N°10; Aidant APF 971: « Si vous allez pouvoir être accompagné financièrement et que bien souvent les devis vous assomment un peu, parce que même si on peut faire une demande auprès de la mutuelle, solliciter encore une fois la MDPH ou d'autres associations, parfois vous appréhendez et vous préférez peut-être ne pas faire la démarche, car vous savez que ça peut être une solution, mais que financièrement vous n'aboutirez peut-être pas. Il faudrait que ce soit plus transparent sur les aides qui existent, et que les professionnels soient plus au courant aussi, car ça m'est arrivé que les ergothérapeutes me disent « ah oui alors là on ne sait pas », parce que chaque maladie rare n'amène pas les mêmes handicaps, et donc pas forcément les mêmes supports nécessaires, et donc bien souvent on est un peu dans le flou. »

- Le contexte réglementaire des instances départementales complexifie l'accès aux aides de financières. En effet, tous les usagers n'ont pas accès à l'APA ou la PCH, car l'accès est réservé à une catégorie réduite de la population.

Entretien N° 3; Usager ARDEVIE 16: « Je viens de vous avouer que quand on est dans mon état, et que l'on est, disons avec des moyens limités, vous avez droit à rien quoi ! Tout à fait à rien. La MDPH c'est valable jusqu'à 60 ans, il vous donne la carte de stationnement et c'est tout. »

Néanmoins, lorsque l'équipe est portée par un organisme financeur, l'accès au financement est plus simple. Dans certains départements, les financements peuvent être intégrés au dispositif. Lorsqu' Eqlaat est porté par un organisme financeur : MDPH ou APA, ou lorsqu'Eqlaat a institué un partenariat avec des derniers, les démarches et l'accès au financement sont plus simples.

Entretien N° 20; Ergothérapeute: « Je m'en rends compte moi dans mon quotidien, le fait d'avoir cette casquette MDPH ça facilite grandement la mise en place des aides techniques , de savoir un petit peu comment les choses peuvent être financées va permettre la mise en place des aides techniques .La personne sait qu'elle va être accompagnée. C'est l'ergothérapeute et l'assistante sociale qui s'occupent de tout. »

Il est également important de noter que certains usagers n'ont pas rencontré de difficultés dans l'accès aux aides financières grâce à la forte implication de l'assistance sociale.

Entretien N° 21; Usager ARDEVIE 16: « Cela a été entièrement pris en charge grâce à la PCH. Quand elle est venue m'évaluer au niveau autonomie, elle m'a dit : il faut qu'on recommence, on reformule une demande à la MDPH. Donc on a recontacté mon médecin pour qu'il me fasse un courrier, enfin une nouvelle parce qu'en fait mon médecin m'a expliqué qu'elle ne savait pas toujours très bien

*comment il fallait cocher sur les dossiers de la MDPH . Donc l'assistante sociale l'a aidé à remplir cette espèce de dossier et puis on a pu l'envoyer. J'ai pu obtenir la PCH en aide technique. Donc ce qui fait que ça m'a été entièrement financé. **C'est grâce au dispositif EQLAAT, parce que je l'avais demandé avant et je ne l'avais pas eu. Donc c'est l'assistante sociale. »***

Entretien N°18; Usager ETAPE 34: « Si je n'avais pas eu cette aide pour pouvoir m'aider, effectivement peut-être que je l'aurais acheté dans 3 ou 4 mois. Je pense avoir gagné du temps et de l'argent. C'est grâce au Conseil départemental que ma mère n'a pas à piocher dans le peu qu'elle a »

*Entretien N°:10 ; Aidant APF 971: « C'est ce que l'EQLAAT a apporté dans le sens où bien souvent, quand on est confronté au handicap ou à la maladie, on se sent complètement en marge, perdu, car c'est très compliqué à assumer, et donc ces organismes-là et cette équipe-là, quand ils apportent des solutions et qu'ils sont tout de suite dans un optimisme, **car ils sont l'expérience et qu'ils savent ce qui peut être envisagé, déjà ça soulage énormément et on sent qu'il y a des solutions.** Donc c'est le palier vraiment important, et ensuite oui, ça se vérifie puisque ça se met en place, ça apporte une aisance au quotidien qui nous donne des projections d'avenir possible Je vous donnerai un exemple avec les expériences qu'on a eues avec différentes assistantes sociales, bien souvent vous ne vous sentez pas forcément soulagé, car on vous donne des organismes qui existent, mais pour vous, c'est une énorme charge de travail qu'on vous donne, en plus du quotidien qui est lourd psychologiquement, vous n'avez pas la force ni l'énergie. Je pense que beaucoup de parents ont abandonné et ont préféré se tourner vers leurs proches, plutôt que d'affronter ces gros organismes »*

Les personnes accompagnées sont globalement satisfaites des procédures pour obtenir leurs aides(s) techniques(s). En effet, sur les 667 observations relatives à la satisfaction des démarches d'acquisition des aides techniques (procédures, durée d'attente, etc.)¹, 65% des PA sont très satisfaites, 24% sont assez satisfaites. Seulement, 11% des personnes accompagnées sont moins satisfaites des procédures dont 8% sont plus ou moins satisfaites et 3% sont peu satisfaites ou pas du tout satisfaites.

Les scores moyens de satisfaction relatifs à la qualité des procédures varient significativement entre les centres. Bien que pour la majorité des centres, la satisfaction des personnes accompagnées soit très élevée (au minimum « Assez satisfait »), le score de satisfaction de l'Eqlaat CREEDAT est plus mitigé : les personnes sont majoritairement plus ou moins satisfaites (31 observations/47 accompagnées au total).

6.3 L'intérêt du suivi à 3 mois

Le suivi permet de vérifier la bonne utilisation de l'aide technique dans le temps et ainsi de limiter les abandons.

Entretien N°5 Q5 (Ergothérapeute): « La plus-value c'est la prise en main de l'aide technique, le suivi et d'évaluation ESAT à 3 mois. ESAT (évaluation à 3 mois figurant dans le cahier des charges de l'appel à projets EQLAAT). On doit rappeler les personnes pour faire une évaluation qualitative sur notre suivi et sur les aides techniques préconisées. Est-ce qu'ils les utilisent toujours ou non. Si ce n'est pas le cas, pourquoi ils ne les utilisent pas. Est-ce une question d'apprentissage? Y a-t-il besoin d'un nouvel accompagnement pour qu'il puisse l'utiliser de façon quotidienne. Y a-t-il eu une évolution rapide de l'état de santé qui fait qu'il n'est plus adapté? On évalue si au bout de 3 mois notre préconisation et les achats sont toujours pertinents et utilisés. »

¹ Questionnaire ESAT Q°9 : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des procédures par lesquelles vous avez obtenu votre aide technique ? »

En effet, en moyenne, 83% des AT mises en place à destination de l'utilisateur sont encore mobilisées à 3 mois (N=556). 75% des personnes accompagnées utilisent encore 100% des AT qu'ils leur ont été mises en place. Les raisons pour lesquelles le peu de personnes ont abandonné au moins une des aides techniques mises en place sont les suivantes :

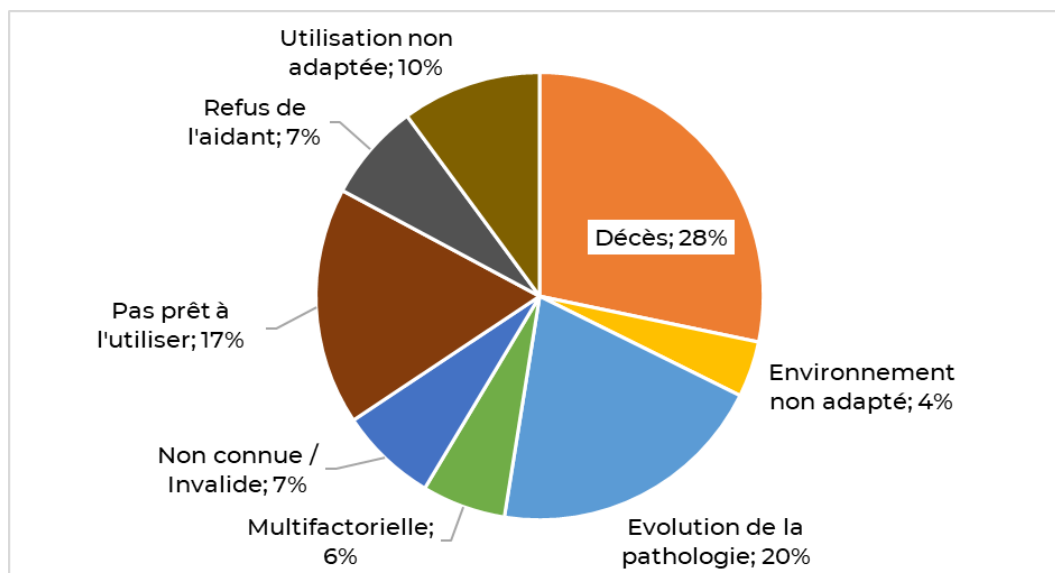


Figure 18 : Les causes d'abandon des AT à 3 mois

Nous constatons que l'évolutivité de la maladie est le facteur entravant le maintien des AT mises en place. Les professionnels doivent relativement être réactifs et tout faire pour que les usagers atteints de pathologie évolutive aient un suivi très rapproché dans le temps.

Ces personnes devraient bénéficier d'un forfait spécifique qui pourrait être renouvelé au fur et à mesure de l'avancée de la maladie, car il s'agit d'une course contre la montre.

Par ailleurs, le fait que certaines personnes ne soient pas encore prêtes à utiliser l'AT est la deuxième cause d'abandon des AT à 3 mois (ce critère était également « fortement » représenté parmi les causes de non-mises en place des AT). Ceci nous amène à penser que les essais ne seraient pas suffisamment nombreux pour ces personnes-là. Il faudrait alors réfléchir sur une augmentation du nombre d'essais pour que les personnes soient enfin prêtes à les utiliser.

Les causes d'abandon des AT sont significativement indépendantes des activités ciblées dans l'accompagnement, des aides financières perçues, de la pathologie, et de l'âge. En revanche, les causes d'abandons des AT sont significativement dépendantes des centres et du type d'aidant (uniquement au seuil de 5%, indépendantes au seuil de 1%). Ces causes dépendent, par ailleurs, significativement des catégories d'AT utilisées.

Les usagers sont globalement satisfaits des services de suivi qu'ils ont reçus après la livraison de leur(s) aide(s) technique(s). En effet, sur 659 observations relatives à la qualité du suivi,¹ 73% des personnes accompagnées sont très satisfaites du suivi et 22% sont assez satisfaites. Seulement 5% sont plus ou moins satisfaites/ peu satisfaites/pas satisfaites du tout.

¹ Questionnaire ESAT Q°12 : Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services de suivi que vous avez reçus pour votre aide technique ?

Plus généralement, les usagers sont satisfaits des services offerts¹ pour pouvoir utiliser leurs aides techniques. En effet, sur 701 observations, 71% des usagers sont très satisfaits des services rendus, 20% sont assez satisfaits et 9% sont plus ou moins satisfaits/peu satisfait ou pas satisfaits du tout.

Les scores moyens de satisfaction relatifs à la qualité du service et du suivi varient significativement entre les centres. Bien que pour la majorité des centres, la satisfaction des personnes accompagnées sur ces 2 critères soit très élevée (au minimum « Assez satisfait »), le score de satisfaction de l'Eqlaat CREEDAT est plus mitigé : 40% et 60% des personnes ne sont pas du tout satisfaites ou peu satisfaites respectivement sur la qualité du service et du suivi.

6.4 Amélioration de l'autonomie de la personne : condition sous-jacente et limites

L'amélioration de l'autonomie d'une personne accompagnée par Eqlaat est **mesurée par le score GAS** (Goal Attainment Scale) qui permet de quantifier plusieurs niveaux de réussite des objectifs définis par les personnes accompagnées et les professionnels Eqlaat. En d'autres termes, **il s'agit d'une méthodologie d'aide à l'élaboration d'objectifs individualisés dont l'atteinte est mesurable et quantifiable.** Cette échelle permet de centrer l'évaluation de l'impact de l'intervention sur l'objectif spécifique défini pour la personne. Le principe de l'évaluation repose sur le principe des paliers, c'est-à-dire que l'échelle permet de quantifier plusieurs niveaux de réalisation des objectifs poursuivis allant de -2 à +2, où -2 correspond au niveau actuel, le niveau 0 est le niveau attendu de l'action et le niveau +2 est le niveau maximal espéré. Les objectifs des personnes accompagnées sont de pouvoir réaliser des activités de la vie quotidienne de manière autonome et/ou d'améliorer leur qualité de vie grâce à la mise en place des AT, avec ou sans l'aide d'une tierce personne.

Au regard des scores d'efficacité, nous pouvons affirmer que les objectifs que les usagers s'étaient eux-mêmes fixés ont été atteints. 90% des accompagnements (*pour lesquelles les scores GAS étaient renseignés*) ont permis d'atteindre tous les objectifs fixés dont 50% au niveau qui était attendu du résultat de l'intervention, 20% à un niveau qui était meilleur que celui qui était attendu et 20% au niveau maximal qu'il était possible d'espérer ! Seulement, 5% des accompagnements n'ont produit qu'une légère amélioration par rapport à la situation observée au départ (passage de -2 à -1) et dans seulement 5% des cas, l'autonomie de la personne était semblable à celle qui était initialement la sienne.

Les scores d'efficacité sont significativement dépendants des centres (*cf. Annexe. Tableau 19. Détails par équipe*)

¹ Questionnaire ESAT Q¹¹: Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services professionnels (information, attention) accordés pour pouvoir utiliser votre aide technique ??

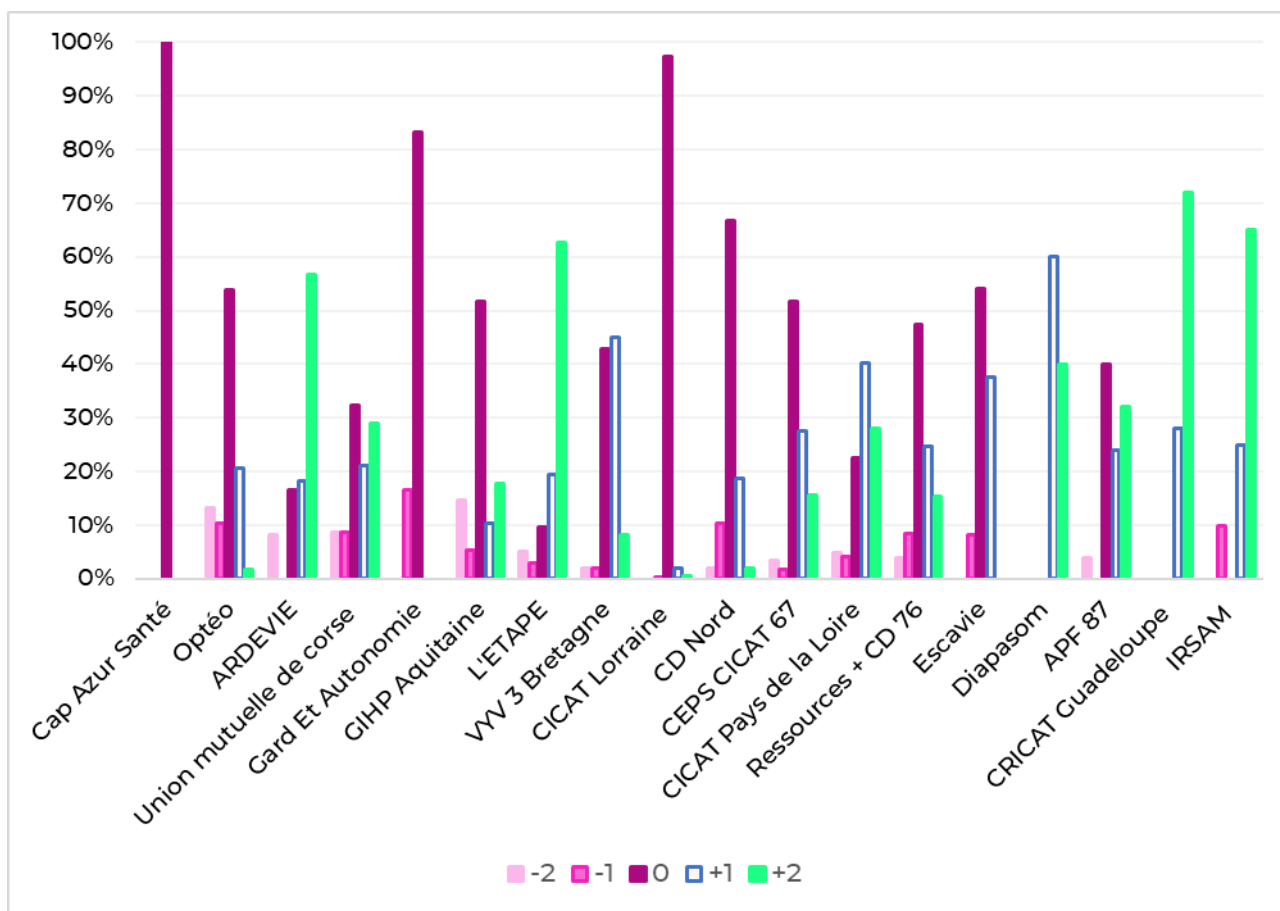


Figure 19 : Scores GASpar centre

Les témoignages suivants confirment cette tendance : l'aide technique présentée par Eqlaat a permis de gagner en autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et a été une source de soulagement pour les proches et les aidants.

Entretien N°13: Usager Ardevie : « Avez-vous gagné en autonomie, pour réaliser vos activités de la vie quotidienne grâce à ces aides techniques, que ce soit l'aménagement, ou le fauteuil ?

Oui, ça me permet de « revivre ». Est-ce que pour les aidants, ça a facilité ? Je ne sais pas si vous avez des aidants ? « Oui, 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, et lui ça lui permet de pouvoir faire d'autres choses. »

Entretien N°10: Aidant APF 971 : « C'était pour l'ensemble toujours dans le but précis d'aider le quotidien du parent, de l'enfant, pour soulager le fait de la transporter, la transférer, c'était toujours pour la même finalité. C'était une belle surprise, car ça donne une réalité de ce qui est possible pour nous soulager, une possibilité d'avenir aussi pour avoir un quotidien moins lourd, surtout quand on a un enfant qui est constamment alité. Parfois on pense que c'est perdu d'avance pour l'avenir, alors que là, on nous donne des solutions et encore une fois je souligne la dynamique d'une équipe pluridisciplinaire, jeune, de laquelle on sent de l'enthousiasme. »

Entretien N° 5: Ergothérapeute: « Les petits actes de la vie peuvent être faits un peu en autonomie et sans avoir besoin d'aide humaine, et de pouvoir soulager l'aidant qui pourrait être relayé par une aide technique.: L'exemple, Avec un enfile bas de contention, en général, mais on peut trouver une solution pour qu'il puisse le faire seul »

- Toutefois, l'aide technique seule n'est pas suffisante : l'aidant est toujours un maillon dans la chaîne d'activité : 42% des tâches quotidiennes nécessitent l'aide d'un proche aidant dans leurs réalisations (cf.p24).

Entretien N° 16; Ergothérapeute : « Je dirais oui et non, parce que certaines aides techniques seront obligatoirement utilisées avec un tiers (...) : - Non car, par exemple, tout ce qui est guidon de transfert, verticalisateur, toutes les techniques qui sont liées au transfert, pour faire un transfert du lit au fauteuil Cela permettra aussi de préserver les aidants. (...) - Oui, grâce aux aides techniques concernant la salle de bain, grâce à certaines aides techniques, ils pourront du coup se laver seuls. Parce qu'on a mis une pince à long manche et du coup ça leur permet de se laver le dos ou qui va permettre du coup de se laver les pieds. C'était des actions qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant et grâce aux aides, nous gagnons en autonomie . (...) Après c'est que malheureusement, il y a des pathologies qui sont tellement évolutives, que le temps que l'aide technique soit commandée, ou qu'il la reçoive, il se peut que finalement les aides techniques ne correspondent déjà plus, mais ça après ça va être sur des pathologies très évolutives. »

Un tiers des Entretiens usagers ont montré une amélioration de l'autonomie de l'usager, mais pas forcément un soulagement pour les proches

Entretien N° 23; Usager MDPH 63 : « Avez-vous gagné en autonomie pour réaliser vos activités de la vie quotidienne grâce à l'aide technique proposée par Eqlaat ? »

« Par rapport à ce que je vivais depuis 20 ans je n'ai pas gagné en autonomie, mais j'ai gagné en sécurité de l'autonomie parce qu'en fait avant cette chute dans les escaliers je faisais tout seul en autonomie sans trop de problèmes » l'accompagnement et la prise en main des AT par l'Eqlaat ont-ils permis de soulager vos proches ? « Soulager je ne sais pas parce que mon épouse est toujours assez attentive et un peu maman poule avec moi, mais là aussi l'ergothérapeute l'a aidé à comprendre certaines choses et à 'utiliser des façons de faire moins contraignantes pour elle. »

- Certains usagers et aidants n'ont pas réellement observé une amélioration de leur autonomie en raison d'une maladie évolutive ou d'un handicap trop important

Entretien N° 5; Aidant MDPH 63 : « Ah si. Ma femme elle se débrouille un petit... Ce n'est pas la gloire ...c'est triste ...à son âge maintenant c'est fini. Mais, je pense que ça va, ça a quand même bien soulagé ; quand même, elle se sent plus sûre maintenant. »

Entretien N° 11; EQLAAT Ressources 76 : Pensez-vous retrouver une autonomie pour faire vos courses, ou autres ? « Ça, je ne pourrai pas. Parce que les déplacements sont très difficiles. »

- Les aidants doivent être formés à l'utilisation des aides techniques : 8% des causes de non mises en place et 7% des abandons à 3 mois proviennent d'un refus de l'aidant.

Entretien N° 17; Assistante sociale : « Après, tout seul en autonomie, non. Il y a des gens pour qui il y a toujours des aidants qui sont un maillon dans les activités. Il y a des situations sur lesquelles s'il n'y avait pas d'aidants, cela serait dangereux. J'ai servi de cobaye: Je me suis dit qu'il y a des techniques, si elles sont mal utilisées, on peut faire tomber une personne. Je me suis mise à la place d'aides-soignantes ou autres qui interviennent au domicile de la personne qui parfois manque de formation. (...) Le manque de professionnalisme. Par exemple, c'est la personne qui a préconisé des techniques, où n'y a pas eu de formation, qui fait prendre des risques aux personnes qui vont s'en servir, que ce soient les services à domicile ou les aidants. Ce sont des risques inutiles ».

- Plus que tout le reste, l'acceptation du patient est une condition sous-jacente à l'utilisation des aides techniques

Certaines aides techniques sont trop connotées médicales et certaines personnes n'ont pas la volonté de médicaliser leur domicile. Ainsi, l'acceptation du patient est fondamentale dans la mise en place du dispositif Eqlaat (acceptation du vieillissement, du handicap et donc de la nécessité des AT. Au-delà, la vision de la société doit changer, les AT ne doivent plus être perçues comme stigmatisantes.

En effet, 17% des aides techniques abandonnées à 3 mois le sont, car les PA ne sont pas prêtes à utiliser leurs aides techniques. Cela mène à penser qu'ils s'agissent de personnes accompagnées qui ne seraient pas encore prêtes à accepter leur « condition physique ».

Entretien N°1; directeur : « On a créé une image de la technique qui est une image négative qui est une image dormante le truc qui dans un coin prend la poussière, EQLAAT est là pour redonner l'éclat c'est vrai c'est en fait 90% des gens ont une AT et qu'on suit ils nous disent « grâce à vous je l'utilise ».

Entretien N° 26; Ergothérapeute : « C'est vrai que certaines personnes n'ont pas les moyens, que ce soit financier, que ce soit cognitif, moral puisqu'avec les dépressions se mettre en action c'est compliqué, donc d'avoir un soutien évidemment par une équipe d'experts en plus, c'est pour cela que ça réussit EQLAAT parce que c'est un vrai besoin, c'était nécessaire. Pour moi effectivement c'est extrêmement important (...)on est très dépendant de la personne et de son acceptation de l'aide technique et de sa vision du handicap. Peut-être que des psychologues pourraient intervenir. Nous on a un service qui s'appelle Handi'Consult ».

6.5 La place et le rôle de la pair-aidance : point vue des professionnels et des usagers

Les équipes ont eu le libre choix sur les modalités d'interventions des équipes quant à l'importance à accorder à la pair-aidance.

La pair-aidance suscite chez les professionnels des avis contrastés, très positifs pour les uns qui voient dans la pair-aidance un moyen de faciliter l'acceptation par le patient du matériel qui lui est proposé. Pour d'autres, la difficulté est de trouver des personnes avec exactement le même handicap, au même stade d'une pathologie évolutive, certains enfin craignent un effet miroir trop violent pour le patient.

Ces observations sont aussi revenues dans les entretiens avec les usagers, avec une majorité de réponses n'allant pas dans le sens de la pair-aidance.

Comme beaucoup de missions de l'EQLAAT, c'est au personnel porteur du projet sur le terrain de mettre en place la pair-aidance. Le risque d'un effet délétère freine considérablement les indécis. En effet, sur 2015 personnes accompagnées, 95% n'ont pas eu recours à la pair-aidance et seulement 5% y ont eu recours.

La place accordée à la pair-aidance est significativement différente entre les centres. En effet, certaines Eqlaat telles que l'Union Mutuelle de Corse, VYV Bretagne et CICAT Lorraine ont davantage mis en place des actions de pair-aidance pour les personnes accompagnées relativement aux autres équipes (respectivement 14%, 9% et 9%).

Par ailleurs, le recours à la pair-aidance ne dépend pas de manière significative des objectifs d'accompagnement poursuivis par les centres (réalisation des tâches de la vie quotidienne). Pour autant, certains témoignages font état de retour d'expériences positif.

Entretien N°10; Directeur : « Oui je suis persuadée que la paire aidance c'est un moyen pour à la fois sensibiliser à la pertinence et l'accompagnement dans la prise en main d'une aide technique de la personne. Même si chaque situation est singulière, le fait de voir l'efficacité d'un dispositif peut aider

à l'adhésion pour son utilisation. Pour l'apprentissage et l'utilisation par exemple d'un fauteuil roulant électrique sur des personnes qui n'étaient pas motivées en disant que le fauteuil roulant manuel leur permettait d'être autonome et finalement le fait de voir d'autres personnes qui étaient dans une situation similaire de polyhandicap avec des capacités plus ou moins similaires en motricité ont permis de convaincre des personnes. »

- La pair-aidance : des voix pour mieux accepter le handicap ?

Entretien N° 6; Ergothérapeute : « Pour des situations de handicap brutales ou inattendues, quand il y a un diagnostic difficile de maladie comme la maladie de Charcot, un accident de la voie publique, un diagnostic de myopathie chez un adolescent de 13 ans. C'est très précis, j'y pense parce que j'en ai un en ce moment qui est en plein déni, et pour c'est compliqué de faire passer les aides techniques, donc peut-être qu'il y aurait une action de pair aidance à mener. »

Entretien N° 21; EA 9 (Ergothérapeute): « Les personnes ne sont pas toujours demandeuses de voir d'autres personnes avec la même maladie qu'eux. Les personnes avec une SLA (une sclérose latérale amyotrophique) qui est une maladie quand même assez rapide d'évolution et qui est terrible; je pense que de voir d'autres personnes dans la même situation, ça dépend à quel stade elle en est, mais ça peut être très aidant comme ça peut être très terrifiant et il y a beaucoup de personnes qui spontanément ne souhaitent pas forcément savoir. »

Entretien N°4; Usager OPTEO 12 : « Peut-être, cela peut être intéressant. Mais encore une fois, si me je retrouve avec des gens non voyants, c'est trop tôt. Après j'ai l'impression que j'ai besoin de me rassurer encore et petit à petit, quand ma vue va finir de baisser, je pense que j'y aurai déjà pensé et je serai davantage prête. »

Entretien N°16 ; Aidant RESSOURCES 76 : « **On nous a demandé, mais il ne veut pas**, il ne veut pas être en contact avec des gens qui sont comme lui, parce que s'il y a des gens comme lui qui sont un petit peu plus avancés dans la maladie, il ne veut pas trop voir comment, qui il va devenir. Il sait que ses jours sont comptés »

- Pour les patients qui ont passé la phase d'acceptation, la pair aidance est perçue comme un moyen d'optimiser l'utilisation de l'aide technique

Entretien N° 1; Usager MDPH 63 : « Je pense que ça peut être utile, je pense que ça peut être un plus. Et puis, oui, voir que pensent les autres, du matériel, de toutes les manières qu'on pourrait l'utiliser. On a toujours des petites idées dans notre quotidien. Donc oui, je pense que ça pourrait être plutôt appréciable. »

Entretien N°10 ; Aidant APF 971 : « Là-dessus il y a peut-être **un manque**, car on est un peu obligés de chercher seuls ce qui peut exister. Il faudrait peut-être une **plateforme** ou quelque chose qui soit remis à jour et qui réfère, que ce soit **du matériel, des aides techniques**. Là-dessus je pense qu'il y a un **manque d'informations**, ça dépasse les organismes. C'est peut-être **proposer la possibilité d'interagir entre les familles qui ont des difficultés et d'envisager d'échanger et de se retrouver sur des tables rondes**, où plusieurs parents pourraient être concernés par des difficultés, et peut-être trouver des solutions ensemble. »

7. Reproductibilité : Réaliser des gains d'efficience

Le dispositif Eqlaat est à la base d'une économie globale pour le système de santé

Entretien N° 20; Ergothérapeute: «Pour une personne âgée, si on peut intervenir sur la prévention des chutes, et s'assurer d'une bonne utilisation d'une aide à la marche, forcément cela pourra éviter des incidents qui se produisent par la suite ».

Entretien N°10; directeur: « Je pense que si le service était payant peu de personnes auraient recours à ce dispositif-là, mais dans le sens où je pense que ça peut participer à des gains pour l'assurance maladie et du coup améliorer la santé d'une personne dans la recherche de leur autonomie ».

Le financement de l'aide technique est le point crucial de la mise en œuvre du dispositif EQLAAT, car pour des patients qui n'ont pas les ressources pour financer l'aide technique, l'aide financière est le seul moyen d'y accéder.

Entretien N°6; Ergothérapeute: «EQLAAT finance l'évaluation, le diagnostic, les essais et l'accompagnement, mais s' il n'y a pas d'achat de matériel; il ne sert à rien. Moi, 95% des aides techniques que je préconise ne sont pas financées par la sécurité sociale. Elles ne sont pas disponibles sur une ordonnance du médecin. »

7.1 Modèle économique de l'organisation innovante

Le dispositif expérimental propose un financement forfaitaire par séquence d'évaluation et d'accompagnement, en distinguant les situations qui pourraient être qualifiées de « courantes » et celles plus « complexes ».

La séquence d'évaluation et d'accompagnement se fonde sur un certain nombre d'actions et de tâches. La distinction entre les forfaits « courants » et « complexes » se fait essentiellement en termes de temps dédié aux différentes tâches.

- Les situations courantes correspondent à un volume d'intervention de 10 h, correspondant à trois possibles déplacements à domicile
- Les situations complexes (associations de plusieurs déficiences ou besoins, spécificités de certains besoins — troubles cognitifs, multiplicité des aidants et intervenants, associations de plusieurs types de réponses par exemple) nécessitent un accompagnement de plus longue durée, d'environ 15 h et demandent 5 déplacements.

Les forfaits à la séquence de soins incluent des charges directes liées à la prise en charge du bénéficiaire et des charges indirectes.

Les charges directes sont calculées sur la base du temps passé à l'évaluation et à l'accompagnement soit 10 heures et 15 heures, et valorisées sur la base du salaire horaire d'un ergothérapeute (39,50 €). Les frais de lavage des aides techniques et les frais de repas des ergothérapeutes font également partie des charges directes d'évaluation et d'accompagnement.

Les charges indirectes (calculées par usager) incluent d'une part la coordination et le pilotage administratif de la structure (frais Appui RH) et d'autre part les frais de gestions (frais Appui RH et frais de fournitures fixes et variables)

Au forfait d'évaluation et d'accompagnement (charge directe & indirecte), s'ajoutent les frais d'indemnisation kilométrique des professionnels EQLAAT. Ils ont été estimés sur la base de 140 km pour le forfait 10 h et 210 km pour le forfait 15 h, selon les remontées données par les professionnels. Les frais d'indemnisations kilométriques sont valorisés selon la topographie du territoire : plaine et montagne.

Le coût total du forfait à la séquence de soins par bénéficiaire est ainsi variable selon la nature de la situation (simple ou complexe) et selon le lieu de vie du bénéficiaire (plaine ou montagne)

Tableau 6 : Montant des forfaits d'évaluation et d'accompagnement (CDC)

	Forfait 10h (Situation simple)	Forfait 15h (Situation complexe)
Charge directe		
<i>Evaluation</i>	464 €	704 €
Charge Indirecte		
<i>Coordination & Pilotage</i>	54 €	81 €
<i>Frais de gestion</i>	41 €	62 €
Frais kilométriques		
<i>Plaine</i>	48 €	69 €
<i>Montagne</i>	73 €	104 €
Total en plaine	607 €	916 €
Total en montagne	632 €	951 €

Calculés selon les conditions économiques rencontrées par les acteurs interrogés lors de la rédaction du cahier des charges¹

7.2 Dépenses réalisées vs Budgets alloués

Parmi les 19 équipes, 1711 forfaits 10 h (situation simple) ont été déclenchés (27 % de l'objectif cible, 6421 PA forfaits 10 h) et 949 forfaits 15 h (situation complexe) ont été déclenchés (17 % de l'objectif cible, 5449 PA forfaits 15 h). Deux forfaits ont été déclenchés successivement pour 99 personnes.

Au total, 2660 forfaits (270 valeurs manquantes) ont été déclenchés pour 2831 personnes accompagnées pour un objectif de 11870 personnes accompagnées². (2660 forfaits+270 VM-99 doubles forfaits=2831 personnes accompagnées)

Aucune information concernant le lieu de vie des personnes (plaine ou montagne) n'est renseignée dans le système d'information. Nous avons ainsi calculé les montants réellement dépensés liés aux forfaits 51 à partir des montants des forfaits pondérés par les parts estimées d'accompagnement en plaine et en montagne remontés par les porteurs.

Ainsi, sur la base de 9 096 972 € alloués³ pour le forfait 51, 1 918 470 € (21 %) de forfait 51 ont été réellement dépensés à ce stade de l'expérimentation. Seule une équipe (CICAT Pays de la Loire) a dépensé plus de 50 % du budget qui lui a été alloué.

¹ Le calcul des charges directes et indirectes devra être revu avec attention, car il semble exister quelques des petites coquilles (salaire horaire ergothérapeute : heures travaillées; salaire horaire Chef de service et Assistant RH semblent avoir été inversés)

² Nombre de personnes accompagnées estimées sur 24 équipes à 13550 : données disponibles ici 19 équipes (3 équipes n'ont pas remonté leurs données et les données de 2 centres sont inexploitables)

³ Le budget estimé pour le forfait 51 dans le CDC est de 10,388 millions d'€ sur 24 équipes.

Tableau 7 : Synthèse des 19 équipes forfaits déclenchés et montants des dépenses

Numéro du projet	Département	Porteur	Nb Forfait 10H « Situation simple »		Nb Forfait 15H « Situation complexe »		Forfait 51 (€)		
			Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible (Tous forfaits confondus)	Réalisé (Tous forfaits confondus)	Taux d'atteinte
EqLAAT-72	6	CH de Grasse	250 (50% plaine)	12	250 (50% plaine)	18	387 841 €	23 772 €	6,13%
EqLAAT-69	12	Saint-Mayne-OPTEO	700 (100% montagne)	76	100 (100% montagne)	64	631 805 €	108 896 €	17,24%
EqLAAT-11	13	CREEDAT	50 (100% plaine)	9	130 (100% plaine)	36	149 583 €	38 439 €	25,70%
EqLAAT-28	16	Ardevie	115 (100% plaine)	31	115 (100% plaine)	44	159 938 €	59 121 €	36,96%
EqLAAT-62	20	Union des Mutuelles de Corse	600 (75%plaine)	101	200 (75%plaine)	34	551 801 €	93 356 €	16,92%
EqLAAT-34	30	Gard'iet autonomie	350 (70% plaine)	85	350 (70% plaine)	40	539 037 €	89 293 €	16,57%
EqLAAT-80	33	GIHP Aquitaine	431 (100% plaine)	149	299 (100% plaine)	65	535 325 €	149 983 €	28,02%
EqLAAT-44	34	L'ETAPE	400 (100% plaine)	123	400 (100% plaine)	69	544 331 €	137 865 €	25,33%
EqLAAT-51	22 + 56	Mutualité Française de Bretagne	400 (100% plaine)	143	400 (100% plaine)	56	609 287 €	138 097 €	22,67%
EqLAAT-103	57	Fondation Bompard-CICAT Lorraine	700 (100% plaine)	126	310 (100% plaine)	9	661 783 €	84 726 €	12,80%
EqLAAT-38	59	CD 59	445 (100% plaine)	114	455 (100% plaine)	112	687 013 €	171 790 €	25,01%
EqLAAT-31	67	CEPS-CICAT 67	400 (88%plaine)	212	400 (88% plaine)	32	612 102 €	158 736 €	25,93%
EqLAAT-07	72	CICAT Pays de la Loire	300 (100 % plaine)	241	300 (100 % plaine)	117	457 453 €	253 459 €	55,41%
EqLAAT-57 EqLAAT-32	76	CD76 Centre ressource Normandie-Lorraine	575 (100% plaine)	143	575 (100% plaine)	122	875225€	198 553 €	22,69%
EqLAAT-68	77	ESCAVIE - CRAMIF	30 (100% plaine)	19	90 (100% plaine)	3	100 779 €	14 281 €	14,17%
EqLAAT-98	86	DIAPASOM	125 (100% plaine)	4	125 (100% plaine)	26	190 403 €	26 244 €	13,78%
EqLAAT-100	87	APF Nouvelle Aquitaine	200 (100% plaine)	30	300 (100% plaine)	24	396 448 €	40 194 €	10,14%
EqLAAT-60	971	CRICAT-APF 971	250 (40% plaine)	49	250 (40% plaine))	57	389 736 €	83 887 €	21,52%
EqLAAT-40	974	IRSAM	100 (100% montagne)	44	400 (100% montagne)	21	617 082 €	47 779 €	7,74%
TOTAL			6421	1 771 (Tx atteinte : 26,64%)	5 449 (Tx atteinte : 17,41%)	949	9 096 972 €	1 918 470 €	21,09%

* N=2 660 (270 Valeurs manquantes, 49 patients pour lesquelles les deux forfaits sont inscrits sur la même ligne et 50 patients sur 2 lignes distinctes : 2660 + 270 -49= 2881 population évaluable — 50 = 2831 personnes distinctes)

7.3 Coût réel du forfait 51

7.3.1 Coût réel des charges directes d'évaluation

À partir de l'analyse des données individuelles des différentes équipes, nous pouvons vérifier si le forfait 51 couvre bien toutes les dépenses d'évaluation et d'accompagnement¹.

Le temps moyen passé par un ergothérapeute à la réalisation des prestations directes et indirectes est, respectivement de 4,12 heures et de 2,25 heures pour un forfait de 10 h, soit un total de 6,37 heures. Dans le cadre d'un forfait de 15 h, l'ergothérapeute passe en moyenne 6,32 heures pour les prestations directes et 3,05 heures pour les prestations indirectes, soit un total de 9,37 heures. (Cf. Annexe. Tableau 20. Détails par équipe)

Le temps moyen passé par un travailleur social à la réalisation des prestations directes et indirectes est, respectivement de 0,72 heure et de 0,66 heure pour un forfait de 10 h, soit un total de 1,38 heure. Dans le cadre d'un forfait de 15 h, l'ergothérapeute passe en moyenne 0,82 heure pour les prestations directes et 0,81 heure pour les prestations indirectes, soit un total de 1,63 heure. (Cf. Annexe. Tableau 21. Détails par équipe)

Le temps moyen passé par un professionnel de l'équipe (autre qu'un ergothérapeute et un travailleur social) à la réalisation des prestations directes et indirectes est, respectivement de 0,19 heure et de 0,70 heure pour un forfait de 10 h, soit un total de 0,89 heure. Dans le cadre d'un forfait de 15 h, l'ergothérapeute passe en moyenne 0,35 heure pour les prestations directes et 0,76 heures pour les prestations indirectes, soit un total de 1,11 heure. (Cf. Annexe. Tableau 22. Détails par équipe)

Ainsi, le temps moyen réel passé à l'accompagnement et l'évaluation dans le cadre d'un forfait de 10 h est de 9 heures. Dans le cadre d'un forfait de 15 h, le temps moyen réel passé à l'accompagnement et l'évaluation d'un usager est de 12 heures.

Tableau 8 : Temps moyen réellement passé à l'évaluation et l'accompagnement par forfait

¹ Dans le cas où deux forfaits d'accompagnement ont été déclenchés et où certaines équipes les ont inscrits sur la même ligne d'observations (49 patients), nous les avons supprimées pour éviter que les heures passées par les différents professionnels soit la somme des deux forfaits ce qui entacherait les temps réels d'accompagnement de chacun des forfaits

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Forfait 10h	Forfait 15h
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	10,02	13,54
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	10,46	12,53
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	9,38	13,45
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	4,55	5,58
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	ND	ND
EqLAAT-44	L'ETAPE	8,19	11,91
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	6,92	10,43
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	ND	ND
EqLAAT-38	CD Nord	5,9	6,92
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	ND	ND
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	6,58	11,09
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	10,07	14,8
EqLAAT-68	Escavie	13,28	22,66
EqLAAT-98	Diapasom	ND	ND
EqLAAT-100	APF 87	7,01	7,51
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	12,8	15,5
EqLAAT-40	IRSAM	6,53	9,19
Moyenne totale (en heures)		9	12

* Calculé à partir des Tableau 20, Tableau 21, Tableau 22

À l'instar des calculs réalisés pour le modèle économique (CDC), nous valorisons les temps passés à l'évaluation et à l'accompagnement par le salaire brut horaire d'un ergothérapeute de plus de 13 ans d'expérience soit 39,5 €/h.

Ainsi, le coût réel des charges directes à l'accompagnement et l'évaluation (hors frais de lavage des aides techniques et frais de repas) est de 355,5 € dans le cadre d'un forfait actualisé à 9 h (ex : 10 h) et de 474 € dans le cadre d'un forfait actualisé à 12 h (ex : 15 h).

7.3.2 Coût réel des frais de transport

Le nombre de visites prévues dans le cadre d'un forfait 10 h et d'un forfait de 15 h était, respectivement, au nombre de 3 et 5.

En réalité, le nombre moyen de visites dans le cadre d'un forfait de 10 h et du forfait de 15 h est respectivement de 1,84 visite et 2,41 visites. (Cf. Annexe. Tableau 23 Tableau 23. Détails par équipe)

Dans le cahier des charges, le nombre de kilomètres a été estimé sur la base de 140 km pour le forfait 10 h et 210 km pour le forfait 15 h.

En réalité, le nombre moyen de km par trajet (aller-retour) est de 59 km (Cf. Annexe. Tableau 24. Détails par équipe). Ainsi, pour un forfait de 10 h le nombre moyen de km est de 109 km et de 142 km pour un forfait de 15 h.

L'indemnisation des frais kilométriques a été estimée dans le CDC à 0,35 €/km en plaine et 0,50 €/km en montagne.

Ainsi, le coût des frais de transport dans le cadre du forfait de 10 h est de 38 € en plaine et 54 € en montagne tandis que dans le cadre du forfait de 15 h, le coût est de 50 € en plaine et 71 € en montagne.

Tableau 9 : Calcul du coût réel des forfaits

	Forfait 9h (Situation simple)	Forfait 12h (Situation complexe)
Charge directe		
<i>Evaluation</i>	355 €	474€
<i>Lavage des AT & Repas*</i>	68,8 €	111,6 €
Charge Indirecte*		
<i>Coordination & Pilotage</i>	54 €	81 €
<i>Frais de gestion</i>	41 €	62 €
Frais kilométriques		
<i>Plaine</i>	38 €	50 €
<i>Montagne</i>	54 €	71 €
Total en plaine	557 €	779 €
Total en montagne	573 €	800 €

* Le coût réel des lavages des AT et des frais de repas ainsi que le coût réel de la coordination, le pilotage et la gestion de l'équipe seront évalués lors du rapport final par le biais d'une enquête en ligne à destination des équipes. Les chiffres du tableau relatifs à ces postes de dépenses sont ceux du CDC.

8. Résultat du dispositif : « des usagers gagnants et des usagers perdants »

Au-delà de l'explication du comment et du pourquoi l'expérimentation fonctionne, il faut également comprendre « pour qui » cela fonctionne. Dans la recherche de l'optimum, il y a toujours des gagnants et des perdants. Certaines interventions profiteront davantage à un certain profil de patient et moins à un autre. Nous avons demandé aux professionnels des Eqlaat si les effets de leur accompagnement ont été les mêmes pour toutes les personnes accompagnées. Les réponses des professionnels ont mis en lumière différents critères affectant les résultats du dispositif tels que le niveau de handicap, l'âge de la personne, le niveau social et l'éloignement géographique.

Les professionnels interviennent globalement de la même manière avec l'ensemble des usagers quel que soit leur profil, mais les résultats ne sont pas forcément pareils pour toutes les personnes accompagnées.

- **Les résultats obtenus peuvent être différents en fonction de la pathologie ou du niveau de handicap de la personne**

Les EQLAATs sont moins sollicitées pour des problématiques simples qui sont gérées par des acteurs de proximité et pour lesquelles l'expertise des ergothérapeutes est moins sollicitée.

Pourtant, ces personnes relevant de situations plus simples auraient un bénéfice à être accompagnées par des ergothérapeutes.

Les Eqlaats ont plus de mal dans l'accompagnement des personnes relevant de situations très complexes (déficiences visuelles, déficiences auditives, déficiences de la communication), car elles ont besoin d'aides techniques high-techs, onéreuses, et plus difficiles d'accès. Bien que les ergothérapeutes accompagnent tous les bénéficiaires d'aides techniques quel que soit le handicap, certaines demandent des connaissances très spécifiques et/ou une formation particulière. Les ergothérapeutes sont alors à recherche de partenariats plus experts.

Quant à ceux atteints de pathologies évolutives (sclérose en plaques, amyotrophie spinale, maladie de Charcot), l'aide technique proposée n'est généralement pas suffisante, car elles ont toujours besoin d'une aide humaine, et l'aide technique devient rapidement obsolète, la maladie évoluant très rapidement. Les ergothérapeutes doivent être très réactifs, car en l'espace de quelque temps, l'aide technique peut ne plus correspondre aux besoins du bénéficiaire.

L'âge de la personne accompagnée peut être un facteur ayant une influence sur les résultats des Eqlaat.

Eqlaat, en offrant un accompagnement sans critère d'âge, **vient combler un vide de prise en charge pour des personnes**, qui auparavant, par leur âge n'étaient pas éligibles à d'autres accompagnements ou très mal orientées.

L'âge est également un facteur influençant la motivation des personnes à être accompagné ou à s'accepter.

Viellir, le refus de stigmatisation : Les personnes plus jeunes ont un regard trop souvent négatif sur l'objet qui matérialise leur difficulté et le stigmatise en négligeant l'impact positif de l'utilisation des aides techniques sur leur autonomie.

L'âge avancé et la fin de vie : Les personnes avançant en âge ne voient pas l'intérêt d'avoir un équipement, car c'est, selon eux, c'est une dépense inutile.

Le vieillissement et la dégradation rapide de l'état de santé : des aides techniques rapidement obsolètes face au vieillissement du corps

L'âge des aidants : influence également la sollicitation des services Eqlaats.

En somme, l'adhésion au dispositif dépend de l'acceptation de la personne

Stigmatisation d'une pathologie, changement des habitudes de vie, du regard sur soi... sont des facteurs limitants le recours aux aides techniques

- **L'impact des caractéristiques sociales économiques sur les résultats du dispositif**

En proposant un service gratuit, Eqlaat a permis d'ouvrir l'ergothérapie et le champ de l'aide technique à tous les publics, quelle que soit sa classe sociale. Néanmoins, des facteurs sociaux, financiers et peuvent entraver l'accompagnement.

- **Facteur financier :**

Le revenu des personnes est un frein à l'acquisition des aides techniques. Pour les personnes qui ont des revenus les plus bas, acheter une aide technique est difficile, car très peu d'aides techniques sont remboursées et elles représentent un reste à charge trop important.

Ces mêmes personnes ne sont parfois pas éligibles aux aides de financement, et sont ainsi contraintes de renoncer ou de repousser l'achat de leur aide technique jusqu'à ce qu'elles en aient les moyens.

Eqlaat propose un accompagnement sur plan social pour le montage du plan de financement. Les Eqlaats ont des coordinatrices sociales qui vont s'occuper de rechercher des financements pour eux et, négocier avec les revendeurs les avances de frais. Sur certains territoires, les Eqlaats sont confrontées à de gros délais d'attente sur le plan du financement : quand il y a besoin d'aller assez vite dans l'acquisition de l'aide technique, ce n'est pas facile pour les personnes en situations précaires.

Certaines personnes plus isolées seront désavantagées par rapport aux personnes qui sont entourées (aidants, familles), car elles pourront contribuer à l'achat d'aide technique.

- **Facteur environnemental**

Les professionnels relatent qu'ils doivent faire face, sur les territoires ruraux, à des personnes qui sont plus isolées et qui ont davantage tardé à faire appel à des dispositifs sociaux. De fait, il y a un constat que dans certains bassins de population bien qu'il y ait des personnes âgées ou en situation de handicap, il y a parfois très peu de demande. Les professionnels interrogés expliquent qu'en zone rurale, les gens ont «**toujours tout fait seul**», et que ce n'est pas toujours dans les mœurs de demander une aide ou d'exprimer une difficulté auprès d'institutions. Dans ces milieux, le métier d'ergothérapeute n'est pas forcément connu, certaines personnes préfèrent vivre «à la rude». Cette question du non-recours à l'aide sociale est, pour eux, davantage prégnante dans les territoires ruraux que dans les territoires urbains.

- **La réussite du dispositif varie en fonction de l'éloignement géographique de la personne.**

EQLAAT apporte de l'équité entre les personnes vivant en zone rurale ou isolée et les personnes vivant en zone urbaine. L'accompagnement des Eqlaat est particulièrement bien perçu dans les zones rurales où l'offre de soins et de services paramédicaux est moins dense que dans les zones urbaines. Les délais de réponse et les délais de déplacements sont habituellement beaucoup plus grands. Maintenant, avec Eqlaat, les ergothérapeutes peuvent se déplacer sur tout un département. Cela leur permet de se rendre chez des

personnes qui sont assez éloignées du dispositif et les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

9. Des résultats variables selon les équipes : l'influence de l'environnement des équipes sur les résultats

Les effets du dispositif sont variables d'une personne à l'autre, mais également d'une équipe à l'autre.

L'environnement propre à chaque Eqlaat dans lequel elle a été déployée a, sans nul doute, une influence sur l'efficacité du dispositif. L'expérimentation multisite permet réellement de saisir ces éléments de contexte.

- **L'espace géographique et les caractéristiques sociales culturelles du territoire influencent l'efficacité des Eqlaats**

Les disparités territoriales entre les Eqlaats peuvent être très importantes et des contrastes forts existent au sein même d'un territoire.

Certaines Eqlaats couvrent des zones très isolées, voir des zones blanches, et où par exemple joindre la personne par mail est compliqué. Les trajets pour se rendre au domicile des personnes vivant dans les zones rurales et isolées prennent beaucoup de temps. En zone rurale, il n'y a pas les mêmes trajets, pas les mêmes commodités, pas les mêmes distances. Pour les professionnels, la distance est un frein à l'activité des Eqlaats. D'autres territoires sont confrontés à des conditions de circulation difficiles, à cause des embouteillages importants par exemple, ce qui joue sur les temps de trajet. **Les professionnels regrettent que ces temps de trajets prennent beaucoup de temps sur les forfaits ; du temps que les ergothérapeutes ne passent pas auprès des usagers, ni dans le service, ni auprès des patients. Si le service est pérennisé, ils espèrent que ces difficultés seront prises en compte, notamment au niveau des forfaits.** Sur les territoires où les distances sont moins importantes et où le trafic est moins dense, les conditions de mises en œuvre du dispositif Eqlaat sont plus favorables.

Des particularités territoriales extrêmes (région montagneuse et insularité) représentent des difficultés multiples pour les Eqlaats comme faire intervenir des prestataires, avoir des revendeurs, organiser et « rentabiliser » un déplacement. Il est parfois plus difficile pour les professionnels des Eqlaats de se faire connaître ou de rencontrer les autres acteurs sur le terrain, car ils sont plus éloignés.

Pour La Guadeloupe, qui est un territoire insulaire avec des dépendances, la gestion du temps (prise en charge, devis, traitement, importation de matériel...) et les coûts ne sont pas comparables avec d'autres territoires. La barrière de la langue est également un frein à l'accompagnement en Guadeloupe.

Des stratégies pour adapter la mise en œuvre du dispositif Eqlaat sont indispensables pour tenter de pallier ces conditions défavorables.

- **La répartition des différents acteurs sur le territoire n'offre pas la même qualité d'accompagnement entre les Eqlaats**

Les Eqlaats, en fonction de leur dotation sur le territoire en termes de répartition et de densité des structures médico-sociales et des revendeurs de matériel, n'offrent pas la même qualité d'accompagnement aux usagers. Une Eqlaat implantée sur un territoire riche en structures médico-sociales, tel que les équipes mobiles de soins de suite et de rééducation pourront accroître son activité et améliorer ses préconisations grâce aux informations transmises par les médecins et les paramédicaux intervenant auprès de l'utilisateur.

Certaines Eqlaats n'étant pas assez connues des partenaires (revendeurs d'aides techniques, structures médico-sociales) estiment que les potentiels bénéficiaires ne sont pas orientés vers les Eqlaats, ce qui est fortement préjudiciable pour eux. À l'inverse, sur les territoires où les Eqlaats sont bien connues des partenaires et où la communication est bonne, elles sont davantage sollicitées, et l'accompagnement au choix de l'aide technique est bien meilleur.

L'implantation initiale des équipes a eu un impact indéniable sur le démarrage de l'activité des EQLAAT, La réussite de l'EQLAAT provient, pour un bon nombre de professionnels, de son articulation avec d'autres structures. En d'autres termes, la structure de rattachement dans laquelle l'équipe a été expérimentée type CICAT, MDPH exerce une influence sur la performance des équipes. L'ancienneté de ce type de structure, porteuse du dispositif Eqlaat, facilite la mise en œuvre des missions de l'Eqlaat (facilitation pour du prêt de matériel par exemple, meilleure orientation des patients, facilité des démarches)

La proximité avec les services départementaux, et plus particulièrement entre Eqlaat et la MDPH, influence a priori la qualité du service des Eqlaats.

Pour autant, avoir des liens privilégiés avec les services départementaux n'est pas une condition nécessaire au fonctionnement des Eqlaats. En effet, tous les départements ne fonctionnent pas de la même manière, et notamment sur les modalités de financement.

Lorsqu'il s'agit d'équipe récente, « créée de toutes pièces », les choses se compliquent au démarrage, car elles n'ont pas la même expérience, pas la même connaissance des partenaires ni des modalités d'intervention.

Cette notion, néanmoins, évolue, car les EQLAATs sont reconnues ou tendent à l'être par les acteurs extérieurs grâce à la qualité de leur travail, et ainsi leur permet d'impulser leur activité.

En bref, l'implantation initiale des équipes et la qualité de la communication auprès des usagers et des partenaires ont eu un impact principalement sur le démarrage de l'activité des Eqlaat.

10. Conclusion

L'absence d'accompagnement dans le choix et la prise en main des AT sur le territoire français a permis à la CNSA, à travers l'expérimentation Article 51 Eqlaat, de combler un vide. Le dispositif propose un accompagnement gratuit et pour tous. En ce sens, Eqlaat répond à un réel besoin, car de nombreuses personnes n'étaient souvent pas éligibles aux aides compensatrices liées à la perte d'autonomie. Elle permet également de transformer le marché des aides techniques qui était très lucratif à un marché plus « moral » concourant à l'amélioration de la qualité de vie des individus. Dans le même sens, les revendeurs d'AT n'avaient pas pour réputation de vendre les AT les plus adaptées aux besoins des usages *, car il s'agit d'une activité très commerciale et, car ils n'ont pas les moyens de vérifier la bonne prise en main de l'AT et son adéquation dans l'environnement quotidien, causant ainsi un fort taux d'abandon des AT achetées. À l'inverse, le dispositif Eqlaat permet d'accompagner les usagers de la première évaluation en vie réelle, jusqu'au suivi de la prise en main dans le temps, en passant par les essais des AT en condition réelle. Les visites à domicile et les essais ont permis en partie de cibler les besoins des PA (même ceux non exprimés), d'apprendre à utiliser les AT, et de vérifier leur prise en main et de revenir.

La grande majorité des usagers et aidants interrogés sont satisfaits du dispositif Eqlaat et souhaitent que ce dispositif soit pérennisé, et étendu à d'autres territoires. Nous vous présentons quelques témoignages :

Entretien n° : 4; Aidant EQLAAT OPTEO 12 : « Il faut foncer dans la façon dont ça a pris le départ. Il y a un bon départ pour ce service. Il faut continuer. »

Entretien N° 5; Usager EQLAAT MDPH 63 : « Je suis vraiment content de tout ce que j'ai eu et comment on s'occupe de nous. D'ailleurs je veux dire on s'occupe toujours de nous. »

Entretien N° 19; Usager OPTEO 12 : « Il faut pérenniser ce système d'aide pour les personnes âgées. Elles sont déjà démunies par leur dépendance à tout en fait. C'est une aide primordiale autant pour les enfants que pour les personnes âgées. »

Entretien n° : 24; Usager MDPH 63 : « Il faut garder la démarche d'EQLAAT qui est très utile, je ne connaissais pas et je pense qu'il faut pérenniser ça en fonction des questionnaires et des réponses d'autres personnes. »

Les axes d'amélioration du dispositif Eqlaat sont les suivants :

1) Renforcer les liens avec les prestataires

Il s'agirait pour les professionnels des Eqlaat, de développer les liens avec les prestataires et les revendeurs d'aides techniques, tout en trouvant leur place et en affirmant leur identité pour qu'ils ne puissent pas être considérés comme leurs porte-parole et soupçonnés de pratiques commerciales condamnables et que la qualité de leur expertise soit reconnue. L'intérêt serait de réduire le délai d'accès aux essais des AT.

Si certaines EQLAAT disposent d'un showroom, d'une maison témoin, et de matériel suffisant, en fonction de l'administration auquel il est affilié qui est porteur du projet, certaines EQLAAT rencontrent des difficultés néanmoins à avoir du matériel technologique (principalement aide visuelle) qui implique une collaboration active avec un prestataire privé.

2) Simplifier les démarches de financement des aides techniques

Bien que nécessaires, certaines aides techniques ne pourront pas être mises en place pour des raisons financières. Le coût des aides techniques peut limiter leur acquisition. Les professionnels expliquent être confrontés de façon redondante et parfois insurmontable aux difficultés financières, voir à la précarité des personnes suivies. Certains usagers sont parfois contraints de renoncer à l'acquisition d'une aide technique faute de moyens. Les démarches pour accéder à une aide financières sont laborieuses et découragent les usagers.

Les rares témoignages recueillis auprès des bénéficiaires, qui ne sont pas totalement positifs, le sont à cause de la question financière, le fait que certains EQLAAT aient pu présenter des solutions d'aide technique ou d'aménagement du logement qui ne pourront être menés à bien faute de financement.

3) Étendre les domaines de compétences d'Eqlaat

Certains professionnels Eqlaat défendent l'idée d'étendre les compétences des Eqlaat à l'aménagement des logements, indissociable de la bonne mise en place de certaines aides techniques.

4) Améliorer la communication sur l'existence d'Eqlaat, notamment auprès des partenaires :

- MG, MPR et médecins hospitaliers qui sont les premiers prescripteurs d'AT
- Structures médico-sociales afin d'accroître l'activité des EQLAAT et accompagner au mieux le choix de l'AT

5) Adapter les forfaits d'évaluation et d'accompagnement pour les personnes atteintes de pathologies évolutives : encore trop de personnes abandonnent leurs AT en raison de l'obsolescence de leur AT face à l'évolutivité de la maladie.

6) Développer l'achat d'AT d'occasion qui ne représente que 4% des achats mais qui permet de réduire le délai d'attente de 22 jours par rapport à un achat à l'état neuf

Constat de très grande variabilité entre les centres : quels seraient les enjeux à homogénéiser les pratiques ? Pertes de chance de certains patients ?

11. Annexe

Tableau 10 : Moyenne des activités cibles réalisées auprès des PA par équipe

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	N
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	2,03	2	1	5	26
EqLAAT-69	Optéo	2,08	2	1	8	134
EqLAAT-11	CREEDAT	1,93	2	1	4	45
EqLAAT-28	ARDEVIE	1,92	2	1	5	79
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	2,2	2	1	6	137
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	1,93	2	1	5	111
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	2,69	2	1	12	185
EqLAAT-44	L'ETAPE	ND	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	1,76	1	1	5	168
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	2,13	2	1	6	130
EqLAAT-38	CD Nord	2,19	2	1	5	219
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1,3	1	1	5	233
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	2,27	2	1	10	366
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	2,05	2	1	4	303
EqLAAT-68	Escavie	2,48	3	1	4	21
EqLAAT-98	Diapasom	1,23	1	1	2	30
EqLAAT-100	APF 87	2,92	2	1	7	36
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	1,93	2	1	5	100
EqLAAT-40	IRSAM	2,06	2	1	4	93

**Moyennes statistiquement différentes entre les centres au seuil de 5%)*

Tableau 11 : Activités cibles réalisées auprès des bénéficiaires par centre

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	1. Tâches et exigences générale, relation avec autrui	1.1 et 1.2 S'orienter dans le temps et l'espace	1.4 Mémoriser	2. Mobilité, manipulation	2.6 Marcher	2.7 Se déplacer dans le logement, à l'extérieur	3. Entretien personnel	3.1 Se laver	3.3 Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	3.4 S'habiller / se déshabiller	3.5 Prendre ses repas
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	0%	0%	0%	8%	2%	29%	0%	29%	12%	0%	2%
EqLAAT-69	Optéo	0%	6%	0%	14%	8%	19%	2%	9%	9%	8%	11%
EqLAAT-11	CREEDAT	1%	0%	0%	23%	3%	18%	1%	11%	3%	1%	4%
EqLAAT-28	ARDEVIE	1%	0%	0%	31%	2%	32%	0%	16%	6%	1%	3%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	0%	1%	1%	19%	9%	26%	3%	16%	5%	1%	8%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0%	0%	0%	18%	1%	24%	6%	25%	16%	2%	4%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	0%	1%	0%	21%	3%	10%	2%	13%	8%	1%	6%
EqLAAT-44	L'ETAPE	1%	2%	0%	28%	3%	15%	4%	11%	3%	1%	7%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	0%	0%	0%	31%	3%	30%	5%	12%	4%	1%	4%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	0%	2%	0%	30%	6%	11%	4%	21%	8%	0%	7%
EqLAAT-38	CD Nord	0%	1%	0%	12%	0%	22%	1%	21%	12%	7%	10%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	0%	1%	0%	11%	4%	30%	6%	15%	5%	1%	3%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	0%	1%	0%	26%	2%	16%	1%	19%	11%	6%	4%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	1%	0%	0%	37%	3%	17%	1%	19%	7%	2%	6%
EqLAAT-68	Escavie	0%	0%	0%	6%	7%	15%	0%	35%	13%	9%	4%
EqLAAT-98	Diapasom	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-100	APF 87	0%	0%	0%	9%	6%	21%	1%	19%	13%	1%	9%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	1%	2%	0%	28%	6%	21%	2%	16%	1%	1%	14%
EqLAAT-40	IRSAM	0%	3%	1%	21%	5%	34%	2%	18%	1%	2%	7%

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	4. Communication	4.1 Parler	4.2 Entendre	4.3 Voir	4.4. Utiliser les appareils et techniques de communication	5. Vie domestique et vie courante	5.1 Faire ses courses	5.3 Préparer un repas simple et faire son ménage	5.6 Gérer son budget, faire les démarches administratives	6. Application des connaissances et apprentissages	7. Tâches et exigences en relation avec la scolarité et formation initiale ou au travail
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	6%	0%	0%	6%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-69	Optéo	2%	0%	2%	4%	5%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
EqLAAT-11	CREEDAT	9%	0%	1%	4%	15%	1%	0%	2%	1%	0%	0%
EqLAAT-28	ARDEVIE	1%	1%	0%	0%	3%	3%	1%	0%	0%	1%	0%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	1%	0%	0%	3%	2%	3%	0%	2%	0%	0%	0%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	0%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	2%	1%	0%	2%	12%	4%	0%	2%	1%	11%	0%
EqLAAT-44	L'ETAPE	2%	0%	1%	6%	9%	3%	0%	3%	1%	0%	1%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	1%	1%	0%	2%	1%	4%	0%	2%	0%	0%	0%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	4%	1%	0%	4%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-38	CD Nord	1%	0%	0%	2%	2%	1%	0%	4%	0%	2%	0%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	0%	0%	7%	8%	6%	1%	1%	1%	0%	0%	0%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	1%	0%	0%	4%	2%	5%	0%	2%	0%	0%	0%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	2%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-68	Escavie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	6%	2%	0%	2%
EqLAAT-98	Diapasom	23%	0%	77%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-100	APF 87	2%	0%	0%	3%	3%	6%	0%	4%	0%	0%	1%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	2%	0%	0%	2%	0%	3%	0%	3%	0%	1%	4%
EqLAAT-40	IRSAM	1%	0%	0%	1%	1%	3%	0%	0%	0%	1%	0%

*Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)

Tableau 12 : Aides techniques mises en place par PA avant l'accompagnement Eqlaat par centre

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Q1	Q3	N
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	1,37	1	0	7	0	3	27
EqLAAT-69	Optéo	3,31	3	0	19	0	5	140
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	5,37	5	0	13	3	7	79
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	3,69	3	0	16	1	6	139
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	2,9	2	0	14	0	4	112
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	3,89	3	0	20	2	6	203
EqLAAT-44	L'ETAPE	2,08	2	0	10	0	3	162
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	2,89	3	0	14	1	4	166
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	2,07	1	0	11	0	4	206
EqLAAT-38	CD Nord	2,23	2	0	10	1	3	212
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1,88	2	0	9	1	3	231
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	3,28	3	0	20	1	5	364
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	2,36	2	0	11	1	4	300
EqLAAT-68	Escavie	0,85	0	0	4	0	1	21
EqLAAT-98	Diapasom	0,93	1	0	3	0	2	30
EqLAAT-100	APF 87	4,22	5	0	12	2	6	45
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	2,36	2	0	15	0	3,5	100
EqLAAT-40	IRSAM	3,64	4	0	10	2	5	89

*Moyennes statistiquement différentes entre les centres au seuil de 5%

Tableau 13 : Nombre moyen d'aides techniques proposés initialement par équipe

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Q1	Q3	N
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	1,37	1	0	7	0	3	27
EqLAAT-69	Optéo	3,31	3	0	19	0	5	140
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	5,37	5	0	13	3	7	79
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	3,69	3	0	16	1	6	139
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	2,9	2	0	14	0	4	112
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	3,89	3	0	20	2	6	203
EqLAAT-44	L'ETAPE	2,08	2	0	10	0	3	162
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	2,89	3	0	14	1	4	166
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	2,07	1	0	11	0	4	206
EqLAAT-38	CD Nord	2,23	2	0	10	1	3	212
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1,88	2	0	9	1	3	231
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	3,28	3	0	20	1	5	364
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	2,36	2	0	11	1	4	300
EqLAAT-68	Escavie	0,85	0	0	4	0	1	21
EqLAAT-98	Diapasom	0,93	1	0	3	0	2	30
EqLAAT-100	APF 87	4,22	5	0	12	2	6	45
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	2,36	2	0	15	0	3,5	100
EqLAAT-40	IRSAM	3,64	4	0	10	2	5	89

*Moyennes statistiquement différentes entre les centres au seuil de 5%

Tableau 14 : Répartition des aides techniques identifiées après évaluation par centre

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	04	05	06	09	12	15	18	22	24	27	28	30
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%	20,00%	0,00%	6,67%	6,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-69	Optéo	0,00%	0,00%	0,00%	19,15%	31,91%	12,77%	23,40%	6,38%	6,38%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-11	CREEDAT	2,50%	0,00%	0,00%	8,75%	30,00%	3,75%	23,75%	26,25%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-28	ARDEVIE	1,69%	0,85%	0,00%	22,03%	44,07%	0,85%	24,58%	2,54%	3,39%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	6,33%	0,45%	1,36%	18,10%	33,03%	6,79%	25,34%	4,07%	4,07%	0,00%	0,00%	0,45%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	5,21%	1,04%	0,00%	25,00%	12,50%	3,13%	52,08%	1,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	1,04%	0,35%	0,00%	18,75%	13,19%	2,43%	23,26%	35,07%	3,47%	0,69%	0,00%	1,74%
EqLAAT-44	L'ETAPE	0,00%	0,00%	2,33%	27,91%	23,26%	20,93%	6,98%	11,63%	6,98%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	2,11%	0,00%	0,00%	17,54%	50,18%	4,91%	17,54%	2,81%	3,16%	0,35%	0,70%	0,70%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	1,80%	0,00%	0,00%	33,33%	21,62%	2,70%	24,32%	12,61%	1,80%	0,00%	1,80%	0,00%
EqLAAT-38	CD Nord	0,39%	0,39%	0,00%	30,37%	18,38%	11,41%	24,56%	6,58%	6,19%	0,19%	1,55%	0,00%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1,09%	0,00%	0,00%	21,53%	54,01%	1,46%	5,47%	13,87%	1,46%	0,73%	0,00%	0,36%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	1,64%	0,47%	0,00%	26,46%	23,19%	7,26%	26,23%	10,30%	4,22%	0,23%	0,00%	0,00%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	1,34%	0,00%	1,61%	26,08%	25,00%	2,96%	35,48%	4,30%	3,23%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-68	Escavie	3,13%	0,00%	0,00%	40,63%	18,75%	6,25%	31,25%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-98	Diapasom	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-100	APF 87	3,08%	0,00%	1,54%	20,00%	27,69%	1,54%	30,77%	13,85%	1,54%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0,00%	0,00%	0,00%	8,97%	58,97%	5,13%	14,10%	5,13%	1,28%	0,00%	6,41%	0,00%
EqLAAT-40	IRSAM	6,15%	0,00%	0,00%	21,54%	34,62%	3,08%	32,31%	0,77%	1,54%	0,00%	0,00%	0,00%
Total catégorie		1,9 % (62)	0,2% (8)	0,3% (11)	23,3% (756)	29,1% (944)	5,5% (177)	24,1% (782°)	10,9% (353)	3,5% (114)	0,2% (7)	0,5% (17)	0,3% (9)

*Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)

Tableau 15 : Répartition des catégorie d'aides techniques essayées par équipe (CODE ISO 9999, niveau 1)

N° EqLaat	Nom de l'EqLaat	04	05	06	09	12	15	18	22	24	27	28	30
EqLAAT-72	Cap Azur santé	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	33,33%	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-69	Optéo	0,00%	0,00%	0,00%	20,41%	27,55%	21,43%	10,20%	9,18%	11,22%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-11	CREEDAT	0,00%	0,00%	0,00%	7,41%	37,04%	0,00%	14,81%	33,33%	7,41%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-28	ARDEVIE	2,90%	1,45%	0,00%	10,14%	53,62%	0,00%	27,54%	1,45%	2,90%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	3,53%	1,18%	1,18%	9,41%	41,18%	5,88%	27,06%	7,06%	3,53%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	1,43%	0,00%	0,00%	55,71%	18,57%	2,86%	20,00%	0,00%	1,43%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	1,06%	0,53%	0,00%	23,81%	13,23%	3,17%	27,51%	26,46%	2,65%	0,00%	0,00%	1,59%
EqLAAT-44	L'ETAPE	3,40%	0,00%	0,00%	13,61%	25,85%	6,12%	21,77%	21,77%	4,76%	0,68%	2,04%	0,00%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	2,17%	0,00%	0,00%	14,49%	67,39%	1,45%	7,97%	2,90%	2,17%	0,72%	0,00%	0,72%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine	2,59%	0,00%	0,00%	38,79%	18,97%	3,45%	18,97%	11,21%	4,31%	0,00%	1,72%	0,00%
EqLAAT-38	CD Nord	0,89%	0,00%	0,00%	28,57%	25,00%	12,50%	16,07%	5,36%	8,04%	0,00%	3,57%	0,00%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1,69%	0,00%	0,00%	22,60%	54,24%	0,56%	3,95%	16,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	0,65%	0,33%	0,00%	32,68%	25,82%	4,90%	21,90%	9,80%	3,92%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	1,27%	0,00%	3,82%	35,03%	28,66%	0,64%	23,57%	3,18%	3,82%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-68	Escavie	0,00%	0,00%	0,00%	65,00%	20,00%	0,00%	15,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-98	Diapasom	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-100	APF 87	0,00%	0,00%	0,00%	14,29%	64,29%	0,00%	7,14%	7,14%	7,14%	0,00%	0,00%	0,00%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0,00%	0,00%	0,00%	13,33%	42,67%	16,00%	14,67%	2,67%	5,33%	0,00%	5,33%	0,00%
EqLAAT-40	IRSAM	3,51%	0,00%	0,00%	14,04%	52,63%	1,75%	22,81%	3,51%	1,75%	0,00%	0,00%	0,00%

**Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)*

Tableau 16 : Répartition des moyens mobilisés à la réalisation des essais par équipe

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Achat par équipe	Déjà présent au domicile	Location	Parc d'AT déjà existant	Prêt par fabricant	Prêt par partenaire	Prêt par revendeur	Autres
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
EqLAAT-69	Optéo	2%	4%	0%	24%	4%	7%	55%	4%
EqLAAT-11	CREEDAT	0%	7%	0%	0%	11%	15%	63%	4%
EqLAAT-28	ARDEVIE	0%	3%	0%	37%	19%	0%	39%	3%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	0%	4%	6%	16%	10%	4%	55%	6%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0%	1%	1%	76%	0%	0%	16%	4%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	0%	8%	2%	80%	1%	1%	6%	3%
EqLAAT-44	L'ETAPE	0%	3%	0%	86%	2%	0%	8%	1%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	0%	2%	0%	10%	3%	1%	81%	2%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	0%	1%	0%	83%	2%	0%	12%	3%
EqLAAT-38	CD Nord	0%	0%	1%	3%	4%	4%	83%	5%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	0%	2%	0%	57%	3%	0%	35%	2%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	0%	2%	3%	21%	1%	39%	33%	2%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	0%	2%	1%	57%	10%	1%	27%	2%
EqLAAT-68	Escavie	0%	0%	0%	76%	5%	0%	19%	0%
EqLAAT-98	Diapasom	0%	8%	0%	62%	0%	8%	23%	0%
EqLAAT-100	APF 87	0%	15%	0%	54%	0%	0%	23%	8%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0%	8%	1%	67%	1%	3%	19%	1%
EqLAAT-40	IRSAM	0%	7%	4%	0%	2%	0%	80%	7%
	Moyenne – 19 équipes	0%	3%	1%	44%	4%	8%	37%	3%

*Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)

Tableau 17 : Répartition des moyens mobilisés à l'acquisition des AT par équipe

N° EqLaat	Nom de l'EqLaat	Achat AT remise en bon état d'usage	Achat neuf	Autre	Location	Prêt
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	0%	93%	0%	7%	0%
EqLAAT-69	Optéo	0%	92%	3%	5%	0%
EqLAAT-11	CREEDAT	0%	64%	0%	9%	27%
EqLAAT-28	ARDEVIE	7%	80%	7%	5%	1%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	1%	81%	2%	13%	3%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0%	64%	4%	24%	8%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	20%	56%	16%	6%	2%
EqLAAT-44	L'ETAPE	0%	82%	6%	10%	2%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	8%	81%	4%	4%	3%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	0%	100%	0%	0%	0%
EqLAAT-38	CD Nord	0%	90%	3%	4%	3%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	1%	91%	3%	5%	0%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	1%	47%	3%	5%	44%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	1%	91%	2%	4%	3%
EqLAAT-68	Escavie	0%	90%	0%	0%	10%
EqLAAT-98	Diapasom	0%	100%	0%	0%	0%
EqLAAT-100	APF 87	6%	72%	6%	17%	0%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0%	82%	7%	10%	2%
EqLAAT-40	IRSAM	3%	82%	3%	5%	7%

**Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)*

Tableau 18 : Répartition des causes de la non mise en place des AT par équipe

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Coût	Décès	Délai de financement	Environnement non adapté	Evolution de la pathologie	Multifactorielle	Non connue / Invalide	Pas prêt à l'utiliser	Refus de l'aidant	Utilisation non adaptée
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	11%	0%	21%	0%	7%	18%	14%	14%	11%	11%
EqLAAT-11	CREEDAT	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-28	ARDEVIE	10%	0%	0%	10%	10%	10%	0%	50%	10%	10%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	8%	0%	0%	8%	0%	12%	0%	20%	52%	8%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	26%	0%	0%	0%	9%	9%	0%	52%	4%	26%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	12%	3%	9%	2%	3%	50%	0%	16%	5%	12%
EqLAAT-44	L'ETAPE	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
EqLAAT-51	VV3 Bretagne	5%	5%	0%	0%	14%	43%	11%	16%	3%	5%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	10%	3%	10%	0%	0%	0%	10%	53%	13%	10%
EqLAAT-38	CD Nord	0%	0%	0%	10%	60%	0%	0%	10%	20%	0%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	8%	4%	0%	0%	0%	8%	4%	29%	4%	8%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	12%	4%	1%	1%	6%	20%	4%	40%	4%	12%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	5%	8%	8%	2%	13%	6%	6%	40%	2%	5%
EqLAAT-68	Escavie	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	0%	0%
EqLAAT-98	Diasasom	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	40%	20%	0%
EqLAAT-100	APF 87	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	80%	0%	0%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	3%	10%	3%	0%	13%	23%	23%	13%	10%	3%
EqLAAT-40	IRSAM	10%	0%	10%	20%	0%	10%	0%	0%	20%	10%

*Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)

Tableau 19 : Score d'efficacité GAS par équipe

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	-2	-1	0	+1	+2
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	0%	0%	100%	0%	0%
EqLAAT-69	Optéo	13%	10%	54%	21%	2%
EqLAAT-11	CREEDAT	8%	0%	17%	18%	57%
EqLAAT-28	ARDEVIE	9%	9%	32%	21%	29%
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	0%	17%	83%	0%	0%
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	15%	5%	52%	10%	18%
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	5%	3%	10%	20%	63%
EqLAAT-44	L'ETAPE	2%	2%	43%	45%	8%
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	0%	0%	97%	2%	1%
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	2%	10%	67%	19%	2%
EqLAAT-38	CD Nord	3%	2%	52%	28%	16%
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	5%	4%	23%	40%	28%
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	4%	9%	47%	25%	16%
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	0%	8%	54%	38%	0%
EqLAAT-68	Escavie	0%	0%	0%	60%	40%
EqLAAT-98	Diapasom	4%	0%	40%	24%	32%
EqLAAT-100	APF 87	0%	0%	0%	28%	72%
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0%	10%	0%	25%	65%
EqLAAT-40	IRSAM	0%	0%	100%	0%	0%

*Répartition non homogène entre les centres (variables significativement dépendantes au seuil de 5%)

Tableau 20 : Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un ergothérapeute (en heures)

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Forfait 10h		Forfait 15h	
		Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)	Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	4,25	1,65	5,34	2,81
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	5,38	3,21	7,44	3,77
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	4,59	2,97	7,18	3,78
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	2,33	1,69	3,04	1,89
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	6,72	2,29	11,62	2,94
EqLAAT-44	L'ETAPE	3,27	2	5,66	2,8
EqLAAT-51	VV 3 Bretagne	2,78	1,82	4,01	3,07
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompert	2,92	1,16	5	2
EqLAAT-38	CD Nord	2,24	1,85	2,18	2,66
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	3,5	2,64	6,17	3,73
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	4,7	3,8	6,38	5,36
EqLAAT-68	Escavie	6,39	2,79	15	3,33
EqLAAT-98	Diapasom	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-100	APF 87	4,19	2,52	3,83	3,16
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	4,14	2,29	6,28	3,13
EqLAAT-40	IRSAM	4,45	1,04	5,73	1,36
Moyenne totale (en heures)		4,12	2,25	6,32	3,05

* Forfait 10h : Moyenne calculée sur 1 254 observations pour les prestations directes et 1 210 observations pour les prestations indirectes

Forfait 15h : Moyenne calculée sur 685 observations pour les prestations directes et 615 pour les prestations indirectes

Tableau 21 : Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un travailleur social (en heures)

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Forfait 10h		Forfait 15h	
		Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)	Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	1,36	1	1,88	1,39
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	0,66	0,13	0,24	0,08
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	0,18	1,6	0,13	1,83
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0	0,46	0,03	0,47
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-44	L'ETAPE	0,58	0,83	0,79	1,14
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	0,71	0,62	0,93	0,95
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-38	CD Nord	0,43	0,48	0,72	0,38
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	0,12	0,06	0,68	0,20
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	0,35	0,3	0,97	0,81
EqLAAT-68	Escavie	1,53	0,57	1,33	1
EqLAAT-98	Diapasom	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-100	APF 87	0,22	0,08	0,39	0,13
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	2,9	2,26	2,16	1,96
EqLAAT-40	IRSAM	0,33	0,16	0,35	0,18
Moyenne totale (en heures)		0,72	0,66	0,82	0,81

* Forfait 10h : Moyenne calculée sur 793 observations pour les prestations directes et 725 pour les prestations indirectes
 Forfait 15h : Moyenne calculée sur 488 observations pour les prestations directes et 443 pour les prestations indirectes

Tableau 22: Temps moyen passé à la réalisation de prestations directes et indirecte par un professionnel de l'équipe (autre ergo et TS) (en heures)

N° EqLaat	Nom de l'EqLaat	Forfait 10h		Forfait 15h	
		Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)	Prestations directes (heures)	Prestations indirectes (heures)
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	0,89	0,87	1,11	1,01
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	0,08	1,00	0	1
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	0,02	0,02	0,2	0,33
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	0,06	0,01	0,09	0,06
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-44	L'ETAPE	0,51	1	0,52	1
EqLAAT-51	VVV 3 Bretagne	0,08	0,91	0,57	0,9
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompert	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-38	CD Nord	0,09	0,81	0,17	0,81
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	0	0,26	0	0,31
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	0,43	0,49	0,58	0,70
EqLAAT-68	Escavie	0	2	0	2
EqLAAT-98	Diapasom	ND	ND	ND	ND
EqLAAT-100	APF 87	0	0	0	0
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	0,15	1,06	0,95	1,02
EqLAAT-40	IRSAM	0	0,55	0	1,57
Moyenne totale (en heures)		0,19	0,70	0,35	0,76

* Forfait 10h : Moyenne calculée sur 744 observations pour les prestations directes et 771 pour les prestations indirectes

Forfait 15h : Moyenne calculée sur 463 observations pour les prestations directes et 540 pour les prestations indirectes

Tableau 23 : Nombre moyen de visites à domicile par type de forfait

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Forfait 10h	Forfait 15h
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	ND	ND
EqLAAT-69	Optéo	2,02	1,77
EqLAAT-11	CREEDAT	ND	ND
EqLAAT-28	ARDEVIE	2,88	3,48
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	1,92	2,58
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	1,59	1,5
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	2,55	3,88
EqLAAT-44	L'ETAPE	1,51	2,02
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	2,17	2,38
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompert	0,94	1
EqLAAT-38	CD Nord	1,65	1,92
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	0,92	1,8
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	2	2,95
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	2,11	3,75
EqLAAT-68	Escavie	2,5	4
EqLAAT-98	Diapasom	1	2,22
EqLAAT-100	APF 87	2	2
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	1,85	2,02
EqLAAT-40	IRSAM	1,75	1,66
Moyenne totale		1,84	2,41

* Forfait 10h : Moyenne calculée sur 1 416 observations

Forfait 15h : Moyenne calculée sur 670 observations

Tableau 24 : Nombre moyen de kilomètres effectués par trajet aller-retour

N° Eqlaat	Nom de l'Eqlaat	Nombre de km par trajet aller-retour
EqLAAT-72	Cap Azur santé / Ch grasse	NA
EqLAAT-69	Optéo	76,40
EqLAAT-11	CREEDAT	NA
EqLAAT-28	ARDEVIE	64,88
EqLAAT-62	Union mutuelle de corse	70,83
EqLAAT-34	Gard Et Autonomie	95,19
EqLAAT-80	GIHP Aquitaine	62,45
EqLAAT-44	L'ETAPE	44,88
EqLAAT-51	VYV 3 Bretagne	49
EqLAAT-103	CICAT Lorraine / Fondation Bompard	90,64
EqLAAT-38	CD Nord	57,83
EqLAAT-31	CEPS CICAT 67	40,53
EqLAAT-07	CICAT Pays de la Loire	33,11
EqLAAT-32/ EqLAAT-57	Ressources + CD 76	34,32
EqLAAT-68	Escavie	36
EqLAAT-98	Diapasom	96,64
EqLAAT-100	APF 87	43,07
EqLAAT-60	CRICAT Guadeloupe	47,84
EqLAAT-40	IRSAM	61,84
Moyenne totale (en km)		59

* Moyenne calculée sur 2 231 observations (650 valeurs manquantes et/ou non disponibles)