

RAPPORT D'ÉVALUATION DE FIN D'ÉTUDE

Équipes locales d'accompagnement aux
aides techniques – EqlAAT

Elise Meto, Robert Launois



Liste des acronymes

ACTP : Allocations compensatrices pour tierce personne
 ACFP : Allocations compensatrices pour frais personnels
 AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
 APA : Allocation personnalisée d'autonomie
 AT : Aides Techniques
 CDC : Cahiers des Charges
 CICAT : Centre d'Informations et de Conseils sur les Aides Techniques
 EqLAAT : Equipe Locale d'Accompagnement sur les Aides Techniques
 ESAT : Evaluation de la Satisfacation envers une Aide Technique
 GAS : Goal Attainment Scale
 IAD : Intervention à domicile
 MPR : médecine physique et de réadaptation
 PCH : Prestation de Compensation du Handicap
 VM : Valeurs Manquantes

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Les vingt-quatre équipes locales déployées : structure, public cible et territoire.....</i>	28
<i>Tableau 2 : Professionnels mobilisés en Equivalent Temps Plein (ETP) dans les vingt-quatre équipes</i>	29
<i>Tableau 3 : Nombre moyen d'accompagnements par ETP (ergothérapeute/travailleur social) par équipe</i>	31
<i>Tableau 4 : Les équipes ayant des spécificités complémentaires à EqLAAT.....</i>	32
<i>Tableau 5 : Volume d'inclusion par équipe et objectifs cibles.....</i>	34
<i>Tableau 6 : Caractéristiques des personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes</i>	35
<i>Tableau 7 : Estimation du volume d'ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux requis par équipe ...</i>	38
<i>Tableau 8 : Aides techniques jugées nécessaires par les usagers lors de l'évaluation initiale des EqLAAT (selon la classification de la norma ISO 9999 v2016).....</i>	47
<i>Tableau 9 : Répartition des types d'aides techniques essayées par les équipes.....</i>	57
<i>Tableau 10 : Répartition des types d'aides techniques mises en place par les équipes (selon la classification ISO 9999 v2016)</i>	63
<i>Tableau 11 : Financement du dispositif (source : cahier des charges).....</i>	88
<i>Tableau 12 : Nombre de forfait 10h et de forfait 15h déclenchés par équipe</i>	89
<i>Tableau 13 : Temps moyens réels passés à l'accompagnement par forfait et par équipe (Données SI)</i>	90
<i>Tableau 14 : Temps réels passés à l'accompagnement par équipe (Données Enquête en ligne).....</i>	91
<i>Tableau 15 : Temps moyens réels passés à l'accompagnement par forfait et charges directes</i>	92
<i>Tableau 16 : Nombre moyen de visites par forfait et trajet moyen parcouru par équipe</i>	93
<i>Tableau 17 : Montants réels des forfaits d'accompagnement.....</i>	96

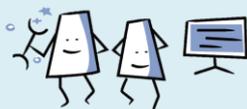


Tableau 18 : Catégories et types de coûts non pris en compte dans le modèle de financement initial 97

Liste des figures

Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques.....	14
Figure 2 : Parcours des personnes accompagnées par EqLAAT	21
Figure 3 : Rayonnement du dispositif auprès des acteurs du territoire.....	23
Figure 4 : Déficiences principales des personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes	36
Figure 5 : Incapacités rencontrées par les personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes (Cf. Annexe 2. Tableau détaillé).....	37
Figure 6 : Activités ciblées par les accompagnements dans les vingt-quatre équipes.....	44
Figure 7 : Activités ciblées par les accompagnements par équipe	45
Figure 8 : Part moyenne des aides techniques déjà en place non adaptées et non utilisées par équipe	47
Figure 9 : Niveau de collaboration avec les acteurs extérieurs.....	51
Figure 10 : Nombre moyen d'aides techniques testées et essayées par personne par équipe (Cf. Annexe 3. Tableau détaillé)	56
Figure 11 : Moyens mobilisés par les vingt-quatre équipes pour réaliser les essais des aides techniques (Cf. Annexe 4. Tableau détaillé)	58
Figure 12 : Délais médians d'accès aux essais	60
Figure 13 : Durées moyennes des essais des aides techniques par équipe.....	61
Figure 14 : Répartition des types d'aides techniques par équipe	65
Figure 15 : Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 04 & 05.....	65
Figure 16: Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 06 & 09.....	65
Figure 17 : Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 12 & 15.....	66
Figure 18: Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 18 & 22.....	66
Figure 15 : Ressources mobilisées pour l'acquisition des aides techniques par équipes	68
Figure 16 : Délais médians d'acquisition des aides techniques.....	69
Figure 17 : Les causes de renoncement à l'acquisition des aides techniques	71
Figure 18 : Les causes d'abandons des aides techniques 3 mois après leurs mises en place.....	75
Figure 19 : Score Goal Attainment Scale par équipe.....	81
Figure 20 : Scores moyen mini-zarit avant et depuis l'accompagnement par EqLAAT	84
Figure 21 : Répartition de l'intensité de la charge mentale avant et depuis l'accompagnement	84

Liste des annexes

Annexe 1 : Structure porteuse et ancienneté sur le territoire.....	103
Annexe 2 : Incapacités rencontrées par les personnes accompagnées.....	104
Annexe 3 : Aides techniques testées vs aides techniques essayées par équipe	104
Annexe 4 : Moyens mobilisés pour la réalisation des essais par équipe	105
Annexe 5 : questionnaire du mini-zarit modifié	106
Annexe 7 : Charges indirectes par forfait d'accompagnement et par équipes (Tableau 1 : cadre du forfait de 10h ; Tableau 2 : cadre du forfait de 15h)	107





SOMMAIRE

SYNTHESE	7
1 CONTEXTE	12
2 RECONSTITUTION DES OBJECTIFS DU PORTEUR	13
2.1 ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	13
2.2 OBJECTIFS OPERATIONNELS	13
2.3 LISTE DES QUESTIONS EVALUATIVES.....	14
3 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L’EVALUATION A MI-PARCOURS (04/2023)	15
4 METHODOLOGIE DE L’EVALUATION	16
4.1 L’EVALUATION REALISTE : UNE APPROCHE PAR DES PROCESSUS CORRELES ET INTERACTIFS	16
4.2 ANALYSE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DES DONNEES INDIVIDUELLES	17
4.3 CHRONOLOGIE DES ENTRETIENS QUALITATIFS.....	17
4.4 ENQUETES EN LIGNE.....	18
4.5 QUALITE DES DONNEES DU SYSTEME D’INFORMATION	19
4.6 COMPRENDRE COMMENT LES ACTEURS REAGISSENT A L’EXPERIMENTATION.....	19
4.6.1 ADOPTER UNE HYPOTHESE POUR SA CAPACITE A EXPLIQUER CERTAINS FAITS : LA DEMARCHE ABDUCTIVE	19
4.6.2 ANALYSE DU CONTENU DES VERBATIMS	20
5 FAISABILITE : DANS QUELLE MESURE LES EQUIPES LOCALES ONT-ELLES FACILITE L’ACCES A UN SERVICE D’ACCOMPAGNEMENT AUX AIDES TECHNIQUES ?	21
5.1 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS PAR LES EQUIPES	21
5.1.1 LES GRANDES ETAPES DE L’ACCOMPAGNEMENT	21
5.1.2 ORIENTATION VERS LES EQLAAT	22
5.2 L’INTERET DES BENEFICIAIRES ENVERS LES EQUIPES LOCALES	23
5.2.1 LES FACTEURS DETERMINANTS DE L’ADHESION DES USAGERS ENVERS LE DISPOSITIF	23
5.2.2 LES OBSTACLES A L’ADHESION DES USAGERS	26
5.3 DEPLOIEMENT ET MONTEE EN CHARGE DES EQUIPES LOCALES.....	27
5.3.1 TERRITOIRE CIBLE.....	27
5.3.2 PROFESSIONNELS MOBILISES DANS L’ACCOMPAGNEMENT	29
5.3.3 SPECIFICITES DES EQUIPES	31
5.3.4 RECRUTEMENT DES BENEFICIAIRES.....	33
5.3.5 LES OBSTACLES RENCONTRES PAR LES EQUIPES DANS LEUR DEPLOIEMENT ET LEUR ACTIVITE	37
6 EFFICACITE : DANS QUELLE MESURE L’EXPERIMENTATION A-T-ELLE CONTRIBUE A AMELIORER LA PERTINENCE DES ACCOMPAGNEMENTS ET DU SUIVI EN CONDITION NORMALE D’USAGE ?	42
6.1 DUREE DES ACCOMPAGNEMENTS.....	43
6.2 ÉVALUATION DES BESOINS	43
6.2.1 IDENTIFICATION DES BESOINS D’ACCOMPAGNEMENT.....	43
6.2.2 LES APPORTS DE LA PLURIPROFESSIONNALITE ET DE LA PLURIDISCIPLINARITE DANS LE CHOIX DES AIDES TECHNIQUES	48
6.2.3 SOLLICITATION DES CENTRES EXPERTS ET PASSAGE DE RELAIS A UNE AUTRE STRUCTURE	49
6.3 COLLABORATION AVEC LES ACTEURS EXTERIEURS.....	50



6.3.1	UN TRAVAIL COMPLEMENTAIRE AVEC LES PROFESSIONNELS EXTERIEURS ACCOMPAGNANT LA PERSONNE	50
6.3.2	COLLABORATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	51
6.3.3	LES DEFIS DE LA COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE	52
6.4	COMMENT FAIRE LE BON CHOIX	54
6.4.1	ESSAIS DES AIDES TECHNIQUES A DOMICILE OU TESTS EN DEHORS DU LIEU DE VIE	54
6.4.2	REPARTITION ENTRE LES ESSAIS ET LES TESTS	55
6.4.3	VENTILATION DES AIDES TECHNIQUES ESSAYEES ENTRE LES NIVEAUX DE LA NOMENCLATURE ISO 9999 v2016	56
6.4.4	ORIGINE DU MATERIEL AYANT SERVI AUX ESSAIS	57
6.4.5	DELAIS D'ACCES AUX ESSAIS DES AIDES TECHNIQUES.....	59
6.4.6	LONGUEUR DE LA PERIODE D'ESSAI	60
6.5	IMPLANTATION DES AIDES TECHNIQUES SUR LES LIEUX DE VIE	61
6.5.1	PRECONISATION ET MISES A DISPOSITION DES AIDES TECHNIQUES	61
6.5.2	TYPES D'AIDES TECHNIQUES MISES A DISPOSITION	63
6.5.3	ORIGINES DES RESSOURCES MOBILISEES POUR LA MISE A DISPOSITION	67
6.5.4	DELAIS POUR LA MISE A DISPOSITION DES AIDES TECHNIQUES	68
6.5.5	FACTEURS FAVORISANT L'ACQUISITION DES AIDES TECHNIQUES	70
6.5.6	OBSTACLES A L'ACQUISITION DES AIDES TECHNIQUES.....	71
6.6	MAINTIEN DE L'USAGE DES AIDES TECHNIQUES A LONG TERME.....	74
6.7	CONFIGURATIONS ICARE	75

7 EFFICACITE : DANS QUELLE MESURE L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE CONTRIBUE A AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES PAR EQLAAT ? **81**

7.1	UNE AIDE SIGNIFICATIVE DANS LA REALISATION DES TACHES DE LA VIE QUOTIDIENNE	81
7.2	DES EFFETS VARIABLES SELON LE PROFIL DE L'USAGER.....	82
7.3	LA PLACE DE L'AIDANT	83
7.3.1	UN MAILLON INDISPENSABLE DANS LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	83
7.3.2	UN FARDEAU ALLEGE.....	83
7.3.3	EXPERIMENTATION DES ACTIONS DE PAIR-AIDANCE	85

8 EFFICIENCE : L'EXPERIMENTATION A-T-ELLE PERMIS DE COUVRIR LE BESOIN DE FINANCEMENT DU DISPOSITIF ET D'AMELIORER L'EFFICIENCE ? **87**

8.1	FINANCEMENT DU DISPOSITIF	87
8.2	COUT REEL POUR LES EQUIPES	89
8.2.1	COUT REEL DES CHARGES DIRECTES	89
8.2.2	COUT REEL DES FRAIS DE TRANSPORT	93
8.2.3	COUT REEL DES CHARGES INDIRECTES	93
8.2.4	COUTS CACHES NON PRIS EN COMPTE OU SOUS-ESTIMES DANS LES FORFAITS D'ACCOMPAGNEMENT	96

9 POINTS D'AMELIORATION MENTIONNES PAR LES PROFESSIONNELS **99**

10 CONCLUSION..... **100**

BIBLIOGRAPHIE **102**



Synthèse

L'expérimentation Équipes Locales d'Accompagnement Aides Techniques (EqLAAT), portée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), est une expérimentation visant à combler le déficit existant en France par rapport aux aides techniques. 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.

Faisabilité : l'expérimentation a-t-elle ou non permis de faciliter l'accès à un service d'accompagnement aux aides techniques ?

Déploiement d'une prise en charge ouverte à tous

L'amélioration de l'accès aux services d'accompagnement a contribué à démocratiser l'utilisation des aides techniques. Auparavant, les personnes rencontraient des difficultés liées à des orientations inadéquates et à des contraintes financières et géographiques. Grâce aux équipes locales, un processus en sept étapes selon le cadre européen des systèmes de prestation de services pour les technologies d'assistance¹, assurant ainsi une évaluation et un accompagnement structurés.

Les acteurs à l'origine de l'adressage des usagers vers EqLAAT

Les équipes locales ont été principalement sollicitées par les équipes médico-sociales, les assistantes sociales, les ergothérapeutes, et les usagers. Cependant, la participation des médecins, principaux prescripteurs d'aides techniques, a été limitée, soulignant la nécessité de les inclure davantage dans les canaux de promotion.

Différentes motivations pour les usagers à entrer dans le dispositif

Les bénéficiaires ont rejoint EqLAAT en raison de son approche holistique et accessible, levant les barrières financières liées aux coûts de déplacement, notamment pour les personnes à mobilité réduite en zones rurales. Les coordinatrices sociales ont facilité l'accès aux aides techniques en recherchant des financements. La satisfaction des usagers est due à la réactivité et la proximité des professionnels d'EqLAAT, renforçant le lien de confiance. En tant qu'intermédiaire neutre, EqLAAT a établi un environnement de confiance entre les usagers et les revendeurs de matériel médical. Cependant, des freins subsistent, tels que l'acceptation de l'aide technique, la stigmatisation, la réticence comportementale, l'âge, la résistance à demander de l'aide et le coût des aides techniques.

Volumétrie des inclusions six mois avant la fin de l'expérimentation

En août 2023, 7 768 personnes ont été accompagnées selon les données rapportées par le porteur de projet. Le nombre de sujets à inclure avait été initialement fixé à 13 550 personnes pour les vingt-quatre équipes. Cela représente 57% de l'objectif sur les deux années d'expérimentation.

Les facteurs favorisant et entravant le déploiement du dispositif

Les activités d'EqLAAT ont été entravées par des obstacles tels que le manque de personnel et les trajets longs, surtout en zones rurales. L'implantation géographique a influencé la qualité

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



de l'accompagnement, avec des avantages dans les régions riches en structures médico-sociales. L'ancienneté des structures porteuses du dispositif a facilité la coordination et créé une familiarité entre les intervenants, optimisant les interventions. Les équipes ont établi des partenariats couvrant tout le continuum de soins, renforçant la coordination des services pour une approche globale adaptée aux besoins individuels.

Durée des accompagnements

La durée moyenne d'accompagnement pour un forfait de 10h est de 191 jours (*IC à 95% : 184 à 197*). Pour un forfait de 15h, la durée moyenne est de 212 jours (*IC à 95% : 203 à 223*).

Efficacité : l'expérimentation a-t-elle contribué ou non à renforcer la pertinence des accompagnements et du suivi en condition normal d'usage ?

Évaluation des besoins et de l'environnement au cours de la première visite à domicile

L'évaluation dans le lieu de vie quotidienne a été essentielle pour une individualisation des conseils et solutions. Ces visites ont été particulièrement bénéfiques pour les personnes vivant dans des zones isolées ou ayant une mobilité réduite. Parmi les vingt-quatre équipes impliquées, les accompagnements ont principalement ciblé la mobilité, les déplacements dans le logement, la toilette et les manipulations. Avant l'accompagnement, 81% des personnes bénéficiaient déjà d'au moins une aide technique à domicile, mais 34% n'étaient ni utilisées ni adaptées.

Essais des aides techniques en vie réelle

EqLAAT révolutionne les essais d'aides techniques en permettant des tests à domicile, améliorant ainsi l'adaptation aux besoins des bénéficiaires. Les ergothérapeutes ont pu faire essayer en moyenne deux aides techniques, principalement liées à la mobilité personnelle, aux activités d'entretien personnel et aux aménagements environnementaux. Les équipes ont utilisé leur propre parc d'aides techniques et ont collaboré avec des revendeurs. En revanche, la location, les prêts des fabricants et les partenaires non commerciaux ont été peu mobilisés. Les équipes n'ont quasiment pas acheté d'aides techniques neuves et ont utilisé peu celles déjà présentes au domicile. Le délai moyen d'accès aux essais, à compter de la première visite à domicile, a été de 11 jours (*IC à 95% : 10,85 à 12,08*), avec une durée d'essais en moyenne de 6 jours (*IC à 95% : 5,23 à 5,88*).

Acquisition des aides techniques

En moyenne pour chaque personne accompagnée, trois aides techniques ont été préconisées après les essais, mais seulement deux ont été effectivement mises en place, indiquant une mise en œuvre à hauteur de 68%. Les domaines principaux d'utilisation incluent les activités d'entretien personnel, la participation aux activités de mobilité personnelle et de transport, ainsi que les aménagements environnementaux.

La majorité des aides techniques (79%) ont été acquises neuves, tandis que les prêts et les locations représentent respectivement 6% et 5%. Les achats d'occasion constituent 3%, et 7% des aides techniques ont été obtenues par d'autres moyens.

Le délai médian pour obtenir des aides techniques a été de 20 jours, avec des variations en fonction des modalités d'acquisition. Notamment, les achats d'aides techniques neuves ont pris plus de temps par rapport aux prêts ou à la location.

Motivations des personnes à l'acquisition des aides techniques



Les principaux facteurs favorisant l'acquisition et l'utilisation des aides techniques après l'intervention d'EqLAAT incluent l'adéquation aux besoins, la formation à l'utilisation des aides, l'évolution positive de la perception de l'utilisateur, et le soulagement des proches. Globalement, les personnes accompagnées ont exprimé une satisfaction élevée à l'égard des procédures d'acquisition des aides techniques mises en place par EqLAAT.

Obstacles personnels à l'acquisition des aides techniques

Le renoncement à l'acquisition des aides techniques est principalement dû au fait que certaines personnes ne sont pas encore prêtes à les utiliser, elles préfèrent suivre leurs habitudes, agir de manière autonome sans recourir à des aides techniques, et parfois privilégier l'assistance humaine. Les délais, les coûts élevés et les procédures administratives complexes sont des facteurs de renoncement. Les critères stricts des aides financières, atténués par l'assistance sociale, créent des barrières d'accès. Les usagers, se sentant rassurés et écoutés, soulignent une amélioration par rapport aux démarches administratives antérieures.

Suivi de l'utilisation de l'aide technique à trois mois

Trois mois après la fin de l'accompagnement, 92% des aides techniques étaient toujours utilisées en moyenne. Pour 75% des personnes accompagnées, toutes les aides étaient encore en usage. Les abandons étaient rares, principalement dus au décès des utilisateurs et au fait que certaines personnes n'étaient pas encore prêtes à utiliser. L'évolution de la maladie était aussi une cause fréquente d'abandon.

Des accompagnements réussis grâce à des échanges réguliers au sein de l'équipe

Les échanges réguliers ont favorisé une approche globale, réduisant la fatigue des usagers. La stabilité du personnel contribue à une meilleure communication au sein des équipes. L'enthousiasme des équipes pluridisciplinaires a été apprécié par les usagers. La collaboration en réseau, tant en interne qu'en externe, renforce la coordination et la veille professionnelle.

Coordination avec les acteurs extérieurs

Les équipes ont reconnu la nécessité de solliciter des centres experts pour des accompagnements spécifiques, mais seulement 6% des personnes accompagnées en ont bénéficié. La collaboration avec des partenaires spécialisés, tels que les orthoptistes et les associations, est soulignée. Certains professionnels expriment le besoin d'une meilleure formation, notamment sur des domaines spécifiques comme la déficience visuelle, auditive, les troubles cognitifs, etc.

La collaboration est élevée avec des acteurs de proximité, bien que plus limitée avec les médecins généralistes, structures hospitalières, écoles et employeurs. La coordination vise à éviter les doublons et à simplifier les interventions pour les usagers. Cependant, des obstacles tels que la délégation excessive de missions par des acteurs externes, des problèmes de cloisonnement de l'information, la perception d'EqLAAT comme un concurrent, et le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute ont entravé la légitimité de leurs actions.

Efficacité : l'expérimentation a-t-elle contribué ou non à améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées ?

Amélioration de la qualité de vie des usagers

Le score GAS a confirmé que 94% des accompagnements ont atteint ou dépassé les objectifs fixés par les usagers, soulignant des améliorations notables dans les activités quotidiennes. Les retours des usagers ont également souligné la contribution positive des aides techniques. L'expérience a également augmenté considérablement le niveau d'information des usagers sur les aides techniques, passant de 3,6/10 à 7,2/10 en moyenne.



Variabilité des effets selon le profil de l'utilisateur

L'efficacité du dispositif EqLAAT a varié en fonction du profil de l'utilisateur, particulièrement pour ceux atteints de maladies évolutives. Près de la moitié des professionnels ont jugé que l'aide technique n'était pas suffisamment efficace, nécessitant toujours une assistance humaine. De plus, 26% ont estimé qu'elle devenait rapidement obsolète en raison de l'évolution de la maladie. L'évolutivité de la maladie a contribué à 8% des cas de renoncement à l'acquisition d'aides techniques.

Importance de l'aidant et de la pair-aidance dans l'utilisation des aides techniques

La contribution des aidants dans le dispositif est cruciale, surtout pour les aides techniques nécessitant une assistance. Certains professionnels ont insisté sur la nécessité de former les aidants pour garantir une utilisation efficace des aides techniques, considérant leur rôle essentiel pour assurer la sécurité des bénéficiaires. Pour autant, certains aidants ne pouvaient pas offrir une assistance adéquate, entraînant l'abandon de l'utilisation des aides techniques.

Une expérimentation de pair-aidance a été réalisée, favorisant les interactions entre des individus partageant des défis similaires. Les avantages incluent un accès facilité au matériel, l'apprentissage des manipulations des aides techniques, la rupture de l'isolement et le renforcement de la confiance en soi. Les opinions sur l'utilité de la pair-aidance varient en fonction des situations et des préférences des usagers.

Efficiences : l'expérimentation a-t-elle permis ou non de couvrir le besoin de financement du dispositif et d'améliorer l'efficacité ?

Solvabilisation des bénéficiaires par le financement des accompagnements

Le financement repose sur deux forfaits à la séquence, un Forfait 10h pour les situations courantes et un Forfait 15h pour les situations complexes.

Parmi les 14 équipes pour lesquelles nous avons eu à notre disposition les données concernant le nombre de forfaits déclenchés, 3 215 forfaits 10 h et 1 233 forfaits 15 h ont été déclenchés. Ainsi, sur la base de 6 121 748 € alloués pour le forfait 51 pour 14 équipes¹, 3 116 778 € (51 %) de forfait 51 ont été réellement dépensés à ce stade de l'expérimentation.

Soutenabilité du projet

Les charges directes réelles d'accompagnement (incluant la prise en charge, les frais de repas, et l'hygiénisation des aides techniques) sont en moyenne de 530€ pour 11,61h d'accompagnement [dans le cadre du forfait de 10 h] et 778 € pour 16,8h d'accompagnement [dans le cadre du forfait de 15 h]. Les frais de transport pour les visites à domicile sont de 38,5 € en plaine et 55 € en montagne pour un forfait de 10 heures, et de 60 € en plaine et 86 € en montagne pour un forfait de 15 heures. En moyenne, 2 visites à domicile sont réalisées pour un forfait de 10 heures, et 3 visites pour un forfait de 15 heures. Les charges indirectes réelles de coordination et gestion sont de 466 € (11,6h/personne) et 671€ (16,6h/personne). Elles dépassent celles du modèle de financement de l'expérimentation en raison d'une estimation initiale sur 12 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux, alors que les équipes rapportent environ 2,55 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux.

Ainsi, les frais totaux d'accompagnement sont de 1034€ pour 11,6h en plaine et 1051€ en montagne. Pour 16,8h, les frais totaux sont respectivement de 1509€ en plaine et 1535€ en montagne.

¹ Le budget estimé pour le forfait 51 dans le CDC est de 10,388 millions € pour les 24 équipes.



Coûts non pris en compte dans le modèle de financement initial

Certains coûts ont échappé à l'analyse financière initiale tels que les frais liés de déplacements, les frais matériels, les coûts administratifs et financiers, et d'autres dépenses indirectes. Neuf équipes ont bénéficié de financements complémentaires (subventions départementales, CICAT, CARSAT, Technicothèque, Projet AACTA), notamment pour l'achat d'aides techniques, la location de véhicules et le financement d'ergothérapeutes. La mutualisation des frais fixes avec les structures de rattachement a été essentielle, incluant locaux, véhicules, matériel informatique, ressources humaines. Un professionnel a souligné que si l'on isole uniquement la mission EqLAAT, les frais de fonctionnement seraient très importants.



Rapport

1 Contexte

Les aides techniques (AT)¹ 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 et avec 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 (version 2016). Cette codification se décline en trois niveaux hiérarchiques de 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 aides techniques peuvent être de 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 aides techniques à un « parcours du combattant ». Le manque d'information et d'accompagnement est préjudiciable à la réussite des projets des personnes en matière d'aides techniques. Les coûts et la complexité des démarches administratives sont autant de freins majeurs.

En France, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées peuvent bénéficier d'un accompagnement pour le choix et l'utilisation d'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 un service médico-social. Les Centres d'Information et de Conseil en Aides techniques (CICAT), par exemple, 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 en 2019 et leurs activités peuvent différer d'un site à un autre. De plus, les CICATs n'ont pas de financements pérennes pour leur activité. Ainsi, ce modèle propose une base intéressante, mais ne saurait être généralisé en l'état.

De plus, 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 aides techniques 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 aides techniques dans la population et un taux d'abandon de l'utilisation important.

¹ La définition de « produit d'assistance » selon la norme ISO 9999 est tout produit (y compris tout dispositif, équipement, instrument, technologie et logiciel) fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, à compenser, à contrôler, à soulager ou à neutraliser les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation ».



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 aides techniques, un accompagnement par des professionnels formés à aider les personnes handicapées et âgées à choisir et à utiliser les aides techniques 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.

L'expérimentation Équipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques (EqLAAT), portée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), est une expérimentation visant à combler le déficit existant en France par rapport aux aides techniques. Face à une demande croissante, l'offre dans certains territoires est insuffisante, voire inexistante. Vingt-quatre équipes locales, indépendantes de toute activité commerciale, ont été déployées sur toutes les régions françaises, à l'exception de la Guyane et de la Martinique. Leurs activités sont d'évaluer et d'accompagner, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, aux choix des aides techniques, à leur prise en main et à leur utilisation à long terme. Leurs objectifs sont d'un côté, d'améliorer l'autonomie, la sécurité et le confort des personnes dans la réalisation des activités de la vie courante ; de l'autre, d'expérimenter de nouveaux modes de financement permettant à toutes les personnes d'accéder à un accompagnement personnalisé.

2 Reconstitution des objectifs du porteur

2.1 Orientations stratégiques

Les objectifs 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 quatre mots qui résument le sens de l'action à mettre en œuvre.

Dans le cas du dispositif EqLAAT, les objectifs stratégiques sont les suivants :

- Objectif stratégique 1 (OS1) : Créer un service de proximité accessible et adapté ;
- Objectif stratégique 2 (OS2) : Renforcer la logistique des EqLAAT et les compétences des intervenants ;
- Objectif stratégique 3 (OS3) : Améliorer la pertinence des préconisations et du suivi en conditions normales d'usage ;
- Objectif stratégique 4 (OS4) : Réaliser des gains d'efficience.

La réalisation des objectifs stratégiques recherchés suppose qu'une organisation structurée ait été mise en place et qu'elle permette de disposer rapidement du support logistique qui rendra cette innovation possible autrement dit « faisable ».

2.2 Objectifs opérationnels



Les objectifs opérationnels de l'expérimentation EqLAAT qui rendront possible, aux yeux des porteurs du projet, la réalisation des objectifs stratégiques sont les suivants :

- Objectif opérationnel 1 (OP1) : Délivrer aux usagers une information neutre pour répondre à la demande d'accompagnement ;
- Objectif opérationnel 2 (OP2) : Lever les obstacles géographiques et financiers à l'accompagnement aux choix et à l'utilisation des aides techniques ;
- Objectif opérationnel 3 (OP3) : Garantir la qualité des évaluations aux professionnels adresses ;
- Objectif opérationnel 4 (OP4) : Articuler les équipes locales avec les dispositifs existants
- Objectif opérationnel 5 (OP5) : Aider au choix de matériel adapté ;
- Objectif opérationnel 6 (OP6) : Aider à la bonne utilisation des aides techniques ;
- Objectif opérationnel 7 (OP7) : Vérifier le bon calibrage des forfaits ;
- Objectif opérationnel 8 (OP8) : Eviter les coûts induits ;

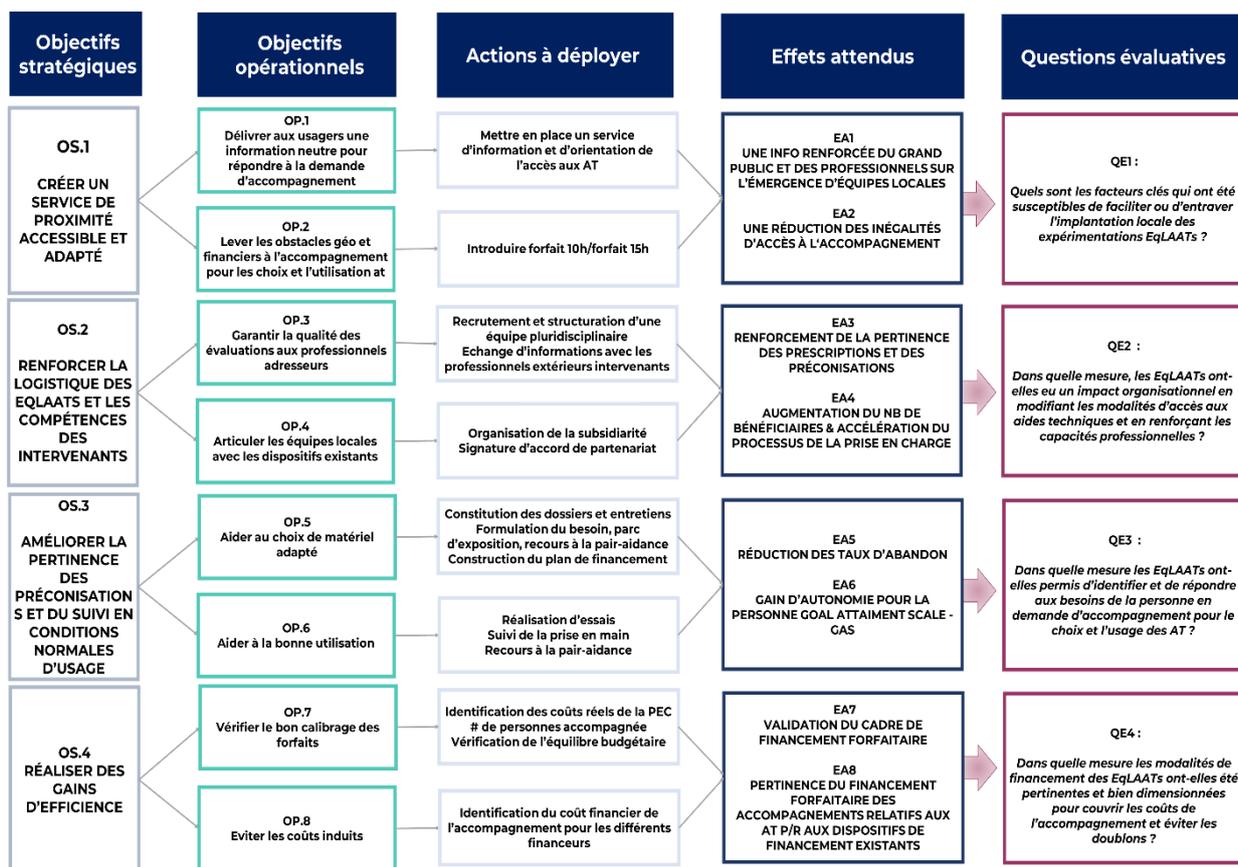


Figure 1 : Synthèse emboîtement des problématiques

2.3 Liste des questions évaluatives



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

- QE1 (OP1, OP2) : **Faisabilité**. Quels sont les facteurs clés qui ont été susceptibles de faciliter ou d'entraver l'implantation locale des expérimentations EqLAAT ?
- QE2 (OP3, OP4) : **Efficacité**. Dans quelle mesure les EqLAAT ont-elles eu un impact organisationnel en modifiant les modalités d'accès aux aides techniques et en renforçant les capacités professionnelles ?
- QE3 (OP5, OP6) : **Efficacité**. Dans quelle mesure les EqLAAT ont-elles permis d'identifier et de répondre aux besoins de la personne en demande d'accompagnement pour le choix et l'usage des aides techniques ?
- QE4 (OP7, OP8) : **Efficiace**. Dans quelle mesure les modalités de financement des EqLAAT ont-elles été pertinentes et bien dimensionnées pour couvrir les coûts de l'accompagnement et éviter les doublons ?

3 Principaux enseignements de l'évaluation à mi-parcours (04/2023)

Le dispositif EqLAAT répond à un besoin crucial en offrant un accompagnement dans le choix et l'utilisation des aides techniques, non seulement pour les personnes en situation de handicap, mais également pour les personnes âgées confrontées aux défis du vieillissement. Il se distingue par son accessibilité universelle sur l'ensemble du territoire, ne nécessitant aucune prescription spécifique, comblant ainsi des lacunes dans les zones rurales où l'accès aux professionnels de santé est limité. De plus, EqLAAT offre une solution sans reste à charge pour les bénéficiaires, renforçant ainsi son caractère inclusif et sa capacité à répondre aux besoins variés de la population.

Le nombre de personnes accompagnées par dix-neuf équipes¹ sur les treize premiers mois de l'expérimentation a été de 2 831 personnes.

Sur le plan collectif, les visites à domicile des ergothérapeutes d'EqLAAT ont un impact significatif en atteignant les personnes les plus isolées territorialement et socialement. Cela a contribué à lever les réticences envers les aides techniques souvent perçues comme stigmatisantes. De plus, EqLAAT agit en tant qu'intermédiaire de confiance entre les revendeurs et les usagers, avec 36% des essais rendus possibles grâce à la collaboration avec ces partenaires.

Au niveau individuel, la première visite à domicile permet une évaluation approfondie des besoins, offrant une compréhension in situ des défis quotidiens. Cette approche individualisée permet de préconiser des aides techniques adaptées, avec un suivi régulier pour garantir leur utilisation continue optimale : 83% des aides techniques sont encore utilisées après trois mois.

L'apprentissage de l'utilisation correcte des aides techniques et le suivi continu renforcent l'autonomie des personnes accompagnées, avec 91% déclarant avoir atteint leurs objectifs fixés. De plus, l'accompagnement social, combiné à la mise en place d'aides techniques en conditions réelles, facilite les démarches administratives pour l'acquisition du matériel.

¹ Les données d'évaluation intermédiaire du dispositif EqLAAT portaient sur 19 équipes sur 24 déployées.



La force du dispositif réside dans le zéro reste à charge pour l'accompagnement et l'assistance des travailleurs sociaux dans les démarches administratives, renforçant la satisfaction des personnes accompagnées. Cependant, des améliorations sont suggérées pour mieux former les utilisateurs, réduire les coûts et accélérer les financements, notamment pour les personnes atteintes de maladies évolutives.

4 Méthodologie de l'évaluation

La méthodologie d'évaluation retenue pour l'expérimentation du dispositif 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 ont été mises en œuvre.

4.1 L'évaluation réaliste : une approche par des processus corrélés et interactifs

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 fixés et/ou si les actions programmées ont réellement été déployées. Le rôle de l'évaluateur est de comprendre comment et pourquoi l'expérimentation a produit ou non les résultats attendus.

L'expérimentation elle-même ne crée pas le changement, mais c'est en fonction de la manière dont les acteurs de l'expérimentation appréhendent et s'approprient les 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 qui favorisent ou qui entravent la réalisation des effets attendus. Ces « facteurs » recoupent 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 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 se soustraire puisqu'il est également à l'origine des résultats observés.

Comprendre comment et pourquoi l'expérimentation fonctionne c'est, expliciter les interrelations/les configurations entre les différentes composantes de l'expérimentation. En d'autres termes, cela revient à expliquer comment l'intervention (I) s'est déroulée, dans quel contexte (C), quels en ont été les acteurs (A) et comment leurs réactions (R) ont déclenché (ou non) les mécanismes générateurs de changement qui ont produit (ou non) les effets (E) observés. Un déroulé que nous désignerons désormais par l'acronyme ICARE que nous avons créé pour identifier le jeu de ces interrelations simultanées.

L'évaluateur doit prendre tous ces éléments en considération pour expliciter les facteurs comportementaux et les facteurs contextuels à réunir pour que les effets attendus de l'expérimentation soient observés et expliquer, dans le cas contraire, les raisons pour lesquelles les résultats escomptés n'ont pas été au rendez-vous. Au-delà de la nécessité d'expliquer comment et pourquoi cela fonctionne, il faut aussi 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.



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 qu'elles préfigurent une nouvelle organisation du système de soins. Il est inenvisageable de transposer une expérimentation dans d'autres territoires sans tenir compte des éléments de contexte ayant favorisé la réussite du projet et d'espérer aboutir au même résultat dans d'autres territoires, sans tenir compte des réactions des acteurs potentiels qui peuvent être totalement différentes d'un site à l'autre et engendrer des résultats inattendus. Regarder si cela marchera ailleurs, c'est d'abord énoncer clairement les raisons pour lesquelles cela marche ici.

Cette analyse semble avoir été « appréciée » des porteurs de projet, car elle leur a permis de juger de la performance de leur projet, tant en termes de déploiement que de montée en puissance.

4.2 Analyse descriptive et comparative 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.

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 statistiques 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.

En plus des tests statistiques, l'utilisation d'un intervalle de confiance à 95% nous permet d'affiner l'interprétation des résultats. Il s'agit d'une plage de valeurs dans laquelle la valeur réelle de la population est susceptible de se trouver avec une probabilité de 95%.

Si le p-value du test statistique est $< 0,05$ et que les intervalles de confiance des moyennes ne chevauchent pas, la différence est significative.

Si le p-value est $> 0,05$ et que les intervalles de confiance des moyennes se chevauchent, la différence n'est pas significative.

En cas de chevauchement partiel, la p-value permet de trancher ou non de la significativité de la différence.

4.3 Chronologie des entretiens qualitatifs

Nous avons réalisé vingt-neuf entretiens, courant l'été 2022 (T4-T5) auprès des professionnels de six équipes cas types :

- Cinq professionnels de l'EqLAAT APF (971) ;
- Deux professionnels de l'EqLAAT Ardevie (16) ;
- Six professionnels de l'EqLAATL'Étape (34) ;



- Cinq professionnels de l'EqLAAT MDPH (63)
- Cinq professionnels de l'EqLAAT OPTEO (12) ;
- Six professionnels de l'EqLAAT Ressources-Normandie-Seine-Maritimes (76).

Au cours de ces entretiens, nous avons présenté aux professionnels interviewés des hypothèses explicitant les mécanismes générateurs d'effets. Les hypothèses créées, enrichies et consolidées au fur et à mesure des entretiens nous ont permis de mettre en lumière, par les réactions des interviewés, les facteurs comportementaux et contextuels favorisant ou entravant la réussite de l'expérimentation.

Nous avons également réalisé deux vagues d'entretiens auprès des usagers des six équipes cas types :

- 1re vague en octobre/novembre 2022 : vingt-cinq usagers des EqLAAT APF-971 (4), Ardevie 16 (5), Étape 34 (4), MDPH 63 (5), OPTEO 12 (6), Ressources-Normandie-Seine-Maritimes 76 (2). Les pathologies dont souffrent les personnes interviewées sont assez représentatives de la population prise en charge par les EqLAAT : 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.
- 2e vague en novembre/décembre 2023 : trente-cinq usagers des EqLAAT APF-971, Ardevie 16, Étape 34, MDPH 63, OPTEO 12, Ressources-Normandie 76.

Des questions ouvertes leur ont été posées afin de connaître leurs ressentis sur l'expérimentation. À des fins d'analyse, nous avons recoupé les réponses des usagers avec celles des professionnels. Cette analyse en miroir nous a permis 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.

4.4 Enquêtes en ligne

Afin de recueillir l'opinion de toutes les équipes participantes et compléter les informations issues des entretiens avec les équipes cas-types, nous avons diffusé une enquête en ligne composée de 57 questions. 56 professionnels de 22 équipes y ont participé. Cette initiative visait à obtenir un éclairage global et varié sur les différents aspects de l'expérimentation, enrichissant ainsi l'analyse qualitative des entretiens.

Une évaluation des coûts a été menée dans le cadre d'une enquête en ligne diffusée auprès des vingt-quatre équipes. Cette enquête portait sur les temps passés à la réalisation des différentes activités d'accompagnement, au nombre d'équivalents temps plein mobilisés dans l'équipe, et sur des questions plus ouvertes sur les coûts qui ne seraient pas pris en compte dans le calcul des forfaits.

Une troisième enquête en ligne a été diffusée auprès des aidants des personnes accompagnées par EqLAAT. Le questionnaire Mini-Zarit modifié s'attachant à évaluer la « charge mentale » que les aidants ont ressentie avant et depuis l'accompagnement par EqLAAT a été proposé par l'équipe évaluatrice et diffusé en ligne par l'intermédiaire des équipes. Les aidants ont dû répondre aux questions ci-dessous selon la cotation jamais, parfois, souvent. Les questions sont détaillées Annexe 5. Leurs réponses ont permis de calculer un score évaluant l'intensité du « fardeau ».

L'amélioration de l'autonomie d'une personne accompagnée par EqLAAT a été mesurée par le score GAS (Goal Attainment Scale) qui permet de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs de l'accompagnement, défini a priori par les usagers et les professionnels des EqLAAT. En d'autres termes, il s'agit d'une échelle qui se concentre sur l'évaluation de l'impact de



l'intervention en se basant sur des paliers, représentant différents niveaux de réalisation des objectifs. Ces paliers vont de -2 à +2, où -2 correspond au niveau actuel, 0 au niveau attendu, et +2 au niveau maximal espéré. Les objectifs sont de permettre aux personnes accompagnées d'accomplir des activités quotidiennes de manière autonome et/ou à améliorer leur qualité de vie grâce à l'utilisation d'aides techniques, avec ou sans l'assistance d'une tierce personne.

4.5 Qualité des données du système d'information

Les données individuelles ont été extraites des systèmes d'information des équipes locales pour la période de septembre 2021 à août 2023. 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.

Les vingt-quatre équipes ont toutes transmis les données de leur système d'information, portant le total à 7 762 observations. Ces données sont dites éligibles et évaluables et ne tiennent pas compte de l'ensemble des accompagnements offert par les équipes qui ont dû être exclues faute de conformité avec le protocole de déclaration unique signée entre la CNAM et la CNIL (note d'information visant à autoriser l'exploitation des données individuelles)

L'exploitation des données a été parfois « complexe ». 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 elle (*mise en forme d'une table unique avec les données de toutes les équipes*) a été très chronophage dans la mesure où le type des variables (caractère et numérique) variait d'une équipe à l'autre, d'autant plus que certaines équipes ne remplissaient pas les données au bon endroit. Il a fallu recoder chaque variable pour chaque équipe sur le même type pour les concaténer.

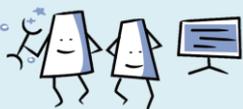
Quatorze équipes ont mis à disposition les 156 variables de leur système d'information. Pour dix équipes, 57 variables n'ont pas été transmises, générant ainsi de nombreuses valeurs manquantes. Ces variables absentes portaient principalement sur les parties suivantes du système d'information : aides techniques utilisées à 3 mois ; score GAS + questions ESAT ; type de forfait & durée ; accompagnement EqLAAT (file active).

Face aux multiples difficultés rencontrées dans l'exploitation des données, 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 multisites pour que l'évaluation des données soit plus fiable, et les conclusions de meilleure qualité.

4.6 Comprendre comment les acteurs réagissent à l'expérimentation

4.6.1 Adopter une hypothèse pour sa capacité à expliquer certains faits : la démarche abductive

Les données qualitatives ont permis de faire apparaître des éléments de contexte, des facteurs comportementaux/mécanismes et des effets qui n'avaient pas été envisagés dans le cahier des charges de l'expérimentation et dans le rapport Denormandie-Chevalier HAS daté de 2020 sur lesquels reposait la théorie initiale de l'expérimentation EqLAAT. Le dialogue entre



évaluateurs et porteurs/professionnels impliqués a permis de confronter les visions de la recherche et du terrain afin de construire de nouvelles configurations au plus près de la réalité. Cette élaboration est le résultat d'allers-retours entre les acteurs et les évaluateurs lors des entretiens collectifs puis de la lecture des retranscriptions correspondantes. Les composantes du modèle de "causalité génératrice" résumée par l'acronyme ICARE ont été identifiées dans le texte du rapport à l'aide de la nomenclature suivante : interventions relatives à l'action ; interventions de soutien ; facteurs contextuels entravants, facteurs contextuels facilitants ; mécanismes réactionnels ; effets observés. Le contenu détaillé des thèmes qui ont été explorés dans le cadre de ces étiquettes est résumé p.75.

Pour expliquer la dynamique de fonctionnement du dispositif expérimental, l'évaluation réaliste utilise la rétroduction comme mode de raisonnement. Dans la rétroduction, l'analyse part des résultats observés et explore les conditions contextuelles et les mécanismes par lesquels les résultats peuvent être expliqués. On procède en quelque sorte à un chaînage arrière pour prouver les liens de causalité. On part des effets observés pour identifier les réactions des acteurs qui peuvent être à l'origine de leur survenue. La théorie initiale à l'origine de l'expérimentation continue de guider l'analyse, mais elle s'ouvre aux nouvelles explications qui émergent des données.

Les questions qui ont été posées à ce stade de l'analyse ont permis :

- d'identifier les effets obtenus ;
- d'identifier les composantes actives de l'expérimentation ;
- d'identifier les acteurs. Quels ont été les acteurs impliqués dans l'expérimentation ? Comment les interventions ont-elles permis d'atteindre les populations cibles et dans quelle mesure les populations cibles ont-elles été rejointes ? D'identifier les processus qui ont permis à l'expérimentation de produire nombre de réalisations à partir des activités déployées. Quelles ont été leur durée et leur intensité ?

Une fois que nous avons identifié les interventions, les acteurs et les réalisations, de nouvelles interprétations ont émergé. Elles ont permis :

- d'identifier les caractéristiques du contexte. Quelles conditions contextuelles ont facilité ou entravé l'adoption de l'intervention par les acteurs. Existe-t-il d'autres explications (ex d'autres interventions qui auraient eu lieu au même moment et qui auraient pu contribuer à l'émergence des résultats observés) ?
- d'identifier les liens (les mécanismes) entre le contexte et les changements observés

4.6.2 Analyse du contenu des verbatims

Nous avons réalisé une analyse de contenu sur les retranscriptions issues des entretiens dont les thèmes principaux étaient structurés autour des composantes de l'acronyme ICARE et qui comportaient chacun un certain nombre de sous thèmes. Les interventions ont été subdivisées entre interventions relatives à l'expérimentation et interventions de soutien. Une distinction a été opérée pour les éléments de contexte entre les facteurs contextuels facilitants et les facteurs contextuels entravants. La parole de quatre types d'acteurs a été analysée. Les mécanismes des usagers ont été distingués des facteurs comportementaux des professionnels d'EqLAAT ainsi que de ceux des revendeurs de matériel médical et des intervenants extérieurs. Le but de cette approche verticale des I, C, A, R, E était d'enrichir la



théorie initiale en dressant une liste des verbatims décrivant le contenu de chacun des thèmes abordés avant de les rapprocher horizontalement pour étudier leur synergie sur les effets qui en découlaient.

5 Faisabilité : Dans quelle mesure les équipes locales ont-elles facilité l'accès à un service d'accompagnement aux aides techniques ?

5.1 Organisation de la prise en charge des usagers par les équipes

5.1.1 Les grandes étapes de l'accompagnement

L'expérimentation se concentre sur l'accompagnement des personnes depuis l'évaluation initiale de leurs besoins jusqu'au suivi de l'utilisation des aides techniques. Le cahier des charges prévoyait que l'évaluation et l'accompagnement de chaque utilisateur devaient être structurés autour de sept étapes clés conformément au cadre européen des systèmes de prestation de services pour les technologies d'assistance¹. Les équipes locales ont, par ailleurs, bénéficié d'une liberté décisionnelle quant à la définition des populations cibles, aux territoires à desservir, aux actions à mettre en œuvre, à l'organisation des essais, aux partenariats à établir, à l'importance accordée à la pair-aidance, et à la subsidiarité des financements.

Les équipes interviewées et les données inscrites dans les systèmes d'information attestent avoir suivi ces étapes clés [*intervention de soutien*].

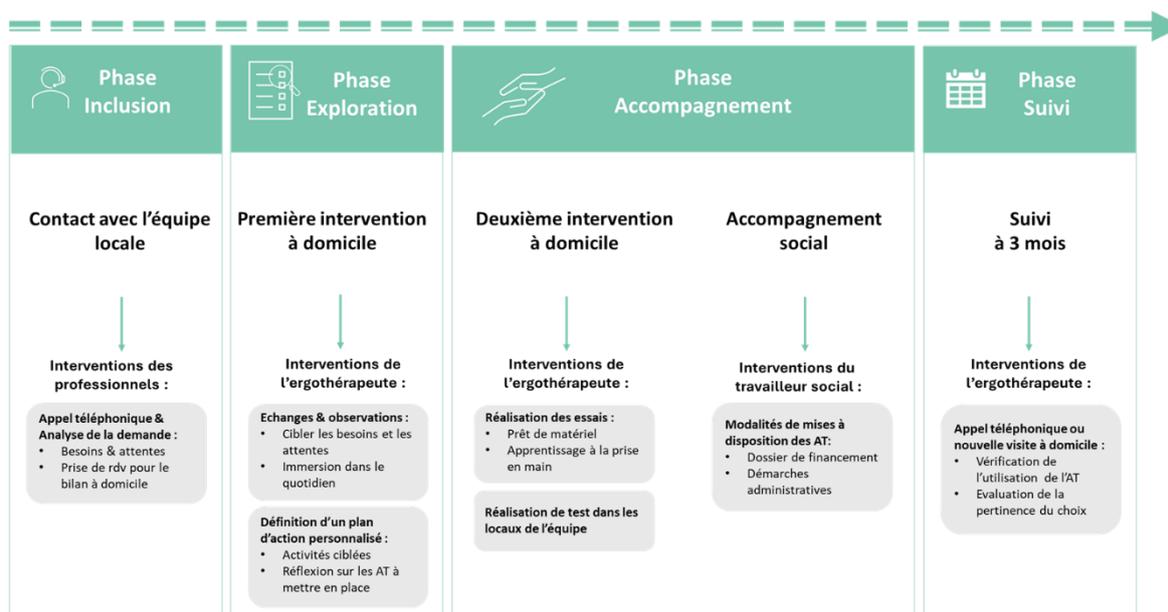
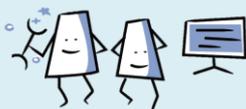


Figure 2 : Parcours des personnes accompagnées par EqLAAT

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



5.1.2 Orientation vers les EqLAAT

Les personnes accompagnées par les équipes locales ont été adressées vers ces dernières principalement par les équipes médico-sociales APA et MDPH, les assistantes sociales (hors EqLAAT), les ergothérapeutes (hors EqLAAT) et les initiatives personnelles des usagers, démontrant l'impact des efforts de communication et du bouche-à-oreille.

Les ergothérapeutes et le personnel administratif ont activement utilisé leurs réseaux respectifs pour promouvoir la notoriété du dispositif [*intervention de soutien*]. La mobilisation du réseau a été considérée comme un moyen efficace pour atteindre les populations.

L'implication proactive des équipes EqLAAT dans des actions de communication a été cruciale. Les présentations physiques ont été privilégiées, avec des envois de mails et une présence sur les réseaux sociaux également ont été soulignés par les professionnels des équipes comme des moyens efficaces de faire connaître le dispositif.

La notation moyenne attribuée à la question "Faut-il améliorer la stratégie de communication" sur une échelle de 1 à 10 était de 8,5 (56 répondants).

Les actions de communication à l'échelle nationale sont également massivement recommandées, compte tenu des contraintes de temps et de ressources locales.

Néanmoins, la participation des médecins comme les médecins traitants, les médecins spécialistes et les praticiens hospitaliers a été très limitée [*facteur contextuel entravant*]. Ces professionnels sont 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 les usagers dans les démarches d'aide au financement*" [*facteur contextuel entravant*] - Ces professionnels devraient être les cibles principales des équipes locales. Parmi les 56 répondants de l'enquête en ligne, 34 d'entre eux ont indiqué que les aides techniques n'ont jamais été prescrites par les médecins, et 10 d'entre eux ont constaté de très rares prescriptions.

Les répondants à l'enquête en ligne ont indiqué que leur équipe a été plutôt bien connue des structures médico-sociales de leur territoire, des revendeurs et des fournisseurs [*facteur contextuel favorisant*]. En revanche, elles ont été moins bien connues des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des écoles ou des employeurs [*facteur contextuel entravant*].



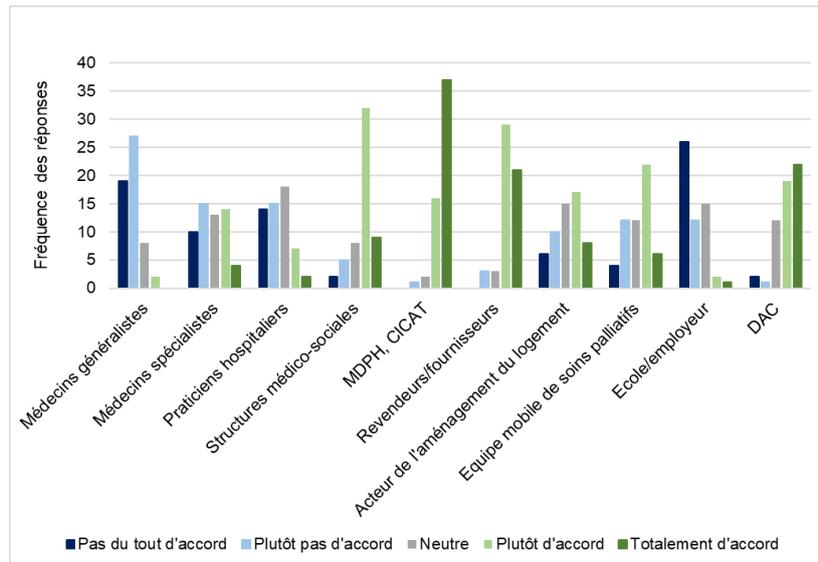


Figure 3 : Rayonnement du dispositif auprès des acteurs du territoire

5.2 L'intérêt des bénéficiaires envers les équipes locales

5.2.1 Les facteurs déterminants de l'adhésion des usagers envers le dispositif

5.2.1.1 L'accès libre à tous

L'offre d'accompagnement aux aides techniques était limitée et peu transparente, le dispositif EqLAAT a ainsi rapidement suscité une forte demande et comblé les lacunes de l'offre existante [*facteur contextuel favorisant*]. Avant sa mise en œuvre, les professionnels interrogés observaient l'existence d'une population sur leur territoire qui ne bénéficiait pas d'un accompagnement médico-social formel, tel que fourni par les services SAVS ou SAMSAH. Cette population, bien que ne présentant pas de pathologie spécifique et/ou ne répondant pas aux critères d'âge généralement associés à ces services, exprimait néanmoins un besoin de conseils sur les aides techniques.

Grâce à EqLAAT, la population ayant recours à des aides techniques et pouvant bénéficier d'un accompagnement est désormais plus large. Les personnes âgées, n'ayant pas de maladie spécifique, mais dont les besoins sont liés au vieillissement, peuvent dorénavant bénéficier d'un accompagnement dans le choix et l'utilisation des aides techniques. Tout individu âgé ou en situation de handicap peut solliciter l'équipe sans nécessité de prescription ou de notification spécifique [*facteur contextuel favorisant*].

Les bénéficiaires interrogés ont avoué avoir une méconnaissance préalable des possibilités d'assistance, marquant une surprise devant la diversité des services proposés par EqLAAT [*facteur comportemental/mécanisme*]. Cette diversité englobe non seulement l'aspect ergothérapie, mais aussi l'aspect social par l'implication d'un travailleur social, conférant une valeur ajoutée appréciable face à la complexité des démarches administratives pour le financement des aides techniques [*intervention de soutien*]. L'expérience des bénéficiaires témoigne de la contribution significative d'EqLAAT, fournissant une solution holistique et accessible à ceux qui éprouvaient auparavant des difficultés face aux procédures et aux aides existantes.

5.2.1.2 La levée des barrières financières et géographiques



La levée des barrières financières et géographiques au sein du dispositif expérimental EqLAAT a joué un rôle crucial dans l'engagement des usagers tel que la prise en compte des coûts liés aux déplacements [*intervention de soutien*]. Une prise en charge qui a constitué un facteur décisif pour des usagers lourdement impactés en matière de mobilité. L'introduction d'un forfait plaine-montagne, destiné à financer les déplacements à domicile, a atténué l'isolement géographique des bénéficiaires vivant en zones rurales. Les équipes locales n'ont pas eu de réticences à envoyer leurs équipes sur le terrain, et ce, quelle que soit la topographie des lieux [*facteur comportemental/mécanisme*].

Le recours aux déplacements à domicile a été une composante primordiale de la mission d'EqLAAT, offrant un accès direct aux personnes isolées ou rencontrant des difficultés de mobilité [*intervention de soutien*]. Les témoignages des professionnels et des usagers ont souligné que certains accompagnements n'auraient pas eu lieu sans le financement des déplacements à domicile.

« 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°10 (P1), Aidant

En mettant l'accent sur l'égalité d'accès, l'accompagnement social proposé par EqLAAT vise à réduire les inégalités liées aux revenus. Les entretiens soulignent que la levée des barrières financières a un effet direct sur l'engagement des usagers, en leur offrant une solution accessible indépendamment de leur situation sociale.

« J'étais contente quand même, que quelqu'un puisse se préoccuper de mon problème et qu'on puisse m'aider. Comme je l'avais dit à l'ergothérapeute, moi c'est selon combien ça me coûte parce que je ne pourrais pas. L'ergothérapeute m'a dit : « Ne vous inquiétez pas, il y a des aides, y a tout ce qu'il faut ». Entretien N°2 (P2) usager

En effet, le revenu des personnes est un frein à l'acquisition des aides techniques. Pour les personnes qui ont les revenus les plus bas, acheter une aide technique était 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. Les travailleurs sociaux d'EqLAAT ont joué un rôle essentiel en recherchant des financements et en négociant avec les revendeurs pour faciliter l'accès aux aides techniques [*intervention de soutien*]. Toutefois, les professionnels des EqLAAT ont indiqué que l'accompagnement des personnes ayant peu de moyens financiers a été plus complexe. En effet, les EqLAAT ont parfois été confrontées à d'importants délais d'attente sur le plan du financement. La lenteur des démarches a représenté un obstacle, en particulier pour les personnes en situation précaire [*facteur contextuel entravant*].

Ainsi, la combinaison de forfaits spécifiques et d'une approche socialement inclusive a renforcé l'engagement des bénéficiaires pour les services proposés par EqLAAT.

5.2.1.3 La qualité de l'accompagnement ou l'adaptation des besoins à l'environnement

Les interventions à domicile, réalisées par des ergothérapeutes et des assistantes sociales, ont joué un rôle crucial dans l'accompagnement global des personnes en situation de besoin. Ces visites ont offert une perspective unique en permettant une immersion directe dans l'environnement de l'usager, révélant des besoins non exprimés [*intervention relative à l'action*]. Les professionnels ont ainsi identifié des lacunes potentielles dans les services dont l'usager aurait pu bénéficier, que ce soit au niveau des aides sociales, médicales, paramédicales, ou d'autres ressources locales.



En se rendant chez les usagers, les professionnels ont établi un lien concret entre les difficultés vécues et les solutions disponibles, dissipant ainsi l'idée que ces difficultés étaient incontournables. Cela a contribué à sensibiliser les personnes aux aides techniques et aux services pouvant améliorer leur quotidien.

La satisfaction des usagers à l'égard de ces visites à domicile a reposé en grande partie sur la réactivité des professionnels, en particulier des ergothérapeutes. La proximité et la disponibilité de ces intervenants, qui se sont déplacés chez les usagers, ont renforcé le lien de confiance [*facteur comportemental/mécanisme*]. La rapidité d'intervention, la coordination entre les différents acteurs, et la prise en compte des besoins non explicités ont contribué à une expérience positive pour les usagers et leurs familles.

« C'est cela que j'attendais, que quelqu'un voit mon quotidien. Le fait que quelqu'un se déplace à domicile a beaucoup compté pour moi parce que si c'est moi qui avais dû me déplacer dans le hall d'exposition d'EQLAAT, je pense que je n'aurais pas pu m'exprimer suffisamment et cela n'aurait pas du tout été la même chose [*facteur comportemental/mécanisme*]. Le fait qu'elle vienne, qu'elle m'observe et que je lui montre les gestes, c'était très important. »
Entretien N°3 (P2) usager

En somme, l'engagement des usagers a résulté de la capacité des interventions à domicile à répondre de manière globale et personnalisée à leurs besoins spécifiques. L'immersion dans la vie quotidienne des personnes a permis une compréhension approfondie de leurs besoins, favorisant ainsi une prise en charge adaptée et personnalisée.

5.2.1.4 La neutralité commerciale

EqLAAT a joué un rôle crucial en tant qu'intermédiaire, contribuant à renforcer la confiance entre les usagers et les revendeurs de matériel médical. En agissant comme observateur neutre, EqLAAT a régulé la mise en place systématique d'équipements médicaux, effectuant un filtrage des besoins spécifiques des usagers [*facteur contextuel favorisant*]. Les revendeurs de matériel médical, en travaillant avec EqLAAT, ont affiché un professionnalisme qui a réduit la méfiance des usagers envers leurs activités [*facteur comportemental/mécanisme*].

Malgré la présence de revendeurs de matériel médical, certains usagers ont préféré être accompagnés par des professionnels EqLAAT. Cette préférence découle du statut perçu d'EqLAAT en tant qu'acteur indépendant, désintéressé de tout principe commercial. Les usagers ont apprécié cette indépendance. Certains usagers se sont tournés vers les professionnels EqLAAT pour leur neutralité et leur absence d'affiliation à des marques spécifiques [*facteur comportemental/mécanisme*].

L'impact de cette médiation a été perceptible dans le témoignage d'un autre usager. Cet usager a bénéficié d'informations sur les lieux d'achat et sur des revendeurs considérés comme des véritables experts, en partie parce qu'ils sont associés à EqLAAT pour cet usager. Ce témoignage met en lumière le rôle crucial d'EqLAAT dans la création d'une perception positive et fiable des services et des professionnels du secteur marchand, renforçant ainsi la confiance des usagers dans leurs choix d'achat d'aides techniques.

Le rôle d'EqLAAT en tant qu'intermédiaire a contribué à instaurer une confiance accrue entre les usagers et les revendeurs de matériel médical, grâce à sa neutralité perçue et à la garantie de professionnalisme dans le choix et l'acquisition d'aides techniques.



5.2.2 Les obstacles à l'adhésion des usagers

5.2.2.1 Le niveau d'acceptation de l'utilisateur

Régulièrement ressortie des échanges avec les professionnels et les usagers des EqLAAT, la capacité de la personne à accepter son état de santé apparaît comme une clé de réussite du dispositif. Certaines personnes sont dans le déni de leur condition physique ou ne veulent pas se faire aider ; auquel cas, elles manifestent des réticences à recevoir une aide technique [*facteur comportemental/mécanisme*]. Les aides techniques sont trop souvent jugées stigmatisantes par les personnes en perte d'autonomie. Les professionnels des équipes ont indiqué que l'accompagnement des personnes qui craignent d'être stigmatisées a été plus complexe [*facteur contextuel entravant*]. En effet, quelques personnes n'acceptaient pas que leur condition physique nécessite le recours à une aide technique afin de gagner en autonomie, car elles avaient l'impression d'être assimilées à « des boulets ».

« On a créé une image de la technique qui est une image négative qui a une image dormante le truc qui dans un coin prend la poussière, EqLAAT est là pour redonner l'éclat » Entretien N°1

« 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 ». Entretien N° 26 Ergothérapeute

Selon les professionnels interrogés, le refus d'accompagnement est en partie corrélé au milieu de vie 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.

Plus encore, selon certains professionnels, les usagers ont pu également être réticents aux visites à domicile, car ils considèrent celles-ci comme trop intrusives [*facteur comportemental/mécanisme*].

Lors de l'entretien avec un ergothérapeute, il a été souligné que certaines personnes en rupture de soins, parfois situées dans des zones éloignées, ont refusé l'accompagnement malgré les efforts déployés et même lorsque les interventions sont proposées gratuitement [*facteur contextuel entravant*]. Ces individus, n'ayant pas eu de contact avec un professionnel depuis longtemps, ont pu être difficilement atteints malgré les tentatives des professionnels.

L'âge a également été un facteur influençant la motivation des personnes à être accompagnées ou à s'accepter [*facteur contextuel entravant*] :

- Vieillir, le refus de stigmatisation : Les personnes plus jeunes ont un regard trop souvent négatif sur l'objet qui matérialise leur difficulté et les 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, 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 EqLAAT.



5.2.2.2 Les réticences culturelles

EqLAAT a apporté de l'équité entre les personnes vivant en zone rurale ou isolées et les personnes vivant en zone urbaine. L'accompagnement des EqLAAT a majoritairement bien été perçu dans les zones rurales où l'offre de soins et de services paramédicaux est moins dense que dans les zones urbaines [*facteur contextuel entravant*]. Les délais de réponse et les délais de déplacements sont habituellement beaucoup plus longs. Dorénavant, avec EqLAAT, les ergothérapeutes peuvent se déplacer sur tout un territoire. Cela leur permet de se rendre chez des personnes qui sont assez éloignées du dispositif et chez les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

Toutefois, les professionnels ont relaté qu'ils devaient faire face, sur les territoires ruraux, à des personnes plus isolées et qui ont davantage tardé à faire appel à des dispositifs sociaux [*facteur contextuel entravant*]. Les professionnels ayant répondu à l'enquête en ligne ont été majoritairement d'accord avec l'affirmation suivante : l'accompagnement est plus complexe avec les personnes vivant dans un milieu rural, les personnes ayant un frein culturel.

De fait, dans certains bassins de population où il y a des personnes âgées ou en situation de handicap, le constat a été fait d'une faible demande. Les professionnels interrogés ont expliqué que dans les zones rurales, les personnes ont « toujours tout fait seul », et que ce n'était 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'était pas forcément connu, certaines personnes préféraient vivre « à la rude » [*facteur contextuel entravant*]. Cette question du non-recours à l'aide sociale a été, pour eux, davantage prégnante dans les territoires ruraux que dans les territoires urbains.

5.3 Déploiement et montée en charge des équipes locales

5.3.1 Territoire ciblé

Vingt-quatre équipes ont été déployées sur toute la France à l'exception de la Guyane et de la Martinique [*intervention relative à l'action*].

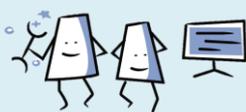


Tableau 1 : Les vingt-quatre équipes locales déployées : structure, public cible et territoire

Département	Nom de l'EqLAAT	Type de structure porteuse	Public cible	Territoire ciblé	Type de territoire
87	APF Nouvelle Aquitaine	Assoc gestionnaire ESMS	PH/PA	Un département (87)	Urbain & Rural
16	Ardevie	SSR	PH/PA	Un département (16)	Rural
6	Cap azur santé	DAC	PA (+de 60 ans)	Bassin de vie (Grasse et proximité (06))	Urbain, Rural & Montagneux
59	CD 59	Collectivité (Conseil départemental)	Bénéficiaires de l'APA/PCH ayant des droits ouverts ou en cours d'ouverture	Un département (59)	Urbain & Rural
76	Centre ressource Normandie-Lorraine DV	Association gestionnaire ESMS	Déficiência visuelle	Deux départements (76, 27)	Urbain & Rural
67	CEPS-CICAT 67	CICAT associatif	PH/PA	Un département (67)	Urbain, Rural & Montagneux
36	CH Issoudun	SSR	PH/PA	Un département (36)	Rural
72	CICAT Pays de la Loire	CICAT associatif	PH/PA	Un département (72)	Urbain & Rural
13	CREEDAT	CICAT associatif	PH/PA	Bassin de vie (Marseille et proximité)	Urbain & Rural
971	CRICAT-APF 971	CRICAT associatif	PH/PA	Un département (971)	Rural & Insulaire
86	DIAPASOM	Associatif	Déficiência visuelle & auditive	Quatre départements (16, 17, 79, 86)	Urbain & Rural
77	ESCAVIE - CRAMIF	CRAMIF – CICAT	PH/PA	Pôle autonomie territorial de Seine et Marne (77)	Urbain & Rural
57	Fondation Bompard- CICAT Lorraine	CICAT associatif	PH/PA	Deux départements (54, 57)	Urbain & Rural
12	Fondation OPTEO	Co portage assoc gestionnaire ESMS + SAAD	PH/PA	Un département (12)	Rural & Montagneux
30	Gard'et autonomie	Association	+ de 18 ans	Un département (30)	Urbain, Rural & Montagneux
33	GIHP Aquitaine	CICAT associatif	PH/PA	Un département (33)	Urbain & Rural
59	Hacavie	CICAT associatif	PH/PA	Bassin de vie (Lille et proximité)	Urbain & Rural
974	IRSAM	Assoc gestionnaire ESMS	PH/PA	Un département (974)	Montagneux & Insulaire
34	L'ETAPE	CICAT porté par une collectivité	PH/PA	Un département (34)	Urbain & Rural
63	MDPH 63	MDPH-collectivité	PH/PA	Un département (63)	Urbain, Rural & Montagneux
76	Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	Collectivité (Conseil départemental)	CD76 et SHERPA pour les personnes âgées et UMESH76 pour tout personne en situation de handicap	Un département (76)	Urbain & Rural
90	Territoire de Belfort	Collectivité	PH/PA	Un département (90)	Urbain & Rural
20	Union des Mutuelles de Corse	Mutualité	PH/PA	Régional (Corse)	Urbain, Rural, Montagneux & Insulaire
56	Mutualité Française de Bretagne	Mutualité	PH/PA	Deux départements (56, 22)	Urbain , Rural & Insulaire

Les équipes locales émanent de structures différentes (Centres Hospitaliers, CICAT, CRICAT, Pôle Autonomie, CSSR, collectivité MDPH etc.), ce qui a amené à des organisations et des fonctionnements variables. Par exemple, certains dispositifs EqLAAT ont bénéficié du recrutement d'ergothérapeutes issus de structures anciennement connues 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 [*facteur contextuel favorisant*]. À l'inverse, 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.

Les équipes couvrent généralement la totalité du département dans lequel elles sont installées. Certaines équipes couvrent plusieurs départements à la fois, d'autres un bassin de vie (agglomération).

Les équipes sont déployées sur une diversité de territoires : urbains, ruraux, montagneux, insulaires, chacun présentant ses propres caractéristiques géographiques et sociales. Le déploiement des équipes dans ces différents milieux témoigne de la diversité des contextes et exige des approches adaptées pour répondre aux besoins spécifiques des populations et aux défis que cela suggère, allant de la gestion des densités urbaines aux contraintes topographiques des zones montagneuses et insulaires.



5.3.2 Professionnels mobilisés dans l'accompagnement

Les équipes sont principalement constituées de professionnels de la réadaptation, avec une forte représentation d'ergothérapeutes, suivis de travailleurs sociaux et de personnel administratif tels qu'une secrétaire, un chef de service, un assistant RH, ou un directeur de centre. Selon les retours des vingt-quatre équipes, en moyenne, on compte 2,15 équivalents temps plein (ETP) d'ergothérapeutes, 0,40 ETP de travailleurs sociaux et 1,85 ETP de personnel administratif. Le nombre minimum d'ETP d'ergothérapeutes au sein des équipes est d'un ETP, tandis que le maximum atteint 4,5 ETP.

Au sein de certaines équipes, aucun travailleur social n'est mobilisé, et le maximum pour une équipe est de 1,8 ETP de travailleurs sociaux. En ce qui concerne le personnel administratif, l'ETP minimal est de 0,7, et le maximum est de 2,9 ETP. Ces données illustrent la diversité des compositions d'équipes au sein d'EQLAAT, avec des variations notables dans les effectifs d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de personnel administratif.

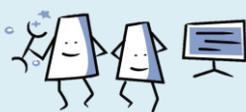
Les ergothérapeutes ont joué un rôle essentiel dans l'évaluation des besoins des personnes, la recommandation d'aides techniques, et l'accompagnement dans l'apprentissage de leur utilisation. Leur implication va de la première évaluation jusqu'à la coordination avec les partenaires, notamment d'autres associations, distributeurs de matériel médical, ou encore les financeurs. Ils ont assuré également le suivi des essais et ont fourni les documents nécessaires pour l'acquisition des aides techniques.

Les travailleurs sociaux ont été sollicités par les ergothérapeutes pour accompagner les personnes sur les aspects financiers et sociaux. Leur polyvalence s'est traduite par une participation aux démarches de financement et, dans certains cas, par la promotion et la communication auprès des partenaires et des professionnels de l'équipe. Certains travailleurs sociaux ont également assumé des fonctions mixtes, tels que secrétaire médico-sociale, renforçant ainsi la complémentarité de leurs tâches.

Le personnel administratif a eu pour mission d'assurer la coordination et le bon fonctionnement de la structure EQLAAT. Dans certains cas, ce personnel administratif a été mutualisé avec la structure à laquelle l'équipe est rattachée. Par exemple, un responsable d'EQLAAT a pu assumer des responsabilités administratives au sein d'une structure connexe, démontrant ainsi une polyvalence organisationnelle.

Cette organisation en équipes pluridisciplinaires, avec une collaboration étroite entre ergothérapeutes, travailleurs sociaux et personnel administratif, a permis une approche holistique dans l'évaluation et le soutien des besoins des individus, renforçant ainsi l'efficacité des interventions d'EQLAAT.

Tableau 2 : Professionnels mobilisés en Équivalent Temps Plein (ETP) dans les vingt-quatre équipes



Equipes	ETP Ergothérapeute	ETP Travailleur social	ETP Personnel Administratif
Cicat Pays de la Loire	2,5	0,5	2,4
Ardevie	1	0,2	0,9
IRSAM	3	0,5	1,13
L'ETAPE	3	1,8	2,75
Territoire de Belfort	1	0	0,7
Mutualité Française de Bretagne	3	0,6	2,4
Union des Mutuelles de Corses	2,7	0,3	1,5
OPTEO-12	2	0	2,5
GIHP Aquitaine	4,5	0	1,6
MPDH-63	1,8	0,2	1,3
APF Nouvelle Aquitaine	1,4	0,2	2
Hacavie	1	0,25	0,75
CREEDAT	2	0,3	2,5
CEPS-CICAT-67	2,5	0,5	2
Centre ressource Normandie Lorraine DV	1	0,5	2,5
Gard'et Autonomie	2	0,5	1,5
CD 59	3	1,2	1,5
Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	NR	NR	NR
CRICAT-APF 971	2	0,5	1,4
Escavie-CRAMIF	1	0,25	2,9
Cap azur santé	1,5	0,2	2,5
CH issoudun	2	0,5	2
Fondation Bompard-CICAT Lorraine	3,6	0,2	1,3
Diapasom	2	0	2,5

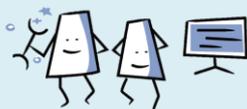
**Le personnel administratif inclut, selon les équipes, un poste de secrétariat, un poste de chef de service, un poste d'assistant(e) de ressources humaines, un poste de responsable administratif et un poste de directeur.*

*** NR : non-renseigné*

Le nombre moyen de personnes accompagnées par ETP d'ergothérapeute/travailleur social au cours des deux années d'expérimentation s'élève à 115 pour l'ensemble des 23 équipes (une des équipes n'ayant pas renseigné ces informations dans l'enquête en ligne).

Une corrélation positive semble se dessiner entre le nombre d'ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux et l'activité des équipes, bien que des variations soient observées. En effet, les équipes dotées de plus d'ETP accompagnent un nombre plus élevé de personnes. Par exemple, l'équipe EqlAAT CICAT Pays de la Loire, avec 3 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux, a accompagné 640 personnes, soit 213 par ETP, tandis que l'équipe EqlAAT Territoire de Belfort, avec 1 ETP d'ergothérapeute, a accompagné 46 personnes.

Cependant, la productivité peut varier même avec des ETP relativement similaires. En d'autres termes, certaines équipes ayant un nombre d'ETP assez proche n'ont pas accompagné le même nombre de personnes. À titre d'exemple l'équipe EqlAAT Cap azur santé, avec 1,7 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux, a accompagné 89 personnes, soit 52 par ETP, tandis que l'équipe EqlAAT MPDH-63, avec 2 ETP, a accompagné 287 personnes, soit 144 par ETP.



Notons que certaines équipes, telles que l'EqLAAT Fondation Bompard et l'EqLAAT CICAT Pays de la Loire, se distinguent comme les équipes les plus "productives" en termes de nombre de personnes accompagnées par ETP, atteignant un ratio de 213.

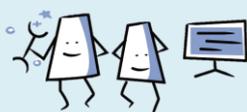
Tableau 3 : Nombre moyen d'accompagnements par ETP (ergothérapeute/travailleur social) par équipe

Equipes	Nombre moyen d'accompagnements par ETP (ergothérapeute/travailleur social)
Cicat Pays de la Loire	213
Ardevie	148
IRSAM	65
L'ETAPE	138
Territoire de Belfort	46
Mutualité Française de Bretagne	108
Union des Mutuelles de Corses	107
OPTEO-12	129
GIHP Aquitaine	117
MPDH-63	144
APF Nouvelle Aquitaine	71
Hacavie	139
CREEDAT	43
CEPS-CICAT-67	181
Centre ressource Normandie Lorraine DV	162
Gard'et Autonomie	114
CD 59	134
Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	NR
CRICAT-APF 971	76
Escavie-CRAMIF	35
Cap azur santé	52
CH issoudun	133
Fondation Bompard-CICAT Lorraine	213
Diapasom	76

5.3.3 Spécificités des équipes

Au sein des EqLAAT, chaque équipe s'est distinguée par ses propres spécificités, complémentaires à leur mission principale du choix et de l'accompagnement à la mise en place des aides techniques :

- Interventions spécialisées en CICAT (Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques) pour fournir des informations détaillées sur les aides et compensations disponibles aux personnes en situation de handicap ;
- Présence d'un showroom dédié au matériel en interne, offrant aux usagers une présentation concrète des solutions disponibles. La gestion de leur propre parc de

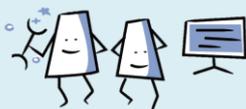


matériel a constitué une ressource précieuse pour répondre aux besoins divers des usagers.

- Interventions dans l'adaptation du lieu de vie, visant à créer des environnements accessibles et fonctionnels pour les personnes en situation de handicap, favorisant ainsi leur autonomie au quotidien.
- Spécialisation dans l'utilisation de la Communication Alternative et Augmentative (CAA) pour faciliter la communication chez les personnes présentant des troubles de la parole ou du langage.
- Interventions dans le champ des déficiences sensorielles pour améliorer la qualité de vie, notamment en matière de vision, d'ouïe, et d'autres aspects sensoriels.
- Expertise dans le domaine des aides robotiques
- Partenariat avec des recycleries du territoire. Cette approche écologique a contribué à la réutilisation et au recyclage du matériel.

En plus de ces spécialités, les équipes se sont également ouvertes à d'autres domaines d'intervention comme le Dispositif d'Appui à la Coordination, l'accès au droit, la veille sur les nouveautés des aides techniques, les ateliers collectifs (conférence des financeurs), l'évaluation de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), l'aménagement du logement, démontrant ainsi leur flexibilité et leur adaptabilité pour répondre aux besoins variés des usagers, tout en tenant compte des missions spécifiques de la structure dans laquelle chaque équipe est déployée.

Tableau 4 : Les équipes ayant des spécificités complémentaires à EqLAAT



Spécificités complémentaires à EqLAAT	Nombre d'équipes	Liste des équipes
Mission d'un CICAT	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRICAT-APF 971 ▪ CEPS-CICAT-67 ▪ CREEDAT ▪ Escavie-CRAMIF ▪ L'ETAPE ▪ GIHP Aquitaine ▪ Hacavie ▪ CH Issoudun ▪ MDPH 63 ▪ CICAT Pays de la Loire ▪ Mutualité Française de Bretagne
Showroom de matériel en interne	11	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRICAT-APF 971 ▪ APF Nouvelle Aquitaine ▪ Ressources-Normandie-Seine-Maritimes ▪ Diapasom ▪ Escavie-CRAMIF ▪ Escavie-CRAMIF ▪ L'ETAPE ▪ GIHP Aquitaine ▪ MDPH 63 ▪ CICAT Pays de la Loire ▪ Mutualité Française de Bretagne
Adaptation du lieu de vie	18	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optéo-12 ▪ CRICAT-APF 971 ▪ APF Nouvelle Aquitaine ▪ Ardevie ▪ Ressources-Normandie-Seine-Maritimes ▪ CEPS-CICAT-67 ▪ Union des Mutuelles de Corses ▪ CREEDAT ▪ Diapasom ▪ Escavie-CRAMIF ▪ L'ETAPE ▪ Gard'et Autonomie ▪ GIHP Aquitaine ▪ Hacavie ▪ IRSAM ▪ CH Issoudun ▪ MDPH 63 ▪ Mutualité Française de Bretagne
Communication Alternative et Augmentative (CAA)	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optéo-12 ▪ Ardevie ▪ CREEDAT ▪ GHIP Aquitaine ▪ Mutualité Française de Bretagne
Interventions dans le champ des déficiences sensorielles	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optéo-12 ▪ APF Nouvelle Aquitaine ▪ Centre ressource Normandie Lorraine DV ▪ CEPS-CICAT-67 ▪ CREEDAT ▪ Diapasom ▪ Escavie-CRAMIF ▪ L'ETAPE ▪ IRSAM ▪ Mutualité Française de Bretagne
Domaine des aides techniques robotiques (technologie innovante)	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CAP Azur santé ▪ GIHP Aquitaine ▪ Mutualité Française de Bretagne
Partenariat avec une recyclerie	10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ardevie ▪ CAP Azur santé ▪ Ressources-Normandie-Seine-Maritimes ▪ CEPS-CICAT-67 ▪ L'ETAPE ▪ Gard'et Autonomie ▪ GIHP Aquitaine ▪ CICAT Pays de la Loire ▪ CD59 ▪ Mutualité Française de Bretagne

5.3.4 Recrutement des bénéficiaires

5.3.4.1 Volume

Le nombre de sujets à inclure avait été initialement fixé à 13 550 personnes pour les vingt-quatre équipes. En août 2023, 7 768 personnes ont été accompagnées selon les données transmises par le porteur. Cela représente 57% de l'objectif sur les deux années d'expérimentation. Quatorze équipes affichent un taux d'atteinte des objectifs supérieurs à 50%. Les données d'évaluation font état de 7 762 personnes accompagnées en août 2023. L'atteinte partielle des objectifs de recrutement par équipe définis dans le cahier des charges pourrait résulter à la fois d'un effectif d'ergothérapeutes insuffisant au sein des équipes et d'une durée d'accompagnement plus longue que celle initialement prévue dans les forfaits d'accompagnement. Cela expliquerait pourquoi le nombre de personnes accompagnées par équipe est inférieur aux prévisions, compte tenu du temps supplémentaire consacré à chaque accompagnement.



Tableau 5 : Volume d'inclusion par équipe et objectifs cibles

Equipes	Effectif réalisé	Effectif cible	Taux d'atteinte
Cicat Pays de la Loire	640	600	107%
Ardevie	177	230	77%
IRSAM	229	500	46%
L'ETAPE	661	800	83%
Territoire de Belfort	46	240	19%
Mutualité Française de Bretagne	390	800	49%
Union des Mutuelles de Corse	321	800	40%
OPTEO-12	258	800	32%
GIHP Aquitaine	528	730	72%
MPDH-63	287	440	65%
APF Nouvelle Aquitaine	113	500	23%
Hacavie	174	200	87%
CREEDAT	98	180	54%
CEPS-CICAT-67	543	800	68%
Centre ressource Normandie Lorraine DV	243	350	69%
Gard'et Autonomie	286	700	41%
CD 59	562	900	62%
Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	592	800	74%
CRICAT-APF 971	190	500	38%
Escavie-CRAMIF	44	120	37%
Cap azur santé	89	500	18%
CH issoudun	333	800	42%
Fondation Bompard-CICAT Lorraine	811	1010	80%
Diapasom	151	250	60%
Total 24 équipes	7 768	13 550	57%

5.3.4.2 Caractéristiques socio-démographiques

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. La majorité des accompagnements des équipes ne sont pas spécifiques à une population ou une pathologie particulière, à l'exception de quelques-unes qui accompagnent uniquement des usagers atteints de déficiences visuelles (EqLAAT : Centre Ressource Normandie-Lorraine), de déficiences visuelles et sensorielles (EqLAAT : Diapasom), des personnes âgées de plus de 18 ans (EqLAAT : Gard & Autonomie), des personnes âgées de plus de 60 ans (EqLAAT : Cap Azur Santé), et des personnes bénéficiaires de l'APA/PCH ayant des droits ouverts ou en cours d'ouverture (EqLAAT : CD59).

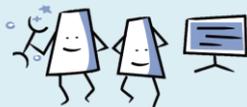


Tableau 6 : Caractéristiques des personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes

Caractéristiques des personnes accompagnées		Effectif	VM				
Sexe							
• Femme	• 58%	7 696	66	*			
• Homme	• 42%						
Age moyen							
Répartition (%) :		7 443	319	***			
• - de 15 ans	• 2%						
• 15-24 ans	• 2%						
• 40-54 ans	• 5%						
• 55-69 ans	• 9%						
• 70-85 ans	• 21%						
• 86 ans et +	• 37%						
	• 24%						
Statut professionnel (%) :							
• Retraité	• 71%	7 584	178	***			
• Sans activité	• 21%						
• Emploi rémunéré	• 5%						
• Travailleur indpt	• 1%						
• Elève ou étudiant	• 2%						
Composition du foyer (%) :							
• Seul	• 41%	7 609	153	***			
• En couple	• 38%						
• En couple avec enfants ou seul avec enfants	• 7%						
• Famille/fratrie/collocation/famille d'accueil	• 11%						
• Collectivité	• 3%						
Aidants & Services d'intervention à domicile (%) :							
• Aucun aidant, aucun service	• 9%	7 483	279	***			
• Services à domicile	• 18%						
• Proche aidant	• 33%						
• Proche aidant services à domicile	• 40%						
Droits ouverts ou en cours d'instruction (%) :							
• PCH : droits ouverts	• 21%	7 393	369	***			
• PCH : demande en cours	• 7%						
• APA : droits ouverts	• 42%						
• 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	• 20%						
Situation v/ du système sanitaires et médico-social (%) :							
• Suivi par un professionnel de santé libéral	• 48%				7 399	363	***
• Suivi par un centre médical (HAD, SSR)	• 13%						
• Suivi social	• 15%						
• Suivi par un service médico-social	• 9%						
• Accueil dans un ESMS	• 4%						
• Aucun suivi/accueil	• 11%						

Répartitions significativement différentes entre les équipes¹
 Seuil de significativité : *** (0,001), ** (0,01), * (0,05)

¹ Test d'indépendance entre les variables (test du Chi-deux). Pour cette analyse, toutes les caractéristiques socio-économiques sont significativement dépendantes de l'équipe au seuil de 0,1% et de 5% pour le sexe. En revanche, ces associations sont faibles.

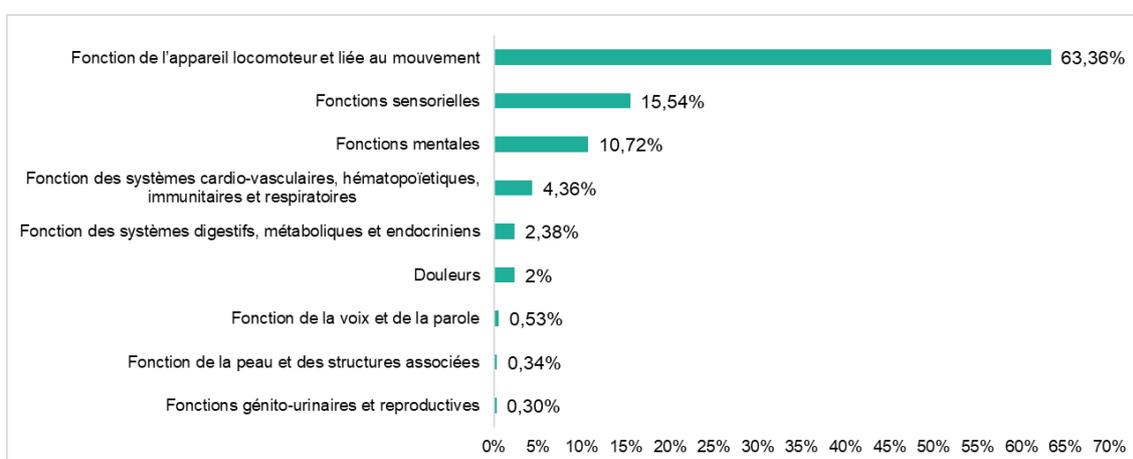


5.3.4.3 Profil pathologique et déficiences

87% des personnes accompagnées (N=7 367, VM=395) sont atteintes d'une pathologie acquise au cours du temps tandis que 13% sont porteuses d'une pathologie innée. Cette répartition est significativement différente entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).

71% des personnes accompagnées (N=7 368, VM=394) ont une déficience évolutive et 29% ont une déficience qui est fixe. Cette répartition est significativement différente entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).

La déficience principale la plus représentée parmi les personnes accompagnées (N=7 372, VM=390) a été celle liée aux fonctions de l'appareil locomoteur et au mouvement, avec une proportion de 63%, suivie de celles liées aux fonctions sensorielles (16%) et aux fonctions mentales (11%). Les déficiences principales diffèrent significativement entre les équipes ($p < 0,001$; Test ANOVA).



N= 7 372, Valeurs manquantes (VM)=390

Figure 4 : Déficiences principales des personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes

69% des personnes accompagnées, pour lesquelles la déficience principale a été renseignée (5119 sur 7372), ont également présenté des déficiences associées. La présence de déficiences associées est majoritairement rapportée chez les personnes présentant une déficience de l'appareil locomoteur (3 179 personnes sur 5 119). Cette dernière a été majoritairement associée à des déficiences liées à la douleur (32%) et aux fonctions mentales (21%).

5.3.4.4 Difficultés rencontrées dans la vie quotidienne

Les personnes accompagnées ont rencontré des difficultés dans la réalisation en moyenne de huit tâches de la vie quotidienne (N=7 364, VM=398, IC à 95% : 8,03 à 8,20). Les moyennes sont statistiquement différentes entre les centres. Au maximum, une personne accompagnée a cumulé jusqu'à dix-sept incapacités.

Les difficultés majoritairement rencontrées par les personnes accompagnées ont été nombreuses et dans différents domaines :



- 86 % (N=7322, VM=440) des personnes accompagnées ont présenté des difficultés pour se déplacer dans le logement et à l'extérieur ;
- 83 % (N=7342, VM=420) des personnes accompagnées ont rencontré des incapacités pour se mouvoir et manipuler des objets ;
- 80 % (N=7332, VM=430) des personnes accompagnées ont été dans l'incapacité de réaliser des tâches de la vie domestique et de la vie courante.
- 78 % (N=7314, VM=448) des personnes accompagnées ont présenté des difficultés pour marcher.

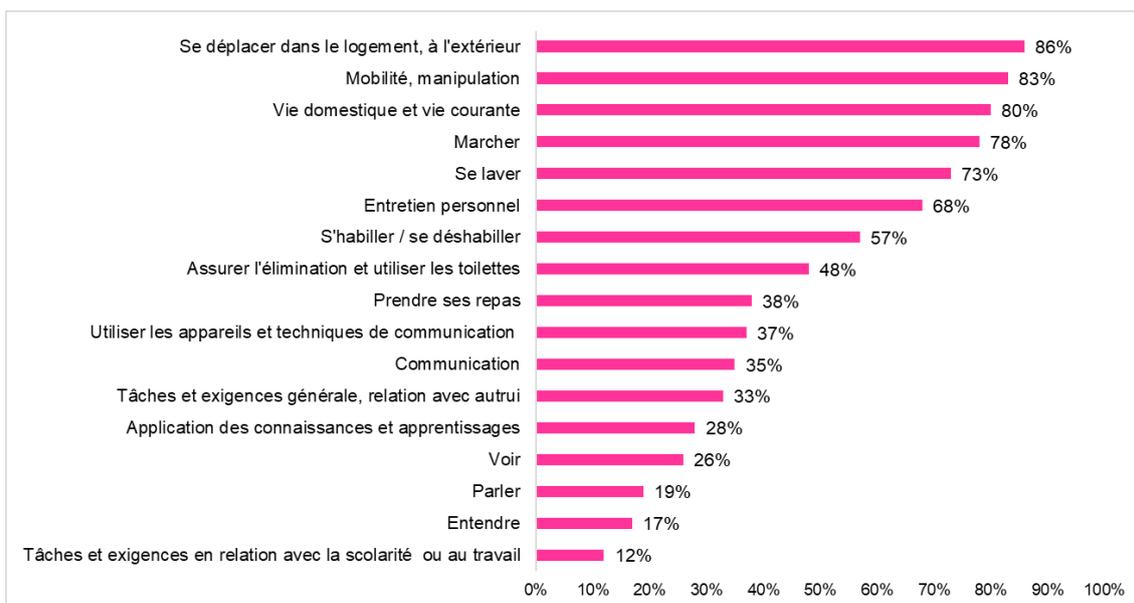


Figure 5 : Incapacités rencontrées par les personnes accompagnées par les vingt-quatre équipes (Cf.



Annexe 2. Tableau détaillé)

5.3.5 Les obstacles rencontrés par les équipes dans leur déploiement et leur activité

5.3.5.1 Le manque de personnel

Les professionnels des équipes ont indiqué que le manque de personnel a ralenti leur déploiement et leur activité. Le nombre de professionnels mobilisés au sein des équipes n'a pas été suffisant pour répondre à la demande sur leur territoire [*facteur contextuel entravant*]. Les professionnels ont avancé différentes solutions afin de pouvoir répondre à la demande des usagers, et notamment le recrutement de nouveaux ergothérapeutes et de nouveaux travailleurs sociaux.

Nous avons calculé le nombre d'équivalents temps plein (ETP) en ergothérapeutes/travailleurs sociaux qu'il aurait été nécessaire de recruter pour répondre à la demande du territoire en fonction des objectifs d'inclusion définis pour chaque équipe au début de l'expérimentation. Nous avons pris en compte que le nombre de personnes accompagnées par ETP au sein d'une équipe est similaire entre les ETP.

À titre d'exemple, l'EqLAAT Ardevie avait pour objectif d'accompagner 230 personnes tout au long de l'expérimentation. Avec 1,2 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux, cette équipe a réussi à accompagner 177 personnes. Pour atteindre l'objectif cible de 230 personnes, il aurait été nécessaire d'avoir au moins une équipe composée de 1,56 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux (*le calcul étant : ETP requis pour atteindre la cible = ETP actuel * objectif cible / nombre de personnes accompagnées par l'équipe*).



Tableau 7 : Estimation du volume d'ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux requis par équipe

Equipes	Personnes accompagnées	Cible	ETP Ergothérapeutes & Travailleurs sociaux	
			Actifs	Requis pour atteindre la cible
Cicat Pays de la Loire	640	600	3	Atteint
Ardevie	177	230	1,2	1,56
IRSAM	229	500	3,5	7,64
L'ETAPE	661	800	4,8	5,81
Territoire de Belfort	46	240	1	5,22
Mutualité Française de Bretagne	390	800	3,6	7,38
Union des Mutuelles de Corses	321	800	3	7,48
OPTEO-12	258	800	2	6,20
GIHP Aquitaine	528	730	4,5	6,22
MPDH-63	287	440	2	3,07
APF Nouvelle Aquitaine	113	500	1,6	7,08
Hacavie	174	200	1,25	1,44
CREEDAT	98	180	2,3	4,22
CEPS-CICAT-67	543	800	3	4,42
Centre ressource Normandie Lorraine DV	243	350	1,5	2,16
Gard'et Autonomie	286	700	2,5	6,12
CD 59	562	900	4,2	6,73
Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	-	-	NR	-
CRICAT-APF 971	190	500	2,5	6,58
Escavie-CRAMIF	44	120	1,25	3,41
Cap azur santé	89	500	1,7	9,55
CH Issoudun	333	800	2,5	6,01
Fondation Bompard-CICAT Lorraine	811	1010	3,8	4,73
Diapasom	151	250	2	3,31

*NR = non-renseigné

Dix-neuf équipes sur les vingt-deux ayant répondu à l'enquête en ligne ont jugé que le nombre d'ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux dans leur équipe n'était pas suffisant pour répondre à la demande du territoire. D'après elles, la dimension minimale nécessaire d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de personnel administratif pour couvrir l'ensemble du territoire ciblé s'élève en moyenne à 4,7 équivalents temps plein (ETP), avec des effectifs variant de 1,3 ETP à 8,5 ETP selon les équipes. Cette moyenne se décompose en 3,9 ETP d'ergothérapeutes, avec des effectifs variant de 1,3 à 7 ETP selon les besoins spécifiques des équipes. De plus, elle comprend environ 1,3 ETP de travailleurs sociaux et 1,2 ETP de personnel administratif. Certaines équipes ont indiqué qu'il serait nécessaire de recruter un médecin spécialisé de la médecine physique et de la réadaptation, à hauteur de 0,5 ETP en moyenne.

De plus, les professionnels d'EqLAAT ont suggéré différentes solutions pour répondre à la diversité des demandes du territoire. Ces suggestions incluent la création d'une antenne locale ou la formation d'équipes spécialisées pour certaines pathologies. Ils ont également mentionné la possibilité d'établir des partenariats supplémentaires avec des ergothérapeutes du territoire, le recrutement d'un orthophoniste et l'embauche de pairs-aidants professionnels. Il est à noter que peu d'entre eux ont exprimé l'idée d'un rétrécissement de la zone d'action ciblée.

5.3.5.2 Variabilité entre les territoires



L'efficacité des équipes a été fortement influencée par l'environnement spécifique dans lequel chaque équipe est déployée, un aspect clairement mis en lumière par l'expérimentation multisite.

L'espace géographique et les caractéristiques socio-culturelles du territoire ont eu un véritable effet sur le fonctionnement des EqLAAT. Des disparités territoriales importantes ont été observées, avec des contrastes marqués au sein même d'une région. Certaines EqLAAT ont opéré dans des zones isolées, voire des zones sans réseau de communication fiable, compliquant ainsi la communication par mail [*facteur contextuel entravant*]. Les trajets vers les domiciles des personnes vivant dans des zones rurales et éloignées ont été souvent longs, constituant un frein à l'efficacité des EqLAAT. La distance a également été perçue comme un obstacle, dans les zones urbaines où les conditions de circulation sont difficiles [*facteur contextuel entravant*].

Les difficultés ont pu être exacerbées dans des territoires présentant des particularités extrêmes, telles que les régions montagneuses ou les îles, où l'intervention des prestataires et des revendeurs se révèle complexe. L'équipe de la Guadeloupe, en tant que territoire insulaire avec des dépendances, a rencontré des défis uniques liés à la gestion du temps, aux coûts, à la barrière de la langue, et à d'autres aspects logistiques spécifiques à cette région.

Cette équipe suggère de personnaliser le forfait d'accompagnement pour les territoires insulaires, en augmentant le temps d'accompagnement.

« 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, il faut une journée entière ou deux si on veut aller sur Marie-Galante, ou sur les Saintes. Donc voilà ça nous fait un temps de travail beaucoup plus conséquent. » Entretien n°14 EqLAAT APF 971

Ces constats ont été partagés par les répondants de l'enquête en ligne. Les professionnels ont majoritairement été plutôt d'accord ou totalement d'accord avec le fait que l'action des EqLAAT est plus complexe lorsqu'elle exerce dans des territoires ruraux, insulaires et montagneux où l'accès au domicile et la rencontre avec les professionnels extérieurs accompagnant les usagers sont plus difficiles.

Les professionnels des EqLAAT ont souligné la nécessité de développer des stratégies adaptatives pour surmonter ces conditions défavorables.

L'implantation géographique des équipes, en termes de répartition et de densité des structures médico-sociales et des revendeurs de matériel, a influencé directement la qualité de l'accompagnement offert aux usagers. Les EqLAAT situées dans des régions riches en structures médico-sociales, par rapport aux EqLAAT situées dans des régions où la densité de professionnel de santé est faible, ont pu intensifier leurs activités et améliorer leurs recommandations [*facteur contextuel favorisant*] grâce aux informations transmises par les professionnels de santé travaillant avec les usagers [*facteur comportemental/mécanisme*].

5.3.5.3 L'ancienneté des structures porteuses

La dynamique et le succès des équipes dédiées à la mise en œuvre d'aides techniques sont étroitement liés à divers facteurs, notamment l'ancienneté des structures porteuses du dispositif et la nature de leurs relations avec les acteurs de proximité.

Sur les vingt-deux équipes ayant répondu à l'enquête en ligne, deux ont été des structures nouvellement créées pour le dispositif EqLAAT (EqLAAT OPTEO et EqLAAT Corse). Les dix-huit autres équipes ont été intégrées dans des structures anciennement implantées sur le territoire depuis en moyenne 34 ans.



Les équipes ont parfois été déployées au sein de structures déjà établies telles que les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), les Centres d'Information et de Conseil en Aides Techniques (CICAT), ou d'autres entités similaires. L'ancienneté de ces structures a émergé comme un élément facilitateur majeur, simplifiant la coordination entre les professionnels d'EqLAAT et les acteurs locaux [*facteur contextuel favorisant*]. Cela s'est traduit par une mise en œuvre plus fluide des missions d'EqLAAT, notamment en termes de prêt de matériel et d'orientation des usagers.

Les professionnels interviewés ont souligné l'importance de l'ancienneté territoriale et du travail de réseau réalisé au fil des années. Cette ancienneté a créé une familiarité entre les différents intervenants, clarifiant les interventions, définissant les expertises de chacun, et évitant ainsi toute perte de temps tant pour les usagers que pour les professionnels qui peuvent ainsi sortir des missions traditionnelles de leur structure.

Certains professionnels ont également souligné que la triple casquette d'un ergothérapeute (MDPH, CICAT, EqLAAT) a favorisé une communication optimale avec les acteurs extérieurs, simplifiant ainsi la coordination des actions [*facteur contextuel favorisant*].

En termes de financement, certaines équipes ont déclaré avoir pu bénéficier d'une meilleure accessibilité aux ressources, car elles étaient portées par des organismes financeurs tels que la MDPH ou le Conseil Départemental [*facteur contextuel favorisant*]. Les démarches administratives ont été simplifiées, ce qui a facilité la mise en place des aides techniques.

En revanche, lorsqu'une équipe a été « créée de toutes pièces », son démarrage a pu être plus complexe et exigeant. Les équipes nouvellement formées n'ont pas bénéficié de la même expérience ni de la même reconnaissance des partenaires locaux, ce qui a pu entraver leur déploiement. La majorité des répondants à l'enquête en ligne ont jugé que le déploiement d'EqLAAT a été plus difficile lorsqu'il s'agit d'une nouvelle structure. Cependant, au fil du temps, les structures nouvellement créées, sont parvenues par la qualité de leur travail, à gagner la reconnaissance des acteurs extérieurs et à impulser leur activité [*facteur comportemental/mécanisme*].

5.3.5.4 Les partenariats

Quelles soient nouvellement créées ou intégrées dans une structure déjà existante, toutes les équipes locales ont établi une multitude de partenariats couvrant l'ensemble du continuum de soins, de l'accompagnement des seniors à la prise en charge spécifique des personnes en situation de handicap [*intervention de soutien*]. Ces collaborations ont renforcé la coordination des services, ont permis un accès facilité aux aides et équipements nécessaires, et ont favorisé une approche globale et adaptée aux besoins de chaque individu. Les équipes ont établi des partenariats avec les services de soins à la personne comme les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Services de Soins à Domicile (SSAD) ; avec les établissements sanitaires comme les Centres Hospitaliers (CH), les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), les services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et les Établissements de Médecine de Rééducation ; avec les services liés au handicap comme les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MPDH), les Groupements pour l'Insertion des Personnes Handicapées Physiques (GIHP), et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Associations françaises contre les Myopathies (AFM-Téléthon) ; avec les collectivités locales et départementales comme les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale (UTAMS) et les conseils départementaux ; et avec les distributeurs et les revendeurs d'aides techniques, dont les recyclothèques et les entreprises de l'économie circulaire.



Les partenariats avec les revendeurs ont été considérés comme essentiels pour accéder à des prêts d'aides techniques nécessaires aux essais, que les équipes n'auraient pas pu obtenir en raison de contraintes budgétaires. Les ergothérapeutes ont bénéficié ainsi de la possibilité d'essayer divers matériels avec les usagers, avec le soutien éventuel des revendeurs [*intervention de soutien*].

Un des ergothérapeutes interviewés a souligné l'importance des partenariats avec les revendeurs, expliquant que travailler avec eux a permis d'explorer du matériel qui n'était pas nécessairement en leur possession au sein de l'équipe. Ces collaborations ont favorisé des essais approfondis pour déterminer l'adaptabilité du matériel à chaque individu, offrant ainsi des solutions plus spécifiques et personnalisées. L'ergothérapeute a également indiqué que les revendeurs ont été enclins à prêter du matériel en raison de la possibilité de vente ultérieure [*facteur comportemental/mécanisme*].

Cette pratique pourrait potentiellement entraîner un favoritisme commercial entre un revendeur et EqLAAT. Il est essentiel que les équipes prennent des mesures préventives pour s'assurer que les revendeurs ne recherchent pas uniquement la vente, mais également la fourniture de conseils éclairés. Il serait recommandé de définir des règles claires pour les partenariats, en insistant sur l'importance d'un équilibre entre la promotion des produits et la priorité donnée aux besoins spécifiques des individus.

D'autres témoignages ont mis en avant la complémentarité entre les connaissances des services de distribution médicale sur le matériel, d'un côté, et celles des ergothérapeutes des EqLAAT sur les pathologies, de l'autre. Cette complémentarité a été décrite comme un travail harmonieux et bénéfique pour l'utilisateur.

En initiant ces partenariats, les EqLAAT ont acquis une visibilité significative au sein de leurs territoires. Certaines équipes ont indiqué être très bien connues et très bien identifiées par les structures médico-sociales, les MDPH, les CICAT, les dispositifs d'appui à la coordination et les distributeurs et revendeurs de matériels. La reconnaissance des équipes par les acteurs de l'aménagement du logement et les équipes mobiles de soins palliatifs a été variable selon les territoires, avec des liens étroits pour certaines et plus distanciés pour d'autres. En revanche, les équipes se sont accordées sur le fait que les EqLAAT sont insuffisamment connus des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des praticiens hospitaliers [*facteur contextuel entravant*].

Des professionnels interrogés ont souligné que les EqLAAT ont construit leurs partenariats sur des bases déjà existantes. Avant EqLAAT, certaines structures avaient déjà établi des relations étroites avec des acteurs comme les équipes de soin Alzheimer, les ergothérapeutes, les revendeurs de matériel médical et d'autres professionnels de la santé [*facteur contextuel favorisant*]. Avec la mise en place d'EqLAAT, la dynamique des partenariats a évolué. Plutôt que de simplement tirer parti des ressources internes, les EqLAAT sont devenues des acteurs sollicités dans le cadre de partenariats de complémentarité. Les partenaires, y compris l'AFM, l'APF, et les équipes de soins Alzheimer, ont désormais recours à EqLAAT pour des rapports d'étude approfondis, permettant ainsi un suivi à plus long terme. De plus, certaines structures ont profité du partenariat qu'elles avaient déjà établi au fil des années avec les revendeurs de matériels. Ces derniers ont joué le jeu, au sein d'EqLAAT, en commandant du matériel spécifique pour répondre aux besoins des ergothérapeutes [*facteur comportemental/mécanisme*].

Les équipes ont réussi à initier et renforcer des partenariats stratégiques, facilitant ainsi leur déploiement et renforçant leur visibilité au sein des réseaux. Des liens étroits avec les partenaires sont primordiaux dans l'activité des EqLAAT. Ils sont plus complexes lorsque les EqLAAT ne sont pas assez connus des autres services du territoire.

En synthèse



L'amélioration de l'accès aux services d'accompagnement a contribué à démocratiser l'utilisation des aides techniques. Auparavant, les personnes rencontraient des difficultés liées à des orientations inadéquates et à des contraintes financières et géographiques. Grâce aux équipes locales, un processus en sept étapes selon le cadre européen des systèmes de prestation de services pour les technologies d'assistance¹, a été mise en place assurant ainsi une évaluation et un accompagnement structurés.

Les équipes locales ont été principalement sollicitées par les équipes médico-sociales, les assistantes sociales, les ergothérapeutes, et les usagers. Cependant, la participation des médecins, habitués à orienter vers des prestataires privés, a été limitée, soulignant la nécessité de les inclure davantage dans les canaux de promotion.

Les bénéficiaires ont rejoint EqLAAT en raison de son approche holistique et accessible, levant les barrières financières liées aux coûts de déplacement, notamment pour les personnes à mobilité réduite en zones rurales. Les coordinatrices sociales ont facilité l'accès aux aides techniques en recherchant des financements. La satisfaction des usagers était due à la réactivité et la proximité des professionnels d'EqLAAT, renforçant le lien de confiance. En tant qu'intermédiaire neutre, EqLAAT a établi un environnement de confiance entre les usagers et les revendeurs de matériel médical. Cependant, des obstacles subsistent, tels que la stigmatisation, la réticence comportementale, l'âge, et la résistance à demander de l'aide.

En août 2023, 7 762 personnes ont été accompagnées selon les données évaluables du système d'information des équipes. Le nombre de sujets à inclure avait été initialement fixé à 13 550 personnes pour les vingt-quatre équipes. Cela représente 57% de l'objectif² sur les deux années d'expérimentation.

Les activités d'EqLAAT ont été entravées par des obstacles tels que le manque de personnel et les trajets longs, surtout en zones rurales. L'implantation géographique a influencé la qualité de l'accompagnement, avec des avantages dans les régions riches en structures médico-sociales. L'ancienneté des structures porteuses du dispositif a facilité la coordination et créé une familiarité entre les intervenants, optimisant les interventions. Les équipes ont établi des partenariats couvrant tout le continuum de soins, renforçant la coordination des services pour une approche globale adaptée aux besoins individuels.

6 Efficacité : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle contribué à améliorer la pertinence des accompagnements et du suivi en condition normale d'usage ?

6.1 Durée des accompagnements

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

² Les réalisations et leur atteinte par rapport aux obligations contractuelles du cahier des charges du projet sont à analyser avec précaution dans la mesure où l'évaluation est réalisée sur des données s'arrêtant en septembre 2023 pour une expérimentation se terminant en mars 2024, et sur des données ne reflétant pas toute la réalité des inclusions (certaines données ne nous ont pas été transmises, car les personnes ont refusé leur exploitation).



Sur 4 265 accompagnements (*Valeurs manquantes*=3 497), 1 582 soit 37% sont terminés¹ à date d'analyse. 1 945 soit 46% sont encore en cours et 738 soit 17% ont été interrompus. Parmi les accompagnements interrompus ($N=700$, $VM=38$), 39% l'ont été après la première visite à domicile et avant les essais/tests des aides techniques. 46% l'ont été après les essais/tests des aides techniques et avant la mise en place de l'aide technique. 8% l'ont été après la mise en place de l'aide technique et 6% l'ont été à l'occasion de l'appel à trois mois. Les interruptions d'accompagnement ont été motivées pour diverses raisons ($N=723$, $VM=15$) : 33% ont résulté du refus de la personne accompagnée ou de l'aidant de poursuivre l'accompagnement, 22% ont été attribuables à des causes multifactorielles, 21% ont été liées au décès de la personne, 12% ont été dues à l'indisponibilité de la personne, 8% ont été consécutives à l'admission de la personne dans un établissement. Enfin, 4% des interruptions d'accompagnement ont été causées par des raisons inconnues.

La durée moyenne d'accompagnement de la première intervention à domicile au suivi à trois mois, pour un forfait de 10h d'accompagnement, a été 191 jours (IC à 95% : 184 à 197) ($N=778$). La durée médiane d'accompagnement a été de 161 jours. La durée maximale d'accompagnement a été de 723 jours. 75% des usagers ont été accompagnés sous 227 jours.

La durée moyenne d'accompagnement de la première intervention à domicile au suivi à trois mois, pour un forfait de 15h d'accompagnement, a été de 212 jours (IC à 95% : 203 à 223) ($N=410$). La durée médiane a été de 185 jours. La durée maximale d'accompagnement a été de 582 jours. 75% des usagers ont été accompagnés sous 261 jours.

6.2 Évaluation des besoins

6.2.1 Identification des besoins d'accompagnement

6.2.1.1 Activités ciblées

Les professionnels des EqLAAT ont apporté une expertise ciblée et individualisée des besoins en aides techniques en fonction des incapacités des personnes accompagnées. Lors de la première visite à domicile, l'ergothérapeute analyse les besoins des personnes pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne, pour lesquels une ou des aides techniques doivent être mises en place [*intervention relative à l'action*]. Le nombre moyen d'activités cibles « travaillées » par EqLAAT a été de deux ($N=7\ 268$, $VM=494$, IC à 95% : 1,91 à 1,97). Le nombre moyen d'activités ciblées varie significativement selon le type de déficience. Les accompagnements auprès des personnes ayant une déficience évolutive ont porté sur 2 activités cibles ($N=5\ 132$, IC à 95% : 1,95 à 2) contre 1,8 pour les personnes ayant une déficience fixe ($N=2093$, IC à 95% : 1,80 à 1,90).

Le nombre d'activités cible varie significativement selon l'environnement de la personne. Les personnes accueillies au sein d'un établissement médico-social ont été accompagnées pour gagner en autonomie sur 1,4 activité de la vie quotidienne ($N=224$, IC à 95% : 1,25 à 1,53) contre près de 2 activités pour les personnes seules ($N=3111$, IC à 95% : 1,95 à 2,04). De plus, à mesure que l'âge augmente, le nombre d'activités ciblées est légèrement plus élevé (*coefficient de corrélation* : 0,04, $p<0,001$).

En revanche, le nombre moyen d'activités ciblées ne varient pas significativement selon les fonctions déficientes de la personne.

¹ Un accompagnement est dit « terminé » lorsque l'aide technique a été mise en place, lorsque l'appel à trois mois a été réalisé et lorsqu'un compte rendu de fin d'accompagnement a été transmis.



Parmi les vingt-quatre équipes, les accompagnements pour lesquels un besoin d'aide technique a été identifié ont porté principalement sur la réalisation des activités relatives à la mobilité et aux manipulations (22%), aux déplacements dans le logement et à l'extérieur (21%) et à la toilette « se laver » (18%).

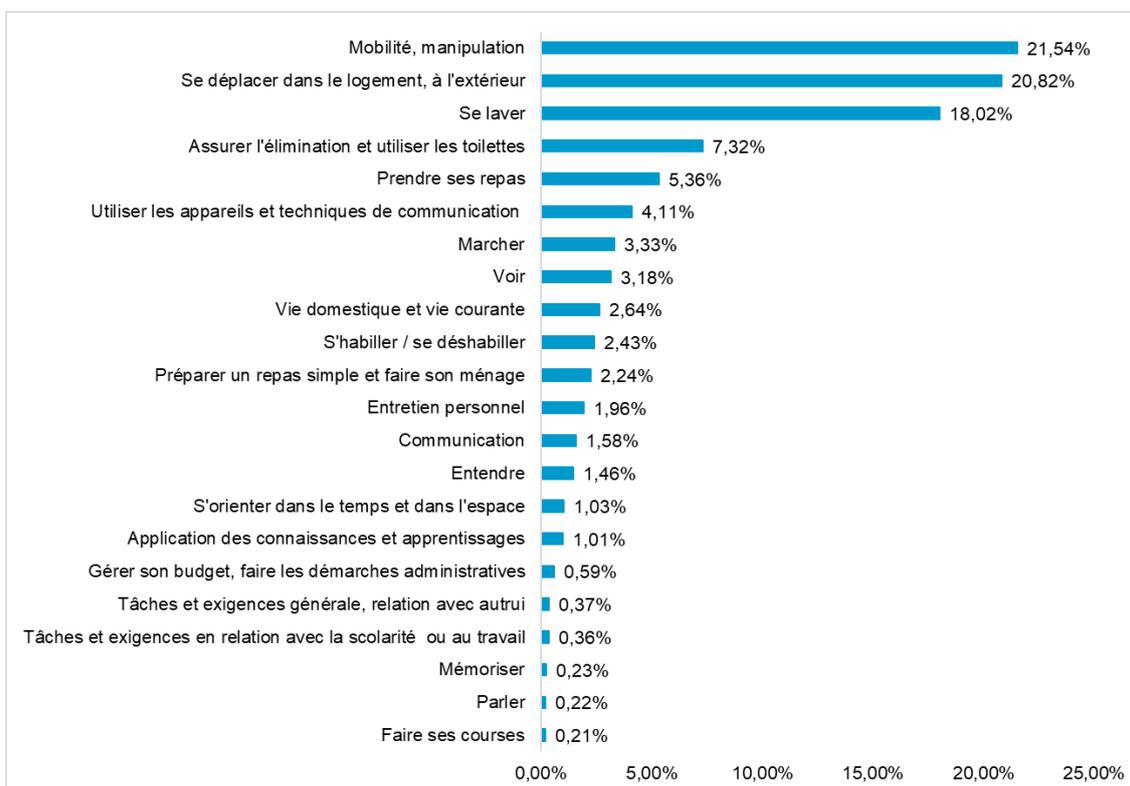


Figure 6 : Activités ciblées par les accompagnements dans les vingt-quatre équipes

Les activités ciblées dans le cadre des accompagnements sont significativement liées aux centres ($p < 0,001$; Test ANOVA). Par exemple, une des équipes a majoritairement consacré ses interventions sur la compensation de déficiences sensorielles telles que l'audition. Bien que la répartition des activités soit significativement 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 ont été majoritaires dans tous les centres.



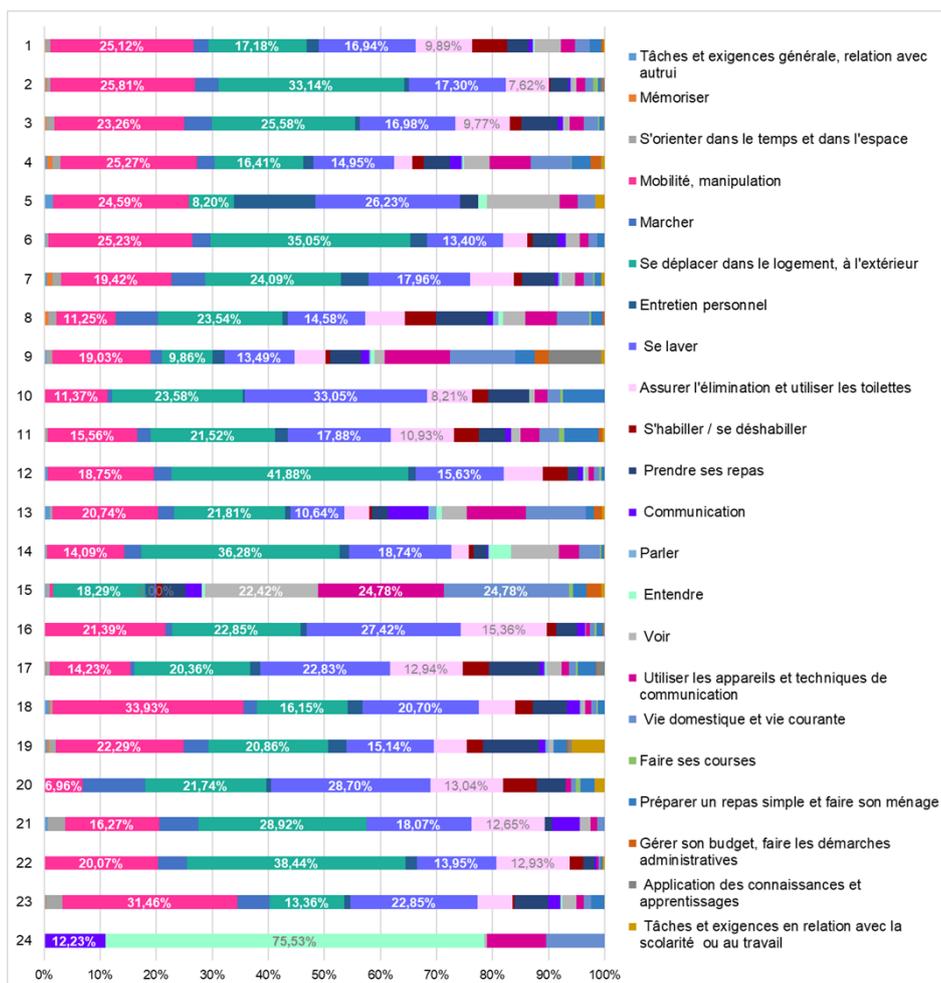


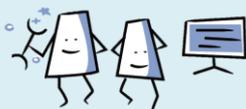
Figure 7 : Activités ciblées par les accompagnements par équipe

6.2.1.2 Demandes initiales en aides techniques

Certaines personnes accompagnées par les équipes détenaient déjà une ou plusieurs aides techniques. Le constat partagé par la majorité des répondants fut que de nombreuses aides techniques achetées étaient restées « au placard », ne sachant pas comment les utiliser correctement ou, parce que 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 EqLAAT, 81% des personnes accompagnées, soit 5 842 personnes ($N=7246$, $VM=516$), avaient déjà chez elles au moins une aide technique. Ces personnes disposaient en moyenne de trois aides techniques ($Moyenne=3,44$; $N=5842$). Le nombre d'aides techniques déjà acquises par usager est significativement différent entre les équipes ($p<0,001$; $Test ANOVA$). La moitié d'entre eux disposaient entre une et deux aides techniques. L'autre moitié disposaient plus de deux aides techniques. En revanche, 19% des personnes accompagnées ne disposaient d'aucune aide technique avant EqLAAT. Cela représente 1 404 personnes.

Les personnes accompagnées par EqLAAT qui disposaient déjà d'au moins une aide technique sont significativement plus âgées ($moyenne 71 ans$, $IC à 95% : 70,4 à 71,4$) que celles qui n'en disposaient pas ($moyenne 65 ans$, $IC à 95% : 64,4 à 66,4$). De plus, à mesure



que l'âge augmente, le nombre d'aides techniques déjà en place avant EqLAAT est légèrement plus élevé (*coefficient de corrélation : 0,13, $p < 0,001$*).

De plus, les personnes bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ont significativement moins d'aides techniques déjà en place (*moyenne : 2,83, IC à 95% : 2,7 à 2,97*) par rapport aux personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (*moyenne : 3,26, IC à 95% : 3,16 à 3,36*). Les personnes ne percevant ni de l'aide de la PCH ni allocation pour la perte d'autonomie ont significativement moins d'aides techniques déjà en place avant l'intervention d'EqLAAT (*moyenne : 2,03, IC à 95% : 1,91 à 2,15*).

Parmi les aides techniques déjà en place, en moyenne, 14% n'étaient pas utilisées par la personne et en moyenne 20% n'étaient pas adaptées. En somme, 34% des aides techniques n'étaient ni utilisées ni adaptées. La part des aides techniques non utilisées est significativement différente selon le type de déficience ($p < 0,01$; *Test de Student*). Pour les personnes atteintes de déficience évolutive, la part d'aides techniques non utilisées est de 15% (*IC à 95% : 13,7 à 15,4*) tandis qu'elle est de 12% (*IC à 95% : 11 à 13,5*) pour les personnes atteintes de déficience fixe. En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre le type de déficience et la proportion d'aides techniques non adaptées.

Les personnes atteintes d'une pathologie innée ont une part plus élevée des aides techniques non adaptées (23%, *IC à 95% : 20,5 à 25,8*) par rapport aux personnes dont la pathologie a été acquise au cours du temps (19%, *IC à 95% : 19,1 à 20,8*). La différence est significative au seuil de 1%. La part d'aides techniques non utilisées n'est pas significativement différente entre ces deux populations.

L'âge de la personne accompagnée n'est pas significativement corrélé avec la part d'aides techniques non utilisées. En revanche, les personnes plus âgées ont une part légèrement moins élevée d'aides techniques non adaptées (*coefficient de corrélation : -0,06, $p < 0,001$*).

La part moyenne d'aides techniques non utilisées et inadaptées varie significativement entre les EqLAAT ($p < 0,001$; *Test ANOVA*).

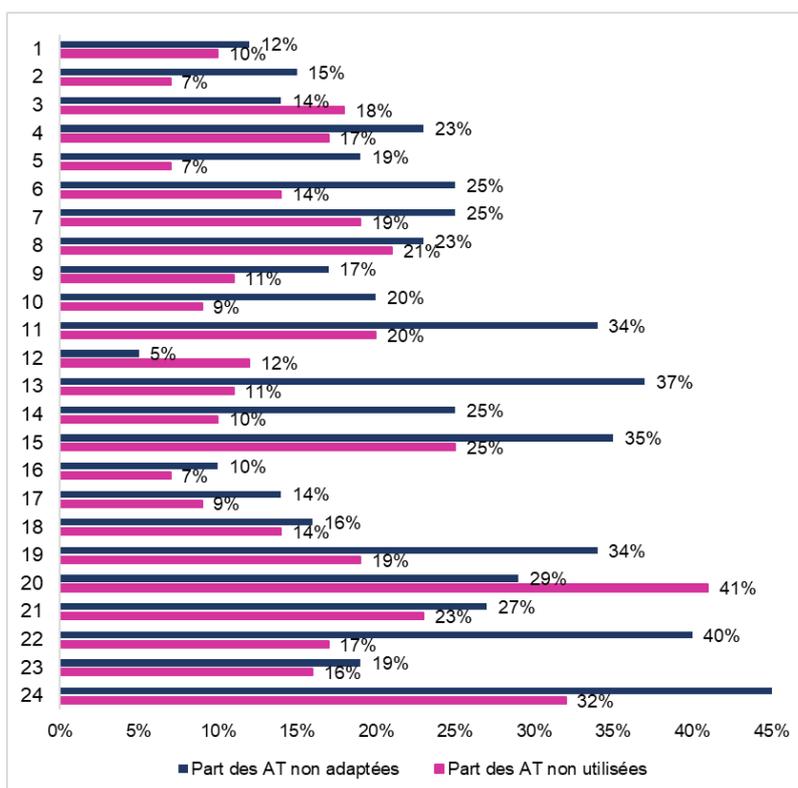


Figure 8 : Part moyenne des aides techniques déjà en place non adaptées et non utilisées par équipe

Lors de l'évaluation initiale, la personne accompagnée, ainsi que ses proches et/ou les professionnels externes qui l'assistent, ont eu l'opportunité d'exprimer aux professionnels d'EqLAAT, leur demande concernant les aides techniques qu'ils jugeaient nécessaires à leur quotidien.

92% des personnes accompagnées ont exprimé une demande en aide technique lors de l'évaluation initiale, dont 77% spécifiant une aide technique de manière très précise, tandis que 23% en ont exprimé le besoin sans nommer précisément l'aide requise.

Dans les cas où les demandes initiales en aides techniques ont été précisées, en moyenne, deux aides techniques ont été demandées (*Moyenne : 1,81 ; N= 5584*).

Les aides techniques majoritairement demandées ont été des aides techniques relatives aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport à hauteur de 27% (Code ISO 9999 v2016 : 12), aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel, à hauteur de 24% (Code ISO 9999 v2016 : 09) et aux aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement, à hauteur de 24% (Code ISO 9999 v2016 : 18).

Tableau 8 : Aides techniques jugées nécessaires par les usagers lors de l'évaluation initiale des EqLAAT (selon la classification de la norme ISO 9999 v2016)

Code ISO (niveau 1)	Effectif (%)	
04 : Produits d'Assistance au traitement médical individuel	160	1.77%
05 : Produits d'Assistance à l'éducation et à la r(é)éducation des capacités	21	0.23%
06: Produits d'Assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	30	0.33%
09 : Produits d'Assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel	2 115	23.44%
12: Produits d'Assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport	2 369	26.26%
15: Produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à vie domestique	471	5.22%
18 : Aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme	2 179	24.15%
22: Produits d'Assistance à la gestion de la communication et à l'information	1262	13.99%
24 : Produits d'Assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs	336	3.72%
27 : Produits d'Assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques	18	0.20%
28 : Produits d'Assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi	46	0.51%
30 : Produits d'Assistance à la récréation et aux loisirs	15	0.17%
<i>Total</i>	<i>9 022</i>	



6.2.2 Les apports de la pluriprofessionnalité et de la pluridisciplinarité dans le choix des aides techniques

6.2.2.1 Des échanges réguliers entre les membres d'une équipe

La collaboration entre les professionnels au sein des équipes EqLAAT s'est révélée être un élément clé d'un accompagnement réussi.

Les échanges entre les membres d'une équipe ont été considérés comme particulièrement productifs. Les usagers interrogés ont avancé que les professionnels EqLAAT se sont régulièrement concertés pour trouver des réponses, au détour d'une réunion pluriprofessionnelle par exemple où chaque professionnel a apporté ses idées. Ces échanges ont permis une approche globale et moins fatigante pour les usagers et leurs familles [intervention de soutien].

Les professionnels interrogés ont affirmé que des échanges réguliers, formels ou informels se sont tenus, leur permettant de discuter des situations particulières et d'apporter des éclairages différents. Cela a favorisé une approche pluriprofessionnelle et collective. La plupart des équipes se sont réunies de manière régulière, que ce soit de manière hebdomadaire et/ou mensuelle. 57% des participants à l'enquête en ligne ont déclaré se réunir au moins une fois par semaine, et 43% ont déclaré se réunir au moins une fois par mois.

La plupart des professionnels (82% des répondants à l'enquête en ligne) ont salué l'importance de ces réunions, soulignant qu'un ergothérapeute isolé n'aurait pas trouvé la meilleure solution [facteur contextuel entravant]. Seulement 9% des répondants ont estimé que sans échange l'ergothérapeute aurait pu trouver la meilleure solution. Pour une des équipes, le manque de personnel dont elle a été victime en début d'expérimentation a donné peu d'occasions d'échanger des informations, l'ergothérapeute s'est ainsi senti parfois isolé dans l'accompagnement des personnes [facteur contextuel entravant]. Le recrutement de nouveaux ergothérapeutes a permis aux professionnels une meilleure communication et collaboration au sein de l'équipe.

Le faible turn-over [facteur contextuel favorisant] au sein des équipes a également contribué à une meilleure performance de ces dernières. 88% des participants à l'enquête en ligne ont indiqué que la faible rotation du personnel a contribué à une meilleure communication. Seulement 11% ont estimé que cette rotation n'a pas affecté la performance de l'équipe.

Ainsi, le fait de se réunir avec l'ensemble des parties prenantes pour élaborer des projets personnalisés a permis de couvrir le vaste domaine des aides techniques. Une communication réussie avec tous les acteurs a été essentielle pour dépasser la balkanisation des acteurs de l'accompagnement.

« Les échanges se font même au quotidien sans qu'on y réfléchisse. S'il y a une situation 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 » Entretien n°15

De plus, l'enthousiasme et la dynamique positive des équipes pluriprofessionnelles d'EqLAAT ont été particulièrement remarqués et appréciés par les usagers.

« 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°10 (P1) Aidant



Des échanges mensuels entre les vingt-quatre équipes locales ont également été organisés autour de « caféqlaat ». Ces cafés ont été l'occasion de communiquer et d'échanger avec d'autres professionnels, et ont permis une veille professionnelle et une meilleure coordination des actions.

6.2.2.2 Regards croisés des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux

L'intégration des travailleurs sociaux au sein des équipes a joué un rôle essentiel dans le processus d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Les ergothérapeutes ont régulièrement fait appel aux travailleurs sociaux sur les aspects financiers et sociaux [*intervention relative à l'action*]. Les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux ont collaboré étroitement. Les travailleurs sociaux ont pu apporter un éclairage différent grâce à leur formation distincte, enrichissant ainsi le caractère pluridisciplinaire de l'équipe.

La fréquence des visites de ces travailleurs à domicile a varié en fonction des besoins spécifiques de la personne.

70% des participants à l'enquête en ligne ont indiqué que les visites à domicile par un travailleur social dépendaient du besoin de la personne accompagnée. Il s'agissait principalement des personnes avec peu de moyens financiers, des personnes isolées, avec des problématiques sociales interdépendantes, et/ou des personnes pour lesquelles un dossier de financement et d'ouverture d'accès aux droits devait être monté. En revanche, 16% des répondants ont indiqué que le travailleur social ne se déplaçait jamais à domicile.

L'un des professionnels interrogés a mentionné que le cahier des charges initial d'EqLAAT spécifiait que l'équipe devait garantir que la personne était capable de faire valoir ses droits, la diriger vers le service adapté, sans remplacer les services sociaux existants, tout en veillant à orienter les individus vers les ressources appropriées en fonction de leurs besoins spécifiques.

6.2.3 Sollicitation des centres experts et passage de relais à une autre structure

Les professionnels des équipes ont été pleinement conscients que leurs compétences pouvaient être limitées dans certains domaines, et qu'il était essentiel de collaborer, de passer le relais à d'autres acteurs spécialisés [*facteur comportemental/mécanisme*].

Pour autant, très peu d'équipes ont sollicité les compétences des centres experts. Sur 3 794 accompagnements ($VM=3968$), 6% ont bénéficié d'une intervention d'un centre expert. La sollicitation des centres experts dans l'accompagnement est significativement variable selon les centres ($p<0,001$; *Test ANOVA*). L'EqLAAT Diapasom a été l'équipe qui a travaillé le plus souvent avec les centres experts, s'expliquant notamment par sa population ciblée sur les déficiences sensorielles qui a nécessité 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 ($p<0,001$; *Test ANOVA*). En effet, pour les accompagnements dont l'objectif a été l'autonomie dans l'application des connaissances et des apprentissages, dans les tâches en relation avec la scolarité, à la communication, à l'audition, et à la mémorisation, le recours à une expertise extérieure a été davantage sollicité.

Dans 20% des accompagnements ($N=3793$, $VM=3969$), les équipes ont passé le relais à une autre structure. Le relais à une autre structure est significativement variable selon les centres



($p < 0,001$; Test ANOVA). L'EqLAAT CH Issoudun est celle qui a davantage passé le relais : sur 705 accompagnements, la moitié a nécessité l'aide d'une autre structure.

Les équipes se sont ainsi efforcées à mettre en place des partenariats et créer un réseau avec divers professionnels, notamment avec les orthoptistes, les ophtalmologues, les orthophonistes, et les orthoprothésistes. Les collaborations se sont également étendues, pour certaines équipes, à des centres experts tels que les centres de déficiences sensorielles, l'association France Alzheimer, et les ADMR. Ces partenariats ont été stratégiques pour répondre à des demandes croissantes dans des domaines spécifiques tels que la déficience visuelle, les outils de communication alternative améliorée, et les aides techniques spécifiques.

Bien que l'accent soit mis sur l'appel à des centres experts afin de compléter les compétences des équipes, quelques ergothérapeutes et travailleurs sociaux se sont sentis insuffisamment formés lors de leurs accompagnements [*facteur contextuel entravant*]. Ces professionnels ont ressenti le besoin d'être mieux formés sur des domaines comme la déficience visuelle, la déficience auditive, les troubles cognitifs, la communication augmentée et alternative (CAA), la gestion des dossiers MDPH, le polyhandicap, les pathologies pédiatriques, les troubles du comportement, les maladies neurodégénératives, l'oncologie, l'obésité morbide, la santé mentale, et les nouvelles technologies liées au handicap.

6.3 Collaboration avec les acteurs extérieurs

6.3.1 *Un travail complémentaire avec les professionnels extérieurs accompagnant la personne*

Les équipes se sont efforcées d'assurer une coordination optimale avec les services extérieurs intervenant auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Et ce, tout en respectant le principe de subsidiarité afin d'éviter les doublons et assurer une collaboration efficace avec les acteurs de proximité.

Les ergothérapeutes ont fréquemment travaillé en étroite collaboration avec divers professionnels tels que les paramédicaux, et les auxiliaires de vie. L'objectif de cette coordination a été de simplifier les interventions pour les usagers et d'éviter une multiplicité d'intervenants auprès d'une même personne.

95% des participants à l'enquête en ligne ont déclaré que travailler de manière complémentaire avec les professionnels extérieurs intervenant auprès de la personne a amélioré la qualité de leurs accompagnements. 5% ont jugé que cela n'a pas totalement amélioré la qualité de leur intervention.

Les usagers ont exprimé leur satisfaction et leur soulagement face à cette démarche, car elle a permis aux professionnels extérieurs de prescrire d'autres soins en prenant en compte les conseils et les recommandations des ergothérapeutes des EqLAAT.

Les professionnels ont relaté collaborer étroitement avec les institutions départementales, les dispositifs d'appui à la coordination, les équipes médico-sociales de la MDPH et de l'APA, les acteurs de l'aménagement du logement, les équipes mobiles de soins palliatifs et les professionnels paramédicaux. En revanche, les relations ont semblé plus limitées avec les médecins généralistes, les structures hospitalières, l'école et/ou l'employeur (les bénéficiaires de l'expérimentation EqLAAT sont majoritairement des personnes âgées).



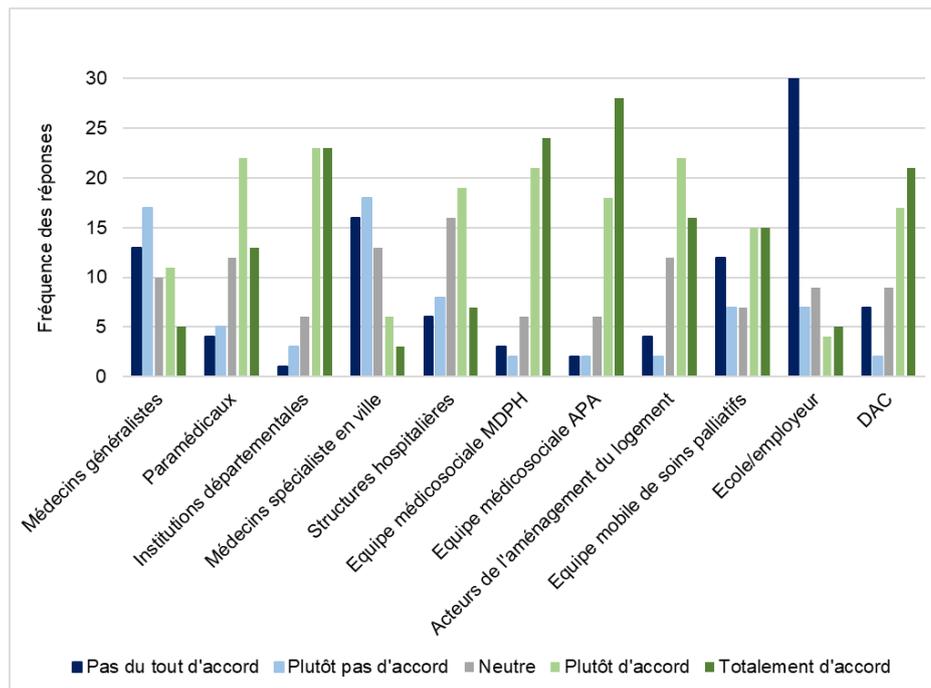


Figure 9 : Niveau de collaboration avec les acteurs extérieurs

De plus, 80 % des participants à l'enquête en ligne ont indiqué avoir collaboré et échanger de manière régulière avec le professionnel qui a dirigé l'usager vers EqLAAT. 10 % ont déclaré ne pas avoir collaboré de manière systématique avec ce dernier, et 2 % ont déclaré ne pas travailler du tout avec ces professionnels.

6.3.2 Collaboration avec les professionnels de santé

Certaines équipes ont collaboré activement avec les équipes mobiles de soins de suite et de rééducation, qui se déplacent au domicile des personnes. Cette coopération est renforcée par la présence d'un médecin spécialisé dans la médecine physique et de la réadaptation (MPR) au sein de ces équipes mobiles, capable de prescrire des aides techniques telles que des fauteuils roulants électriques ou des lits médicalisés [*facteur contextuel favorisant*]. Nous avons également demandé aux participants à l'enquête en ligne si la présence d'un médecin aurait été nécessaire dans l'équipe afin de compléter leur accompagnement. Les avis ont été assez mitigés : 25% des répondants ont estimé que la présence du médecin dans l'équipe est totalement nécessaire, 34% ont estimé qu'elle est plus ou moins nécessaire, 34% ont indiqué qu'elle n'est pas du tout nécessaire. 7% n'ont pas donné de réponses à cette question.

Des ergothérapeutes interrogés ont souligné l'importance de travailler avec des professionnels de santé, car ils jouent un rôle essentiel dans l'orientation des interventions. La collaboration avec les kinésithérapeutes, qui ont une connaissance approfondie des personnes qu'ils accompagnent depuis longtemps, a permis d'obtenir un retour plus complet sur la situation. Ces professionnels ont apporté un point de vue paramédical précieux, complémentaire aux informations fournies par les personnes elles-mêmes. Cette approche a permis d'optimiser la mise en place d'aides techniques en tenant compte des besoins spécifiques de chaque individu.



« Plus il y a de proximité de l'utilisateur avec ces professionnels qui interviennent au quotidien, meilleur sera notre relais et notre efficacité. Il y a un travail d'équipe qui se fait ». Entretien n°3
Assistante sociale

Dans certains cas, les ergothérapeutes des EqLAAT ont facilité la mise en place d'aides techniques, avant de transférer l'accompagnement à d'autres équipes spécialisées pour d'autres types d'accompagnement comme l'accompagnement social.

« Par exemple, je suis intervenu pour une personne dans la mise en place d'un fauteuil roulant électrique et d'autres aides 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, qui va accompagner la personne sur le plan social et dans l'acquisition des aides techniques. Le but après est de passer le relais à cette équipe de SAMSAH pour qu'il voie la suite, les autres besoins. Le but 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°16
Ergothérapeute

Les niveaux élevés de collaboration entre EqLAAT et les professionnels extérieurs peuvent être attribués à plusieurs facteurs. Tout d'abord, l'ancienneté de la structure EqLAAT a semblé jouer un rôle majeur (cf. 5.3.5.3). 82% des répondants à l'enquête en ligne ont estimé qu'elles ont eu de bonnes relations avec les acteurs externes aux EqLAAT, car le dispositif a été implanté dans une structure déjà existante. De plus, la polyvalence de certaines structures qui cumulent plusieurs casquettes, telles que la MDPH, le CICAT et EqLAAT a contribué également à des relations plus harmonieuses, pour 55% des répondants à l'enquête en ligne. Des relations privilégiées ont également été permises par des échanges réguliers, l'établissement d'un réseau, l'implication active d'EqLAAT sur le terrain, des efforts de communication efficaces et un niveau de confiance mutuelle.

6.3.3 Les défis de la communication interprofessionnelle

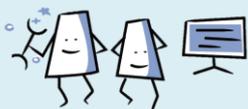
Bien que les équipes aient été conscientes de l'intérêt de collaborer étroitement avec les acteurs locaux, les relations avec certains acteurs extérieurs ont parfois été limitées pour diverses raisons, illustrées dans cette partie.

6.3.3.1 EqLAAT ne doit pas être perçu comme un dispositif de coordination de la vie de la personne

Un ergothérapeute d'EqLAAT (entretien n°6) a exprimé le sentiment que certains intervenants extérieurs se sont déchargés excessivement sur les professionnels d'EqLAAT [*facteur comportemental/mécanisme*]. Bien que les équipes soient disposées à apporter leur soutien, à réaliser des essais et à accompagner l'utilisation des aides techniques, l'ergothérapeute a souligné qu'il ne souhaitait pas que les équipes se retrouvent à assumer des missions qui ne relèvent pas de leur domaine d'expertise, notamment pour l'évaluation de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), l'aménagement des véhicules, etc. Ce professionnel a souligné la nécessité de maintenir la spécificité de leur rôle se concentrant sur les aspects techniques et l'accompagnement de l'utilisation des aides, plutôt que sur des missions plus larges telles que la coordination globale de la vie de la personne.

6.3.3.2 Le cloisonnement des informations

Des professionnels des EqLAAT ont fait face à des défis sur le terrain en raison du cloisonnement des informations par les acteurs extérieurs, particulièrement de la part de certains professionnels de santé récalcitrants à travailler en équipe. Ces professionnels ne



connaissant pas les membres des EqLAAT ont parfois hésité à partager des informations [*facteur comportemental/mécanisme*].

68% des répondants à l'enquête en ligne ont estimé que leurs relations avec certains professionnels ont été limitées en partie par un manque de connaissance du dispositif.

32% des répondants ont déclaré que les professionnels ne répondaient pas aux sollicitations des EqLAAT.

Cette situation a eu des implications négatives sur la pertinence des recommandations des ergothérapeutes, impactant ainsi la qualité des services auprès des usagers. Il est parfois arrivé qu'un usager essaye plusieurs fois le même équipement proposé par des services différents.

Une des équipes interrogées a mentionné des difficultés spécifiques à son territoire, où les assistantes sociales de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) n'ont pas coopéré efficacement avec EqLAAT. Cette absence de collaboration a créé des obstacles dans la réalisation complète de l'accompagnement, notamment sur le plan financier.

6.3.3.3 L'arrivée d'un nouvel acteur perçu comme un concurrent

L'introduction du dispositif a suscité parfois des réactions négatives de la part des acteurs extérieurs et notamment de certaines équipes mobiles de la rééducation, qui ont perçu l'organisation comme un concurrent en partie en raison de la pluridisciplinarité des équipes [*facteur comportemental/mécanisme*].

18% des répondants à l'enquête en ligne ont estimé que leurs relations avec certains professionnels ont été limitées en partie, car EqLAAT a été assimilé à un concurrent.

Pour favoriser une coopération efficace, il a été donc essentiel que les professionnels d'EqLAAT communiquent activement avec les services du terrain, en les informant de leurs activités et en les rassurant quant à leur rôle spécifique et leur complémentarité.

Au sein d'une des équipes, des rencontres ont été organisées pour illustrer des situations concrètes où la collaboration pouvait s'avérer bénéfique.

Les visions parfois contrastées des ergothérapeutes des services de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et des ergothérapeutes des EqLAATs, ont créé des perspectives différentes sur les besoins des patients.

Des divergences entre les ergothérapeutes en SSR et ceux d'EqLAAT ont été constatées par un des professionnels interrogés. Les ergothérapeutes en SSR adoptaient un regard plus sanitaire, tandis que ceux d'EqLAAT se concentraient davantage sur le maintien à domicile. Un exemple donné, par ce professionnel, concernait le lit médicalisé, que les ergothérapeutes en SSR ont pu considérer comme essentiel tandis que les ergothérapeutes d'EqLAAT ont préféré explorer d'autres compensations, telles que l'utilisation de réhausseurs de lit et de barres de transfert, pour maintenir le lit existant tout en assurant la sécurité et le confort de la personne. Cette alternative proposée par les ergothérapeutes d'EqLAAT a visé à rassurer et à proposer des solutions techniques mieux adaptées qui seront davantage utilisées efficacement au domicile.

6.3.3.4 Le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute

Le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute a constitué un contexte défavorable à l'activité des ergothérapeutes, entravant la légitimité de ces professionnels et impactant la prise en compte de leurs préconisations [*facteur contextuel entravant*].



36% des répondants à l'enquête en ligne ont estimé que leurs relations avec certains professionnels ont été limitées en partie, car le métier d'ergothérapeute n'était pas assez reconnu.

Selon les professionnels interrogés, les médecins n'ont pas spontanément eu recours aux avis des ergothérapeutes. Ce manque de réflexe a compromis la considération des recommandations dans le processus de décision quant à l'aide technique à mettre en place.

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

6.3.3.5 Omissions d'informations par les usagers

Certains usagers ont omis de mentionner d'autres accompagnements extérieurs dont ils bénéficiaient, créant ainsi des défis pour la coordination des services.

16% des répondants à l'enquête en ligne ont estimé que leurs relations avec certains professionnels ont été limitées en partie, car l'utilisateur n'a pas mentionné l'existence de ces professionnels durant les accompagnements.

Lors des premiers contacts, la question sur la présence d'autres partenaires a été systématiquement posée. Cependant, certains professionnels ont fréquemment constaté lors des différentes interventions que d'autres intervenants extérieurs étaient également mobilisés pour le service à la personne. Les usagers n'ont pas toujours mentionné toutes les informations dès le départ [*facteur contextuel entravant*], notamment dans les situations où l'identification d'un référent professionnel était compliquée, ou parce que l'utilisateur ne pouvait pas nommer l'organisme, et/ou en raison de troubles cognitifs.

En outre, concernant les liens avec l'école, il a pu être difficile d'identifier les besoins des usagers dans ce contexte. Concernant les employeurs, la présence de dispositifs déjà en place avec les employeurs a pu également réduire la nécessité de collaboration avec les EqLAAT. Enfin, dans les zones à faible densité médicale, le manque de temps des professionnels installés dans ces déserts médicaux a pu constituer un obstacle supplémentaire à l'établissement de relations plus étroites avec les EqLAAT.

6.4 Comment faire le bon choix

6.4.1 Essais des aides techniques à domicile ou tests en dehors du lieu de vie

L'objectif d'EqLAAT n'est pas uniquement d'informer sur les aides techniques existantes, mais aussi d'offrir aux personnes la possibilité d'essayer les équipements sur le long terme, sur plusieurs jours voire plusieurs semaines [*intervention relative à l'action*]. Cela a permis aux personnes accompagnées d'obtenir davantage d'informations, d'être mieux informées et de faire un choix éclairé entre différentes options proposées. Cette démarche plus approfondie a favorisé une meilleure adaptation des aides techniques aux besoins spécifiques de chaque personne.

Les essais des aides techniques à domicile ont permis de concrétiser l'aide technique et de vérifier son adéquation au besoin et à l'environnement dans le but de pérenniser leur utilisation [*intervention relative à l'action*].



« L'ergothérapeute 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, j'ai estimé si oui ou non c'était nécessaire, si je l'utilise dans tout mon quotidien ou pas. Alors au début, j'ai pensé qu'une des aides techniques allait m'aider, mais dans les faits, pas du tout. Je pense que si je n'avais pas essayé, je me serais bien trompé sur ce qu'il fallait acheter. Puis, il y a des choses dont j'ignorais l'existence. » Entretien n°1 (P1) usager

« Les essais ont été très utiles pour moi, car ça a renforcé ma conviction dans le choix de mon fauteuil, l'essayer en situation réelle c'est rare, seul, j'aurais certainement fait de mauvais choix. En ayant essayé le fauteuil, j'ai pu être conforté dans mon choix. » Entretien n°5 (P2) usager

6.4.2 Répartition entre les essais et les tests

Les tests des aides techniques sont réalisés en présence d'un professionnel de l'équipe, dans les locaux de EqLAAT ou ailleurs (partenaire, CICAT, distributeur / magasin, salon etc.), mais pas sur les lieux de vie de la personne, autrement dit pas en condition de vie réelle.

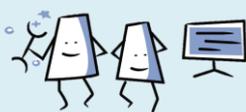
Les essais sont réalisés sur les lieux de vie de la personne, autrement dit en condition de vie réelle. [intervention relative à l'action].

Les essais ont davantage été plébiscités par les professionnels des équipes. En effet, le nombre moyen d'aides techniques testées par personne a été largement inférieur au nombre moyen d'aides techniques essayées par personne: 0,49 aide technique en moyenne testée ($N=6\ 423$, IC à 95% : 0,46 à 0,53) contre 2,20 aides techniques essayées pour une personne ($N=6\ 637$, IC à 95% : 2,13 à 2,26). Les nombres moyens d'aides testées et essayées sont statistiquement différents entre les centres ($p<0,001$; Test ANOVA). (Figure 10).

Concernant les essais, 75% des personnes accompagnées ont essayé entre une et trois aides techniques durant leur accompagnement. 25% en ont essayé plus de trois. Le nombre maximal d'aides techniques essayées pour une personne a été de 31 aides techniques.

Le nombre d'aides techniques essayées est significativement plus élevé pour les personnes atteintes de déficience évolutive (Moyenne : 2,26, $N=4697$, IC à 95% : 2,19 à 2,34) relativement aux personnes atteintes de déficience fixe (Moyenne : 2,04, $N=1902$, IC à 95% : 1,94 à 2,14).

Les personnes seules ou en couples, avec ou sans enfants, ont essayées en moyenne plus d'aides techniques que les personnes accueillies au sein d'un établissement médico-social/ en collectivité. Les personnes seules ont essayé en moyenne 2,29 aides techniques ($N=388$, IC à 95% : 2,19 à 2,39), les personnes en couple avec ou sans enfant ont essayé en moyenne 2,08 aides techniques ($N=3690$, IC à 95% : 2,08 à 2,24) et les personnes vivant dans une « collectivité » ont essayé en moyenne 1,58 aides techniques ($N=205$, IC à 95% : 1,21 à 1,95).



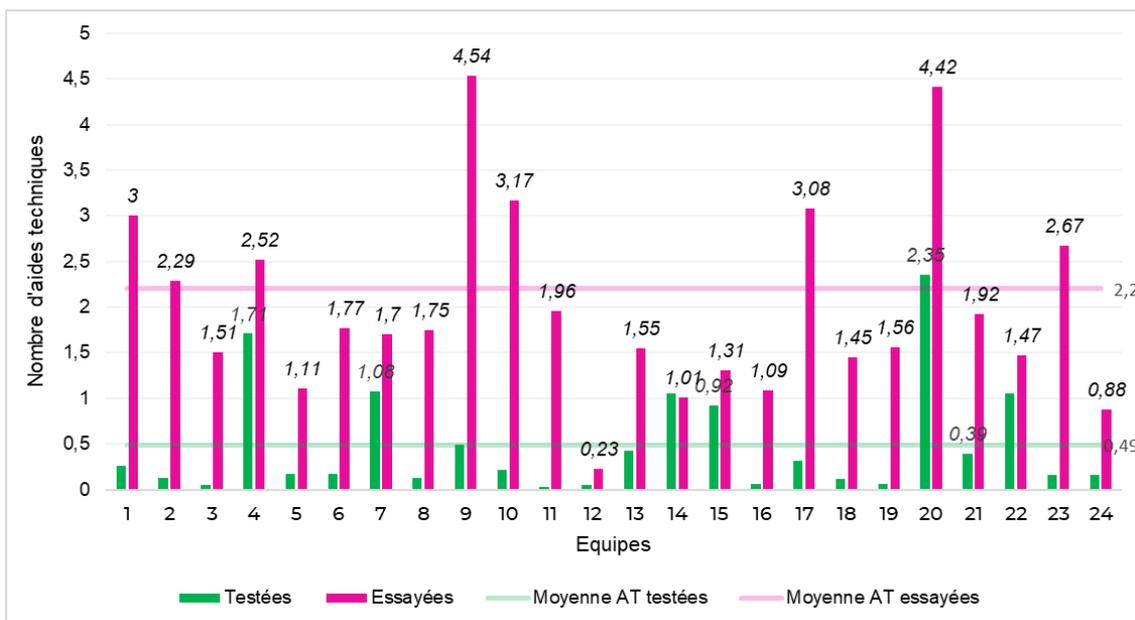


Figure 10 : Nombre moyen d'aides techniques testées et essayées par personne par équipe (Cf. Annexe 3. Tableau détaillé)

L'évaluation de l'efficacité de l'aide technique dans l'environnement quotidien a été jugée essentielle, permettant d'adapter les recommandations aux besoins spécifiques de l'utilisateur notamment pour les aides liées à l'autonomie sur le lieu de vie, telles que les équipements pour la salle de bain, le lit et le positionnement.

Ces essais ont été réalisés quasi systématiquement sauf dans certaines situations spécifiques.

Bien que moins mis en place, les tests ont été également jugés particulièrement utiles, par les ergothérapeutes, pour certains types d'aides techniques. Lorsqu'une personne souhaitait évaluer plusieurs aides techniques volumineuses, car le transport à domicile n'était pas possible, les tests ont offert une solution pratique par rapport aux essais. De même, pour les aides optiques, les tests ont pu compléter les essais, surtout lorsque le choix n'est pas influencé par l'environnement.

Dans le domaine des aides auditives, les tests ont souvent été effectués initialement chez l'audio-prothésiste, avec éventuellement un essai à domicile par la suite. Les fauteuils releveurs ou d'autres aides difficiles à déplacer ont fait l'objet de tests en showroom avant d'envisager un essai au domicile. Enfin, si le matériel n'était pas transportable ou n'était disponible que dans un endroit spécifique, les tests ont pu être une alternative nécessaire.

6.4.3 Ventilation des aides techniques essayées entre les niveaux de la nomenclature ISO 9999 v2016

Les aides techniques majoritairement essayées¹ par les personnes accompagnées sont les aides techniques relatives aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité

¹ De nombreuses variables relatives aux aides techniques essayées étaient renseignées dans le SI. Nous avons fait le choix ici de présenter les caractéristiques des aides techniques essayées (type, délai, durée, moyen) pour la première aide technique essayée.



personnelle et le transport à hauteur de 28% (Code 12), aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel (Code 09) (28% des AT essayées) et aux aménagements, accessoires et activités de soutien dans l'environnement (Code 18), à hauteur de 19%. Les types d'aides techniques essayées sont significativement différents entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA)

Par ailleurs, la répartition des catégories d'aides techniques essayées est similaire à celle des types d'aides techniques jugées nécessaires par les usagers lors de l'évaluation initiale.

Tableau 9 : Répartition des types d'aides techniques essayées par les équipes

Code ISO (niveau 1)	Effectif	(%)
04 : Produits d'Assistance au traitement médical individuel	89	1,64%
05 : Produits d'Assistance à l'éducation et à la r(é)éducation des capacités	9	0,17%
06: Produits d'Assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	16	0,30%
09 : Produits d'Assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel	1481	27,34%
12 : Produits d'Assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport	1521	28,08%
15 : Produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à vie domestique	251	4,63%
18 : Aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme	1010	18,65%
22 : Produits d'Assistance à la gestion de la communication et à l'information	767	14,16%
24 : Produits d'Assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs	221	4,08%
27 : Produits d'Assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques	10	0,18%
28 : Produits d'Assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi	33	0,61%
30 : Produits d'Assistance à la récréation et aux loisirs	8	0,15%
<i>Total</i>	<i>5 416</i>	

6.4.4 Origine du matériel ayant servi aux essais

6.4.4.1 Vue d'ensemble

Pour mettre en place les essais des aides techniques, les équipes ont eu recours à diverses ressources telles que le parc d'aide technique de l'équipe, le prêt auprès d'un revendeur, d'un fabricant ou d'un partenaire « non commercial », la location, l'achat par l'équipe ad-hoc ou encore l'aide technique déjà disponible au domicile de la personne.



Les EqLAAT ont essentiellement mobilisé leur propre parc d'aides techniques dans 54% des essais et les prêts par les revendeurs d'aides techniques dans 31% des essais. En revanche, les équipes ont eu très faiblement recours à la location d'aides techniques (1%), aux prêts par les fabricants d'aides techniques (3%) et par les partenaires « non commerciaux » (4%) pour mettre en œuvre ces essais. Enfin, les équipes n'ont pratiquement pas acheté d'aides techniques neuves pour les essais (0,11%) et très peu d'aides techniques déjà présentes au domicile ont été utilisées pour les essais (4%). Les moyens mobilisés pour mettre en place les essais sont significativement différents entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).

Le nombre moyen d'aides techniques essayées par personne est significativement plus élevé lorsqu'elles proviennent du parc d'aides techniques de l'équipe (Moyenne : 2,93, $N=2918$, IC à 95% : 2,82 à 3,03) par rapport à celles prêtées par des revendeurs (Moyenne : 2,37, $N=1635$, IC à 95% : 2,27 à 2,46) ou par des fabricants (Moyenne : 2,02, $N=180$, IC à 95% : 1,75 à 2,30).

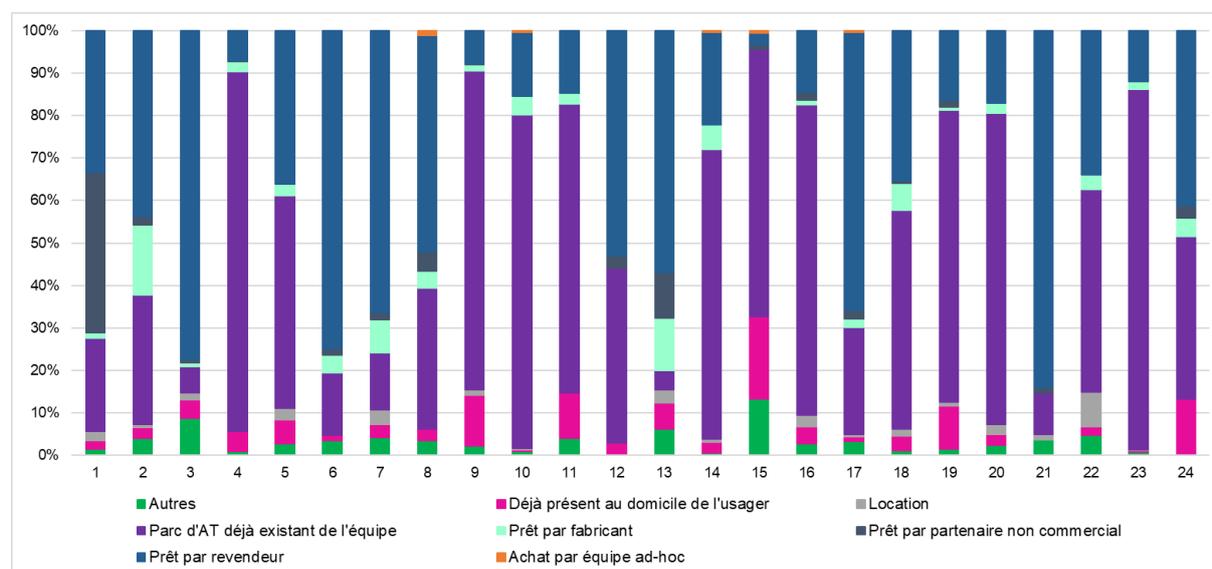


Figure 11 : Moyens mobilisés par les vingt-quatre équipes pour réaliser les essais des aides techniques (Cf. Annexe 4. Tableau détaillé)

Annexe 4. Tableau détaillé

6.4.4.2 L'importance des partenariats avec les revendeurs d'aides techniques

Les entretiens avec les équipes ont mis en lumière l'importance de développer des partenariats étroits avec les revendeurs d'aides techniques, comme en témoigne leur implication significative dans le prêt d'aides techniques pour les essais. Ces relations ont été jugées essentielles pour accéder à des dispositifs coûteux, souvent hors budget, permettant aux ergothérapeutes de les évaluer avec les usagers. Les revendeurs de matériel médical ont offert ainsi la possibilité d'effectuer des essais ciblés, parfaitement adaptés aux besoins individuels. Les distributeurs de matériel médical ont été impliqués dans le dispositif, car ils y ont trouvé un intérêt financier par la même occasion [*facteur comportemental/mécanisme*].

« On travaille avec les revendeurs de matériel médical. C'est intéressant, car nous pouvons faire des essais sur du matériel que nous n'avons pas forcément. Cela nous permet d'essayer et de voir s'il est vraiment adapté à la personne. Nous avons pu faire ça, à plusieurs reprises, pour de nombreuses aides techniques. Les revendeurs n'hésitent pas à nous prêter du matériel. 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°14 Ergothérapeute

Certains professionnels interrogés ont indiqué que leurs équipes ont établi des partenariats formels avec des revendeurs, instaurant des conventions pour garantir un stock d'aides techniques dédié aux essais [*intervention de soutien*]. Cette collaboration a facilité la découverte et la compréhension des produits, renforçant ainsi l'efficacité des interventions. Parmi les vingt-deux équipes ayant répondu à l'enquête en ligne, trois ont indiqué avoir signé un conventionnement avec les revendeurs de matériel médical. Quinze équipes ont déclaré avoir mis sur pied un partenariat avec les revendeurs sans conventionnement spécifique. Trois équipes ont déclaré ne pas avoir établi de règles avec les revendeurs de matériel et une des équipes a difficilement obtenu un partenariat avec les revendeurs, car ils étaient réticents au départ. Certains revendeurs d'aides techniques ont été parfois récalcitrants à travailler avec les équipes. Ils ont parfois refusé de prêter le matériel, notamment les aides sur la communication (téléphonie). Certains n'ont, par ailleurs, pas respecté les préconisations des ergothérapeutes des EqLAAT [*facteur comportemental/mécanisme*]. Ainsi, la réussite du dispositif peut varier en fonction du niveau de collaboration existant.

« Cela m'est arrivé de conseiller une planche de bain, parce que c'était le plus adapté au besoin de la personne. Finalement, la personne n'a pas acheté 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 ». Entretien n° 16 Ergothérapeute

Les professionnels des équipes ont également souligné l'importance d'avoir leur propre parc d'aides techniques, le considérant comme indispensable pour la mise en place d'essais [*intervention de soutien*].

Les aides techniques liées aux déplacements, à l'aménagement de la salle de bains, aux repas, à la toilette, à la mobilité, à la communication et à la vie quotidienne ont fréquemment été citées comme essentielles dans un parc d'aides techniques. De plus, les aides spécifiques pour lesquelles il est difficile de faire un essai gratuit chez les revendeurs, tel que celles liées aux déficiences sensorielles et aux communications alternatives, augmentent l'intérêt de posséder un parc en propre.

La possession d'un parc d'aides techniques permet non seulement aux EqLAAT de mettre plus rapidement en place les essais (cf. 6.4.5), mais aussi permet de prolonger la durée des essais une fois que l'aide technique est sur place (cf. 6.4.6).

Les répondants de l'enquête en ligne ont estimé que le volume nécessaire pour satisfaire la diversité des besoins des personnes accompagnées varie de 60 à 500 aides techniques différentes. Certains ont exprimé l'opinion qu'un parc plus étendu et diversifié, par rapport à leur parc actuel, aurait été davantage bénéfique.

6.4.5 Délais d'accès aux essais des aides techniques

Le délai moyen d'accès aux essais des AT a été de 11 jours ($N=5\,525$, IC à 95% : 10,85 à 12,08, écart-type de l'échantillon : 23j) et la médiane de 1 jour. Le délai moyen et le délai médian sont très différents, suggérant une distribution positive asymétrique. La présence de valeurs aberrantes, particulièrement élevées, influence la moyenne, la tirant vers la droite. En excluant les valeurs aberrantes définies comme des délais supérieurs à 37,5 jours, une meilleure compréhension de la distribution est obtenue. Après cette exclusion, 50% des temps d'attente sont concentrés entre 0 et 15 jours, et 25% sont égales à 0 jour, indiquant des délais très courts. Les 25% restants sont compris entre 15 et 37,5 jours.

Les délais médians sont significativement différents entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).



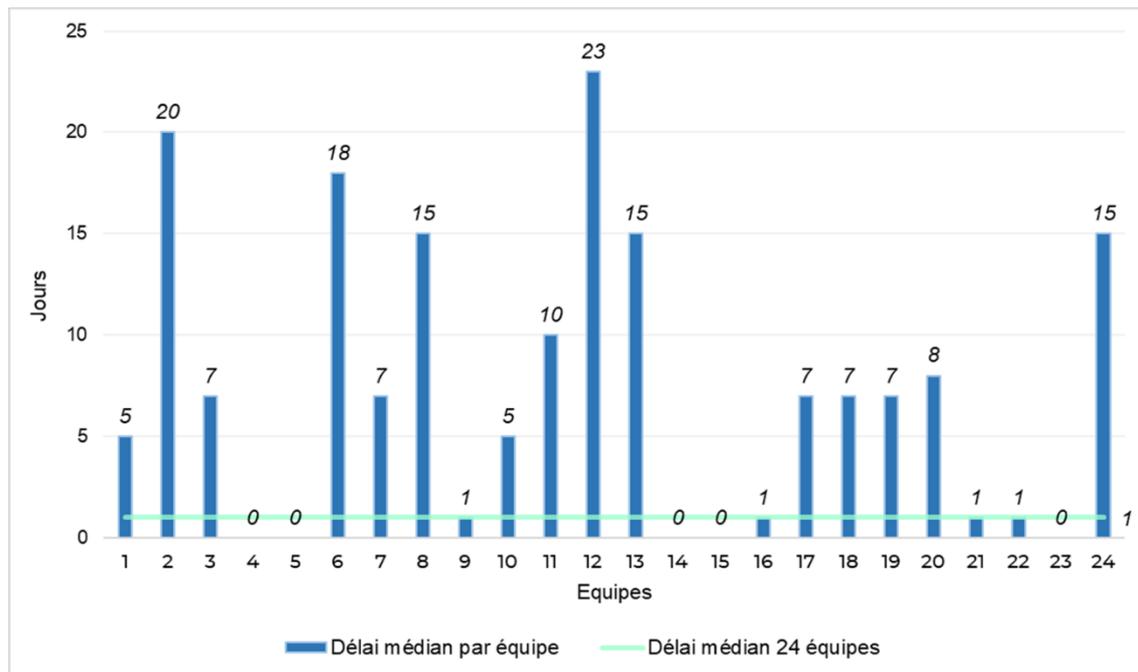


Figure 12 : Délais médians d'accès aux essais

Les délais moyens d'accès varient significativement selon les moyens mobilisés pour les mettre en place.

Lorsque l'aide technique essayée était déjà disponible dans les locaux de l'équipe, le délai moyen d'attente a été de 5 jours ($N=2\ 935$, IC à 95% : 4,5 à 5,6) tandis que lorsque les aides techniques ont été achetées par l'équipe le délai moyen a été de 34 jours ($N=6$, IC à 95% : -0,98 à 70). L'intervalle de confiance est assez large et le nombre d'observations faible, il y a une incertitude plus importante associée à l'estimation d'une différence significative entre ces deux moyennes.

Cependant, lorsqu'une aide technique fait partie du parc d'aides techniques de l'équipe, le délai est significativement réduit par rapport aux situations où l'aide technique est obtenue par un prêt auprès d'un fabricant (*Moyenne : 34 jours, $N=182$, IC à 95% : 28,4 à 39,32*) ou d'un prêt auprès d'un revendeur (*Moyenne : 21 jours, $N=1626$, IC à 95% : 20,5 à 23,18*).

Les délais moyens d'accès aux essais sont ainsi plus courts pour les équipes qui ont eu majoritairement recours à leurs parcs d'aides techniques.

6.4.6 Longueur de la période d'essai

La durée moyenne des essais des aides techniques a été de 6 jours ($N= 5229$, IC à 95% : 5,23 à 5,88). La durée maximale observée pour l'essai d'une aide technique a été de 150 jours. Les durées moyennes des essais sont significativement différentes entre les centres ($p<0,001$). Neuf équipes affichent des durées supérieures à la moyenne des vingt-quatre équipes.

Les durées moyennes d'essais varient significativement selon les moyens mobilisés pour mettre en place les essais ($p<0,001$; Test ANOVA).



Lorsque l'aide technique était déjà présente dans les locaux de l'équipe, la durée d'essai a été de 6 jours ($N=2\ 873$, IC à 95% : 5,73 à 6,69) tandis que lorsque l'aide technique a été prêtée par un revendeur la durée moyenne d'essai a été de 4 jours ($N=1\ 589$, IC à 95% : 3,83 à 4,71).

Avec l'augmentation de l'âge, on observe une légère diminution de la durée moyenne des essais (coefficient de corrélation : $-0,07$, $p < 0,0001$).

La durée moyenne d'essai est significativement plus élevée pour les personnes dont la pathologie est innée (Moyenne : 7,5 jours, $N=661$, IC à 95% : 6,49 à 8,43) par rapport aux personnes dont la pathologie a été acquise (Moyenne : 5,3 jours, $N=4538$, IC à 95% : 4,98 à 5,69). En revanche, la durée d'essai n'est pas liée au type de déficience (évolutive ou fixe). La durée de l'essai est significativement plus longue pour les personnes ayant des objectifs d'accompagnement liés aux déficiences sensorielles (Moyenne : 8 jours, $N=626$, IC à 95% : 7,12 à 9,38) par rapport à celles dont les accompagnements ne relèvent pas du domaine des déficiences sensorielles (Moyenne : 5 jours, $N=4603$, IC à 95% : 4,85 à 5,52).

Enfin, les personnes accueillies au sein d'un établissement médico-social ont pu essayer leur aide technique en moyenne plus longtemps (Moyenne : 10,6 jours, $N=135$, IC à 95% : 7,78 à 13,45) par rapport aux personnes vivant seul (Moyenne : 4,87 jours, $N=2\ 155$, IC à 95% : 4,87 à 4,39), ou en couple, avec ou sans enfant (Moyenne : 5,83 jours, $N=2\ 926$, IC à 95% : 5,83 à 6,28).

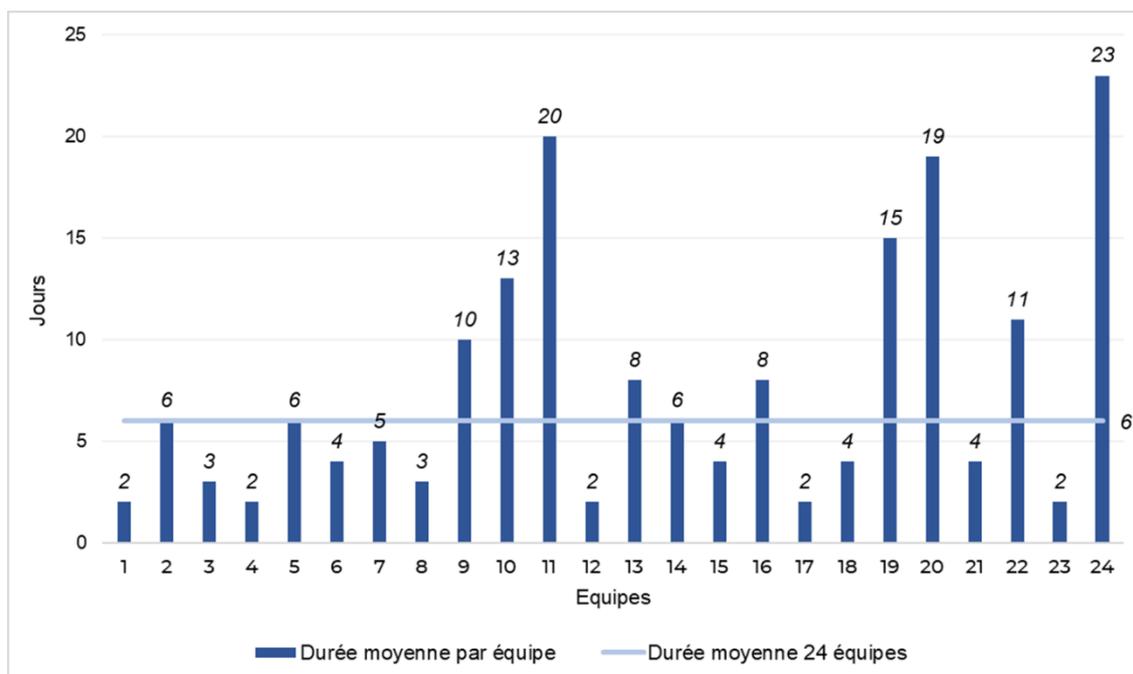


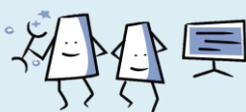
Figure 13 : Durées moyennes des essais des aides techniques par équipe

6.5 Implantation des aides techniques sur les lieux de vie

6.5.1 Préconisation et mises à disposition des aides techniques

À la suite des essais, le nombre moyen d'aides techniques prescrites par les ergothérapeutes a été en moyenne¹ de trois par personne accompagnée (Moyenne=2,92 ; $N=4999$). Entre une

¹ Moyenne calculée à partir des données de vingt et une équipes, trois équipes n'ont pas renseignées cette donnée



et quatre aides techniques ont été préconisées pour 75% des personnes accompagnées. Au total, 14 629 aides techniques ont été prescrites par les vingt et une équipes. En revanche, pour ces équipes, le nombre moyen d'aides techniques réellement mis en place a été de deux par personne ($N=3\ 679$).

Le nombre maximal d'aides techniques mis en place lors d'un des accompagnements a été de vingt et un. Au total, 6 389 aides techniques ont été mises en place à la suite de l'accompagnement des EqLAAT. Le nombre d'aides techniques prescrites et mises en place est significativement différent selon les centres ($p<0,001$; Test ANOVA).

En moyenne, 68 % des aides techniques prescrites par personne (2,92) ont été effectivement mises en place (2). Cependant, il est notable que dans 52 % des cas, toutes les aides techniques prescrites aient été intégralement mises en place. Un quart des personnes accompagnées pour lesquelles des aides techniques ont été prescrites n'ont vu aucune de ces aides effectivement mises en place, car l'accompagnement n'était pas encore terminé ou a été interrompu. Très peu de bénéficiaires n'ont vu aucune des aides techniques préconisées mise en place à la fin de leur accompagnement.

La part moyenne d'aides techniques réellement mises en place est significativement différente entre les centres ($p<0,001$; Test ANOVA).

À mesure que l'âge augmente, le nombre moyen d'aides techniques mises en place diminue légèrement (*coefficient de corrélation* : $-0,07$, $p<0,0001$). En revanche, le nombre d'aides techniques préconisées n'est pas corrélé à l'âge.

Le nombre d'aides techniques préconisées et mises en place n'est significativement pas lié aux types de pathologie (acquise/innée) et aux types de déficience (évolutive/fixe).

En revanche, le nombre d'aides techniques mises en place est significativement lié à la composition du foyer et à la catégorie socio-professionnelle de la personne ($p<0,01$; Test ANOVA).

Pour une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social, le nombre d'aides techniques mises en place est en moyenne de 1,12 ($N=128$, IC à 95% : 0,94 à 1,31) contre près de 2 pour les personnes vivant seules ($N=1579$, IC à 95% : 1,66 à 1,85) ou en couple, avec ou sans enfant ($N=2097$, IC à 95% : 1,61 à 1,76).

Pour les personnes sans activité professionnelle, le nombre moyen d'aides techniques mises en place est de 1,81 ($N=740$, IC à 95% : 1,68 à 1,96) contre 2,29 pour les personnes ayant un emploi rémunéré ($N=176$, IC à 95% : 1,92 à 2,66). Pour les retraites, le nombre moyen d'aides techniques mises en place est de 1,61 ($N=2748$, IC à 95% : 1,54 à 1,68).

De plus, les professionnels des EqLAAT ont particulièrement bien répondu aux besoins des personnes accompagnées. En effet, 94% des personnes ayant formulé des demandes précises d'aides techniques lors de la première évaluation ont vu au moins l'une des aides techniques demandées être mise en place. Les personnes accompagnées ont su identifier avec précision leurs besoins, et les professionnels ont répondu de manière adéquate à leurs attentes.

Nous avons examiné l'influence du test et des essais, et de la combinaison des deux, sur le nombre moyen d'aides techniques préconisées et effectivement mises en place.

Les personnes ayant uniquement testé les aides techniques présentent en moyenne un nombre moins élevé d'aides techniques préconisées (*Moyenne* : 2,06, $N=294$, IC à 95% : 1,7 à 2,3) par rapport à celles qui les ont essayées (*Moyenne* : 3,02, $N=3332$, IC à 95% : 2,9 à 3,1) ($p<0,0001$; Test ANOVA). Celles qui ont eu l'opportunité à la fois de tester et d'essayer leurs aides techniques se voient recommander un nombre plus élevé d'aides techniques (*Moyenne* : 3,10, $N=626$, IC à 95% : 2,9 à 3,3) que celles qui ont uniquement testé les aides techniques ($p<0,0001$; Test ANOVA).



Par la suite, les personnes ayant seulement testé les aides techniques ont en moyenne un nombre moins élevé d'aides techniques effectivement mises en place (*Moyenne : 1,32, N=188, IC à 95% : 1,2 à 1,5*) par rapport à celles qui les ont essayées (*Moyenne : 1,78, N=2620, IC à 95% : 1,7 à 1,9*) ($p < 0,0001$; Test ANOVA). Les individus ayant eu l'opportunité à la fois de tester et d'essayer leurs aides techniques ont vu un nombre d'aides techniques effectivement mises en place plus élevé (*Moyenne : 2,00, N=512, IC à 95% : 1,9 à 2,2*) que ceux qui ont seulement testé les aides techniques ($p < 0,0001$; Test ANOVA).

Ainsi, les essais permettent aux personnes accompagnées d'obtenir davantage d'aides techniques. De plus, les résultats indiquent que la combinaison de tests et d'essais conduit à une mise en place plus importante d'aides techniques par rapport aux tests isolés.

6.5.2 Types d'aides techniques mises à disposition

Parmi les 6 300 aides techniques mises en place dont le code ISO était renseigné dans les systèmes d'information, celles le plus souvent demandées et acquises ont été celles en lien avec les soins d'entretien personnel (25 %), celles ayant un rapport avec la mobilité personnelle et le transport (23 %), et celles relatives à des aménagements, accessoires et à des activités de soutien dans l'environnement (25 %).

Tableau 10 : Répartition des types d'aides techniques mises en place par les équipes (selon la classification ISO 9999 v2016)

Code ISO (niveau 1)	Effectif (%)	
04 : Produits d'Assistance au traitement médical individuel	137	2,17%
05 : Produits d'Assistance à l'éducation et à la r(é)éducation des capacités	10	0,16%
06: Produits d'Assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	24	0,38%
09 : Produits d'Assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel	1601	25,41%
12 : Produits d'Assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport	1435	22,78%
15 : Produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à vie domestique	334	5,30%
18 : Aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme	1589	25,22%
22 : Produits d'Assistance à la gestion de la communication et à l'information	796	12,63%
24 : Produits d'Assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs	318	5,05%
27 : Produits d'Assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques	11	0,17%
28 : Produits d'Assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi	34	0,54%
30 : Produits d'Assistance à la récréation et aux loisirs	11	0,17%
<i>Total</i>	<i>6 300</i>	



Les types d'aides techniques acquises par les personnes accompagnées sont significativement différents entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).

Les types d'aides techniques varient significativement selon le type de déficience. Les personnes atteintes de déficiences évolutives ont principalement acquis des aides techniques des catégories (ISO 9999 v2016) : 06, 05 et 30. En revanche, pour les personnes atteintes de déficiences fixes, les aides techniques acquises sont plus fréquemment issues des catégories : 12, 15 et 24.

Les aides techniques acquises varient significativement selon le type de pathologie. Par exemple les aides techniques liées aux activités de soutien dans les environnements créés par l'Homme (ISO 9999 v2016 : 18) sont plus fréquemment mises à disposition pour les personnes dont la pathologie est acquise plutôt qu'innée.

Les types d'aides techniques varient significativement selon l'âge. Les aides techniques liées aux activités d'entretien personnel (ISO 9999 v2016 : 09), à la mobilité personnelle et aux transports (ISO 9999 v2016 : 12) et aux activités de soutien dans les environnements créés par l'Homme (ISO 9999 v2016 : 18) sont plus fréquemment acquises par les personnes de plus de 55 ans. Les personnes de moins de 55 ans ont plus fréquemment acquis des aides techniques liées à la gestion de la communication et à l'information que les personnes de plus de 55 ans.

Le type d'aides techniques acquises varient également significativement selon la composition du foyer de la personnes accompagnées. Les personnes accueillies au sein d'un établissement médico-social ont plus fréquemment acquis des aides techniques 12 (40% des aides techniques). En revanche, la répartition des aides techniques pour les personnes vivant seules ou en couple, avec ou sans enfants, présente une plus grande diversité.

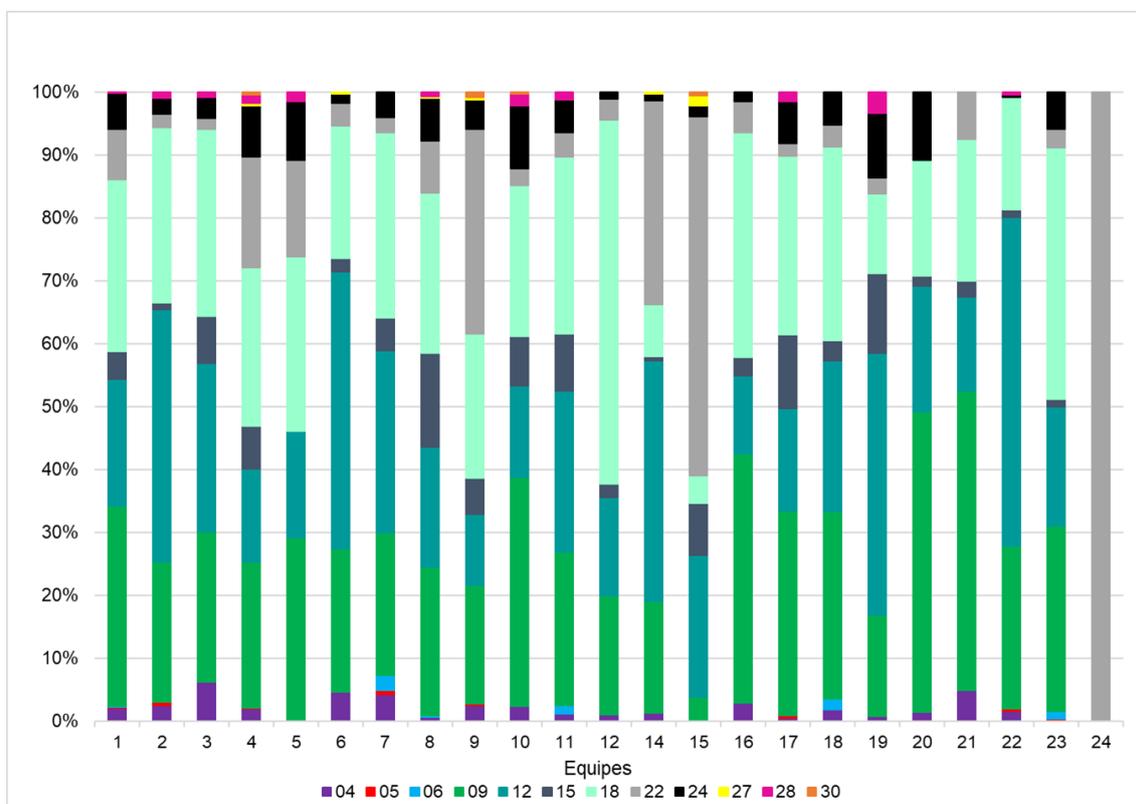


Figure 14 : Répartition des types d'aides techniques par équipe

Parmi les 137 aides techniques de la catégorie 04 (*produits d'assistance au traitement médical individuel*), celles majoritairement proposées ont été les équipements pour l'entraînement du mouvement, de la force et de l'équilibre (04.48, 59 %) et les produits d'assistance destinés à préserver l'intégrité des tissus (04.35, 45 %). Le reste étant des produits d'assistance (04.19) à l'administration des médicaments et des équipements et matériels d'essais physique, physiologique et biochimique (0424).

Parmi les 10 aides techniques de la catégorie 05 (*produits d'assistance à l'éducation et à la rééducation des capacités*), 80 % ont été des produits d'assistance à la (ré) éducation de la communication alternative et augmentative (05.06) et 20 % de produits d'assistance à la (ré) éducation des fonctions de base (05.15).

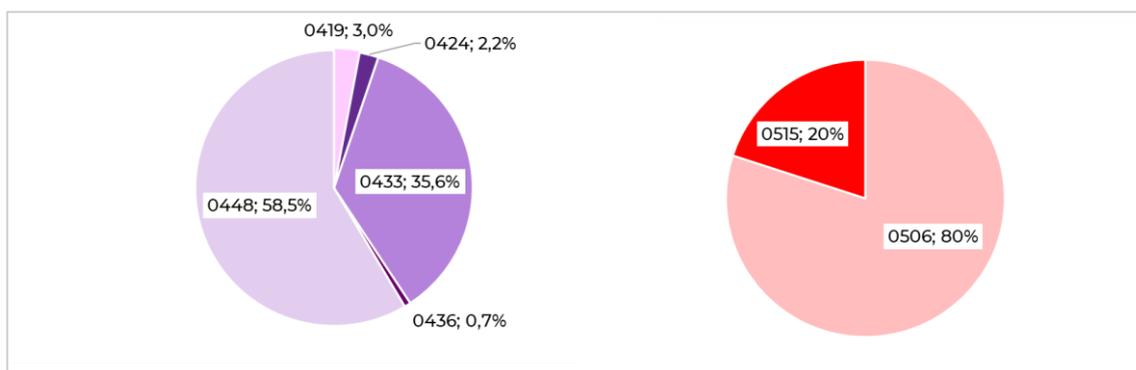


Figure 15 : Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 04 & 05

Parmi les 24 produits d'assistance de classe 06 (*produits d'assistance attachés au corps pour soutenir les fonctions de l'appareil locomoteur et lié au mouvement*), la majorité des aides techniques acquise a été des orthèses du membre inférieur (06.12, 68 %), suivis des orthèses de membres supérieurs (06.06, 32 %).

Au sein des 1601 aides techniques de la catégorie 09 (*produits d'assistance aux activités d'entretien personnel et à la participation à l'entretien personnel*), 61 % des aides acquises ont été des aides techniques permettant de se laver, de se baigner et de se doucher (09.33) et 31 % ont été des produits d'assistance à l'hygiène (09.12).

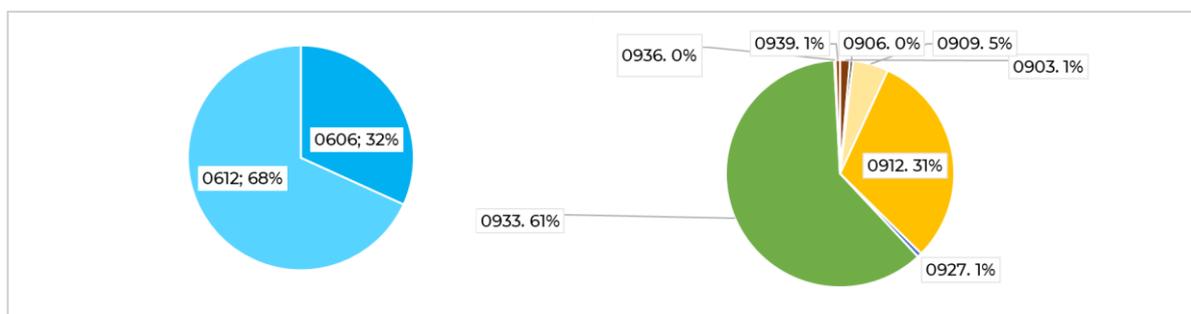


Figure 16: Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 06 & 09



Les 1435 aides techniques de la classe 12 (*produits d'assistance aux activités et à la participation en rapport avec la mobilité personnelle et le transport*), ont été réparties plus spécifiquement entre quatorze aides techniques, dont 1/4 pour des fauteuils roulants manuels (12.22), 21 % des fauteuils roulants motorisés (12.23), 20 % pour des assistants à la marche manipulée par les deux bras et 12 % d'aides au lever de la personne (12.36).

Parmi les 334 produits d'assistance de la catégorie 15 (*produits d'assistance aux activités domestiques et à la participation à la vie domestique*), 72 % des aides acquises ont été des aides pour manger et boire (15.09, 82 %) et 27 % des aides pour laver la vaisselle (15.03). Le reste étant des produits d'assistance à la confection et à l'entretien du linge pour un usage domestique (15.15).

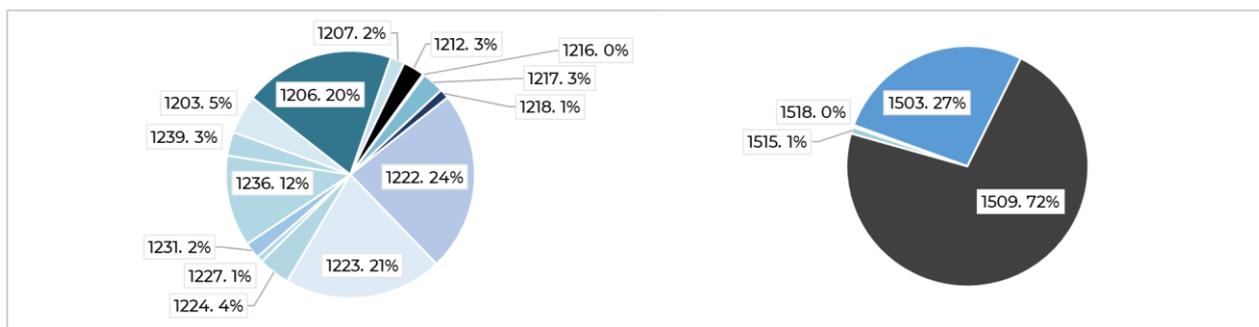


Figure 17 : Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 12 & 15

Parmi les 1589 produits d'assistance de classe 18 (*aménagements, accessoires et autres produits d'assistance aux activités de soutien dans les environnements créés par l'homme*) 38 % des aides acquises ont été des rampes et des barres d'appui (18.18), 19 % ont été pour des aides liés aux lits et aux équipements de lit (18.12), 12 % ont été des aides techniques permettant de relever du mobilier d'assise (18.09), 10 % liées à l'accessibilité verticale (18.30) et 8 % pour des accessoires de mobilier d'assises (18.10).

Les 796 aides techniques de classe 22 (*produits d'assistance à la gestion de la communication et à l'information*) sont principalement réparties entre les produits d'assistance à la vision (22.03); à l'emploi du téléphone et de la messagerie télématique (22.24) et à l'alarme, l'indication au rappel et à la signalisation (22.27)

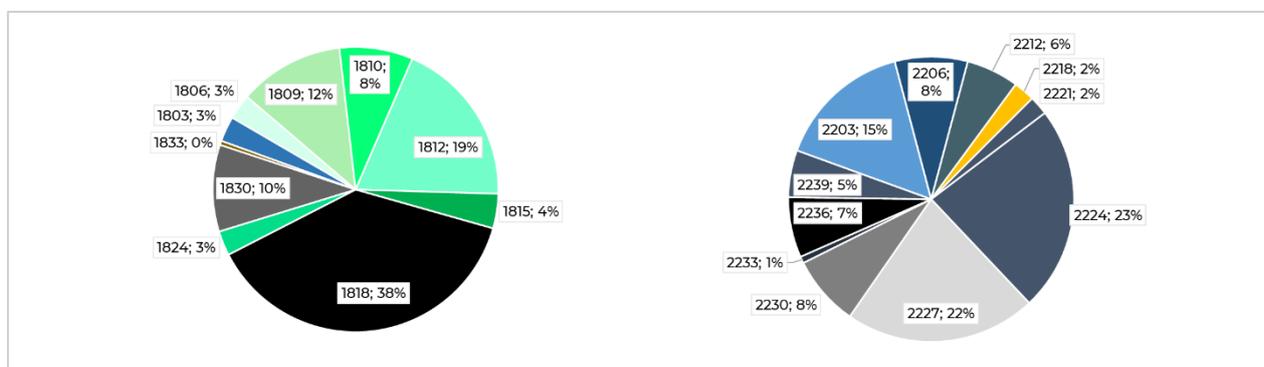
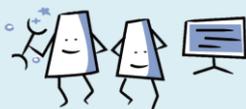


Figure 18: Répartition des aides techniques des catégories ISO 9999 v2016 18 & 22



Parmi les 318 produits d'assistance de la classe 24 (*produits d'assistance pour contrôler, porter, déplacer et manipuler des objets et des dispositifs*), 29 % des aides mises en place l'ont été pour compenser ou remplacer la fonction du bras, de la main ou des doigts (24.18), 27 % l'ont été pour la manipulation de récipients (24.06) et 17 % pour fixer des objets (24.27).

Les 11 produits d'assistances de la catégorie 27 (*produits d'assistance pour contrôler, adapter ou mesurer les éléments des environnements physiques*) ont été essentiellement acquis pour des instruments de mesure (27.06, 60 %) et pour l'amélioration de l'environnement (27.03, 40 %).

Les 34 aides techniques de classe 28 (*produits d'assistance aux activités professionnelles et à la participation à l'emploi*) sont essentiellement du mobilier et des éléments d'aménagement pour le lieu de travail (2803).

Les 11 aides techniques de la catégorie 30 (*produits d'assistance à la récréation et aux loisirs*) majoritairement acquises ont été les aides techniques liées au jeu.

6.5.3 Origines des ressources mobilisées pour la mise à disposition

Les aides techniques mises en place ont principalement été achetées à l'état neuf (79 %, 4972/6317). 6 % des aides techniques ont été prêtées, 5 % ont été louées. Les achats d'aides techniques d'occasion représentent 3 % des aides techniques acquises. 7 % des aides techniques mises en place ont été acquises par d'autres moyens.

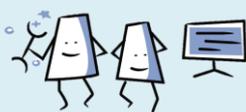
Les aides techniques neuves se distinguent des aides recyclées sur plusieurs aspects. Sur le plan économique, les aides recyclées sont généralement moins coûteuses, constituant ainsi un avantage financier significatif. Cependant, l'acceptation de ces aides recyclées a été variable pour les usagers, notamment pour des équipements d'hygiène, en raison de considérations psychologiques.

En termes de remboursement par la Sécurité sociale, les aides techniques neuves peuvent être remboursées contrairement aux aides recyclées. De plus, les aides techniques neuves offrent davantage la possibilité d'une personnalisation contrairement à l'aide recyclée. Certaines équipes ont rencontré des limitations dans l'accès aux aides techniques recyclées sur leur territoire.

Un autre aspect considéré pour le choix entre une aide technique neuve et recyclée a été l'évolution rapide de la technologie des aides techniques, influençant le choix en faveur du neuf plutôt que du recyclé. La garantie technique offerte par les aides neuves a pu influencer la préférence entre ces deux types d'aides. Enfin, certaines catégories d'aides techniques ne sont pas proposées par les acteurs du recyclage.

Les équipes pour lesquelles davantage d'aides techniques recyclées ont été acquises par les personnes accompagnées sont principalement celles ayant déclaré avoir établi un partenariat avec les recycleries.

Bien que les aides techniques aient été achetées neuves dans la majorité des cas, les moyens mobilisés par les personnes accompagnées varient significativement entre les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).



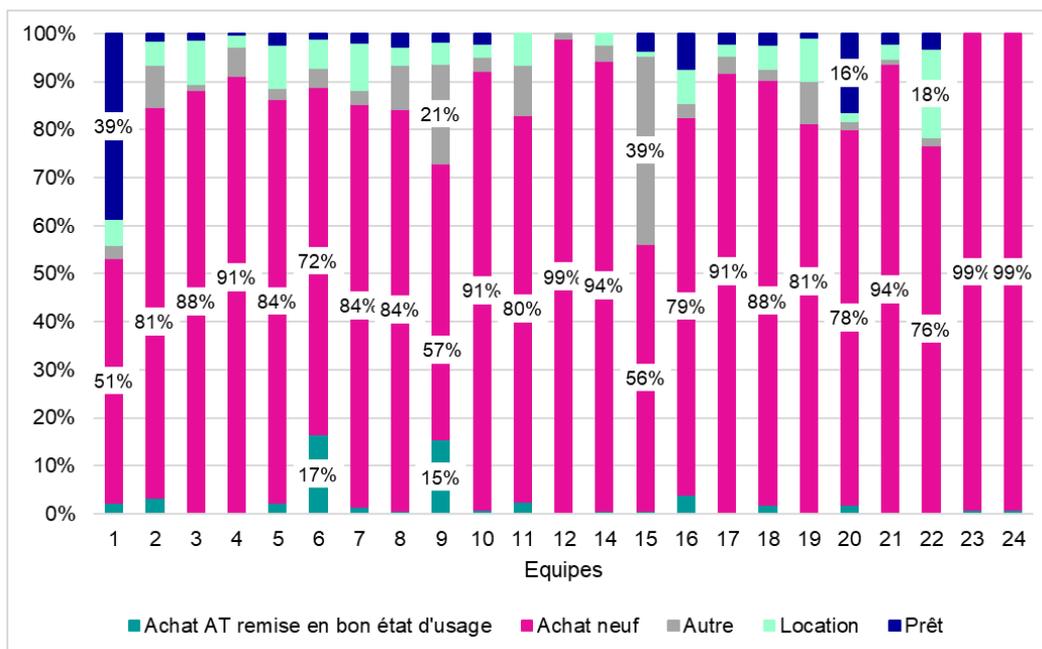


Figure 19 : Ressources mobilisées pour l'acquisition des aides techniques par équipes

Les moyens mobilisés varient significativement selon le type d'aides techniques mises en place ($p < 0,001$; Test ANOVA). Par exemple, 94 % des produits d'assistance liés aux activités domestiques (15) ont été achetés à l'état neuf, ainsi que 79 % des produits d'assistance liés aux activités de soutien dans l'environnement (18). En revanche, 52 % des produits d'assistance lié au traitement médical ont été achetés neufs et 30 % ont été loués.

Les ressources mobilisées pour l'acquisition des aides techniques varient significativement selon la catégorie socio-professionnelle de la personne ($p < 0,01$; Test ANOVA). Les personnes ayant un emploi rémunéré ont davantage acheté des aides techniques neuves que les retraités, sans emploi ou travailleur indépendant. Les travailleurs indépendants sont ceux qui ont le plus recours aux prêts des aides techniques et aux aides techniques recyclées comparativement aux autres catégories.

Les moyens mobilisés diffèrent significativement selon le type de déficience. Les personnes atteintes de déficience fixe ont davantage acquis des aides techniques neuves (83% des aides techniques mises en place parmi ce groupe) par rapport aux personnes atteintes de déficience évolutive (74%). Les personnes atteintes de déficience évolutive ont plus fréquemment eu recours aux prêts (8% des aides techniques parmi ce groupe) contre 2% de prêts parmi les personnes atteintes de déficience fixe.

6.5.4 Délais pour la mise à disposition des aides techniques

Le délai moyen d'obtention pour mettre à disposition la ou les aides techniques, pour les vingt-trois équipes (une équipe n'a pas renseignée cette donnée), a été de 47 jours ($N=2874$; IC à 95% : 44,2 à 49, écart-type de l'échantillon : 64 jours) et la médiane de 20 jours. Le délai moyen et le délai médian sont très différents, suggérant une distribution positive asymétrique. La présence de valeurs aberrantes, particulièrement élevées, influence la moyenne, la tirant vers la droite. En excluant les valeurs aberrantes définies comme des délais supérieurs à 140 jours, une meilleure compréhension de la distribution est obtenue. Après cette exclusion,



50 % des temps d'attente sont concentrés entre 1 jour et 60 jours, et 25 % sont inférieurs à 7 jours, indiquant des délais très courts. Les 25 % restants sont compris entre 60 et 140 jours.

Les délais d'acquisition varient significativement entre les équipes ($p < 0,001$; Test ANOVA). Onze équipes sur vingt-trois affichent des délais supérieurs à la médiane de 20 jours (EqLAAT Ardevie, Territoire de Belfort, Mutualité française de Bretagne, Opteo-12, Hacavie, CEPS-CICAT-67, Gard'et Autonomie, Centre ressource Normandie Lorraine DV, Ressources-Normandie-Seine-Maritimes, Fondation Bompard et Diapasom). Pour certaines équipes, le délai médian est multiplié par quatre par rapport à la médiane des équipes.

Par ailleurs, ces délais varient significativement en fonction des moyens mobilisés à l'acquisition des aides techniques.

Lorsqu'il s'agit d'un achat à l'état neuf, le délai moyen d'acquisition a été plus long : 52 jours ($N=2319$, IC à 95% : 49,8 à 55,3, écart-type de l'échantillon : 68) tandis que lorsqu'il s'agit d'un prêt le délai moyen a été de 18 jours ($N=184$, IC à 95% : 12,5 à 22,7, écart-type de l'échantillon : 35).

Le délai d'acquisition est également plus court lorsqu'il s'agit d'un achat d'une aide technique d'occasion (Moyenne : 31 jours, $N=89$, IC à 95% : 22,2 à 41, écart-type de l'échantillon : 44) et d'une location d'occasion (Moyenne : 21 jours, $N=179$, IC à 95% : 16,19 à 26,5, écart-type de l'échantillon : 34) par rapport à un achat à l'état neuf.

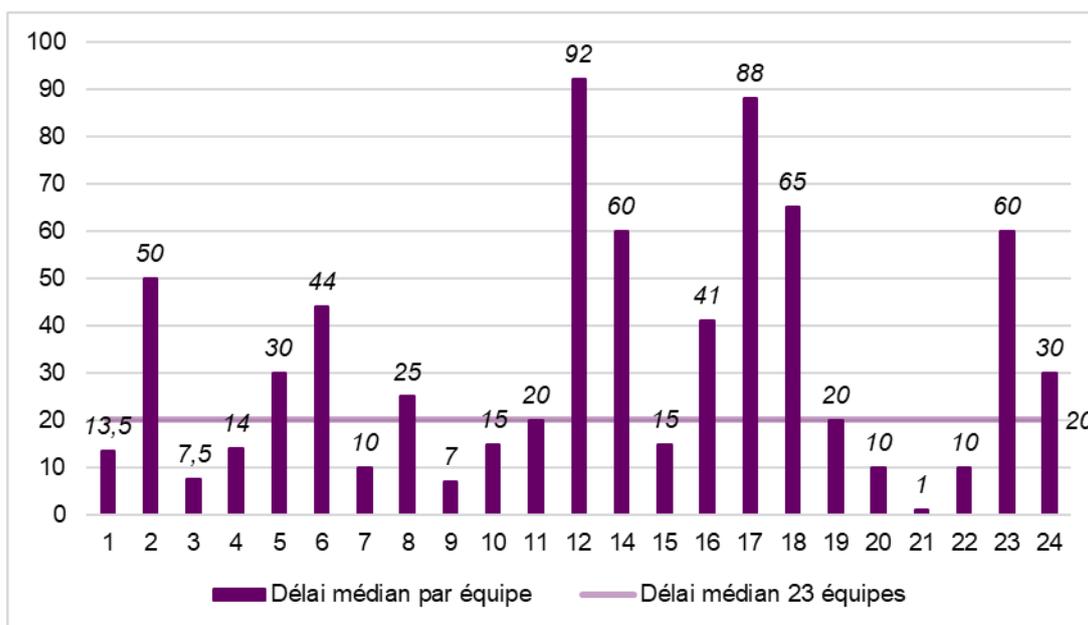


Figure 20 : Délais médians d'acquisition des aides techniques

Le délai moyen d'acquisition pour les aides techniques liées aux traitements médicaux individuels (ISO 9999 v2016 : 04) est significativement plus court (Moyenne : 21 jours, $N=56$, IC à 95% : 12,6 à 29,3, écart-type de l'échantillon : 31) par rapport aux aides techniques liées à la mobilité personnelle et le transport (ISO 9999 v2016 : 12) (Moyenne : 52 jours, $N=848$, IC à 95% : 47,9 à 57,4, écart-type de l'échantillon : 71) et par rapport aux produits d'assistance liés aux activités de soutien dans les environnements créés par l'Homme (ISO 9999 v2016 : 18) (Moyenne : 51 jours, $N=643$, IC à 95% : 46 à 56 écart-type de l'échantillon : 69) ;



Les délais d'acquisition ne varient pas significativement entre les autres catégories d'aides techniques.

Les délais d'acquisition sont en moyenne plus longs chez les personnes atteintes d'une déficience fixe (*Moyenne : 55 jours, N=768, IC à 95% : 49,6 à 60, écart-type de l'échantillon : 73*) par rapport aux personnes atteintes d'une déficience évolutive (*Moyenne : 43 jours, N=2095, IC à 95% : 41 à 46,3, écart-type de l'échantillon : 61*). Ces données peuvent témoigner de la réactivité des professionnels des EqLAAT dans l'accompagnement des personnes atteintes d'une déficience évolutive où l'aide technique peut devenir rapidement obsolète.

De plus, les personnes bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ont attendu longtemps leur(s) aide(s) technique(s) (*Moyenne : 57 jours, N=600, IC à 95% : 50,44 à 62,43*) par rapport aux personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (*Moyenne : 45 jours, N=1108, IC à 95% : 41,3 à 48,4*). Les personnes ne percevant aucune allocation/aides financières ont obtenu leurs aides techniques plus rapidement que les personnes bénéficiant de la PCH (*Moyenne : 41 jours, N=616 IC à 95% : 36,2 à 45,5*).

6.5.5 Facteurs favorisant l'acquisition des aides techniques

Divers facteurs ont contribué à l'acquisition et à l'utilisation des aides techniques après le passage d'EqLAAT.

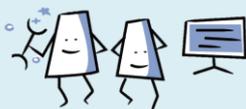
La majorité des répondants à l'enquête en ligne (96 %) ont souligné que l'adéquation aux besoins a été la raison principale motivant l'acquisition et l'utilisation des aides techniques. Les professionnels ont joué un rôle essentiel en facilitant les essais et les tests d'aides techniques, permettant ainsi à l'utilisateur de découvrir celle qui correspond le mieux à ses besoins.

75 % des professionnels ont indiqué que la formation à l'utilisation des aides techniques a été une des motivations principales à l'acquisition et l'utilisation des aides techniques. Des utilisateurs bien informés et formés sont plus enclins à tirer pleinement parti des avantages des aides techniques [*facteur comportemental/mécanisme*].

54 % des professionnels ont partagé le fait qu'une évolution positive de la perception de l'utilisateur à l'égard des aides techniques a été un élément essentiel à l'acquisition des aides techniques. Lorsque l'utilisateur parvient à surmonter la stigmatisation associée à ces aides, cela a le potentiel de favoriser une utilisation plus cohérente et efficace [*facteur comportemental/mécanisme*].

43 % des professionnels ont estimé que l'utilisateur a accepté d'acquérir et d'utiliser son ou ses aide(s) technique(s) dans le but de soulager ses proches [*facteur comportemental/mécanisme*]. Cela souligne l'impact positif des aides techniques non seulement sur l'utilisateur direct, mais aussi sur son entourage.

Bien que moins fréquemment mentionnées, d'autres raisons ont été avancées par les professionnels soulignant la diversité des motivations influençant l'acquisition et l'utilisation des aides techniques. Les usagers ont pu être motivés, car l'aide technique a été préconisée par un professionnel compétent et spécialisé, ou encore, car sa mise en place a été facilitée par l'intervention d'un pair-aidant.



Les personnes accompagnées sont globalement satisfaites des procédures pour obtenir leurs aide(s) technique(s). Sur une échelle allant de 1 à 10¹, la notation moyenne attribuée est de 8,6 (N=1402). Sur les 1402 observations relatives à la satisfaction des démarches d'acquisition des aides techniques (procédures, durée d'attente, etc.), 59 % des personnes accompagnées ont été très satisfaites, 30 % ont été plutôt satisfaites. 8 % des personnes accompagnées ont plus ou moins satisfait des procédures, 1 % ont été peu satisfaits et moins d'1 % ne l'ont pas été du tout.

6.5.6 Obstacles à l'acquisition des aides techniques

Le renoncement à l'acquisition et à l'utilisation des aides techniques a été motivé par divers facteurs, mettant en évidence des défis complexes.

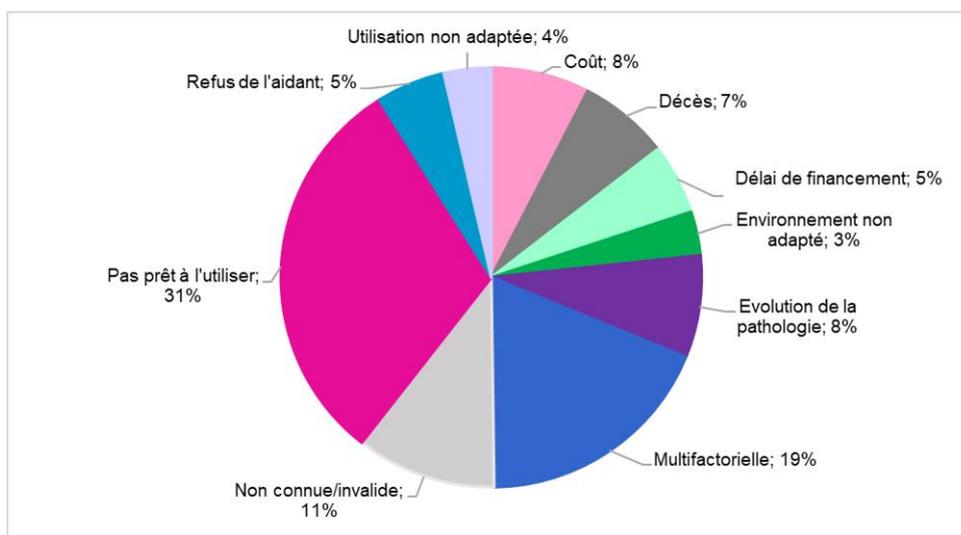


Figure 21 : Les causes de renoncement à l'acquisition des aides techniques

Selon les données des systèmes d'information des équipes, les causes principales de renoncement à l'acquisition des aides techniques ont été que la personne accompagnée n'était pas encore prête à les utiliser et pour des causes multifactorielles [*facteur contextuel entravant*]. Les délais de financement et les coûts ont représenté, à eux, deux, 15 % des causes du renoncement.

L'âge de la personne accompagnée exerce une influence sur certaines causes de renoncement. Les personnes qui ont renoncé à acquérir l'aide technique préconisée, parce qu'elles n'étaient pas encore prêtes à l'utiliser ou du fait de l'évolution de leur pathologie étaient significativement plus âgées que les autres personnes accompagnées (*respectivement, 78 ans (IC à 95% : 76,5 à 79,8) contre 69 ans (IC à 95% : 69,7 à 70,6)*).

De plus, les personnes ayant une déficience évolutive étaient moins prêtes à acquérir l'aide technique préconisée par rapport à celles ayant une déficience fixe ($p < 0,05$).

Le renoncement à l'aide technique en raison du coût est plus prononcé chez les individus n'ayant pas d'aidant familial que chez ceux bénéficiant du soutien de leurs proches ($p < 0,05$).

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



De plus, les personnes sans activité professionnelle ont été davantage contraintes d'abandonner l'aide technique en raison des délais de financement, comparativement aux individus appartenant à d'autres catégories socio-professionnelles ($p < 0,001$).

Les retours de l'enquête en ligne montrent également que la stigmatisation persistante des aides techniques a été signalée par 66 % des participants à l'enquête comme étant une des raisons principales au renoncement, indiquant la persistance des préjugés concernant les aides techniques. Ainsi, une sensibilisation continue est cruciale pour transformer ces perceptions et encourager une utilisation sans stigmatisation des aides techniques. 30 % des répondants à l'enquête en ligne ont indiqué que malgré les avantages des aides techniques, certains usagers ont pu préférer l'aide humaine.

D'autres raisons ont été citées par les professionnels et mises en avant par l'exploitation des données, comme le refus des aidants en raison d'autres « priorités de santé » concurrentes (8 % des causes de renoncement), et la réticence à bouleverser des habitudes solidement établies.

6.5.6.1 Les difficultés de financement des aides techniques

La quasi-totalité des répondants à l'enquête en ligne a jugé que les délais de financement ont été une des causes principales du renoncement à l'acquisition des aides techniques.

La mise en place des aides techniques a parfois été limitée pour des raisons financières et des délais d'aide aux financements assez longs, constituant une source de frustration pour les usagers, et notamment pour ceux n'ayant pas les moyens de financer une aide technique [*facteur contextuel entravant*].

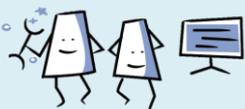
L'accompagnement social et financier d'EqLAAT, bien que bénéfique, n'a pas résolu toutes les difficultés, notamment lorsque les aides techniques n'étaient pas remboursées par l'assurance maladie, constituant un reste à charge élevé. En effet, 69 % des aides techniques mises en place n'ont pas été remboursées ($N=5693$).

Les démarches administratives nécessaires pour obtenir un financement ont été parfois complexes, mais l'accompagnement d'EqLAAT a contribué à atténuer ces obstacles en informant les usagers sur les aides financières disponibles et en facilitant les démarches [*intervention relative au soutien*]. Cet accompagnement a évité 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.

« La demande d'assistance électrique a été initiée par l'EqLAAT, qui a soumis un dossier à la Sécurité sociale. Cependant, elle a été refusée une première fois, puis l'EqLAAT a resoumis le dossier qui a finalement été accepté. Ils ont ensuite soumis le dossier à la MDPH, mais à la fin, des obstacles financiers ont entravé la finalisation de cette demande. Il restait un peu plus de 3 000 euros à ma charge, je ne pouvais pas du tout m'engager dans ce type de dépense, l'avenir étant trop incertain. L'assistante sociale m'a suggéré de faire une demande spécifique à la Sécurité sociale pour réduire les frais à ma charge. » Entretien n° 9 (P2) usager

« Nous avons choisi de ne prendre que ce qui était immédiatement nécessaire, et avons trouvé des solutions d'occasion pour alléger les coûts financiers. C'est l'ergothérapeute qui nous a orientés vers un magasin de seconde main qui nous a permis d'alléger financièrement la charge. J'ai dû faire des compromis, mais c'était nécessaire pour répondre aux besoins urgents » Entretien n° 10 (P2) Usager.

Cependant, la complexité des procédures, de la prescription jusqu'au passage en commission, a entraîné parfois des attentes prolongées, avec des délais qui pouvaient atteindre parfois un an, notamment pour l'attribution de la prestation de compensation élément 2 . Lorsque la



demande d'aide au financement était rejetée, cela a été difficilement perçu par l'utilisateur qui avait espéré bénéficier de l'aide technique testée. 95 % des professionnels ont été d'accord avec le fait que les délais d'obtention des aides financières sont trop longs et entravent l'acquisition des aides techniques. D'autant plus, qu'un délai trop long peut rendre une aide technique non utilisable ou sans utilité en cas de maladie dégénérative.

Le contexte réglementaire des instances départementales a ainsi créé des complexités dans l'accès aux aides financières, restreignant notamment l'accès aux personnes bénéficiaires de l'APA ou de la PCH [*facteur contextuel entravant*]. 71 % des professionnels ont été d'accord avec le fait que les aides financières sont conditionnées à des critères trop stricts. Cette réalité souligne les barrières réglementaires qui a pu priver certaines catégories de la population de soutiens financiers cruciaux pour l'acquisition d'aides techniques.

Certains usagers ont suggéré d'améliorer la transparence sur les aides financières existantes et de davantage sensibiliser les professionnels pour qu'ils soient mieux informés des ressources disponibles. Toutefois, 66 % des professionnels répondant à l'enquête en ligne ont déclaré avoir une bonne connaissance de toutes les aides financières. Seulement 20 % ont estimé manquer de visibilité sur les aides financières existantes. 14 % n'ont pas eu d'avis précis sur le sujet.

Les difficultés liées au financement des aides techniques n'ont pas été perçues de la même manière selon les équipes. En effet, 64 % des participants à l'enquête en ligne ont déclaré que lorsque l'équipe était portée par un organisme financeur comme la MPDH ou le conseil départemental ou dès lors que l'équipe a institué un partenariat avec des derniers, les démarches et l'accès au financement ont été plus simples [*facteur contextuel favorisant*]. En revanche, 11 % des professionnels n'ont pas été entièrement d'accord avec cette observation, tandis que 7 % ne le sont pas du tout. 18 % des professionnels n'ont pas exprimé d'avis sur la question.

Notons, par ailleurs, que, certains usagers n'ont pas rencontré de difficultés dans l'accès aux aides financières, en raison de l'implication soutenue de l'assistance sociale. Selon plusieurs usagers, l'assistante sociale a joué un rôle crucial en aidant à reformuler une demande à la MDPH et en remplissant le dossier, aboutissant ainsi à l'obtention de la PCH en aide technique.

« C'est grâce au dispositif EqLAAT que j'ai pu obtenir la PCH en aide technique, parce que je l'avais demandé avant et je ne l'avais pas eu. Donc c'est l'assistante sociale. » Entretien n° 18 (P1) usager

« L'accompagnement a été précieux pour la constitution des dossiers de financement, notamment en fournissant un argumentaire complet. Cela a probablement accéléré le processus d'approbation des aides techniques par la MDPH » Entretien n° 7 (P2) Usager.

Un des aidants a mis en lumière le contraste avec certaines expériences avec d'autres assistantes sociales : « 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 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 ont abandonné et ont préféré se tourner vers leurs proches, plutôt que d'affronter ces gros organismes » Entretien n° 10 (P1) Usager

6.5.6.2 Solutions proposées par les professionnels pour améliorer le financement des aides techniques



La nécessité de trouver des solutions pour réduire les obstacles financiers et garantir un accès plus rapide et équitable aux aides techniques a fréquemment été soulignée. Diverses solutions ont été proposées dans cette optique.

Tout d'abord, il a été suggéré, par les participants à l'enquête en ligne, d'avoir systématiquement un travailleur social en poste, et en parallèle, de simplifier l'accès à la location et à la seconde main pour rendre les aides techniques plus accessibles.

Une proposition intéressante a été de revoir la liste des aides techniques éligibles aux remboursements et d'améliorer les montants des prises en charge pour celles déjà remboursées, visant ainsi à élargir les possibilités de financement.

Accélérer le traitement des dossiers administratifs auprès des financeurs a également été une solution cruciale pour réduire les délais. L'établissement de davantage de partenariats avec les financeurs a été également suggéré afin de mettre en relation directe les usagers avec les financeurs pour favoriser une communication plus fluide.

Enfin, la proposition d'établir un tiers payant a émergé comme une solution potentiellement efficace pour alléger le fardeau financier immédiat des utilisateurs.

6.6 Maintien de l'usage des aides techniques à long terme

Un suivi de l'accompagnement a été réalisé trois mois après l'acquisition de l'aide technique [intervention relative à l'action]. Lorsque l'accompagnement a été terminé, en moyenne, 92 % (N=857) des aides techniques à destination de l'utilisateur ont encore été utilisées trois mois après. Pour 75 % des personnes accompagnées, toutes les aides techniques acquises ont encore été utilisées à cette même période.

La part des aides techniques utilisées à 3 mois pour une personne atteinte de maladie évolutive est de 91% (N=602, IC à 95% 89,2 à 93,2) et de 94% pour les personnes souffrant de déficience fixe (N=254, IC à 95% : 91 à 96). Cette différence entre ces deux groupes est significative au seuil de 10%, mais pas au seuil de 5%.

Une faible part a été contrainte de renoncer à l'utilisation de leur(s) aide(s) technique(s), majoritairement pour cause de décès (21 % des abandons) ou, car les personnes n'étaient pas encore été prêtes à les utiliser (20 % des abandons).

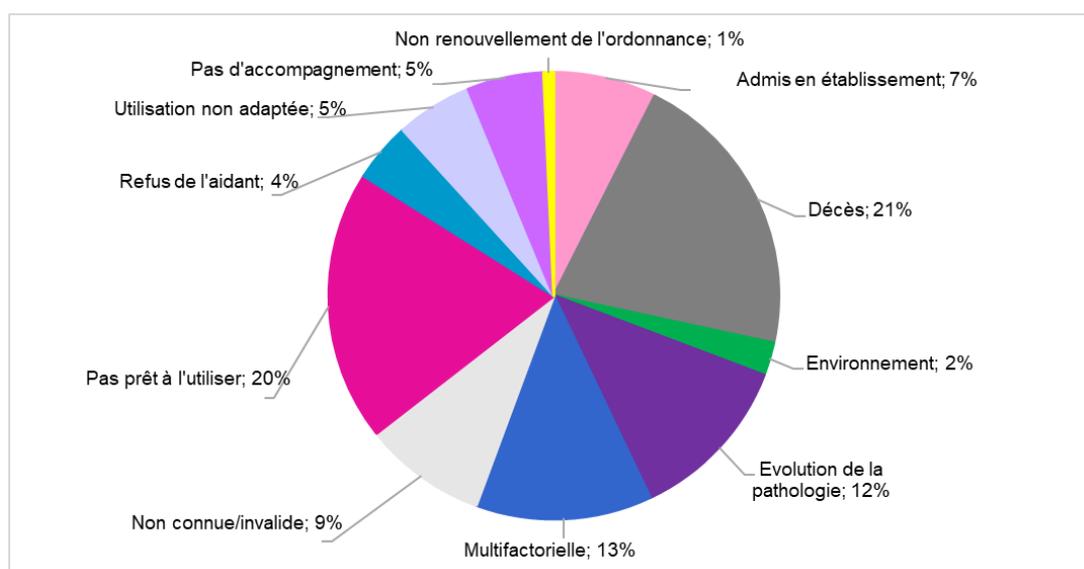


Figure 22 : Les causes d'abandons des aides techniques 3 mois après leurs mises en place

L'évolutivité de la maladie a également été des causes de l'abandon des aides techniques [*facteur contextuel entravant*]. Les professionnels ont été conscients qu'il faut être relativement réactifs et tout faire pour que les usagers atteints de pathologie évolutive aient un suivi très rapproché dans le temps. Certains professionnels interrogés ont suggéré d'instaurer un forfait spécifique, pour cette population, qui pourrait être renouvelée au fur et à mesure de l'avancée de la maladie, car il s'agit d'une course contre la montre.

Par ailleurs, les usagers ont été globalement satisfaits des services de suivi qu'ils ont reçus après la livraison de leur(s) aide(s) technique(s).

Sur une échelle allant de 1 à 10¹, la note moyenne attribuée est de 8,9 (N=1448). Sur 1448 observations relatives à la qualité du suivi, 66 % des personnes accompagnées sont très satisfaites du suivi et 28 % ont été plutôt satisfaites. 5 % des personnes accompagnées ont été plus ou moins satisfaites, et moins de 2 % ont été peu satisfaites et/ou pas satisfaites du tout.

Plus généralement, les usagers ont été satisfaits des services offerts pour pouvoir utiliser leurs aides techniques. Sur une échelle allant de 1 à 10, la notation moyenne² attribuée est de 8,6 (N=1442). Sur 1442 observations, 60 % des usagers ont été très satisfaits des services rendus, 30 % ont été plutôt satisfaits, 8 % ont été plus ou moins satisfaits. 1 % des usagers ont été peu satisfaits et moins de 1 % ne l'ont pas été du tout.

6.7 Configurations ICARE

Synthèse

9 interventions relatives à l'action

- Vingt-quatre équipes déployées sur toute la France à l'exception de la Guyane et de la Martinique [IA1]
- Les visites à domicile ont permis une immersion directe dans l'environnement de l'utilisateur et de révéler des besoins non exprimés [IA2]
- L'ergothérapeute analyse les besoins des personnes pour lesquelles une ou plusieurs des aides techniques doivent être mises en place pour réaliser des activités de la vie quotidienne [IA3]
- Les ergothérapeutes amènent des aides techniques au domicile de la personne afin qu'elle puisse les essayer sur plusieurs jours en condition réelle d'usage [IA4]
- Les usagers vérifient pendant les essais l'adéquation entre leur besoin et l'aide technique et apprennent à les utiliser [IA5]
- Les ergothérapeutes ont pu faire tester les aides techniques aux personnes accompagnées en dehors de leur domicile, dans les locaux de l'équipe ou chez le revendeur d'aides techniques [IA6]

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

² Questionnaire ESAT Q° 11 : Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services professionnels (information, attention) accordés pour pouvoir utiliser votre aide technique ??



- Les ergothérapeutes choisissent avec les personnes accompagnées les aides techniques qui seront effectivement mises en place à la suite des essais [IA7]
- Les ergothérapeutes font appel aux travailleurs sociaux pour les aspects financiers et sociaux [IA8]
- Les ergothérapeutes réalisent un suivi de l'usage des aides techniques trois mois après leur mise en place [IA9]

10 interventions de soutien

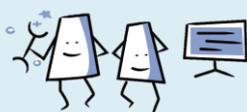
- Les équipes se sont appuyées sur les sept étapes clés de l'accompagnement du modèle européen d'assistance [IS1]
- Les équipes ont mobilisé leur propre réseau pour faire connaître le dispositif [IS2]
- Réunions pluriprofessionnelles formelles ou informelles entre tous les professionnels d'une équipe pour une meilleure pertinence des recommandations [IS3]
- La prise en charge des frais de déplacement en plaine et en montagne a levé les barrières financières et géographiques qui pouvaient contraindre les usagers à ne pas se déplacer [IS4]
- Les visites à domicile ont permis d'atteindre des personnes isolées ou rencontrant des difficultés de mobilité [IS5]
- Les ergothérapeutes ont été soutenus par les revendeurs pendant les essais des aides techniques [IS6]
- Les équipes s'appuient principalement sur leur parc d'aides techniques pour mettre en place les essais [IS7]
- Les usagers ont bénéficié d'un soutien des assistantes sociales pour faciliter les démarches administratives pour le financement des aides techniques [IS8]
- Les ergothérapeutes et les assistantes sociales s'appuient sur les revendeurs d'aides techniques pour proposer aux usagers une multitude d'aides techniques et négocier les modalités de partenariats [IS9]
- Les équipes locales ont établi une multitude de partenariats couvrant l'ensemble du continuum de soins de la personne accompagnée [IS10]

30 contextes entravants et favorisants

- La participation des médecins prescripteurs d'aides techniques (médecins traitants, médecins spécialistes et praticiens hospitaliers) a été limitée [CE1]
- Le manque de personnel dans certaines équipes n'a pas permis d'atteindre les objectifs d'inclusion [CE2]
- Les ergothérapeutes isolés dans leur exercice, dû à un manque de personnel, n'ont pas profité de la synergie d'équipe [CE3]
- Les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux ont été insuffisamment formés sur certains domaines des produits d'assistance [CE4]



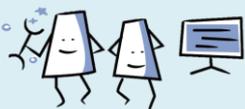
- Le métier d'ergothérapeute n'est parfois pas assez reconnu par le secteur médical et médico-social, leurs préconisations n'ont pas été légitimées [CE5]
- Les personnes en rupture de soins ont refusé l'accompagnement [CE6]
- Les personnes à l'âge avancé ont été réticentes au départ à l'accompagnement, n'y voyant pas tout de suite l'intérêt [CE7]
- Les personnes vivant dans les territoires ruraux ont davantage tardé à faire appel au dispositif, car elles sont plus isolées [CE8]
- Certaines personnes vivant en milieu rural préféraient vivre « à la rude » [CE9]
- Le métier d'ergothérapeute est moins connu dans les milieux ruraux dû à l'isolement de ces personnes [CE10]
- Les usagers ne mentionnent pas toutes les aides (formelles et informelles) dont ils bénéficient [CE11]
- Les personnes atteintes de maladie évolutive abandonnent plus rapidement leurs aides techniques parce qu'elles deviennent inadaptées [CE12]
- Certains usagers ne se sentent pas encore prêts à accepter et utiliser les aides techniques [CE13]
- La communication dans les zones rurales n'a parfois pas été fiable et a compliqué les contacts [CE14]
- La distance dans les zones rurales, montagneuses et insulaires et la circulation dense dans les zones urbaines, entre les locaux de l'équipe et l'utilisateur, a pu compliquer les déplacements à domicile [CE15]
- Les délais d'attente pour le financement des aides techniques ont été longs et ont ralenti la mise en place des aides techniques voire ont provoqué des renoncements [CE16]
- Le contexte réglementaire des instances départementales a complexifié l'accès aux aides financières et a restreint les possibilités d'aides [CE17]
- EQLAAT a remédié à une lacune manifeste dans l'offre limitée et peu transparente d'accompagnements aux aides techniques [CF1]
- Tout individu âgé ou en situation de handicap peut solliciter l'équipe sans prescription spécifique [CF2]
- En agissant comme observateur neutre, EQLAAT a régulé la mise en place systématique d'équipements médicaux et a amélioré le climat de confiance entre les acteurs [CF3]
- Les équipes ont plutôt été bien connues des structures médico-sociales, des revendeurs et des fournisseurs sur leur territoire [CF4]
- Les équipes situées dans des régions riches en structures médico-sociales ont pu intensifier leur activité et améliorer leurs préconisations [CF5]
- Certaines équipes ont bénéficié du recrutement d'ergothérapeutes, d'un parc d'aides techniques, et de partenariats, déjà existant, issus de la structure dans laquelle elles ont été implantées [CF6]
- L'ancienneté des structures a simplifié la coordination entre les professionnels d'EQLAAT et les acteurs locaux [CF7]
- Certains ergothérapeutes ont une triple casquette (MDPH, CICAT, EQLAAT) leur permettant d'être mieux visible [CF8]



- Certains professionnels estiment que lorsque l'équipe est portée par un organisme financeur (type MPDH, Conseil départemental) ,les démarches d'aides au financement des aides techniques sont plus facilitées [CF9]
- Les équipes ayant institué des partenariats avec les organismes financeurs ont accéléré les démarches et l'accès aux financements [CF10]
- Certaines équipes ont profité des partenariats déjà existants avec des centres experts pour mieux passer le relais [CF11]
- La présence d'un médecin MPR au sein des équipes a permis de faciliter les prescriptions d'aides techniques médicalisées [CF12]
- Le faible turnover des professionnels au sein des équipes [CF13]

24 réactions des acteurs/mécanismes réactionnels : les professionnels EqLAAT, les usagers, les revendeurs et les intervenants extérieurs

- Les équipes n'ont pas eu de réticences à envoyer leurs équipes sur le terrain, et ce, quelle que soit la topographie des lieux [R1]
- Les professionnels d'EqLAAT ont pris conscience que leurs compétences étaient parfois limitées et ont ainsi collaboré avec des acteurs spécialisés [R2]
- Les ergothérapeutes ont été conscients qu'il fallait être particulièrement réactifs face aux personnes atteintes de maladies évolutives [R3]
- Les usagers se sont sentis en confiance avec les membres de l'équipe grâce à leur disponibilité et leur proximité [R4]
- Les personnes vivant dans les zones où l'offre de soins et de services est moins dense ont davantage apprécié recevoir un accompagnement [R5]
- Les usagers se sont exprimés plus facilement lorsque l'ergothérapeute venait à domicile et ont accepté de montrer leur quotidien [R6]
- Les usagers ont parfois été réticents à accueillir les ergothérapeutes à leur domicile. Ces visites sont pour eux trop intrusives [R7]
- Les usagers se sont sentis pleinement formés et informés sur les aides techniques et ont accepté leur utilisation [R8]
- Les usagers ont surmonté la stigmatisation associée aux aides techniques [R9]
- Les usagers soucieux de soulager leur proche se sont pleinement engagés dans l'accompagnement [R10]
- Les usagers dans le déni de leur condition physique ou ne voulant pas être aidé ont été réticents à recevoir une aide technique [R11]
- Les usagers ont préféré la neutralité commerciale d'EqLAAT [R12]
- Les usagers ont été moins méfiants auprès des revendeurs d'aides techniques travaillant avec EqLAAT [R13]
- Les usagers ont été frustrés de ne pas trouver de solutions rapides aux financements des aides techniques [R14]



- Les revendeurs ont joué le jeu en commandant du matériel spécifique [R16]
- Les revendeurs ont accepté de travailler avec EqLAAT, car ils savaient qu'une vente ultérieure allait aboutir [R17]
- Certains revendeurs ont refusé de prêter le matériel et n'ont pas respecté les préconisations des ergothérapeutes EqLAAT [R18]
- Les médecins sont généralement habitués à orienter leurs patients vers des prestataires privés ou des pharmaciens [R19]
- Les acteurs extérieurs accompagnant la personne n'ont majoritairement pas été réticents à communiquer des informations [R20]
- Certains intervenants extérieurs ont parfois été réticents à partager des informations ne connaissant pas suffisamment EqLAAT [R21]
- Les acteurs extérieurs accompagnant la personne, ne connaissant pas la nouvelle structure, ont apprécié la qualité de travail d'EqLAAT au fil de l'accompagnement [R22]
- Certains intervenants extérieurs accompagnant la personne se sont déchargés excessivement sur les professionnels d'EqLAAT [R23]
- Certains intervenants extérieurs ont perçu EqLAAT comme un concurrent [R24]

4 effets (outcomes) observés

- Réduction des inégalités sociales, territoriales et financières d'accès à l'accompagnement et à l'acquisition des aides techniques [E1]
- Renforcement de la coordination, des partenariats et des compétences des professionnelles [E2]
- Amélioration de l'utilisation et de l'adaptation des aides techniques [E3]
- Amélioration de l'autonomie de la personne dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne [E4]

En synthèse

L'évaluation sur le lieu de vie quotidienne a été essentielle pour une individualisation des conseils et solutions. Ces visites ont été particulièrement bénéfiques pour les personnes vivantes dans des zones isolées ou ayant une mobilité réduite. Parmi les vingt-quatre équipes impliquées, les accompagnements ont principalement ciblé la mobilité, les déplacements dans le logement, la toilette et les manipulations. Avant l'accompagnement, 81% des personnes bénéficiaient déjà d'au moins une aide technique à domicile, mais 34% de celles-ci n'étaient pas utilisées ni adaptées.

EqLAAT révolutionne les essais d'aides techniques en permettant d'en faire l'expérience à domicile, améliorant ainsi l'adaptation aux besoins des bénéficiaires. Cette méthode diffère des démonstrations ponctuelles des CICAT, lorsqu'ils sont présents sur le territoire. Les ergothérapeutes ont pu faire essayer en moyenne deux aides techniques, principalement liées à la mobilité personnelle, aux activités d'entretien personnel et aux aménagements environnementaux. Les équipes ont utilisé leur propre parc d'aides techniques et ont collaboré avec des revendeurs, motivés par un intérêt financier. En revanche, la location, les prêts des fabricants et les partenaires non commerciaux ont été peu mobilisés. Les équipes n'ont



quasiment pas acheté d'aides techniques neuves et ont utilisé peu celles déjà présentes au domicile. Le délai moyen d'accès aux essais a été de 11 jours, avec une durée moyenne de 6 jours.

En moyenne, trois aides techniques ont été préconisées après les essais, mais seulement deux ont été effectivement mises en place, indiquant une mise en œuvre à hauteur de 68%. Les domaines principaux d'utilisation incluent les activités d'entretien personnel, la participation aux activités de mobilité personnelle et de transport, ainsi que les aménagements environnementaux.

La majorité des aides techniques (79%) ont été acquises neuves, tandis que les prêts et les locations représentent respectivement 6% et 5%. Les achats d'occasion constituent 3%, et 7% des aides techniques ont été obtenues par d'autres moyens.

Le délai médian pour obtenir des aides techniques a été de 20 jours, avec des variations en fonction des modalités d'acquisition. Notamment, les achats d'aides techniques neuves ont pris plus de temps par rapport aux prêts ou à la location.

Les principaux facteurs favorisant l'acquisition et l'utilisation des aides techniques après l'intervention d'EqLAAT incluent l'adéquation aux besoins, la formation à l'utilisation des aides, l'évolution positive de la perception de l'utilisateur, et le soulagement des proches. Globalement, les personnes accompagnées ont exprimé une satisfaction élevée à l'égard des procédures d'acquisition des aides techniques mises en place par EqLAAT.

Le renoncement à l'acquisition des aides techniques est principalement dû au fait que certaines personnes ne sont pas encore prêtes à les utiliser, confrontées à la stigmatisation persistante et préférant parfois une aide humaine. Les délais de financement, les coûts élevés et les procédures administratives complexes sont des facteurs de renoncement. Les critères stricts des aides financières, atténués par la présence l'assistance sociale, créent des barrières d'accès. Les usagers, se sentant rassurés et écoutés, soulignent une amélioration par rapport aux démarches administratives antérieures.

Trois mois après la fin de l'accompagnement, 92% des aides techniques étaient toujours utilisées en moyenne. Pour 75% des personnes accompagnées, toutes les aides techniques étaient encore en usage. Les abandons étaient rares, principalement dus au décès des utilisateurs et au fait que certaines personnes n'étaient pas encore prêtes à utiliser. L'évolution de la maladie était aussi une cause fréquente d'abandon.

Les échanges réguliers ont favorisé une approche globale, réduisant la fatigue des usagers. La stabilité du personnel contribue à une meilleure communication au sein des équipes. L'enthousiasme des équipes pluridisciplinaires a été apprécié par les usagers. La collaboration en réseau, tant en interne qu'en externe, renforce la coordination et la veille professionnelle.

Les EqLAAT ont reconnu la nécessité de solliciter des centres experts pour des accompagnements spécifiques, mais seulement 6% des personnes accompagnées en ont bénéficié. La collaboration avec des partenaires spécialisés, tels que les orthoptistes et les associations, est soulignée. Certains professionnels expriment le besoin d'une meilleure formation, notamment sur des domaines spécifiques comme la déficience visuelle, auditive, les troubles cognitifs, etc.

La collaboration est élevée avec des acteurs de proximité, bien que plus limitée avec les médecins généralistes, structures hospitalières, écoles et employeurs. La coordination vise à éviter les doublons et à simplifier les interventions pour les usagers. Cependant, des obstacles tels que la délégation excessive de missions par des acteurs externes, des problèmes de cloisonnement de l'information, la perception d'EqLAAT comme un concurrent, et le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute ont entravé la légitimité de leurs actions.



7 Efficacité : Dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle contribué à améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées par EqLAAT ?

7.1 Une aide significative dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne

Les participants à l'enquête en ligne ont mis en avant les effets positifs de l'accompagnement d'EQLAAT sur l'autonomie des usagers. La note moyenne attribuée par les 56 participants à la question « Dans l'ensemble, est-ce que l'autonomie de la personne s'améliore après l'intervention d'EQLAAT ? » sur une échelle de 1 à 10 a été de 8.

Au regard des scores d'efficacité, nous pouvons affirmer que les objectifs que les usagers s'étaient eux-mêmes fixés ont été atteints. 94 % des accompagnements des treize équipes (pour lesquelles les scores GAS étaient renseignés) ont permis d'atteindre tous les objectifs fixés dont 66 % au niveau qui était attendu du résultat de l'intervention (score=0), 15 % à un niveau qui était meilleur que celui qui était attendu (score=1) et 13 % au niveau maximal qu'il était possible d'espérer (score=2). Seulement, 3 % 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 3 % des cas, l'autonomie de la personne était semblable à celle qui était initialement la sienne.

Les scores d'efficacité sont significativement différents selon les équipes ($p < 0,001$; Test ANOVA).

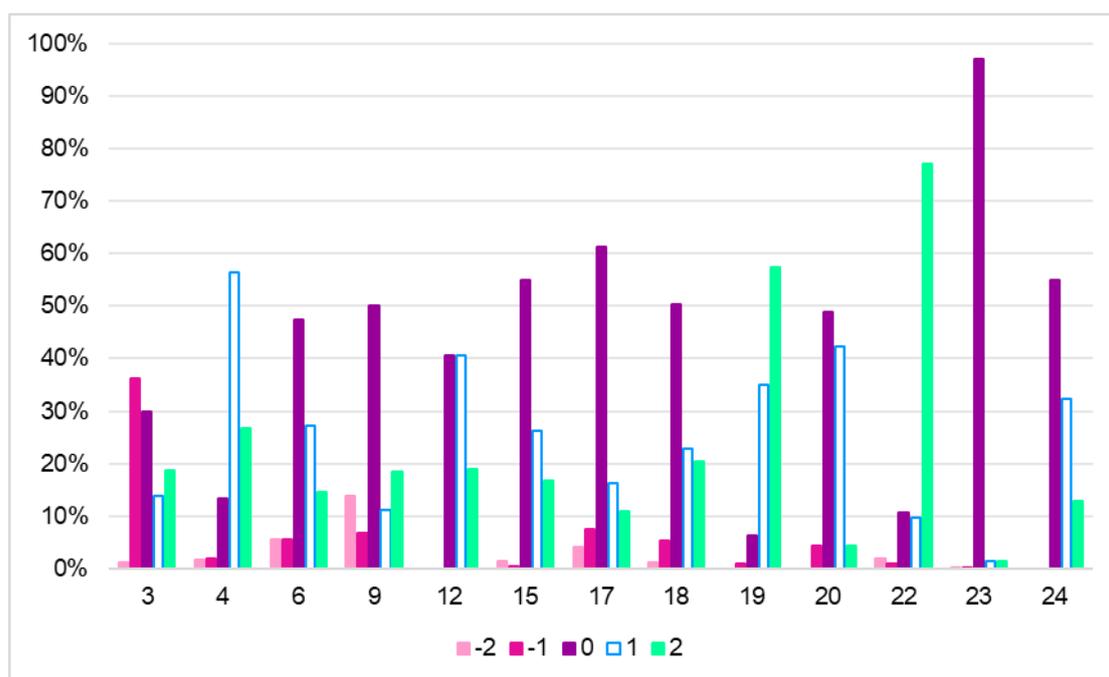


Figure 23 : Score Goal Attainment Scale par équipe



Les retours recueillis auprès des usagers ont confirmé que l'accompagnement a de manière générale effectivement permis aux usagers de gagner en autonomie dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes et de soulager les proches.

« Ça me permet de revivre. J'ai mon mari qui est aidant, et lui aussi ça lui permet de souffler un petit peu, par rapport à tout l'équipement, il y a des choses qu'il n'est plus obligé de faire, et lui ça lui permet de pouvoir faire d'autres choses. » Entretien n° 13 (P1) usager

Les aides techniques liées à la salle de bain ont été citées comme exemple où elles ont pu permettre aux individus de gagner en autonomie. Des outils tels qu'une brosse à long manche ont pu faciliter des activités telles que se laver le dos ou les pieds, qui étaient auparavant difficiles à réaliser sans assistance.

La satisfaction de la personne liée à la mise en place de l'aide technique pour réaliser les activités ciblées au cours de l'accompagnement a été évaluée par les professionnels EqLAAT. Sur 1479 personnes accompagnées, 51 % ont été très satisfaites de l'aide technique mise en place, 35 % ont été plutôt satisfaites et 9 % ont été plus ou moins satisfaites. Seulement 3 % des personnes accompagnées ont été que très peu satisfaites de l'aide technique mise en place et 2 % n'ont pas été du tout satisfaites.

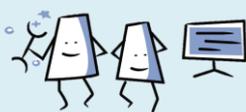
Les personnes avaient au départ très peu de connaissance sur les aides techniques, le niveau d'information des personnes accompagnées était au départ de 3,6/10, en moyenne ($N=7076$). L'objectif premier de l'expérimentation était donc d'accompagner au choix et à la prise en main des AT afin que les aides techniques 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 aides techniques a été multiplié par près de deux, atteignant ainsi 7,16/10, en moyenne ($N=1511$). 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.

7.2 Des effets variables selon le profil de l'utilisateur

L'efficacité du dispositif a été variable selon le profil de l'utilisateur et notamment pour les personnes dont la maladie est évolutive. En effet, pour les personnes atteintes de pathologies évolutives comme la sclérose en plaques, l'amyotrophie spinale ou la maladie de Charcot, les aides techniques proposées n'ont pas été parfois suffisantes. 26 % des répondants à l'enquête en ligne ont considéré qu'un gain en autonomie n'a pas été constaté lorsque l'aide technique est devenue rapidement obsolète. *Pour rappel, l'évolutivité de la maladie constitue 8 % des causes de renoncement d'acquisition des aides techniques.* Les ergothérapeutes ont dû être particulièrement réactifs, car les besoins du bénéficiaire peuvent évoluer rapidement, rendant l'aide technique inadéquate en peu de temps.

De plus, près de la moitié des professionnels ont estimé que l'autonomie de la personne n'a pas été améliorée dès que l'aide humaine est toujours nécessaire. En effet, ces personnes ont été très dépendantes d'une aide humaine.

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 ont été rétifs à un accompagnement soit, car ils ne veulent pas être accompagnés soit par déni de leur situation (constat partagé par 26 % des répondants à l'enquête en ligne). Ainsi, il faut du temps pour que l'utilisateur accepte son état de santé (cf. 5.2.2.1). Dans certaines situations, il faut également du temps pour que le patient apprenne à utiliser correctement l'aide technique proposée.



7.3 La place de l'aidant

7.3.1 Un maillon indispensable dans les activités de la vie quotidienne

Certaines aides techniques nécessitent l'assistance d'un tiers, notamment celles liées aux transferts, telles que les guidons de transfert ou les verticalisateurs. Ces dispositifs ont été conçus pour faciliter les mouvements, mais leur utilisation peut dépendre de la présence et de l'aide d'un tiers.

20 % des répondants à l'enquête en ligne ont estimé que le manque de formation de l'aidant à l'utilisation de l'aide technique a été un frein à l'utilisation des aides techniques au cours de l'accompagnement. La formation doit être systématiquement étendue non seulement aux utilisateurs finaux, mais aussi à leurs aidants, pour favoriser une utilisation plus efficace et confiante des aides techniques. Leur présence a été jugée essentielle pour assurer la sécurité des personnes concernées lors de diverses activités quotidiennes. L'absence de formation peut entraîner des risques inutiles pour les personnes bénéficiant des aides techniques.

Cela souligne l'importance de reconnaître le rôle crucial des aidants dans le processus de soins et de veiller à ce qu'ils soient pris en compte dans la planification des interventions. Sans forcément, les soulager, les aidants doivent comprendre comment ça marche !

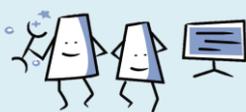
« L'aide technique contribue à deux choses, à améliorer l'autonomie de la personne, mais aussi à faciliter l'intervention des aidants. C'est vrai que l'on n'y pense pas au départ, mais si les aidants qui ne connaissent pas forcément la gestuelle peuvent éviter de se faire mal ou de se blesser. Le but est d'informer et de faire les essais avec la personne bien sûr, c'est un besoin, mais c'est aussi de montrer à l'intervenant ou à la famille, comment s'utilise le matériel. Je suis intervenue plusieurs fois dans le dispositif EqLAAT pour faire l'essai avec la personne bien sûr, mais aussi je suis retournée pour faire l'essai et montrer aux intervenants comment ça s'utilisait, pour que cela ne reste pas dans un coin ou que ça soit mal utilisé. » Entretien n° 16 Ergothérapeute

« 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. » Entretien n° 23 (P1) Aidant

Par ailleurs, 13 % des participants à l'enquête en ligne ont souligné l'incapacité de certains aidants à fournir une assistance pour l'utilisation des aides techniques comme une dimension importante du renoncement à l'utilisation des aides techniques. Ce constat souligne l'importance d'évaluer attentivement, durant les essais, la disponibilité et la capacité des aidants avant de recommander des aides techniques.

7.3.2 Un fardeau allégé

Le questionnaire mini-zarit a été complété par 62 personnes. La charge mentale moyenne ressentie par les aidants avant les premiers accompagnements EqLAAT, avant l'entrée de leur proche dans le dispositif, était modérée (Score moyen=4,02) tandis qu'à la suite des premiers accompagnements, la charge mentale moyenne ressentie par les aidants était plus légère (Score moyen=3,61). Toutefois, ces différences avant/après ne sont pas significatives au seuil de 5 %. Le nombre de répondants à l'enquête étant très faible peut expliquer l'absence de significativité.



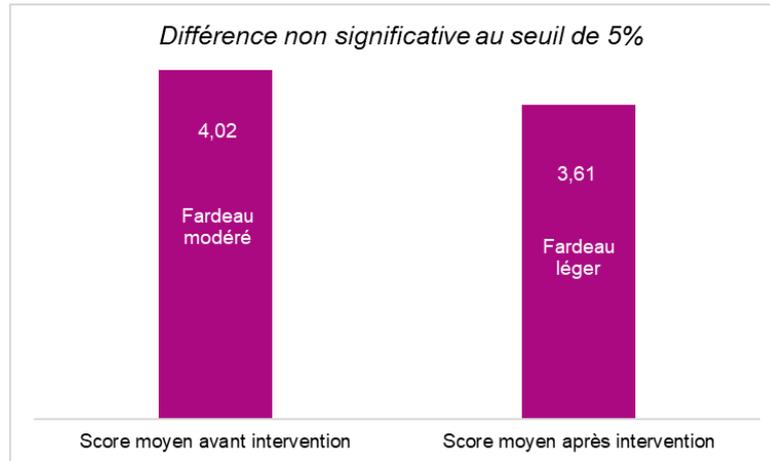


Figure 24 : Scores moyen mini-zarit avant et depuis l'accompagnement par EqLAAT

Ces scores indiquent que l'intervention a eu un effet positif (mais non significatif) sur le fardeau ressenti par les aidants. Le pourcentage de personnes n'ayant pas vécu l'aide comme un fardeau et de celles l'ayant perçue comme un fardeau léger a augmenté, respectivement de 3 % à 6 % et de 35 à 47 %, tandis que le pourcentage de personnes ressentant un fardeau modéré ou sévère a diminué après intervention respectivement de 45 % à 39 % et de 16 % à 2 %.

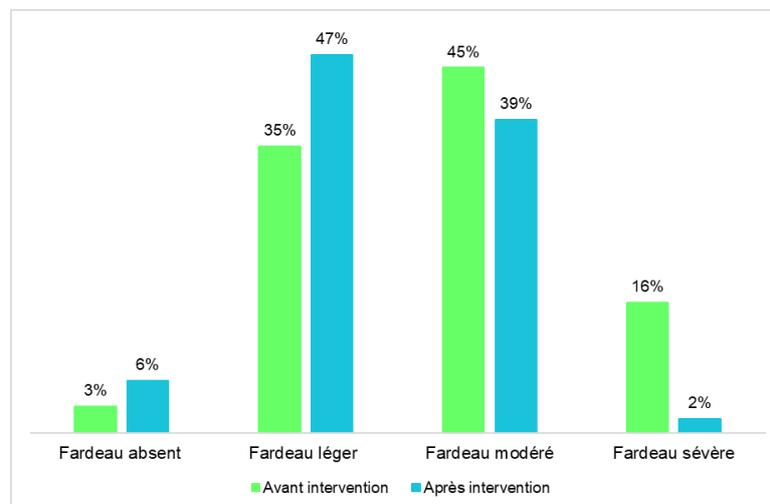
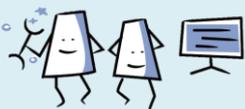


Figure 25 : Répartition de l'intensité de la charge mentale avant et depuis l'accompagnement



7.3.3 Expérimentation des actions de pair-aidance

Les équipes ont été libres de proposer un programme de pair-aidance.

Sur les 7 762 personnes accompagnées par les EqLAAT, 3% ont bénéficié de l'intervention d'un pair-aidant. 10 équipes ont mis en place des actions de pair-aidance selon les données du système d'information¹.

Le recours à la pair-aidance est significativement indépendant de l'âge, du sexe, de la composition familiale, de la catégorie socio-professionnelle, du type de déficience et de pathologie, de la catégorie d'aides technique.

En revanche, les personnes n'ayant aucun aidant et aucun service à domicile ont bénéficié davantage de la pair-aidance par rapport aux personnes accompagnées par leur proche aidant et/ou bénéficiant d'interventions à domicile ($p < 0,001$; Test ANOVA). Les personnes bénéficiant de l'aide d'un proche aidant et de services à domicile sont celles qui ont eu le moins recours à la pair-aidance relativement aux autres types d'aides formelles et/ou informelles.

L'EqLAAT Mutualité française de Bretagne a été l'équipe qui a le plus largement développé la pair-aidance (8% de ces accompagnements).

Un entretien auprès de cette équipe a été réalisé. Dans le cadre de la pair-aidance, la constitution de groupes s'est faite en fonction de profils similaires. Cette approche a permis de faciliter l'identification mutuelle et favorise une compréhension approfondie des défis spécifiques rencontrés par chaque individu.

Ce projet a visé à promouvoir l'autonomie des personnes aidées en mettant en œuvre la pair-aidance, une dynamique d'entraide entre individus partageant des problématiques similaires. Le dispositif a opéré à quatre niveaux d'intervention, en fonction de la clarté des besoins identifiés. Les personnes accompagnées ont présenté une diversité de besoins allant du choix et de l'utilisation d'aides techniques à l'acceptation de la perte d'autonomie, en passant par le partage émotionnel, la socialisation, l'adaptation à un handicap invisible, la défense des droits, et d'autres aspects liés à la parentalité.

Le réseau de pair-aidance a été composé de pairs-aidants bénévoles et de professionnels chargés de la sensibilisation, de la formation, de l'animation du réseau, et de la coordination des interventions. Les missions des chargés de projet ont englobé la formation des pairs-aidants, l'organisation des accompagnements, et la liaison avec les professionnels impliqués dans la démarche.

Dans le cadre de ce projet, des tests de matériel ont été proposés, des apprentissages spécifiques ont été dispensés, et des groupes d'entraide ont été constitués. Néanmoins, certains points d'attention ont émergé, parmi lesquels figurent la difficulté d'intégrer la pair-aidance dans les habitudes professionnelles, la nécessité d'un tiers pour garantir la qualité des échanges sans parasiter la relation, les défis liés à l'intervention à domicile, et la gestion complexe des consentements formels, souvent délicats à obtenir étant donné que la pair-aidance opère de manière naturelle.

Malgré ces défis, les bénéfices perçus ont été multiples par les professionnels de cette EqLAAT interrogés. Pour les bénéficiaires, la pair-aidance a offert un accès facilité au matériel, a facilité l'apprentissage des manipulations des aides techniques, a rompu l'isolement et a renforcé la confiance en soi. Les pairs-aidants ont bénéficié également de cette démarche en termes de réhabilitation psycho-sociale, de reconnaissance de leur expertise basée sur l'expérience, et de valorisation personnelle.

Les participants des groupes d'entraide ont ressenti, selon les professionnels interrogés, un sentiment d'identification mutuelle, une confiance renforcée, une possibilité de partager des

¹ Le porteur rapporte que selon les données agrégées 16 équipes ont expérimenté la pair-aidance.



expériences difficiles dans un contexte bienveillant, et un élargissement du réseau de professionnels. Enfin, pour les professionnels impliqués, la pair-aidance a apporté un complément d'information, a facilité la considération des patients comme des partenaires actifs de leur parcours de santé, et a agi comme un médiateur dans les accompagnements conflictuels.

Les professionnels des différents cas types ont également été interrogés sur leur vision de la pair-aidance.

Pour certains, la pair-aidance doit être proposée à un certain public comme les personnes en situation de déficience visuelle, en raison du coût élevé des aides techniques et de la nécessité d'assistance dans l'apprentissage ; aux individus confrontés à des maladies évolutives, englobant les pathologies neuro-évolutives, le polyhandicap et les maladies neurodégénératives telles que Parkinson ; aux personnes qui peinent à percevoir l'intérêt des aides techniques dans leur quotidien.

Dans des situations où l'obtention d'aides techniques pose des difficultés, particulièrement pour des démonstrations ou des dispositifs complexes, la pair-aidance trouve sa pertinence. De même, elle intervient lorsque l'isolement social ou le rejet de l'aide technique par l'entourage sont des facteurs à considérer. Enfin, la pair-aidance s'adresse aux personnes nécessitant un accompagnement, une acceptation de leur situation de handicap, ou manifestant des hésitations quant à l'efficacité d'une aide technique.

Cependant, la mise en œuvre de la pair-aidance peut être entravée dans les territoires ruraux en raison de problèmes de déplacement et d'un accès limité à l'informatique et aux réseaux sociaux. En outre, elle nécessite des ressources substantielles, notamment des projets spécifiques menés par un équivalent temps plein (ETP) et des financements pour les déplacements des usagers.

La question de la pair-aidance pour favoriser une meilleure acceptation du handicap a soulevé des avis divergents.

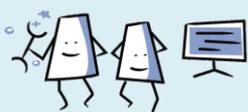
Pour certains professionnels interrogés, la pair-aidance est d'une grande utilité dans des situations de handicap brutales ou inattendues, telles qu'un diagnostic difficile de maladies graves comme la maladie de Charcot et pour des personnes dans le déni, suggérant que l'intervention de pairs aidants pourrait faciliter l'acceptation des aides techniques.

Pour d'autres professionnels interrogés, certains usagers ne seraient pas nécessairement demandeurs de rencontrer des individus confrontés à la même maladie, la rencontre avec des pairs peut être à la fois aidante et terrifiante. Les personnes peuvent redouter de voir des individus plus avancés dans la maladie, craignant d'anticiper son propre avenir et de se confronter à la réalité de l'évolution de sa condition.

Pour les patients ayant déjà passé la phase d'acceptation de leur situation, la pair-aidance est perçue comme un moyen d'optimiser l'utilisation des aides techniques. Un usager a exprimé clairement que la pair-aidance pourrait lui être bénéfique pour partager des idées sur l'utilisation du matériel. Voir comment les autres utilisent différentes aides techniques pourrait apporter une perspective enrichissante à son quotidien.

Un aidant a proposé qu'une plateforme qui centralise des informations sur le matériel et les aides techniques disponibles soit mise en place, avec la création d'un espace d'interaction entre les familles confrontées à des difficultés similaires, favorisant ainsi l'échange et la résolution collective de problèmes. Cette approche collaborative, selon lui, pourrait combler un manque d'informations au-delà des ressources actuelles.

Sur le plan quantitatif, les interventions de pair-aidance n'ont pas permis de réduire significativement le taux d'abandon à 3 mois.



En synthèse

Le score GAS a confirmé que 94% des accompagnements ont atteint ou dépassé les objectifs fixés par les usagers, soulignant des améliorations notables dans les activités quotidiennes. Les retours des usagers ont également souligné la contribution positive des aides techniques. L'expérience a également augmenté considérablement le niveau d'information des usagers sur les aides techniques, passant de 3,6/10 à 7,2/10 en moyenne.

L'efficacité du dispositif EqLAAT a varié en fonction du profil de l'utilisateur, particulièrement pour ceux atteints de maladies évolutives. Près de la moitié des professionnels ont jugé que l'aide technique n'était pas suffisamment efficace, nécessitant toujours une assistance humaine. De plus, 26% ont estimé qu'elle devenait rapidement obsolète en raison de l'évolution de la maladie. L'évolutivité de la maladie a contribué à 8% des cas de renoncement à l'acquisition d'aides techniques.

La contribution des aidants dans le dispositif est cruciale, surtout pour les aides techniques nécessitant une assistance. Certains professionnels ont insisté sur la nécessité de former les aidants pour garantir une utilisation efficace des aides techniques, considérant leur rôle essentiel pour assurer la sécurité des bénéficiaires. Pour autant, certains aidants ne pouvaient pas offrir une assistance adéquate, entraînant l'abandon de l'utilisation des aides techniques.

Une expérimentation de pair-aidance a été réalisée, favorisant les interactions entre des individus partageant des défis similaires. Les avantages incluent un accès facilité au matériel, l'apprentissage des manipulations des aides techniques, la rupture de l'isolement et le renforcement de la confiance en soi. Les opinions sur l'utilité de la pair-aidance varient en fonction des situations et des préférences des usagers.

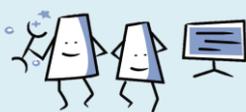
8 Efficience : L'expérimentation a-t-elle permis de couvrir le besoin de financement du dispositif et d'améliorer l'efficience ?

8.1 Financement du dispositif

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 estimée à 39,5 € de l'heure d'intervention, charges patronales comprises et après revalorisation Ségur¹, correspondant à la rémunération brute d'un ergothérapeute de plus de 13 années d'ancienneté. 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).

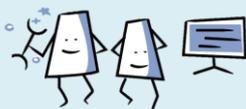
Tableau 11 : Financement du dispositif (source : cahier des charges)

	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 €

²Calculés selon les conditions économiques rencontrées par les acteurs interrogés lors de la rédaction du cahier des charges

¹ Les forfaits ont évolué au cours de l'expérimentation après la revalorisation Ségur

² 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)



Parmi les 14 équipes pour lesquelles nous avons eu à notre disposition les données concernant le nombre de forfaits déclenchés¹, 3 215 forfaits 10 h (situation simple) et 1 233 forfaits 15 h (situation complexe) ont été déclenchés. Deux forfaits ont été déclenchés successivement pour 166 personnes. Au total, 4 498 forfaits ont été déclenchés par les 14 équipes (627 valeurs manquantes pour ces équipes).

Aucune information concernant le lieu de vie des personnes (plaine ou montagne) n'a été 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 6 121 748 € alloués pour le forfait 51 pour 14 équipes², 3 116 778 € (51 %) de forfait 51 ont été réellement dépensés à ce stade de l'expérimentation.

Tableau 12 : Nombre de forfaits 10h et de forfaits 15h déclenchés par équipe

Equipes	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
3	100 (100% montagne)	194	400 (100% montagne)	35	617 082 €	155 893 €	25%
4	400 (100% plaine)	507	400 (100% plaine)	212	544 331 €	501 941 €	92%
5	210 (100% plaine)	43	30 (100% plaine)	3	154 950 €	31 597 €	20%
6	400 (100% plaine)	244	400 (100% plaine)	176	609 287 €	309 324 €	51%
9	431 (100% plaine)	381	299 (100% plaine)	157	535 325 €	375 079 €	70%
12	120 (100% plaine)	43	80 (100% plaine)	19	146 120 €	43 505 €	30%
15	175 (100% plaine)	187	175 (100% plaine)	69	266 525 €	176 713 €	66%
17	445 (100% plaine)	414	455 (100% plaine)	150	687 013 €	388 698 €	57%
18	400 (100% plaine)	233	400 (100% plaine)	199	609 200 €	323 715 €	53%
19	250 (40% plaine)	107	250 (40% plaine)	94	389 750 €	154 632 €	40%
20	30 (100% plaine)	33	90 (100% plaine)	17	100 779 €	35 603 €	35%
22	400 (100% plaine)	134	400 (100% plaine)	21	609 200 €	100 574 €	17%
23	700 (100% plaine)	699	310 (100% plaine)	57	661 783 €	476 505 €	72%
24	125 (100% plaine)	45	125 (100% plaine)	24	190 403 €	42 999 €	23%
	6421	1 711	5 449	949	6 121 748 €	3 116 778 €	51%

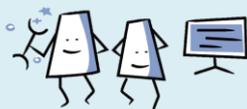
8.2 Coût réel pour les équipes

8.2.1 Coût réel des charges directes

8.2.1.1 Source des données : système d'information interne

¹ 10 équipes n'ont pas renseigné le type de forfaits déclenchés, représentant 2 703 valeurs manquantes. Pour les 14 autres équipes l'ayant renseigné, on comptabilise 627 valeurs manquantes sur le type de forfaits déclenchés.

² Le budget estimé pour le forfait 51 dans le CDC est de 10,388 millions € pour les 24 équipes.



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

Les temps moyens passés à l'accompagnement par les différents professionnels ont été calculés pour les accompagnements terminés.

Le temps moyen passé par un ergothérapeute à l'accompagnement a été de 7,10 heures pour un forfait de 10h et de 11,92 heures dans le cadre d'un forfait de 15 h. (*Données calculées sur les 13 équipes ayant renseigné ces informations dans le système d'information, N=1048 [forfait 10 h]; N= 506 [forfait 15 h]*)

Le temps moyen passé par un travailleur social à l'accompagnement pour les 13 équipes a été de 1,03 heure pour un forfait de 10 h (N=647) et de 1,96 heure pour un forfait de 15h (N=350).

Le temps moyen passé par un professionnel de l'équipe (autre qu'un ergothérapeute et un travailleur social) à l'accompagnement, pour les 13 équipes a été de 1,51 heure pour un forfait de 10 h (N=595) et de 2,08 heures pour un forfait de 15h (N=327).

Ainsi, le temps moyen réel passé à l'accompagnement et l'évaluation, tous professionnels confondus¹ (N=1048), dans le cadre d'un forfait de 10 h a été de 8,61 heures. Dans le cadre d'un forfait de 15 h, le temps moyen réel passé à l'accompagnement et l'évaluation d'un usager a été de 14,7 heures.

Les temps moyens réels passés sont significativement différents selon les centres ($p < 0,001$; Test ANOVA).

Tableau 13 : Temps moyens réels passés à l'accompagnement par forfait et par équipe (Données SI)

Equipes	Forfait 10 heures	N obs	Forfait 15 heures	N obs
3	6,22	50	10,83	8
4	6,61	201	10,94	76
6	8,96	79	12,46	28
9	9,44	266	15,04	119
12	7,7	12	14,03	4
15	7,72	144	17,62	59
17	9,18	49	10,45	23
18	10,22	116	16,4	127
19	10,58	49	15,87	43
20	10,68	14	19,06	8
22	15,62	29	10,66	6
23	6,21	37	13,38	4
24	11,18	2	14,5	1

¹ Le temps total moyen n'est pas la somme des moyennes de chacune des catégories de professionnels, mais la moyenne du temps total renseigné dans le système d'information pour toutes les observations.



8.2.1.2 Source des données : enquête en ligne sur les coûts

Une évaluation des coûts a été menée dans le cadre d'une enquête en ligne diffusée auprès des vingt-quatre équipes. Cette enquête portait sur les temps passés à la réalisation des différentes activités d'accompagnement, au nombre d'équivalents temps plein mobilisés dans l'équipe, et sur des questions plus ouvertes sur les coûts qui ne seraient pas pris en compte dans le calcul des forfaits.

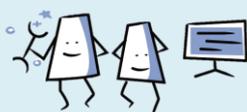
Les temps passés à dire d'expert par les vingt-quatre équipes sont sensiblement différents des données affichées dans le système d'information. Cette évaluation des temps rapportés à l'avantage de refléter également le vécu et l'expérience des professionnels concernés.

Les charges directes réelles des forfaits sont ainsi calculées à partir des temps rapportés par les équipes et non pas à partir du système d'information, car dix équipes n'ont pas remonté le type de forfaits déclenchés, représentant 2 703 valeurs manquantes. Pour les 14 autres équipes l'ayant renseigné, on comptabilise 627 valeurs manquantes sur le type de forfaits déclenchés.

Sur les vingt-quatre équipes, les temps moyens réels à l'accompagnement qui ont été rapportés sont de 11,6 h lorsqu'un forfait de 10h a été déclenché et de 16,80 h lorsqu'un forfait de 15h a été déclenché.

Tableau 14 : Temps réels passés à l'accompagnement par équipe (Données Enquête en ligne)

Equipes	Forfait 10h	Forfait 15h
Cicat Pays de la Loire	10,5 h	15,5 h
Ardevie	10,25 h	16,5 h
IRSAM	13,75 h	18,5 h
L'ETAPE	10,75 h	16,25 h
Territoire de Belfort	10 h	15 h
Mutualité Française de Bretagne	12 h	17 h
Union des Mutuelles de Corses	9,5 h	14,5 h
OPTEO-12	10,75 h	16,25 h
GIHP Aquitaine	12,25 h	17,25 h
MPDH-63	9,75 h	15,25 h
APF Nouvelle Aquitaine	11,5 h	16,5 h
Hacavie	9,25 h	14,25 h
CREEDAT	12,63 h	17 h
CEPS-CICAT-67	9,25 h	14,25 h
Centre ressource Normandie Lorraine DV	15 h	20 h
Gard'et Autonomie	13,5 h	18 h
CD 59	11,5 h	16,5 h
Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	11,75 h	17,5 h
CRICAT-APF 971	12,08 h	15,08 h
Escavie-CRAMIF	14,5h	24,5 h
Cap azur santé	16,5 h	19 h
CH issoudun	14 h	17 h
Fondation Bompard-CICAT Lorraine	7,66 h	15,16 h
Diapasom	11 h	16,5 h



À l'instar des calculs réalisés dans l'élaboration du modèle de financement du cahier des charges, nous avons valorisé le temps passé à l'évaluation et à l'accompagnement par le salaire brut horaire, charges patronales comprises, d'un ergothérapeute de plus de 13 ans d'expérience soit 39,5 €/h.

Ainsi, les coûts moyens réels de l'accompagnement, à dire d'experts, sont de :

- 458 € dans le cadre d'un forfait actualisé à 11,61 h (ex : 10 h)
- 663 € dans le cadre d'un forfait actualisé à 16,80 h (ex : 15 h)

A ces charges directes réelles sont ajoutées les frais d'hygiénisation des aides techniques, pour un montant de 50 € par forfait de 10h et 83,3 € par forfait de 15h (données CDC) et les frais de repas¹ (hors frais de transport) pour un montant moyen de 21,82 € par forfait de 11,6 (ex 10h) et 31,58 € par forfait de 16,80 h (ex 15h)

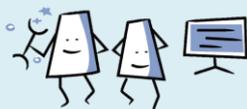
Les charges moyennes directes d'évaluation sont de :

- 529,92 € pour un forfait de 11,6 (ex 10h)
- 777,88 € pour un forfait de 16,80 h (ex 15h)

Tableau 15 : Temps moyens réels passés à l'accompagnement par forfait et charges directes

Actions	Tâches	Temps passés (en heure)	
		Forfait 10h	Forfait 15h
Inclusion & Actions administratives	• Réception et enregistrement de la demande	1,19	1,23
	• Organisation des rendez-vous et suivi (planification, appel téléphonique...)		
	• Après l'intervention: transmission des éléments d'études (projet, synthèse des bilans et définition et documentation sur les aides techniques cibles...)		
Evaluation	• Déplacement A/R : (y compris en cas de visites groupées)	7,11	11,94
	• Evaluation + essais matériel (entretiens, mises en situations...)		
	• Analyse des données et étude des solutions, Recherche documentaires (produits, références...)		
	• Rédaction d'un compte-rendu et compilation des documents nécessaires à la personne		
	• Sollicitation du prestataire pour demande chiffrage, réception & analyse...		
Prise en main	• Contact au moment ou après la réception de l'aide technique : échange sur l'utilisation, réglages...	1,81	2,13
	• Appel à 3 + 6 mois après réception de l'aide technique		
	• Réponse aux sollicitations de la personne après qu'elle ait accès à l'aide technique		
Suivi de l'activité	• Bilan d'activité / Suivi / Coordination	1,50	1,50
	• Logistique du parc matériel		
Total horaire évaluation et accompagnement		11,61	16,80
Frais d'accompagnement (39,5€/h)		458€	663€
Frais d'hygiénisation		50€ (3 AT)	83€ (5 AT)
Frais de repas		21,82€	31,58€
Total charges directes		529,92€	777,88€

¹ Les frais de repas ont été valorisés sur la base des temps moyens réels passés par forfait à partir des données à dire d'expert pour 1300 h travaillées par an par ergothérapeute. (2 444 € de repas par an par ergothérapeute/([base heures travaillées par an/temps moyen d'accompagnement])).



8.2.2 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 a été respectivement de 2 visites et 3,14 visites¹. Le nombre moyen de visites est significativement différent selon les équipes.

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 kilomètres par visite (aller-retour) parcourus a été de 55 km. Ainsi, pour un forfait de 10 h le nombre moyen de km a été de 110 km et de 172 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 est de :

- 38,5 € en plaine et 55 € en montagne dans le cadre du forfait de 10h
- 60,2 € en plaine et 86 € en montagne dans le cadre du forfait de 15h

Tableau 16 : Nombre moyen de visites par forfait et trajet moyen parcouru par équipe

Equipes	Forfait 10h	Forfait 15h	Trajet moyen (A/R) en km
3	2,3	2	53,5
4	1,38	2,11	45,3
5	NR	NR	18,95
6	2,78	3,58	58,15
9	2,65	3,81	60,42
12	1	2	55,87
15	1,71	3,81	65,26
17	1,97	2	45,87
18	2,06	3,38	37,36
19	1,77	2,34	53,51
20	2,53	3,57	30,89
22	1,04	2,14	76,05
23	1,24	3,25	60,87
24	1	3	127,76

8.2.3 Coût réel des charges indirectes

¹ Moyennes calculées sur les accompagnements terminés. Données renseignées par 13 équipes



Les charges indirectes par forfait d'accompagnement ont été valorisées dans le cahier des charges sur les bases suivantes :

Pour les charges variables de coordination et de pilotage pour 12 ETP Ergothérapeutes/Travailleurs sociaux :

- 1 ETP Secrétariat (salaire horaire : 17,95 €, heures travaillées : 1820,39)
- 1 ETP Chef de service (salaire horaire : 35,71 €, heures travaillées : 1820,33)

Pour les charges variables de frais de gestion pour 12 ETP Ergothérapeutes/Travailleurs sociaux :

- 0,3 ETP Assistant de ressources humaines (salaire horaire : 28,61 €, heures travaillées : 1820,34)
- 0,1 ETP Responsable administratif (salaire horaire : 29,26 €, heures travaillées : 1820,10)
- 0,1 ETP Directeur (salaire horaire : 55,70 €, heures travaillées : 1819,61)
- Frais variables : affranchissement (200 €), services bancaires (120 €), honoraires commissaires aux comptes (300 €)

Pour les charges fixes de frais de gestion pour 1 ETP Ergothérapeute/Travailleur social

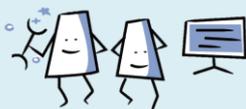
- Électricité par an/salarié (50 €)
- Entretien équipement/an/salarié (500 €)
- Fourniture ADM/an/salarié (180 €)
- Location bureau 8 m²/an (810 €)
- Charges locatives/an (86 €)
- Achat ordinateur (1500 € amorti sur 3 ans) (500 €)
- Liaisons informatiques (120 €)
- Téléphone portables (500 € amorti sur 3 ans) (167 €)
- Bureau (600 € amorti sur 5 ans) (120 €)

Dans le but d'évaluer le coût réel des charges indirectes par forfait d'accompagnement, nous avons demandé aux équipes d'indiquer, dans l'enquête en ligne, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) mobilisés par profession dans leur équipe.

Pour mesurer l'activité (le nombre de personnes accompagnées selon le type de forfait) de l'équipe, nous avons calculé un effectif dit réalisable¹ à partir du nombre rapporté d'ETP d'ergothérapeute/travailleur social sur la base de 1300 heures travaillées et du temps moyen d'accompagnement par forfait rapporté par les équipes durant l'enquête en ligne.

Le détail par équipe des charges indirectes liées à l'accompagnement est en Annexe 6.

¹ Nous n'avons pas utilisé les effectifs du SI pour mesurer l'activité, car 10 équipes n'ont pas renseigné le type de forfait déclenché et les équipes pour lesquels ces données ont été transmises correspondent à des effectifs à date d'analyse, à une population éligible et évaluable (certaines personnes ont pu refuser l'exploitation de leurs données et leurs informations n'ont pas été transmises dans le SI), et contiennent des valeurs manquantes.



Ainsi, sur les vingt-trois équipes¹, les charges indirectes de coordination et pilotage sont en moyenne de :

- 289€ pour un temps d'accompagnement réel de 11,6h (ex 10h)
- 412€ pour un temps d'accompagnement réel de 16,8 (ex 15h)

Les charges indirectes de gestion sont en moyenne de :

- 177 € pour un temps d'accompagnement réel de 11,6h (ex 10h)
- 259 € pour un temps d'accompagnement réel de 16,8 (ex 15h)

Les charges indirectes de coordination et de pilotage pour les forfaits appliqués (cahier des charges) sont initialement d'un montant de 54 € pour un forfait de 10h et de 81 € pour un forfait de 15h. Les charges indirectes de gestions pour les forfaits appliqués (cahier des charges) sont initialement d'un montant de 41 € pour un forfait de 10h et de 62 € pour un forfait de 15h. Ces différences avec les charges indirectes réelles s'expliquent principalement, car l'activité des équipes, dans le modèle de financement initial, a été mesurée en tenant compte de 12 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux. Le nombre d'ETP rapporté par les équipes est davantage autour de 2,55ergothérapeutes/travailleurs sociaux.

Ainsi, la totalité des charges indirectes liées à l'accompagnement est en moyenne de :

- 465,36 € par forfait pour un temps d'accompagnement réel de 11,6h (ex 10h)
- 669€ par forfait pour un temps d'accompagnement réel de 16,8 (ex 15h)

Au total, les montants moyens des forfaits d'accompagnement incluant les charges directes, les charges indirectes et les frais kilométriques sont en moyenne de :

- 1034 € en plaine et de 1051 € en montagne pour un temps d'accompagnement réel de 11,6h (ex 10h)
- 1509 € en plaine de 1535 € en montagne pour un temps d'accompagnement réel de 16,8 (ex 15h)

¹ Une équipe n'a pas renseigné le nombre d'ETP mobilisés pour la coordination et le pilotage, et pour la gestion.



Tableau 17 : Montants réels des forfaits d'accompagnement

	Forfait 11,61h (ex 10h)	Forfait 10h (CDC)	Forfait 16,8h (ex 15h)	Forfait 15h (CDC)
Charge directe				
<i>Evaluation</i>	530 €	464 €	778 €	704 €
Charge Indirecte				
<i>Coordination & Pilotage</i>	289 €	54€	412 €	81 €
<i>Frais de gestion</i>	177 €	41€	259 €	62 €
Frais kilométriques				
<i>Plaine</i>	39 €	48 €	60 €	69 €
<i>Montagne</i>	55 €	73 €	86 €	104 €
Total en plaine	1 034 €	607 €	1 509 €	916 €
Total en montagne	1 051 €	632 €	1 535€	915 €

8.2.4 Coûts cachés non pris en compte ou sous-estimés dans les forfaits d'accompagnement

Malgré les efforts fournis pour estimer toutes les dépenses des équipes, il est inévitable que certains coûts échappent parfois à l'analyse financière initiale. Cette partie présente les coûts non pris en compte dans le cadre des activités d'accompagnement. Ils englobent divers domaines tels que les frais liés aux déplacements, les frais matériels, les coûts administratifs et financiers, ainsi que d'autres dépenses indirectes qui émergent au cours de la réalisation des missions d'accompagnement. Ces coûts ont été repérés par les professionnels des vingt-quatre équipes lors de l'enquête en ligne.



Tableau 18 : Catégories et types de coûts non pris en compte dans le modèle de financement initial

Catégorie de coûts	Type de coûts
Frais mobiliers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Location des locaux ▪ Electricité, charges, entretien du local
Frais liés aux déplacements	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Location de véhicules (achat, assurance, réparation) ▪ Sur les territoires insulaire (DOM/TOM) : billets de bateau, hébergement ▪ Indemnisation des temps de trajets sous-estimés dans certains territoires
Frais matériels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériels pédagogiques : antidérapants, butées adhésives, etc. ▪ Matériel « ergo » : mètre, petit outillage ▪ Logistique autour des aides techniques : achat, location, envoi et réception, frais de livraison, nettoyage, contrôle, désinfection, maintenance des aides techniques
Frais administratifs et financiers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurances ▪ Impôts ▪ Gestion administrative
Frais liés aux activités d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps passé à l'aménagement du logement ▪ Temps passé au suivi ▪ Temps passé à la réorientation vers d'autres dispositifs ▪ Temps de pair-aidance ▪ Temps médical : sollicitation du médecin MPR
Frais liés au développement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps passé à la coordination : réunions internes, déplacement à la CNSA ▪ Temps passé à la communication avec les partenaires ▪ Temps passé à la formation : besoins spécifiques, formations continues

De plus, neuf équipes ont pu bénéficier de financements complémentaires au financement Article51 qui ont permis de mener à bien l'activité d'EqLAAT.

Ces financements ont couvert un large éventail d'activités, allant de l'achat d'aides techniques, à la location de véhicules et au financement d'ergothérapeutes. Les sources de financement ont été des subventions fixes de départements, des subventions de CICAT et de la CARSAT, et des projets parallèles comme celui de la Technicothèque et le Projet AACTA.

Malgré la diversité des financements, il est souligné que tous les coûts associés à EqLAAT n'ont pas été couverts.

La majorité des EqLAAT ont affirmé avoir mutualisé des frais fixes avec leur structure de rattachement, tels que les locaux, les bureaux, les véhicules, le matériel informatique et bureautique, l'électricité, l'eau, la récupération et le stockage des aides techniques, l'achat d'aides techniques, la logistique des aides techniques, ainsi que le personnel avec des ressources humaines et une direction commune avec le CICAT. Selon un professionnel « Si on isole uniquement la mission EqLAAT, les frais de fonctionnement seraient très importants ».



En synthèse

Le financement repose sur deux forfaits à la séquence, un Forfait 10h pour les situations courantes et un Forfait 15h pour les situations complexes.

Parmi les 14 équipes pour lesquelles nous avons eu à notre disposition les données concernant le nombre de forfaits déclenchés, 3 215 forfaits 10 h et 1 233 forfaits 15 h ont été déclenchés. Ainsi, sur la base de 6 121 748 € alloués pour le forfait 51 pour 14 équipes, 3 116 778 € (51 %) de forfait 51 ont été réellement dépensés à ce stade de l'expérimentation.

Les charges directes réelles d'accompagnement (incluant la prise en charge, les frais de repas, et l'hygiénisation des aides techniques) sont en moyenne de 530€ pour 11,61h d'accompagnement [dans le cadre du forfait de 10 h] et 778 € pour 16,8h d'accompagnement [dans le cadre du forfait de 15 h]. Les frais de transport pour les visites à domicile sont de 38,5 € en plaine et 55 € en montagne pour un forfait de 10 heures, et de 60 € en plaine et 86 € en montagne pour un forfait de 15 heures. En moyenne, 2 visites à domicile sont réalisées pour un forfait de 10 heures, et 3 visites pour un forfait de 15 heures. Les charges indirectes réelles de coordination et gestion sont de 466 € (11,6h/personne) et 671€ (16,6h/personne). Elles dépassent celles du modèle de financement de l'expérimentation en raison d'une estimation initiale sur 12 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux, alors que les équipes rapportent environ 2,55 ETP d'ergothérapeutes/travailleurs sociaux.

Ainsi, les frais totaux d'accompagnement sont de 1034€ pour 11,6h en plaine et 1051€ en montagne. Pour 16,8h, les frais totaux sont respectivement de 1509€ en plaine et 1535€ en montagne.

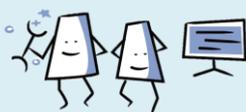
Certains coûts ont échappé à l'analyse financière initiale tels que les frais liés de déplacements, les frais matériels, les coûts administratifs et financiers, et d'autres dépenses indirectes. Neuf équipes ont bénéficié de financements complémentaires (subventions départementales, CICAT, CARSAT, Technicothèque, Projet AACTA), notamment pour l'achat d'aides techniques, la location de véhicules et le financement d'ergothérapeutes. La mutualisation des frais fixes avec les structures de rattachement a été essentielle, incluant locaux, véhicules, matériel informatique, ressources humaines. Un professionnel a souligné que si l'on isole uniquement la mission EqLAAT, les frais de fonctionnement seraient très importants.



9 Points d'amélioration mentionnés par les professionnels

Les points d'amélioration mentionnés pour EqLAAT couvrent divers aspects de son fonctionnement.

- 1) Elargir les missions d'EqLAAT à l'aménagement du logement, indissociable de l'utilisation des aides techniques.
- 2) Renforcer le lien avec les revendeurs et les distributeurs de matériels et se prémunir de tout lien commercial avec des positions de monopole ou de favoritisme commercial
- 3) Faciliter l'accès au financement des aides en intégrant systématiquement des travailleurs sociaux dans le processus.
- 4) Renforcer la communication pour faire connaître le dispositif et augmenter sa visibilité.
- 5) Assurer la stabilité de l'équipe en proposant des contrats pérennes.
- 6) Accroître le nombre d'aides techniques disponibles dans le parc d'aides techniques pour répondre à la demande.
- 7) Prévoir un budget de fonctionnement dédié aux équipements et aux outils nécessaires.
- 8) Diminuer le temps consacré aux tâches administratives pour une meilleure efficacité opérationnelle.
- 9) Améliorer le processus de financement des aides techniques et personnaliser les financements en fonction des spécificités des différents départements.
- 10) Simplifier les processus de facturation pour une gestion plus fluide.
- 11) Concevoir des actions de formation destinées aux aidants familiaux et professionnels.
- 12) Créer un système d'information commun et envisager une labellisation pour garantir des normes de qualité.
- 13) S'insérer dans une démarche d'économie circulaire et solidaire, notamment par le déploiement d'aides techniques de seconde main pour une approche durable.
- 14) Créer un centre ressource EqLAAT pour centraliser les informations et les ressources.
- 15) Assurer une homogénéisation des pratiques entre les différentes équipes d'EqLAAT.
- 16) Clarifier la place d'EqLAAT par rapport à d'autres dispositifs existants pour éviter des duplications.
- 17) Prévoir plus de locations de matériel pour répondre à des besoins temporaires.
- 18) Étendre la pair-aidance à toutes les équipes d'EqLAAT pour renforcer le soutien entre pairs.



10 Conclusion

La principale originalité de l'expérimentation EqLAAT est d'avoir créé un dispositif d'accompagnement accessible à tous et neutre d'intérêt commercial, dans le domaine des aides techniques. Ce faisant, elle implique de nombreux bouleversements pour les acteurs du système tant au niveau des professionnels que des bénéficiaires. Pour vaincre les résistances inévitables qui étaient susceptibles d'en résulter, notre rapport s'est efforcé d'identifier des bénéfices que les usagers en ont retirés par rapport aux nombreux dysfonctionnements du système actuel ainsi que les efforts indispensables qui devaient être faits pour amener l'expérimentation à maturité.

Si l'on définit une invention comme l'émergence d'une nouvelle idée, l'expérimentation de nouvelles modalités de coordination sur le terrain sous forme de prototype préfigure l'apparition d'un nouveau standard des pratiques professionnelles, qui une fois généralisé (s'il est susceptible de l'être), constituera la véritable innovation.

L'expérimentation des Équipes Locales d'Accompagnement Aides Techniques (EqLAAT), initiée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), a été entreprise pour pallier le déficit existant en France en matière d'aides techniques. Cette initiative découle des recommandations du rapport de Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, soulignant la nécessité d'une réforme structurelle dans le domaine de l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées.

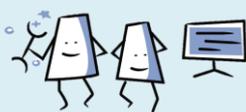
L'analyse de l'implantation de cette expérimentation a permis d'identifier les facteurs de succès de l'expérimentation, tels que la coordination entre les différents acteurs locaux, la réactivité des ergothérapeutes, le soutien des travailleurs sociaux, les multiples partenariats notamment avec les revendeurs de matériel médical, et l'expérience des structures porteuses. L'ancienneté des structures porteuses du dispositif a facilité la coordination.

L'expérimentation a facilité l'accès aux services d'accompagnement pour les aides techniques, démocratisant cet accès sur l'ensemble du territoire. Les équipes locales ont joué un rôle essentiel, guidant les bénéficiaires à travers un processus structuré en sept étapes clés. Les motivations des usagers à rejoindre EqLAAT étaient diverses, soulignant l'approche holistique, la prise en compte des coûts de déplacement, et la confiance instaurée par la neutralité des EqLAAT vis-à-vis de toutes préoccupations commerciales. Cependant, des obstacles persistent, tels que la stigmatisation associée aux aides techniques, la résistance à demander de l'aide et l'évolutivité de la maladie.

L'activité des équipes a été entravée par des obstacles tels que le manque de personnel et les trajets longs, particulièrement en zones rurales, le manque de reconnaissance du métier d'ergothérapeute et la rigidité du contexte réglementaire pour obtenir des aides pour le financement des aides techniques.

En termes d'amélioration de l'autonomie, l'expérimentation a obtenu des résultats positifs, avec une augmentation significative de l'autonomie des usagers, évaluée à 8 sur 10 en moyenne. Les retours des usagers ont souligné l'importance des aides techniques dans cette amélioration.

Pour envisager une généralisation réussie, il est impératif de s'appuyer sur les retours d'expérience des acteurs impliqués, tant les professionnels des équipes que les bénéficiaires. Il convient d'évaluer attentivement les besoins spécifiques de chaque territoire, en prenant en compte les facteurs contextuels entravant et favorisant l'activité des EqLAAT, identifiés dans ce rapport. Tout d'abord, pour surmonter les limitations de la participation des médecins prescripteurs, il est recommandé d'établir des partenariats étroits avec ces professionnels, de sensibiliser davantage sur le rôle des ergothérapeutes et d'assurer une communication efficace.

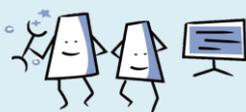


Pour pallier au manque d'ergothérapeutes dans certains territoires, des initiatives doivent être mises en place pour recruter et former du personnel supplémentaire, en particulier dans les zones rurales. Il est également essentiel d'encourager la collaboration entre les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux.

Pour encourager la participation des usagers, il est nécessaire de personnaliser les approches en fonction des particularités socio-culturelles, que ce soit en adaptant les interventions pour les personnes en rupture de soins, en sensibilisant les personnes à l'utilité des aides techniques et au besoin d'accompagnement, ou en fournissant un soutien accru aux personnes atteintes de maladies évolutives.

Du côté des équipes, renforcer la formation sur les aides techniques, améliorer l'accès aux financements, et établir des partenariats solides avec les organismes financeurs sont des actions recommandées. Les équipes locales doivent collaborer avec des organismes financeurs, des associations locales et des structures médico-sociales pour optimiser l'accès aux financements et faciliter l'implémentation des aides techniques. L'établissement de partenariats solides avec des fournisseurs et des revendeurs locaux peut garantir l'accès à de multiples aides techniques et réduire les délais d'attente. Les services EqLAAT implantés dans des structures déjà existantes peuvent bénéficier du réseau établi au fil des années, à l'inverse des structures nouvellement créées qui doivent constituer leur réseau.

La collaboration avec les professionnels extérieurs accompagnant la personne est un aspect crucial à considérer pour la généralisation des équipes locales. Établir des liens solides avec ces intervenants externes peut grandement faciliter la diffusion des services et renforcer l'efficacité des équipes. Leur collaboration peut faciliter la transmission d'informations pertinentes, contribuer à une approche holistique de la prise en charge des usagers, et favoriser une intégration harmonieuse des aides techniques dans le quotidien des personnes concernées. Pour renforcer ces liens, les équipes doivent aller à la rencontre de ces professionnels et les informer sur les spécificités de l'approche et des services proposés.



Bibliographie

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

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

Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. 2021 Jul.

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

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

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

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

Hasson H 2010 [Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care](#). *Implement Sci*. Sep 3;5:67. doi: 10.1186/1748-5908-5-67

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

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

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

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

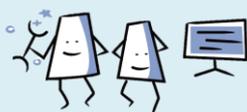
Ministère des solidarités et de la santé drees, Caisse nationale de l'assurance maladie 2018. Note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018);

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

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

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

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



Annexe 1 : Structure porteuse et ancienneté sur le territoire

Département	Nom de l'EqLAAT	Type de structure porteuse	Ancienneté
87	APF Nouvelle Aquitaine	Assoc gestionnaire ESMS	98 ans
16	Ardevie	SSR	4 ans (EMR), CSSR 31 ans
6	Cap azur santé	DAC	20 ans
59	CD 59	Collectivité (Conseil départemental)	18 ans
76	Ressources-Normandie-Seine-Maritimes	Collectivité (Conseil départemental)	60 ans
76	Centre ressource Normandie-Lorraine DV	Association gestionnaire ESMS	3 ans
67	CEPS-CICAT 67	CICAT associatif	36 ans
36	CH Issoudun	SSR	40 ans
72	CICAT Pays de la Loire	CICAT associatif	24 ans
13	CREEDAT	CICAT associatif	37 ans
971	CRICAT-APF 971	CRICAT associatif	23 ans
86	DIAPASOM	Associatif	25 ans
77	ESCAVIE - CRAMIF	CRAMIF – CICAT	30 ans
57	Fondation Bompard- CICAT Lorraine	CICAT associatif	59 ans
12	Fondation OPTEO	Co portage assoc gestionnaire ESMS + SAAD	2 ans
30	Gard'et autonomie	Association	3,5 ans
33	GIHP Aquitaine	CICAT associatif	33 ans
59	Hacavie	CICAT associatif	35 ans
974	IRSAM	Assoc gestionnaire ESMS	15 ans
34	L'ETAPE	CICAT porté par une collectivité	14 ans
63	MDPH 63	MDPH-collectivité	18 ans
90	Territoire de Belfort	Collectivité	Non-con nue
20	Union des Mutuelles de Corse	Mutualité	1,5 ans
22 + 56	VYV Bretagne	Mutualité - SSR + CICAT	25 ans

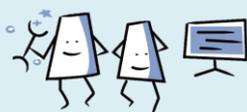


Annexe 2 : Incapacités rencontrées par les personnes accompagnées

Tâches	Personnes en incapacité	N	VM
Tâches et exigences générale, relation avec autrui	2396	7 358	404
Mobilité, manipulation	6057	7342	420
Marcher	5704	7314	448
Se déplacer dans le logement, à l'extérieur	6264	7322	440
Entretien personnel	4971	7314	448
Se laver	5375	7333	429
Assurer l'élimination et utiliser les toilettes	3511	7332	430
S'habiller / se déshabiller	4188	7333	429
Prendre ses repas	2772	7333	429
Communication	2553	7317	445
Parler	1412	7320	427
Entendre	1276	7331	431
Voir	1881	7332	430
Utiliser les appareils et techniques de communication	2717	7331	431
Vie domestique et vie courante	5841	7332	430
Application des connaissances et apprentissages	2033	7329	433
Tâches et exigences en relation avec la scolarité ou au travail	867	7328	434

Annexe 3 : Aides techniques testées vs aides techniques essayées par équipe

Equipes	Nombre moyen d'aides techniques testées	Nombre moyen d'aides techniques essayées
1	0,26	3
2	0,13	2,29
3	0,05	1,51
4	1,71	2,52
5	0,17	1,11
6	0,17	1,77
7	1,08	1,7
8	0,13	1,75
9	0,49	4,54
10	0,21	3,17
11	0,03	1,96
12	0,05	0,23
13	0,42	1,55
14	1,05	1,01
15	0,92	1,31
16	0,06	1,09
17	0,31	3,08
18	0,12	1,45
19	0,06	1,56
20	2,35	4,42
21	0,39	1,92
22	1,05	1,47
23	0,16	2,67
24	0,16	0,88



Annexe 4 : Moyens mobilisés pour la réalisation des essais par équipe

Equipes	Autres	Déjà présent au domicile de l'utilisateur	Location	Parc d'AT déjà existant de l'équipe	Prêt par fabricant	Prêt par partenaire non commercial	Prêt par revendeur	Achat par équipe ad-hoc
1	8	10	11	111	6	192	169	0
2	6	4	1	46	25	3	66	0
3	10	5	2	7	1	1	89	0
4	6	29	0	515	15	1	43	0
5	1	2	1	18	1	0	13	0
6	10	4	0	43	12	4	219	0
7	10	7	8	31	18	4	154	0
8	6	5	0	58	7	8	89	2
9	11	58	6	364	7	1	38	0
10	2	1	1	179	10	0	34	1
11	3	8	0	51	2	0	11	0
12	0	1	0	14	0	1	18	0
13	4	4	2	3	8	7	37	0
14	2	8	2	213	18	0	68	1
15	24	35	0	113	0	2	5	1
16	5	7	5	130	2	3	26	0
17	10	3	2	75	6	6	195	1
18	4	13	6	189	23	2	130	0
19	2	13	1	88	1	2	21	0
20	1	1	1	30	1	0	7	0
21	3	0	1	8	0	1	68	0
22	7	3	12	70	5	0	50	0
23	5	3	1	553	12	0	78	0
24	0	9	0	26	3	2	28	0



Annexe 5 : questionnaire du mini-zarit modifié

○ Avant les premiers accompagnements proposés

Nous aimerions dans cette section évaluer la "charge mentale" que vous avez ressentie en tant qu'aidant dans l'accompagnement quotidien de votre proche avant l'accompagnement de l'EqLAAT

- Le fait de vous occuper de votre proche entraînait-il des difficultés dans votre vie familiale (fratrie, couple) ?
- Le fait de vous occuper de votre proche entraînait-il des difficultés dans vos relations avec vos amis, loisirs, sorties ou votre travail ?
- Le fait de vous occuper de votre proche entraînait-il un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?
- Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche ?
- Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre proche ?
- Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche (poids, tensions, irritations, gêne) ?
- Votre proche a-t-il reçu son aide technique ?

○ Depuis l'accompagnement de l'EqLAAT, les premiers effets ?

Nous aimerions dans cette section évaluer la "charge mentale" que vous avez ressentie en tant qu'aidant dans l'accompagnement quotidien de votre proche depuis l'accompagnement de l'EqLAAT

- Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il des difficultés dans votre vie familiale (fratrie, couple) ?
- Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il des difficultés dans vos relations avec vos amis, loisirs, sorties ou votre travail ?
- Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?
- Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?
- Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche ?
- Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre proche ?
- Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche (poids, tensions, irritations, gêne) ? »



Annexe 6 : Charges indirectes par forfait d'accompagnement et par équipes (Tableau 1 : cadre du forfait de 10h ; Tableau 2 : cadre du forfait de 15h)

Equipes	Temps réel passé (forfait 15h)	Effectif réalisable par an (Base 1300h)	ETP mobilisés						Coordination et pilotage			Frais de gestion						Total charges indirectes	
			ETP Ergoris	ETP Secréariat	ETP Chef de service	ETP Assistant RH	ETP Responsable	ETP Directeur	Frais Secréariat	Frais Chef de service	Total	Frais Assistant RH	Frais Responsable	Frais Directeur	Frais (hors transport)	Frais variables	Frais fixes		Total
1	10,5	371	3	1	1	0,2	0,1	0,1	87,97 €	175,01 €	262,98 €	28,04 €	14,34 €	27,29 €	69,67 €	20,46 €	1,67 €	91,90 €	354,78 €
2	10,25	152	1,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	64,41 €	42,71 €	107,12 €	102,66 €	34,99 €	66,59 €	204,24 €	19,97 €	4,07 €	228,29 €	335,41 €
3	13,75	331	3,5	0,2	0,7	0,03	0,1	0,1	19,75 €	137,51 €	157,26 €	4,72 €	16,09 €	30,63 €	51,44 €	26,79 €	1,87 €	80,11 €	237,37 €
4	10,75	580	4,8	1	1	0,3	0,2	0,25	56,29 €	111,99 €	168,28 €	26,92 €	18,35 €	43,65 €	88,92 €	20,95 €	1,07 €	110,93 €	279,21 €
5	10	130	1	0,5	0	0	0	0,1	125,68 €	-	125,68 €	-	40,97 €	77,96 €	118,93 €	19,48 €	4,77 €	143,16 €	268,86 €
6	12	390	3,6	0,8	1	0,3	0,2	0,1	67,03 €	166,68 €	233,70 €	40,06 €	27,31 €	25,99 €	93,36 €	23,38 €	1,59 €	118,33 €	352,04 €
7	9,5	411	3	0	1	0,0	0,1	0,1	0,00 €	158,34 €	158,34 €	38,06 €	12,97 €	24,69 €	75,72 €	18,51 €	1,51 €	95,74 €	254,08 €
8	10,75	242	2	1	1	0,3	0,1	0,1	135,10 €	268,77 €	403,87 €	64,60 €	22,02 €	41,91 €	128,52 €	20,95 €	2,56 €	152,03 €	555,90 €
9	12,25	478	4,5	1	0,1	0,3	0,1	0,1	68,42 €	13,61 €	82,04 €	32,72 €	11,19 €	21,22 €	65,09 €	23,87 €	1,30 €	90,26 €	172,30 €
10	9,75	267	2	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	61,27 €	73,13 €	134,40 €	58,59 €	19,97 €	38,01 €	116,57 €	19,00 €	2,33 €	137,89 €	272,29 €
11	11,5	181	1,6	0,5	1	0,3	0,1	0,1	90,33 €	359,40 €	449,73 €	86,38 €	29,44 €	56,04 €	171,86 €	22,41 €	3,43 €	197,70 €	647,43 €
12	9,25	176	1,25	0	0,25	0	0	0,5	0,00 €	92,51 €	92,51 €	-	-	288,48 €	288,48 €	18,02 €	3,53 €	310,02 €	402,52 €
13	12,63	237	2,3	0,5	1	0	0	1	69,01 €	274,58 €	343,60 €	-	-	428,12 €	24,61 €	2,62 €	456,35 €	798,94 €	
14	9,25	422	3	1	0,5	0,3	0,1	0,1	77,50 €	77,09 €	154,59 €	37,06 €	12,63 €	24,04 €	73,73 €	18,02 €	1,47 €	93,22 €	247,81 €
15	15	130	1,5	1	1	0,3	0,1	0,1	251,35 €	600,03 €	751,38 €	120,18 €	40,97 €	77,96 €	239,11 €	29,23 €	4,77 €	273,11 €	1 024,49 €
16	13,5	241	2,5	0	1	0,3	0,1	0,1	0,00 €	270,02 €	270,02 €	64,90 €	22,12 €	42,10 €	128,12 €	26,30 €	2,58 €	158,00 €	428,02 €
17	11,5	475	4,2	0,5	0,7	0,1	0,1	0,1	34,41 €	95,84 €	130,25 €	10,97 €	11,22 €	21,35 €	43,53 €	22,41 €	1,31 €	67,25 €	197,50 €
19	12,08	269	2,5	0,5	0,5	0,15	0,15	0,1	60,73 €	120,81 €	181,53 €	29,04 €	29,69 €	37,67 €	96,40 €	23,54 €	2,30 €	122,24 €	303,78 €
20	14,5	112	1,25	1	1	0,5	0,3	0,1	291,57 €	680,04 €	871,61 €	232,36 €	142,56 €	90,44 €	465,36 €	28,25 €	5,53 €	499,14 €	1 370,75 €
21	16,5	134	1,7	1	1	0,3	0,1	0,1	243,96 €	485,32 €	729,29 €	116,65 €	38,76 €	75,67 €	232,08 €	32,15 €	4,63 €	268,86 €	988,14 €
22	14	232	2,5	0,5	1	0,3	0,1	0,1	70,38 €	280,02 €	350,40 €	67,30 €	22,94 €	43,66 €	133,90 €	27,28 €	2,67 €	163,86 €	514,25 €
23	7,86	645	3,8	0,6	0,4	0,1	0,1	0,1	30,40 €	40,32 €	70,72 €	8,08 €	8,26 €	15,72 €	32,05 €	14,93 €	0,96 €	47,94 €	118,65 €
24	11	236	2	1	1	0,3	0,1	0,1	138,24 €	275,02 €	413,26 €	66,10 €	22,53 €	42,88 €	131,51 €	21,43 €	2,62 €	155,57 €	568,83 €



Equipes	Temps réel passé (forfait 15h)	Effectif réalisable par an (Base 1300h)	ETP mobilisés					Coordination et pilotage			Frais de gestion						Total charges indirectes		
			ETP Ergo/TS	ETP Secrétaire	ETP Chef de service	ETP Assistant RH	ETP Responsable	ETP Directeur	Frais Secrétaire	Frais Chef de service	Total	Frais Assistant RH	Frais Responsable	Frais Directeur	Frais fixes (hors transport)	Frais variables		Frais fixes	Total
1	15,5	252	3	1	1	0,2	0,1	0,1	129,87€	258,35€	388,22€	41,40€	21,17€	40,28€	102,84€	30,20€	2,46€	135,51€	523,72€
2	16,5	79	1,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	103,68€	68,75€	172,44€	165,25€	56,33€	107,20€	328,78€	32,15€	6,56€	367,49€	539,93€
3	18,5	246	3,5	0,2	0,7	0,03	0,1	0,1	26,57€	185,01€	211,58€	6,35€	21,65€	41,21€	69,22€	36,05€	2,52€	107,78€	319,37€
4	16,25	544	4,8	1	1	0,3	0,2	0,25	85,09€	169,28€	254,38€	40,69€	27,74€	65,98€	134,41€	31,66€	1,61€	167,69€	422,06€
5	15	173	1	0,5	0	0	0,1	0,1	188,52€	-	188,52€	-	61,45€	116,94€	178,39€	29,23€	7,15€	214,77€	403,29€
6	17	275	3,6	0,8	1	0,3	0,2	0,1	94,96€	236,13€	331,09€	56,75€	38,69€	36,82€	132,26€	33,12€	2,25€	167,64€	498,72€
7	14,5	269	3	0	1	0,3	0,1	0,1	0,00€	241,68€	241,68€	58,09€	19,80€	37,68€	115,57€	28,25€	2,31€	146,13€	397,81€
8	16,25	160	2	1	1	0,3	0,1	0,1	204,23€	406,28€	610,50€	97,65€	33,29€	63,35€	194,28€	31,66€	3,88€	228,82€	840,32€
9	17,25	339	4,5	1	0,1	0,3	0,1	0,1	96,35€	19,17€	115,52€	46,07€	15,70€	29,89€	91,66€	33,61€	1,83€	127,10€	242,82€
10	15,25	213	2	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	95,83€	114,38€	210,21€	91,64€	31,24€	59,45€	182,32€	29,71€	3,64€	216,67€	425,89€
11	16,5	252	1,6	0,5	1	0,3	0,1	0,1	129,60€	515,66€	645,26€	123,94€	42,25€	80,40€	246,59€	32,15€	4,92€	283,65€	928,82€
12	14,25	114	1,25	0	0,25	0	0	0,5	0,00€	142,51€	142,51€	-	-	444,39€	444,39€	27,77€	5,44€	477,59€	620,10€
13	17	176	2,3	0,5	1	0	0	1	92,89€	369,59€	462,48€	-	-	576,25€	576,25€	33,12€	3,53€	612,90€	1 075,38€
14	14,25	274	3	1	0,5	0,3	0,1	0,1	119,39€	118,76€	238,15€	57,09€	19,46€	37,03€	113,58€	27,77€	2,27€	143,61€	391,76€
15	20	98	1,5	1	1	0,3	0,1	0,1	335,14€	666,71€	1 001,85€	160,25€	54,62€	103,95€	318,82€	38,97€	6,36€	364,15€	1 365,99€
16	18	181	2,5	0	1	0,3	0,1	0,1	0,00€	360,02€	360,02€	86,53€	29,50€	56,13€	172,16€	35,07€	3,45€	210,67€	570,89€
17	16,5	331	4,2	0,5	0,7	0,1	0,1	0,1	49,37€	137,51€	186,88€	15,74€	16,09€	30,63€	62,46€	32,15€	1,87€	96,48€	283,37€
19	15,08	259	2,5	0,5	0,5	0,15	0,15	0,1	75,81€	150,81€	226,62€	36,25€	37,07€	47,03€	120,34€	29,38€	2,88€	152,60€	379,22€
20	24,5	80	1,25	1	1	0,5	0,3	0,1	492,65€	980,06€	1 472,71€	392,60€	240,88€	152,81€	786,29€	47,74€	9,35€	843,38€	2 316,09€
21	19	116	1,7	1	1	0,3	0,1	0,1	280,92€	568,86€	839,78€	134,32€	45,79€	87,14€	267,24€	37,02€	5,33€	309,60€	1 149,38€
22	17	191	2,5	0,5	1	0,3	0,1	0,1	85,46€	340,02€	425,48€	81,73€	27,86€	53,01€	162,60€	33,12€	3,24€	198,96€	624,45€
23	15,16	326	3,8	0,6	0,4	0,1	0,1	0,1	60,17€	79,79€	139,96€	15,98€	16,34€	31,10€	63,43€	29,54€	1,90€	94,87€	234,83€
24	16,5	158	2	1	1	0,3	0,1	0,1	207,37€	412,53€	619,89€	99,15€	33,80€	64,32€	197,27€	32,15€	3,93€	233,35€	853,25€

