



**Des aides techniques
pour l'autonomie des
personnes en situation
de handicap ou âgées :
Une réforme structurelle
indispensable**



Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier

Octobre 2020

Crédits photo

Photos de couverture :

- Guide ligne : vyv3, Pays de Loire
- Antoine : N. Deneuve, IEM APF France handicap, Liévin
- Salle de bains ET téléphone adapté : CICAT, GIHP Aquitaine
- Baignade : CRICAT et SAVS AGSPH de Guadeloupe
- Transports en commun : Bénédite Topuz, pour la CNSA

Photos dans les pages du rapport :

- Encadré CICAT : l'Étape, pôle Autonomie Santé, 34
- Travail en braille : Fédération des aveugles de France.
- Lisa : vyv3, Pays de Loire

Préalable

Lors de la rédaction du rapport, une grande vigilance a été portée à son accessibilité. Par exemple, le texte est en police sans empattement et aligné à gauche. Des alternatives textuelles sont prévues pour les images et schémas. La synthèse est rédigée selon les règles de la communication pour tous. Les points essentiels sont proposés en facile à lire et à comprendre est disponible en fin du rapport. Nous remercions les lecteurs de leur compréhension pour les points qui auraient échappé à notre attention.

La lettre de mission a été mise en accessibilité avec le concours de la Fédération des aveugles et amblyopes de France que nous remercions.



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
SECRETARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les Ministres

Paris, le 5. 12. 2019

N/réf. : D-19-030630

Monsieur,

Il nous faut considérer aujourd'hui les aides techniques¹ comme des accélérateurs de l'autonomie des personnes, pour la développer mais aussi la reconquérir. Ces aides permettent aux personnes en situation de handicap d'avoir accès à leurs droits fondamentaux : pouvoir se déplacer, communiquer, s'alimenter, être scolarisé, poursuivre des études, vivre chez soi, être embauché.... autrement dit, être et rester les acteurs de leur vie.

Les aides techniques ne sont pas des options, des « plus » dans la vie des personnes en situation de handicap, mais bien des éléments incontournables de leur vie, parfois même des prolongements de leur propre corps.

Les progrès technologiques, qui pourtant constituent une source d'amélioration rapide et continue de leur quotidien, ne sont pas toujours pleinement accessibles aux personnes en situation de handicap. En 2019, accéder à une aide technique adaptée à leur besoin relève d'un parcours du combattant pour un grand nombre de citoyens. Les personnes en situation de handicap bénéficient encore trop souvent de façon tardive de ces aides, souvent 18 mois après leur demande initiale, et ces dernières ne correspondent pas toujours très bien à leurs besoins et leurs usages, ce qui explique la non utilisation d'un nombre important d'aides techniques pourtant prescrites par des professionnels. Enfin le coût restant à leur charge peut constituer un frein dans leur acquisition.

Docteur Philippe DENORMANDIE
185 rue de Bercy
75012 PARIS

¹ Les aides munériques sont incluses dans les aides techniques

L'absence d'organisation cohérente, lisible et efficace d'accès aux aides techniques sur l'ensemble du territoire est mise en avant à la fois par les personnes, par de nombreux professionnels et les pouvoirs publics. Ainsi que l'a souligné le rapport d'Adrien Taquet et de Jean-François Serres « Plus simple la vie », le parcours utilisateur est semé d'embûches qui nuisent autant à la qualité du service rendu aux personnes qu'à la satisfaction des professionnels de l'accompagnement (personnels des maisons départementales des personnes handicapées, ergothérapeutes, assistants sociaux...). Ce constat, vous l'avez aussi partagé dans le cadre du rapport de juillet 2018 que vous avez élaboré avec Marianne CORNU-PAUCHET, soulignant également le manque de cohérence entre les différents modes de prise en charge reposant sur des acteurs différents, qu'il s'agisse de l'assurance maladie d'une part ou des départements à travers la prestation de compensation du handicap d'autre part, sans que cette ligne de partage ne soit pleinement explicitée et permette aux personnes une anticipation et une compréhension suffisantes.

Alors que tous les jours des innovations naissent permettant de compenser le handicap des personnes, il est urgent de permettre à chaque personne en situation de handicap, quel que soit son lieu d'habitation, d'accéder à des aides techniques les plus adaptées à ses besoins.

Cet axe d'amélioration a été acté par le Comité interministériel du Handicap du 25 octobre 2018 et repris le 3 décembre 2018 lors du lancement de la mobilisation « Tous concernés, Tous engagés » - Conférence Nationale du Handicap 2019. Les travaux préparatoires à cette conférence ont d'ailleurs mis en lumière le besoin de revoir notre modèle sur les aides techniques, notamment au sein de deux chantiers majeurs portant sur l'évolution de la PCH et le fonctionnement des MDPH.

*

Dans la continuité de vos précédents travaux et fort de ce contexte, nous souhaitons que vous meniez une concertation d'ensemble pour améliorer significativement les conditions d'accès et d'usage des aides techniques favorisant l'autonomie des personnes en situation de handicap.

En repartant des organisations actuelles et des expertises déjà produites, il s'agira de caractériser clairement les aides techniques (aides techniques /dispositifs médicaux, périmètre d'engagement des pouvoirs publics), de proposer un nouvel écosystème plus agile et souple qui permette à la fois l'accès à l'aide technique adaptée à l'usage de la personne, quel que soit son âge, dans un délai court et l'amélioration de la prise en charge financière des aides techniques en incluant tous les modes d'accès (acquisition neuf, reconditionné, mise à disposition, location..).

Le système proposé devra satisfaire le défi de son adaptation au rythme et à la richesse des projets innovants dans le champ du handicap, en lien avec les recherches universitaires et industrielles, et en s'appuyant sur un dispositif d'information/référencement rénové de ces aides techniques.

Le système proposé devra enfin dépasser le modèle d'une économie linéaire pour favoriser une économie circulaire, garante d'une approche plus «écologique» de la production, distribution et consommation des aides, tout en garantissant les meilleurs standards de qualité et s'appuyant une responsabilité clairement définie entre les différents acteurs. A ce titre, la mission devra examiner l'intérêt et, le cas échéant, les modalités pratiques de la mise en œuvre de la responsabilité élargie des producteurs d'aides techniques, telle que figurant dans le projet de loi « anti-gaspillage ».

Les propositions devront en outre être articulées avec les ambitions portées sur le champ des aides techniques pas d'autres politiques ministérielles, telles que par exemple celles du sport et des armées. Elles devront aussi être en cohérence avec les innovations portées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, notamment s'agissant des fauteuils roulants. La mission pourra en outre utilement s'appuyer sur les expériences type Technicothèques, Aidotec ou Adaptech développées sur certains territoires.

La conception du système cible se nourrira des pratiques ou expériences étrangères, qui sont aujourd'hui par endroit très éloignées en termes de modèle de ce que nous avons construit.

Vous veillerez à identifier les indicateurs clés permettant de mesurer l'impact réel des propositions sur la vie des personnes en situation de handicap.

Les propositions de votre groupe de travail porteront également sur la gouvernance nationale et territoriale à mettre en place sur ce sujet.

Enfin, les réflexions devront préciser les zones de convergence utiles ou nécessaires entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes.

*

Cette ambitieuse mission devra intégrer des acteurs en situation de handicap afin que ce nouvel écosystème réponde à leurs attentes et puissent trouver des traductions concrètes rapidement dans leur quotidien, la France ayant pris un retard certain dans ce champ.

Une gouvernance stratégique, associant les différentes parties prenantes (associations, professionnels, industriels, revendeurs, distributeurs, financeurs...) et s'appuyant sur différents focus groupes, sera mise en place afin que ce nouvel écosystème permette à chaque acteur d'y participer et de mutualiser leurs efforts pour atteindre l'objectif visé.

La mission devra en outre trouver les voies d'un dialogue de qualité et de confiance avec les conseils départementaux, très largement intéressés à cette question.

Vous serez soutenu par une task force composée du secrétariat général du Comité interministériel handicap, des principales administrations centrales du ministère des solidarités et de la santé (notamment DGCS, DGOS, DSS), et d'autres structures directement intéressées (CNSA, CNAM, Haute autorité de santé).

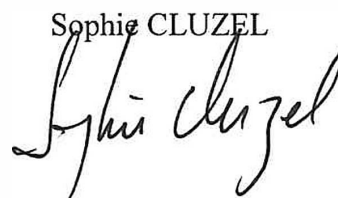
*

L'ensemble de vos conclusions sont attendues pour septembre 2020, sachant que ce calendrier devra être précisé par le travail initial de cadrage et de programmation des travaux de la mission qu'il vous reviendra d'instruire en lien avec les acteurs. Dans cette organisation, il faudra d'une part veiller à identifier les leviers d'une amélioration à court terme de l'accès et l'usage des aides techniques, et d'autre part voir quels sont les scénarios de transformation dont la mise en œuvre s'inscrit sur un temps plus long. Les échéances devront enfin prendre en compte le calendrier du projet de loi autonomie, qui pourra être support d'évolutions législatives.

Agnès BUZYN



Sophie CLUZEL



1. Proposer une organisation cible du parcours utilisateur du demandeur d'aide technique et numérique en situation de handicap, déclinable sur les territoires.

Les grands axes à interroger sont notamment :

- la bonne information des professionnels sur les aides existantes et sur les techniques de réadaptation et de compensation au-delà du « simple choix » d'un matériel, dans un contexte où l'innovation va vite et où les données probantes sur les pratiques sont rares ;
- l'évaluation pour toute personne, accompagnée ou non dans le secteur sanitaire ou médico-social, de ses besoins (aides techniques et numériques en lien avec les aides humaines) avec la possibilité de s'assurer que l'outil est celui qui est adapté à la demande en l'essayant, dans les lieux et contextes futurs d'utilisation, avant l'accès pérenne, et dans ce cadre, s'interroger sur les aides techniques prescrites non utilisées et celles qui devraient l'être davantage.
- la possibilité pour toute personne, accompagnée ou non dans le secteur sanitaire ou médico-social, de bénéficier, par un accompagnement de proximité, de conseils, d'aide à la prise en main et de formation pour elle et son entourage avant et après l'accès à l'aide technique ;
- La possibilité pour les personnes d'avoir accès à des solutions souples, permettant de répondre à des besoins temporaires et permettant le droit à l'erreur, pour l'ensemble des aides techniques y compris les aides techniques innovantes et onéreuses ;
- la prise en compte des ressources des établissements et services médico-sociaux et de l'expertise de leurs professionnels, dans l'évaluation des besoins et l'aide à la prise en main des personnes qu'ils accompagnent ;
- les conditions pour un maillage géographique des structures et compétences permettant l'équité d'accès des personnes aux aides techniques sur l'ensemble du territoire ;
- la lisibilité sur les conditions d'accès aux aides techniques, ainsi que l'aide au montage du dossier afin de bénéficier facilement de toutes les aides financières.

2. Il s'agira également d'envisager les conditions actuelles de leur accessibilité financière en lien avec les travaux en cours sur le sujet menés par la DSS.

Les grands axes à porter dans ce cadre sont :

- L'évolution de la LPPR en lien avec l'évolution de la PCH afin de donner davantage de cohérence à ces dispositifs, qu'ils soient plus lisibles et accessibles aux citoyens, plus simples ;
- La limitation du reste à charge encore trop important pour les personnes ;
- L'organisation d'une économie circulaire des aides techniques et la définition des possibilités d'accès aux aides reconditionnées et de modes de mise à disposition basés sur le droit d'usage comme cela est pratiqué au Québec ou dans les pays scandinaves par exemple.

3. Il importera également de s'interroger sur **la mise en place d'un dispositif national d'information sur les aides techniques**, pouvant inclure un référencement de celles-ci, pour tirer à bon délai tous les bénéfices de l'innovation. Concernant les aides techniques et numériques ne figurant pas sur la liste LPPR, il importe de définir les conditions d'un référencement souple et ne freinant pas l'innovation afin que les personnes, les professionnels, les start-up mais également les MDPH et tout acteur intéressé sur le sujet puisse tirer profit des avancées technologiques, nombreuses sur le champ du handicap.

Enfin, en complément des informations sur les matériels, un travail reste à faire sur l'accompagnement le plus indiqué et le plus efficace pour améliorer la qualité de vie des personnes par l'utilisation des aides techniques. **La construction de données probantes** permettrait à la fois de guider les professionnels dans leur accompagnement quotidien et les financeurs dans la mise en place et le pilotage des actions.

Introduction

« Il nous faut considérer aujourd'hui les aides techniques comme des accélérateurs de l'autonomie des personnes, pour la développer mais aussi la reconquérir »

C'est en ces termes que mesdames la ministre de la Santé et la secrétaire d'État aux personnes handicapées débutent leur lettre pour cette mission nationale sur les aides techniques. Ces mots ont sous-tendu les travaux, non seulement par la préoccupation de répondre à la commande, mais aussi parce que la plupart des parties prenantes rencontrées partagent un même constat : le levier des aides techniques n'est pas utilisé, aujourd'hui en France, à la hauteur de ce qu'il pourrait être. Trop de temps et d'efforts sont aujourd'hui tournés vers l'accès financier au matériel ou logiciel, dans des conditions parfois peu aidantes, au détriment d'une approche centrée sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes. À cela se rajoute un regard trop souvent négatif sur l'objet qui matérialise la difficulté à faire et stigmatise en négligeant l'impact positif de l'utilisation des aides techniques sur l'autonomie et la participation sociale des personnes.

En effet, à l'inverse de nombreux pays européens dont les pays scandinaves, la politique actuelle des aides techniques en France est centrée sur le financement de l'accès à la propriété des matériels et logiciels dans une vision palliative. Elle ne permet pas ou peu de souplesse dans l'adaptation ou le changement des aides techniques en fonction de l'évolution des besoins et ne traite pas, ou alors à la marge et de façon très inégalitaire, de l'accompagnement professionnel permettant d'optimiser les chances de la personne dans son projet, et ce le plus tôt possible.

Ainsi, il est nécessaire de mettre en place une politique globale permettant à la personne :

- D'être informée sur les aides techniques existantes et sur l'accès aux services et financements,
- D'être accompagnée dans la découverte, l'acceptabilité, l'apprentissage, l'accoutumance à l'aide technique, en associant autant que nécessaire ses proches aidants et les professionnels qui interviennent au quotidien,
- D'être accompagnée dans l'évolution de son corps, dans l'amélioration ou l'aggravation de ses déficiences et capacités (croissance, vieillissement, évolution d'une maladie ou pathologies intercurrentes...),
- D'être accompagnée dans les évolutions de ses besoins, ses attentes, ses activités sociales, éducatives, professionnelles, de son environnement... tout au long de sa vie, comme par exemple dans la parentalité,
- D'avoir des aides techniques permettant une utilisation aisée par la qualité des matériels, la qualité de l'entretien réalisé et la qualité et la réactivité des services lors des réparations en cas de panne.

Pour être mise en place et rester efficace à terme, cette politique doit être pilotée tant à l'échelon local que national.

L'ambition défendue est de passer d'une approche des aides techniques financière et palliative à une approche d'accompagnement dans une vision émancipatrice pour faire de ce levier un axe fort de la politique de soutien à l'autonomie des personnes, quel que soit leur âge.

Table des matières

Introduction	1
Synthèse des travaux	7
Résumé du rapport accessible à tous	7
5 axes, 17 orientations, 54 propositions concrètes.....	26
Contexte de la mission et modalités de travail	28
Périmètre des aides techniques et des propositions	29
1. Les constats	33
1.1. Des difficultés réelles pour les personnes : des réponses manquantes ou inadaptées	34
1.1.1. De multiples inégalités	34
1.1.2. Un manque d'accompagnement à l'origine d'inadaptations et de sous-utilisation fréquentes des aides techniques	38
1.1.3. Un accès aux aides techniques trop long et complexe	46
1.1.4. Des restes à charges trop importants et imprévisibles.....	52
1.1.5. Des réponses du secteur marchand pas toujours adaptées et de qualité variable 59	
1.2. Un secteur marchand difficile à appréhender et qui ne répond pas toujours à l'évolution des besoins et attentes	61
1.2.1. Des PSMD avec des missions peu définies, et offrant des prestations de qualité variable et dans un ensemble qui reste opaque	61
1.2.2. Un modèle dominant en France basé sur l'achat d'aides techniques neuves et non sur l'usage	69
1.2.3. Une filière française peu puissante.....	74
1.3. Un modèle et des politiques inadaptées et insuffisantes	79
1.3.1. Un système manquant de pilotage	80
1.3.2. Des financements en silo et pas actualisés régulièrement, mais des avancées récentes 81	
1.3.3. Un manque de données de pilotage.....	85
1.3.4. Des dépenses publiques significatives pour l'achat et la location d'aides techniques pour les particuliers	90

2. Les propositions.....	97
2.1. Axe 1 : Renforcer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes ..	98
2.1.1. Formaliser et encadrer l'évaluation et l'accompagnement	98
2.1.2. Structurer l'offre d'évaluation et d'accompagnement et pérenniser son financement pour garantir à chaque personne l'accès à des compétences actuelles et adaptées à sa situation.....	106
2.1.3. Fournir une information fiable au niveau national et la rendre visible dans les territoires	112
2.2. Axe 2 : Faire évoluer le dispositif de financement.....	116
2.2.1. Passer d'une logique d'achat à une logique d'usage des aides techniques...	117
2.2.2. Faire de l'assurance maladie le financeur unique des AT « éprouvées », en faisant évoluer en conséquence la LPPR et les modalités de tarification.....	119
2.2.3. Faire évoluer en conséquence la PCH, et assurer la cohérence avec les évolutions de l'APA	124
2.2.4. Réduire le reste à charge de l'utilisateur après les prises en charge légales et contractuelles et systématiser le tiers payant	128
2.2.5. Préciser le périmètre des missions sur les aides techniques des établissements et services médico-sociaux	132
2.3. Axe 3 : Garantir une bonne qualité des matériels et une meilleure qualité de service dans la distribution des aides techniques.....	136
2.3.1. Engager une démarche de certification industrielle des prestataires de services afin de doter le territoire d'une offre de services homogène, de qualité et de proximité 136	
2.3.2. Promouvoir l'économie circulaire de qualité respectueuse s'appuyant sur des normes réglementaires opposables et structurer une filière pour améliorer la souplesse des réponses aux besoins, à domicile et en établissement	141
2.3.3. Promouvoir une filière française qualitative et durable pour la fabrication des aides techniques	147
2.4. Axe 4 : Améliorer la gouvernance sur le sujet des aides techniques	149
2.4.1. Au niveau national : renforcer le portage du sujet AT, et en faire une « brique » forte de la politique d'autonomie.....	149
2.4.2. Préciser les compétences et ambitions de la gouvernance territoriale : en intégrant les aides techniques dans le champ de compétence de la gouvernance locale de l'autonomie.....	153
2.4.3. Assurer l'implication des personnes dans la gouvernance à tous les niveaux 155	
2.5. Axe 5 : Se saisir du levier innovation et développer la connaissance et la recherche sur le sujet des aides techniques	158
2.5.1. Stimuler la création de connaissances utiles aux différents acteurs et assurer leur appropriation	158
2.5.2. Accompagner l'innovation organisationnelle et technologique.....	162
2.5.3. Coordonner, promouvoir la recherche : création d'une Handy-Valley	164

Conclusion	167
L'essentiel du rapport en facile à lire et comprendre.....	175
Annexes.....	195
Annexe 1 : liste des personnes rencontrées	195
Annexe 2 : littérature et rapports.....	201
Annexe 3 : synthèse de propositions, liste des encadrés	203
Annexe 4 : accès aux aides techniques ou services d'aides techniques : quels enseignements retirer des travaux et modèles étrangers ?	210
Annexe 5 : repères chiffrés sur le financement des aides techniques	221
Annexe 6 : Résultats d'une enquête faite en 2019 auprès des professionnels de MDPH.....	239
Annexe 7 : évaluation des besoins et accompagnement des personnes : pistes des réflexions	247
Annexe 8 : Proposition de critères et d'indicateurs de pilotage	252
Glossaire/liste des acronymes.....	253

Synthèse des travaux

Considérer aujourd'hui les aides techniques comme des accélérateurs de l'autonomie des personnes, pour la développer, mais aussi la reconquérir, telle est la commande et l'ambition de ce rapport

Un travail étroit avec les associations, les professionnels, les prestataires, les industriels et les administrations nous ont permis, collectivement, de réaliser un constat objectif et partagé des nombreux dysfonctionnements actuels qui limitent l'accès et l'utilisation des aides techniques aussi bien pour les personnes vivant avec un handicap que les personnes âgées. Pour y remédier et engager une transformation en profondeur, privilégiant l'accès à l'usage plutôt que le produit, cinq axes complémentaires et indissociables ont été identifiés. Ils se déclinent en 17 orientations, 54 propositions.

Ces propositions permettront d'offrir aux personnes vivant avec un handicap et aux personnes âgées une information et un accompagnement renforcé et de proximité, un accès simplifié, rapide et financé à des aides techniques de qualité et adaptées à leurs besoins et à l'évolution de ceux-ci pour un usage et une utilisation effective favorisant leur autonomie, leur qualité de vie et leur participation sociale.

Résumé du rapport accessible à tous

Introduction

Ce document présente les résultats d'une mission interministérielle.

La synthèse est écrite pour être accessible par de nombreuses personnes en situation de handicap ou âgées. Elle est écrite en respectant les règles de la communication pour tous¹.

À quoi sert une mission interministérielle ?

Une mission interministérielle est un travail demandé par des ministres pour trouver des solutions.

La mission est réalisée par des experts qui connaissent le sujet. Les experts font un état des lieux et des propositions pour améliorer les choses.

L'état des lieux et les propositions sont écrits dans un rapport.

Le rapport est donné aux ministres. Les ministres décident les propositions qui sont gardées ou pas.

¹ *Communiquer pour tous, guide pour une information accessible*, Cécile ALLAIRE, Julie RUEL, Santé publique France, 2018.

Certaines améliorations demandent des changements de la loi ou de la réglementation. Certaines améliorations peuvent être faites sans changement de la loi. Certaines améliorations ne peuvent pas être faites ou pas tout de suite.

De quoi parle cette mission interministérielle ?

Cette mission porte sur les aides techniques pour les personnes en situation de handicap ou âgées.

Quelles sont les personnes concernées ?

La mission concerne toutes les personnes en situation de handicap ou âgées :

- Les personnes avec des troubles moteurs ;
- Les personnes avec des troubles visuels ou auditifs ;
- Les personnes avec des troubles cognitifs, intellectuels ou psychiques ;
- Les personnes ayant des conséquences graves d'une maladie ;
- Les personnes polyhandicapées.

Les personnes en situation de handicap ou âgées sont aidées par des gens de leur famille ou des amis.

On appelle proches aidants les gens de la famille ou les amis qui aident les personnes en situation de handicap ou âgées.

La mission concerne aussi les proches aidants.

Pour que ce soit plus simple, le texte parle des personnes en situation de handicap ou âgées, mais à chaque fois les proches aidants sont inclus.

Quelles sont les aides techniques concernées ?

Les aides techniques sont des objets qui permettent aux personnes en situation de handicap ou âgées de faire des activités plus facilement.

Les fauteuils roulants sont les aides techniques les plus connues. Mais il existe de très nombreuses aides techniques. Il existe des aides techniques pour tous les types de handicap et pour de beaucoup d'activités comme :

- Se déplacer,
- Communiquer,
- Se laver et s'habiller,
- S'occuper d'un bébé ou d'un enfant,
- Travailler,
- Faire du sport.

Les aides techniques sont différentes des aménagements du logement et des aménagements de voitures. Les aménagements de logement demandent de faire des travaux dans le logement. La mission ne parle pas des aménagements du logement ni des aménagements de voitures.

La mission ne parle pas des lits médicalisés et des prothèses auditives.

Quelles sont les actions concernées ?

La mission a étudié toutes les actions permettant aux personnes en situation de handicap et âgées d'avoir des aides techniques et de pouvoir les utiliser.

La mission a étudié :

- L'information des personnes et l'accompagnement des personnes par des professionnels de santé ;
- Le financement des aides techniques ;
- La fabrication, la vente et la location des aides techniques ;
- Les décisions sur les actions à mettre en place et les financements ;
- La recherche et les activités pour l'innovation.

Certaines activités ont un effet direct sur les personnes en situation de handicap ou âgées.

D'autres activités ont un effet indirect sur les personnes.

Est-ce que toutes les personnes ont les mêmes chances en matière d'aides techniques ?

En France, l'accès et l'utilisation des aides techniques sont très inégaux entre les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

L'accès et l'utilisation des aides techniques sont aussi très différents en fonction des handicaps. Par exemple, c'est plus difficile pour les personnes qui ont un handicap visuel par rapport aux personnes qui ont un handicap moteur.

Les choses sont aussi inégales dans les différents lieux.

La mission a fait des propositions pour réduire les inégalités.

Par exemple, la mission propose que les actions soient faites de la même façon pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

Est-ce que les personnes sont bien informées et accompagnées sur les aides techniques ?

Il existe de nombreuses aides techniques. Certaines aides techniques sont très simples et pas chères. D'autres aides techniques sont très technologiques et très chères.

Il n'existe pas assez d'informations sur les aides techniques. La plupart de l'information sur internet est faite par les fabricants ou les vendeurs d'aides techniques. L'information faite par les fabricants et les vendeurs ne présente pas toutes les solutions.

Les personnes ne savent pas toujours qu'elles peuvent réaliser des activités plus facilement avec des aides techniques.

Les personnes peuvent choisir seules l'aide technique la plus adaptée. Mais le plus souvent, elles ont besoin de l'aide d'un professionnel de santé. Le plus souvent, les professionnels qui accompagnent les personnes sur les aides techniques sont des ergothérapeutes.

Pour bien choisir une aide technique, les personnes doivent pouvoir faire des essais.

Quand elles ont des aides techniques, les personnes peuvent avoir besoin d'aide pour les utiliser plus facilement.

Les personnes ont plusieurs difficultés pour savoir si des aides techniques peuvent les aider :

- Elles n'ont pas assez d'information sur les aides techniques ;
- Elles ne savent toujours que des aides techniques existent pour faire certaines activités ;
- Elles ne peuvent pas assez être accompagnées par des professionnels de santé pour choisir leurs aides techniques ;
- Elles ne peuvent pas assez essayer les aides techniques pour les choisir ;
- Elles ne peuvent pas assez demander de l'aide pour utiliser leurs aides techniques quand elles les ont achetées.

Toutes ces difficultés sont encore plus vraies pour les personnes âgées.

Les professionnels aussi sont mal informés sur les aides techniques.

Le manque d'accompagnement a souvent des conséquences négatives pour la personne :

- Pas de connaissance et pas d'utilisation des aides techniques ;
- Achat d'une aide technique qui n'est pas adaptée ;
- Difficulté à réaliser l'activité avec l'aide technique une fois qu'elle est achetée ;
- Abandon de l'utilisation de l'aide technique et absence de solution pour réaliser l'activité.

Quelles propositions pour mieux informer et accompagner les personnes ?

Avoir de l'information à côté de chez soi et sur internet

La mission propose d'améliorer l'information sur les aides techniques.

Il faudrait une information accessible pour tous, sur internet par exemple.

Cette information devrait être faite et diffusée pour toute la France.

Cette information porterait sur les aides techniques, mais aussi sur les lieux où se renseigner. Cette information devrait comprendre des avis d'autres personnes en situation de handicap ou âgées.

Cette information devrait être fiable pour que les personnes puissent avoir confiance dans l'information.

En plus, il faudrait avoir de l'information dans chaque département.

Les professionnels en charge de l'information dans les départements devraient répondre :

- Aux personnes en situation de handicap et âgées ;
- Aux professionnels de l'aide à domicile ;
- Aux professionnels de santé, dont les médecins généralistes ;
- Aux financeurs d'aides techniques comme les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) par exemple.

Être accompagné sur les aides techniques à côté de chez soi et par des professionnels formés

La mission a fait des propositions pour améliorer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou âgées.

Connaitre les services qui existent déjà

Tous les services qui accompagnent déjà les personnes sur les aides techniques devraient être mieux connus. Il faudrait connaître ces services et savoir combien de personnes sont accompagnées et comment elles sont accompagnées.

Avoir des services en plus

Mais ces services ne sont pas assez nombreux et importants pour accompagner toutes les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. La mission propose de créer des équipes pour accompagner les autres personnes.

Ces équipes doivent être proches des personnes. Il faut que les personnes puissent facilement venir voir les équipes et que les équipes puissent facilement venir à domicile des personnes.

En travaillant en équipe, les professionnels peuvent réfléchir ensemble aux meilleures solutions. Ils peuvent aussi se spécialiser sur des situations différentes.

Par exemple, dans une équipe, des professionnels se spécialisent sur le handicap moteur et d'autres sur le handicap visuel ou les troubles cognitifs.

Dans tous les cas, les professionnels doivent travailler avec les personnes et les proches aidants pour trouver la meilleure aide technique. C'est indispensable pour réussir la réalisation des activités avec les aides techniques.

La mission propose aussi que les professionnels soient mieux formés sur les aides techniques

Être aidé par des professionnels spécialisés

Même dans une équipe, les professionnels ne peuvent pas tout connaître.

Pour aider les professionnels à répondre aux situations compliquées, la mission propose que des équipes spécialisées soient créées et financées.

Ces équipes spécialisées devraient aider les professionnels qui sont proches des personnes. Des équipes travailleraient pour une région ou pour la France entière.

Par exemple, l'APF a un service qui aide les professionnels sur l'utilisation de l'ordinateur ou du téléphone portable. Ce service s'appelle l'APF Lab le Hub. Le travail de l'APF Lab est intéressant, mais il n'y a pas assez de professionnels pour répondre à tous les besoins. Il faudrait qu'il y ait plus de services et qu'ils soient plus importants.

Trouver facilement le bon service

Tous les services devraient être faciles à trouver pour les personnes et pour les professionnels de santé.

Par exemple, les médecins généralistes devraient pouvoir trouver facilement les équipes qui sont autour de son cabinet pour orienter les personnes vers ces équipes.

Quelle importance pour l'information et l'accompagnement des personnes ?

La mission fait des propositions pour que les personnes soient plus informées et plus accompagnées sur les aides techniques.

Mieux informer et accompagner les personnes sur les aides techniques permettrait :

- Des utilisations plus fréquentes d'aides techniques par les personnes en situation de handicap ou âgées pour réaliser leurs activités ;
- Le choix d'aides techniques plus adaptées pour les personnes en situation de handicap ou âgées ;
- La possibilité d'avoir des conseils et de l'aide à n'importe quel moment pour les personnes.

La mission pense qu'il faut commencer par améliorer l'information et l'accompagnement des personnes sur les aides techniques.

Il est important que les professionnels qui informent et accompagnent les personnes ne vendent pas d'aides techniques. Les professionnels ne peuvent pas faire les deux à la fois.

C'est la première chose à faire et c'est aussi la plus importante.

Par exemple, quand les personnes seront mieux accompagnées, ce sera plus facile pour avoir des remboursements rapides des aides techniques.

Est-ce qu'il y a des financements pour avoir des aides techniques ?

Aujourd'hui, les personnes doivent presque toujours acheter leurs aides techniques pour avoir des financements.

Il n'est pas toujours possible d'avoir des financements quand on loue des aides techniques ou quand on achète des aides techniques renouvelées.

L'assurance maladie ne rembourse pas beaucoup d'aides techniques différentes. Par exemple, l'assurance maladie rembourse des fauteuils roulants, mais ne rembourse pas des appareils pour écrire en braille.

Quand l'assurance maladie rembourse des aides techniques, elle ne rembourse pas toujours autant que la personne a dépensé. Le montant qui n'est pas remboursé s'appelle le reste à charge.

Les personnes doivent donc chercher d'autres financements ou alors payer ce qui n'est pas remboursé.

Des démarches longues et compliquées pour les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap ont parfois besoin de plusieurs aides techniques. En plus, ces aides techniques sont parfois très chères. Par exemple, les personnes myopathes ont parfois besoin d'un fauteuil roulant très cher. Ils ont aussi besoin d'aides techniques pour :

- Se laver ;
- Passer du lit au fauteuil roulant ;
- Manger ;
- Utiliser un ordinateur ou un téléphone ;
- Démarrer ou éteindre des appareils électriques.

Les personnes en situation de handicap ont parfois des restes à charges importants pour leurs aides techniques. Ils peuvent demander d'autres financements en plus de l'assurance maladie comme la prestation de compensation du handicap (PCH) à la MPDH.

Les personnes en situation de handicap doivent souvent faire de nombreuses démarches administratives. Ils doivent faire des dossiers différents dans plusieurs endroits. Avoir l'ensemble des financements est très long et compliqué.

Même avec les démarches, les personnes peuvent encore avoir un reste à charge.

Souvent les personnes en situation de handicap attendent trop longtemps pour avoir leurs aides techniques. Parfois ils abandonnent et n'achètent pas d'aide technique ou une aide technique moins adaptée.

Moins de financements pour les personnes âgées

Les personnes âgées ont moins de financements que les personnes en situation de handicap pour leurs aides techniques.

Les personnes âgées peuvent demander l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) si elles ont des difficultés. Mais l'APA ne finance pas beaucoup les aides techniques. Dans certains départements, l'APA ne rembourse pas du tout les aides techniques.

Souvent, les personnes âgées n'achètent pas les aides techniques dont elles ont besoin ou alors elles n'achètent pas les aides techniques les plus adaptées.

Elles achètent des aides techniques sans reste à charge après remboursement de l'assurance maladie.

Quelles propositions pour les financements pour les aides techniques ?

Ne plus être obligé d'acheter les aides techniques

La mission propose que les personnes puissent plus facilement louer des aides techniques ou acheter des aides techniques rénovées.

Pour cela, il faudrait que la location d'aides techniques ou l'achat d'aides techniques rénovées soient remboursés.

Quand les personnes louent, il faudrait qu'elles puissent changer d'options ou d'aide technique facilement.

Les personnes doivent pouvoir choisir si elles veulent acheter ou louer leurs aides techniques. Si elles achètent leurs aides techniques, les personnes doivent connaître les aides techniques rénovées qui existent pour choisir entre aides techniques neuves ou rénovées.

On parle d'accès à l'usage des aides techniques.

Avoir plus d'aides techniques remboursées par l'assurance maladie

Les remboursements par l'assurance maladie sont rapides et faciles à avoir.

La mission propose que l'assurance maladie rembourse plus d'aides techniques différentes.

Par exemple, l'assurance maladie devrait rembourser des aides techniques pour se laver ou pour communiquer.

Pour que des aides techniques soient remboursées par l'assurance maladie, il y a des démarches longues et compliquées pour le ministère et pour les fabricants. Les aides techniques innovantes ou rares ne peuvent pas être remboursées par l'assurance maladie. La PCH peut rembourser ces aides techniques.

Avoir les mêmes remboursements par l'APA que par la PCH

La mission propose que l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) rembourse les aides techniques comme la prestation de compensation du handicap (PCH).

Cela limiterait les inégalités entre personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Faciliter les remboursements des aides techniques innovantes et d'autres équipements par la PCH et l'APA

La mission propose que la PCH et l'APA puissent plus facilement rembourser les aides techniques qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

Il faudrait par exemple avoir des règles plus simples pour calculer le montant du remboursement en PCH et en APA.

Réduire le reste à charge

La mission propose de travailler pour limiter le reste à charge.

Par exemple, le ministère peut décider d'un prix à ne pas dépasser pour les aides techniques remboursées par l'assurance maladie. Cela s'appelle le prix limite de vente. Réglementer le prix limite de vente et le remboursement permet de réduire vraiment le reste à charge pour les personnes.

Il faudrait qu'il y ait plus d'aides techniques avec un prix limite de vente.

La mission propose aussi que des études soient faites pour mieux connaître :

- Les remboursements des mutuelles santé ;
- Le reste à charge des personnes qui doivent acheter plusieurs aides techniques.

Ne plus faire l'avance des frais

Parfois les remboursements sont directement donnés aux vendeurs des aides techniques. Cela s'appelle le tiers payant.

Le tiers payant est plus simple pour les personnes. Les personnes peuvent commander leurs aides techniques plus rapidement. Elles n'ont plus à attendre longtemps entre le moment où elles payent les aides techniques et le moment où elles ont les remboursements.

La mission propose que le tiers payant pour les aides techniques soit systématique.

Simplifier le financement des aides techniques pour les personnes vivant dans un établissement

Il est difficile de comprendre qui doit payer les aides techniques des personnes qui vivent dans un établissement médico-social.

Parfois les aides techniques sont remboursées par l'assurance maladie et la PCH. Parfois les aides techniques doivent être payées par l'établissement.

La mission propose que les choses soient plus précises pour le financement des personnes qui vivent en établissement médico-social. La mission propose que ce soit plus souvent l'assurance maladie qui rembourse les aides techniques.

Que proposent les vendeurs d'aides techniques ?

En France, les personnes sont souvent obligées d'acheter des aides techniques neuves même lorsqu'elles préféreraient louer ou acheter des aides techniques rénovées.

Si elles n'achètent pas des aides techniques neuves, elles ne sont pas toujours remboursées. Mais en plus, les vendeurs d'aides techniques louent presque pas d'aides techniques et ne vendent presque pas d'aides techniques rénovées.

Certaines entreprises ou associations proposent de la location ou de la vente d'aides techniques rénovées, mais elles ne sont pas très nombreuses. En plus chaque entreprise a ses règles pour le nettoyage et la rénovation des aides techniques. Mais tout le monde n'a pas les mêmes règles.

En plus, les personnes en situation de handicap ne sont pas toujours satisfaites des services de leur vendeur d'aides techniques.

Par exemple, les aides techniques doivent parfois être réparées. Les personnes doivent parfois attendre longtemps pour la réparation de leur aide technique.

Des associations de vendeurs et de personnes en situation de handicap ont fait des règles pour un travail de qualité par les vendeurs. Mais c'est difficile pour eux de les faire appliquer par tous les vendeurs.

Quelles propositions pour améliorer l'offre des vendeurs d'aides techniques ?

Toujours avoir des aides techniques de qualité

Les personnes qui achètent des aides techniques rénovées doivent être sûres qu'elles sont en bon état. Les aides techniques rénovées doivent avoir la même qualité que les aides techniques neuves.

Pour cela, la mission propose qu'une norme soit faite pour la rénovation des aides techniques.

La mission propose que les entreprises qui rénovent les aides techniques utilisent toutes la norme sur la rénovation

Pour que les personnes puissent avoir le choix de la façon d'avoir leurs aides techniques, il faudrait qu'il y ait plus d'aides techniques à louer ou d'aides techniques rénovées à acheter.

La mission propose de faire des actions pour que ce soit plus facile de rénover les aides techniques.

Par exemple, la mission propose que ce soit plus facile pour les associations ou les entreprises qui rénovent des aides techniques d'avoir des pièces détachées ou des formations sur les réparations des aides techniques.

Toujours avoir des prestations de qualité

La mission demande que les vendeurs d'aides techniques suivent tous les mêmes règles dans leur travail. Ils devraient avoir une certification pour montrer qu'ils suivent les règles.

Un rapport a été fait par une administration sur les vendeurs d'aides techniques et de matériels pour la santé. Ce rapport dit aussi qu'il faudrait une certification des vendeurs d'aides techniques.

La certification dirait par exemple le temps maximum pour réparer les aides techniques.

Par contre, les vendeurs devraient laisser les personnes et les professionnels de santé choisir les aides techniques les plus adaptées. Ils ne doivent pas imposer des aides techniques.

Comment sont prises les décisions sur les aides techniques en France ?

Pour accompagner les personnes et financer les aides techniques, il faut que des organismes décident des actions à faire et des financements.

En France, ces organismes travaillent surtout sur le financement des aides techniques. Ils ne travaillent pas assez sur l'information et l'accompagnement des personnes sur les aides techniques.

En plus, plusieurs organismes sont responsables d'une partie des décisions et d'une partie des financements, mais ils ne travaillent pas assez ensemble. Du coup, aucun organisme ne vérifie que les choses sont logiques et coordonnées.

Enfin, on ne connaît pas assez les besoins de l'ensemble des personnes en situation de handicap ou âgées. Par exemple, on ne sait pas assez combien de personnes ont besoin d'aides techniques ni elles sont bien accompagnées.

Ce qu'on connaît le plus c'est les montants remboursés pour le financement des aides techniques. Chaque année, ce montant est environ de 530 millions d'euros. L'assurance maladie rembourse plus de 90 % de ce montant.

Quelles propositions pour améliorer les décisions prises sur les aides techniques ?

Définir un pilote au niveau national

La mission propose que la CNSA soit le pilote national sur les aides techniques.

Être pilote signifie :

- Prendre des décisions ;
- Aider les différents organismes nationaux et dans les territoires pour prendre des décisions sur les aides techniques ;
- Vérifier que les décisions sont logiques et coordonnées.

Pour cela, la CNSA devrait aider les organismes pour :

- Avoir les informations nécessaires pour prendre des décisions sur les besoins des personnes et les réponses qui existent ;
- Avoir des idées et objectifs communs ;
- Prendre les décisions.

Définir un pilote dans les départements

La mission propose qu'il y ait un pilote dans chaque département.

Cet organisme devrait par exemple vérifier qu'il y ait des assez de services pour accompagner toutes les personnes qui ont besoin d'aides techniques.

Demander leur avis aux utilisateurs d'aides techniques

La mission propose que la CNSA et les organismes dans les départements demandent le plus possible l'avis des personnes pour prendre les décisions sur les aides techniques.

Ces décisions peuvent concerner l'information ou l'accompagnement, la mise en place du tiers payant, le reste à charge...

Pour cela, ils devraient toujours travailler avec les associations de personnes en situation de handicap et les associations de personnes âgées.

En plus des associations, il faut demander leur avis aux personnes elles-mêmes. Il existe des techniques pour demander l'avis des personnes et faire des services en tenant compte de leurs avis.

Par exemple, écrire de façon accessible ou en facile à lire et à comprendre permet aux personnes de mieux comprendre le travail des organismes. Cela permet de comprendre les objectifs, les difficultés pour prendre les décisions, ou les remboursements des aides techniques.

Recherche et innovation

Utiliser la recherche pour prendre les décisions les plus utiles

Des chercheurs travaillent sur les aides techniques. Par exemple les chercheurs peuvent travailler sur :

- Les besoins des personnes, et les nouvelles possibilités technologiques
- Les façons de mieux impliquer les personnes dans les décisions qui les concernent sur les aides techniques ou dans les décisions pour toutes les personnes ;
- L'information et l'accompagnement des personnes sur les aides techniques ;
- Les remboursements des aides techniques.

La recherche est souvent compliquée à comprendre et à utiliser pour les professionnels et pour les organismes. La mission propose que les résultats de la recherche soient rendus plus accessibles et faciles à utiliser.

L'objectif est de prendre des décisions qui ont les effets les plus intéressants pour les personnes.

Mieux former les professionnels

Améliorer l'information, l'évaluation des besoins en aides techniques et l'accompagnement au choix et à l'utilisation des aides techniques est facilité si les professionnels sont bien formés.

La mission propose que les professionnels soient plus formés :

- Dans leurs études et l'apprentissage de leur métier ;
- Quand ils arrivent dans un travail particulier qui demande de connaître les aides techniques ;
- Tout au long de leur carrière.

Mieux connaître l'ensemble des solutions et aider les acteurs qui veulent faire des choses innovantes pour concevoir, évaluer et fabriquer des AT

La mission propose aussi qu'un système soit créé pour mieux connaître les aides techniques qui existent, même les plus rares et les plus innovantes.

La mission propose enfin que les personnes qui travaillent sur les nouvelles façons d'inventer, de tester ou de fabriquer des aides techniques aient de l'aide pour faire les différentes étapes de leur travail.

Conclusion

En utilisant les aides techniques, les personnes peuvent réaliser plus d'activités. Elles peuvent réaliser ces activités plus facilement, plus vite ou plus longtemps. Elles peuvent aussi être plus en sécurité pour réaliser ces activités. Les aides techniques peuvent donc apporter plus de liberté pour agir aux personnes en situation de handicap ou âgées.

Pour cela les personnes doivent avoir accès à la bonne aide technique au bon moment. Deux changements forts sont à faire :

- Une meilleure information et un meilleur accompagnement ;
- Un accès plus rapide et facile à l'usage des aides techniques, sans forcément passer par des achats.

L'accompagnement des personnes doit être travaillé en premier. Si les personnes sont bien accompagnées, il sera plus facile d'améliorer les financements. Pour que tout fonctionne, il est important de définir :

- Un pilote au niveau national ;
- Un pilote dans chaque département.

Fin du résumé

5 axes, 17 orientations, 54 propositions concrètes

Axe 1

Renforcer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes dans l'acquisition et l'utilisation d'une aide technique, en organisant et finançant une offre suffisante dans les territoires et en clarifiant les rôles de chacun

- Orientation 1.1 : Formaliser et encadrer l'activité d'évaluation et d'accompagnement, en l'inscrivant au sein d'un parcours clarifié reconnaissant et respectant le rôle de chacun et reconnaissant l'expertise des personnes et des proches aidants
- Orientation 1.2 : Renforcer l'offre d'évaluation et pérenniser son financement pour garantir aux personnes l'accès à des compétences actuelles et adaptées à sa situation
- Orientation 1.3 : Fournir une information fiable au niveau national et la rendre visible dans les territoires

Axe 2

Faire évoluer le dispositif de financement des aides techniques pour le rendre plus lisible, plus rapide, améliorer le pilotage du reste à charge, et mieux couvrir les besoins des personnes et de leurs aidants : privilégier l'accès à l'usage plutôt que l'accès à la propriété des aides techniques dans le respect du choix de la personne

- Orientation 2.1 : Passer à une logique d'usage des aides techniques et plus seulement d'accès à la propriété
- Orientation 2.2 : Faire de l'assurance maladie obligatoire le financeur unique des aides techniques « éprouvées », en faisant évoluer en fonction la LPPR et les modalités de tarification
- Orientation 2.3 : Faire évoluer en fonction l'élément AT de la PCH, et assurer la cohérence avec les évolutions de l'APA
- Orientation 2.4 : Réduire le reste à charge de l'utilisateur. Tendre vers un reste à charge 0
- Orientation 2.5 : Préciser le périmètre des missions sur les aides techniques des établissements et services médico-sociaux

Axe 3

Garantir une bonne qualité des matériels et une meilleure qualité de service dans la distribution des aides techniques par une « montée en gamme » des prestataires du secteur et la promotion d'une filière responsable de qualité et normée

- Orientation 3.1 : Engager une démarche de certification industrielle des prestataires de service afin de doter le territoire d'une offre de services homogène, de qualité et de proximité
- Orientation 3.2 : Promouvoir la remise en bon état d'usage des aides techniques qualité et respectueuse des normes réglementaires actuelles et à élaborer, pour améliorer la souplesse des réponses aux besoins, à domicile et en établissement
- Orientation 3.3 : Promouvoir une filière française qualitative et durable pour la fabrication des aides techniques

Axe 4

Améliorer la gouvernance sur le sujet des aides techniques avec des missions et compétences définies, des acteurs concernés et mobilisés au niveau local et national et en associant et impliquant les personnes concernées à chaque niveau

- Orientation 4.1 : Au niveau national : renforcer le portage du sujet aides techniques par la CNSA, et en faire une « brique » forte de la politique d'autonomie
- Orientation 4.2 : Préciser les compétences et ambitions de la gouvernance territoriale : intégrer le sujet aides techniques dans la nouvelle gouvernance locale de l'autonomie
- Orientation 4.3 : Assurer l'implication des personnes utilisatrices dans la gouvernance à tous les niveaux

Axe 5

Se saisir du levier innovation, en détectant et diffusant les innovations pertinentes pour les personnes, en prenant en compte notamment le phénomène des fablabs et en s'appuyant sur la modélisation numérique pour faciliter les évaluations médico-économiques

- Orientation 5.1 : Stimuler la création de connaissances utiles aux différents acteurs et assurer leur appropriation
- Orientation n 5.2 : Accompagner l'innovation organisationnelle et technologique
- Orientation 5.3 : Coordonner, promouvoir la recherche

Contexte de la mission et modalités de travail

La mission a débuté en décembre 2019 pour se terminer en octobre 2020. Elle s'est appuyée sur une analyse documentaire (cf. annexe 3) et plus de quatre-vingts visites, réunions et entretiens. Une grande partie des travaux a été réalisée pendant le confinement mis en place au printemps 2020 en réponse à la COVID 19. De nombreux entretiens ont donc été faits en distanciel sans entraver la rencontre de l'ensemble des parties prenantes et la prise en compte de leurs avis. L'annexe 2 liste les personnes rencontrées.

Enfin, sur cette même période, ont été votées la loi relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire et la loi relative à l'amortissement de la dette sociale et à l'autonomie. Les propositions ont été faites dans le souci d'assurer la plus grande cohérence entre les résultats de la mission et ces nouveaux leviers, en particulier la mise en place d'une cinquième branche pour la sécurité sociale. Toutefois, les propositions ont été élaborées et rédigées au regard des données disponibles au moment des travaux ; certaines formulations pourraient rapidement devenir anachroniques.

Remerciements

La disponibilité, l'adaptabilité et les riches apports de chacune des personnes rencontrées, notamment du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), et du groupe de travail administratif ont été déterminants pour la réalisation de ce travail. Que chacun en soit remercié.

Nous souhaitons adresser un message particulier à Céline POULET, secrétaire générale du Comité interministériel des personnes handicapées (CIH), à Julien BOROWCZYK, député de la 6^e circonscription de la Loire et à Benjamin LUCIANI pour leur soutien sans faille, aux directions générales, de la compensation et de la communication et l'information des publics de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour leur appui et conseils et à Michel BALLEREAU pour ses conseils.

Périmètre des aides techniques et des propositions

Le périmètre de la mission a été défini par :

- Les publics cibles ;
- Les aides techniques prises en compte ;
- Les champs d'action envisagés.

Le prisme choisi est celui de la facilitation de l'accès et de l'utilisation des aides techniques par les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les proches aidants et professionnels intervenant au quotidien. Les notions d'usage et d'autonomie des personnes ont ainsi les fils conducteurs des travaux.

Personnes concernées

Les travaux concernent les personnes, quel que soit leur âge. La « barrière d'âge » des 60 ans en particulier n'est pas retenue comme un critère pour les propositions. Il est à l'inverse proposé la construction d'une offre pour l'ensemble des personnes, indépendamment de l'âge.

De la même façon, les propositions visent l'apport de solutions aux personnes, quel que soit le type de leurs déficiences : motrices, sensorielles, cognitives, intellectuelles ou psychiques. En effet, si certaines actions, comme le recours à des expertises, nécessiteront des déclinaisons différentes, l'accès et la qualité des réponses aux personnes doivent être identiques.

Enfin, l'apport de réponse aux personnes en matière d'aides techniques nécessite de prendre en compte et d'impliquer les tiers utilisant les aides techniques ou simplement concernés par leur arrivée dans leur environnement. Ainsi l'ensemble des propositions concernant la personne s'étendent aux proches aidants. Le cas échéant, elles concernent aussi les professionnels intervenant au quotidien comme les auxiliaires de vie, les aides-soignantes ou les infirmières, à domicile et en établissements.

Certaines propositions, toujours dans le souci de mieux accompagner les personnes, concernent plus spécifiquement des professionnels de santé ou de l'accompagnement social intervenant de façon ponctuelle et dans un cadre précis comme l'évaluation des besoins ou l'accompagnement à la prise en main. Enfin, d'autres propositions sur l'offre d'aides techniques et leur qualité intéresseront les professionnels du secteur marchand : fabricants, distributeurs et entreprises de l'économie sociale et solidaire.

Le terme distributeur est utilisé de façon générique quand il s'agit des prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) et des distributeurs d'aides techniques n'ayant pas ce statut. Plus de précisions sont apportées au titre 1.2.1.

Périmètre des aides techniques

Les aides techniques incluses dans les travaux correspondent à la définition de la norme EN ISO 9999 dans sa version de 2016 : « tout produit (y compris tout dispositif, équipement, instrument et logiciel) fabriqué spécialement ou généralement sur le marché, utilisé par ou pour les personnes en situation de handicap, destiné à :

- Favoriser la participation ;
- Protéger, soutenir, entraîner, mesurer ou remplacer les fonctions organiques, les structures anatomiques et les activités ;
- Ou prévenir les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation. »

Les travaux de la mission ont donc pris en compte des produits spécifiquement conçus et commercialisés pour l'autonomie des personnes en situation de handicap et personnes âgées et des équipements grand public. En effet, dans certaines situations, l'utilisation adaptée de ces derniers offre plus de potentialités (exemple de certains smartphones versus des téléphones dédiés pour les personnes déficientes visuelles ayant un bon niveau de littératie numérique).

Ont été spécifiquement écartés des propositions trois types de solutions :

- L'optique (lunettes) et l'appareillage (orthèses de membres et du tronc et prothèse externe de membres) qui relèvent d'autres logiques, modalités et compétences dans leur mise en œuvre ;
- Les audioprothèses puisqu'elles ont fait l'objet de plusieurs évolutions récentes, dont la mise en place du 100 % santé en audiologie, qui se poursuit jusqu'en 2021, et du devis normalisé ;
- Les lits médicalisés, répondant notamment à des besoins lors de retours à domicile après hospitalisation ou sur des périodes de soins aigus.

Toutefois, certaines propositions faites par la mission pourraient utilement être étendues pour améliorer la pertinence des indications et permettre l'accès à des lits adaptés pour les personnes ayant des besoins spécifiques tout en contenant les dépenses publiques.

Sont également exclus des travaux, parce que relevant de modalités de mise en œuvre différentes :

- Les aménagements de logement et les aménagements de véhicule ;
- Les aides humaines et l'abonnement à des services comme un abonnement à un service de téléassistance par exemple ;
- Les consommables comme les produits pour incontinence par exemple.

La distinction entre les aménagements de logement et aménagements de véhicule et les aides techniques est déterminée par la nécessité de recourir à une intervention technique pour installer les premiers au bâti ou au véhicule et l'impossibilité de les utiliser dans un autre logement ou véhicule pour une durée courte comme des vacances par exemple. Les deux catégories peuvent toutefois répondre à des besoins similaires ou très proches. Une plateforme élévatrice est un aménagement de logement permettant à la personne d'atteindre le premier étage de son logement. Par exemple, une rampe portable pliable pour franchir une ou deux marches est une aide technique.

Les consommables se distinguent des aides techniques en ce que leur utilisation entraîne leur consommation ; ils ne peuvent donc pas être utilisés pendant une longue période.

Enfin, le périmètre des aides techniques recouvre pour partie le champ des dispositifs médicaux tel que défini par le règlement européen 2017/745. Certains sujets demandent de faire une distinction entre les produits relèvent ou non du règlement européen. C'est le cas, par exemple pour les inscriptions sur la liste des produits et des prestations remboursables (LPPR). À l'inverse, d'autres actions, comme l'information ou l'accompagnement des personnes, doivent être travaillées indépendamment du « statut » de dispositif médical.

Périmètre des activités

Pour le périmètre des publics et aides techniques ainsi défini, les travaux couvrent l'ensemble des activités susceptibles d'améliorer l'autonomie des personnes par l'utilisation des aides techniques. Cela comprend des actions pour rendre la personne, ses proches et les professionnels plus « compétents » en matière d'aides techniques, en reconnaissant leur expertise, et pour garantir aux personnes d'avoir des aides techniques adaptées, de bonne qualité et performantes. Les actions supports sont aussi traitées.

Certaines propositions visent la mise en place de dispositifs de proximité et d'autres des actions à l'échelle nationale.

1. Les constats

Les aides techniques peuvent être de réels supports à l'autonomie et 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 à faire pour accéder aux aides techniques de « parcours du combattant ». À l'inverse, il est souvent parlé des « aides techniques qui restent dans les placards et les garages ».

Au quotidien, la situation actuelle n'est pas favorable au recours aux aides techniques par les personnes en situation de handicap et les personnes âgées pour améliorer leur autonomie et leur qualité de vie. 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 pour obtenir les financements des matériels sont un autre frein majeur.

En effet, en France, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées vivant à domicile achètent, louent parfois, 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 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.

Ce sont ces trois axes qui sont choisis pour éclairer la situation actuelle :

- Les difficultés dans l'accès et l'utilisation des aides techniques pour les personnes ;
- Un descriptif du secteur de la fabrication et la distribution des aides techniques et des lacunes dans la réponse aux besoins des personnes ;
- Une présentation des politiques publiques et des financements actuels et leurs limites.

1.1. Des difficultés réelles pour les personnes : des réponses manquantes ou inadaptées

L'utilisation des aides techniques concerne les personnes, quel que soit leur âge. Il peut permettre la réalisation d'activités dans les activités de la quotidienne, la vie scolaire, professionnelle, la vie de famille dont les activités parentales, les loisirs ou tout autre type d'activités importantes pour les personnes. Peuvent être concernées les personnes, quels que soit leurs déficiences : motrices, sensorielles, cognitives, intellectuelles, psychiques, ou liées à des troubles de santé ou un polyhandicap.

L'analyse de la situation du point de vue des personnes proposée dans le rapport est faite de façon transversale, en pointant, dès que nécessaire, les difficultés spécifiques rencontrées par certains publics.

Faciliter le recours et l'utilisation des aides techniques nécessite de mettre en place un contexte associant une information suffisante sur les aides techniques un accompagnement par des professionnels formés pour choisir et utiliser les aides techniques de façon optimale et un système d'attribution permettant d'y avoir accès de façon aisée.

La description des constats pointe ces différents aspects : information et accompagnement et accès aux aides techniques.

1.1.1. De multiples inégalités

En France, l'accès aux aides techniques est fortement marqué par des inégalités, certaines pourront être qualifiées de discriminations.

Trois types de causes peuvent être définis à ces inégalités ou discriminations

Certaines différences sont prévues par le cadre réglementaire, en fonction de l'âge ou du type de déficiences des personnes. Il existe une barrière d'âge à 60 ans pour les prestations de droit spécifique (prestation de compensation du handicap – PCH – et allocation personnalisée pour l'autonomie – APA). Certaines aides techniques ne sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire que jusqu'à 20 ans (aides visuelles optiques et électroniques par exemple).

La plupart des aides techniques inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) correspondent à des difficultés motrices, ce qui marque une rupture avec la prise en compte d'autres besoins, liés à des troubles sensoriels, cognitifs ou psychiques par exemple. D'autres inégalités viennent des interprétations du cadre réglementaire, très complexe en matière de prise en charge des aides techniques. Ces différences d'interprétation peuvent avoir un impact sur l'ensemble des prises en charge financière des matériels.

Enfin, une part importante des inégalités est liée une offre insuffisante et de qualité inégale, en fonction des territoires et des types de déficiences. Ce dernier point peut intéresser l'ensemble du parcours des personnes et avoir des répercussions multiples. Sur l'ensemble du territoire, les personnes âgées sont insuffisamment accompagnées en termes d'information et d'évaluation de leurs besoins. En parallèle, de nombreux territoires sont sous-dotés en compétences spécifiques sur les troubles sensoriels ou psychiques par exemple. Une autre faille identifiée réside en la qualité de l'offre de service des prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) : elle est inégale sur les territoires et entre acteurs.

Certains publics, dont les personnes âgées, sont particulièrement concernés par ces difficultés

Les personnes âgées sont à la fois concernées par :

- La « barrière d'âge » à 60 ans dans l'apparition du handicap pour l'éligibilité à la PCH et la moindre prise en charge des aides techniques dans le cadre de l'APA,
- Un manque d'informations, à leur attention ou celle de leurs proches et à l'attention des professionnels, entraînant un défaut de repérage des besoins donc de recours aux aides techniques,
- Un manque d'accès aux évaluations et conseils par des professionnels formés.

Les représentants de l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) rencontrés ajoutent à ces difficultés pratiques un facteur culturel : passé un âge, la diminution des activités puis la dépendance sont admises, et ceci même lorsque la compensation est possible. L'exemple cité est celui de l'absence de fauteuils roulants électriques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au profit de fauteuils roulants manuels « confort » qui ne peuvent pas être propulsés par la personne. Les rares résidents ayant un fauteuil roulant électrique en avaient déjà un à leur entrée en EHPAD alors que de nombreux résidents seraient pourtant de « bons candidats ». Cela leur permettrait de participer plus à la vie de l'établissement ou du quartier et diminuerait la charge de travail des professionnels pour assurer les déplacements au moment de repas en salle à manger par exemple.

Par ailleurs, quel que soit leur âge, les personnes ayant « des troubles autres que moteurs » font face à des obstacles plus marqués encore que les personnes ayant uniquement des troubles moteurs. La quasi-absence d'aides techniques compensant des troubles sensoriels ou cognitifs dans la LPPR est un exemple ; le manque de services et professionnels pouvant répondre en proximité à leurs besoins d'accompagnement en est un autre. Le recours aux aides techniques pour les personnes ayant des troubles du spectre de l'autisme, des troubles cognitifs ou psychiques reste marginal. Les professionnels, mêmes spécialistes de l'accompagnement de ces publics, et les décideurs sont très peu, voire pas, informés de l'existence de solutions techniques.

Paradoxalement, les personnes ayant des besoins et attentes « simples », fréquemment des personnes âgées pré fragiles ou fragiles, sont aussi concernées par le manque d'accompagnement par des professionnels formés. L'offre est quantitativement insuffisante, et le plus souvent ces personnes n'ont accès à aucune information ou conseil neutre d'intérêt commercial.

Enfin, de nombreuses personnes rencontrent des difficultés dans l'accès aux financements de leurs aides techniques (assurance maladie obligatoire, PCH et APA), en lien avec une situation particulière : situation non stabilisée au moment de la préparation de la sortie d'hospitalisation, accueil en établissement, pratique de certaines activités sportives ou de loisirs, etc.

L'iniquité territoriale est marquante en matière d'évaluation et d'accompagnement au choix et à l'utilisation d'aides techniques

De nombreuses structures ou services peuvent intervenir dans l'information, l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes, mais l'accès à ces services est réservé aux personnes inscrites en file active pour d'autres soins ou accompagnement. C'est le cas pour les services de soins de suite ou réadaptation (SSR) ou des établissements et services médico-sociaux tels que les services d'éducation spéciale et soins à domicile (SESSAD), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En revanche, les services médico-sociaux intervenant au quotidien auprès des personnes vivant à domicile n'ont pas, ou à la marge, des missions sur les aides techniques et de compétences spécifiques en interne. Les personnes bénéficiant de leurs services ne sont donc pas accompagnées sur les aides techniques. C'est le cas, par exemple de la majorité des services d'aide à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou services polyvalents d'aide à domicile (SPASAD).

Point sur la sémantique utilisée

Sauf indication contraire, l'expression établissements et services médico-sociaux est employée dans le rapport pour désigner les établissements et services médico-sociaux ayant des missions sur les aides techniques ou plus largement, en réadaptation. Les expressions « professionnels intervenant au quotidien » ou « professionnels du domicile » font référence aux SAAD, SSIAD et SPASAD et aux professionnels libéraux.

Quelques dispositifs se démarquent par leur ouverture à toute personne, particulier ou professionnel, s'adressant à eux : les Centres d'information et de conseils en aides techniques (CICAT).

Les centres d'information et de conseil en aides techniques

Créés à partir de 1983, les CICAT sont nés de réflexions de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des centres de rééducation sur des dispositifs permettant d'apporter de l'information sur les aides techniques aux usagers et aux professionnels. Jusqu'à 35 CICAT ont été dénombrés sur le territoire, mais entre 2005 et 2016 plusieurs CICAT ont fermé pour des raisons budgétaires.

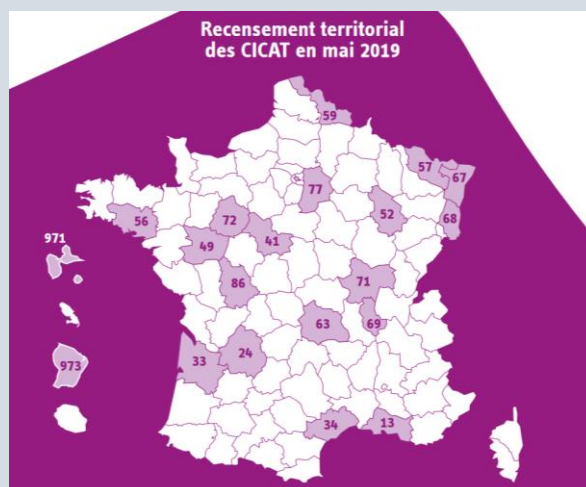
En 2019, 22 CICAT sont implantés dans 21 départements. Des projets sont en cours dans d'autres départements comme l'Ille-et-Vilaine ou l'Oise.

Les CICAT proposent de l'information et des conseils par des professionnels formés, ergothérapeutes en particulier, et sans intérêt commercial. Ils sont directement accessibles aux personnes, quelles que soient leurs situations de handicap et leur déficience, et aux professionnels. La plupart des CICAT ont aussi un parc d'aides techniques utilisé pour des essais.



Un usager en situation au sein de l'Étape, Pôle Autonomie Santé (34)

Par leur accueil en proximité ou les interventions sur les lieux de vie des personnes, et leurs activités, les CICAT sont des lieux ressources sur leur territoire d'implantation sur les aides techniques et sur d'autres composantes de la compensation technique, en particulier les aménagements de logement.



Source : CNSA².

² [Les centres d'information et de conseil sur les aides techniques](#), octobre 2019.

Les financements des aides techniques varient d'un département à un autre, et ce pour l'ensemble des financements légaux.

Cela concerne l'assurance maladie dans les CPAM, la PCH et l'APA. Dans le cadre de l'APA, le périmètre des aides techniques prises en compte et leur tarification ne sont pas décrits dans la réglementation nationale. Des arrêtés départementaux sont parfois publiés dans les territoires pour pallier ce manque. S'ils permettent de clarifier les possibilités de prise en charge dans les départements concernés, ils peuvent aussi figer les iniquités : de l'absence totale de prise en charge dans certains départements à une grande ouverture dans d'autres.

La qualité de service des distributeurs dont les PSDM est très variable

Les possibilités d'essais et la réactivité pour les réparations en cas de panne, en particulier, peuvent varier entre les prestataires. De plus, dans certains départements ruraux des oligopoles « obligent » les personnes et les professionnels envers des sociétés. Pour certaines aides techniques ou marques spécifiques, il existe des monopoles.

1.1.2. Un manque d'accompagnement à l'origine d'inadaptations et de sous-utilisation fréquentes des aides techniques

La situation est contrastée entre les enfants et jeunes jusqu'à 20 ans, les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie.

La plupart des enfants et jeunes jusqu'à 20 ans bénéficient d'un accompagnement médico-social, à domicile ou en établissement, de façon continue, temporaire ou séquentiel. Ce « suivi » permet de travailler l'utilisation des aides techniques sur des périodes longues, en prenant en compte la temporalité de l'enfant et sa famille et les variations sensibles de la situation. Les adultes ayant un handicap, avant ou après 60 ans, peuvent être orientés vers des services dédiés, notamment des services de soins de suite et réadaptation. Un accompagnement sur les aides techniques peut être fait par ces structures, mais il ne sera pas toujours fait dans des conditions optimales. Les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile ont rarement accès à des structures ou professionnels spécialisés.

Cet accompagnement devrait porter sur trois grands types d'activités et trois temps types :

- Avoir accès à une information adaptée et neutre en continu, ou tout au moins dès que nécessaire,
- Être accompagné dans la définition de ses besoins et le choix de l'aide technique
- Être accompagné dans la prise en main de l'aide technique et avoir accès à des conseils ou interventions pour adapter le projet à la demande de la personne ou ses proches.

Le défaut d'accès à l'information sur les aides techniques et les usages tant pour les professionnels que les usagers est marquant

Connaitre les possibilités de soutien à l'autonomie et à l'indépendance offertes par les aides techniques est un prérequis.

Une information neutre, accessible et actionnable est nécessaire, portant par exemple sur les activités qui peuvent être compensées, les fonctionnalités des aides techniques et les lieux où se renseigner. Pourtant nombre de personnes, en particulier les personnes âgées, leurs proches et les professionnels intervenant au quotidien (auxiliaires de vie, aides-soignantes, infirmières libérales, aides-ménagères...), ne sont pas informées sur les aides techniques. Les professionnels spécialisés (ergothérapeutes, médecins spécialisés en médecine physique et réadaptation, orthoptistes...) ont aussi besoin d'une information neutre, mais il s'agit alors d'éléments plus précis et techniques.

En France, la plupart de l'information est construite et diffusée par les acteurs du secteur marchand : fabricants et distributeurs.

De l'information est aussi créée et diffusée par plusieurs acteurs légitimes et n'ayant pas d'intérêts commerciaux. C'est le cas des bases de données Handicat et Ceratech ou des fiches techniques produites par l'APF-Lab Le Hub ou le CERTAM. Toutefois en l'absence de pilotage, l'ensemble présente plusieurs défauts comme :

- La non-couverture de certains segments (aides techniques, pour les personnes sourdes ou malentendantes, ou ayant des troubles cognitifs par exemple) ;
- La redondance dans la production de l'information (bases de données Handicat et CERAHTEC) ;
- Le manque de visibilité (fiches du CERTAM) ;
- Le risque d'arrêt ou d'interruption temporaire des productions de contenu (vidéo et flyer produits par le CENSTIMCO ou base de données des fauteuils roulants de Garches par exemple) et d'absence de mise à jour des productions.

Trop de personnes n'ont pas d'accès à un accompagnement par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux pour l'évaluation de leurs besoins et l'appui au choix de l'aide technique ni à des essais

Alors que dans de nombreux pays européens, l'attribution d'une aide technique ou d'une aide financière pour une aide technique est conçue comme une brique d'un ensemble plus large incluant des informations et conseils par des professionnels formés et neutres d'enjeux commerciaux. En France, cet accompagnement n'est pas obligatoire et n'est pas organisé. Les politiques publiques en matière d'aides techniques ne couvrent que la prise en charge financière des matériels et logiciels.

L'évaluation des besoins et la préconisation sont réalisées lorsqu'elles conditionnent le financement de l'aide technique comme dans le cadre d'une demande de PCH. Mais, aucun accompagnement n'est prévu dans le temps. Une fois l'aide technique acquise la personne peut difficilement obtenir une aide ou des réponses complémentaires. En parallèle, de nombreuses aides techniques sont prescrites sans aucune évaluation des besoins et capacités de la personne ou des caractéristiques de son environnement.

Trop souvent, les personnes et en particulier les personnes âgées vivant à domicile ou lors de sortie d'hospitalisation, n'ont pas d'autres interlocuteurs que les PSDM pour se renseigner. Pour les aides techniques remboursées par l'assurance maladie obligatoire, la prescription officialise le besoin sans être systématiquement précédée d'une évaluation des besoins. Les situations où le prestataire rédige la prescription qui sera recopiée et signée par le médecin ne sont pas rares alors que c'est expressément interdit par la convention nationale liant les PSDM à l'assurance maladie.

Les CICAT, décrits plus haut peuvent apporter des réponses aux personnes et aux professionnels, médecins notamment, mais ils ne sont implantés que 21 départements et même sur ces territoires, ils ne peuvent couvrir la demande.

Enfin, pour les personnes ayant accès à des services ou professionnels, l'évaluation des besoins et l'appui au choix de l'aide technique n'est pas toujours réalisée dans des conditions optimales : trop rapide ou uniquement dans les locaux du service et non sur les lieux de vie par exemple. Cet accompagnement est fait, mais en mode dégradé parce que ses spécificités et le temps nécessaire pas toujours reconnus et sont rarement valorisés dans le financement des services et établissements. Pourtant, ces conditions limitent la formalisation et la prise en compte des attentes et souhaits des personnes.

Par exemple, une personne âgée craignant de chuter en entrant dans sa baignoire pourra aisément penser à mettre un appui au mur, mais ne se projettera pas forcément dans l'utilisation d'autres types d'aides techniques pourtant simple et peu onéreuses comme les planches de bains. Voir et essayer une planche de bains permet en revanche à la personne de se projeter dans l'utilisation de l'aide technique et de verbaliser d'autres craintes ou avantages liés à son utilisation ou encore à sa « présence » dans son environnement, pour elle ou pour ses proches. Ces actions concrètes rendent ainsi la personne plus compétente dans la description de ses besoins, favorisent la prise en compte de l'ensemble des dimensions qui pourront influencer sur l'utilisation de l'aide technique et améliorent son acceptabilité. Le recours aux aides techniques est amélioré. Si l'accompagnement est fait par un professionnel formé, ergothérapeute notamment, et dégagé d'intérêt commercial, la pertinence et l'efficacité de la solution sont aussi améliorées.

Une organisation intégrée, incluant l'accompagnement des personnes, est mise en place dans de nombreux pays

Ce type d'organisation est reconnue par l'OMS, mais elle n'est pas reprise en France.

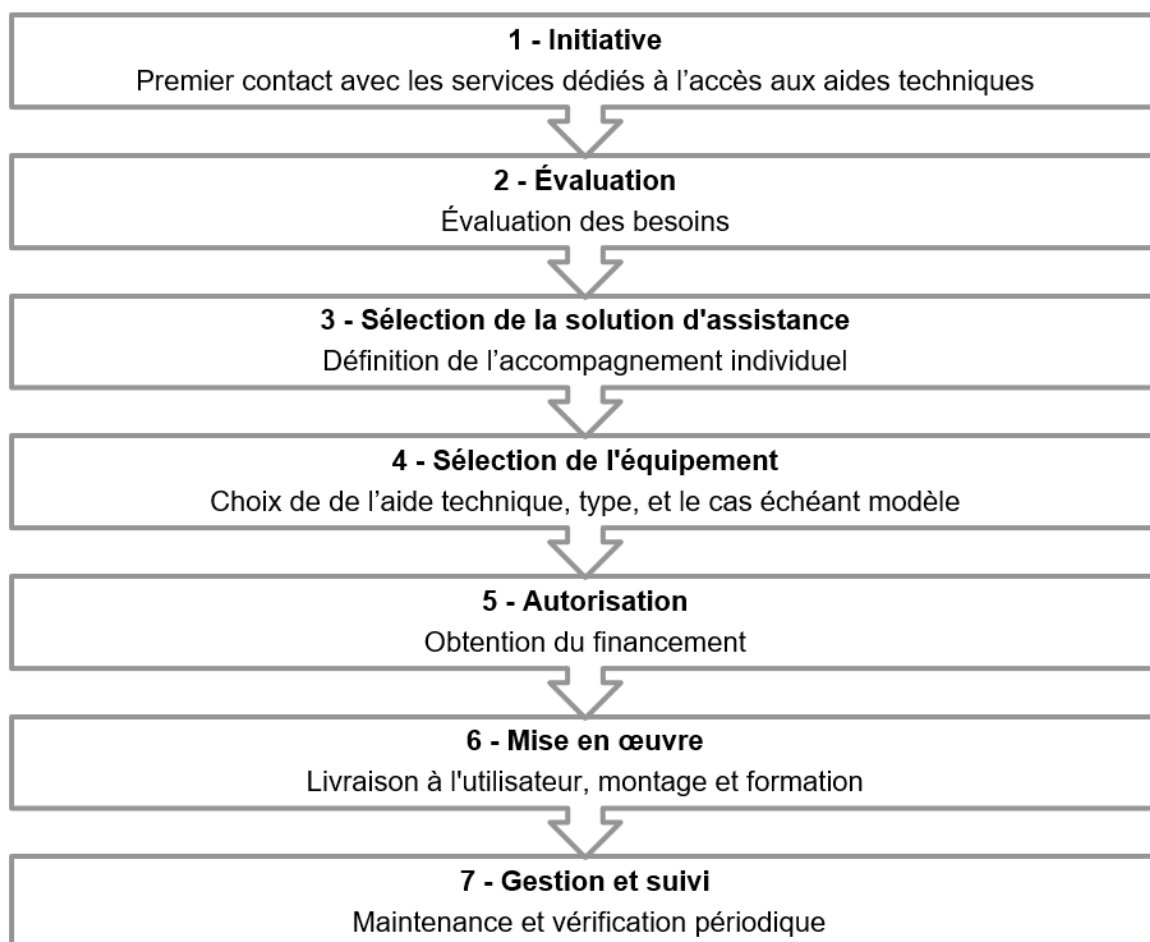
Dans ces pays, les aides techniques sont envisagées comme faisant partie d'un ensemble plus large désigné comme système de technologie d'assistance par le programme Global Cooperation on Assistive Technology (GATE) porté par l'OMS³. Ces systèmes de technologie d'assistance sont définis par « le développement et l'application de connaissances, compétences, procédures et politiques organisées relatives à la mise à disposition, à l'utilisation et à l'évaluation de produits d'assistance » (MacLachlan, Banes, Bell, Borg, Donnelly, Fembek, Ghosh, Gowran, Hannay, Hiscock, Hoogerwerf, Howe, Kohler, Layton, Long, Mannan, Mji, Odera Ongolo, et al., 2018). Ainsi, dans de nombreux pays européens et au Québec, une organisation intégrée couvre l'accompagnement des personnes dans le choix et l'utilisation des aides techniques et l'accès aux produits. Ces services pour les aides techniques permettent aux personnes de bénéficier de façon systématique d'un accompagnement par un professionnel spécialisé, ergothérapeute le plus souvent, dans lors d'attribution d'aides techniques avec des financements publics.

Les enjeux, objectifs et missions de ces services ont été décrits en 2012 dans une note de position signée par deux associations européennes regroupant scientifiques, praticiens et décideurs : Service delivery systems for assistive technology in Europe⁴, Association pour the advancement of assistive technology in Europe (AATE) et European assistive technology information network (EASTIN). La partie 2 de l'annexe 5 détaille ces modèles.

³ [Global Cooperation on Assistive Technology \(GATE\)](#)

⁴ [Service Delivery Systems for Assistive Technology in Europe. Position Paper](#)

Les sept étapes du processus d'attribution des aides techniques selon AATE et EASTIN



Source : mission.

Un manque d'accès aux essais des aides techniques

L'ensemble des usagers, représentants des usagers et professionnels sont unanimes sur l'importance des essais des aides techniques. Ils peuvent intervenir tôt dans le choix pour tester la réalisation de l'activité avec une aide technique (changement de la façon de faire, absence d'obstacles dans l'environnement, impact sur l'entourage...) ou plus tard pour valider le choix du modèle et des options déterminées. La durée souhaitable de l'essai diffère en fonction des caractéristiques de la situation (pluralité des intervenants concernés, réticence de la personne ou d'un proche, troubles cognitifs...) et du type d'aide technique. Dans tous les cas, un essai sur les lieux de vie, futurs lieux d'utilisation est préférable. La nécessité des essais pour valider les projets est traduite dans les textes sur la PCH : « la possibilité et les conditions de périodes d'essai (essais comparatifs, essais en situation, etc.) sont prévues dans le plan de compensation lorsqu'elles sont jugées nécessaires par l'équipe pluridisciplinaire. Si tel est le cas, la prise en compte de l'aide technique considérée est subordonnée à une évaluation favorable de cette période d'essai, constatée par l'équipe pluridisciplinaire, par tout moyen qu'elle aura précisé. » Annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pourtant ces essais en situation sont souvent compliqués, voire impossibles, à organiser par manque d'aide technique directement disponible et des difficultés à avoir des prêts de la part des distributeurs. Il n'existe en effet pas d'obligation pour ces derniers de fournir du matériel pour essais. Ce contexte rend les professionnels de santé « dépendants » des distributeurs dans leur travail de préconisation et augmente le pouvoir informel de ces derniers sur les prescripteurs et les préconisateurs.

Une exception apparaît : des évaluations et essais sont systématiques pour certains remboursements par l'assurance maladie des fauteuils roulants électriques ou scooters électriques.

« La prise en charge est soumise à une demande d'entente préalable. Elle est assurée après réalisation d'un essai préalable effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise, et mentionnant les caractéristiques que doit avoir le fauteuil, et tout particulièrement le type d'assise ainsi que le type de commande. Cet essai préalable est réalisé pour toute première mise à disposition du fauteuil et, en cas de renouvellement, seulement lorsqu'il y a changement de type de fauteuil. »⁵

Ces essais et prescriptions peuvent être faits lors d'hospitalisations ou d'un accompagnement par un établissement ou service médico-social ou lors de consultations spécifiquement organisées en SSR. Ces consultations sont le seul exemple en France d'une organisation pour évaluer les besoins des personnes en aides techniques valable sur tout le territoire pour toutes les personnes concernées et avec des financements prévus. Pourtant cette organisation n'est pas sans limites : délais d'attente parfois longs, évaluation uniquement dans les locaux du service sans temps sur les lieux de vie de la personne et absence de suivi des personnes une fois l'essai validé et les documents établis.

Une fois l'aide technique acquise, rien n'est prévu pour accompagner la personne et son entourage dans la prise en main des aides techniques et assurer un suivi à long terme

Un accompagnement à la prise en main est nécessaire pour la plupart des personnes et des situations. Il va au-delà et complète l'explication du fonctionnement de l'aide technique, faite par le distributeur ou PSDM, et s'intègre dans la suite de la démarche réadaptative initiée par l'évaluation des besoins. Il permet de valider la réponse en tenant compte des possibles évolutions dans la situation de la personne ou de lever des obstacles dans l'environnement. Ceci est d'autant plus vrai que le recours aux aides techniques coïncide fréquemment avec des périodes de changements : retour à domicile après une hospitalisation, besoins de réaliser d'autres activités ou de les faire seul, amélioration ou aggravation du pronostic fonctionnel par exemple.

L'importance de cet accompagnement est variable en fonction des situations. Il peut être fait par un simple appel pour s'assurer que tout se passe bien. Il peut aussi demander un apprentissage, le développement de capacités ou la rassurance et la formation des proches aidants et des professionnels intervenant au quotidien.

⁵ [Fiche LPPR des « VHP, propulsion électrique, à dossier inclinable » \(code 4147668\) dans la base de données LPPR en ligne sur le site ameli.fr](#), consulté le 28/07/2020.

Le besoin d'un appui ou d'une réponse peut aussi survenir plusieurs semaines, mois ou années après l'accès à l'aide technique à la suite de modification de la situation de la personne.

Pourtant, pour les personnes qui ne seraient pas accompagnées sur la durée par des services de SSR ou médico-sociaux, rien n'est prévu. L'accompagnement à la prise en main et les réponses à distance de l'accès à l'aide technique sont rarement apportés, aucune vérification systématique de la réponse au besoin, à trois ou six mois par exemple, n'est organisée.

Ce défaut global d'accompagnement des personnes depuis l'information jusqu'au suivi ponctuel et à long terme pour adapter le projet se traduit par :

- Un non-recours fréquent aux aides techniques, en particulier pour les personnes âgées ;
- Des achats ou locations d'aides techniques non pertinentes, en particulier pour les personnes âgées ;
- Des achats d'aides techniques sans assurance que la proposition ou le modèle choisi soit les plus adaptés ;
- Un non-investissement ou des difficultés dans l'utilisation des aides techniques, immédiatement à la livraison ou en cas d'évolution de la situation.

En parallèle du non-recours aux aides techniques, on observe un taux d'abandon des aides techniques estimé entre 30 et 40 % une année après leur achat. Avant de se poser la question pourtant légitime des coûts occasionnés, il importe de s'interroger sur la non-réponse à cette personne et les impacts sur la réalisation de ses activités, son insertion sociale, scolaire ou professionnelle, la prévention des chutes, la prévention des troubles musculosquelettiques pour ses proches ou les professionnels intervenants au quotidien... In fine, la première préoccupation devrait être celle de réponse à la personne et, dès que de besoin, la recherche d'une autre solution.

Abandon de l'utilisation des aides techniques : éléments issus de la littérature⁶

Plusieurs études portant sur l'abandon des aides techniques dans les pays occidentaux confirment qu'un tiers des aides techniques ne sont plus utilisées un an après leur attribution. Dans les études internationales, le taux d'abandon semble peu sensible à l'âge des utilisateurs, mais varie en fonction des catégories d'aides techniques. Par exemple, une étude canadienne montre un taux d'abandon à un an égal à 5 % pour les fauteuils roulants électriques.

Toutefois, si les résultats des études sont convergents, la poursuite de travaux demanderait de définir des standards pour qualifier les abandons (arrêt total de l'utilisation ? Utilisation deux fois moins fréquente que prévu initialement ? Arrêt de l'utilisation pour les activités et dans les contextes prévus initialement, mais poursuite pour d'autres choses ? etc.)

En complément de la fréquence, les causes des abandons sont aussi un sujet d'étude. Les abandons résultent d'une interaction complexe entre quatre types de :

1. Les facteurs personnels : âge, sexe, diagnostic, attentes propres, attentes du cercle social, acceptation du handicap, maturité émotionnelle et motivation interne, progression du handicap, gravité de l'incapacité, modification de la gravité du handicap, utilisation de dispositifs multiples ;
2. Les facteurs liés à l'aide technique : qualité ou apparence ;
3. Les facteurs liés à l'environnement d'utilisation : soutien du cercle social, barrières physiques, présence d'opportunités, procédures du marché pour les dispositifs ;
4. Les facteurs liés à l'intervention professionnelle : prise en compte des opinions des utilisateurs, instruction et formation, processus de provisionnement correct et installation, durée de la période de livraison, suivi du service.

⁶ Source : [Revue de littérature sur les modes de mises à disposition innovants des aides techniques](#)

1.1.3. Un accès aux aides techniques trop long et complexe

Les deux financements les plus fréquents pour les aides techniques sont l'assurance maladie obligatoire et les assurances santé complémentaires, mais de nombreux autres financements peuvent être mobilisés en complément.

La multiplicité des financements demande des démarches multiples et complexes aux personnes ou leur famille

Le système de financement est souvent et à juste titre qualifié de complexe et peu lisible.

En effet, les financeurs et les financements sont multiples. Ils ne sont pas tous accessibles à tous les âges ni selon les mêmes critères. Le périmètre des aides techniques prises en compte et les modes de calculs varient entre les différents financements.

Le tableau suivant montre les principaux financeurs d'aides techniques et les publics auxquels ils s'adressent.

–	AMO	Compléments AEEH	PCH	APA	AMC	Agefiph ou FIPHFP	Caisses de retraite	FDC	CF	Financements personnels
0 - 20 ans	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Si > 16 ans et en emploi	Non	Oui	Non	Si reste à charge
20- 60 ans	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Si > 60 ans	Si reste à charge
60 ans et plus	Oui	Non	Si handicap avant 60 ans	Oui	Oui	si encore en emploi	Oui	Parfois	Oui	Si reste à charge

Certains financements sont cumulables entre eux et d'autres s'excluent. L'ensemble est donc complexe et non lisible pour les personnes.

Aide à la lecture :

- AMO : assurance maladie obligatoire
- AEEH : allocation éducation enfant handicapé
- PCH : prestation de compensation du handicap
- APA : allocation personnalisée pour l'autonomie
- AMC : assurance maladie complémentaire
- FDC : fonds départemental de compensation
- CF : conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Règles de cumul entre les financements

Se cumule avec...	Remboursement au titre de l'assurance maladie	PCH AT	APA	Compléments d'AAEH	AGEFIPH ou FIPHP ou OETH	Complémentaire santé	FDC
Remboursement au titre de l'assurance maladie		oui	oui	oui	oui	oui	oui
PCH AT	oui		non	non	oui ⁽¹⁾	oui	oui
APA	oui	non		non	oui ⁽¹⁾	oui	oui ⁽²⁾
Compléments d'AAEH	oui	non	non		non	oui	oui ⁽²⁾
AGEFIPH ou FIPHP ou OETH	oui	oui ⁽¹⁾	oui ⁽¹⁾	non		oui	oui ^{(1) (2)}
Complémentaire santé	oui	oui	oui	oui	oui		oui
Fonds départemental de compensation	oui	oui	oui ⁽²⁾	oui ⁽²⁾	oui ^{(1) (2)}	oui	

(1): Uniquement pour les aides techniques utilisées conjointement dans la vie professionnelle et dans la vie privée (prothèses auditives par exemple).
 (2): En fonction du règlement intérieur départemental du fonds de compensation.

Source : *Accès aux aides techniques : élément 2 de la prestation de compensation du handicap. Guide d'appui aux pratiques des MDPH, CNSA, mars 2017.*

De plus, il existe peu d'automatismes dans la succession des financements et les liens entre financeurs.

Des démarches administratives doivent être faites par les personnes ou leurs familles auprès d'acteurs différents (CPAM, MDPH, CD, mutuelle, Agefiph...) et dans un ordre précis.

Le défaut de « passages automatiques » entre différents financeurs⁷ peut entraîner des latences entre le traitement de deux demandes et limite l'utilisation des informations déjà communiquées dans le « premier dossier ». Les démarches à faire par les personnes sont ainsi alourdies et complexifiées par :

- La multiplicité des guichets ;
- Les critères d'accès et de prises en charge (critères d'éligibilité, périmètre des aides techniques, modalités de calcul...) différents.

⁷ Il en existe juste entre LPPR et assurance santé complémentaire et entre PCH ou AEEH et FDC.

Les exigences de pièces administratives et de justificatifs du besoin et du choix des aides techniques différents. Le tableau suivant illustre les démarches que peut avoir à faire une personne auprès des quatre principaux financeurs pour le financement d'une aide technique.

Démarche	AMO *	PCH	AGEFIPH, FIPHFP, OETH (si l'AT est utilisée dans le cadre de l'emploi)	FDC
Démarche à faire	Aucune ou demande d'entente préalable par le PSDM	Dépôt d'une demande par la personne ou son représentant légal	Dépôt d'une demande par la personne si elle travaille dans le secteur privé ou par l'employeur si elle est dans le secteur public.	Dépôt d'une demande par la personne ou son représentant légal (parfois un courrier prérempli est transmis à la personne avec la notification de décision de la PCH)
Organisme à solliciter	CPAM ou MSA	MDPH	Délégation locale Agefiph ou FIPHFP ou OETH	MDPH
Pièces administratives et justificatifs à fournir	Envoi de la prescription, si besoin de l'attestation d'essais si fauteuil roulant électrique	Formulaire de demande + certificat médical + argumentaire (souvent ergothérapeutique) + devis (ou facture de moins de 6 mois)	Attestation de reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) + dossier à remplir en fonction des organismes	Dossier de demande (souvent simple courrier), justificatifs des revenus, justificatifs des différents financements. Les argumentaires et devis utilisés pour la demande de PCH sont le plus souvent utilisés.
Retour de l'organisme sollicité	Automatique ou réponse écrite à la demande d'entente préalable	Notification de décision par la CDAPH (MDPH)	Accord écrit	Accord écrit
Précision sur le paiement	Automatique : versement sur le compte de la personne ou tiers payant	Notification de paiement envoyée par le CD. La personne doit envoyer la facture acquittée pour le solde si montant attribué est élevé.	Paiement à la personne ou à l'employeur	Paiement par la MDPH. Envoi de la facture acquittée si le montant est élevé

À ces démarches, il faut ajouter la sollicitation de l'assurance santé complémentaire et la recherche des financements personnels en cas de reste à charge.

Ces éléments font peser une responsabilité et une charge importantes de la personne dans le dépôt et le suivi des dossiers.

Le manque d'informations claires et actionnables sur ces financements et démarches ne permet pas d'alléger cette charge et à l'inverse, est à l'origine « d'erreurs d'orientation » et d'abandons en cours de démarches. L'appui d'un travailleur social est régulièrement proposé aux personnes accueillies en SSR ou accompagnées dans le secteur médico-social. Toutefois, pour les professionnels des CICAT, SSR ou du médico-social aussi, le système de financement est compliqué à comprendre. Le défaut d'harmonisation des réponses d'un territoire à l'autre (CPAM, MDPH, CD) et le faible retour d'information aux prescripteurs et préconisateurs entravent encore la compréhension du système.

Les Technicothèques : un modèle d'organisation centrée sur les besoins des usagers

Les Technicothèques proposent un appui social en plus de l'accompagnement en réadaptation pour limiter les abandons de leur projet par les personnes. Un objectif d'économie circulaire est venu compléter ces premières ambitions.

Constatant qu'un quart des usagers demandant une PCH aides techniques ne conduisait pas leur projet à terme, la Maison de l'autonomie (MDA) du Maine-et-Loire et le Centre d'expertise national des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie (CENTICH) ont construit, à compter de 2014, une proposition permettant de lisser l'ensemble des difficultés des personnes dans l'accès aux aides techniques.

Cet accompagnement est accessible aux bénéficiaires de la PCH, personnes âgées de 60 ans (bénéficiaires de l'APA et hors APA) et les assurés de la CPAM en situation précaire. Modulaire et intervenant en subsidiarité des autres acteurs mobilisés, il permet, pour les personnes, de :

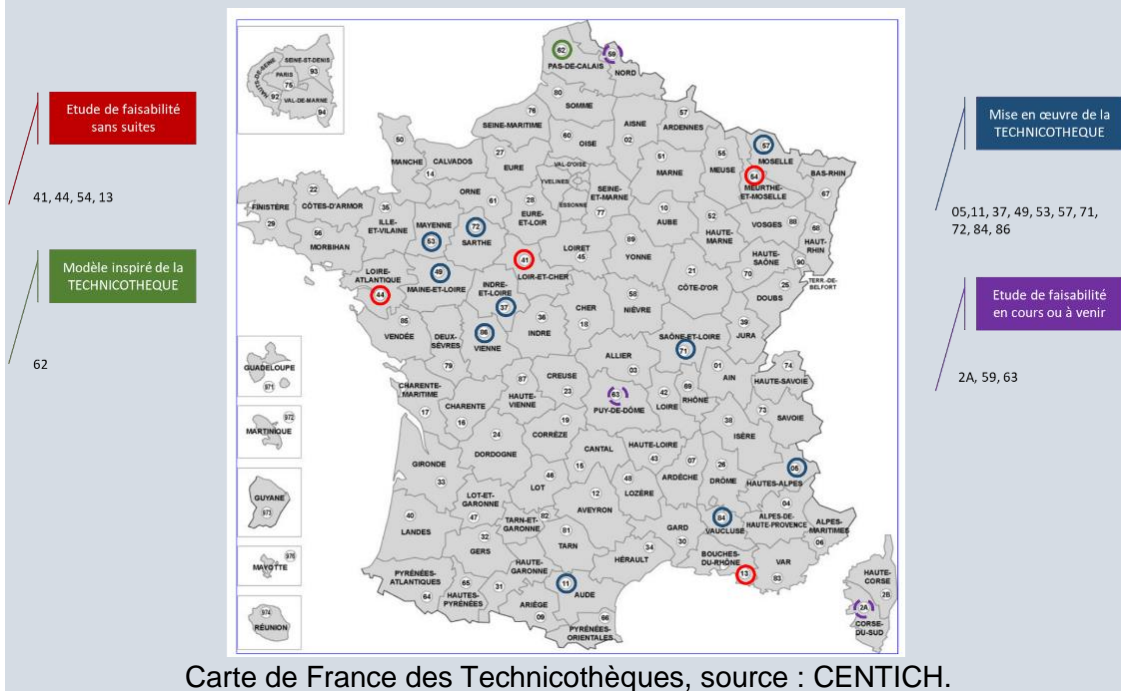
- Garantir l'accès à une information et une évaluation des besoins en aides techniques par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux, incluant des essais systématiques à domicile et un accompagnement à la prise en main ;
- Proposer un accompagnement administratif et social pour l'ensemble des démarches nécessaires au financement des aides techniques ;
- Donner un accès précoce aux aides techniques et lever les freins financiers : la Technicothèque achète le matériel pour le compte de la personne en attente des divers financements ;
- Faciliter l'accès à un micro crédit si nécessaire pour faire face au reste à charge.

Plusieurs années après, il est possible de tirer un bilan positif de la mise en place de la Technicothèque. Il est constaté une diminution des abandons des personnes en cours de démarches et une augmentation du recours aux aides techniques pour les bénéficiaires de l'APA. Les usagers expriment leur satisfaction à être accompagnés dans leur projet et à avoir un acteur « référent » qu'ils peuvent à nouveau solliciter en cas de besoins.

Cette proposition est intéressante pour pallier les nombreux obstacles pour les personnes dans le cadre actuel et donne une image de la situation cible souhaitée pour les personnes et leurs proches.

Actuellement, neuf départements mettent en œuvre le dispositif Technicothèque.

Toutefois, le poids de l'ingénierie de projet et des coûts de fonctionnement ont freiné l'essaimage de ce modèle dans d'autres départements. Le lissage des difficultés ne devra pas se substituer à la recherche de leur résolution dans un travail national pour une réponse plus sobre et pérenne pour tous.



Enfin, il est à noter que le cadre de prise en charge est encore plus flou pour les personnes accueillies en établissements ou qui vont y être orientées.

Les personnes en situation de handicap peuvent mobiliser plus de leviers pour financer leurs aides techniques, mais les délais d'accès sont pénalisants

Les délais pour accéder aux aides techniques peuvent être très réduits (cas des aides techniques peu onéreuses et fréquentes) ou aller jusqu'à 12 ou 18 mois pour les aides techniques onéreuses et plus rares.

Ces délais longs ont un impact majeur pour les personnes ayant des maladies évolutives et les enfants ou adolescents, et pour toutes les personnes en cas de transition : retours à domicile après hospitalisation, changement d'établissement scolaire ou de logement...

Trois étapes peuvent être à l'origine de délais pour accéder aux aides techniques :

- L'évaluation des besoins aboutissant à la prescription et/ou la préconisation,
- La recherche des financements,
- La commande et la livraison.

Les délais pour l'évaluation et l'établissement de la prescription ou la préconisation sont souvent majorés pour les aides techniques dont le financement est conditionné à une démarche particulière. Ce sera le cas pour les consultations pluridisciplinaires pour les prescriptions des fauteuils roulants électriques ou en cas de demande de PCH aides techniques. Ils ne sont pas les mêmes dans tous les territoires. Des solutions ont été mises en place localement pour les réduire sans compromettre la qualité des interventions.

Délégation de prescription des fauteuils roulants électriques (IRR de Nancy)

L'institut régional de rééducation et réadaptation (IRR) de Nancy (54) a établi avec l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Haute Autorité de santé (HAS) une délégation de prescription des fauteuils roulants et véhicules pour personnes handicapées par les médecins de médecine physique et réadaptation (MPR) aux ergothérapeutes formés à la prescription. Cette délégation de prescription est valable au sein du centre de rééducation pour les adultes de 18 à 70 ans connus de la structure et souffrant d'une affection neurologique centrale ou périphérique. Sa mise en place a été initiée pour réduire les délais d'attente des consultations. L'objectif visé est de passer de trois ou quatre mois d'attente à trois semaines maximum.

Plusieurs centres de rééducation ont pris attache avec l'IRR et étudient la possibilité de mettre en place la délégation de prescription dans leurs services.

La décision de délégation est prise par le médecin en concertation avec le cadre ergothérapeute. Pour les patients dont la situation demande un avis médical, la procédure habituelle avec le binôme de professionnels MPR et rééducateur est conservée. En cas de délégation, l'ergothérapeute en charge de la prescription peut interpeller à tout moment le médecin MPR.

« La consultation habituelle préalable à la prescription d'un VPH est multidisciplinaire (MPR + ergothérapeute). Les délais pour "mobiliser" ce binôme sont actuellement trop longs. La délégation de prescription (intervenant unique efficient et réactif) doit permettre pour un patient l'acquisition la plus rapide possible d'un VPH compensant la perte de mobilité. Ceci permettra :

- D'alléger la procédure tout en préservant la rigueur d'évaluation, la procédure d'essai, la prescription proprement dite, et la vérification de l'adéquation entre la prescription et le produit livré ;
- De responsabiliser et valoriser l'ergothérapeute, et labelliser une pratique déjà opérationnelle et efficiente ;
- De repositionner le délégant sur son cœur de métier. Ce dernier peut ainsi consacrer davantage de temps à des activités médicales spécifiques. »⁸

Parfois, les évaluations déjà réalisées ne sont pas communiquées aux financeurs ou ne sont pas reconnues par eux ce qui entraîne des doublons. Ces doublons sont des pertes de temps pour les personnes directement concernées, mais aussi pour les autres personnes nécessitant une évaluation par une embolisation des dispositifs.

Toutefois s'agissant des financements, les délais peuvent être plus longs encore pour les démarches et le traitement administratif des demandes. Ceci est d'autant plus vrai que les aides techniques sont onéreuses et les financeurs nombreux. Le plus souvent, les délais de traitement sont cumulatifs, certaines aides étant conditionnées par la réponse d'autres financeurs. Pour contourner ces délais, des personnes se « censurent » dans le choix des aides techniques et s'orientent vers des aides techniques entièrement prises en charge par l'assurance maladie et leur assurance santé complémentaire ou tout au moins vers des aides techniques moins chères.

⁸ Protocole de coopération entre professionnels de santé « délégation de la prescription des véhicules pour personnes handicapées (VHP) pour les adultes de 18 à 70.

En 2017, le délai moyen de traitement des demandes de PCH aides techniques était de 6,35 mois contre 5,61 mois tout élément confondu.⁹ Toujours en 2017, le délai moyen de traitement des dossiers en fonds départemental de compensation (FDC) pour des aides techniques était de 4,1 mois (41 MDPH répondantes) contre 4,4 mois tous besoins confondus.¹⁰ Ces deux délais se cumulent lorsqu'une aide du FDC est nécessaire.

Depuis 2016, les personnes peuvent acheter leur aide technique avant d'avoir déposé leur demande de PCH (jusqu'à 6 mois avant). Cette disposition est connue des représentants associatifs et des professionnels. Pourtant elle est inopérante lorsque le PSDM refuse de commander et livrer l'aide technique avant son paiement, ou *a minima* le versement d'un acompte, et que la personne ne peut faire l'avance des frais. Les Technicothèques permettent de réduire les délais avant l'accès aux aides techniques, mais ne couvrent que peu de personnes et majorent encore les coûts « non indispensables » liés à l'accès aux aides techniques.

Enfin la part des délais due au temps de la commande et la livraison des aides techniques est aussi majorée pour les aides techniques plus rares et personnalisées. Par exemple, si la plupart des fauteuils roulants sont assemblés en quelques jours et livrés au fur et à mesure des commandes, les modèles plus spécifiques sont fabriqués sur mesure. Les délais d'attente peuvent aller de plusieurs semaines à plusieurs mois.

1.1.4. Des restes à charges trop importants et imprévisibles

Un reste à charge après prise en charge légale trop souvent insupportable pour les personnes et leurs familles

La question du reste à charge doit être étudiée en tenant compte de la variété des aides techniques et de leurs coûts. Certaines aides techniques pour le repas coûtent moins de 10 €. De nombreuses aides techniques pour s'installer dans la douche ou le bain coûtent entre 35 et 200 €. Les plages braille ou les aides techniques pour la communication en face à face coûtent plusieurs milliers d'euros. Les fauteuils roulants électriques verticalisateurs spécialisés ou des bras robotisés coûtent plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Un autre élément est à prendre en compte pour comprendre le reste à charge : les rigidités des modalités d'accès aux aides techniques en France. En effet, l'accès aux aides techniques se fait d'abord par achat d'aides techniques neuves. Le financement doit être trouvé en une fois, avant l'accès à l'aide technique et ceci, quelle que soit la durée du besoin pour la personne, et que cette durée puisse être anticipée ou non.

Trois facteurs conditionnent le reste à charge :

- Le périmètre et les montants des prises en charge légales ;
- Les autres prises en charge existantes et leurs conditions d'accès
- Les prix pratiqués.

⁹ [Repères statistiques sur l'activité des MDPH en 2017](#), CNSA, janvier 2019.

¹⁰ [Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap \(FDC\) – données 2017](#), CNSA, 2019.

Les prises en charge légales ne couvrent pas toutes les aides techniques et peuvent laisser des restes à charges importants.

Des aides techniques ne sont pas prises en compte dans le périmètre des prises en charge légales. La liste des produits et prestations remboursables est centrée sur la mobilité (aides à la marche, fauteuils roulants, etc.) et des aides techniques pour le soutien à domicile (lits médicalisés, chaises garde-robres, etc.). D'autres activités sont absentes de la LPPR. C'est le cas par exemple de la toilette, ou de la communication en face à face (communication alternative améliorée ou traduction par écrit de la parole). Pour les activités couvertes, l'inscription à la LPPR porte sur une liste restrictive de produits et certaines listes sont en profond décalage avec l'offre. Par exemple, pour les transferts (passer d'un support à un autre), seuls les lève-personnes en location hebdomadaire sont inscrits à la LPPR alors qu'il existe toute une palette d'aides techniques aux transferts sécurisant les transferts pour la personne et les aidants tout en continuant à mobiliser les capacités motrices de la personne. Enfin, la LPPR prévoit des conditions restrictives pour le remboursement. Pour certaines aides techniques, des impossibilités de cumuls ou des fréquences minimales de renouvellement sont prévues. Si ces éléments sont des « garde-fous » nécessaires en population générale, ils peuvent être de véritables freins, notamment pour les personnes dont la situation évolue vite (personnes ayant des maladies évolutives, enfants, personnes âgées...). Autre exemple, des aides visuelles sont remboursées pour les personnes amblyopes jusqu'au vingtième anniversaire, mais plus après cet âge.

La PCH permet une plus grande prise en compte des aides techniques innovantes et peu fréquentes. En effet, pour les aides techniques hors LPPR, l'arrêté de tarification de la PCH propose une liste non limitative d'aides techniques. Cela permet l'intégration de nouvelles aides techniques ou catégories d'aides techniques au fur et à mesure de leur mise sur le marché sans démarches longues ou complexes pour les fabricants ou pour l'administration. Toutefois, il existe une « zone blanche » entre les produits inscrits à la LPPR et cette liste ouverte d'aides techniques. Pour ces produits, la réponse en PCH aides techniques sera obligatoirement un rejet. Les limites de cette « zone blanche » restent assez floues, mais parmi les aides techniques rejetées, on peut citer certaines prothèses ou fauteuils roulants de sports, des aides techniques à la mobilité ou des lits spécifiques.

L'APA à domicile permet la prise en charge des dépenses de toute nature contribuant au soutien à domicile de la personne¹¹. La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement et les arrêtés qui ont suivi¹² ont rappelé que les aides techniques font partie des éléments pris en compte. Pourtant, le périmètre et la tarification des aides techniques en APA ne sont pas précisés par des textes nationaux, rendant cette ouverture peu opérante. Dans les faits, certains Conseils départementaux ont établi des listes d'aides techniques et de tarifs pour l'APA sur leur territoire et d'autres non. Les listes départementales diffèrent sur de nombreux critères : liste ouverte ou fermée, prise en charge ou non d'aides techniques inscrites sur la LPPR, existence ou non de tarifs plafond, montant des tarifs. Dans certains départements aucune prise en charge n'est encore faite.

Des lectures restrictives sont parfois faites pour ces trois financements, certaines en lien avec des pressions ressenties par les préconisateurs et les instructeurs de la part des financeurs.

¹¹ Article L. 232-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹² Cf. article R. 232-8 du CASF.

Ces trois modalités financières ont des critères propres pour déterminer, en cas d'accord, le montant qui sera versé pour l'accès aux aides techniques. Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est lié aux tarifs et taux de prise en charge. Dans le cadre de la PCH, la prise en charge est conditionnée par :

- Les tarifs déterminés par arrêté,
- Le montant maximal attribuable à un bénéficiaire par durée de temps ; il est de 3 960 € pour une période de 3 ans exception faite des majorations de cette enveloppe prévues réglementairement pour les aides techniques ayant un tarif supérieur à 3 000 €.

Dans le cadre de l'APA, le montant financement financé dépend :

- Du taux de participation de la personne sur son plan d'aide,
- Des éléments arrêtés au niveau départemental (tarif par aides techniques ou montant maximal pour l'ensemble des aides techniques par exemple).
-
- L'étude de situations réelles montre que le reste à charge de la personne après cumul des prises en charge par l'assurance maladie et la PCH peut atteindre :
- 73 % du prix pour des fauteuils roulants manuels spécifiques ;
- 38 % du prix pour des fauteuils roulants électriques verticalisateurs.

À noter, les échanges sur les restes à charges sont focalisés sur des aides techniques très spécifiques et onéreuses parce que cela entrave fortement l'accès à ces aides techniques. Paradoxalement, les dépenses publiques globales pour ces aides techniques sont peu élevées en raison des faibles volumes correspondants. C'est le cas par exemple des fauteuils roulants électriques verticalisateurs qui représentent moins de 1000 unités par an France entière. La difficulté à faire face au reste à charge après les prises en charge légales peut entraîner la recherche de financements multiples, une autocensure dans le choix de l'aide technique ou des non-recours.

Le reste à charge final pour les personnes en situation de handicap peut être réduit en mobilisant plus de financeurs

Différents types de prises en charge sont possibles en plus des financements par l'assurance maladie, la PCH et l'APA.

Les assurances santé complémentaires et les assurances dépendances peuvent intervenir par deux voies :

- Les prises en charge contractuelles ;
- Les prises en charge dans le cadre de l'action sociale (ce qui peut demander de faire une démarche supplémentaire à la personne).

Malgré plusieurs sollicitations, la mission n'a pas réussi à obtenir des données sur les remboursements d'aides techniques par les assurances-santé complémentaires et les assurances dépendance. Les seules données obtenues concernées les prises en charge dans le cadre de l'action sociale d'une assurance santé complémentaire. En tout état de cause, il semble difficile de brosser aujourd'hui un portrait des conditions et montants de remboursements des assurés dans le cadre des contrats. Ce champ mériterait pourtant d'être plus connu.

L'association de gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) ou le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) peuvent intervenir si l'aide technique est utilisée dans le cadre professionnel. L'agence nationale de l'habitat (Anah) peut intervenir si les aides techniques sont en direct avec des aménagements de logement financés. Les aides de l'Anah sont destinées aux habitants du parc privé et tiennent compte des ressources des personnes.

Enfin, chaque MPDH a obligation de gérer un fonds départemental de compensation (FDC) qui a vocation à réduire les restes à charge des personnes pour la compensation. Le FDC est défini à grandes lignes dans le code de l'action sociale et des familles. Une grande autonomie est laissée au niveau local, notamment par défaut de publication des textes d'application du cadre législatif. Les contributeurs au FDC, les budgets annuels disponibles et les règlements d'attributions varient donc en fonction des départements. Le FDC est une « prestation râteau ». Il intervient après tous les autres financeurs. Pour toutes les personnes ayant eu un accord en PCH aides techniques, le FDC peut intervenir. Dans ces situations, il peut supprimer ou fortement réduire le reste à charge même pour des aides techniques onéreuses.

Montants et part des prises en charge légales et extralégales et du reste à charge à partir de deux situations réelles d'achat d'un fauteuil roulant

Besoin de la personne	Prix du fauteuil roulant	Montant remboursé par l'assurance maladie	Montant attribué en PCH	Total des PEC légales	Reste à charge après prises en charge légales	Total des prises en charge extralégales	Reste à charge final
Situation A – fauteuil roulant de sport utilisé en VQ, en valeur absolue	4 141,00 €	558,99 €	558,99 €	1 117,98 €	3 023,02 €	2894,62 €	128,40 €
Situation A – fauteuil roulant de sport utilisé en VQ, en pourcentage	100,00 %	13,50 %	13,50 %	27,00 %	73,00 %	69,90 %	3,10 %
Situation D. fauteuil roulant électrique verticalisateur avec assise adaptée, en valeur absolue	22 440,04 €	6 025,85 €	7 780,98 €	13 806,83 €	8 633,21 €	5259 €	3 374,21 €
Situation D. fauteuil roulant électrique verticalisateur avec assise adaptée, en pourcentage	100,00 %	26,85 %	34,67 %	61,53 %	38,47 %	23,45 %	15 %

Source : CNSA.

À noter, la réduction du reste à charge final par la mobilisation des aides extralégales :

- Concerne les personnes en situation de handicap, mais ne s'applique pas ou moins aux personnes âgées pour lesquels les non-recours seront plus fréquents ;
- Est d'autant plus vraie que les aides techniques visées sont « connues » ; les personnes auront donc plus de difficultés à faire financer des aides techniques pour la communication alternative améliorée que des fauteuils roulants par exemple ;
- Nécessite des démarches longues et compliquées par la personne et sa famille, souvent qualifiée de « parcours du combattant ».

Ces montages financiers ne sauraient donc, même en les ouvrant aux personnes âgées constituer une solution souhaitable.

L'AFM a réalisé trois études, en 2011, 2014 et 2019, sur le reste à charge des personnes pour l'achat de fauteuils roulants électriques.¹³

Ces études sont basées sur l'analyse de dossiers de malades neuromusculaires. Ces malades ont très souvent besoin de fauteuils roulants très spécifiques pour garantir leur mobilité et d'un positionnement et des changements de positions leur permettant d'être mieux installés au quotidien pour réaliser des activités et prévenir des complications. Ces fauteuils roulants font partie des plus onéreux. L'AFM a mis en place des consultations pluridisciplinaires pour les malades neuromusculaires qui garantissent notamment la justesse du choix des fauteuils roulants électriques.

L'étude AFM de 2019 portait sur 561 dossiers et arrive aux conclusions suivantes.

« Les financements légaux : assurance maladie (LPPR), prestation de compensation du handicap (PCH), et allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) couvrent seulement 60 % en moyenne du coût des fauteuils roulants électriques. [...] Après intervention des financements légaux de l'assurance maladie et de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) (hors fonds de compensation du handicap), le restant à charge moyen est de 10 926 € (8 772 € pour les fauteuils roulants électriques non-verticalisateurs et 15 923 € pour ceux avec verticalisateurs). »

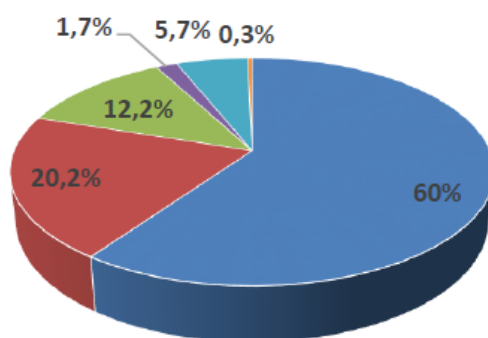
« Après intervention des financeurs publics et de tous les financeurs privés (mutuelles, institutions de prévoyance, associations hors AFM...), le restant à charge moyen est de 1 537 €. S'il est nul dans certains cas, il peut être très élevé dans de nombreux autres. Pour 20 %, il est supérieur à 2 393 €. »

« Le coût moyen d'un fauteuil roulant électrique non-verticalisateur est de 21 462 € et d'un fauteuil roulant électrique verticalisateur est de 32 226 €. [...] Entre l'étude de 2011 et celle de 2019, les FRE non-verticalisateurs ont augmenté en moyenne de 23 % et les FREV de 26 %. »

Répartition des financeurs pour 561 dossiers de fauteuils roulants électriques de malades neuromusculaires entre 2014 et 2018

¹³ Source AFM : fauteuils roulants électriques, les restants à charge pour les familles, note de synthèse de l'étude de 2019.

Répartition des financeurs sur le cumul 2014-2018



- financements légaux
- financements extra-légaux
- participation des assurances complémentaires et organismes de prévoyance
- divers
- aide de l'AFM-Téléthon
- RAC familles

Source AFM : fauteuils roulants électriques, les restants à charge pour les familles, note de synthèse de l'étude de 2019.

Après la recherche de financements complémentaires, 42 % des familles arrivent à un reste à charge nul pour l'achat de leur fauteuil roulant électrique. Toutefois, ces démarches sont longues et complexes ; elles peuvent s'étendre sur plus d'une année. Dans 29 % des situations, les assurances santé complémentaires ne sont pas intervenues. Les Fonds départementaux de compensation (FDC) interviennent de façon très inégale, en lien avec les règlements intérieurs qui sont établis par départements.

En dehors de quelques exceptions, les prix des aides techniques ne sont pas régulés ce qui entrave le travail de réduction du reste à charge

Dans le cadre de la LPPR, les prix des aides techniques peuvent être encadrés par des prix limites de vente. Ces prix limites de vente doivent être respectés pour que l'assurance maladie intervienne. C'est le cas des scooters pour personnes à mobilité réduite, mais non des fauteuils roulants. Le prix limite de vente est négocié entre le Comité économique des produits de santé (CEPS), les fabricants et les PSDM en même temps que le tarif. Pour être réalisé, ce travail demande d'avoir un produit ou un ensemble de produits suffisamment homogène.

En dehors de cette situation, il n'existe aucun système de régulation des prix donc de moyen efficace de plafonner le reste à charge. Pourtant, des tendances inflationnistes sont régulièrement signalées par des associations ou des professionnels. Elles concernent le prix des aides techniques ou l'orientation vers des aides techniques plus chères sans qu'une plus-value fonctionnelle pour la personne soit identifiée.

Ce dernier point correspond par exemple à la proposition d'options non indispensables ou à l'orientation vers un appareil dédié plutôt qu'un appareil grand public qui apporterait une compensation adaptée à la personne. ¹⁴.

L'affirmation des tendances inflationnistes sur les prix s'appuie sur la comparaison des prix en France et à l'étranger ou sur différents territoires français. Ces effets peuvent être majorés sur les marchés de niches (France entière) ou les territoires moins couverts par les distributeurs.

L'association Handi-actif dénonce l'écart de prix entre des points de vente français et étrangers pour les mêmes matériels. La comparaison des prix sur les sièges automobiles grand public et adapté présentée ci-dessous est un des exemples transmis par leurs soins.

Le CYBEX

239,95 €

Le siège auto CARROT de Schumann

2 532 €

Source : Handi-actif

Un financement qui privilégie l'achat et le produit sur l'usage

La rigidité du système reste vraie une fois l'aide technique acquise. En effet, le plus souvent les personnes n'ont d'autres choix dans le secteur marchand que de s'orienter vers l'achat d'aides techniques neuves. Cette « obligation de fait » d'achat neuf apparaît clairement lorsqu'il s'agit de répondre à un besoin dont la durée est déterminée *a priori* et est bien inférieure à la durée de vie prévisible du matériel. Ce peut être le cas en l'attente de travaux d'aménagement du logement ou d'un déménagement, le temps d'une formation ou d'un contrat de travail à durée déterminée, sur les derniers mois d'une grossesse...

Si l'achat est possible, la personne n'aura plus l'usage de l'aide technique après quelque temps et n'aura probablement pas de solution organisée en proximité pour se défaire de l'aide technique. À noter aussi, le reste à charge lorsqu'il existe devra être pensé au regard du prix et des financements obtenus pour l'aide technique, mais aussi au regard de la durée d'usage par la personne.

Parfois, l'engagement sur une durée longue que représente l'achat entrave le projet de la personne. Les personnes ayant un handicap évolutif ou les parents d'un enfant handicapé seront bien sûr concernés. Ce sera aussi le cas pour les personnes ayant besoin d'un apprentissage long de l'aide technique avant de pouvoir valider le projet.

¹⁴ Tout l'éventail des aides techniques a un intérêt et doit pouvoir être mobilisé pour répondre aux besoins de l'ensemble des personnes, mais dans certaines situations, des appareils grand public utilisés de façon adaptée peuvent apporter plus de fonctionnalités que des appareils spécialement conçus. Le choix doit être à la main du « binôme personne-professionnels de santé » sur la base d'une information neutre et fiable et non à la main des acteurs du secteur marchand.

Un exemple donne la mesure de la perte de chance que peut entraîner l'absence d'alternative à l'achat neuf pour certaines aides techniques. L'équipe d'un service accueillant des personnes en état pauci relationnel souhaitait utiliser un appareil de communication à commande oculaire pour stimuler une patiente et savoir à terme si une communication serait possible en utilisant l'appareil. Toutefois, un achat semblait compliqué au regard du coût de cette aide technique et sans avoir de vision à long terme sur le projet. Une location sur six mois avec renouvellement ou achat en fonction des résultats était envisagée. La location n'a pas été faite faute de solution proposée par le secteur marchand.

1.1.5. Des réponses du secteur marchand pas toujours adaptées et de qualité variable

Une autre difficulté est souvent rapportée par les personnes, les associations représentant les personnes handicapées et les professionnels : la qualité de service des distributeurs. En plus des problèmes pour avoir des essais, le service au moment de la vente ou pour la mise en œuvre de la garantie et le service après-vente peuvent être défailants. Par exemple, les délais de réparation des blocs-notes brailles sont souvent de plus d'un mois et les vendeurs ne proposent pas de prêts. Les situations plus fréquemment citées concernent les fauteuils roulants électriques.

C'est en réaction à des difficultés de ce type que le collectif Handéo a mis en place un label sur la qualité de service associée à la vente d'une aide technique à la mobilité.

Label Cap'Handéo Aides techniques

Rédactrice : Aurélie Pierre-Léandre, Directrice Cap'Handéo.

Un collectif engagé dans la qualité de services d'aides techniques

Le label Cap'Handéo Aides techniques a pour objectif d'améliorer la visibilité des prestataires proposant un service de qualité adapté aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap à tous les âges de la vie et quel que soit la cause du handicap.

Partageant les constats mis en évidence par une audition publique de 2007 et un rapport de l'IGAS de 2013 portant sur le sujet des aides techniques, ainsi que les personnes concernées, l'APF, l'AFM-Téléthon, l'ANFE, le CERAH, le CEREMH, la FNAR, la Fédé PSAD, le SNADOM, l'UFAT et l'UNPDM se sont réunis pour former un Collectif représentatif du secteur des aides techniques.



Pour des engagements de service adaptés et respectés

Le label s'appuie sur un référentiel composé de 19 caractéristiques. Ce référentiel a été rédigé pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap et personnes âgées lors de l'acquisition d'une aide technique sur la base d'une étude réalisée en 2015 à la demande du Collectif et d'Handéo. Il s'appuie sur l'expertise de professionnels du secteur des aides techniques (prestataires, fabricants, ergothérapeutes...). Les prestataires candidats au label s'engagent à apporter une qualité de service correspondant aux exigences du référentiel depuis l'avant-vente jusqu'à l'après-vente : accueil, information, formation du personnel, coopération entre acteurs impliqués dans la prescription, essai des aides techniques, service après-vente...

Il vise une meilleure lisibilité des prestataires d'aides techniques impliqués dans une démarche de qualité.

Pourtant, les personnes, parfois clients captifs d'un prestataire qui propose le matériel dont ils ont besoin, n'osent pas toujours faire valoir leurs droits de consommateurs. En 2009, l'APF et l'UFC que choisir ont publié un guide d'information sur ces aspects à l'attention des personnes.



Source : APF¹⁵.

Ces difficultés pour les personnes qui sont liées au secteur marchand appellent une analyse de l'offre de façon plus globale.

¹⁵ [Consommateurs en aides techniques : guide des droits et devoirs](#)

1.2. Un secteur marchand difficile à appréhender et qui ne répond pas toujours à l'évolution des besoins et attentes

Le secteur marchand comprend deux grands types d'acteurs : les fabricants et importateurs et les acteurs de la distribution. Globalement ces deux secteurs, fabrication et importation d'aides techniques d'une part et distribution aux particuliers et établissements d'autre part, sont mal connus. En particulier, la réalité financière du secteur (part de marché des différents acteurs, constructions des coûts des aides techniques et des services...) est difficile à connaître. Naturellement discrets sur ces aspects, les fabricants et distributeurs ne sont pas tenus de rendre des comptes¹⁶ en dehors d'échanges avec le comité économique des produits de santé (CEPS). En effet, la connaissance et le contrôle des acteurs en présence sont trop peu organisés et réalisés. En plus des effets possibles sur les dépenses publiques, cet état a des conséquences sur la qualité des services proposés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

Les acteurs de la distribution peuvent eux-mêmes être distingués entre des acteurs « traditionnels », largement majoritaires, et un nouveau type d'entrants issus du secteur associatif ou de l'économie sociale et solidaire proposant une offre d'aides techniques remises en bon état d'usage ou de services pour prolonger la durée d'usage des aides techniques en gardant de bonnes performances.

Malgré la création d'une filière en « Siver économie » en 2013 et la présence de quelques usines notables et de start up, la fabrication des aides techniques en France ne représente pas un secteur fort.

1.2.1. Des PSDM avec des missions peu définies, et offrant des prestations de qualité variable et dans un ensemble qui reste opaque

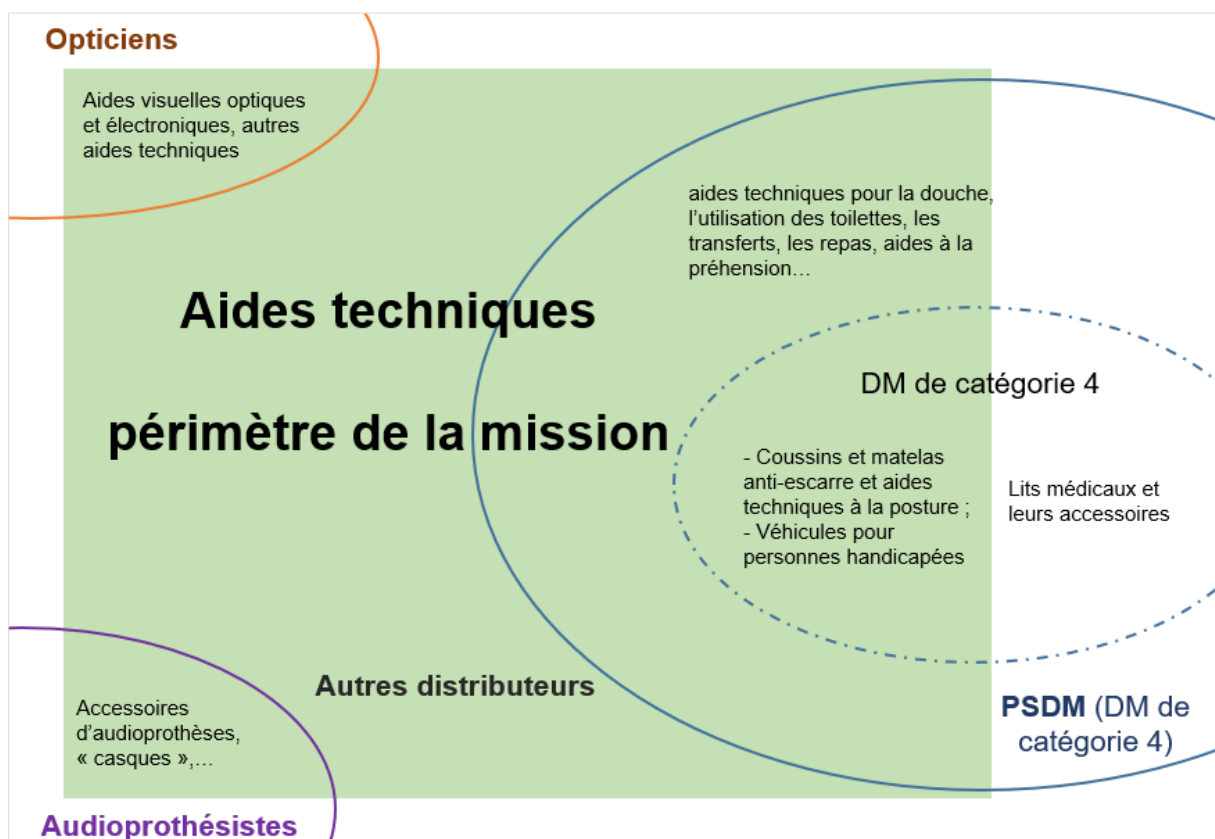
Les acteurs de la distribution des aides techniques sont variés ce qui rend la compréhension et l'organisation du secteur d'autant plus complexe

Le rapport « Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel » publié par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en juillet 2020 dresse le paysage des PSDM et établit des recommandations. La plupart de nos constats et propositions convergent avec les leurs. Les quelques différences sont essentiellement liées à la différence des champs couverts dans ces deux missions. La mission IGAS traite de l'ensemble des PSDM et de leurs activités.

¹⁶ À noter, l'avancée par l'article « de transparence obligatoire » L. 165-2-2 du CSS, dont la partie réglementaire est en cours d'élaboration.

Le recouplement avec la mission aides techniques ne concerne que les activités de maintien à domicile, soit les dispositifs médicaux de catégorie 4. À cela, il convient d'ajouter la commercialisation par les PSDM des aides techniques non inscrites sur la LPPR (aides techniques pour la douche ou le repas par exemple). Enfin, d'autres acteurs viennent compléter le paysage de la distribution des aides techniques :

- Des distributeurs n'ayant pas le statut de PSDM parce que ne commercialisant aucune aide technique inscrite à la LPPR (aides électroniques pour la communication et le contrôle d'environnement par exemple) ;
- Les audioprothésistes pour certains accessoires des audioprothèses ou pour des aides techniques compensant la perte auditive (casques audio adaptés par exemple) ;
- Les opticiens pour une part des aides visuelles ;
- L'arrivée récente de nouveaux acteurs, le plus souvent issus de l'économie sociale et solidaire ou associatifs.

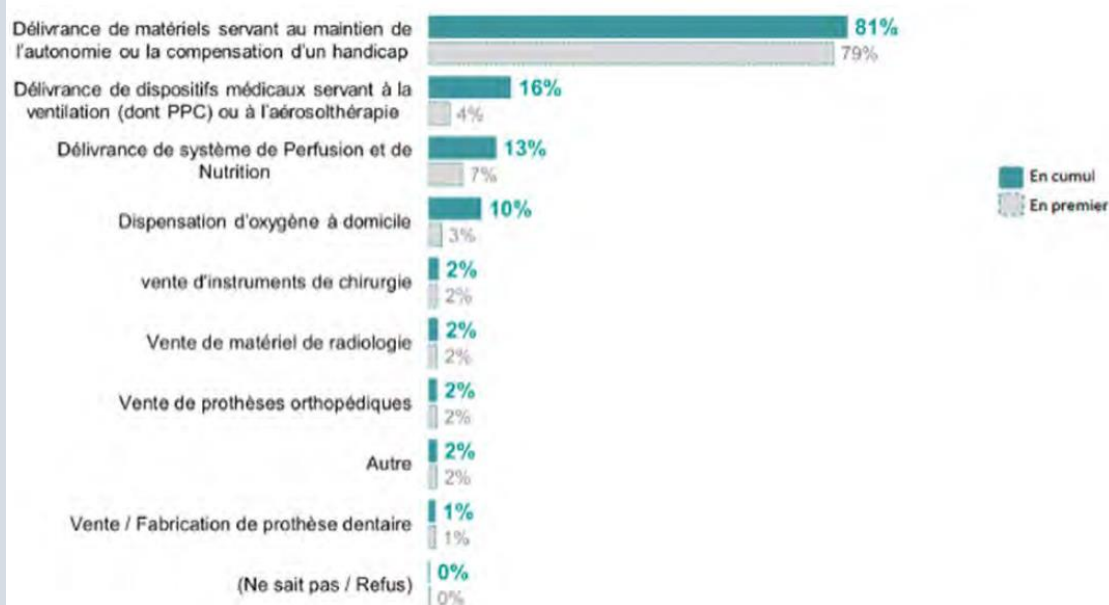


Source : mission aides techniques.

Quelques éléments issus du rapport IGAS

Dans un paysage général des PSDM qui se concentre depuis plusieurs années, le secteur du maintien à domicile se caractérise par une part plus importante de petites et très petites entreprises. En exception, un groupe, Bastide médical, est coté en Bourse.

Pour 79 % des entreprises, l'activité principale est centrée sur le maintien à domicile.



Source : « Rapport de la branche professionnelle du négoce et des prestations de services dans les domaines médico-techniques », cabinet OBEA, avril 2019.

Source : rapport IGAS « missions des prestataires et services distributeurs de matériels », juillet 2020

Le secteur des PSDM, pris dans son ensemble est un secteur dynamique avec 5,5 % de croissance annuelle moyenne entre 2009 et 2018. Cette croissance est d'abord portée par un effet volume et dans une moindre proportion par un glissement vers des produits et prestations plus onéreuses. Les remboursements au titre de la LPPR correspondent à 10 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville. Sur la période de 2012-2017, l'augmentation de ces dépenses par l'assurance maladie est de + 31 % (soit 1,4 Mds € supplémentaire).

À l'exclusion de l'oxygénothérapie, soumise à autorisation des ARS, le cadre réglementaire définissant l'activité et installation des PSDM est léger. La forte croissance du marché et la grande souplesse du cadre réglementaire sont deux facteurs explicatifs du développement de structures de petite taille ces quinze dernières années.

Pour le maintien à domicile, les marges sont sensiblement moins élevées que dans les autres secteurs (insulinothérapie, oxygénothérapie et traitement de l'apnée du sommeil) en raison de prestations moins nombreuses et moins rémunératrices. Pour autant, il ne faut pas négliger le poids du maintien à domicile dans l'activité globale des PSDM et dans les dépenses de l'assurance maladie. Par exemple les lits médicaux sont en septième rang des produits et prestations engageant le plus de dépenses par l'assurance maladie en sachant que les dix premiers produits et prestations représentent 71 % des dépenses. Enfin, le rapport mentionne les « perspectives de développement sur le champ des aides techniques, que ce soit pour les personnes âgées dépendantes ou pour les personnes handicapées. »¹⁷

¹⁷ Rapport IGAS, page 33.

Sur l'organisation du secteur et les éléments favorables à la qualité, le rapport fait état des points suivants. La réglementation actuelle porte essentiellement sur les dispositifs médicaux et le cadre d'intervention des PSDM proprement dit est peu précis. Les salariés des PSDM, en dehors des professionnels médicaux, sont souvent peu formés. Et malgré la soumission récente à la loi « anti cadeau », les pratiques (publicité, lien avec les prescripteurs...) sont peu encadrées. Enfin, le secteur est mal connu et peu contrôlé. Les acteurs locaux (CPAM notamment) peuvent avoir une bonne connaissance du secteur, mais pas de moyens de contrôle. Le CEPS a une connaissance générale du secteur, mais ses missions sont principalement centrées sur la régulation des dépenses de l'assurance maladie et non les pratiques et la qualité de service.

Les distributeurs n'ayant pas le statut de PSDM ne sont pas soumis aux obligations prévues pour ces acteurs dans le code de santé publique. Ainsi, le cadre d'intervention de ces distributeurs non PSDM est seulement défini par le code de la consommation, comme pour tout commerçant. Dans les travaux de la mission et bien que ces dispositions ne leur soient pas opposables, les règles professionnelles¹⁸ et règles de bonnes pratiques¹⁹ des PSDM ont été considérées comme une base de référence pour réfléchir l'activité de tous les distributeurs d'aides techniques.

Un flou entre missions des distributeurs et des prescripteurs est à l'origine de défiances entre les acteurs et possiblement de dérives dans les solutions proposées aux personnes

Alors que les missions des PSDM devraient être centrées sur prestations techniques et logistiques, dans les faits, ils sont régulièrement le premier et le dernier recours des personnes pour s'informer sur les aides techniques par manquement d'accompagnement organisé et accessible. En floutant les lignes entre professionnels de la santé et distributeurs, cet état peut avoir un effet inflationniste sur les dépenses et une baisse de la confiance entre les acteurs : prescripteurs ou préconisateurs, distributeurs et financeurs.

Pourtant, les missions entre les PSDM et les professionnels et structures de santé²⁰ sont définies par la réglementation.

Les obligations des PSDM ont été définies par le [décret 19 décembre 2006](#).

Les extraits suivants clarifient les missions des PSDM par rapport à celles des prescripteurs et préconisateurs. Les règles professionnelles comprennent les points suivants.

« Il leur est interdit toute pratique qui risquerait de compromettre l'indépendance de l'équipe médicale en charge de la personne malade ou handicapée vis-à-vis de sa liberté de prescription. »

« Le prestataire de services et le distributeur de matériels respectent le droit de la personne [...] de s'adresser au professionnel de santé de son choix. Il leur est interdit de calomnier un professionnel de santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. »

¹⁸ Articles D. 5232-4 à D. 5232-9 du code de santé publique.

¹⁹ Articles D. 5232-10 à D. 5232-15 du code de santé publique.

²⁰ L'annexe 7 présente des éléments réglementaires sur les missions et compétences des professionnels et des structures de santé.

« Lorsque la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap est prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire, le prestataire de services et le distributeur de matériels établissent avec les membres de cette équipe une coopération dans l'intérêt de cette dernière et de son entourage. »

Les règles de bonnes pratiques incluent les éléments ci-après.

« Lorsqu'elles existent, le prestataire de services et le distributeur de matériels se conforment à la prescription et à la préconisation de matériel émise par l'équipe pluridisciplinaire [des MDPH]. »

« Afin de délivrer le matériel le plus adapté aux besoins de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap, le prestataire de services et le distributeur de matériels demandent au prescripteur ou à l'équipe pluridisciplinaire chargée d'établir un plan personnalisé de compensation tout complément d'information qu'ils jugeraient nécessaire, notamment lorsqu'ils estiment être insuffisamment éclairés sur l'évolution de la pathologie de la personne. Le prestataire de services et le distributeur de matériels informent, le cas échéant et selon le matériel délivré, le prescripteur ou l'équipe pluridisciplinaire précitée sur le matériel délivré à la personne en vue de son suivi.

Dans le cas où le prestataire de services et le distributeur de matériels ne seraient pas en mesure de délivrer le matériel et le service adaptés à la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap, ils en avertissent immédiatement la personne ou son entourage, s'il y a lieu, et l'informent qu'elle est libre d'avoir recours à un autre prestataire ou distributeur susceptible de répondre à ses attentes. »

Pour les préconisateurs réguliers (médecins et ergothérapeutes de SSR, de MDPH ou de CICAT par exemple), les rôles théoriques sont clairs et cohérents avec le cadre d'exercice. Mais, dans les faits cette nécessaire distinction entre l'évaluation, le conseil, l'accompagnement au choix d'une part et les interventions des acteurs commerciaux n'est pas toujours vraie ni possible.

La restriction des modèles accessibles en essai, des « messages alternatifs » en direction des personnes ou des devis insuffisamment précis ou non conformes aux préconisations sont autant de pratiques commerciales dénoncées régulièrement par les professionnels de santé²¹. Néanmoins, le recours aux services des distributeurs est cité par les professionnels de santé pour pallier les limites de leurs interventions : manque d'information neutre d'intérêt commercial, impossibilité de se rendre sur les lieux de vie de la personne ou de proposer un suivi à court, moyen ou long terme.

Ces deux raisons entretiennent l'acceptation par les professionnels d'un pis-aller dans leur travail avec les distributeurs pour équiper les personnes dans les conditions actuelles, mais ne permettent pas toujours de créer une relation de confiance.

Pour les préconisateurs ou les prescripteurs moins réguliers ou spécialisés, le recours à une liste d'aides techniques et d'options transmise par le PSDM peut être la norme. Les premiers patients concernés sont les personnes âgées accompagnées en médecine de ville voire dans des établissements et services n'ayant pas de missions spécifiques en réadaptation ou préparation du retour à domicile.

²¹ Lors d'une enquête, les professionnels des MPDH ont exprimé avoir des difficultés dans leurs relations partenariales avec les PSMD et revendeurs (cf. annexe 7).

Ce décalage entre les textes et les faits trouve son origine dans les manquements financiers organisationnels de l'accompagnement des personnes par les professionnels et structures de santé, mais peut aussi être cultivé par les distributeurs qui gardent ainsi la main sur le contenu des aides techniques et prestations commandées. En effet, certains PSDM proposent de façon ouverte de prendre le relais de l'équipe médicale pour la préparation du retour à domicile après une hospitalisation. Ces prescriptions sans évaluation portent le plus souvent sur des aides techniques intégralement remboursées par l'assurance maladie : location hebdomadaire ou achat de fauteuil roulant manuel, déambulateurs, chaise-garde-robe et location hebdomadaire d'un lit médicalisé et achat d'un matelas anti-escarre.

Il est raisonnable de penser que les besoins d'équipement en aides techniques ont augmenté ces dernières années en lien avec le creusement entre espérance de vie et espérance de vie sans incapacité, les retours aux domicile plus précoces après hospitalisations et les entrées plus tardives en établissement. Ils devraient d'ailleurs continuer à augmenter dans les années à venir. Pourtant, il est tout aussi raisonnable de penser qu'une part des aides techniques prescrites, vendues ou louées et remboursées n'ont pas « servi » les personnes. Les témoignages des professionnels de santé et de l'aide à domicile et la typologie des aides techniques collectées par les acteurs de l'économie circulaire obligent à interroger le modèle en place pour aller vers plus de pertinence, notamment sur les aides techniques les plus simples.

La mission reconnaît la nécessité de cadrer l'utilisation et le remboursement des aides techniques pour éviter des utilisations non efficaces ou efficientes ou, pire, qui iraient contre l'autonomie et la qualité de vie des personnes. Cependant, l'utilisation du seul levier réglementaire sur les spécifications techniques et les indications de prescription ne sauraient représenter les seules réponses dans un travail à moyen et long terme.

Une hétérogénéité de la qualité de l'offre en particulier le service après-vente

Les délais pour les réparations et l'absence de prêt d'un matériel de remplacement sont fréquemment cités comme très pénalisants pour les personnes. Un ensemble d'éléments, dont les compétences et les moyens rapidement disponibles par les distributeurs sont à interroger. Par exemple, il n'existe pas, à notre connaissance d'organisation territoriale entre PSDM pour mettre en place des permanences pour des interventions plus rapides en cas de panne pour les aides techniques inscrites à la LPPR.

Au-delà, d'autres pratiques plus gênantes sont rapportées par les associations de personnes en situation de handicap et les professionnels de la santé. Par exemple des devis ne mentionnent qu'une partie des éléments relatifs à la prise en charge LPPR alors que c'est obligatoire. Des devis différents peuvent être faits pour une même aide technique avec des prix « gonflés » si la mutuelle de la personne propose une prise en charge élevée. Ou alors, la prescription ou les préconisations de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ne sont pas respectées. Enfin, des exemples sont aussi donnés de délivrance non conforme.

Ces manquements à la réglementation ne sont pas à généraliser, mais l'absence de contrôle des PSDM et autres distributeurs n'encourage pas l'amélioration de la qualité de service pour les personnes. Il est impossible de connaître l'étendue de ces pratiques. Pourtant, l'ensemble des acteurs, PSDM compris souhaiterait voir se renforcer ces contrôles, garants d'un seuil de qualité de l'offre.

Sur certains territoires et en particulier en zone rurale, un seul prestataire, parfois extérieur au département, propose certaines marques ou modèles d'aides techniques. Les personnes sont alors privées de choix pour leur prestataire et deviennent des clients captifs. À la décharge des prestataires, le décret de décembre 2006 indique que les PSDM « ne délivrent que les catégories de matériel dont ils ont les connaissances, l'expérience et la pratique régulière. »²²

Le décret du 19 décembre 2006 prévoit que les PSDM doivent disposer de personnels compétents en distinguant :

- Deux types de professionnels : ceux aux contacts des personnes, nommés personnels intervenants et ceux chargés de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique, nommés personnels garants.
- Quatre catégories de dispositifs médicaux dont la dernière catégorie correspond notamment aux aides techniques.

Les deux types de professionnels, intervenants et garants, doivent suivre une formation. Pour les aides techniques (qui appartiennent aux dispositifs médicaux de catégorie 4), aucune autre formation que celle définie par arrêté n'est obligatoire. Les formations obligatoires sont définies par arrêté²³. Ces formations sont très courtes et peu approfondies. Par exemple sur l'hygiène et la sécurité, la formation des professionnels intervenants est d'une journée ; elle est d'une journée ou une demi-journée pour les professionnels garants selon qu'ils sont ou non professionnels de santé.

Thématique	Durée pour les professionnels garants	Durée pour les professionnels intervenants
Contexte réglementaire	Une demi-journée	Une journée
Environnement professionnel	Une journée	Une journée
Hygiène et sécurité	Une journée	Une journée pour les non-professionnels de santé. Une demi-journée pour les professionnels de santé
Intervention auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap	Une journée	Une journée pour les non-professionnels de santé. Une demi-journée pour les professionnels de santé
Total	Trois jours et demi	Quatre jours pour les non-professionnels de santé. Trois jours pour les professionnels de santé

Cette formation ne porte pas sur le matériel et les prestations.

²² [Décret n° 2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap](#)

²³ [Arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap](#)

C'est en janvier 2019 seulement qu'a été créé un titre professionnel de technicien d'équipement d'aide à la personne²⁴ pour les professionnels intervenants. L'année précédente, une formation de technicien d'équipement d'aide à la personne sur quatre mois était aussi mise en place dans centre de formation pour adulte du Grand Est²⁵. Cette avancée est intéressante, mais ne résout pas l'ensemble des difficultés pour les aides techniques puisque le prisme est celui du matériel pour le maintien à domicile et des fauteuils roulants « seulement ».

En effet, la situation chez les distributeurs non PSDM est encore plus hétérogène. Par exemple, il existe des sites de vente par correspondance d'aides techniques qui ne proposent pas ou très peu d'intervention sur les lieux de vie (montage, réparations...). À l'inverse, des distributeurs se sont spécialisés sur des aides techniques très spécifiques et proposent des formations aux personnes et aux professionnels sur leurs produits.

Les fabricants déplorent le manque de formation des PSDM. En effet, la très grande majorité des ventes se faisant en l'absence du fabricant, le PSDM est un peu le « représentant de la marque ». Un PSDM peu ou mal formé risque ainsi de faire du tort à l'image du fabricant. Autre désavantage pour les fabricants, des prestataires peu formés sauront faire peu d'entretien et de réparations sur les aides techniques. Par exemple, un fabricant expliquait avoir beaucoup plus de retours de fauteuils roulants en usine de la part des entreprises de petite taille. Ce type de retours en usine est fait à l'initiative du PSDM lorsqu'il ne peut pas faire la réparation au sein de sa société. Il lie ces retours à l'absence de technicien formé chez ces prestataires. Ces retours ont bien entendu un impact sur l'utilisateur. Ils sont à l'origine de frais pour ce fabricant, mais aussi d'une baisse de l'image de la marque puisque la personne sera privée de son fauteuil roulant sur trois semaines environ au lieu de quelques jours pour une réparation faite au niveau local. D'ailleurs, parmi ses missions, l'Union des fabricants d'aides techniques (UFAT) cite « former les distributeurs de matériel médical aux nouveautés techniques et s'assurer de leur professionnalisme »²⁶.

Pour pallier ces difficultés, les fabricants proposent tous des formations aux distributeurs de façon régulière. Plusieurs fabricants parlent de centaines de professionnels formés annuellement chez les PSDM et revendeurs.

Ces failles chez les distributeurs pour l'entretien et la réparation des aides techniques sont à mettre en lien avec une organisation globale, dont les financements publics, qui ne promeut pas la réparation et la prolongation d'usage des aides techniques.

²⁴ [Arrêté du 18 janvier 2019 portant création du titre professionnel de technicien d'équipement d'aide à la personne](#)

²⁵ [Formation Technicien d'équipement d'aide à la personne](#)

²⁶ [Site de l'UFAT, page « nos missions »](#), consultée le 30/09/2020.

1.2.2. Un modèle dominant en France basé sur l'achat d'aides techniques neuves et non sur l'usage

Un cercle vicieux « pas de prise en charge, pas d'offre de qualité, pas de confiance » est installé depuis des décennies pour les aides techniques. Cette situation place la France dans une position atypique par rapport à de nombreux pays comparables dans lesquels le réemploi des aides techniques remises en état est la norme.

Pourtant des dispositifs pour la récupération et la réattribution des aides techniques, circonscrits à territoire ou un public cible précis, existent depuis des décennies. Ces dernières années ont vu le développement de ce type d'actions, mais l'ensemble reste fragile.

L'absence d'offre de qualité d'aides techniques remises en bon état d'usage et de stratégie en établissement pour prolonger l'usage des aides techniques place la France dans une situation atypique par rapport aux pays comparables

Peu d'aides techniques sont aujourd'hui disponibles en accès autrement qu'à l'achat neuf.

Ce manque d'offre est en partie dû à l'absence de remboursement des aides techniques « non neuves » par l'assurance maladie, les possibilités de remboursement conditionnant l'offre. Toutefois, d'autres facteurs doivent être cherchés. En effet, les aides techniques « non neuves » peuvent être prises en charge par la PCH et il n'existe pas non plus de marché de l'occasion pour les aides techniques relevant de la PCH uniquement (aides techniques pour toilette, la communication, l'activité physique et sportive...).

Le secteur marchand traditionnel (fabricants et distributeurs) est peu promoteur de la mise en place d'un système de collecte et de réemploi des aides techniques remises en bon état d'usage. Les personnes concernées et les professionnels ont longtemps eu des positions contrastées entre constats et désapprobations de gabegie sur certaines aides techniques, surprises de ne trouver aucun acteur prêt à récupérer leur matériel inutilisé et craintes de ne pouvoir faire confiance en tout autre matériel que neuf.

En établissements sanitaire et médico-social, la question du matériel est peu portée. Aujourd'hui peu d'établissements ont du temps de technicien dédié à leur entretien. En conséquence, dans de nombreux établissements, coexistent un parc d'aides techniques utilisées au quotidien, mais insuffisamment entretenues et un stock d'aides techniques non utilisées et souvent non utilisables en l'état.

Cette situation place la France dans une position atypique par rapport à de nombreux pays comparables (Québec, Allemagne, Scandinavie...) dans lesquels la réattribution des aides techniques remises en état est la norme. Pour plusieurs de ces pays, une décision politique forte a permis le virage vers la généralisation de ce fonctionnement. Ainsi, depuis 2004 aux États-Unis, la *Tech Act* oblige les États à exécuter directement ou en collaboration avec des entités publiques ou privées des programmes qui permettent les échanges, la réparation et la redistribution des aides techniques par la vente, la location ou la donation. Ces programmes d'État états sont aussi tenus de recenser le nombre, le type et la valeur des aides techniques réutilisés ou réutilisables. Au Québec, plusieurs études ont été faites sur les programmes de fauteuils roulants et montrent une satisfaction des utilisateurs de ces programmes et des économies substantielles pour l'assurance maladie. Pour rappel, au Québec, les personnes en situation de handicap n'ont aucun reste à charge pour leur fauteuil roulant. Les expériences étrangères montrent toutefois des limites sur trois points :

- Des difficultés d'accès à l'innovation ;
- Une collecte, incluant l'incitation au retour des aides techniques, peu efficace ;
- Des process de rénovation pas toujours formalisés et en corollaire, une responsabilité diffuse entre les différents acteurs.
- La partie 3 de l'annexe 5 présente les modèles norvégien, québécois, et états-unien.

Des avancées récentes, mais timides ouvrent la voie à une économie circulaire des aides techniques, base indispensable pour un accès centré sur l'usage

Des dispositifs existent de longue date pour collecter et distribuer des aides techniques d'occasion dans un double objectif de service aux personnes et de réduction de la consommation de matières premières. On peut citer, par exemple, les prêts faits par l'association de recherche sur la sclérose latérale amyotrophique (ARSLA) pour les malades de la SLA²⁷ ou les services mis en place par l'APF France handicap en Haute-Loire et dans la Loire²⁸. La même chose est proposée pour les personnes déficientes visuelles par le Réseau collaboratif d'aides techniques et technologiques (RECATT)²⁹ géré par le Centre technique régional pour la déficience visuelle (CTRDV) basé à Lyon. Leur portée, le plus souvent limitée à un territoire ou un public cible défini, n'a pu entraîner de virage dans le « mode de consommation » des aides techniques. Toutefois, ces dernières années, en lien avec un appel à projet publié par la CNSA en 2015 et les soutiens des CF dans de nombreux départements, d'autres dispositifs ont vu le jour. Certains, comme Envie Autonomie ont été pensés dans un but d'essaimage sur le territoire. D'autres actions ont permis de faire évoluer des dispositifs existants leur donnant plus de visibilité et révisant le modèle économique.

²⁷ [ARSLA, page « Aides techniques »](#)

²⁸ [APF Tech'Service](#)

²⁹ [RECATT](#)

Les activités d'Envie Autonomie pour une offre d'aides techniques rénovées de qualité

Envie Autonomie est né de l'extension des activités de l'entité Envie du Maine-et-Loire en 2014 vers la collecte et la rénovation des aides techniques à la mobilité, aux soins et à la toilette. L'offre s'est construite avec le triple objectif de :

- Développer les activités de l'entité et d'augmenter ainsi les capacités d'action de réinsertion par le travail de personnes en difficultés sociales et professionnelles ;
- Apporter une réponse aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées en difficulté pour s'équiper d'aides techniques ;
- Réduire l'impact environnemental en réduisant les déchets évitables (aides techniques non utilisées, mais en état de fonctionnement) et triant les matériaux pour le recyclage des aides techniques hors d'usage.

Sur la base de l'expérience angevine, d'autres entités Envie ont mis en place cette nouvelle activité. Des investissements importants (locaux et équipements pour le nettoyage, réparations, désinfection, stockage...) et la mise en place de procédures précises sont indispensables. C'est pourquoi l'essaimage s'est appuyé sur deux piliers :

- Ancrage territorial déjà existant des sites Envie « traditionnels » et mutualisation de frais dès que possible ;
- Capitalisation entre les Entités Envie Autonomie pour optimiser l'ingénierie de projet et avoir un bon niveau de qualité des aides techniques proposées dans chaque site.

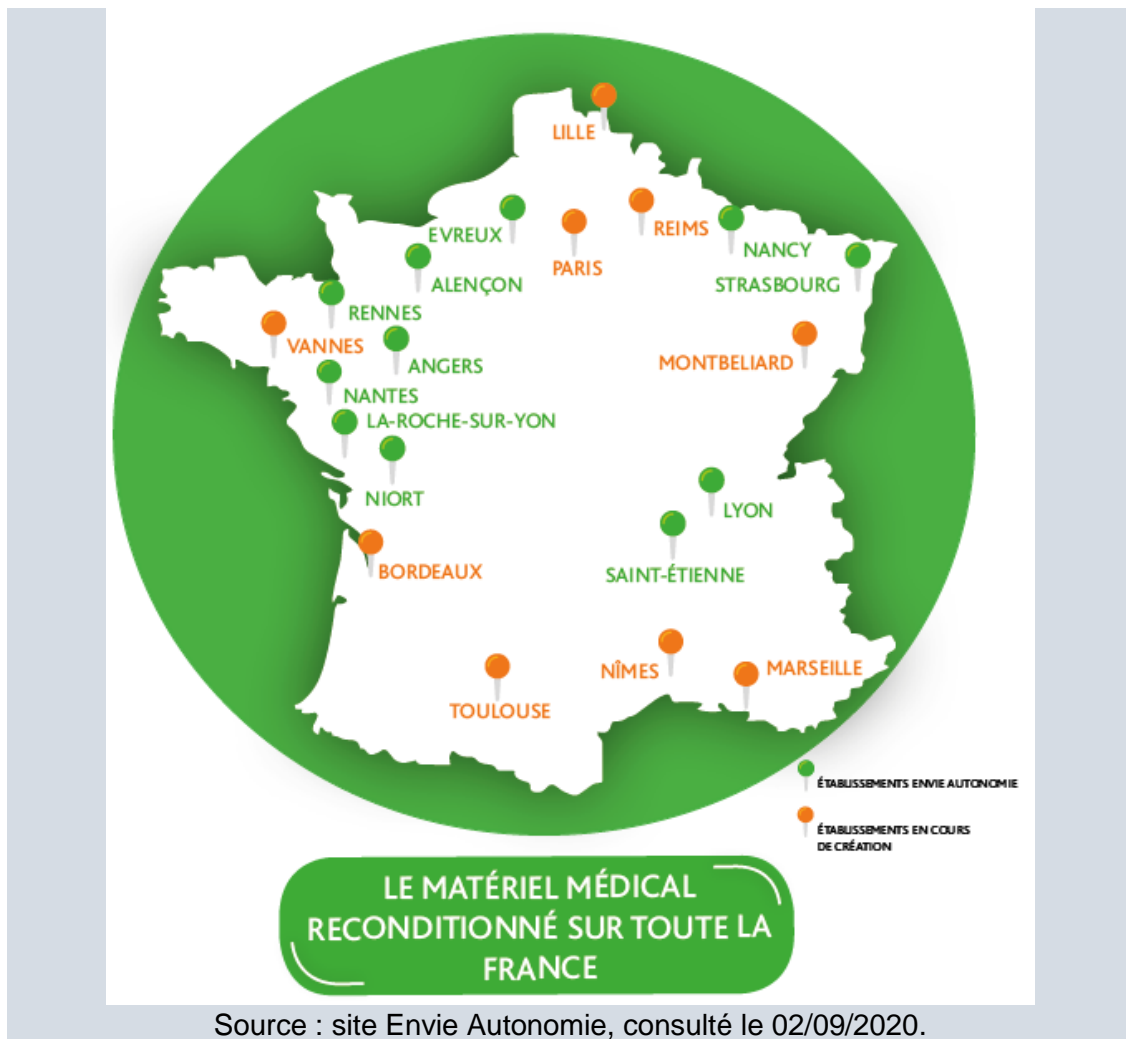
Pour garantir le socle des procédures et le même niveau de qualité des aides techniques sortantes des sites Envie Autonomie une société coopérative d'intérêt collective (SCIC) nationale a été créée en 2019. Les sites locaux y sont liés par un contrat de franchise incluant un cahier des charges, des outils et une standardisation des procédures pour l'activité.

Enfin pour consolider les procédures de « rénovation » des aides techniques, en 2019, Envie Autonomie a engagé avec l'AFNOR une étude de faisabilité pour élaborer une certification ou norme qualité sur les procédures.

L'offre d'Envie Autonomie s'adresse à la fois aux personnes vivant à domicile et aux établissements. Au regard des investissements nécessaires, de l'absence de remboursement par l'assurance maladie³⁰ des aides techniques « rénovées », le modèle économique reste fragile ; quatre années d'exercices minimum sont nécessaires pour équilibrer le budget d'un site.

À ce jour, dix points de vente sont ouverts. D'autres sites sont en cours de création. Dans chaque site, des professionnels ont suivi la formation obligatoire pour les PSDM et chaque site est conventionné par la CPAM pour le tiers payant.

³⁰ Au moment de la rédaction du rapport, les textes d'application de l'article 39 de la LFSS de 2020 n'ont pas été publiés.



Des enseignements généraux peuvent être tirés de l'analyse de ces dispositifs

Plusieurs années après, il est possible de tirer des conclusions sur ces dispositifs émergents :

- Ils ont de l'intérêt
- La réduction du reste à charge est une motivation importante pour y recourir ;
- La collecte doit être optimisée.

Avoir des aides techniques remises en bon état d'usage » est pertinent pour les personnes et les professionnels dès lors que sont assurés la personnalisation, la qualité et la garantie des matériels et un service après-vente. Chaque dispositif a ainsi travaillé à la sécurisation des procédures d'hygiène et de réparation en associant ses partenaires compétents (fabricants, Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales – CCLIN...). Envie a travaillé à une étude de faisabilité pour l'élaboration d'une norme intégrant et dépassant les questions d'hygiène.

La réduction des restes à charge est la première motivation des personnes pour se tourner vers des aides techniques remises en bon état d'usage. Les motivations écologiques sont aussi citées, en particulier lorsque les besoins sont temporaires.

Organiser la collecte des aides techniques est perçue comme très intéressante par les personnes et les professionnels qui auparavant ne savaient que faire du matériel inutilisé. Plusieurs services ont dû freiner leur communication sur la collecte ne pouvant faire face à la quantité des dons. Organiser la collecte est un facteur clé de réussite pour réduire les coûts de cette activité, mais aussi pour augmenter le taux d'aides techniques remises en bon état d'usage et proposées à d'autres personnes. Un taux de conversion de 20 % est cité par Envie Autonomie alors que les expériences à l'international convergent vers un taux de 30 %.

Des freins au déploiement sont identifiés

Des actions peuvent être une source de freins : collecte pour envoi à l'étranger, destruction des aides techniques non utilisées ou difficultés dans l'accès aux pièces ou aux formations sur les matériels. Ces fonctionnements peuvent être l'héritage d'un fonctionnement ancré depuis des décennies. Lorsqu'elles proviennent du secteur marchand traditionnel, ces attitudes défavorables peuvent aussi trouver leur source dans la crainte d'une modification du marché français et dans le flou restant sur les responsabilités des différents acteurs de la chaîne. En effet, le règlement européen de 2017 sur les dispositifs médicaux³¹ crée de nouvelles obligations pour les fabricants. La « répartition des responsabilités » dans le cadre du réemploi des aides techniques est encore insuffisamment claire. En effet, le partage de la responsabilité est lié aux transferts de propriété successifs des aides techniques. En effet, lorsque les aides techniques restent la propriété d'une même personne morale (PSDM « traditionnel » ou issu du monde associatif ou de l'économie sociale et solidaire, établissements de santé ou médico-sociaux...), ces personnes morales sont désignées comme exploitants des dispositifs médicaux. Ils ont alors la responsabilité et la charge de l'entretien et la réparation des aides techniques³². Ceci explique la moindre importance de ces débats dans d'autres pays européens fonctionnant d'abord par des mises à disposition des personnes sans transferts de propriété (prêts financés par l'assurance maladie ou les collectivités essentiellement).

Le modèle économique est difficile à trouver dans le cadre actuel de prise en charge

Les investissements nécessaires au démarrage de l'activité impliquent de pouvoir assurer plusieurs années d'exercices sans atteindre l'équilibre économique. Les soutiens financiers d'acteurs publics ou parapublics sont alors indispensables. Ces soutiens contribuent aussi à légitimer l'offre auprès des personnes et des professionnels. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit la possibilité d'un remboursement par l'assurance maladie des aides techniques remises en bon état d'usage. Cette disposition sera applicable :

- Pour une liste de produits établie par arrêté ;
- Sous réserve que la remise en bon état d'usage ait été faite
 - Selon des critères garantissant la qualité et la sécurité pour les utilisateurs ;
 - Par des centres ou des professionnels homologués.

³¹ [Règlement \(UE\) 2017/745 du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux](#)

³² L'exploitation et la maintenance des dispositifs médicaux fait aussi l'objet d'une norme « Exploitation et maintenance des dispositifs médicaux — Système de management du risque lié à l'exploitation des dispositifs médicaux », norme AFNOR NF S 99-172 du 4 février 2017.

Pour les catégories d'aides techniques concernées, les PSDM auront obligation d'informer leurs clients de l'existence de cette offre. Le renouvellement d'une aide technique pourra être conditionné à la restitution de l'aide technique précédente par la personne à un centre homologué. Enfin, un système d'information est en cours de construction pour recenser les aides techniques remises en bon état d'usage en circulation et tracer la maintenance faite.

Partant d'un autre angle de vue, la loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire prévoit l'intégration d'aides techniques dans des filières avec responsabilité élargie du producteur (REP) lorsqu'elles ne sont pas déjà prises en compte à autre titre³³. Les filières REP obligent les fabricants à s'engager dans une démarche d'économie circulaire³⁴ (écoconception, allongement de la durée de vie, notamment en favorisant la réparation, soutien aux réseaux de réemploi et réparation dont ceux gérés par les acteurs de l'économie sociale et solidaire...). La liste des aides techniques concernées sera définie par arrêté, elle pourra inclure des aides techniques inscrites ou non à la LPPR.

L'analyse de la collecte et la remise en bon état d'usage des aides techniques doivent se faire au prisme de l'intérêt pour les personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour des solutions plus souples dans l'accès aux aides techniques. Il en est de même pour l'analyse des acteurs et de l'activité pour la fabrication des aides techniques en France.

1.2.3. Une filière française peu puissante

Il n'existe pas d'études précises sur l'industrie des aides techniques en France et il est peu aisé de tenter une description fine du paysage. Cependant, envisager des améliorations sur les aides techniques demande de s'intéresser au secteur industriel et, à défaut d'analyse et de conclusion très précises, de soulever des points d'attention pour inclure les contraintes et propositions du secteur dans la réflexion.

Comme le secteur de la distribution, celui de la fabrication des aides techniques est très peu connu et difficile à décrire. La création de la filière Silver économie a mis un coup de projecteur sur le secteur sans tout à fait tenir ses promesses. Dans le cadre et au-delà de la filière Silver économie, les innovations françaises ne trouvent pas toujours leur marché et ne peuvent donc pas servir les personnes âgées et personnes en situation de handicap.

³³ [Article 62 de la loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire dite « anti gaspi »](#)

³⁴ « En application du principe de responsabilité élargie du producteur, il peut être fait obligation à toute personne physique ou morale qui élabore, fabrique, manipule, traite, vend ou importe des produits générateurs de déchets ou des éléments et matériaux entrant dans leur fabrication, dite producteur au sens de la présente sous-section, de pourvoir ou de contribuer à la prévention et à la gestion des déchets qui en proviennent ainsi que d'adopter une démarche d'écoconception des produits, de favoriser l'allongement de la durée de vie desdits produits en assurant au mieux à l'ensemble des réparateurs professionnels et particuliers concernés la disponibilité des moyens indispensables à une maintenance efficiente, de soutenir les réseaux de réemploi, de réutilisation et de réparation tels que ceux gérés par les structures de l'économie sociale et solidaire ou favorisant l'insertion par l'emploi, de contribuer à des projets d'aide au développement en matière de collecte et de traitement de leurs déchets et de développer le recyclage des déchets issus des produits. » (article 62 de la loi « anti gaspi »).

La méconnaissance des acteurs et l'absence d'objectifs définis s'entretiennent dans un système où les acteurs ne dialoguent pas

Plusieurs facteurs concourent à la méconnaissance des fabricants d'aides techniques. Le manque de définition ou critère précis pour caractériser les aides techniques du point de vue de la fabrication ; le manque d'études formelles et d'informations directement proposées par les acteurs et le défaut d'espace de travail et d'objectifs partagés.

Le périmètre des aides techniques varie en fonction de l'angle d'analyse.

Dans le cadre de la mission, les travaux étant centrés sur la réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, il est fait le choix d'inclure les équipements grand public pouvant apporter des solutions aux personnes par une utilisation adaptée. À l'inverse, les lits médicalisés et audioprothèses sont écartés des travaux en raison des enjeux pour les personnes et des réformes en cours (100 % santé en audiologie). Ainsi sont inclus des produits relevant de réglementations (règlement européen sur les dispositifs médicaux, modalités d'inscriptions sur la LPPR...) et de logiques industrielles différentes (type de production et taille de marché pour les aides techniques et les produits grand public).

Deux principaux syndicats représentent les fabricants : le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) et l'Union des fabricants d'aides techniques (UFAT). Créé en 1987, le SNITEM représente de nombreux acteurs de l'industrie des dispositifs médicaux et des Technologies de l'Information et de la Communication en Santé (TICS). Il fédère plus de 460 entreprises, dont de nombreuses PME.³⁵ Les fabricants d'aides techniques sont minoritaires parmi les adhérents au Snitem, mais certains fabricants majeurs comme Invacare ou Vermeiren en sont membres. L'UFAT est un syndicat professionnel. Il regroupe vingt entreprises, toutes fabricantes ou importatrices d'aides techniques. Des fabricants, souvent plus récents ou de plus petite taille, ne sont pas représentés dans ces deux organisations. Il n'est donc pas possible de prendre comme étalon le champ qu'elles couvrent.

De la même façon et comme déjà précisé, le cadre réglementaire des dispositifs médicaux n'est pas adapté non plus pour fixer le périmètre des aides techniques.

En l'absence de critères précis pour caractériser les aides techniques, les fabricants d'aides techniques... les données existantes doivent être lues et utilisées avec précaution.

Les acteurs industriels et les encore les syndicats les représentants sont peu enclin à confier des données sur le secteur et sur leur activité. Enfin, depuis l'arrêt des réunions de l'Observatoire, il n'existe pas de lieux de travail dans lequel peuvent dialoguer les fabricants et les autres acteurs des aides techniques³⁶. Les seules discussions portent sur l'application de la réglementation sur les produits et la construction des tarifs de prise en charge des produits.

Toutefois, le SNITEM et l'UFAT ont transmis les informations suivantes.

³⁵ [Site du SNITEM](#) consulté le 30/09/2020.

³⁶ Le comité national de suivi du label Handéo sur les services associés à la vente d'aides techniques rassemble syndicats de fabricants et de distributeurs, associations représentant des personnes en situation de handicap (APF et AFM notamment), association de professionnels (association nationale française des ergothérapeutes – ANFE) et structures administratives (CNSA), mais les travaux sont centrés sur la distribution.

Pour les sociétés Invacare, Vermeiren, Winnicare, Drive Devilbiss, Thuasne et Rupiani, le SNITEM comptabilise 888 emplois directs cumulés en France. Aux emplois en France et pour le même périmètre, se rajoutent 2206 emplois en Europe, soit 3094 emplois au total en Europe. L'UFAT a été créé en 2005. Elle comptabilise vingt et une entreprises, cela correspond à un cumul de 950 salariés.

Toujours, selon le SNITEM, 36 % des véhicules pour personnes handicapées (VHP) vendus en France y sont fabriqués et 81 % des lits médicalisés vendus en France y sont fabriqués. Toutefois au total, il semblerait que aides techniques commercialisées en France soit très minoritairement de fabrication française.

Quelques éléments de compréhension complémentaires peuvent être avancés. Même pour les aides techniques les plus fréquentes et les marques les plus représentées, les aides techniques sont des marchés de niches. Les coûts de la recherche et développement ou coûts de réorganisation pour s'adapter à de nouvelles réglementations ont donc un impact relativement important pour les entreprises. Eu égard à la taille du marché et aux exigences à prendre en compte dans la fabrication, la stratégie des fabricants représentés dans les syndicats se construit à l'échelle internationale, au minimum européen.

La filière silver économie dépasse largement le cadre des aides techniques et peine encore à faire évoluer significativement l'offre

La filière Silver économie a été créée en 2013 sous l'impulsion de Michèle DELAUNAY, alors secrétaire d'État aux personnes âgées et à l'autonomie et d'Arnaud MONTEBOURG, ministre du redressement productif. Elle a été réactivée en 2018 par Agnès BUZYN, ministre de la Santé.

La Silver économie avait été identifiée comme « innovations devant conduire à des activités créatrices de richesses et d'emplois »³⁷ dans le rapport « Un principe et sept ambitions pour l'innovation » au regard du vieillissement de la population à l'origine de l'augmentation numérique des consommateurs âgés et de besoins de solutions adaptées bien vieillir. Un contrat de filière³⁸ est signé en décembre 2013.

L'association France Silver Eco, chargée d'animer la filière, précise que la filière est définie autour des réponses aux personnes âgées : âgés actifs, fragiles, dépendants ou en perte d'autonomie et proches aidants, quels que soient leurs activités et leur autonomie. La filière rassemble des entreprises spécialisées, des starts up notamment et des entreprises « généralistes » (Legrand par exemple), mais peine pourtant à prendre son essor.

Comme pour les PSDM ou les fabricants, le cadre de la Silver économie est bien plus large que celui des aides techniques.

³⁷ [Rapport « Un principe et sept ambitions pour l'innovation », par la commission sous la présidence d'Anne LAUVERGEON](#), page 8.

³⁸ [Contrat de filière Silver économie, Signé au siège de la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication \(FIEEC\), le jeudi 12 décembre 2013](#)

Par exemple, la feuille de route de la filière pour 2019 et 2020³⁹ fixe trois priorités :

- Un logement adapté ;
- L'adaptation de la ville, des territoires et des mobilités ;
- L'apport des nouvelles technologies dans les établissements et services médico-sociaux.

Reprendre les échanges avec les fabricants ou les acteurs de la Silver économie pour améliorer les réponses en aides techniques aux besoins des personnes demanderait de définir les objectifs poursuivis et d'ajuster la liste des acteurs à mettre en présence, notamment du côté des fabricants et des acteurs de la filière Silver économie.

Savoir quels sont les acteurs en présence et faciliter la gestion de réseaux d'acteurs éclatés est crucial pour améliorer le développement d'aides techniques innovantes, utiles aux personnes et faciles à utiliser.

Des innovations sur le territoire et pourtant l'accès au marché des aides techniques innovantes donc les impacts pour les personnes restent limités

L'innovation sur les « produits aides techniques » est portée par un réseau d'acteurs éclatés et non structurés. Cela peut sembler pour partie conditionné par le type d'activité et ne serait pas problématique si cela ne restreignait pas très fortement le nombre de commercialisations, donc la réponse aux besoins des personnes.

En effet, de nombreux laboratoires et start up travaillent sur des aides techniques. Mais la mise sur la mise sur marché et la commercialisation des aides techniques demande de suivre un parcours spécifique et de respecter des exigences complémentaires à celles de produits « classiques ».

La réponse à des « besoins extrêmes » ne peut se faire seulement à partir d'une idée et d'une étude de marché. La prise en compte de l'avis des utilisateurs peut s'avérer indispensable pour concevoir une réponse adaptée. Les Living lab en santé et autonomie, par exemple, peuvent appuyer les entreprises pour la prise en compte des besoins et avis des utilisateurs aux différentes phases de conception. Mais le recours aux Living lab n'est pas systématique.

Le respect du règlement européen peut demander des démarches d'autant complexes et difficiles à amortir que les aides techniques sont encore en cours de développement et que les entreprises sont de petite taille. Par exemple, il peut être compliqué de trouver des experts juridiques pour répondre à toutes les questions.

La compréhension des modalités d'accès aux remboursements pour les personnes n'est pas toujours évidente pour les fabricants. Les aides techniques innovantes n'entrent pas toujours dans les lignes génériques existantes en LPPR et les inscriptions sous nom de marques peuvent être longues et coûteuses. La durée et le coût des évaluations médico-économiques peuvent être encore majorés pour les aides techniques les plus spécifiques par difficultés à recruter un panel d'utilisateurs.

³⁹ [Feuille de route de la filière Silver économie, 2019/2020](#)

Plus en aval, la commercialisation peut imposer de passer par des canaux de communication et un réseau de distribution spécifiques. Parfois la communication directe à l'attention des personnes ne suffit pas et une information des préconisateurs et prescripteurs est parfois aussi voire plus importante. Mais, que ce soit à destination des personnes ou des professionnels, cette information n'est pas organisée.

Globalement, la situation semble se caractériser par des possibilités d'appui au développement de l'idée au prototype, mais des failles dans l'accompagnement sur les étapes suivantes et en tenant compte des spécificités du secteur. La création de centres nationaux sur les aides techniques, dont certains ont été soutenus par la CNSA dans le cadre d'un appel à projets, n'a accompli que très partiellement cet accompagnement de l'innovation.

Objectifs et limites des centres d'expertise nationaux sur les aides techniques

En 2009, la CNSA a publié un appel à projets pour la mise en place de Centre d'expertise nationale sur les aides techniques (CEN-AT). L'objectif était de créer des ponts entre la recherche, l'industrie et la clinique pour améliorer l'accès et l'usage des aides techniques « sophistiquées ». Quatre CEN-AT ont été retenus (mobilité, stimulation cognitive, technologies de l'information et la communication et robotique) auxquels s'est rajouté un cinquième sur l'habitat peu de temps après.

Le cahier des charges de l'appel à projets prévoyait les missions suivantes pour les CEN-AT :

- Une veille technologique et réglementaire et diffusée à l'ensemble des acteurs ;
- Un centre d'essai et de formation à l'utilisation de façon subsidiaire aux acteurs locaux et régionaux
- Un lieu d'observation technologique (évaluations et des tests des produits et services, recommandation pour l'installation ou la maintenance du produit, recommandation aux professionnels pour la préconisation, élaboration de spécifications techniques...)
- De la formation continue et participation à la formation initiale des professionnels
- Une participation à des activités de recherche (expression et prise en compte des besoins utilisateurs, promotion de la recherche pluridisciplinaire sur les aides techniques de leur champ de compétence, fédération d'acteurs).

Trois structures existent encore, mais les objectifs ne sont pas atteints. Notamment en raison d'un manque de financements pérennes, les actions à l'attention des industriels ont pu être favorisées aux dépens des actions d'intérêt général. Ces dernières sont poursuivies, mais le plus souvent dans de cadre de projets sur opportunité des financements ponctuels. Cela entrave la pérennité et l'exhaustivité des productions et un manque de visibilité et de lisibilité pour les professionnels cibles. Les professionnels et *in fine* les personnes profitent encore trop peu des résultats.

Au global la situation française se caractérise par :

- Une offre du secteur marchand « traditionnel » centrée sur la vente de produits neufs et la location pour quelques produits ciblés (ceux tarifés en location à la LPPR) ;
- Des fabricants et distributeurs non-promoteurs, voire réticents à la mise en place d'économie circulaire des aides techniques ;
- Des actions pour mettre en place et organiser une offre d'aides techniques renouvelées de qualités, essentiellement portée par des associations de personnes en situation de handicap et des acteurs de l'économie sociale et solidaire (ESS) ;
- L'absence de structuration de la collecte et de la « rénovation » des aides techniques qui ne sont plus utilisées au domicile des personnes ou dans les établissements et de filière de recyclage⁴⁰ ;
- Un système de financement qui entrave la prise en charge des aides techniques renouvelées ;
- Des évolutions récentes du cadre législatif pour les prises en charge des aides techniques remises en bon état d'usage et l'attente des textes d'application ;
- Un paradoxe en établissement entre des lieux de stockage monopolisés par des aides techniques et des aides techniques à la disposition des personnes non adaptées ou dans un état moyen ;
- Une industrie des aides techniques peu forte au regard de la place de la France sur l'innovation technologique et la robotique par exemple et des investissements faits dans la Silver économie.

1.3. Un modèle et des politiques inadaptées et insuffisantes

La politique publique des aides techniques n'a fait l'objet d'aucun travail de révision fondamentale depuis des décennies malgré des mesures financières pour la prise en charge des matériels (création de la PCH aides techniques notamment) et les recommandations de plusieurs rapports, dont le rapport IGAS de 2013.

La situation actuelle se caractérise par :

- Le manque d'une vision globale et partagée du sujet, et de pilotage identifié au niveau national et local ;
- Des politiques de remboursements existantes, mais travaillées en tuyaux d'orgue et à des fréquences qui ne permettent pas leur adaptation à l'évolution de l'offre.

L'estimation des dépenses publiques annuelles pour le financement des aides techniques⁴¹ est de 530 millions €. Toutefois, la difficulté à rassembler les données et les zones non couvertes sont symptomatiques du défaut d'investissement du sujet et de pilotage.

⁴⁰ Hormis les aides techniques relevant des filières déchets d'ameublement (DEA) ou d'équipement électriques et électroniques (DEEE) par exemple.

⁴¹ Sur le périmètre défini dans le cadre de la mission, soit hors location des lits médicalisés et appareillage auditif.

1.3.1. Un système manquant de pilotage

En France, l'approche historique des aides techniques dans les politiques publiques est centrée sur la « prise en charge produit » avec une vision des volumes et des dépenses. Les dispositions réglementaires et les financements sont en effet d'abord tournés vers la solvabilisation des aides techniques (LPPR, PCH...) au détriment d'une approche globale incluant notamment l'information et l'accompagnement en réadaptation par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux.

Des acteurs multiples et l'absence d'une stratégie partagée sont à l'origine de responsabilités diffuses au niveau national

Au niveau national, les responsabilités sont partagées entre plusieurs administrations centrales et caisses et agences :

- La Direction de la sécurité sociale (DSS) et la haute autorité de santé (HAS) (Cnedmits) pour les évolutions de la LPPR ;
- Les caisses d'assurance maladie, dont la CNAM, pour le paiement des aides techniques au titre de la LPPR et de l'activité des SSR
- La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA pour la PCH, l'APA, les CF et l'offre médico-sociale ;
- La Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) pour l'offre en SSR,
- La DGOS et direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour le contrôle des PSDM.

Cette multiplicité des acteurs et l'absence de travail inter administratif entraînent une vision protéiforme de la thématique, une dilution des responsabilités de chacun et un défaut de coordination des actions. Les évolutions en silo de la LPPR et de l'arrêté de tarification de la PCH aides techniques en sont un exemple.

Les mêmes effets se retrouvent au niveau local avec :

- Les CPAM finançant les aides techniques au titre de l'assurance maladie ;
- Les MPDH décidant de la PCH aides techniques par les Commissions départementales des personnes handicapées (CDAPH), et gérant le FDC ;
- Les CD décidant de l'APA et payant la PCH et l'APA ;
- Les CF par le soutien d'action améliorant l'accès aux aides techniques ou le financement d'aides techniques ;
- Les ARS par leur rôle d'appui et de financeur des secteurs sanitaire et médico-social.

La loi pour l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a apporté des améliorations. La CNSA avait depuis la loi du 11 février 2005 un rôle de contributrice sur les aides techniques et devient pilote sur les questions d'accompagnement des personnes et distribution des aides techniques. Depuis la loi ASV, elle a pour mission « d'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution »⁴². La CNSA a engagé des travaux depuis 2015, mais sans approche collective, interadministrative, leur portée restera limitée.

Au niveau des départements, la loi ASV a créé les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en leur confiant six axes d'intervention possible. Le premier concerne les aides techniques. « Le programme défini par la conférence porte sur l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation »⁴³. Toutefois, les actions des CF concernent les personnes de 60 ans et plus seulement et pas les personnes en situation de handicap. Par ailleurs, le travail sur les aides techniques n'est pas une compétence obligatoire. Si certaines CF ont beaucoup avancé, dans d'autres territoires, la question n'est pas investie.

Les améliorations apportées par la loi ASV ont préparé des changements organisationnels et permis de réelles avancées dans certains territoires. Elles ne sauraient pourtant pas suffire à moyen et long terme.

1.3.2. Des financements en silo et pas actualisés régulièrement, mais des avancées récentes

Les listes des aides techniques prises en charges ne sont pas actualisées de façon régulière créant une déconnexion avec les besoins et l'offre actuels

Les deux principaux financements légaux pour les aides techniques sont les remboursements par l'assurance maladie des aides techniques inscrites sur la LPPR et les financements au titre de la PCH.

La liste des produits et prestations remboursés (LPPR)

La liste des produits et prestations remboursable (LPPR) définit les aides techniques et les prestations remboursées par l'assurance maladie sur prescription. La LPPR précise le tarif de remboursement, des spécifications techniques et des indications de prescriptions. Le cas échéant des prix limites de vente sont fixés ainsi que l'impossibilité de cumuler deux remboursements différents ou deux remboursements sur un même produit avant une durée minimum.

⁴² [Article L. 14-10-1 du CASF](#), alinéa 5.

⁴³ [Article L. 233-1 du CASF](#)

Comme son nom l'indique, la LPPR est basée sur une logique de produits plus que de besoins ou d'usage. Deux modalités d'inscription sur la LPPR sont possibles : les inscriptions sous lignes génériques et les inscriptions sous nom de marque. Pour les inscriptions sous ligne générique, une procédure par référencement a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Modifier les lignes génériques représente un travail conséquent ce qui limite la régularité de leur actualisation donc leur adéquation avec l'offre et la prise en compte de l'innovation. Cette modalité d'inscription a en revanche l'avantage de procédures plutôt légères pour les fabricants. À l'inverse, les inscriptions sous nom de marque permettent plus de prise en compte de l'innovation, mais font peser plus de charges sur les fabricants dans un processus coûteux et qui peut s'étendre de 18 à 36 mois. Cela tend à réserver cette voie à des fabricants importants et aux produits pour lesquels les retombées économiques attendues par les fabricants sont importantes. Or la plupart des aides techniques sont sur des marchés de niches. De fait, pour les catégories d'aides techniques présentes dans la LPPR, il existe un décalage entre les aides techniques remboursées par l'assurance maladie et l'offre actuelle.

En parallèle, de nombreuses activités comme la toilette ou la communication alternative améliorée ne sont pas du tout couvertes dans la LPPR. De façon plus large, la LPPR laisse une moindre part aux aides techniques répondant à des besoins autres que liés au handicap moteur (communication écrite pour les personnes déficientes visuelles, appréhension de l'environnement et appui à la réalisation de tâche pour les personnes présentant des troubles psychiques, cognitifs ou intellectuels...) traduisant une vision restrictive des besoins et des solutions.

Les évolutions de la LPPR demandent des interventions de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cneditms).

« La CNEDIMTS est la commission de la HAS qui examine toute question relative à l'évaluation en vue de leur remboursement par l'assurance maladie et au bon usage des dispositifs médicaux et des technologies de santé, y compris ceux financés dans le cadre des prestations d'hospitalisation. Depuis juillet 2010, elle évalue également les actes médicaux. »⁴⁴ Elle formalise ses recommandations sur des bases scientifiques et rend des avis en vue du remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à la demande des fabricants ou sur saisine, de la DSS par exemple. Selon la HAS, « les membres viennent de plusieurs horizons professionnels (libéral, établissements de santé, société civile) et exercent dans plusieurs régions de France ; en outre, un tiers sont des femmes. »⁴⁵ Elle compte 29 membres, dont sept suppléants parmi lesquels un médecin en médecine physique et réadaptation et un ergothérapeute.

Le périmètre d'action de la Cneditms est donc très large et le programme de travail est très chargé. La spécificité des aides techniques (faibles effectifs de patients, nécessité de méthodes d'évaluations différentes...) peut donc être difficile à prendre en compte dans l'organisation actuelle.

⁴⁴ [Page « Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé » sur le site de la HAS](#), consultée le 27/09/2020.

⁴⁵ [Article de présentation de la Cneditms sur le site de la HAS.](#)

L'arrêté de tarification de la PCH

Les tarifs applicables dans le cadre de la PCH aides techniques sont définis par l'arrêté du 28 décembre 2005. Ces tarifs sont organisés avec :

- Une liste limitative pour les aides techniques par ailleurs inscrites à la LPPR ;
- Une liste non limitative pour les aides techniques non inscrites à la LPPR.

Cet arrêté a été modifié à deux reprises en 2007 et 2008. Il n'a donc pas été actualisé depuis plus de sept ans. En décembre 2007, ont été faites une mise à jour de la liste des aides techniques inscrites sur la LPPR et une modification des codes ISO 9999 pour les autres aides techniques. En juillet 2008 au moment de l'ouverture de l'ensemble des éléments de la PCH aux enfants et jeunes de moins de 20 ans, les aides techniques de la LPPR réservées aux moins de 20 ans (poussettes multiposition par exemple) ont été ajoutées dans l'arrêté.

Les liens entre les évolutions de la LPPR et la PCH ne sont pas organisés.

Ainsi, depuis 2018 et par défaut d'actualisation de l'arrêté de tarification de la PCH au fur et à mesure des évolutions de la LPPR, sont apparus de nombreux illogismes. Par exemple, depuis leur inscription sur la LPPR, les scooters pour personnes à mobilité réduite font l'objet de rejets de prise en charge en PCH aides techniques.

Par ailleurs, la redondance entre PCH et LPPR interroge lorsque le tarif et prix limite de vente LPPR sont égaux et que le remboursement par l'assurance maladie est à 100 % pour ces produits (exemple de la location hebdomadaire des lits médicalisés⁴⁶ ou la plupart des coussins anti escarre⁴⁷). Retirer ces aides techniques de la PCH après vérification de l'absence de reste à charge pour les personnes en situation de handicap a déjà fait l'objet de recommandations notamment dans le rapport de l'IGAS de 2013⁴⁸.

Un point positif de l'arrêté de tarification de la PCH aides techniques est d'être en liste non limitative pour les aides techniques non inscrites sur la LPPR. Cela qui permet :

- De financer des aides techniques innovantes et peu diffusées ;
- De prendre en compte des équipements d'utilisation courante lorsqu'ils apportent une facilité d'usage aux personnes en situation de handicap (outils numériques ayant nativement des fonctionnalités d'accessibilités précises, casque antibruit performant pour des personnes ayant une hypersensibilité au bruit, etc.).

Enfin, le périmètre et les modalités de tarification des aides techniques dans le cadre de l'APA ne sont pas précisés par des textes nationaux, ce qui entraîne un flou certain dans l'application.

⁴⁶ [Location de lits médicalisés](#)

⁴⁷ Par exemple, [coussin pneumatique Supracor Stimulite Contoured](#).

⁴⁸ Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, IGAS, avril 2013.

Plusieurs évolutions des financements sont en cours pour améliorer l'accès des personnes aux aides techniques.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit l'ouverture au remboursement des aides techniques remises en bon état d'usage⁴⁹. Les travaux se poursuivent, en particulier pour les fauteuils roulants avec trois modalités d'accès aux aides techniques remboursées par l'assurance maladie :

- La location de courte durée ;
- La location de longue durée avec possibilité de changer de modèle ou d'options dans un panier de services ;
- L'achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage.

Pensée et organisée par exemple dans le système allemand, la location longue durée serait une nouvelle modalité pour accéder aux aides techniques en alternative à un achat. Engagée pour plusieurs années, elle permettrait à la personne de disposer d'une aide technique pour l'utiliser au quotidien et de pouvoir avoir des adaptations de celle-ci si besoin. Ainsi, par rapport à un achat, pour la personne peut changer d'aide technique ou d'options sans démarches ou reste à charge dès lors que la nouvelle aide technique ou les nouvelles options sont dans le même ensemble. Par exemple, les parents d'un enfant de trois ans ayant besoin d'une aide technique au moment du bain pourraient avoir un transat pour l'installer en sécurité au fond de la baignoire. Un an ou deux ans plus tard et sans avoir de frais ou démarches supplémentaires, les parents pourraient changer de taille du transat et avoir un système rehaussant le siège pour faciliter les transferts lorsqu'il grandit. Ces locations longue durée, qui privilégient l'usage, permettraient aussi de trouver des solutions rapides pour les personnes ayant des maladies évolutives, les personnes âgées ou encore des personnes avec un handicap acquis très récent et en difficulté pour se projeter.

Par exemple, dans le cadre actuel, une personne devenue paraplégique, quand elle choisit son premier fauteuil roulant doit se projeter sur ses besoins pour plusieurs années et dans ses lieux de vie habituels alors même qu'elle n'a pas expérimenté ces situations de vie. Les personnes ont peu de droit à l'erreur au regard du reste à charge et des fréquences admises pour les renouvellements (3 ans pour des sièges modulaires et évolutifs par exemple). Les centres de grande taille ont souvent d'importants parcs de fauteuils roulants pouvant faire des prêts de fauteuil roulant adapté pour les essais et en attendant le fauteuil roulant « définitif », mais ce n'est pas le cas de tous les services. Avoir un fauteuil roulant dans le cadre d'une location longue durée pourra permettre à la personne d'avoir facilement et rapidement un autre fauteuil roulant au sein de la même catégorie, quand elle identifiera mieux ses besoins et difficultés dans sa vie quotidienne ou professionnelle ou lorsque ses besoins changeront. À l'inverse, une personne connaissant très bien ses besoins et pouvant rapidement tirer des conclusions d'un essai, notamment en comparant les résultats avec son propre fauteuil roulant, pourra faire le choix d'un achat. Enfin, les achats pourront être de fauteuils roulants neufs ou remis en bon état d'usage. L'ensemble de ces modalités d'accès intéresseraient toutes catégories d'âge, mais pourraient avoir un impact encore plus marqué sur la vie des personnes et sur l'efficacité et l'efficience du système pour les personnes âgées, les enfants ou les personnes ayant des maladies évolutives.

⁴⁹ « Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état et d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés. » Article 39 de la LFSS pour 2020 modifiant l'article L. 5212-1-1 du code de la sécurité sociale.

Une transformation de l'APA est envisagée dans le cadre de la préparation de la loi grand âge et autonomie. La nouvelle prestation inclurait la création d'un volet et d'une enveloppe dédiée pour les aides techniques ce qui devrait favoriser le recours à la compensation technique. Les montants et modalités de cette prestation pour les aides techniques (plafonds et tarifs) seraient fixés en cohérence avec celles applicables pour la PCH.

1.3.3. Un manque de données de pilotage

Les données utiles au pilotage sont en partie collectées, mais ne font l'objet d'aucune analyse collective

Comme les responsabilités et les financements, les données sont éclatées entre différents acteurs.

Le domaine le plus renseigné concerne les dépenses publiques pour les « produits aides techniques ».

Les dépenses au titre des soins de ville de l'assurance maladie

Le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM)⁵⁰ rassemble des données précises et robustes sur les dépenses en aides techniques par l'assurance maladie obligatoire. Les tableaux présentés en point en annexe 6 sont un exemple de recueil et analyse possible. Le Sniiram est limité aux données sur les produits et prestations prévues dans la LPPR donc des « soins de ville » sans visibilité sur les dépenses des établissements. Il ne couvre bien sûr que les aides techniques inscrites à la LPPR. Le prix ou le reste à la charge pour les aides techniques n'ayant pas de prix limite de vente ne peuvent faire l'objet de traitement automatisé. Enfin, à ce jour, il n'est pas possible de distinguer les données pour les personnes en situation de handicap et les données pour « les autres patients ». Par exemple, il n'est pas possible de savoir la part des aides de marche ou fauteuils roulants manuels destinée à des personnes en situation de handicap ou à des patients après un traumatisme bénin. Des travaux sont en cours à l'IRDES dans ce sens.

Présentation de projets conduits par l'IRDES pouvant apporter des informations sur la « consommation en aides techniques » et les restes à charge liés des personnes en situation de handicap

Rédacteurs : Maud ESPAGNACQ, chargée de recherche, Sylvain PICHETTI, maître de recherche.

L'Irdes travaille depuis plusieurs années sur l'accès aux soins, les dépenses et les restes à charge sanitaire des personnes en situation de handicap. Toutefois, la dernière enquête en population générale sur les personnes handicapées date de 2008 (l'enquête Handicap Santé) et la prochaine enquête (l'enquête Autonomie) sera exploitable vers 2023. Le manque de données quantitatives sur le handicap a poussé l'équipe de l'Irdes à engager une réflexion méthodologique de l'usage des données médico-administratives pour approfondir la connaissance sur ces populations. Ainsi plusieurs projets de recherche sont en cours à partir des données administratives et peuvent fournir des informations sur les aides techniques.

⁵⁰ [Le Sniiram est présenté dans un dossier sur le site Améli.fr](#)

Le projet Fish (Faisabilité d'identification des personnes en situation de handicap dans les données de l'assurance maladie) étudie les possibilités de définir des personnes à risque de handicap dans le Sniiram. Ce travail a des répercussions concrètes, comme la possibilité d'identifier les personnes handicapées en fauteuil roulant parmi les personnes qui achètent un fauteuil roulant une année donnée (publication prévue fin 2020) – Espagnacq, Regaert, Sermet.

L'enquête Phedre porte sur le reste à charge final des bénéficiaires de la PCH et la part des plans de compensation qui ne sont pas mis en place. En croisant différentes sources d'information (financement des conseils départementaux, données de l'assurance maladie, fonds de compensation et déclaration des individus), cette enquête permettra d'avoir :

- Un panorama des aides techniques financées par la PCH ;
- La part de financement de chaque financeur (assurance maladie, PCH, mutuelle, fonds départementaux de compensation...);
- L'identification des freins et des facilitateurs de l'accès aux aides techniques (durées de traitement des dossiers, prise en charge intégrées ou non des différents financeurs...).

Les premiers résultats sont attendus fin 2021 (Espagnacq, Guillaume).

Le projet sur le reste à charge sanitaire des bénéficiaires de l'AAH et des pensions d'invalidité. Ce projet est réalisé à partir des données du Sniiram, sur un périmètre englobant à la fois les dépenses de ville et les dépenses hospitalières. Il comprend notamment une partie sur l'évaluation de la réforme 100 % santé (dentaire, optique et audiologie) interrogeant l'adéquation des besoins des personnes handicapées et du panier de soins proposé (travaux en cours) – Espagnacq, Pichetti.

Deux autres projets, qui ne sont pas issus de travaux sur les bases de données administratives pourront également alimenter la réflexion sur le financement des aides techniques.

Le projet Comptec a pour objectif d'étudier les modes financement et d'accès aux aides techniques dans certains pays de l'OCDE. L'objectif est de comparer le reste à charge pour certaines aides techniques « types » et d'identifier les leviers qui peuvent être mis en place en France pour rendre l'accès aux aides techniques plus efficient (coût pour l'utilisateur et pour la société). Cette analyse prendra en compte la satisfaction pour l'utilisateur selon des critères définis. Les résultats sont attendus pour fin 2021 (Brasseur, Espagnacq, Pichetti).

En 2021, un projet sur l'estimation du coût de la dépendance intégrant le coût sanitaire, médico-social et personnel (reste à charge) va débiter à partir des données de l'enquête CARE (Espagnacq, Pichetti, Regaert).

Ces travaux sont présentés plus en détail dans le programme de travail de l'Irdes⁵¹.

⁵¹ [Programme de recherche 2020-2022 de l'IRDES](#) (page 39, 45, 87, 185, 287).

Les dépenses au titre de la PCH aides techniques

Les données sur la PCH collectées et analysées par la Drees et la CNSA sont des données agrégées pour l'ensemble de la PCH aides techniques. Les dépenses totales et le montant moyen attribué en PCH aides techniques sont connus, mais il n'existe pas d'information sur la répartition entre les différentes classes d'âge, différents types de déficiences des bénéficiaires ni différentes catégories d'aides techniques. Des enquêtes ad hoc peuvent être faites pour avoir un niveau plus fin de données, mais ces enquêtes sont chronophages pour les deux parties engagées (MDPH et CNSA ou CD et Drees). C'est le cas de l'enquête PHEDRE, qui porte sur l'étude des restes à charge pour la compensation sur les différents éléments de la PCH. Cette étude se déroule sur plusieurs années, demande de solliciter CD et MDPH et enfin, travaille sur des données des années précédentes. Les travaux sur le SI MDPH et l'entrepôt de données devraient permettre d'obtenir des données plus fines et *in* sous réserve de moyens pour les traiter.

Les dépenses au titre de l'APA et des conférences des financeurs

Actuellement, les données recueillies sur l'APA ne permettent pas d'isoler les dépenses en aides techniques de celles pour les services (portage de repas ou téléassistance par exemple) et frais divers (protections pour incontinence par exemple). Les données sur les Conférences des financeurs associent des éléments quantitatifs et qualitatifs qui renseignent aussi sur les actions mises en place pour l'information des personnes et leur accompagnement.

Les enquêtes en population générale

La connaissance des besoins est alimentée par les grandes enquêtes en population générale tous âges confondus (Enquête Handicap, incapacité, dépendance [HID] et enquête autonomie⁵²) ou avec des critères d'âge (enquête Capacités, aides et ressources des seniors – CARE⁵³). Toutefois, les analyses spécifiques aux aides techniques restent rares et apportent essentiellement des informations sur le nombre de personnes concernées par l'utilisation d'une ou plusieurs aides techniques sans précisions sur l'importance de leurs besoins. Si elles sont précieuses, ces informations sont insuffisantes par exemple pour programmer une offre d'accompagnement ou travailler sur le reste à charge global pour les personnes ayant besoin de nombreuses aides techniques. Comme pour la connaissance de la « consommation en aides techniques » et des dépenses publiques liées, il serait utile de mieux connaître les besoins des personnes et leurs évolutions. Les besoins s'entendent de façon large : types et quantité d'aides techniques, mais aussi durée d'utilisation des aides techniques et accompagnement nécessaire. Pour connaître ces données, il serait nécessaire de s'appuyer sur les équipes de terrain qui accompagne les personnes. Or, plusieurs de ces acteurs locaux ont disparu ou ont été affaiblis ces dernières années. C'est le cas de plusieurs CICAT, mais aussi de la Fédération nationale des CICAT qui assurait un rôle de capitalisation et représentation des actions des CICAT. Les professionnels des MDPH ont connaissance des besoins sur le territoire, mais rien n'est mis en place pour capitaliser, structurer et analyser ces informations.

⁵² Voir [l'article de présentation de l'enquête autonomie sur le site de la Drees](#)

⁵³ Voir [l'article de présentation de l'enquête CARE sur le site de la Drees](#)

L'offre d'accompagnement par les professionnels de santé et le secteur de la distribution

Enfin, la connaissance de l'offre d'accompagnement par des professionnels formés (en SSR, établissements ou services médico-sociaux, MDPH, CICAT, etc.) n'a fait à notre connaissance l'objet d'aucune étude d'envergure nationale.

Le maillage du territoire par les distributeurs dont les PSDM est lui aussi peu connu.

Le travail pendant la mission et les expériences passées montrent un cadre peu favorable au recueil d'information de la part des assurances santé complémentaires, des fabricants et des distributeurs

Les travaux de la mission ont remis en lumière l'absence de données, sur les coûts, sur le tissu industriel et l'innovation. Même sur le financement des produits, les données ne sont pas régulièrement partagées et analysées en prenant en compte l'ensemble des financements légaux et contractuels.

Le rapport IGAS publié en juillet 2020 sur les PSDM parle de la « difficile [...] analyse du partage des marges sur les dispositifs médicaux entre les acteurs, dans un contexte où la concurrence très forte les incite à se montrer très discrets sur le contenu de leurs négociations, à la fois pour des raisons commerciales et juridiques (secret industriel et commercial, afin d'éviter tout soupçon d'entente ou de position dominante). » Les rédacteurs ajoutent que « la mission n'a pas pu obtenir des acteurs du secteur des données précises sur la formation des prix : coûts de fabrication, de distribution, prix de vente, prix d'achat... » n'obtenant que des informations orales et non objectivées.

Le secteur des aides techniques ne recoupe que très partiellement celui des dispositifs médicaux et prestations retenu pour les travaux IGAS, mais les mêmes constats sont partagés. Il n'a pas été possible dans le cadre de la mission sur les aides techniques d'avoir des informations précises sur ces données. Par exemple, les seules données obtenues des assurances santé complémentaires correspondent à la prise en charge par une mutuelle dans le cadre de son action sociale et non dans le cadre des contrats des assurés.

Ces limites dans la transmission des informations par les acteurs du secteur marchand ont déjà été à l'origine de l'échec de précédents travaux. En particulier l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques en a pâti.

L'Observatoire du marché et des prix des aides techniques

L'observatoire du marché et des prix des aides techniques a été créé en 2007 suite à une demande de Philippe BAS, alors ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Créé et animé par la CNSA, l'observatoire était une structure informelle, réunissant les acteurs du secteur (administrations centrales, territoriales, organismes de protection sociale, associations, fabricants et distributeurs, chercheurs...), destinée à mieux connaître le marché et à faire partager l'information recueillie. L'enjeu principal de cet observatoire était de réunir les informations permettant de mieux éclairer les pouvoirs publics quant au niveau de remboursement souhaitable, tout en évitant les éventuels effets d'aubaine (répercussion possible sur les prix de la mise en place de la PCH par exemple). L'Observatoire était apprécié par les participants en tant que lieu d'échanges entre acteurs qui ne se croisent pas habituellement et par la liberté d'expression qui y régnait.

Particulièrement actif à sa création, l'Observatoire a travaillé sur des modèles de devis normalisés pour les audioprothèses⁵⁴ et pour les aides techniques à la communication pour les personnes déficientes visuelles. En 2009, l'Observatoire a permis la publication d'une comparaison, à partir de produits traceurs, des prix des aides techniques dans six pays européens⁵⁵. Cette étude a permis de mieux connaître les systèmes de délivrance et de prise en charge chez certains de nos voisins européens, mais ne prévoyait pas de recueillir les données françaises. Cela devait être fait dans la suite immédiate de l'étude en mobilisant les membres de l'observatoire pour obtenir les informations sur le marché français. Assez vite, cette ambition a dû être abandonnée. En effet, les représentants de l'industrie (fabricants et distributeurs) ont rappelé qu'il n'était pas envisageable de diffuser des données de marché, notamment sur les volumes et les marges des différents acteurs pour les différentes catégories d'aides techniques parce que cela constituerait une entrave à la concurrence. Cette limite représentait un frein majeur pour atteindre l'objectif de l'Observatoire : apporter un niveau d'information minimale à tous les acteurs pour éclairer les décisions publiques. Depuis ces constats aucune production notable n'a été faite. Aucune réunion ne s'est tenue depuis 2014.

L'Observatoire répondait à un objectif qui reste actuel et son format, rassemblant les parties prenantes, était intéressant. Toutefois son statut informel et le manque de cadrage technique et juridique des travaux (recueil des données et utilisation et diffusion des résultats) seraient à penser plus d'efficacité dans des travaux à venir.

⁵⁴ Travaux repris dans [l'arrêté du 31 octobre 2008 fixant le modèle du devis normalisé d'appareillage auditif](#)

⁵⁵ [Les résultats sont téléchargeables sur le site de la CNSA.](#)

C'est dans ce sens que des leviers réglementaires ont été mis en place par la DSS pour affiner la connaissance du marché, mais ils sont trop récents pour permettre d'avoir déjà des données utilisables. La création de codes d'identification individuelle pour les dispositifs médicaux inscrits à la LPPR sous ligne générique a été prévue par décret en juin 2019⁵⁶. L'ensemble des aides techniques inscrites à la LPPR sous lignes génériques sont concernées. Un code étant attribué à chaque fabricant qui commercialise un dispositif médical sur la ligne générique, il sera plus facile de comprendre la composition du marché pour chacune des lignes génériques de la LPPR à partir des données du Sniiram : part des différents fabricants et des différents modèles d'aides techniques remboursées.

Enfin, les prix de vente des aides techniques aux distributeurs au détail (PSDM) devraient être mieux connus dans les années à venir par une obligation de leur fournisseur à informer le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur ces éléments⁵⁷.

1.3.4. Des dépenses publiques significatives pour l'achat et la location d'aides techniques pour les particuliers

Un travail a été fait sur les dépenses annuelles des principaux financeurs publics pour les aides techniques. Ces actions ont mis en lumière l'absence d'analyses régulières travaillées en partenariats entre les différents financeurs. Toutefois, des éléments ont été rassemblés, en particulier sur les dépenses de l'assurance maladie et sont présentés de façon synthétique. L'annexe 6 présente des données plus détaillées sur les dépenses engagées et leur répartition.

Les données disponibles sur les dépenses publiques pour les aides techniques sont parcellaires

Il n'existe pas de données immédiatement disponibles sur les dépenses publiques en aides techniques. Un travail *ad hoc* a été nécessaire pour estimer les masses financières en jeu. Toutefois même en mobilisant les différents acteurs, il n'est pas possible à ce jour de connaître l'ensemble des dépenses pour les aides techniques.

Les données existantes concernent essentiellement les personnes vivant à domicile. Les dépenses des établissements sanitaires et médico-sociaux pour l'achat, la location ou l'entretien des aides techniques ne sont pas isolées dans les remontées de données nationales sur les budgets. Par ailleurs, le coût des évaluations des besoins en aides techniques, réparties entre différents acteurs et financeurs peut difficilement être chiffré aujourd'hui. Il en est de même pour les coûts de l'accompagnement social et du traitement administratif dans le cadre de la PCH et l'APA ou pour construire les plans de financements pour les aides techniques onéreuses.

⁵⁶ [Décret du 11 juin 2019 relatif à l'identification individuelle des produits et prestations inscrits par description générique sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale](#)

⁵⁷ « Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur » ([article 39 de la LFSS pour 2020](#) modifiant l'article L. 165-2-2 du code de la sécurité sociale).

Il n'a pas été possible de récupérer les données sur les remboursements par les mutuelles, dans le cadre des contrats d'assurance santé complémentaires. Enfin, les restes à la charge des personnes et des familles ne sont pas estimés et difficiles à connaître en l'état actuel. L'enquête PHEDRE⁵⁸ réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) sur les restes à charge des personnes et la mise en œuvre des plans de compensation apportera des précisions. D'autres travaux engagés par l'IRDES devraient permettre de disposer de plus de données dans les années à venir⁵⁹.

Ainsi, les données exposées dans cette partie correspondent aux dépenses publiques pour l'achat et la location d'aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées vivant à domicile. Le périmètre des aides techniques retenu correspond à celui défini pour les travaux de la mission. Pour rappel, il s'agit des catégories d'aides techniques prises en compte en PCH aides techniques desquelles ont été retirées les audioprothèses et les lits médicalisés. Pour rappel toujours, il s'agit bien d'une liste ouverte d'aides techniques pour celles qui ne sont pas inscrites à la LPPR.

Ces données sont complétées d'un encadré sur les dépenses de l'Agefiph dans le cadre de l'insertion professionnelle.

⁵⁸ [L'enquête PHEDRE \(Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge\)](#) est présentée sur le site de l'IRDES.

⁵⁹ La « Présentation de projets conduits par l'IRDES pouvant apporter des informations sur la "consommation en aides techniques" et les restes à charge liés des personnes en situation de handicap » est faite en encadré au titre 1-3-3.

Les financements publics pour l'achat et la location des aides techniques s'élèvent à plus de 530 millions d'euros par an et sont majoritairement assumés par l'assurance maladie

Les financements publics destinés au financement de la vente ou la location des aides techniques retenue dans le périmètre de la mission sont estimés à 526 M€ pour l'année 2018. 4,6 M€ supplémentaires sont consacrés au financement d'actions pour l'accès aux aides techniques par les CF (information, évaluation, etc.).

94 % des dépenses sont supportées par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des soins de ville. Plus de 95 % sont assurées directement ou indirectement par des financements « du niveau national » (assurance maladie et crédits de l'État affectés à la couverture des dépenses de PCH, d'APA, des FDC et des CF).

	Assurance maladie obligatoire	PCH aides techniques	APA	FDC	CF : PEC individuelles	CF : actions pour améliorer l'accès aux AT
Estimation des dépenses annuelles	500 M€	17 M€	Non connu	5,1 M€	4,2 M€	4,6 M€
Bénéficiaires	Toute la population assurée	PSH éligibles à la PCH (enfants et adultes)	PA en perte d'autonomie	PSH +/- PA	Personnes de 60 ans et plus, avec ou sans perte d'autonomie	Personnes de 60 ans et plus, avec ou sans perte d'autonomie
Financier(s)	Assurance maladie	CD	CD	MDPH	CF – CD	CD au titre de la CF
Sources des financements	ONDAM	En 2019, 28 % par concours CNSA 72 % sur fonds propres des CD	En 2019, 38 % par concours CNSA 62 % sur fonds propres des CD	Toujours : CD, état, Parfois : CPAM, CAF, Anah, Agefiph...	CASA (concours CNSA)	CASA (concours CNSA)

Deux types de financements ne sont pas présentés dans le tableau :

- Les financements au titre des compléments AEEH pour les personnes de 0 à 20 ans,
- Les aides des CARSAT ou des caisses de la MSA pour les retraités non en perte d'autonomie.

À noter, les dépenses en aides techniques correspondent à une part minime des dépenses de la PCH et de l'APA avec respectivement 1,4 % et moins de 1 % contre 92 % pour l'aide humaine pour les deux prestations.

Les financements pour l'achat et la location des aides techniques sont majoritairement destinés aux personnes de 70 ans et plus en raison d'un effet volume important

Les dépenses de l'assurance maladie pour les aides techniques augmentent avec l'âge. 70 % des dépenses sont dévolues aux personnes de 60 ans et plus avec un pic pour la classe des 80-89 ans.

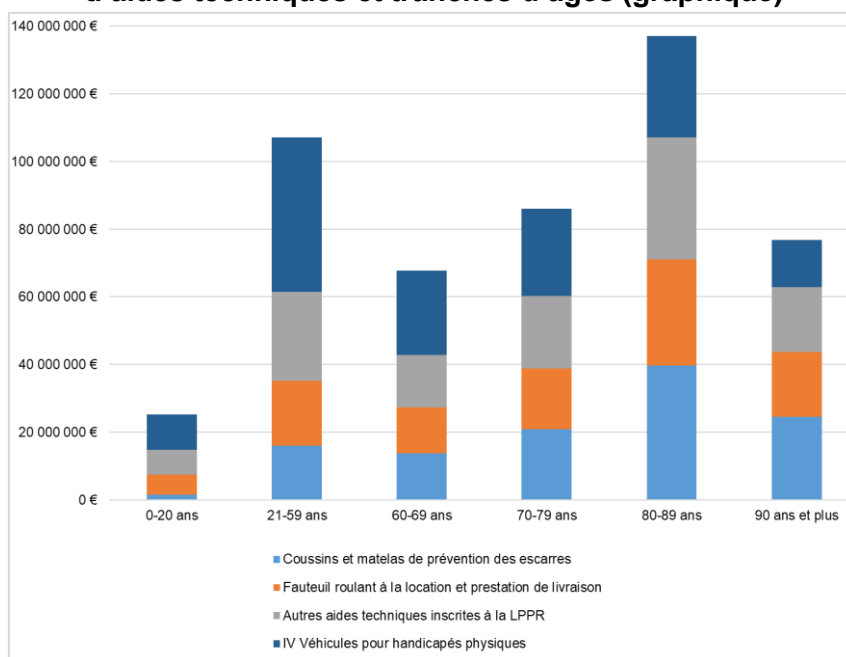
La seule catégorie d'aides techniques pour laquelle les dépenses ne sont pas les plus élevées pour la tranche d'âge de 80-89 ans est les véhicules pour personnes handicapées.

Montants remboursés par l'assurance maladie pour différentes catégories d'aides techniques et tranches d'âges (tableau)

–	0-20 ans	21-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et plus
Coussins et matelas de prévention des escarres	1 472 242 €	15 944 904 €	13 658 060 €	20 835 980 €	39 644 937 €	24 449 879 €
Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison	5 876 887 €	19 244 822 €	13 645 094 €	18 035 169 €	31 318 044 €	19 254 068 €
Autres aides techniques inscrites à la LPPR	7 347 143 €	26 310 325 €	15 444 271 €	21 396 708 €	36 090 811 €	19 203 025 €
IV Véhicules pour handicapés physiques	10 548 556 €	45 677 356 €	25 032 488 €	25 767 796 €	30 035 938 €	13 882 849 €

Source : CNAM, données du Sniiram pour 2018.

Montants remboursés par l'assurance maladie pour différentes catégories d'aides techniques et tranches d'âges (graphique)



Source : mission.

À noter, pour la location de fauteuil roulant, une prestation de livraison peut être facturée à l'assurance maladie. La livraison est en revanche incluse dans le tarif d'achat.

Les dépenses pour la location des lits sont concentrées pour les personnes de 70 ans et plus alors que les dépenses pour la location des fauteuils roulants sont réparties sur l'ensemble des tranches d'âge.

Les dépenses pour les lits et les audioprothèses sont importantes proportionnellement aux autres aides techniques

Les dépenses annuelles par l'assurance maladie pour les lits s'élèvent à 472 M€ essentiellement par un effet volume.⁶⁰

Pour les audioprothèses, le cumul des dépenses de l'assurance maladie, la PCH aides techniques et le FDC pour l'année 2018 est estimé à 178 M€ (167 M€ pour l'assurance maladie, 10 M€ pour la PCH et 1,4 M€ pour le FDC). La mise en place du 100 % santé en audiologie pourra faire varier la part respective des financeurs pour les audioprothèses. En particulier, une diminution des financements par la PCH aides techniques devrait être observée. Toujours pour les audioprothèses, d'autres financeurs interviennent avec des montants globaux non négligeables. C'est le cas de l'Agefiph.

Dépenses de l'Agefiph pour les aides techniques

Pour l'année 2019, l'Agefiph a engagé plus de 10 M€ pour les audioprothèses. 9 298 travailleurs en situation déficients auditifs ont été servis avec une subvention moyenne de 1 109 €. Les dépenses totales avaient baissé de 10 % par rapport à 2018. L'analyse des dépenses sur 2020 et les années à venir permettront de confirmer cette tendance et son lien ou non avec la mise en place du 100 % santé.

Enfin, les aides optiques représentent 15 % des demandes et 17 % des montants engagés. Les fauteuils roulants représentaient 9 % des demandes et 17 % des dépenses.

Des données plus précises sur les financements d'aides techniques par l'Agefiph sont présentées en annexe 6.

⁶⁰ Pour rappel, l'accès aux lits médicalisés est prévu dans la LPPR par des locations hebdomadaires. Elles sont parfois reconduites pendant des années pour les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées. Si les lits ne sont pas inclus dans le périmètre des travaux, les réflexions sur les différentes modalités d'accès (location courte, location de longue durée et achats) pourraient alimenter des travaux dédiés aux lits médicalisés.

D'autres facteurs seraient à prendre en compte au-delà de l'analyse des prises en charge et des dépenses publiques, mais ne peuvent être documentés faute d'analyse économique dédiée

D'autres facteurs seraient à prendre en compte au-delà de l'analyse des prises en charge et des dépenses publiques, mais ne peuvent être documentés faute d'analyse économique dédiée. En effet, il est régulièrement rappelé que l'usage des aides techniques permet d'éviter des coûts par le maintien ou l'amélioration de la performance des personnes dans leur vie quotidienne et dans leur vie scolaire et professionnelle. C'est d'ailleurs la position soutenue par l'OMS dans son Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021.

Toutefois aucune étude ne vient objectiver ces éléments et permettre de quantifier l'intérêt économique de la promotion de l'usage des aides techniques comme l'étude de Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann⁶¹ l'a fait pour les audioprothèses.

En parallèle, mettre en place des dispositifs pour la remise en bon état d'usage des aides techniques génère des externalités positives (réduction des déchets, emplois répartis sur l'ensemble du territoire, etc.), mais cela non plus n'est pas encore assez documenté.

⁶¹ Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés. Revue de la littérature scientifique 2005-2015, Jean de Kervasdoué et Laurence Hartmann, mars 2016.

2. Les propositions

La situation actuelle montre des difficultés multiples pour les personnes avec un contexte différent entre personnes en situation de handicap et personnes âgées, un manque d'information et d'accompagnement et des obstacles à l'accès aux matériels, un secteur de la distribution flou et un pilotage faible.

Les propositions sont d'abord faites pour améliorer le parcours des personnes pour un recours plus fréquent et optimisé aux aides techniques. Un accompagnement plus précoce et plus accessible et un accès plus aisé et rapide aux aides techniques, dans une approche d'usage et plus seulement d'achat, sont les deux grands leviers proposés.

Un cadre d'exercice clarifié pour les distributeurs, dont les PSDM et les acteurs de la remise en bon état d'usage sont un autre objectif. Un « accès au remboursement » plus cohérent et le soutien de process de conception vertueux sont souhaités pour les fabricants et porteurs d'innovations technologiques.

Enfin, des responsabilités définies et attribuées sont ambitionnées pour le pilotage du secteur, tant au niveau national que local.

Les propositions sont présentées selon les cinq axes définis sur l'information et l'accompagnement des personnes, les financements des matériels en intégrant la notion d'usage, la qualité des services et des aides techniques, le pilotage et enfin le développement de l'innovation et des connaissances sur le sujet.

Le renforcement de l'information, l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes, proposé en premier dans le rapport, sont à traiter en priorité. Les autres axes n'auront de sens et d'efficacité que s'ils s'appuient sur ces fondements.

2.1. Axe 1 : Renforcer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes

Les constats montrent de nombreux obstacles pour les personnes, dont le manque d'information et d'accompagnement.

En s'inspirant des politiques et organisations mises en place à l'étranger et, pour les personnes âgées depuis la loi ASV, dans certains départements, la mission propose de généraliser et professionnaliser l'information et l'accompagnement réadaptatif des personnes en matière d'aides techniques. Les enjeux sont individuels et collectifs. Au niveau individuel, il serait attendu une réduction du non-recours et des projets plus adaptés aux attentes et besoins des personnes au moment du choix de l'aide technique et sur la durée. Au niveau collectif, améliorer cet accompagnement en identifiant mieux les acteurs et en structurant les échanges réciproques avec eux pourrait devenir un ancrage pour l'amélioration de la politique publique des aides techniques.

Pour cela plusieurs objectifs complémentaires s'imposent :

- Un parcours repensé pour favoriser l'accompagnement, et reconnaissant mieux les rôles de chacun : personnes en situation de handicap et personnes âgées, proches, professionnels de la santé et la réadaptation et distributeurs ;
- Un renforcement de l'information, l'évaluation des besoins, l'accompagnement au choix à la prise en main et au suivi à moyen terme des personnes par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux ;
- Un financement structurel de ces activités d'évaluation et d'accompagnement, tout en reconnaissant la diversité des modèles pertinents sur chaque territoire ;
- L'accès à une information fiable et neutre d'intérêts commerciaux à disposition des personnes et des professionnels.

2.1.1. Formaliser et encadrer l'évaluation et l'accompagnement

Aujourd'hui, l'évaluation des besoins des personnes et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques sont réalisés par des structures différentes qui interviennent parfois sans cadre précis. Élaborer des cadres d'intervention pour les pratiques et les organisations, reconnaître la place des différents acteurs, personnes concernées et professionnels, et apporter plus de lisibilité sur les acteurs présents dans les territoires sont déclinés en six propositions.

Formaliser des recommandations sur les pratiques pour un cadre de référence commun aux professionnels de santé et de l'accompagnement à domicile

Le repérage des besoins, l'information, l'évaluation des besoins, l'accompagnement au choix et à l'utilisation des aides techniques mobilisent différents professionnels de la santé et de l'accompagnement à domicile. Ces actions sont plus ou moins techniques en fonction des situations et des étapes.

Une audition publique a été conduite en 2007 à l'initiative de l'AFM, rejointe par la CNSA, et avec l'appui méthodologique de la HAS. Ce travail visait la réalisation d'un état des lieux et l'élaboration de propositions pour préciser le rôle et la place des acteurs. Le rapport « Acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quels processus ? » est disponible sur le site de la HAS⁶². Les auteurs concluent à la nécessité de recommandations de bonnes pratiques HAS : « si la convergence des avis d'experts permet de proposer déjà des repères solides et consensuels pour "recueillir et favoriser l'expression du besoin en AT" [...], une formalisation de ces bonnes pratiques sous l'égide d'une autorité compétente serait un élément important de reconnaissance et de diffusion de ces recommandations. »

Depuis cette date, les aides techniques sont citées dans plusieurs publications de la HAS et une fiche repère est en cours sur l'adaptation de l'accompagnement et de l'environnement à l'évolution des besoins et attentes des personnes atteintes de maladies neurodégénératives vivant à domicile⁶³. Mais il n'existe pas de productions traitant des aides techniques pour l'ensemble des personnes concernées. Pourtant, les résultats de l'enquête conduite auprès des professionnels de MDPH mettent en évidence le besoin de repères pour répondre aux personnes ayant des troubles sensoriels par exemple.

Des travaux HAS permettraient de :

- Élaborer un cadre méthodologique opposable au niveau de la HAS pour le repérage et l'évaluation des besoins, l'accompagnement au choix et à l'utilisation des aides techniques auprès des personnes en clarifiant les missions et responsabilités des différents professionnels de santé et de l'aide à domicile et celles des PSDM ;
- Définir des critères de complexité des situations nécessitant le recours à des équipes ou des professionnels spécifiques, ergothérapeute notamment.

L'implication de la personne dans son parcours, au-delà du nécessaire, mais insuffisant recueil de l'expression, serait étudiée et les pratiques et organisations favorables à cette implication seraient précisées.

Proposition 1 : engager des travaux HAS pour élaborer un cadre méthodologique pour le repérage et l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes au choix et à l'utilisation des aides techniques. Dans le cadre de ces travaux, clarifier les missions des professionnels de santé et des PSDM et distributeurs d'aides techniques et définir des critères de complexité demandant le recours à une équipe spécifique.

⁶² [Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? quel processus ? Recommandation de bonne pratique](#), 2007.

⁶³ [Programme de travail HAS de 2020](#), 23 juillet 2020.

Préciser les compétences réglementaires des équipes pour une organisation lisible et un déclenchement des financements des aides techniques rapide

Le remboursement des aides techniques par l'assurance maladie demande une prescription médicale ou paramédicale (kinésithérapeute⁶⁴ pour les aides à la marche ou la location des fauteuils roulants manuels ou orthoptistes⁶⁵ pour les aides visuelles par exemple). La prescription renseigne sur l'aide technique et ses options nécessaires. Pour les fauteuils roulants électriques, en cas de première attribution ou de changement de « type » de fauteuil roulant électrique, la prescription fait suite à une évaluation par une équipe pluridisciplinaire comprenant un essai et l'établissement d'une attestation d'essai.

Les décisions en PCH aides techniques ou APA sont prises en se basant sur des argumentaires qui rassemblent des informations sur les éléments ayant conduit aux choix de l'aide technique et de ses options : habitudes de vie et souhaits de la personne, environnement, capacités fonctionnelles, les objectifs et contraintes d'utilisation et résultats des essais. Il n'existe pas de liste restrictive de compétences, de professionnels ou de service pouvant faire les évaluations et les argumentaires pour les demandes de PCH aides techniques. Si le plus souvent l'accompagnement au choix et l'argumentaire sont faits par des ergothérapeutes, il existe des organisations différentes dans les territoires. Par exemple, des MDPH ont conventionné avec des équipes extérieures pour les personnes que ces équipes accompagnent déjà (patients d'un SSR, enfants accueillis en IME, etc.) ou pour des personnes orientées spécifiquement pour des évaluations. Ce travail de conventionnement peut être chronophage pour les deux parties et être étendu ou non aux personnes âgées dans le cadre de l'APA ou des aides des caisses de retraite par exemple.

Préciser, dans le code de la santé publique, le code de la sécurité sociale et le code de l'action sociale et des familles, les missions et les compétences des équipes et professionnels assurant l'évaluation des besoins et les prescriptions ou préconisations pour le déclenchement des financements par la sécurité sociale, la PCH ou l'APA éviterait les redondances dans les évaluations et clarifierait le déclenchement des financements.

Proposition 2 : définir dans le code de la santé publique, de la sécurité sociale et le code de l'action sociale, les missions des équipes dédiées à l'accompagnement des personnes en matière d'aides techniques et garantir la reconnaissance des évaluations par les différents financeurs.

⁶⁴ [Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire](#)

⁶⁵ [Arrêté du 31 mars 2017 fixant la liste des dispositifs médicaux que les orthoptistes sont autorisés à prescrire](#)

Ouvrir le droit de prescription des aides techniques aux ergothérapeutes pour améliorer la pertinence des prises en charge et maintenir les délais et les coûts des évaluations

Les ergothérapeutes sont formés en réadaptation. Le référentiel d'activité de la profession prévoit que « pour faciliter l'engagement dans les activités et leur réalisation, l'ergothérapeute étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre facilitant et accessible. Il préconise et utilise des appareillages de série, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques. »⁶⁶ Là où ils exercent, les ergothérapeutes sont fréquemment mobilisés pour l'évaluation des besoins et l'accompagnement au choix des aides techniques.

La prescription est un acte défini par la réglementation qui permet le déclenchement d'un remboursement par l'assurance maladie d'un acte de soin, d'un médicament ou alors d'un dispositif médical, dont les aides techniques, inscrites à la LPPR. La prescription n'est pas nécessaire pour les aides techniques non inscrites à la LPPR. Ont droit de prescription les professionnels de santé inscrits dans le code de santé publique pour lesquels cette compétence est définie par la loi.

En France, la prescription des aides techniques est en grande partie réservée aux médecins. La prescription de certaines aides techniques est restreinte à une liste de spécialités. Le plus souvent les médecins traitants ne sont pas en mesure de faire des évaluations précises (manque d'informations, manque de temps pour évaluer des déterminants de l'activité...). Les prescriptions faites peuvent être très génériques ou être la transcription des éléments transmis par les PSDM.

Les masseurs-kinésithérapeutes⁶⁷ peuvent prescrire des aides à la marche et la location des fauteuils roulants manuels et les orthoptistes⁶⁸ des aides visuelles. Actuellement et malgré les recommandations des rapports de 2007 (rapport d'audition publique) et 2013 (rapport IGAS), les ergothérapeutes n'ont toujours pas le droit de prescrire les aides techniques inscrites à la LPPR.

Des initiatives existent en France pour que les ergothérapeutes prescrivent les aides techniques. C'est le cas par exemple de la délégation de prescription par les médecins MPR aux ergothérapeutes mise en place dans l'IRRR de Nancy⁶⁹. Elle vise à apporter plus de fluidité dans les évaluations et prescriptions des fauteuils roulants et autres véhicules pour personnes handicapées et à mettre en cohérence la pratique et la démarche administrative en permettant aux auteurs des évaluations de signer les prescriptions sans nuire à la qualité des évaluations ou du suivi des patients d'un point de vue plus large.

L'étude de ce qui se passe à l'étranger montre aussi que la responsabilité de l'attribution d'aides techniques comme les fauteuils roulants est confiée aux ergothérapeutes. C'est par exemple le cas au Québec dans les centres de fauteuils roulants ou en Norvège.

⁶⁶ Annexe 1 de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, [Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/7 du 15 août 2010](#), page 171.

⁶⁷ [Article L. 4321-1 du code de santé publique](#)

⁶⁸ L'orthoptiste « peut prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » [Article L. 4342-1 du code de santé publique](#)

⁶⁹ Cf. l'encadré au titre 1.1.4.

Pour répondre aux objectifs de pertinence et de fluidité du parcours dans le cadre actuel, il semble indispensable d'ouvrir aux ergothérapeutes le droit de prescription des aides techniques. Cette possibilité sera d'autant plus importante que la LPPR intégrera d'autres catégories d'aides techniques comme les aides pour la toilette ou les transferts par exemple. Cette proposition fait aujourd'hui l'objet d'un consensus. Lors de la mission, les retours des représentants des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, des professionnels et structures de santé et des distributeurs ou fabricants ont convergé vers cette proposition.

L'hétérogénéité du champ des aides techniques et le manque de données et de structuration empêchent encore le développement de pratiques basées sur la preuve. D'autres moyens sont donc à mobiliser pour garantir des préconisations d'aides techniques les plus adaptées. Pratiquer au sein d'une équipe permettrait aux ergothérapeutes prescripteurs de s'appuyer sur les retours de pairs, sur les apports d'autres professionnels et d'utilisateurs experts ou pairs aidants. L'équipe entendue ici n'est pas liée à une activité commerciale : tout professionnel salarié ou travaillant ou sein ou pour le compte d'une structure commerciale ne pourrait accéder au droit de prescription. C'est d'ailleurs ce modèle d'exercice qui est privilégié dans la plupart des modèles étrangers.

Enfin, prescrire des aides techniques demanderait que les ergothérapeutes soient formés :

- Sur les conditions de prescriptions pour respecter l'ensemble de leurs obligations ;
- Sur les aspects métiers en fonction des caractéristiques et des besoins de certains publics accompagnés, personnes ayant des troubles visuels du spectre de l'autisme par exemple ;
- Sur les modalités de prise en charge et tarification des aides techniques pour assurer la meilleure réponse aux personnes avec la meilleure efficacité.

La liste des aides techniques qu'ils seraient autorisés à prescrire comprendrait *a minima* les aides techniques à la mobilité et les aides techniques aux transferts ; elle serait étendue au fur et à mesure de l'entrée d'autres aides techniques dans la LPPR.

L'ouverture du droit de prescription à une profession inscrite dans le code de santé publique demande une évolution législative⁷⁰.

Toutefois, une mise en place dans des délais plus courts pourra passer par un protocole national de coopération travaillé avec le Comité national des coopérations interprofessionnelles mis en place par la loi du 24 juillet 2019. Ce protocole viserait l'autorisation de la prescription à des personnes en situation de handicap et des personnes âgées d'aides techniques en lieu et place des médecins par des ergothérapeutes exerçant au sein d'équipes pluri professionnelles. Cette prescription fera suite à l'évaluation pluri professionnelle des besoins des personnes, quel que soit leur âge, et se placera dans la continuité d'une démarche d'accompagnement au choix et à la prise en main des aides par les ergothérapeutes.

⁷⁰ Pour les ergothérapeutes, il pourrait s'agir de l'article L. 4331-1 du code de santé publique.

Après mise en place d'un tel protocole et à l'occasion de futurs travaux législatifs, la nécessité d'acter dans la loi l'ouverture de la prescription aux ergothérapeutes devra être étudiée.

Proposition 3 : ouvrir le droit de prescription des aides techniques aux ergothérapeutes, dès lors qu'ils sont formés et que l'exercice s'inscrit au sein d'une structure collective et, dès que nécessaire, pluridisciplinaire hors structure ou réseau ayant une vocation commerciale.

Renforcer l'information et la formation des professionnels pour limiter la perte de chance

La régularité et le lieu de leurs interventions donnent aux auxiliaires de vie, aides ménagers, aides-soignants et infirmiers intervenant sur les lieux de vie des personnes, une position privilégiée pour repérer des variations de performances des personnes dans la réalisation de certaines activités ou l'émergence de nouveaux besoins. Cela est particulièrement vrai pour les personnes âgées vivant à domicile. Toutefois, pour être transformées en « identification d'un besoin en aides techniques », ces observations doivent être mises en perspective avec l'existence des solutions. L'absence ou le faible volume d'heure de formation sur les aides techniques dans les formations initiales de ces professionnels limite leur rôle de vigie et majore donc le non-recours pour les personnes qui ne s'informent pas par ailleurs.

Il est de même pour l'ensemble des professionnels intervenant à domicile lors d'évaluation en lien avec les droits des personnes : évaluateurs APA, professionnels des opérateurs en amélioration de l'habitat... dès lors qu'ils n'ont pas eu de formation initiale ou continue sur le sujet.

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs très fréquents notamment pour les personnes âgées qui expriment auprès d'eux des difficultés dans la vie quotidienne : peur de chuter lors des levers nocturnes ou dans la salle de bains, difficultés majorées pour passer du lit au fauteuil roulant, pour lire le journal, se repérer dans la semaine ou dans le quartier... Toutefois, ces derniers sont souvent démunis pour répondre précisément à leurs patients sur ces sujets en rapport avec l'amélioration de la réalisation des activités plus que le traitement médical. Une connaissance des solutions existantes et des acteurs neutres d'intérêts commerciaux pouvant apporter une réponse adaptée serait une solution pour les médecins et les patients.

Enfin, pour les professionnels réalisant les évaluations et accompagnements, notamment les ergothérapeutes, la formation sur les aides techniques pourrait être renforcée sur la méthodologie, les connaissances des aides techniques et des organisations ou la formation pratique. Des modules de formation continue et de développement professionnel continu devraient prendre en compte les connaissances scientifiques actuelles pour aller vers plus de pratiques basées sur la preuve⁷¹ et les retours d'usage des utilisateurs.

⁷¹ Cf. partie 2.5.1 sur le développement et l'utilisation de la connaissance scientifique.

L'amélioration de la formation pour les professionnels demanderait de :

- Inscrire les aides techniques dans les programmes de formation initiale des « métiers vigies » (intervenant à domicile) et professionnels de premiers recours (médecins généralistes notamment) ;
- Inscrire les aides techniques dans les priorités de formation continue pour les « métiers vigies » et pour les préconisateurs ; en particulier les ergothérapeutes prescripteurs ;
- S'assurer que l'offre soit couverte et la compléter si besoin le cas échéant en recourant à des modalités innovantes pour une partie des formations (formation en distanciel ou MOOC).

Proposition 4 : renforcer l'information et la formation sur les aides techniques dans les formations initiales et continues des professionnels de l'aide à domicile et des professionnels de santé.

Reconnaitre l'expertise d'usage des utilisateurs et des proches aidants pour des accompagnements au plus près de leurs besoins et souhaits

La prise en compte de l'expertise des personnes et des proches peut répondre à trois objectifs :

- Améliorer les réponses individuelles ;
- Permettre aux professionnels d'améliorer leurs pratiques ;
- Améliorer la connaissance sur les solutions existantes.

Deux types d'expertise des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des proches peuvent être distingués :

- L'expertise de sa situation, ses attentes et besoins et de son environnement de vie pour chacune des personnes accompagnées ;
- Une expertise technique sur les aides techniques et les techniques de réadaptation acquise par certains utilisateurs.

Certaines personnes construisent seules leur projet de réadaptation par les aides techniques et font appel aux professionnels pour une confirmer et finaliser leur projet (essais du modèle et prescription par exemple). D'autres personnes sont plus en difficultés pour analyser leur situation. L'expertise profane de la personne doit dans tous les cas être prise en compte. Dès que nécessaire, le professionnel de réadaptation doit guider la personne pour faire émerger cette connaissance et la traduire en objectifs ou leviers et contraintes à prendre en compte. Par exemple, la personne ou son proche savent quels professionnels interviennent au domicile et auront à manipuler l'aide technique ou l'utiliser lors d'un acte de soin ou d'aide. Ces éléments sont indispensables pour établir le cahier des charges fonctionnel de l'aide technique et le programme d'accompagnement nécessaire pour optimiser son utilisation. Les entretiens, les mises en situation et essais des aides techniques sont des moyens fréquemment cités par les professionnels pour ce faire.

Une fois l'aide technique à disposition, les retours d'expérience des personnes et des proches sur l'utilisation de l'aide technique permettent d'ajuster le projet si nécessaire. Proposer à des pairs ces retours peut faire émerger des attentes, dépasser des craintes, trouver des « astuces ». Partagés avec les préconisateurs et prescripteurs, ces retours permettent d'éviter de reproduire certaines erreurs et d'alimenter une pratique réflexive. Le partage des retours d'expérience peut se faire en proximité ou à distance, en simultanée ou en différé.

Enfin, des utilisateurs d'aides techniques, plus souvent des personnes en situation de handicap se renseignent beaucoup « par eux-mêmes » avant ou en parallèle de la consultation d'un professionnel : recherche d'information sur internet, discussions et essais d'aides techniques avec des pairs, etc. Certains, en lien ou non avec des connaissances techniques (informatique par exemple) sont des ressources pour compléter et affiner la connaissance sur les aides techniques.

La prise en compte de l'expertise des personnes et des proches implique de :

- Mettre en place les moyens permettant de recueillir l'expression de chacune des personnes accompagnées et en faire la base de la réponse apportée ;
- Collecter et diffuser les retours d'usage sur les aides techniques directement par les pairs-aidants ou par des sites ou forums ;
- Intégrer les personnes ayant une expertise sur un domaine dans la construction de données et de connaissances (fiches ou dossiers techniques sur des catégories d'aides techniques par exemple).

Proposition 5 : utiliser l'expertise des personnes comme facteur de réussite de leur propre projet et levier d'amélioration général de l'accompagnement des personnes.

Intégrer les aides techniques aux missions des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour des parcours plus fluides, en particulier pour les personnes les moins informées

Les professionnels de l'aide à domicile, les médecins, les évaluateurs APA ou des CARSAT sont souvent les premiers informés d'un besoin en aide technique, mais ne sont toujours pas à même d'y répondre. Pourtant régulièrement, ces professionnels sont en difficulté pour orienter les personnes vers les services idoines.

Or, les dispositifs d'appui à la coordination constituent une ressource pour les acteurs du territoire pour favoriser l'optimisation des parcours de santé complexes. Ils sont au service de tous les professionnels qui prennent en charge des personnes dans le cadre d'un parcours de santé ressenti comme complexe pour les aider à organiser les prises en charge qu'ils ont des difficultés à gérer seuls. Leur démarche est pluridisciplinaire et pluri professionnelle (sanitaire, sociale et médico-sociale) et vise à articuler les diverses compétences et expertises en leur sein et sur le territoire concerné.

Inscrire les aides techniques dans le champ des DAC permettrait :

- Aux services proposant des informations, conseils et accompagnement sur les aides techniques sans intérêts commerciaux d'être recensés ;
- Aux professionnels, en particulier les médecins généralistes d'orienter plus facilement leurs patients vers des équipes spécialisées pour l'accompagnement sur les aides techniques ;
- Aux personnes en situation complexe d'avoir un accompagnement sur les aides techniques par une équipe spécialisée et réalisé en coordination avec l'ensemble des soins et accompagnements déjà en place ou à prévoir.

Proposition 6 : intégrer le sujet des aides techniques dans le périmètre des dispositifs d'appui à la coordination par le recensement des ressources locales et l'orientation vers ces équipes.

2.1.2. Structurer l'offre d'évaluation et d'accompagnement et pérenniser son financement pour garantir à chaque personne l'accès à des compétences actuelles et adaptées à sa situation

Une grande variété de structures intervient pour accompagner les personnes sans pouvoir toutefois couvrir tous les besoins. Les réponses stéréotypées, en particulier pour les personnes âgées, sont une des conséquences de ces lacunes dans l'accompagnement.

Pallier ces manques, pour plus de pertinence et de personnalisation des aides techniques, impose de mieux connaître l'offre déjà existante, de la compléter d'un point de vue quantitatif et qualitatif et de définir des financements fléchés. Ces trois propositions sont nécessaires pour garantir la qualité et la pérennité de cette offre d'évaluation et d'accompagnement.

Mieux connaître et pérenniser l'offre existante pour des évaluations et accompagnements sur les aides techniques intégrés dès que possible aux soins et accompagnements médico-sociaux

Les services de SSR, d'hospitalisation de jour, les établissements et services médico-sociaux intervenant de façon ponctuelle à régulière sur les aides techniques pour les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent pour d'autres soins et projets. La part des activités de ces services en lien avec les aides techniques est peu connue. À l'inverse, le nombre et le type d'accompagnement réalisés sont difficiles à estimer. Pourtant ces établissements ou services ont l'avantage de proposer des évaluations intégrées dans un ensemble plus large. Une intervention par les services qui « connaissent » déjà la personne semble donc à privilégier dès que ces services ont les compétences et les organisations pour réaliser ces évaluations et accompagnements dans de bonnes conditions.

Par exemple, la préconisation d'une aide technique dans le cadre de l'accompagnement par un SESSAD peut s'appuyer sur des évaluations faites par plusieurs acteurs, dont plusieurs professionnels à plusieurs moments et dans plusieurs lieux de vie. On peut citer par exemple l'évaluation analytique du kinésithérapeute, les conclusions du psychomotricien ou de l'orthophoniste, les observations des parents et le cas échéant de l'auxiliaire de vie et de l'aide humaine en milieu scolaire, les données médicales (notamment sur pronostic) par le pédiatre ou le MPR et l'évaluation fonctionnelle et la synthèse des données en rapport avec l'aide technique par l'ergothérapeute.

Certaines conférences des financeurs ont réalisé une étude des acteurs en présence à l'échelle de leur département et pour les personnes de 60 ans et plus. Toutefois, il n'existe pas de cartographie nationale des acteurs assurant les évaluations et accompagnements sur les aides techniques pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées de leur file active. Mieux connaître cette offre impliquerait de recenser ces établissements ou services et caractériser leur activité : type de public et d'aides techniques les plus fréquemment préconisées ou prescrites, compétences mobilisées et modalités d'accompagnement. Une attention particulière devrait être portée aux évaluations et essais dans les lieux de vie de la personne et à l'accompagnement à la prise en main des aides techniques, y compris après le départ du service par la personne. Le cas échéant, les liens avec des structures relais en proximité des lieux de vie de la personne seraient aussi précisés (exemple d'un SSR spécialisé qui accueille des patients de toute une grande région ou de territoires ultramarins).

Si des recommandations de bonnes pratiques sur les aides techniques sont publiées par la HAS, elles deviendraient opposables pour toutes ces structures. Le cas échéant un accompagnement devrait être organisé (programmes de développement professionnel continu pour les professionnels, conseils sur les organisations...) pour garantir l'effectivité de leur application.

En complément, les travaux de tarifications (révision du Catalogue spécialisé des actes de rééducation et réadaptation – CSARR, ou renouvellement des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM par exemple) devront être l'occasion de vérifier que l'accompagnement en matière d'aides techniques peut être réalisé selon des modalités adaptées, puis lorsqu'elles seront publiées, conformes aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

Proposition 7 : cartographier l'offre existante pour l'accompagnement sur les aides techniques et vérifier que la tarification des services est cohérente avec les missions attendues en matière d'aides techniques.

Construire une offre subsidiaire dans les territoires pour permettre à toute personne d'avoir accès à un accompagnement neutre d'intérêt commercial pour l'évaluation de ses besoins, le choix et l'utilisation des aides techniques

Pour les personnes qui ne sont pas accompagnées par un service de SSR ou médico-social comme cité au paragraphe précédent, il n'existe pas en France d'offre structurée et financée pour l'évaluation des besoins en aides techniques et l'accompagnement au choix et à la mise en œuvre. Ce manque touche particulièrement les personnes âgées vivant à domicile. Mettre en place une offre dans tous les départements, sur la base d'un cahier des charges unique permettrait de pallier ce manque.

En effet, si tous les départements sont couverts par des services de SSR et des établissements et services médico-sociaux et ont des MDPH, ces structures ne sont pas organisées (conditions d'accès, critères d'âge, etc.) ni dimensionnées pour couvrir tous les besoins.

Les CICAT sont polyvalents et tous directement accessibles pour les personnes et les proches pour un premier niveau d'information, mais l'évaluation des besoins et l'accompagnement à la prise en main peut varier d'un territoire à l'autre ou en fonction des leviers financiers disponibles. Par exemple accompagnement pourra être sur une durée plus longue pour les personnes à partir de 60 ans dans les départements où les CF ont conventionné avec les CICAT. Enfin, l'accompagnement fait ou organisé par les Technicothèques peut être conditionné à l'éligibilité à des prestations comme la PCH ou l'APA.

La mission recommande de mettre en place des équipes dans chaque département pour l'information, l'évaluation des besoins et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques. Ces équipes devraient être aisément accessibles pour les personnes en situation de handicap et âgées sans critères d'âge ou de type de déficience. Elles interviendraient en subsidiarité des services et établissements travaillant sur les aides techniques pour les personnes de leur file active. Ces équipes seraient indépendantes de tout intérêt commercial, n'appartenant pas à une structure ou un réseau d'organisation ayant des activités commerciales. Ce travail demanderait de :

- Établir un cahier national précisant les missions des équipes et laissant une grande souplesse dans les organisations territoriales ;
- Définir des modalités de financement des activités et des tarifs (forfaits par personne accompagnée par exemple) ;
- Flécher des crédits de la sécurité sociale (assurance maladie ou 5^e risque) ;
- Initier et suivre le déploiement et le pilotage des équipes à l'échelle départementale et nationale par les pilotes locaux et nationaux ;
- Pour le pilote national sur les aides techniques, mettre en place et suivre des actions d'amélioration continue à l'attention des évaluateurs et des responsables de service pour aller vers des pratiques basées sur la preuve.

Construire un cahier des charges garantirait une même compréhension des activités d'accompagnement et une déclinaison sur les territoires. Il devrait :

- Être cohérent avec les cadres de référence établis par ailleurs (recommandations de bonnes pratiques de la HAS et évolutions du cadre réglementaire sur les activités et les compétences des équipes et professionnels) ;
- Le cas échéant, préciser les modalités permettant d'« inscrire la place des personnes en situation de handicap [et les personnes âgées] dans les procédures et les outils utilisés par les professionnels pour évaluer le besoin en AT et assurer la meilleure préconisation » ;
- Expliciter la distinction des rôles entre préconisateurs et prescripteurs d'une part et distributeurs d'autre part ;
- Préciser les éléments organisationnels socles notamment les liens avec les adresseurs et avec les financeurs des aides techniques et le recensement auprès des DAC ;
- Spécifier les éléments nécessaires au pilotage et au financement (nombre et caractéristiques des personnes, nombres et type d'intervention, territoire couvert...) à collecter et transmettre aux pilotes local et national ;
- Laisser une grande souplesse dans les choix administratifs et organisationnels : entité juridique, structure de rattachement (association de personnes en situation de handicap, centre hospitalier, établissement médico-social...), possibilité de faire appel à des professionnels libéraux, liens entre les différentes équipes d'un même département...
- Décrire pour exemples, des organisations territoriales jugées intéressantes.

Avoir une équipe en chef de file dans chaque département semble une organisation souhaitable. Ce chef de file serait le référent départemental sur la thématique ; garant des actions d'information et interlocuteur privilégié de l'instance de gouvernance locale et du pilote national.

L'opportunité d'un financement par l'assurance maladie ou au titre du soutien à l'autonomie (5^e branche) serait à examiner.

Proposition 8 : renforcer l'offre d'évaluation des besoins et d'accompagnement au choix et à l'usage des aides techniques pour les personnes par des équipes dédiées dans chaque département, intervenant sur la base d'un cahier des charges national, et financées par des crédits pérennes de la sécurité sociale.

Assurer une offre de proximité, avec au minimum une équipe par département, semble indispensable. Ainsi dans les territoires peu denses, une plus grande polyvalence sera demandée aux équipes pour couvrir tous les publics notamment les personnes ayant des troubles sensoriels, cognitifs ou psychiques. Dès que de besoin, les professionnels de proximité devraient pouvoir s'appuyer sur des ressources externes au département disposant d'une plus grande expertise.

Organiser, développer et financer une offre de conseil expert pour des réponses de qualité sur l'ensemble du territoire et quels que soient les besoins et profils des personnes

Les territoires denses sont souvent dotés de structures pouvant répondre à des besoins très ciblés (SSR, établissements et services médico-sociaux spécialisés par exemple), mais à l'inverse d'autres départements en sont dépourvus. Par exemple des établissements spécialisés dans la basse vision sont basés à Montpellier, Nîmes, Lyon et Clermont-Ferrand, mais il n'en existe aucun en Aveyron, Lozère, Ardèche, Cantal, Haute-Loire... Les professionnels de ces territoires (professionnels de la vision et équipe polyvalente sur les aides techniques) devraient pouvoir s'appuyer dès que nécessaire sur des équipes spécialisées en réadaptation visuelle. Cet appui pourrait porter sur :

- L'analyse des situations ;
- La connaissance des aides techniques (appareils et logiciels dédiés et équipements grand public) ;
- Les techniques de réadaptation pour faciliter leur utilisation.

En plus des compétences régionales à apporter dans chaque département, d'autres sujets pourraient relever d'un traitement national parce que demandant le développement d'une expertise sur un sujet précis, mais rare.

Les retours des professionnels des MPDH⁷² mettent en avant trois domaines à couvrir en priorité par un appui régional ou national :

- Situations et aides techniques pour les personnes ayant un handicap visuel ;
- Situations et aides techniques pour les personnes ayant un handicap auditif ;
- Aides techniques et outils numériques grand public pour les situations autres que les troubles sensoriels.

Système de détection des sons et d'alerte par signaux lumineux



⁷² Cf. annexe 7.

Le recours à un conseil expert serait nécessaire pour limiter les iniquités entre territoires et publics. Il demanderait, sur la base des besoins priorisés et des structures identifiées de :

- Compléter le diagnostic des besoins, préciser la cartographie des acteurs existants et établir ou confirmer les priorités ;
- Préciser les missions des équipes expertises et les modalités d'appui ;
- Définir le financement des activités, qui relèveraient des crédits de la sécurité sociale (assurance maladie ou 5^e risque) ;
- Assurer le suivi du déploiement et de l'activité au niveau national et la mise en place d'actions d'amélioration continue à l'attention des évaluateurs et des responsables de service pour aller vers des pratiques basées sur la preuve.

La mise en place de cette organisation serait confiée au pilote national sur les aides techniques en lien avec la DGCS et la DGOS.

Les centres ressources maladies rares, les centres ressources autismes ou l'organisation en trois niveaux en place en Norvège sont autant d'exemples à prendre en compte. Il conviendrait aussi de tenir compte des actions lancées en France dans les années 2000 : Plateforme régionale d'information et de conseil en aides techniques (PRICAT) portées par des CICAT et Centres d'expertise nationale (CEN-AT⁷³). Les PRICAT avaient vocation à proposer des ressources au niveau de leur région d'implantation. Ils n'existent plus faute de financement. Les CEN-AT devaient, entre autres missions, proposer de l'information et de la formation aux professionnels. En l'absence de financements de leurs missions d'intérêt général et de pilotage, ils se sont plutôt réorientés vers des activités soutenant leur modèle économique qui reste pourtant fragile.

Plus opérationnel et actuel, le conseil expert modélisé et expérimenté par l'APF Lab Le Hub pour les aides technologiques est un bon exemple de solution. Il peut être proposé à distance ou en présentiel, sur l'ensemble du territoire, en passant s'appuyant sur une équipe de proximité ou directement à la personne et ses proches. Le conseil peut être complété de l'envoi de valisettes de matériels pour faire des essais. L'offre construite pourrait être déployée très vite pour répondre aux besoins des personnes et préfigurer l'organisation et le financement du conseil expert sur les autres domaines.

Proposition 9 : mettre en place des ressources de niveau régional et national accessibles aux équipes départementales pour l'accès à des expertises thématiques.

⁷³ [CENStimco](#), [CEREMH](#), [CENTICH](#)

2.1.3. Fournir une information fiable au niveau national et la rendre visible dans les territoires

L'analyse de la littérature comme les retours des représentants des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des professionnels montrent la nécessité d'une information neutre, robuste et accessible pour des décisions éclairées. Selon ces sources, cette information doit notamment donner à voir les aides techniques existantes et être utilisée en complément de l'information produite par les fabricants et distributeurs.

Deux vecteurs sont à travailler conjointement pour une information neutre et efficace :

- Construire des informations adaptées aux différents publics, les diffuser en s'appuyant sur les canaux d'information existants et utilisés couramment pour éviter les redondances et coûts inutiles ;
- Faire vivre l'information en proximité pour sensibiliser plus d'acteurs.

Organiser au niveau national la production et la diffusion d'informations fiables et adaptées aux différents publics pour gagner en efficacité

La production d'information fiable et neutre est coûteuse. Une mesure d'efficience consisterait en une production pour l'ensemble du territoire. Une fois les contenus définis, ils pourraient en revanche être mis à disposition pour décliner des messages adaptés aux différents publics et contextes.

Il existe en France différents acteurs produisant de l'information de qualité sur les aides techniques. Il importerait de prendre en compte ces acteurs, leurs productions et leur expérience pour définir le système à mettre en place. À l'inverse, il serait aussi indispensable de faire un retour sur les projets n'ayant pas abouti ou perduré pour repérer les erreurs à ne pas commettre et les risques à anticiper. En parallèle, ces analyses devraient être complétées par une revue des habitudes et moyens d'informations actuels des personnes, de leurs proches et des professionnels.

Ainsi, un retour sur l'expérience de métabase des aides techniques mise en place par la CNSA en 2011 ne plaide pas en faveur d'une « simple » action visant à concaténer l'information existante et la présenter sur un site créé *ad hoc*.

Pour répondre à l'enjeu d'information des publics sur les aides techniques, un véritable travail d'ingénierie serait à prévoir avec deux objectifs stratégiques :

- Construire une information de qualité, fiable neutre, robuste et partagée sur les aides techniques en tant que « produits »⁷⁴ et sur les services et accompagnements professionnels à prévoir pour rendre leur accès et leur utilisation effectifs⁷⁵ et la rassembler dans une base de données partagée ;
- Construire des messages et supports adaptés aux différents publics (sujets, technicité, format...), à leurs attentes, contraintes et pratiques d'information (temps disponible, lieux d'information, accessibilité...).

⁷⁴ *Assistive devices* au sens de l'OMS (cf. annexe 5).

⁷⁵ *Assistive technologies* au sens de l'OMS (cf. annexe 5).

La construction de cette base de données partagée nécessite de faire un état de lieux des producteurs et informations existantes et des segments non ou insuffisamment couverts. Ce diagnostic serait étendu aux ressources internationales comme celles de l'European assistive technology information network (Eastin) ou d'autres producteurs, dans l'espace francophone par exemple.

Les segments non couverts pourront concerner des catégories d'aides techniques, mais aussi des types d'informations (informations sur les produits, conseils pour la mise en œuvre...). Une attention particulière serait portée aux apports des personnes en situation de handicap, personnes âgées et professionnels experts et retours d'usage des utilisateurs non experts.

Pour la base de données, un compromis doit être trouvé entre standardisation (facilitation de l'utilisation ultérieure et des mises à jour) et souplesse pour les producteurs. Ce travail sera aussi l'occasion de préciser les redondances entre les informations provenant de différents acteurs et, le cas échéant, de traiter ces redondances pour améliorer efficacité et efficience collective.

Cette base de données devrait être ouverte à la consultation, mais ne saurait en aucun cas répondre à toutes les ambitions d'informations. En effet, une base de données thématique ne serait consultée que par des personnes déjà sensibilisées. De plus, l'information contenue serait importante en quantité et pourrait être très technique ; elle ne correspondrait donc pas aux attentes et contraintes de nombreuses cibles. Un travail complémentaire devrait donc être fait pour construire et « pousser » des messages et des formats adaptés et opérants vers les différentes cibles. Les exemples suivants illustrent la construction de messages et supports adaptés pour des cibles identifiées :

- Vidéo et flyer sur les aides techniques sur le portail d'information pour les personnes âgées⁷⁶ ;
- Brochure « Les aides techniques : nettoyer ou désinfecter ? »⁷⁷ et vidéo « Passage dans la baignoire : optimisation de plusieurs aides techniques »⁷⁸ sur le site Prévention domicile⁷⁹ pour les professionnels de l'aide à domicile.

⁷⁶ Exemple des [éclairages à détection de mouvements](#)

⁷⁷ [Les aides techniques : nettoyer ou désinfecter ?](#)

⁷⁸ [Vidéo de présentation des aides techniques pour s'installer dans la baignoire](#) en citant les consignes pour guider la personne vidéo.

⁷⁹ [Site d'information sur la prévention des risques pour les professionnels de l'aide à domicile](#) créé par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), INRS, la Direction générale des entreprises (DGE) et le groupe IRCHEM.

Des objectifs plus opérationnels peuvent être définis :

- Cartographier les producteurs d'information et le cas échéant conventionner avec eux ;
- Cartographie les acteurs de la diffusion d'information pour les différents publics (site d'information grand public, lieux d'information et professionnels sollicités, sites et applications professionnelles...) et le cas échéant conventionner avec eux ;
- Identifier les besoins d'informations et leur niveau de couverture pour les différentes cibles (personnes, proches, professionnels de l'aide à domicile, médecins, préconisateurs en particulier ergothérapeutes, financeurs...);
- Proposer des actions concrètes pour répondre aux besoins non couverts : production de supports d'information et plan de diffusion adaptés aux publics ;
- Capitaliser les informations construites dans une même base pour les rendre accessibles en un lieu unique et pour pouvoir les réemployer par la suite.

Plusieurs points clés devront être travaillés en lien étroit avec les producteurs d'information et diffuseurs notamment la propriété des informations, le financement du travail de veille, d'alimentation de la base de données et de diffusion des productions. Il n'est pas possible à ce stade de se positionner sur ces aspects, mais faire ce cadrage serait indispensable pour un travail collectif sur l'information.

Proposition 10 : créer une base de connaissance nationale sur les aides techniques (offre existante, techniques d'intervention, données scientifiques...) et utiliser ces connaissances pour construire et diffuser des messages adaptés aux différents publics (particuliers et professionnels).

Apporter et faire vivre l'information sur les territoires pour garantir une dynamique du sujet et une acculturation de tous

En complément des plans de diffusion de l'information, des actions de proximités seraient nécessaires pour sensibiliser des personnes ou professionnels éloignés du sujet et pour permettre aux professionnels déjà impliqués de découvrir d'autres solutions et d'autres activités pouvant être facilitées par l'utilisation des aides techniques. La possibilité de voir et tester des aides techniques et de discuter entre pairs serait une valeur ajoutée de ces temps d'information.

Les CICAT réalisent déjà régulièrement des actions de ce type. Par exemple le CICAT de la Vienne (86) a créé un dispositif (stand, ensemble d'aides techniques, bannière, etc.) et une organisation (animation par des ergothérapeutes) nommée espace mobile autonomie⁸⁰. Ce dispositif peut être aisément installé sur place lors d'événements de la vie locale (marché, fêtes de village, etc.). Cela permet d'apporter l'information sur les aides techniques en allant au contact de publics divers. Ces premiers contacts, moins formels et engageants qu'un rendez-vous dans un lieu spécialisé, peuvent permettre d'ouvrir la réflexion, de susciter ou médiatiser des discussions entre personnes âgées et proches aidants par exemple. En 2018, grâce à l'appui des CF, l'Espace Mobile Autonomie a touché près de 800 personnes dans 52 villes des départements des Deux-Sèvres (79) et de la Vienne (86).

⁸⁰ [Espace mobile autonomie](#)

Sur un autre sujet, le CICAT de Gironde (33) organise des journées thématiques⁸¹ à l'attention des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des professionnels ou des ateliers en effectifs plus réduits. Ces journées permettent aux visiteurs de découvrir et tester des aides techniques courantes ou plus rares ou encore de discuter « d'utilisation adaptée » d'équipements grand public. Par exemple, en 2016, les deux journées « aides techniques et jeux : faciliter l'accès aux loisirs d'intérieur pour les personnes en situation de handicap » ont rassemblé 160 personnes en situation de handicap et 200 professionnels.

Généraliser des actions d'informations en proximité et en incluant une dimension d'animation territoriale sur le sujet concourra à construire une culture des aides techniques en France et à réduire le non-recours. Ces actions devraient être portées par des acteurs identifiés pour leur travail sur les aides techniques et neutres d'intérêts commerciaux.

Proposition 11 : confier aux équipes départementales (cf. proposition 8), des missions d'information au grand public et aux professionnels du territoire, en intégrant des pairs-aidants, et prévoir leur financement pluriannuel (par exemple dans le cadre des CPOM).

⁸¹ [Les journées thématiques du CICAT GIHP Aquitaine](#)

2.2. Axe 2 : Faire évoluer le dispositif de financement

Actuellement, le financement des aides techniques est source de grandes inégalités en fonction de l'âge, avec de moindres prises en charge par l'APA par rapport à la PCH, et des en fonction du type de déficiences avec peu d'aides techniques inscrites sur la LPPR pour des difficultés autres que motrices.

Pour les personnes en situation de handicap, ayant plus de possibilités de financements de leurs aides techniques, les démarches sont multiples et complexes. Elles ne s'enchaînent pas de façon fluide et entraînent des délais de réponses longs, régulièrement préjudiciables pour la réalisation du projet de vie des personnes. Enfin, en lien notamment avec la complexité des textes réglementaires sur la PCH et le flou sur l'APA, il existe de fortes inégalités territoriales.

Les Technicothèques, mises en place dans neuf départements à la date de rédaction du rapport, montrent qu'il est possible de faire plus simple pour les personnes et que cela a un impact réel et rapide sur les personnes. En lissant les difficultés, elles dessinent la situation souhaitable pour les utilisateurs d'aides techniques :

- Moins de démarches à faire ;
- Des délais plus courts ;
- Diminution des obstacles financiers liés à l'avance des frais et au reste à charge.

Toutefois, dans une approche structurelle, il importe de rechercher des solutions structurelles, pour atteindre cet objectif en utilisant nécessairement le levier réglementaire. Ces évolutions porteraient sur :

- La possibilité d'intervenir dans une approche d'usage et plus seulement pour l'achat d'aides techniques neuves ;
- La révision de la LPPR et de la PCH et l'APA pour plus de rapidité dans les réponses et moins d'inégalités en fonction de l'âge ;
- La systématisation du tiers payant ;
- Un travail sur le reste à charge ;
- La clarification des rôles des financeurs notamment des établissements et services.

Trois objectifs devront guider l'action : la réduction du reste à charge pour les personnes, la réduction des délais et la simplification des démarches et la personnalisation des aides techniques et de leurs modes d'accès.

2.2.1. Passer d'une logique d'achat à une logique d'usage des aides techniques

Acheter une aide technique et *a fortiori* une aide technique neuve n'est pas toujours la solution souhaitée par les personnes ni la plus souhaitable.

Une personne rencontrée lors de la mission, mère d'une enfant handicapée, disait son étonnement à ne pas avoir le choix entre des produits neufs ou non neufs pour le matériel de puériculture adapté. Elle évoquait un système officiel, avec les remboursements légaux privilégiant le matériel neuf et, en parallèle, un système « de débrouille » entre parents permettant de s'équiper rapidement avec des produits d'occasions vendus ou donnés entre particuliers.

Engager un travail pour plus de souplesse dans les modalités d'accès semble indispensable et à débiter au plus vite. Au-delà de la tarification, l'évolution du système se fera sur plusieurs années pour qu'elle se déroule sans faux pas et sans heurts pour les personnes et pour les distributeurs et fabricants.

Adopter une logique d'usage autour d'un triptyque de solutions (location courte durée, location longue durée ou achat) pour ne pas bloquer les personnes dans des réponses qui ne conviennent plus

La France se démarque de nombreux pays par le financement par l'assurance maladie des seules aides techniques neuves, parfois avec des restes à charge importants et même pour des situations dans lesquelles l'évolution est évidente (enfants, personnes ayant des maladies évolutives, besoins en attente d'une solution pérenne, etc.). De plus la LPPR prévoit pour certaines aides techniques des fréquences maximales de renouvellement. De nombreuses personnes doivent alors s'accommoder pendant des années de réponses proposées à un temps T alors que leur situation était différente. À l'inverse, la location de courte durée, logique pour répondre à des besoins sur des périodes courtes, entraîne des coûts disproportionnés lorsqu'elle est la seule réponse possible sur plusieurs semestres ou années.

Les travaux en cours à la direction de la sécurité sociale prévoient une ouverture des modalités d'accès aux aides techniques prises en compte par l'assurance maladie⁸². Les trois modalités : location courte durée, location longue durée et achat d'aides techniques neuves et remises en bon état d'usage devraient être mises en place rapidement pour les fauteuils roulants et autres véhicules pour personnes à mobilité réduite. Des tarifs adaptés seraient proposés.

À la mise en place de ce dispositif donc sans recul sur les impacts, il importerait de garder une certaine souplesse pour permettre à la personne de choisir entre achat ou location pour des besoins « longs » et, en cas d'achat, entre aide technique neuve ou remise en bon état d'usage en fonction de l'offre disponible.

⁸² Cf. titre « Plusieurs évolutions des financements sont en cours au moment des travaux pour améliorer l'accès des personnes aux aides techniques » au 1.3.2.

Mettre en place un tel système demanderait un travail de cadrage administratif pour :

- Garantir la qualité de l'offre des aides techniques dans les trois modalités d'accès ;
- Définir des tarifs adaptés pour chacune des modalités en tenant compte de leurs contraintes propres ;
- Mettre en place un système permettant de connaître l'offre existante sur le territoire pour repérer d'éventuelles disparités et permettre le suivi des évolutions dans les besoins et l'accès aux aides techniques pour ajuster les dispositions si nécessaire.

Le succès d'un tel système impliquera :

- Les distributeurs pour la mise en place d'une offre d'aides techniques disponibles selon les trois modalités et sur l'ensemble du territoire, rendant le système effectif,
- Les personnes et les prescripteurs pour le choix le plus fin de l'aide technique et de la modalité d'accès, rendant le système efficace.

Tous les acteurs, y compris les acteurs de l'économie sociale et solidaire, devront être mobilisés pour optimiser les retours et la remise en bon état d'usage des aides techniques qui ne sont plus utilisées.

Proposition 12 : adopter une logique d'usage avec le financement d'un triptyque de solutions : location courte durée, location longue durée ou achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage, pour aller vers un droit à l'usage des aides techniques.

Utiliser les travaux en cours sur les véhicules pour personnes handicapées pour « roder » et étendre le système

Ces évolutions pour les fauteuils roulants et autres véhicules pour personnes à mobilité réduite seraient mises en œuvre dès 2021. Les retours d'expériences pourraient alimenter des travaux similaires pour les autres catégories d'aides techniques.

Ces réflexions devraient porter sur les leviers, opportunités et contraintes à l'évolution de l'offre dans une discussion associant les fabricants et distributeurs, les représentants des personnes en situation de handicap et personnes âgées, les prescripteurs et préconisateurs et les financeurs. Les réflexions sur un « tarif d'usage » seraient à conduire pour favoriser l'incitation du secteur marchand à mettre en place une offre de qualité suffisante et sur tout le territoire.

Dans tous les cas, la mission recommande qu'au fur et à mesure de l'entrée de nouvelles catégories d'aides techniques en LPPR, ces trois modalités d'accès soient envisagées avec, notamment, la construction des trois types de tarifs.

Dans le cadre la PCH et l'APA, la mécanique tarifaire permet déjà de prendre en compte des aides techniques en location courte ou longue durée pour les aides techniques non inscrites à la LPPR. En s'appuyant sur les retours d'expérience sur les fauteuils roulants, un travail pourrait être engagé pour vérifier la nécessité ou non d'adapter la tarification actuelle pour couvrir adéquatement les trois modalités d'accès.

Proposition 13 : utiliser les aides techniques à la mobilité comme catégorie pilote sur le développement et le financement d'une offre basée sur l'usage et étendre dès que possible l'accès basé sur l'usage aux autres catégories d'aides techniques remboursées par l'assurance maladie, la PCH ou l'APA.

2.2.2. Faire de l'assurance maladie le financeur unique des AT « éprouvées », en faisant évoluer en conséquence la LPPR et les modalités de tarification

Les financements des aides techniques reposent sur plusieurs leviers, dont les remboursements par l'assurance maladie qui relèvent du droit commun. Réduire le « millefeuille » et la complexité des financements doit être travaillé en commençant par revoir la place du droit commun pour répondre à plus de situations.

Cet élargissement de la LPPR supposerait une réflexion sur les méthodes et critères retenus pour l'évaluation des aides techniques préalables à leur inscription à la LPPR. Pour autant, il est déjà possible de cibler des catégories d'aides techniques, fréquentes peu coûteuses et assez peu techniques, comme les aides techniques pour la douche ou le bain, à travailler en priorité.

Acter le principe d'un financement par l'assurance maladie pour l'ensemble des aides techniques éprouvées et validées et éviter le cumul des financements pour simplifier les démarches pour les personnes et réduire les coûts de traitement administratif

La LPPR comprend actuellement essentiellement des aides techniques pour la marche, la mobilité et l'installation dans et autour du lit. Certaines activités comme la communication en face à face ou écrite, contrairement à la mobilité ne sont quasiment pas représentées alors que le financement au titre de la LPPR est efficace : il est le plus simple et rapide pour les personnes (délais pour les accords) et demande peu de travail, donc de coûts, administratif.

Le rapport « évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap » publié par l'IGAS en 2013 prévoyait déjà un transfert d'une partie des aides techniques prises en compte PCH vers l'assurance maladie : « supprimer l'intervention de la PCH et du FDC en dehors des cas considérés comme complexes par la CDAPH, l'assurance maladie prenant à sa charge l'intégralité du coût des aides : « supprimer l'intervention de la PCH et du FDC en dehors des cas considérés comme complexes par la CDAPH, l'assurance maladie prenant à sa charge l'intégralité du coût des aides »⁸³. La même évolution a aussi été proposée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a proposé dans un avis.

⁸³ [Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées](#), rapport IGAS, avril 2013, page 45.

L'intégration d'autres catégories d'aides techniques dans la LPPR permettra de réduire les délais de réponses aux personnes et de rationaliser les dépenses en traitement administratif au niveau local. Toutefois, l'efficacité de cette mesure et la prévention d'éventuelles dérives demanderont une implication forte et une formation des prescripteurs et une séparation nette des activités de prescription (professionnels de santé) et de vente ou location des aides techniques (PSDM et distributeurs).

Proposition 14 : élargir le périmètre de la LPPR à l'ensemble des catégories d'aides techniques suffisamment fréquentes et « connues ».

Cet objectif demandera d'adapter les moyens mis en œuvre au niveau national pour la faire évoluer la LPPR.

Se doter des leviers adaptés au niveau de la Cnedimts et du CEPS pour l'intégration en LPPR du « stock » d'aides techniques puis l'actualisation des chapitres sur les aides techniques

Peu de catégories d'aides techniques sont inscrites à la LPPR. Pour autant, l'analyse de l'existant permet d'identifier certaines faiblesses et préciser des objectifs à suivre. Des réflexions pourraient ainsi être conduites pour définir les modalités d'inscriptions des aides techniques dans la LPPR les plus à même de :

- Favoriser une approche fonctionnelle des aides techniques en s'appuyant sur la norme européenne iso9999 ;
- Laisser de la souplesse pour les réponses individuelles, y compris pour les besoins très spécifiques ;
- Contenir le reste à charge pour les personnes ;
- Éviter la reproduction de dérives déjà constatées sur certaines lignes génériques (sièges coquilles par exemple) ;
- Rendre faisables des actualisations régulières pour intégrer les solutions innovantes et ajuster les tarifs et les prix limites de vente en fonction des évolutions du marché ;
- Permettre une régulation des dépenses publiques par des actions sur les coûts unitaires.

Par ailleurs, les aides techniques se caractérisent par leur hétérogénéité, y compris au sein d'une même catégorie⁸⁴ ce qui peut compliquer l'écriture de spécifications techniques pour des inscriptions sous lignes génériques. Par exemple, sous le code LPPR des sièges de série modulables et évolutifs⁸⁵ sont inscrits des produits pour l'installation pour les activités à table ou pour une installation dans le bain ou pour une installation dans la voiture⁸⁶. De plus, son profil et les conditions d'utilisation ont un impact majeur sur le bénéfice pour l'utilisateur. Cela peut limiter la faisabilité et la portée des études sur le service attendu ou rendu exigées pour les inscriptions sous nom de marque. Enfin, une part non négligeable d'aides techniques correspond à des marchés de niche. La balance coût-bénéfice des démarches pour une inscription sous nom de marque n'est donc pas toujours incitative pour les fabricants.

⁸⁴ Les tabourets pour la douche les plus simples coûtent environ 50 € ; certaines chaises de douche sophistiquées avec des changements de position par vérin coûtent plus de 1 500 €.

⁸⁵ Code 1269336.

⁸⁶ Cf. [avis de la Cnedimts du 8 septembre 2015 sur le sujet](#)

Aussi, les avantages et limites des dispositions suivantes devront être comparés :

- Inscription sous ligne générique (exemple des chaises garde-robe),
- Inscription sous nom de marque (exemple des scooters PMR et des supports anti-escarre)
- Inscription sous ligne générique avec tests techniques de chaque modèle par un laboratoire accrédité (exemple des fauteuils roulants manuels)
- Inscription sous ligne générique avec procédure de référencement.

Ces comparaisons intégreront les points de vue des parties prenantes : personnes en situation de handicap et personnes âgées, professionnels prescripteurs et bien entendu, fabricants et PSDM. À noter, dans son rapport de 2013 sur l'évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, l'IGAS recommandait de revoir la composition de la Cneditms et du CEPS⁸⁷, pour mieux prendre en compte les aides techniques au titre de la LPPR

Proposition 15 : étudier les avantages et limites des différentes modalités d'inscription des aides techniques dans la LPPR (incluant le référencement) en associant les représentants des personnes en situation de handicap et âgées, les professionnels et les acteurs du secteur marchand et définir, pour chaque nouvelle catégorie d'aides techniques à inscrire, la modalité la plus adaptée.

En corollaire, les attendus pour les inscriptions des aides techniques dans la LPPR seraient à interroger. Quelle granularité pour les inscriptions sous lignes génériques ? Quels critères d'évaluation dans les études médico-techniques pour les inscriptions sous nom de marque ? Quelles méthode ou adaptation possible de la méthode ?

Proposition 16 : engager un travail sur les méthodes et critères à respecter pour les inscriptions des aides techniques dans la LPPR en tenant compte de leur variété et de l'importance des profils et conditions d'utilisation dans l'impact de leur usage.

L'inscription de nouvelles catégories d'aides techniques dans la LPPR occasionnera un travail administratif non négligeable et pourrait s'étaler sur plusieurs années. Pour être efficace, la mission recommande de débiter par des catégories d'aides techniques et connues, en préparant en parallèle, le travail sur d'autres catégories « plus complexes ».

⁸⁷ Recommandation 3 « Renforcer la section des dispositifs médicaux du CEPS » et recommandation 4 « Renforcer l'association de paramédicaux (ergothérapeutes, etc.) et de travailleurs sociaux dans les travaux de la HAS relatifs aux aides techniques » (page 45 du [rapport sur l'évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap](#)).

Utiliser des catégories d'aides techniques fréquentes et « peu techniques » pour ouvrir rapidement la démarche d'élargissement de la LPPR

Il n'existe pas de chiffres disponibles sur les besoins France entière, mais des données qualitatives sur les aides techniques non inscrites à la LPPR les plus fréquentes⁸⁸. Elles convergent toutes vers les trois mêmes catégories : les aides techniques pour la toilette, les aides techniques pour l'utilisation des w.-c. et les aides techniques aux transferts. Leur fréquence des utilisations devrait encore augmenter, en particulier pour les personnes âgées, par un meilleur accès à l'information et aux évaluations.

Leur inscription à la LPPR intégrerait directement les apports les améliorations en cours dans la révision du titre IV de la LPPR sur les aides techniques à la mobilité :

- Pluralité des modalités d'accès (location courte durée, location longue durée et achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage) pour répondre à la variété des situations, notamment l'évolution des besoins des personnes âgées fragiles⁸⁹ ;
- Utilisation dès que nécessaire d'une procédure de référencement pour couvrir l'éventail des besoins en garantissant une réduction des restes à la charge des personnes (possibilité de fixer des prix limites de vente).

Ces travaux pourront s'appuyer sur l'expertise des professionnels, de MDPH notamment, et sur les études déjà faites, notamment par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) et la CNAM risques professionnels.

Pour garantir la pertinence des remboursements, les prescriptions devront être la conclusion d'une évaluation par un professionnel de santé neutre d'intérêt commercial et non la transcription de la « commande » d'un professionnel du secteur marchand. Enfin, l'information des prescripteurs et des personnes favorisera le choix de la modalité d'accès la plus efficiente pour chaque situation.

Proposition 17 : inscrire au plus vite dans la LPPR les aides techniques pour la toilette, pour l'utilisation des w.c. et pour les transferts (au-delà des lève-personnes) dans la LPPR.

⁸⁸ Voir pour exemple les résultats de l'enquête auprès des professionnels des MDPH présentée en annexe 5.

⁸⁹ Cf. titre 2.3.1.3.

Pour les autres catégories, dont les aides techniques à la communication, passer par une étape d'amélioration de leur prise en charge en PCH et APA pour préparer leur entrée dans la LPPR

Les aides techniques à la communication répondent à plusieurs activités :

- La communication en face à face pour les personnes ayant des difficultés de parole ou langage ;
- La communication écrite pour les personnes amblyopes ou aveugles ;
- La communication orale, dont la transcription de paroles en texte écrit, pour les déficientes auditives ou sourdes.

Les personnes Dys ou atteintes de surdi-cécité sont aussi concernées.

Les réponses peuvent être apportées par des appareils ou logiciels dédiés ou par des équipements tout publics. Les besoins et réponses à apporter sont encore insuffisamment connus.

Les professionnels de terrain, dont ceux exerçant en MDPH disent rencontrer de nombreuses difficultés pour ces situations. Les professionnels spécialisés sur la basse vision parlent d'une évolution de la part des appareils et logiciels dédiés et équipements grand public. Ils précisent qu'il restera toujours une part incompressible d'appareils et logiciels dédiés et que si des tendances se dessinent, aucun systématisme n'est possible.

Revoir la prise en charge des aides techniques dans le cadre de la PCH et l'APA permettra d'apporter rapidement de meilleures réponses individuelles et de préfigurer des futurs classifications et tarifs LPPR. Cette évolution en PCH et APA devra être complétée d'un travail technique sur les besoins, les types d'aides techniques, les indications, les volumes ou les accompagnements nécessaires dans un objectif d'inscription à la LPPR à moyen terme. Ce travail associerait étroitement des professionnels des MDPH, des équipes spécialisées et des personnes en situation de handicap. Cette phase de transition serait aussi l'occasion de construire le maillage territorial et le recours à une expertise à distance dès que nécessaire pour un accompagnement suffisant et de qualité et des prescriptions pertinentes.

Proposition 18 : améliorer la prise en charge des aides techniques à la communication en PCH et APA et capitaliser des informations nécessaires pour leur inscription en LPPR (classification, volumes, accompagnement nécessaire...), débiter les travaux d'inscription à la LPPR d'ici trois ans.

2.2.3. Faire évoluer en conséquence la PCH, et assurer la cohérence avec les évolutions de l'APA

Les prestations de droits spécifiques, PCH et APA, devraient évoluer au fur et à mesure des évolutions de la LPPR pour éviter des décalages incompréhensibles par les personnes. Enfin, une fois les besoins couverts et le reste à charge contenu par les remboursements au titre LPPR, ces catégories d'aides techniques ne relèveraient plus de financements par la PCH et l'APA.

Pour autant, la LPPR ne saurait couvrir l'ensemble des besoins, notamment pour les aides techniques innovantes et les équipements grand public apportant une facilité d'usage. Les prestations de droits spécifiques garderaient donc toute leur pertinence sur ces segments. Elles pourraient être améliorées par la réduction des différences liées à l'âge, soit des différences entre prise en charge au titre de la PCH et de l'APA et une simplification de certains points de tarification.

Aligner le cadre de prise en charge des aides techniques dans l'APA sur celui de la PCH pour réduire les inégalités liées à l'âge

Les remboursements par l'assurance maladie ne varient pas en fonction de l'âge. En revanche, les deux principales prestations de droits spécifiques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées sont très différentes avec une situation bien moins favorable pour l'accès aux aides techniques dans l'APA. L'accès aux aides techniques pour les personnes âgées en est rendu plus difficile. Il se caractérise par des recours moins fréquents et une orientation vers des aides techniques inscrites à la LPPR uniquement, même si elles ne sont pas les plus adaptées. Cumulés d'autres facteurs, ces moindres financements entravent aussi le développement d'une culture du soutien à l'autonomie par l'utilisation des aides techniques pour les personnes âgées.

Rapprocher les conditions de prise en charge des aides techniques dans la PCH et l'APA permettra de réduire cette inégalité liée à l'âge.

Cela répond aussi à un enjeu de simplification en :

- Apportant aux personnes, proches et professionnels non experts de ces prestations plus de lisibilité sur les financements ;
- Évitant aux professionnels experts de ces prestations, notamment en Maisons de l'autonomie (MDA) de maîtriser et appliquer deux cadres de prise en charge complexes et différents ;
- Limitant le temps nécessaire pour l'écriture des textes réglementaires ou la construction d'outils nationaux pour les professionnels, ce qui *in fine*, devrait améliorer la réactivité et l'harmonisation des décisions.

Ce rapprochement pourrait porter sur les conditions de prise en charge (ce qui conditionne accords et rejets) et les tarifs.

Proposition 19 : aligner le cadre de prise en charge des aides techniques de l'APA sur celui de la PCH aides techniques.

Assurer la plus grande cohérence entre LPPR et PCH et APA pour un cadre de prise en charge logique et lisible

La PCH intervient en subsidiarité de la prise en charge au titre de la LPPR. Ainsi, toute modification de la LPPR sur les aides techniques a des répercussions sur la PCH aides techniques. La cohérence entre « les deux textes »⁹⁰ est nécessaire pour un cadre de prise en charge logique et intelligible pour les personnes et les professionnels. Pour certaines aides techniques, le reste à charge est nul après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. C'est le cas de l'ensemble des aides techniques pour lesquelles le tarif LPPR est égal au prix limite de vente et le taux de prise en charge égal à 100 %. Pour plus de clarté, ces aides techniques pourraient être retirées des arrêtés de tarification de la PCH.

Pour d'autres catégories d'aides techniques, il est plus compliqué de garantir un reste à charge nul ou contenu après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie. Ces aides techniques pourraient alors rester en PCH, mais en améliorant la cohérence entre LPPR et l'arrêté de tarification de la PCH. Deux alternatives sont possibles :

- Garder la même granularité des arrêtés de tarification de la PCH et systématiser la révision de l'arrêté à chaque modification de la LPPR ;
- Structurer l'arrêté de tarification de la PCH aides techniques selon des niveaux moins fins que ceux utilisés actuellement et définir des tarifs PCH par une formule basée sur le tarif LPPR et le cas échéant le prix limite de vente.

La seconde solution permettrait une évolution systématique de la PCH en regard de la LPPR. Elle semble donc plus opérationnelle et plus sûre, tout au moins pendant la phase de « montée en charge » de la LPPR sur les aides techniques. En revanche pour sa mise en place, elle demande un travail inter administratif, associant la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la HAS (Cneditms), la CNAM et la CNSA pour anticiper les modifications envisageables sur trois ou cinq ans.

Proposition 20 : réviser rapidement l'arrêté de tarification de la PCH pour prendre en compte et anticiper au maximum les évolutions de la LPPR :

- Retirer les aides techniques sans reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le cas échéant l'assurance maladie complémentaire ;
- Modifier le niveau de finesse de l'arrêté pour les autres aides techniques aussi inscrites à la LPPR.

⁹⁰ Par exemple, actuellement, les tarifs de la PCH pour certaines aides techniques sont plus élevés sur les prix limites de vente en LPPR alors que ceux-ci doivent être respectés pour qu'une prise en charge en PCH soit possible. Autre exemple, les scooters, pris en charge en PCH aides techniques depuis sa création en 2005, font l'objet de rejet depuis que des modèles ont inscrits sous nom de marque en LPPR en 2017.

Orienter la PCH aides techniques et l'APA sur la prise en compte des aides techniques innovantes et les « équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage » pour couvrir au mieux les besoins des personnes

L'inscription à la LPPR de certaines solutions est difficilement envisageable. C'est le cas pour les aides techniques innovantes récentes, les aides techniques les moins diffusées et les solutions grand public qui deviennent des aides techniques par l'usage spécifique qu'en font les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

La PCH se prête tout à fait à la prise en charge de ces solutions avec :

- Une liste non limitative pour les aides techniques non inscrites à la LPPR ;
- Des réponses des MDPH personnalisées en fonction des situations de handicap de chaque personne.

Les réponses en PCH sont faites sur l'étude des demandes par les professionnels des MDPH qui ont des compétences dans l'évaluation des situations de handicap, la proposition de solutions et la connaissance du cadre de prise en charge.

La PCH aides techniques est construite de façon souple sur les aides techniques non inscrites à la LPPR

« Les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel. [...] Les aides techniques inscrites dans le plan personnalisé de compensation doivent contribuer soit :

- À maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne pour une ou plusieurs activités ;
- À assurer la sécurité de la personne handicapée ;
- À mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne handicapée.

[...] Les surcoûts des équipements d'utilisation courante sont pris en compte dès lors qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée. Ce surcoût s'apprécie par rapport au coût d'un équipement de base. »

Cette souplesse et cette finesse des réponses de la PCH aides techniques sont à conserver pour les aides techniques moins classiques et les équipements dits d'utilisation courante.

Proposition 21 : renforcer pour la PCH et adopter pour l'APA l'intervention pour les aides techniques innovantes et les équipements d'utilisation courante.

Simplifier la tarification de la PCH aides techniques pour le financement des aides techniques innovantes et des équipements grand public effectif et équitable sur le territoire

La souplesse du cadre réglementaire est nécessaire pour conserver un large éventail de réponse, mais elle fait reposer une part importante des décisions sur les professionnels des MDPH. Par exemple, la tarification des équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage est particulièrement complexe.

En effet, ces produits sont pris en compte à 75 % de leur surcoût, ce surcoût étant défini par rapport à un équipement de base. Rien ne précise ce qu'est un équipement de base. Est-ce le produit d'entrée de gamme sur le même produit ? Est-ce le produit le plus fréquemment acheté en France ? Dans les deux cas, comment les définir ? Comment relier les équipements préconisés à leurs équipements de base ? Et comment définir le coût des équipements de base ? Une autre disposition de la PCH prévoit que si un équipement d'utilisation courant et une adaptation spécialement conçue sont à compensation égale moins chers qu'un appareil dédié la CDAPH⁹¹ peut prendre en compte l'ensemble du coût de l'équipement et son adaptation dans le calcul de la PCH.

Ces questions remontent régulièrement de la part des professionnels des MPDH et cela est légitime. Cette complexité de fait de la tarification, l'absence de base réglementaire et méthodologie partagée sont insécurisantes pour les professionnels et inutilement chronophages.

Ce flou et les hésitations qui en résultent ont bien des répercussions sur les bénéficiaires de la PCH par des iniquités de traitement plus marquées sur ce type de solutions et, de façon indirectement une embolisation des équipes en charge de ces sujets.

Une réflexion, associant étroitement des professionnels de MDPH et les représentants de personnes en situation de handicap devrait être engagée pour modifier la tarification de la PCH aides techniques sur ces objets.

Les deux pistes suivantes, sans suffire à circonscrire le sujet, sont à étudier avec attention :

- Définir des tarifs pour les équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage les plus fréquents (outils numériques par exemple) ;
- Supprimer la notion de surcoût dans la tarification des équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage.

Proposition 22 : simplifier la tarification de la PCH aides techniques sur les équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage, le cas échéant en proposant des tarifs pour les équipements les plus fréquents et en supprimant la notion de surcoût pour les autres.

⁹¹ Il s'agit donc d'une prise en charge dérogatoire, la CDAPH peut faire le choix ou non de prendre en compte l'ensemble des coûts au lieu du surcoût.

Promouvoir les AT reconnues innovantes, financées par la PCH ou l'APA vers leur inscription à la LPPR

Au-delà de la prise en charge des équipements d'utilisation courante et des aides techniques innovantes et rares, la PCH peut être un « sas », par leur rôle de « fab-lab » pour les inscriptions à la LPPR comme cela est proposé pour les aides techniques à la communication. De plus, les professionnels des MDPH, par leurs interventions auprès d'un public large et varié, peuvent apporter des informations qualitatives complémentaires aux données quantitatives.

L'appui de la CNSA aux MPDH sur la PCH aides techniques étant centré sur la méthodologie de construction des réponses aux usagers⁹² et des actions spécifiques devraient être développées.

Proposition 23 : utiliser la PCH et les connaissances de professionnels de terrains, dont des MPDH pour mieux connaître les innovations et évolutions en cours (besoins, attentes, offres) et, le cas échéant ajuster les propositions et prise en charge dans la LPPR.

2.2.4. Réduire le reste à charge de l'utilisateur après les prises en charge légales et contractuelles et systématiser le tiers payant

Une politique de financement des aides techniques ne saurait se concentrer uniquement sur les tarifs proposés.

Sans actions complémentaires pour contenir les coûts, l'approche tarifaire peut s'avérer peu efficace. Par ailleurs le reste à charge peut prendre en compte d'autres acteurs intervenant déjà dans le financement comme les assurances santé complémentaires et doit être envisagé aide technique par aide technique ou de façon cumulée.

Enfin, le reste à charge n'est pas le seul obstacle financier à lever. L'avance de frais peut être très pénalisante demandant d'aller plus loin dans la mise en place du tiers payant.

⁹² La CNSA a notamment pour mission « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées [...], les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ». Alinéa 6 de [l'article 14-10-1 du CASF](#)

Dans le cadre de la LPPR, utiliser les leviers des tarifs, prix limites de vente et du référencement et prévoir des actualisations régulières pour une réduction effective et garantie du reste à charge

La LPPR peut prévoir des prix limites de vente pour les aides techniques qui y sont inscrites pour les lignes génériques qui sont assez homogènes ou pour les aides techniques inscrites sous nom de marque. Ces prix limites de vente, comme les tarifs, sont fixés par le Comité économique de produits de santé après négociation avec les représentants des fabricants et distributeurs. Ils sont publiés par arrêtés et doivent être respectés pour permettre les remboursements par l'assurance maladie.

L'Observatoire du marché et de prix des aides techniques⁹³ avait été créé pour repérer d'éventuelles augmentations des prix des aides techniques suite à la création de la PCH. Il devait permettre de rassembler et publier des informations sur le marché des aides techniques pour aller vers plus de transparence. Il n'a pu mener cette mission à bien faute d'apports des parties prenantes, en particulier fabricants et distributeurs. Cette voie semblait constructive parce que consensuelle, mais elle a malheureusement montré ces limites rapidement. Il n'est pas souhaitable de renoncer aux échanges multilatéraux, mais d'autres leviers doivent être mobilisés pour une régulation de prix efficace.



Or, la fixation de prix limite de vente par la LPPR est le moyen le plus efficace et le plus utilisé dans le contexte français.

La procédure de référencement pour les aides techniques inscrites en ligne générique prévue par la LFSS de 2020 pourra être un autre levier efficace. Si son utilisation est crainte par certains représentants associatifs, elle est souhaitée par d'autres qui citent de bons résultats dans des pays voisins. Par exemple, le prix des plages brailles en Espagne est plusieurs fois inférieur à ceux pratiqués en France.

La mission est favorable à l'utilisation de la procédure de référencement pour certaines aides techniques. Comme noté précédemment, il semble nécessaire d'étudier les modalités à utiliser pour les différentes catégories d'aides techniques en veillant notamment à ne pas réduire le champ des solutions et permettre les personnalisations nécessaires.

Quelles que soient les modalités d'inscription des aides techniques dans la LPPR, une actualisation régulière de la LPPR et des tarifs et prix limites de vente sont à prévoir pour éviter les décalages avec l'offre.

Proposition 24 : pour toutes les aides techniques inscrites à la LPPR, utiliser les leviers disponibles (tarif, fixation d'un prix limite de vente et référencement) pour garantir un reste à charge contenu pour chaque aide technique.

⁹³ Cf. l'encadré 1.1.3 1.3.3. Un manque de données de pilotage.

Les personnes peuvent cumuler les besoins en aides techniques. Dans le cas où le reste à charge par aide technique n'est pas nul, il importe de prendre en compte le reste à charge cumulé sur une période donnée.

Proposition 25 : engager des travaux pour mieux connaître les restes à charges cumulés des personnes et envisager des solutions.

Mobiliser les assurances santé complémentaires et les assurances dépendance complémentaires

La mission n'a pas pu collecter, directement auprès des assurances santé complémentaires ni des assurances dépendance, des informations sur leurs prises en charge contractuelles des aides techniques.

Pourtant, certaines interviennent pour les aides techniques inscrites à la LPPR. Selon l'étude de l'AFM sur le reste à charge des personnes pour l'achat d'un fauteuil roulant électrique, les assurances complémentaires et organismes de prévoyances intervenaient dans 71 % des cas. Leurs contributions représentaient 12,2 % des financements cumulés sur les 561 dossiers étudiés entre 2014 et 2018.

Des travaux sur la réduction du reste à charge devraient comprendre une analyse des financements contractuels des aides techniques par ces assurances et prendre en compte les retours d'expérience de leur implication dans le 100 % en audiologie et optique.

Sur la base des éléments construits, des discussions devront être conduites pour assurer une prise en charge minimale des assurances sur les aides techniques.

Proposition 26 : engager une étude sur les remboursements contractuels des assurances santé complémentaires et organismes de prévoyance et la compléter d'un retour sur l'impact de leur mobilisation dans le 100 % santé en audiologie et optique. Sur cette base, mobiliser les assurances santé complémentaires dans le financement des aides techniques.

Définir le cadre des financements des aides techniques en plusieurs exemplaires pour ne pas entraver les projets de vie tout en prévenant les dérives

Pour certaines aides techniques, la LPPR prévoit des non-cumuls et des délais minimums avant renouvellement. Toutefois, dans certaines situations, ces barrières réglementaires peuvent entraver le projet de vie de la personne.

De la même façon, certaines situations de vie demandent d'avoir des aides techniques en double. C'est le cas par exemple d'un enfant vivant une partie du temps chez chacun de ses deux parents divorcés, d'un étudiant ayant un logement dans la ville dans laquelle il étudie et rentrant chez ses parents le week-end et les vacances...

Cette ouverture au remboursement en plusieurs exemplaires semble nécessaire pour répondre à ces situations, mais pourrait entraîner une augmentation des dépenses de l'assurance maladie par effet volume sans concordance avec les besoins.

L'assouplissement du cadre réglementaire est à envisager en précisant les conditions dans lesquelles l'accès à des aides techniques en plusieurs exemplaires est possible. Le cas échéant, un parcours pour l'évaluation et la prescription pourra être défini pour ces remboursements « dérogatoires ».

Proposition 27 : clarifier la prise en charge par l'assurance maladie d'aides techniques en plusieurs exemplaires.

Systematiser le tiers payant pour les prises en charge légales pour accélérer et simplifier l'accès aux aides techniques pour les personnes

L'avance des frais peut représenter un obstacle aussi important que le financement du reste à charge, par exemple pour les personnes ayant une prise en charge par l'assurance maladie et la PCH aides techniques.

Pour les remboursements de l'assurance maladie, la dispense d'avance des frais ou tiers payant est systématique pour les personnes en affection longue durée (ALD). Elle est possible pour tous les assurés si le PSDM auquel ils s'adressent est signataire de la convention nationale.

« La possibilité de proposer aux assurés sociaux d'être dispensés de l'avance des frais favorise l'accès aux soins. La présente convention ouvre donc cette possibilité au-delà des cas particuliers pour lesquels le législateur a rendu obligatoire le régime du tiers payant. Le prestataire peut pratiquer la dispense d'avance des frais, comme prévu par le législateur dans le code de la sécurité sociale, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit sans autre condition ayant trait à la catégorie du bénéficiaire ou à un seuil minimal de facturation. Pour leur part, les caisses n'instituent pas de seuil minimal de déclenchement du règlement des prestations dues au prestataire. En cas de dispense d'avance des frais, le prestataire se substitue à l'assuré pour l'obtention du paiement dû par la caisse. À ce titre, il dispose des mêmes droits que l'assuré vis-à-vis de ladite caisse. »⁹⁴

Le tiers payant est aussi prévu pour la PCH aides techniques⁹⁵ si le nom du prestataire choisi par la personne figure sur la notification de décision de la PCH et si le prestataire a conventionné avec le Conseil départemental.

Toutefois aucune mise en commun n'a été faite sur la mise en œuvre du tiers payant pour ces deux types de financements. De plus, la charge administrative pour le tiers payant en PCH aides techniques est très élevée pour les Conseils départementaux⁹⁶. De fait, près de quatre ans après la publication du décret, le tiers payant en PCH aides techniques n'est pas effectif dans la plupart des territoires. Parfois la procédure utilisée n'est pas en parfaite adéquation avec la réglementation.

⁹⁴ Article 28 de la convention nationale organisant les rapports entre l'assurance maladie, et les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres I et IV et au chapitre 4 du titre II de la LPPR (annexe de [l'arrêté du 30 mai 2016](#)).

⁹⁵ Article 93 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et article 1 du décret du 15 novembre 2016 relatif aux modalités d'attribution et de versement des éléments de la PCH.

⁹⁶ Pour rappel, la PCH est payée par le Conseil départemental, c'est donc au CD que revient la mise en œuvre du tiers payant.

Enfin, la plupart des MDPH ont mis en place un tiers payant pour le Fonds départemental de compensation⁹⁷ sans qu'un cadre ou une mutualisation n'aient été faits au niveau national.

Systématiser le tiers payant serait une simplification importante de l'accès aux aides techniques pour de nombreuses personnes âgées et handicapées et soulagerait les PSDM des risques de décalages de trésorerie et d'impayés. Pour ce faire ; il conviendrait de :

- Rendre obligatoire la mise en place du tiers payant pour les prises en charge légales et le FDC ;
- Travailler une base commune entre assurance maladie, CD et MDPH pour la mise en œuvre du tiers payant pour rationaliser le travail de conventionnement tant du côté des payeurs que des PSDM.

Le référentiel pour la certification des PSDM pourrait être utilisé en base aux réflexions.

En plus de simplifier les démarches pour les personnes, cette évolution permettra de diminuer les besoins en d'accompagnement social et administratif pour suivre les décisions et versements des prestations.

Proposition 28 : systématiser le tiers payant pour l'ensemble des prises en charge légales et extralégales.

2.2.5. Préciser le périmètre des missions sur les aides techniques des établissements et services médico-sociaux

En établissement, les aides techniques sont le plus souvent utilisées pour une ou plusieurs personnes accueillies. Les utilisateurs peuvent avoir besoin d'aides techniques lorsqu'ils sont à l'extérieur de l'établissement, au domicile familial par exemple, et de plus en plus de personnes partagent leur temps entre établissements et domicile personnel dans le cadre d'accueil temporaire ou séquentiel. Il n'est pas toujours aisé de faire la part des choses entre les aides techniques qui relèvent du budget de l'établissement et celles qui relèvent d'un financement individuel par la personne. Les mêmes questions se posent, en établissement et à domicile, pour les aides techniques dont l'utilisation vise à la fois la réponse aux besoins de la personne et à la prévention de la charge physique des professionnels.

Définir plus précisément ce qui relève de financements personnels, en s'appuyant sur les évolutions de prise en charge proposées précédemment, sera de nature à améliorer l'équité entre les personnes, quel que soit leur type d'hébergement ou d'accompagnement à domicile.

⁹⁷ Ce sont les MDPH qui gèrent les FDC et donc font les versements à ce titre.

Préciser les missions des établissements médico-sociaux en matière de financement des aides techniques pour limiter les iniquités entre les personnes

L'article R314-26 du code de l'action sociale et des familles précise que ne peuvent être pris en charge dans la tarification des établissements uniquement :

- « Le coût des dispositifs médicaux [...], à l'exception de ceux qui figurent sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale ;
- Les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles, lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service ».

Un arrêté définit la liste des dispositifs médicaux à la charge des EHPAD⁹⁸ dans le cadre du forfait soins. Par exemple, les aides à la marche et les fauteuils roulants manuels « non affectés à un résident particulier pour un handicap particulier » sont pris en charge par les établissements. À l'inverse, les fauteuils roulants électriques relèvent de financements individuels, par l'assurance maladie notamment. En revanche, aucun arrêté ne précise la liste des dispositifs médicaux et aides techniques inclus dans le tarif des établissements médico-sociaux pour enfants et adultes.

Les textes actuels sur les missions des établissements médico-sociaux ou des services de soins longue durée sont flous sur la prise en charge des aides techniques. Et ils prévoient une différence entre les personnes utilisant ou non leurs aides techniques au domicile créant des différences entre des personnes pouvant avoir des profils et besoins proches et accueillies dans la même structure. La PCH aides techniques en établissements se base sur les missions des établissements ; les textes correspondants n'apportent aucune précision supplémentaire.

De plus, l'ancienne logique une personne – une place – une admission est progressivement abandonnée au profit de parcours construits autour des besoins des personnes en s'appuyant parfois sur deux établissements. Cela rend les critères habituels encore moins opérationnels et réinterroge la pertinence de financement des aides techniques à usage individuel par les établissements.

La spécification du financement des aides techniques pour les personnes accueillies en établissements serait nécessaire pour améliorer l'équité de traitement entre personnes au sein d'un établissement et entre établissements. Ce travail pourrait se baser sur celui fait par l'arrêté de mai 2008 pour le financement des dispositifs médicaux en EHPAD et devrait se poursuivre pour les aides techniques non inscrites à la LPPR.

⁹⁸ [Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionnés à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code](#)

Les avantages et possibilités des financements individuels devraient être étudiés avec attention pour s'adapter aux évolutions en cours de l'accompagnement médico-social.

Proposition 29 : clarifier, en privilégiant les financements à titre individuel, les missions des établissements sanitaires et médico-sociaux dans le financement des aides techniques utilisées par les personnes accueillies.

Clarifier le financement des aides techniques contribuant à la fois à l'autonomie des personnes et à la prévention pour les professionnels pour en optimiser le recours

Les personnes en situation de handicap et personnes âgées souhaitent de plus en plus vivre dans leur domicile personnel plutôt que d'entrer dans un établissement. Lorsque les personnes sont dépendantes d'une aide humaine, leur lieu de vie devient un lieu d'aide ou de travail sans avoir été conçu pour. Le secteur de l'aide à la personne très accidentogène. D'un autre côté, les personnes entrent en EHPAD de plus en plus tard et en étant de plus en plus dépendantes. La charge physique des professionnels s'en trouve majorée.

En 2014, l'indice de fréquence des accidents du travail⁹⁹ était de 34 tous secteurs confondus contre 86 dans le secteur de l'aide à domicile et 92 en EHPAD. L'indice de gravité¹⁰⁰ était de 14,1 en moyenne nationale contre 23 en EHPAD et 29 dans le secteur de l'aide à domicile. La CNAM – risques professionnels précise dans son rapport de 2018 que le nombre d'accidents du travail continue de croître dans le secteur de l'aide à domicile¹⁰¹.

La CNAM-risques professionnels développe une offre de service adaptée à l'activité des établissements d'aide et de soins à la personne pour la mise en œuvre des programmes de prévention des troubles musculosquelettiques. Ce programme est construit dans une approche globale dont l'accès et l'utilisation des aides techniques sont une brique. Pourtant, il est encore compliqué pour certains services de mettre des aides techniques à disposition des professionnels. En effet, le secteur de l'aide à domicile se distingue par la multiplicité et les caractéristiques des lieux d'intervention. Il est donc beaucoup plus compliqué pour les gestionnaires de constituer des parcs d'aides techniques suffisants et répondants aux besoins des personnes accompagnées et des professionnels.

Le recours à des aides techniques en location de longue durée ou des aides techniques remises en bon état d'usage, moins onéreuses, pourrait pallier en partie ces difficultés, mais ne saurait les résoudre pleinement.

En effet, les financements par l'assurance maladie, la PCH ou l'APA peuvent aussi être faits à l'attention des personnes pour ces aides techniques. Mais rien ne précise ce qui relève des responsabilités des employeurs et ce qui relève de la compensation individuelle pour les personnes. L'ensemble est peu lisible et cela complique la recherche des financements.

⁹⁹ Soit le nombre d'accidents du travail avec arrêts pour 1 000 salariés.

¹⁰⁰ Somme des taux d'incapacité permanente partielle par million d'heures travaillées.

¹⁰¹ +5 % pour les deux secteurs les plus touchés : intérim et aide et soins à la personne ([rapport annuel de l'assurance maladie – risques professionnels 2019](#)).

Clarifier le financement des aides techniques concourant à la qualité de vie des personnes et la prévention pour les intervenants permettra de :

- Améliorer la fréquence du recours à ces aides techniques ;
- Optimiser leur utilisation par des choix plus fins des matériels et leurs changements en fonction de l'évolution des besoins ;
- Permettre aux gestionnaires et à la CNAM risques professionnels de se recentrer sur les aspects des programmes de prévention qui relèvent de leurs missions propres (organisation du travail, formation des professionnels, évaluations...).

Pour les personnes vivant à domicile, le choix des aides techniques doit être fait en tenant compte de déterminants dépassant les seuls gestes de soins ou d'accompagnement professionnels : caractéristiques du logement, aide apportée par un proche aidant en dehors des temps d'intervention des services, besoins ou contraintes en lien avec les autres membres du foyer... Ces éléments plaident pour renforcer les prises en charge individuelles et non la fourniture par les services d'aide à domicile.

Pour autant, le choix des aides techniques doit être fait en cohérence avec les avis de la CNAM-risques professionnels et l'INRS¹⁰² et en lien étroit avec les professionnels et représentants du secteur de l'aide à domicile. Dans ce cadre, la formation des professionnels prescripteurs et préconisateurs joue un rôle majeur. Tous devraient être formés à la prévention des risques professionnels liés à l'activité physique.

Proposition 30 : clarifier les missions et responsabilités des employeurs, en particulier les services d'aide à domicile, et la place des financements à titre individuel des aides techniques contribuant à la fois à l'autonomie des personnes et à la prévention des risques professionnels.

¹⁰² Par exemple, la CNAM-risques professionnels et l'INRS projettent la publication en 2021 d'un guide d'aide à la rédaction d'un cahier des charges pour acquérir des aides techniques roulantes et chariots.

2.3. Axe 3 : Garantir une bonne qualité des matériels et une meilleure qualité de service dans la distribution des aides techniques

La situation actuelle n'est pas satisfaisante pour la plupart des parties prenantes : lacunes dans les services après-vente des aides techniques, confusion des rôles entre prescripteurs et distributeurs, offre surtout basée sur l'achat d'aides techniques neuves même pour des besoins temporaires, offre encore non stabilisée et « assurée » d'aides techniques remises en bon état d'usage... Ces failles trouvent leur origine dans les pratiques des acteurs, mais aussi dans le moindre investissement de ces sujets par les acteurs publics.

Pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées, il serait nécessaire d'avoir :

- Des solutions souples d'accès aux aides techniques et plus uniquement par l'achat ;
- Des interventions rapides et efficaces sur les réparations des aides techniques dans tous les territoires ;
- Lorsque cela est possible, des aides techniques remises en bon d'usage de qualité et adaptées à leurs besoins ;
- Des aides techniques robustes et conçues selon leurs besoins et plus de produits grand public nativement accessibles.

Atteindre ces objectifs demande de mobiliser acteurs de la distribution, de la remise en bon état d'usage et fabricants et acteurs publics pour établir des cadres plus clairs et précis pour les activités sur l'ensemble de la chaîne de production et distribution.

2.3.1. Engager une démarche de certification industrielle des prestataires de services afin de doter le territoire d'une offre de services homogène, de qualité et de proximité

Le rapport IGAS sur les PSDM publié en juillet 2020 propose la mise en place d'une certification des PSDM. La mission rejoint cette proposition. Comme le champ des aides techniques et l'activité des PSDM ne se recouvrent que très partiellement, la mission propose de mettre en place cette certification, d'utiliser les référentiels construits sur d'autres champs que les aides techniques inscrites à la LPPR et pour d'autres acteurs. En complément, le levier de la formation semble demander une attention particulière.

Une certification de la qualité de service pour améliorer l'offre proposée aux personnes en situation de handicap et personnes âgées par les PSDM

L'ensemble des acteurs (représentants de personnes en situation de handicap et personnes âgées, professionnels et structures chargées de la préconisation, représentants de PSDM, distributeurs non PSDM et fabricants) s'accordent sur la nécessité de rehausser et formaliser les exigences de qualité de services pour la distribution.

Les limites des initiatives existantes sont partagées par leurs porteurs : difficulté d'implémentation (Cap Handéo en particulier) et manque de validation et de reconnaissance officielles (Qualipsad en particulier). Ces actions sont ainsi jugées insuffisantes pour créer une lame de fond dans la transformation et la professionnalisation du métier de PSDM. Les représentants de la FEDESPAD en appellent ainsi aux acteurs publics pour élaborer un socle commun pour la profession permettant de garantir la qualité des services apportés aux personnes et éclaircir la position des PSDM dans le système de santé.

Une certification des PSDM, sur la base d'un référentiel officiel et du contrôle par un organisme externe, permettrait de travailler l'amélioration des services aux personnes avec une portée plus large, plus profonde et plus durable que des labels ou certifications « maisons ».

Trois objectifs pour les représentants des PSDM peuvent sous-tendre leurs attentes :

- Améliorer l'image des PSDM en place et ainsi réduire la défiance des personnes, professionnels et financeurs envers le métier ;
- Réviser à la hausse le rôle des PSDM dans les soins et l'accompagnement, notamment par la coordination des intervenants au domicile et l'organisation des retours au domicile post hospitalisation ;
- Éviter, par la mise en place de contraintes plus élevées à l'installation, le développement d'une offre « au-delà des besoins ».

La mission partage totalement le premier de ces objectifs : une nouvelle donne et de nouvelles communications, basées sur l'amélioration et le contrôle de la qualité des services apportés par les PSDM, sont indispensables. Ces ambitions seraient à mettre au cœur du travail de certification.

Sur le second objectif, la mission rejoint le besoin de clarifier la position des PSDM dans le secteur et leurs relations avec les acteurs du soin, en particulier prescripteurs et préconisateurs des aides techniques. Toutefois, il semble nécessaire de ne pas renforcer cette place, mais au contraire de bien séparer les deux rôles : la prescription relève de professionnels de santé, en particulier de la réadaptation. Par exemple, les moyens dédiés à l'organisation des retours à domicile et à l'évaluation des besoins des personnes âgées vivant à domicile doivent être renforcés pour permettre des décisions et prescriptions par ces professionnels de santé (cf. axe 1). En miroir, les PSDM sont renforcés dans leurs missions techniques et logistiques. Les entreprises ne deviennent pas des structures de santé, les professionnels (hors ceux ayant un métier défini dans la CSP) ne sont pas des professionnels de santé et n'ont pas vocation à le devenir. Cette séparation des missions doit être inscrite dans le référentiel de certification.

Sur l'objectif de régulation du nombre de nouvelles installations, il semble difficile de se positionner sans une cartographie plus précise du secteur (nombre et localisation des enseignes, aides techniques commercialisées, présence de techniciens formés...). Le rapport IGAS précise que les PSDM pour les dispositifs médicaux de catégorie 4 sont les plus nombreux et sont plus souvent des structures de petite taille, certaines étant des sociétés familiales. La mission n'a pas d'avis sur le nombre, le maillage ou la taille idéale pour les sociétés. L'étalon doit être le niveau et la qualité des services apportés aux personnes. Dans une petite entreprise, le manque d'une compétence spécifique ou des difficultés à mettre en place des horaires étendus pour l'accueil téléphonique peuvent être compensés par des conventions avec d'autres sociétés par exemple.

Toutefois, considérant les différences dans le travail des PSDM pour les dispositifs médicaux de catégorie 4 par rapport aux autres catégories, il semble indispensable que la certification, recommandée par l'IGAS dans son rapport de juillet 2020, prévoie des versions différentes pour la vente et location des aides techniques par rapport à la nutrition entérale ou les traitements par pression positive continue par exemple. Des éléments socles seraient transversaux à l'ensemble PSDM et des modules seraient définis par catégories de dispositifs médicaux.

Les référentiels servant aux labels existants ont été travaillés avec les parties prenantes et doivent être considérés avec la plus grande attention pour les travaux à venir. Ils seraient complétés pour couvrir les sujets suivants :

- Qualité de service ;
- Information et formation des personnels intervenants et garants ;
- Participation à des dispositifs territoriaux de support aux usagers (par exemple : plateforme départementale d'astreintes pour les interventions urgentes) ;
- Évolution de l'activité pour aller vers des modes d'accès aux aides techniques plus souples pour les personnes ;
- Clarification des rôles et relations avec les prescripteurs.

Pour atteindre une bonne qualité de service, le référentiel de certification devrait être précis et exigeant sur les points critiques pour les personnes (délais de réparation et matériel de prêts en l'attente par exemple). Pour une mise en conformité effective et non « de façade » des prestataires avec ce référentiel, un calendrier différent pourrait être envisagé pour les entreprises les plus petites (5 salariés ou moins par exemple). De surcroît, un accompagnement à la mise en conformité par un acteur neutre pourrait venir compléter la mobilisation intrinsèque au secteur. Le CERAH semble à ce jour l'acteur le plus à même de faire cet accompagnement des PSDM.

L'obtention de cette certification conditionnerait l'accès au conventionnement avec l'assurance maladie obligatoire.

Proposition 31 : mettre en place une certification qualité des PSDM (cf. recommandation 1 du rapport IGAS de juillet 2020 sur les missions des prestataires de services et distributeurs de matériel) et faire de cette certification une condition nécessaire pour le conventionnement avec l'assurance maladie.

Utiliser les travaux de certification des PSDM pour couvrir l'ensemble des aides techniques et des distributeurs favoriserait l'harmonisation de la qualité de service pour tous

Pour couvrir l'ensemble des situations rencontrées par les personnes, il s'agit d'étendre les travaux au-delà des seules aides techniques inscrites à la LPPR et des seuls PSDM.

Pour les PSDM, il s'agira d'utiliser la certification comme base de référence pour l'ensemble des aides techniques, qu'elles soient ou non inscrites à la LPPR. La certification pourrait par exemple servir de base au conventionnement tiers-payant de la PCH et l'APA. L'intérêt pour les usagers sera d'avoir de mêmes garanties pour les services proposés par les PSDM quel que soit le type de remboursement. L'intérêt pour les PSDM sera d'avoir un seul cadre de référence comme base de conventionnement. Pour les Conseils départementaux et MDPH ou MDA, cela représentera un compromis entre qualité demandée et simplicité de mise en œuvre des conventions de tiers payant en APA et PCH.

Proposition 32 : faire de la certification, une exigence pour le conventionnement des PSDM pour le tiers-payant des aides techniques par l'APA et la PCH même pour les aides techniques non inscrites à la LPPR.

Enfin, il faudra élargir le champ de réflexions aux distributeurs n'ayant pas le statut de PSDM parce que ne commercialisant aucune catégorie d'aides techniques inscrite à la LPPR. C'est le cas par exemple pour des aides électroniques pour la communication alternative améliorée, pour l'accès à l'ordinateur, l'accès à la communication écrite pour des personnes déficientes visuelles. Certains fabricants, startupper (Smart Ear par exemple) ou fabricants internationaux d'aides techniques très spécifiques (Tobii dynavox). Il convient de prévoir un cadre et des actions permettant :

- D'apporter des réponses aux personnes en situation de handicap et personnes âgées concernées en matière de qualité de service ;
- D'avoir une « première marche » pour ces acteurs actuellement non concernés par les obligations des PSDM.

La partie du référentiel commune à toutes les catégories de dispositifs médicaux pourrait être un niveau d'exigence attendu par les distributeurs non PSDM.

Deux possibilités sont envisageables pour l'utilisation de cette partie du référentiel :

- Être d'application volontaire, le respecter conditionnerait l'accès au tiers payant dans le cadre de la PCH et l'APA ;
- Être rendu opposable.

Les limites d'une application volontaire sont inévitables aux caractéristiques des acteurs concernés. Sur des marchés de niches, les distributeurs sont peu nombreux, voire seuls sur le territoire à distribuer leur gamme d'aides techniques. L'effet incitateur de l'alignement ou l'avance sur la concurrence que peut représenter l'accès au tiers payant serait donc nul à faible.

Rendre opposable le respect du référentiel socle permettrait un plus large effet, mais demanderait de délimiter, dans la réglementation, les produits (aides techniques) ou les distributeurs concernés. Enfin, il faudrait aussi s'assurer des moyens de contrôler le respect des exigences.

Proposition 33 : utiliser la partie socle du référentiel de certification des PSDM pour définir la qualité de service minimum pour les distributeurs d'aides techniques non PSDM. Définir avec les parties prenantes, le levier utilisable pour ce faire en cherchant le meilleur compromis entre faisabilité et large implémentation.

Renforcer la formation des salariés des PSDM et des distributeurs est une des conditions fortes de l'amélioration continue de la qualité des prestations techniques

La certification devrait, entre autres sujets, définir des exigences en matière de formation des salariés des PSDM et distributeurs.

Le niveau de formation des professionnels à la prise de poste doit être revu à la hausse en se basant sur des obligations de formations à la prise de poste et continues définies. Ces formations porteront notamment sur les produits commercialisés. Les compétences acquises permettront aux PSDM de proposer aux personnes une information des personnes complète et précise sur les aides techniques existantes et des prestations d'entretien et de réparation rapides de qualité.

La formation doit s'appuyer sur les dispositifs existants, en particulier le titre professionnel récemment créé, et les programmes de formations par les fabricants, les salons et colloques. Ces derniers seraient toutefois à compléter par des formations par catégories d'aides techniques qui seraient dispensées par des acteurs extérieurs au secteur marchand. Pour les aides techniques pour la mobilité ou le soutien à domicile, le CERAH est un acteur indispensable. La recherche d'acteurs similaires ayant des champs d'expertises complémentaires sera toutefois nécessaire pour couvrir l'ensemble des champs.

La formation à l'entretien et les réparations des aides techniques auront rapidement des conséquences positives pour les personnes et à terme des conséquences positives pour l'environnement. Par exemple, un entretien régulier et de bonne qualité des aides techniques peut prolonger leur durée de vie. Cela limite les coûts au renouvellement pour la personne et les financeurs publics. La réduction des retours en usine non utiles des aides techniques réduit les délais de réparation, les coûts, notamment pour les distributeurs et les fabricants et supprime le coût carbone du transport aller-retour de l'aide technique à l'usine.

L'amélioration de la formation des PSDM demande de :

- Préciser les compétences requises ;
- Spécifier le contenu, le niveau et la fréquence des formations nécessaires ;
- Préciser les modalités de formations envisageables (formation, colloque, salons, prise en compte de l'expérience...) ;
- Outiller les PSDM pour tracer le suivi d'actions de formations.

Proposition 34 : améliorer la formation initiale et continue des PSDM, en particulier sur les produits qu'ils commercialisent.

2.3.2. Promouvoir l'économie circulaire de qualité respectueuse s'appuyant sur des normes réglementaires opposables et structurer une filière pour améliorer la souplesse des réponses aux besoins, à domicile et en établissement

La dominance du modèle d'accès aux aides techniques par l'achat d'aides techniques neuves a des conséquences négatives sur l'équipement des personnes, notamment pour les personnes ayant des besoins temporaires et sur la production de déchets liés aux aides techniques. La portée des initiatives pour proposer des aides techniques remises en bon état d'usage reste faible à l'échelle des besoins de la population âgée et en situation du handicap du pays. Elles doivent obligatoirement être suivies de mesures institutionnelles pour créer un cercle vertueux : « offre d'aides techniques rénovées de qualité et contrôlées – confiance dans l'offre – prises en charge financières » et permettre un changement d'échelle.

Le cadre de remise en bon état d'usage prévu par l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ouvre la voie à ce changement d'échelle. Le déploiement devra se faire en favorisant les deux formes de personnalisation que sont l'accès à « la bonne aide technique » avec les options adaptées et avoir des modalités et durées d'accès aux aides techniques adaptées à ses besoins.

Garantir une qualité irréprochable des aides techniques remises en bon état d'usage, pour des aides techniques performantes et adaptées

La revue des expériences étrangères sur le réemploi des aides techniques met en avant la faiblesse des procédures et la dilution des responsabilités des professionnels et structures chargées de la préparation au réemploi¹⁰³. Si la satisfaction des utilisateurs des aides techniques n'en est pas réduite dans ces pays, il conviendrait de prendre toutes les mesures pour éviter ces écueils dès le développement de l'offre.

L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale prévoit la possibilité de prises en charge à l'achat par l'assurance maladie de certains dispositifs médicaux à usage individuel remis en bon état d'usage. Cette prise en charge sera possible sous réserve que ces dispositifs médicaux figurent sur la liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et que cette remise en bon état d'usage ait été faite :

- En respectant des critères permettant de garantir la personnalisation, la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi de l'aide technique ;
- Par un centre ou professionnel autorisé par homologation pour cela.

¹⁰³ La partie 3 de l'annexe 5 donne les principaux résultats d'une enquête sur les « centres fauteuils roulants » au Québec.

Point sur la sémantique utilisée

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 parle de « dispositifs médicaux à usage individuel remis en bon état d'usage ».

Les supports de l'ADEME, cités par le gouvernement dans la feuille de route pour l'économie circulaire du 23 avril 2018, de réemploi pour le fait d'utiliser dans un usage identique des objets qui ont été collectés sans jamais avoir eu le statut de déchet. La préparation au réemploi correspond aux actions faites pour permettre ce nouvel usage. Le réemploi implique un changement de propriétaire de l'objet.

Par commodité, en dehors des citations ou de points spécifiques sur l'économie circulaire, l'expression « remise en bon état d'usage » est retenue pour l'ensemble du texte.

S'appuyer sur une norme pour encadrer la procédure de remise en bon état d'usage est indispensable et permettra d'établir un ensemble de règles, critères, principes auxquels se référer.

Ce travail devra être réalisé et validé de manière consensuelle par l'ensemble des parties prenantes :

- Personnes en situation de handicap et des personnes âgées,
- Professionnels impliqués dans la préconisation et la prescription,
- Gestionnaires d'établissements
- Acteurs de l'ESS pressentis pour la remise en bon d'usage
- PSDM et distributeurs plus classiques,
- Fabricants
- Financeurs.

Elle sera complémentaire des normes déjà existantes : normes spécifiques pour certaines aides techniques ou relatives à la maintenance par exemple.

Le périmètre de la norme couvrirait *a minima* les catégories d'aides techniques pouvant être remboursées par l'assurance maladie obligatoire une fois remise en bon état d'usage et les aides techniques non inscrites à la LPPR, mais prises en charge par la PCH et l'APA qui seraient inscrites sur la liste des dispositifs médicaux pouvant faire l'objet d'une remise en bon état.

La norme sera élaborée pour les dispositifs médicaux dont certains sont des aides techniques. La PCH peut intervenir pour des aides techniques spécifiquement conçues et des équipements grand public. Certains équipements grand public pris en charge en PCH aides techniques (outils numériques par exemple) ne sont pas de dispositifs médicaux. Une certaine souplesse devrait donc être gardée dans le cadre de la PCH sur l'utilisation de la norme, notamment pour ces équipements grand public. Plus de précisions appelleraient des travaux complémentaires, associant notamment des représentants des personnes en situation de handicap et des professionnels de MDPH.

La norme encadrerait la pratique de remise en bon état d'usage ; elle porterait sur les compétences, moyens et caractéristiques nécessaires pour sa réalisation.

La norme pourrait aussi devenir un standard de qualité dans d'autres contextes (location, prêts, entretiens des parcs d'aides techniques en établissements ou dans les centres d'expositions...).

Différents modules pourraient être définis dans la construction de la norme.

Les éléments suivants sont proposés à titre d'exemples, en s'appuyant sur les points importants pour les utilisateurs rapportés par les personnes rencontrées pendant la mission.

Des éléments transversaux à toutes les aides techniques, hygiène et l'entretien régulier notamment, sont indispensables pour toutes les aides techniques et tous les contextes de mise à disposition (vente, location ou prêts). Leur respect garantit à la personne une « sécurité d'utilisation immédiate ».

Des obligations complémentaires sur la reconfiguration des aides techniques sont nécessaires en cas de location ou prêt sur de longues durées. Par exemple, pour des fauteuils roulants, il peut s'agir de changement d'options (accoudoirs, repose jambe, bloc de conduite pour les fauteuils roulants électriques...). Pour les aides électroniques, il peut s'agir de la suppression des paramétrages et données du précédent utilisateur pour protéger sa vie privée et éviter toute interférence avec les données propres au second utilisateur. Elles assurent une bonne adaptation des aides techniques prêtées ou louées aux besoins du nouvel utilisateur.

Enfin, des exigences supplémentaires sont incontournables en cas de vente d'aides techniques remises en bon état d'usage. Elles permettent de garantir, en plus de la « sécurité d'utilisation immédiate » et de l'adaptation à ses besoins, de bonnes performances de l'aide technique dans le temps pour le nouvel acquéreur. Cela peut passer notamment par la vérification et le cas échéant le changement de toutes les pièces d'usure.

Proposition 35 : préciser le cadre réglementaire de la remise en bon état d'usage en privilégiant l'élaboration d'une norme française et la rendre d'application obligatoire pour les aides techniques pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage inscrites sur la liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'homologation des centres et des professionnels pouvant faire la remise en bon état d'usage doit être faite de façon rigoureuse. Une certification par un tiers indépendant, organismes certificateurs accrédités par le comité français d'accréditation (COFRAC) par exemple, serait nécessaire. Leur travail s'appuierait sur la norme et les procédures à appliquer établies préalablement.

Cette certification sera nécessaire pour les centres travaillant sur des aides techniques inscrites la liste prévue par arrêté¹⁰⁴ et répondra au cadre législatif prévu par la LFSS pour 2020.

Proposition 36 : mettre en place une certification obligatoire délivrée par des organismes certificateurs accrédités par le comité français d'accréditation (COFRAC) pour l'homologation des centres et professionnels habilités à l'activité de remise en bon état d'usage.

¹⁰⁴ L'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit que « Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés. » La liste n'a pas été publiée à la date de rédaction du rapport.

Proposition 37 : dans le cadre de la PCH et l'APA, engager des travaux pour définir les possibilités et limites de l'utilisation de la norme et du recours à ces centres, notamment sur les équipements grand public.

Ces deux propositions visent à garantir les utilisateurs des aides techniques et les financeurs contre tout danger lié à l'utilisation ou au manque de performance. Pour un déploiement de cette offre d'aides techniques remises en bon état d'usage dans un climat serein, il sera aussi nécessaire de prévenir les risques juridiques pour les acteurs, en particulier les fabricants et les centres homologués. En effet, le règlement européen relatif à la mise sur le marché des aides techniques dans les pays de l'Union européenne a été révisé en 2017. La version actuelle, en cours de mise en œuvre, revoit à la hausse les obligations des fabricants tout au long de la durée de vie des dispositifs médicaux. Une analyse juridique claire des responsabilités des parties est nécessaire. Cette analyse devra étudier l'intérêt et les moyens nécessaires pour créer un dispositif de traçabilité. En identifiant individuellement chacun des produits et traçant l'ensemble des opérations d'entretiens et réparations faites sur ce produit, un tel dispositif concourra à la sécurisation juridique des fabricants et acteurs de la remise en bon état d'usage.

Proposition 38 : préciser la responsabilité juridique des fabricants et des acteurs de la remise en bon état d'usage des aides techniques au regard du droit européen et du droit français prévoyant les outils de traçabilité nécessaires.

Assurer la structuration rapide d'une filière pour une offre d'aides techniques rénovées de qualité viable et disponible sur l'ensemble du territoire

Les retours d'expériences des pays étrangers montrent la nécessité de favoriser les retours des aides techniques¹⁰⁵ et en optimiser la collecte.

Ce besoin est confirmé par les expériences françaises. Les campagnes de communication sur les dons faites dans la plupart des projets récents ont abouti à des dons très nombreux, voire trop par rapport aux capacités de collecte et de stockage des aides techniques. Ce résultat confirme l'existence d'un stock d'aides techniques non utilisées chez les particuliers et en établissement et la nécessité de proposer une solution aux propriétaires « encombrés » par ces aides techniques. Toutefois, ce gisement d'aides techniques est dispersé et de qualité variée ce qui majore les coûts de collecte et, in fine, pourrait entraver un déploiement de l'offre sur l'ensemble du territoire.

Or la « loi anti gaspi » de février 2020 prévoit que des catégories d'aides techniques puissent faire l'objet de filières avec responsabilité élargie du producteur (REP) quand elles ne sont pas déjà prises en compte à un autre titre (filière électronique et électrique ou ameublement par exemple).

¹⁰⁵ À noter, l'article 39 de la LFSS de 2020 prévoit la possibilité de subordonner la prise en charge par l'assurance maladie des aides techniques pouvant être remises en bon état d'usage à un engagement de la personne à restituer cette aide technique à un centre homologué lorsqu'il n'en aura plus l'usage.

La loi antigaspi précise les responsabilités des producteurs les filières REP¹⁰⁶

Les producteurs au sens des filières REP sont « toute personne physique ou morale qui élabore, fabrique, manipule, traite, vend ou importe des produits générateurs de déchets ou des éléments et matériaux entrant dans leur fabrication ».

Il peut être fait obligation aux producteurs :

- « De pourvoir ou de contribuer à la prévention et à la gestion des déchets qui [...] proviennent [des objets qu'ils fabriquent],
- D'adopter une démarche d'écoconception des produits,
- De favoriser l'allongement de la durée de vie desdits produits en assurant au mieux à l'ensemble des réparateurs professionnels et particuliers concernés la disponibilité des moyens indispensables à une maintenance efficiente,
- De soutenir les réseaux de réemploi, de réutilisation et de réparation tels que ceux gérés par les structures de l'économie sociale et solidaire ou favorisant l'insertion par l'emploi,
- De contribuer à des projets d'aide au développement en matière de collecte et de traitement de leurs déchets et de développer le recyclage des déchets issus des produits. »

« Les producteurs s'acquittent de leur obligation en mettant en place collectivement des éco-organismes agréés dont ils assurent la gouvernance et auxquels ils transfèrent leur obligation et versent en contrepartie une contribution financière. [...] Chaque éco-organisme crée un comité des parties prenantes, composé notamment de producteurs, de représentants des collectivités territoriales compétentes en matière de gestion des déchets, d'associations de protection de l'environnement agréées [...] et d'associations de protection des consommateurs ainsi que d'opérateurs de la prévention et de la gestion des déchets, dont ceux de l'économie sociale et solidaire. [...] La composition du comité, la procédure suivie devant lui et les types de projets de décisions préalablement soumis pour avis au comité sont précisés par décret. Ils peuvent être adaptés pour tenir compte des spécificités de chaque filière ».

« Dans le respect des secrets protégés par la loi, les producteurs de produits générateurs de déchets et leur éco-organisme sont également tenus de permettre aux opérateurs de gestion des déchets d'accéder aux informations techniques relatives aux produits mis sur le marché ».

Avec une moindre information des personnes concernées, de fréquents non-recours, l'intervention régulière de professionnels de santé pour l'accompagnement au choix et la prescription et des financements publics et contractuels, les aides techniques sont un marché particulier. Ce marché fait intervenir des acteurs supplémentaires à la chaîne classique de distribution.

La composition des comités des parties prenantes des éco-organismes inclut des associations de protection des consommateurs. Ces associations conduisent des actions spécifiques sur les aides techniques. Toutefois, une représentation plus directe des personnes en situation de handicap et personnes âgées aux instances décisionnaires de la filière devrait être interrogée. De la même façon, il importerait de prendre en compte les avis des professionnels préconisateurs et prescripteurs et des financeurs.

¹⁰⁶ [Article 62 de la loi du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire](#)

Autre particularité, les aides techniques sont des marchés de niche, et ce, même pour les produits les plus courants (fauteuils roulants manuels par exemple) si on les compare à des produits grand public (vélos par exemple). Des difficultés pour l'accès au gisement des aides techniques, aux pièces détachées ou aux formations sur les produits peuvent être plus difficiles à dépasser ou contourner pour les acteurs de l'économie sociale et solidaire pour faire de la préparation au réemploi. La mise en place de la filière devrait donc laisser la part belle aux actions visant l'écoconception et le réemploi.

Enfin, les matériels collectés sont en grande partie des aides techniques intégralement remboursées par l'assurance maladie. Il importe donc de travailler sur les aides techniques inscrites à la LPPR. Il est alors indispensable de prendre en compte l'ensemble des obligations qui incomberont aux centres et professionnels habilités pour faire de la remise en bon état d'usage des aides techniques au sens du code de la santé publique.

Proposition 39 : structurer de manière rapide et durable, une filière pour la collecte et la remise en bon état d'usage des aides techniques en utilisant les leviers des filières REP et en tenant compte des spécificités des aides techniques. Il s'agirait notamment :

- D'associer des représentants des utilisateurs, des professionnels préconisateurs, des prescripteurs, des distributeurs, des industriels et des financeurs aux décisions de la filière pouvant avoir un effet sur l'offre d'aides techniques ;
- De prendre en compte les obligations pour la remise en bon état d'usage des aides techniques au sens du code de la sécurité sociale.

Promouvoir la prolongation d'usage des aides techniques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux pour des aides techniques adaptées et de qualité aux personnes accueillies en contenant les budgets dédiés

Les aides techniques utilisées en établissement relèvent pour certaines de financements à titre individuel (assurance maladie, PCH et APA, assurance santé complémentaire et financements personnels) et pour d'autres du budget de l'établissement¹⁰⁷. Mais dans tous les cas, l'établissement a une responsabilité sur l'entretien et les réparations de l'ensemble des aides techniques utilisées en son sein.

Dans de nombreux établissements, il existe un paradoxe entre des stocks d'aides techniques non utilisées et le manque d'adaptation aux besoins des personnes des aides techniques utilisées. Deux facteurs explicatifs principaux peuvent être mis en avant : l'absence de compétences en interne et de temps dédié et le fait d'être en dessous de la taille critique permettant d'avoir un parc d'aides techniques variées et régulièrement utilisées.

Ces deux arguments plaident pour un renouvellement de la façon de constituer et gérer les parcs d'aides techniques en établissements.

¹⁰⁷ Cf. titre Préciser les missions des établissements médico-sociaux en matière de financement des aides techniques pour limiter les iniquités entre les personnes au point 2.2.5.

Des travaux pourraient être conduits pour que, dans les établissements qui accueillent majoritairement des personnes ayant besoin d'aides techniques, des objectifs précis soient définis, le cas échéant en distinguant les lignes budgétaires liées de celles de l'ensemble des soins ou des équipements. Ces objectifs pourraient, par exemple, être traduits en critères et indicateurs dans les certifications HAS des établissements et les CPOM.

En parallèle, il est important de construire des solutions plus souples pour la constitution et la gestion des parcs d'aides techniques en particulier pour les établissements n'ayant pas des besoins très importants. Il pourrait s'agir de parcs d'aides techniques mutualisés, le recours à la location longue durée avec ou sans option d'achat, aux prêts, à des prestations d'entretien et de réparations...

À moyen terme, les établissements pourraient être encouragés et accompagnés pour s'orienter plutôt vers des aides techniques écoconçues pour contenir les budgets d'entretiens et de réparations. Le déploiement de cette démarche pourrait aussi bénéficier aux personnes vivant à domicile aux professionnels les accompagnant.

Proposition 40 : promouvoir la prolongation d'usage des aides techniques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et engager des travaux pour créer un indicateur de suivi pouvant être pris en compte dans les CPOM et la certification HAS.

2.3.3. Promouvoir une filière française qualitative et durable pour la fabrication des aides techniques

S'agissant de la conception et fabrication de produits, deux axes méritent d'être travaillés :

- Le développement d'aides techniques spécifiques ;
- La promotion du produit grand public nativement utilisable par les personnes.

Sur le premier point, des actions sur l'offre et sur la demande pourraient être associées pour en améliorer l'efficacité :

- Soutenir les fabricants français pour adopter une approche vertueuse dans la conception des aides techniques : implication des utilisateurs et professionnels et écoconception ;
- Favoriser le recensement des aides techniques conçues selon ces critères (implication des utilisateurs et professionnels et écoconception) dans les centrales d'achats

Les travaux conduits par Alter éco santé en lien avec l'INRS et le CHU de Nîmes est à souligner.

« L'INRS et le CHU de Nîmes ont participé aux côtés de la société Alter Eco Santé au développement du dispositif de transfert et d'aide à la toilette Milo®. En intégrant la prévention des risques professionnels dès sa conception, cette aide technique vise à réduire les risques liés à la mobilisation ou au transfert de personnes. »¹⁰⁸

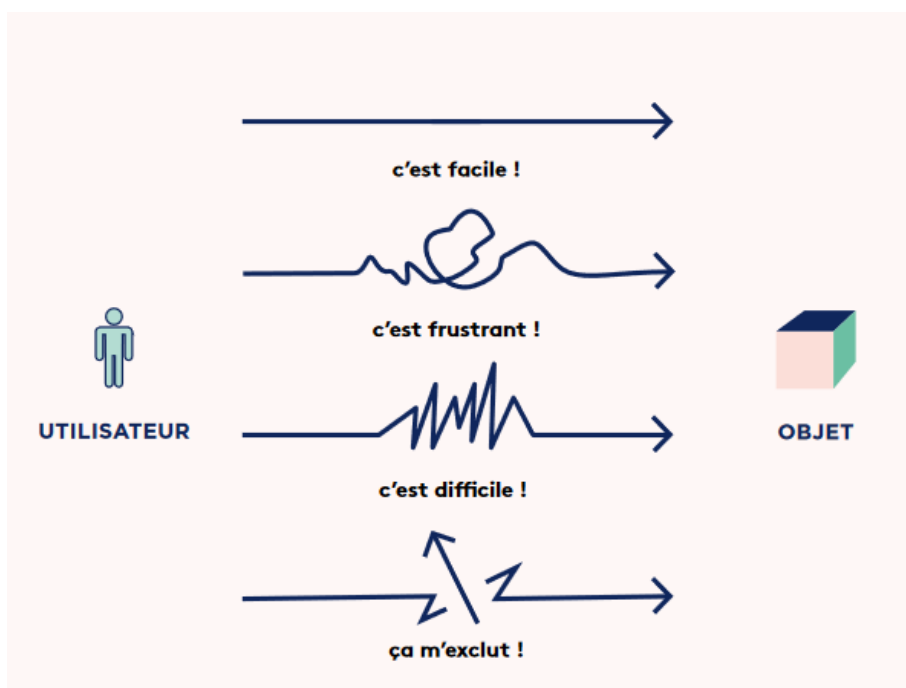
¹⁰⁸ [Site de l'INRS](#), consulté le 06 octobre 2020.

Autre exemple, en lien avec l'écoconception et plus spécifiquement la réparabilité des aides techniques, le fabricant Invacare a travaillé sur un modèle de fauteuil roulant électrique plus facile à réparer pour limiter le nombre de retours en usine en cas de panne.

Proposition 41 : engager des discussions avec les fabricants d'aides techniques sur les possibilités de systématiser la co-conception avec des utilisateurs et l'écoconception.

Le développement de produits nativement utilisables et accessibles aux personnes peut être fait dans deux directions différentes. Des produits auparavant destinés aux personnes en situation de handicap et âgées (contrôle domotique ou GPS piéton par exemple) deviennent d'usage plus courant. Leur adaptation pour une diffusion et utilisation plus large ne devrait pas se faire en réduisant l'accessibilité des personnes en situation de handicap ou âgées. Des produits très répandus et utilisés au quotidien par la plupart des personnes (petit électroménager par exemple) peuvent faire l'objet d'un travail d'accessibilité lors de la création de nouvelles gammes ou générations de produits.

Dans les deux cas, ce développement peut s'appuyer sur le design inclusif : une conception associant des « utilisateurs extrêmes ». À ce titre, le travail fait par Seb et l'APF sur le développement d'objets pour la cuisine adaptés à des personnes ayant notamment des troubles moteurs est à souligner. Il a d'ailleurs donné lieu à la publication d'un guide de bonnes pratiques¹⁰⁹.



Source : Good design play book, Seb et APF, page 10.

Piste de travail 42 : promouvoir le développement de produits français nativement accessibles aux personnes en situation de handicap ou âgées dans une approche de design inclusif/recours aux « utilisateurs extrêmes » (cf. projet Seb-APF France Handicap) et en évitant les effets marketing.

¹⁰⁹ [Le « good design play book »](#)

2.4. Axe 4 : Améliorer la gouvernance sur le sujet des aides techniques

La gouvernance actuelle sur les aides techniques se caractérise par l'absence d'une vision globale et partagée des politiques à conduire sur les aides techniques au profit de démarches centrées sur les financements des matériels et travaillées en silo. À la responsabilité diffuse des institutions nationales répond un travail dans certains départements impulsé par la loi ASV et les travaux des Conférences des financeurs. En plus d'empêcher toute avancée notable de la situation sur le terrain, le flou existant entrave aussi la prise en compte des avis des utilisateurs et de leurs représentants à tous les niveaux.

La situation ciblée envisagée par la mission se décline en trois points :

- Un pilotage national renforcé et effectif de la CNSA sur le champ des aides techniques ;
- La précision de missions sur les aides techniques pour les Conseils départementaux ;
- L'implication des personnes utilisatrices dans la gouvernance à tous les niveaux.

Toutes les propositions concernent de la même façon les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dans une approche transversale, quels que soient l'âge et les difficultés des personnes.

2.4.1. Au niveau national : renforcer le portage du sujet AT, et en faire une « brique » forte de la politique d'autonomie

Le sujet des aides techniques souffre d'un manque de pilotage au niveau national et local. Mais citer et missionner un pilote, en particulier au niveau national, ne sera efficace que si les moyens de pallier la dispersion des acteurs et des responsabilités sont aussi prévus. Pour assurer l'efficacité du pilotage national et local et une cohérence interne à la thématique, il importera de définir un même pilote pour :

- Les personnes en situation de handicap et les personnes âgées ;
- Les actions sur l'information et l'accompagnement des personnes et sur les modalités d'accès (assistive technologies au sens de l'OMS) et le financement de « produits aides techniques » (assistive devices au sens de l'OMS).

Ce pilotage associera étroitement des personnes en situation de handicap et personnes âgées ou leurs représentants.

Réaffirmer la CNSA dans le rôle de pilote national et prévoir les leviers pour rendre effectives ses possibilités d'action

Depuis 2005, la CNSA a un rôle sur les aides techniques¹¹⁰ et elles ont été renforcées par la loi ASV. Depuis décembre 2015, la CNSA a pour mission « d'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution »¹¹¹.

Conserver la CNSA dans ce rôle de pilote est cohérent avec son rôle de chef de file des politiques de l'autonomie champ d'action et les réflexions en cours pour la place d'une 5^e branche dont la gestion lui est attribuée. Son conseil incluant des associations des représentants des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et des diverses parties prenantes dont les CD ainsi que sa double mission d'agence et de caisse sont des atouts pour remplir ce rôle. Ces liens réguliers avec institutions nationales et les acteurs locaux, ARS, CD, MDPH et MDA notamment seront des leviers pour l'action.

Toutefois, il existe des limites à l'action de la CNSA sur les aides techniques qui devraient être étudiées et levées ou compensées.

La CNSA a des liens forts avec la DGCS son organisme de tutelle et des relations, formalisées par des conventions pluriannuelles, avec la CNAM et la CNAV. En revanche, les liens avec les administrations et agences du sanitaire sont distendus, voire inexistantes s'agissant des aides techniques.

La CNSA est un financeur indirect de « produits aides techniques » et d'actions pour améliorer l'accès aux aides techniques par le versement des concours aux départements pour la couverture partielle de la PCH, de l'APA et des FDC et pour financer une part des programmes d'actions des CF. Mais rien n'est prévu en financement direct par la CNSA dans le champ des aides techniques. Pourtant ce levier, déjà en place pour les aidants ou la formation et la professionnalisation des SPASAD, permettrait le développement d'actions ayant une portée nationale comme cela est attendu pour la création et la diffusion d'informations par exemple.

Enfin, sans décalage avec les constats globaux sur le manque de données de pilotage, la CNSA manque d'informations sur les besoins en aides techniques des personnes en situation de handicap et personnes âgées et sur la composition des dépenses pour les aides techniques dans le cadre de la PCH, l'APA et dans une moindre mesure le FDC et la CF.

¹¹⁰ Depuis 2005, la CNSA est chargée « de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution. » (Article 56 de la [loi du 11 février 2005](#) créant l'article L. 14-10-1 du CASF).

¹¹¹ [Article 70 de la loi ASV](#)

La CNSA devrait être confortée dans son rôle de pilote, mais le cadre de son intervention devra être adapté pour améliorer l'effectivité de ce pilotage par :

- La précision de ses missions et des financements directs d'actions sur les aides techniques (notamment par la modification des articles L.14-10-1 et L.14-10-5 du CASF) ;
- La consolidation de ses liens avec les autres administrations et institutions nationales notamment la DSS, la DGOS, CNAM et la HAS.

Ces évolutions devront être prises en compte dans sa prochaine convention d'objectifs et de gestion avec l'État par la déclinaison et la priorisation des actions à programmer et les moyens qui y seraient alloués.

Proposition 43 : conforter la CNSA comme pilote national sur le sujet des aides techniques et permettre l'effectivité de ce pilotage en consolidant ses relations avec les administrations centrales et les caisses et agences et en augmentant ses ressources internes dédiées au sujet.

Organiser le recueil et le partage de données pour des stratégies et des choix éclairés et justifiés

La connaissance des besoins des personnes en accompagnement et matériel, de l'offre et de ce qui est réellement réalisé est lacunaire. Elle doit être améliorée pour pouvoir servir de base aux décisions.

Le recueil et l'analyse des données devraient être organisés par le pilote national. Ils associeraient les principaux producteurs actuels de données, la CNAM et la CNSA en particulier, qui partageraient les objectifs et méthodes de travail. L'Irdes et la Drees seraient étroitement associés. L'ensemble des parties prenantes seraient mobilisées (associations, professionnels, financeurs, chercheurs et secteur marchand).

Ces travaux permettront de suivre les indicateurs listés en annexe 9. Ils porteraient donc sur quatre axes complémentaires :

- Les besoins des personnes en situation de handicap et personnes âgées ;
- L'offre pour l'évaluation et l'accompagnement par des professionnels formés et neutres d'intérêt commerciaux ;
- Les dépenses pour le financement des aides techniques (en tant que produits) ;
- L'offre de distribution (ensemble des distributeurs, dont les PSDM).

Pour la connaissance des besoins, il conviendra de faire rapidement un diagnostic en s'appuyant sur les données et savoirs disponibles. Sur cette base, seraient précisés les objectifs (population, types de besoins, niveau de finesse, etc.) et la méthode (indicateurs, sources, modalités des enquêtes ou de la collecte au fil de l'eau) de la collecte pour un suivi régulier.

La connaissance de l'offre d'accompagnement s'appuiera sur la cartographie de l'offre existante¹¹² et le développement de l'offre complémentaire¹¹³. Elle permettra de connaître le nombre et la localisation des structures, les ressources humaines et les moyens matériels mobilisés, le public accompagné et le type d'interventions.

Pour la connaissance des dépenses et des restes à charge pour les produits aides techniques, il sera nécessaire de :

- Travailler l'interopérabilité entre les différences bases de données ;
- Affiner la collecte des données pour les prestations de droits spécifiques ;
- Automatiser la saisie et la collecte des données lorsque ce n'est pas déjà prévu ;
- Définir le niveau minimal de données transmises par les assurances santé complémentaires, leur fréquence et les modalités de transmission.

Sur la connaissance de l'offre de distribution, il sera possible de s'appuyer sur les travaux engagés en lien avec la certification (cf. proposition XX) et sur la transmission obligatoire de données par les fabricants prévue par la LFSS de 2020. Le rapport d'activité des CF rassemble des informations de différents types sur les aides techniques : financement des produits par l'assurance maladie obligatoire (travaillé dans le cadre d'un partenariat CNAM-CNSA) et financement d'actions collectives. Le résultat garde certaines limites : critère d'âge au public retenu, périmètre des aides techniques et des actions encore un peu flou et granularité des données à affiner. Mais il préfigure de façon intéressante le travail qui serait à conduire.

Proposition 44 : organiser le recueil et l'analyse des données par l'ensemble des acteurs engagés (CNAM et CNSA notamment) sous la responsabilité du pilote national sur les besoins, l'offre d'accompagnement, les dépenses publiques et le reste à charge pour les personnes et la connaissance des acteurs de la distribution.

¹¹² Cf. proposition 7.

¹¹³ Cf. proposition 8.

2.4.2. Préciser les compétences et ambitions de la gouvernance territoriale : en intégrant les aides techniques dans le champ de compétence de la gouvernance locale de l'autonomie

Définir la gouvernance territoriale sur les aides techniques et pour l'ensemble des publics pour un déploiement effectif sur tous les territoires

Au niveau local aussi, les décisions sur les aides techniques sont fragmentées entre différents responsables :

- Les CD et MDPH pour l'évaluation des besoins et le financement dans le cadre de la PCH, l'APA et le FDC ;
- Les CPAM pour le financement au titre de l'assurance maladie ;
- Les Caisses de retraite pour les évaluations et le financement pour les retraités non éligibles à l'APA ;
- Les CARSAT (risques professionnels) dans le cadre de la prévention au travail pour les salariés des services à domicile et des établissements ;
- Les ARS par l'appui et le financement des établissements et services sanitaire et médico-social.

Les Conférences des financeurs, présidées par les Conseils départementaux et vice-présidées par les ARS, réunissent l'ensemble de ces acteurs et ont les aides techniques parmi leurs champs d'intervention¹¹⁴.



Source : *Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie*, les cahiers pédagogiques de la CNSA, avril 2017.

¹¹⁴ « Le programme défini par la conférence porte sur l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation. » [Article 3 de la loi ASV](#) créant l'article L. 233-1 du CASF.

Les CF sont un modèle intéressant, mais ont plusieurs limites :

- Un critère d'âge pour les programmes d'actions et financements qui sont réservés aux personnes de 60 ans et plus et à leurs proches aidants ;
- La possibilité laissée à chaque CF d'investir ou non les différents axes d'intervention et par conséquent, l'absence d'offre socle dans tous les territoires ;
- La mission « effet levier » qui est propice au soutien de projet, mais moins au développement d'une activité pérenne par des acteurs bien identifiés ; éléments indispensables pour réduire le non-recours.

Proposition 45 : définir l'instance de gouvernance à l'échelle des départements ayant une compétence obligatoire sur les aides techniques. Cette instance regroupant les CD, ARS, CPAM, CARSAT, MSA et des représentants des personnes âgées et personnes en situation de handicap et associant les mutuelles santé ou prévoyance. Sa composition et son organisation seraient affinées en fonction des travaux sur la 5^e branche et le projet de loi Grand âge et autonomie pour une parfaite intégration dans les organisations mises en place.

Préciser les missions obligatoires du pilote local pour garantir l'accessibilité de l'ensemble des services et prestations

Éviter le non-recours et permettre des évaluations sur les lieux de vie des personnes demande une offre de proximité, identifiée par les personnes et les professionnels et accessible. La pertinence des actions, dont le financement des aides techniques (au titre de la LPPR, de la PCH ou l'APA), ne pourra être garantie que si l'offre d'accompagnement est déployée rapidement.

Par ailleurs, si l'efficacité des actions pour les aides techniques est conditionnée par une approche systémique du sujet, leur mise en œuvre et leur impact concernent de nombreux domaines. On peut par exemple citer la santé, l'ensemble de la compensation technique dont les aménagements de logement, l'aide humaine au domicile, l'insertion professionnelle, les actions en faveur des proches aidants, la prévention des risques professionnels en établissements ou dans les services d'aide à domicile. Identifier et circonscrire un sujet « aides techniques » devrait se faire en perceptive avec l'ensemble des actions tangentes.

L'instance de gouvernance en place dans chaque département aurait pour missions de :

- Assurer, avec l'appui du pilote national, la mise en œuvre, le financement et le suivi du renforcement de l'offre d'accompagnement¹¹⁵ en veillant particulièrement à leur accessibilité géographique et leur réactivité, et leurs liens avec les DAC ;
- Assurer, avec l'appui du pilote national, la mise en place, le financement et le suivi, des actions d'information des personnes en situation de handicap, des personnes âgées, de leurs proches et des professionnels¹¹⁶ ;
- Garantir l'accessibilité et la réactivité des services et prestations des PSDM, notamment pour des interventions rapides en cas de panne des aides techniques ;
- Garantir la cohérence de l'offre d'accompagnement et d'information avec les autres dispositifs et acteurs à l'attention des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, notamment les acteurs du soin et du soutien à domicile.

Proposition 46 : définir des compétences obligatoires pour la gouvernance locale sur la mise en œuvre et le suivi de l'offre d'accompagnement (information, repérage des besoins, évaluation et aide à la prise en main), le suivi de l'offre des PSDM et la cohérence des réponses sur les aides techniques avec les autres dispositifs.

2.4.3. Assurer l'implication des personnes dans la gouvernance à tous les niveaux

L'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap doit leur permettre de prendre une part plus active dans leur parcours d'accès et d'utilisation des aides techniques. Au-delà de cette implication individuelle et de la reconnaissance du savoir des utilisateurs experts, les personnes en situation de handicap, personnes âgées et leurs proches devraient pouvoir prendre part aux décisions collectives prises sur les aides techniques. Deux axes complémentaires sont envisagés :

- Assurer une place aux représentants des personnes âgées et personnes en situation de handicap dans les instances décisionnelles ;
- Construire l'offre en se basant sur les besoins des usagers.

¹¹⁵ Cf. proposition 8.

¹¹⁶ Cf. proposition 11.

Intégrer des représentants des personnes âgées et personnes en situation de handicap au pilotage local et national pour des décisions répondant aux attentes

« Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie [CDCA] assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département. Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques. »¹¹⁷

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) devrait être sollicité par l'instance de gouvernance locale. Comme pour l'organisation de l'instance de gouvernance, des précisions pourraient être apportées par les travaux sur la cinquième branche.

Le pilote national devrait organiser une réunion par an, voire par semestre avec les associations représentatives des personnes âgées et personnes en situation de handicap et aidants. Si la CNSA est retenue comme pilote, les réunions de la commission idoine du conseil pourraient aussi être un lieu de partage.

Au niveau local et national, ces échanges pourraient concerner :

- La sollicitation pour avis en amont de nouveaux projets ;
- La présentation des résultats des études et enquêtes ;
- La présentation des programmes/propositions d'actions ;
- La participation aux discussions pour la validation des décisions.

Proposition 47 : intégrer des personnes en situation de handicap et personnes âgées ou leurs représentants dans les instances de décisions nationales et locales sur les aides techniques ou leur soumettre les décisions pour validation.

Construire l'offre dans une approche de design social centré sur les utilisateurs pour répondre le plus finement aux besoins et souhaits

Le design social est une méthode pour concevoir des services et interventions sociales les plus adaptées aux usages. Il est basé sur une approche pluridisciplinaire et collaborative. Des utilisateurs des dispositifs sont associés notamment lors d'ateliers de construction. L'expérience des usagers des services ainsi conçus doit s'en trouver améliorée.

Le travail réalisé dans le Gard pour la conception de la plateforme Gard'et Autonomie est un exemple intéressant. « Financé par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA), le projet se positionne sur les questions de l'accès aux aides techniques dans l'optique de favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées et/ou en situation de handicap. Il a pour objectif de coconstruire un écosystème adapté aux réalités du territoire gardois. »¹¹⁸

¹¹⁷ [Article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles](#)

¹¹⁸ [La Ressource de l'autonomie](#)

Le projet a porté sur :

- Les modalités de mise en œuvre d'une offre d'information et d'accompagnement au choix et à l'utilisation des aides techniques ;
- Une organisation et des supports pour la collecte des aides techniques non utilisées et leur réattribution une fois remises en bon état d'usage ;
- Des supports d'informations ;
- Des outils pour les professionnels : supports aux échanges avec les personnes et leurs proches, supports pour le suivi après accès à l'aide technique par la personne... ;
- Des éléments pour les relations entre les acteurs qui sont organisés en plateforme.

Proposition 48 : privilégier le design social pour la conception de l'offre d'accompagnement et d'information des personnes et des professionnels notamment. Le recueil des attentes et les temps de conceptions associeraient directement les personnes âgées et handicapées et leurs proches en complément des apports des associations représentatives.

2.5. Axe 5 : Se saisir du levier innovation et développer la connaissance et la recherche sur le sujet des aides techniques

Un focus sur les objets et solutions technologiques montre que l'offre évolue avec de nouvelles aides techniques, des solutions plus faciles à utiliser, plus nomades, associant plusieurs fonctions, et avec le passage de fonctionnalités autrefois réservées aux « aides techniques dédiées » sur des produits grand public, mais aussi par de nouvelles pratiques et organisations. Pour autant, cette innovation n'arrive pas toujours jusqu'aux personnes. Des projets ingénieux sont arrêtés avant la fabrication et la commercialisation ou des solutions mises sur le marché ne sont pas ou très peu diffusées. Des faiblesses dans l'accompagnement des porteurs et le manque d'information sur les solutions existantes sont des facteurs explicatifs à prendre en compte.

Préparer l'avenir demande donc de travailler sur l'ensemble des aspects :

- Construire de la connaissance sur l'ensemble du champ des aides techniques et promouvoir son utilisation dans l'accompagnement individuel et les politiques publiques ;
- Améliorer et généraliser la lisibilité et l'accessibilité des innovations ;
- Accompagner, structurer et documenter le développement de nouvelles organisations ;
- Faciliter le lien entre recherche – innovation – industrialisation – usage : création d'un Handy valley ;
- Créer une filière française des aides techniques en prenant en compte les enseignements issus de la Silver économie.

2.5.1. Stimuler la création de connaissances utiles aux différents acteurs et assurer leur appropriation

Un travail de fond sur les politiques, les organisations et les pratiques est nécessaire en matière d'aides techniques. De tels changements se dérouleront inéluctablement sur plusieurs années et feront l'objet d'ajustements au fur et à mesure de leur déploiement. Pour des propositions les plus justes et éclairées, il est nécessaire d'améliorer et mobiliser des connaissances robustes sur divers champs, de la pratique clinique des professionnels de santé à l'organisation au niveau national.

Mettre en place un centre de preuves pour des actions auprès des personnes et des décisions basées sur la preuve

La France ne s'est pas encore dotée d'une politique en matière d'aides techniques. Le manque de connaissances sur le sujet (besoins, actions faites, aides techniques financées et impact des actions et des financements), l'absence de financements fléchés en dehors de la LPPR et la PCH aides techniques et le défaut de pilotage en témoignent. Il n'existe pas non plus de cadre de référence pour les professionnels intervenant sur le terrain et les décideurs. Enfin, la recherche existe, mais ses résultats sont peu diffusés et peu connus des acteurs.

L'observation des organisations et politiques à l'étranger est riche d'enseignements sur les grandes orientations, mais ne peut suffire pour construire une organisation efficace et efficiente dans le contexte français, forcément différent. Enfin, les recommandations de bonnes pratiques de la HAS devront être complétées d'autres apports pour guider les professionnels dans leurs pratiques en fonction de publics, besoins et contextes d'intervention précis.

Éléments issus du rapport de France Stratégie sur les What works centres britanniques¹¹⁹

Les évaluations d'impact des politiques publiques se sont largement développées ces dernières années dans plusieurs pays occidentaux, mais leurs résultats ne sont pas toujours transposables d'un contexte à un autre. De plus, même quand elles existent ces études ne sont pas toujours consultées par les décideurs et les professionnels. Enfin, lorsque les décideurs et professionnels veulent le faire, cela n'est pas toujours aisé, les résultats n'étant pas toujours disponibles ni appropriables. Ainsi, en moyenne, 17 ans sont nécessaires pour que les données scientifiques soient intégrées dans la pratique quotidienne des professionnels.

Neuf centres de preuve ont été créés en Grande-Bretagne. Ils ont vocation à faciliter l'utilisation des données probantes pour la mise en place de politiques basées sur la preuve dans différents domaines (prévention précoce, amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes, éducation des enfants défavorisés, prévention de la criminalité...). Leurs financements sont pérennes ou prévus de façon pluriannuelle. Leur activité est basée sur :

- La synthèse de la recherche existante ;
- La diffusion et l'accompagnement de l'adoption des résultats de la recherche ;
- L'évaluation d'impact des innovations.

Si les synthèses de la recherche sont une activité indispensable des centres de preuves, elles ne constituent pas une fin en soi. Initier des travaux répondant aux interrogations des décideurs, proposer les résultats sous une forme appropriable par le plus grand nombre d'acteurs et accompagner les décideurs dans l'essaimage de dispositifs ou la construction de politiques ont autant d'importance. Enfin, la souplesse des organisations et des modes de financement, en permettant de faire évoluer les programmes et actions sur le terrain, compose un contexte favorable.

¹¹⁹ *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Agence nouvelle des solidarités actives, mars 2017.

Selon l'ANSA, « de tels centres ne réussiront que s'ils se consacrent à des missions claires, dans la durée, dans des domaines bien définis et disposent des moyens suffisants. Leur rigueur méthodologique, leur indépendance et leur transparence seront également des facteurs clés de réussite. Enfin, pour avoir un impact sur les politiques et pratiques, il s'agira de mettre les attentes des décideurs et des praticiens au cœur de leur action. »

Un centre de preuves sur les aides techniques permettrait de construire, en lien avec les centres d'expertises et de ressources, une politique publique sur les aides techniques sur des données probantes. Ce centre de preuve travaillerait en particulier sur l'accompagnement des personnes (axe 1 des propositions) et l'optimisation des modalités d'accès et les financements des aides techniques (axe 2 des propositions). Il s'intéresserait aussi aux organisations innovantes répondant plus aux besoins. Les actions couvriraient l'ensemble des publics, sans limite d'âge ou de type de déficiences. Elles tiendraient compte des besoins des personnes, de leurs aidants et, pour les actions ciblant la prévention des risques professionnels, des professionnels intervenant au quotidien. La place des personnes et des proches aidants « dans leur propre projet » ou comme personnes-ressources en matière d'aides techniques (pairs-aidants ou personnes expertes) serait incluse dans le périmètre des travaux.

La mise en place et le suivi du centre de preuve relèveraient du pilote national : la CNSA. Traduire ces éléments dans sa convention d'objectifs et de moyens et dans les effectifs internes serait aussi à prévoir.

Proposition 49 : créer un centre de preuve thématique sur les aides techniques.

Mobiliser la formation initiale et continue pour une diffusion large des connaissances aux professionnels

La transmission de la connaissance passe en grande partie par la formation. L'information et la formation des professionnels sont indispensables pour faire évoluer les pratiques au regard des données et connaissances récentes. La formation initiale permet d'inscrire les sujets dans le référentiel de pensée. La formation continue permet l'adaptation à de nouvelles fonctions, de nouvelles attentes des bénéficiaires et l'actualisation des connaissances. Les deux seraient nécessaires et complémentaires pour des recours plus précoces et adaptés aux aides techniques pour les personnes.

Trois objectifs stratégiques se distinguent :

- Mieux repérer les besoins, apporter une information de premier niveau sur les aides techniques et orienter le cas échéant ;
- Mieux évaluer les besoins, accompagner les personnes au choix et l'utilisation des aides techniques, apporter une information spécifique ;
- Optimiser l'utilisation des aides techniques au quotidien.

Plusieurs grandes catégories de publics cibles peuvent être définies :

- Les professionnels « du domicile » : auxiliaires de vie, aides-ménagères, infirmières libérales... ;
- Les médecins, dont les médecins généralistes et gériatres et autres professionnels de santé non spécialisés en réadaptation (infirmiers, aides-soignants, diététiciens...);
- Les professionnels, toutes formations initiales confondues, intervenant dans des structures ou fonctions demandant d'intervenir de façon ponctuelle ou continue avec des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (MDPH, équipes APA, médecine du travail...);
- Les professionnels de santé préconisateurs (ergothérapeutes, médecins MPR, orthoptistes basse vision, instructeurs pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles...) quelle que soit leur structure d'intervention (sanitaire, médico-sociale, MPDH, équipes APA, CICAT...) et les psychologues et neuropsychologues.

Enfin, plusieurs « temps » pour la formation seraient proposés de façon complémentaire :

- Au cours de la formation initiale ;
- À la prise de poste dans des structures ou fonctions particulières ;
- En continu tout au long de l'exercice professionnel.

Ce renforcement de l'information et de la formation pourrait passer par :

- L'inscription des aides techniques dans les programmes de formation initiale des professionnels ciblés, en particulier des « professionnels du domicile » et des médecins généralistes ;
- L'inscription des aides techniques dans les priorités de formation continue et de l'objectif national de développement continu (ONDPC) ;
- La création de formations courtes et de diplômes universitaires ou interuniversitaires sur des secteurs actuellement insuffisamment couverts ;
- La création de MOOC¹²⁰.

Proposition 50 : renforcer l'information et la formation des professionnels notamment par l'inscription des aides techniques dans les programmes de formation initiale et dans les priorités de formation continue pour les professionnels de santé et les professionnels de l'aide à domicile.

¹²⁰ *Massive open online course* ou cours en ligne ouvert aux masses.

Organiser le repérage et l'analyse des solutions disponibles sur le marché français pour une diffusion plus rapide des innovations

L'accès aux aides techniques et équipements grand public innovants passe par la connaissance de leur existence et des conseils permettant leur utilisation par les utilisateurs, les professionnels et les financeurs.

D'un autre côté, développer des solutions innovantes demande de faire un état des lieux de l'existant. Les aides techniques étant de marché de niche et de nombreux produits peu connus, il n'est pas rare que des acteurs s'engagent sur des projets alors que les solutions existent déjà.

Faire une veille sur les solutions « produits » existantes et la rendre accessible aux professionnels et aux acteurs souhaitant développer de nouvelles solutions auraient donc une double utilité. Une part de cette veille servirait les actions d'information citées dans l'axe 1.

Toutefois, des informations complémentaires pourraient être utiles aux fabricants et acteurs de la recherche et développement. Un travail d'analyse des besoins, attentes, de la faisabilité et des limites (propriété intellectuelle par exemple) serait nécessaire.

Proposition 51 : engager un travail sur les besoins d'une veille technologique à l'attention des fabricants, laboratoires et start-uppeurs, en plus de la bonne information des personnes concernées, des professionnels et des financeurs. Le pilotage pourrait être assuré par le centre de preuve.

2.5.2. Accompagner l'innovation organisationnelle et technologique

L'innovation en matière d'aides techniques est multiple. Les nouveaux modes de conception, de fabrication ou d'évaluation des aides techniques sont autant d'éléments qui pourront modifier le paysage dans les années à venir. Pour un développement et une utilisation efficace et cohérente avec les orientations et priorités des politiques publiques, il serait utile de mieux connaître et soutenir des projets.

La CNSA a des missions de soutien à la recherche dans le champ de l'autonomie¹²¹. Ces actions devraient être poursuivies en s'appuyant sur les leviers existants, dont le Conseil scientifique, en s'assurant de la cohérence des orientations et priorités avec celles travaillées par ailleurs.

Deux thématiques sont identifiées par la mission :

- La conception et fabrication assistée par ordinateur des aides techniques dans les lieux de soins et d'accompagnement ;
- L'amélioration du recours au numérique (modélisation numérique, recueil de données au cours de l'utilisation...) dans la conception et l'évaluation des aides techniques.

¹²¹ La CNSA a notamment pour mission « de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie. » ([Article L. 14-10-1 du CASF](#), alinéa 8).

REHAB-LAB¹²² : vers une communauté de pratiques autour de l'impression 3D pour favoriser la participation des personnes en situation de handicap dans la création d'aides techniques

Rédacteurs : Willy ALLEGRE et Jean-Paul DEPARTE, ingénieurs au CMRRF de Kerpape et co-fondateurs du REHAB-LAB

Un REHAB-LAB est un laboratoire de fabrication (fablab) intégré dans une structure sanitaire ou médico-sociale. Il vise à favoriser une approche inclusive et participative des patients ou résidents de ces structures dans la conception de leurs propres aides techniques via l'impression 3D. Véritable lieu d'échanges, de partage et de formation en dehors des soins, le REHAB-LAB se base sur une collaboration entre patients/résidents, ergothérapeutes (et équipe pluridisciplinaire) et référents techniques.

Le premier REHAB-LAB a été lancé en février 2016 au Centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelles (CMRRF) de Kerpape, dans le Morbihan. Après deux ans de fonctionnement en routine, des formations sont mises en place pour accompagner les professionnels ergothérapeutes à monter un REHAB-LAB dans leur propre structure de soins ou médico-sociale. Aujourd'hui, une communauté composée de seize structures en France partage la même organisation et les mêmes valeurs.

Si l'impression 3D révolutionne le mode de production industrielle dans un grand nombre de secteurs, elle commence tout juste à s'intégrer dans les pratiques des professionnels de santé en France, notamment dans le domaine du handicap. L'impression 3D apporte pourtant de nombreux avantages par rapport aux techniques de fabrication classiques utilisées en ergothérapie pour la création d'aides techniques sur mesure : adaptation, reproduction, esthétique, poids, partage, temps, coût, accessibilité, appropriation, médiation... L'intérêt principal de l'impression 3D pour les patients « *makers* » est l'implication plus importante dans le processus de réadaptation. En effet, la conception numérique demande de pouvoir utiliser l'outil informatique sans forcément manipuler physiquement les matériaux.

Cette nouvelle technique de fabrication requestionne les pratiques professionnelles sur mesure sur plusieurs volets. Sont interrogées : process de fabrication, implication de l'utilisateur, compétences nécessaires... Les organisations devront être revues comme les liens avec les Fab-lab de la cité. Des questions juridiques se posent aussi, par exemple sur la responsabilité des parties dans le processus de co-conception ou sur le fait d'entrer ou non dans le cadre du règlement européen sur les dispositifs médicaux.

Ces verrous dépassent les lieux d'intervention et les frontières. Ils seront à lever dans les prochaines années, en favorisant une démarche d'intelligence collective.

Proposition 52 : faire de l'innovation organisationnelle en matière d'aides techniques, un axe de travail du conseil scientifique de la CNSA.

Proposition 53 : lancer un travail national sur l'impact, dans l'ensemble des dimensions, de l'impression 3D et des fab-lab dans la production d'aides techniques.

¹²² [Le Rehab lab](#) est présenté sur le site internet dédié.

2.5.3. Coordonner, promouvoir la recherche : création d'une Handy-Valley

La spécificité de certains besoins, définis à partir d'une situation concrète vécue ou rencontrée dans son entourage, les possibilités offertes par les nouvelles technologies ou la volonté de proposer des actions qui ont un sens sont autant de motivations pour développer de nouvelles aides techniques.

De nombreux acteurs s'engagent sur cette voie, mais toutes les propositions ne serviront pas les personnes. Par exemple, la part des starts up ne débouchant pas sur une entreprise pérenne est sensiblement plus élevée dans la Silver économie par rapport à la moyenne nationale. Les spécificités du secteur déjà décrites (marchés de niche, contexte réglementaire spécifique pour la mise sur le marché, manque d'accès à l'information des utilisateurs ou professionnels prescripteurs – entendu ici au sens large – accès ou non au remboursement...) peuvent entraver le bon déroulement des projets. Ces obstacles peuvent appeler un appui particulier en prolongement des leviers classiques pour la recherche et développement.

Cet appui pourrait par exemple prendre la forme de plateforme de mise en lien entre les laboratoires de recherches, les PME, les usagers pour identifier les axes de recherche, en faciliter les travaux et passer à la mise sur le marché. Ces plateformes s'appuieraient notamment sur les acteurs déjà en place comme les Living lab en santé et autonomie, la tech for Health ou l'association France Silver Eco. Permettrait aux acteurs de l'innovation d'avoir une vision précoce et globale des exigences en matière de création et fabrication d'aides techniques et d'avoir accès aux ressources nécessaires (centres de certification G-med par exemple) pour avancer à chaque étape.

Les living lab en santé et autonomie et la Tech4 health

Auteurs : Robert PICARD, référent santé du conseil général de l'économie et président du Forum des living lab en santé et autonomie (FLLSA) Samuel BENVENISTE, directeur adjoint du CENSTIMCO et trésorier délégué du (FLLSA)
Un living lab en santé et autonomie (LLSA) est une structure dotée d'une équipe multidisciplinaire (sociologues, ergothérapeutes, anthropologues, médecins, designers, psychologues...) spécialisée dans la co-création itérative avec les utilisateurs et dans l'évaluation des solutions conçues en conditions réelles. Il accompagne les porteurs de projet dans les phases d'étude de besoin, d'idéation, de prototypage, et d'évaluation en laboratoire et *in situ*. L'approche est intéressante pour les aides techniques. L'implication constante des utilisateurs permet de créer des outils adaptés aux besoins concrets des personnes. L'évaluation des aides techniques (et non des besoins des personnes) multidimensionnelle systématique permet de s'assurer du bien-fondé des politiques d'information, de préconisation, de mise à disposition, de formation et de financement.

Les premiers LL spécialistes de l'autonomie sont apparus en France à la fin des années 2000, avec par exemple le Broca Living Lab (anciennement LUSAGE) ou Autonom'lab. Après 10 ans de développement et d'essor, le concept de living lab est cité en référence dans le rapport de prospective 2019 de la HAS. Le rapport du conseil général de l'économie (CGE) au ministère de l'Économie et des Finances de 2019 sur les dispositifs médicaux recommande le soutien de ces lieux de co-conception, et la feuille de route « Ma Santé 2020 » du ministère de la Santé et des Solidarités appelle à leur développement.

Depuis 2011, les LLSA sont regroupés au sein du forum des Living Labs en santé et autonomie¹²³. Au 1er janvier 2020, il comprend 43 adhérents de tous types (universités, PME, grands groupes, associations de professionnels, associations de patients...) dont 17 Living Labs. Plus de la moitié d'entre eux agissent dans le champ du handicap et de l'aide à l'autonomie (les trois CEN-aide technique, le centre de rééducation de Kerpape, la Fondation Hopale, l'APF Lab le Hub, Innov'autonomie, APPROCHE (association pour la promotion de la robotique de rééducation et réadaptation) ou l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap (IFRH). Selon ses statuts, l'association « a pour objet d'animer et de gérer le réseau des LLSA, ainsi que d'assurer le développement et la diffusion de connaissances nouvelles issues de son action dans ce domaine. ». Son ambition est d'accélérer les partages d'expériences, développer les éléments de mesure d'impact tant économiques que médico-sociaux, valoriser le savoir-faire français à l'international et favoriser l'émergence d'une véritable politique d'innovation économique et sociale en santé et autonomie. L'innovation dans le domaine des aides techniques est donc au cœur de son activité.

Tech4Health est une structure portée par le réseau des Centres d'Investigation Clinique-Innovation Technologique (CIC-IT), référent dans le domaine des dispositifs médicaux, la e-Santé et les biomatériaux. C'est un partenaire clé du forum LLSA. Ce réseau comprend quatorze membres répartis sur l'ensemble du territoire national et investis dans la recherche clinique et l'évaluation des technologies pour la santé, avec une implantation dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et une proximité des services cliniques. Le réseau est impliqué dans de nombreux projets collaboratifs de recherche clinique portant notamment sur les aides techniques, en lien direct avec les équipes de recherche amont (CNRS, INSERM, CEA, universités), les organisations de soins, dont les CHU et les acteurs de la recherche clinique. Le forum LLSA et Tech4Health a débouché sur la formalisation d'un processus d'innovation adapté à la santé et l'autonomie, assorti d'une plateforme collaborative déjà mise en œuvre dans quelques projets phares : la plateforme concept match multi level (CML).

Ces plateformes pourraient aussi jouer un rôle d'experts auprès des pouvoirs publics : orientation des actions et des soutiens aux acteurs, mobilisation de financements ou participation à des projets européens ou internationaux par exemple.

Proposition 54 : engager des travaux pour construire un accompagnement longitudinal des « porteurs de solution » depuis la conception de nouvelles solutions techniques à leur diffusion sur le marché.

¹²³ [Forum LLSA. Les Livings Labs Santé Autonomie expliqués en trois minutes](#)

Conclusion

Trois ans après la loi ASV qui a ouvert la voie à des avancées sensibles sur les aides techniques et au moment de la création de l'intégration de l'autonomie dans le champ de la sécurité sociale, le contexte semble favorable à une évolution structurelle des politiques publiques sur les aides techniques.

L'enjeu est celui de l'amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées par l'utilisation des aides techniques. Il semble ainsi nécessaire de décentrer le regard du nécessaire, mais insuffisant travail tarifaire pour une approche globale et longitudinale des personnes. Ainsi, de toutes les propositions, celles de l'axe 1 doivent être au cœur des préoccupations et être travaillées au plus vite. Elles structurent la réussite de l'ensemble du dispositif proposé dans ce rapport. Un réseau de professionnels et d'acteurs formés et identifiés est une assise indispensable pour une meilleure efficacité et efficience des autres axes. Garants de la pertinence des actions au niveau individuelles, ces acteurs pourraient faire des retours précieux sur l'ensemble des actions prévues et mises en place. Associées aux apports des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et de leurs représentants, ces retours seraient des guides pour l'ajustement des propositions.

Les différentes actions se répondent, beaucoup de propositions sont interdépendantes et les travailler demande la mise en place d'une gestion de programme. En tant que chef de file, la CNSA aurait la charge de cette gestion de programme. Toutefois pour porter un regard extérieur, mobiliser l'ensemble des acteurs et assurer un lien avec les ministères concernés, un groupe de suivi serait nécessaire.

Enfin la réussite s'évaluera sur l'impact positif de ces propositions sur les différents publics impliqués. Les tableaux ci-joints résument au mieux l'ambition de notre rapport.

Situations actuelles et situations cibles par public

Les propositions visent différents publics.

Pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
Non-recours	<ul style="list-style-type: none"> • Non-recours important par manque d'information en particulier pour les personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours favorisé par un meilleur accès des personnes et des professionnels à l'information, notamment en s'appuyant sur les connaissances des utilisateurs experts • Recours favorisé par un accès simple et rapide à un conseil professionnel et neutre sur l'ensemble du territoire 	5, 6, 7, 8, 10, 11
Pertinence et adaptation des aides techniques utilisées,	<ul style="list-style-type: none"> • Pour beaucoup de personnes âgées, des réponses stéréotypées sans « vraie » réponse aux besoins par défaut d'accompagnement par des professionnels formés et neutres d'intérêt commerciaux • Pour des populations ou des besoins spécifiques, même avec un accompagnement par des professionnels, défaut d'accès aux réponses les plus adaptées • Pas toujours d'essais, ou lorsqu'ils sont faits, essais trop courts et hors conditions d'utilisation réelle. 	<p>Choix d'aides techniques plus adaptées aux besoins des personnes par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un accompagnement de proximité par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux pour les besoins les plus courants, • Le recours à des professionnels experts, pour les besoins plus spécifiques, • Des essais dès que nécessaire, dans des conditions minimales définies réglementairement le cas échéant. 	5, 6, 7, 8, 9, 50, 51

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
Délais et parcours d'accès aux aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Des délais parfois longs pour des évaluations (prescriptions de fauteuils roulants électriques ou demande de PCH aides techniques) • Une censure ou un abandon en cours de route face à la complexité des démarches pour obtenir les financements 	<ul style="list-style-type: none"> • Des délais contenus pour accéder aux évaluations par le renfort de l'offre et la montée en responsabilité des ergothérapeutes • Des délais réduits pour obtenir les financements et des démarches allégées par l'entrée dans la LPPR d'autres catégories d'aides techniques • Diminution des abandons par difficulté à faire l'avance des frais par le recours systématique au tiers payant 	3, 8, 14, 17, 18, 28, 48
Reste à charge	<ul style="list-style-type: none"> • Un non recours ou abandon en cours de démarche en raison du reste à charge (réel ou supposé) • La nécessité de faire des démarches longues et multiples pour construire le plan de financement • Des difficultés à assumer le reste à charge par la personne ou la famille • Pas de réponse adaptée aux besoins temporaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du reste à charge après prises en charge légales, convergence des niveaux de remboursements entre personnes en situation de handicap et personnes âgées • Ouverture des modalités d'accès aux aides techniques au-delà de l'achat permettant d'adapter les coûts à durée projetée d'utilisation • Des financements de l'usage plutôt que du produit 	12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30
Accompagnement et adaptation et des aides techniques dans le temps	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à s'approprier l'aide technique (pour la personne, ses proches ou les professionnels intervenant au quotidien) entraînant des mésusages et des non-utilisations. • Abandon de l'utilisation des aides techniques faute d'accompagnement à la prise en main et de conseil à moyen terme 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours possible à un accompagnement par des professionnels formés et neutres d'intérêts commerciaux après l'accès à l'aide technique • Accès à des services pour l'entretien et les réparations des aides techniques selon des standards définis et vérifiés 	4, 7, 8, 12, 13, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 50

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés pour l'entretien et les réparations des aides techniques • Impossibilité de changer d'aides techniques avant une période minimale • Parfois revente et achat d'aides techniques d'occasion (entre particuliers par exemple) sans garantie et sans remboursement par l'assurance maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à des aides techniques selon des modalités souples permettant des adaptations au fur et à mesure de l'évolution des besoins • Accès à des aides techniques remises en bon état d'usage selon une norme 	
Accès à l'innovation, par les produits spécialisés et les produits tout public	<ul style="list-style-type: none"> • Un recours moindre par manque d'information sur les solutions existantes et manque de lisibilité sur les prises en charge possibles en PCH • Des difficultés pour tous (personnes, professionnels, financeurs) à comprendre la « ligne de partage » entre les produits tout publics et les produits spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès des solutions innovantes (dédiées ou grand public) par : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un meilleur accès à l'information ○ L'accès à des professionnels mieux informés ○ Si nécessaire l'accès à des professionnels ou services experts du sujet intervenant au niveau régional ou national. • À terme, accès à plus d'équipement tout public nativement accessibles 	10, 11, 21, 22, 41, 42, 51, 52, 53

Pour les professionnels de la santé et de l'accompagnement à domicile

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
Professionnels de proximité ou premier recours : repérage des besoins et réponses aux personnes	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à s'informer • Difficulté à repérer les besoins en aides techniques et orienter les personnes ; • Le plus souvent proposition de réponses stéréotypées aux personnes, en particulier, âgées 	<ul style="list-style-type: none"> • Des sources d'information locales et nationales plus identifiées • Plus de facilité et de rapidité pour orienter les personnes vers des évaluations et accompagnement de « second niveau » 	1, 4, 5, 6, 10, 11, 51
Professionnels proximité : utilisation des aides techniques pour la prévention des risques liés à l'activité physique (troubles musculosquelettiques)	Peu de connaissances et peu de recours aux aides techniques en vue de réduire le risque blessures liées au travail (aides techniques aux transferts ou installation pour la toilette par exemple)	Utilisation optimisée d'aides techniques variées pour la prévention des TMS dans le respect et l'autonomie de la personne par : <ul style="list-style-type: none"> • Un meilleur accès à l'information • La possibilité de bénéficier d'interventions ponctuelles et à la demande d'ergothérapeutes préventeurs • L'accès facilité à des aides techniques adaptées (intégration dans la LPPR de nouvelles catégories d'aides techniques et clarification des modes de financement) 	4, 8, 10, 11, 17, 30
Intervention des professionnels pour l'évaluation des besoins et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre d'intervention mal défini en particulier pour l'accompagnement après l'accès à l'aide technique • Des ressources pour s'informer ou être guidé dans les situations compliquées pas toujours accessibles • Des difficultés pour organiser des essais des aides techniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Des pratiques et activités mieux définies et valorisées • Un cadre juridique d'intervention mis en cohérence avec les pratiques sur le terrain) • Une clarification des rôles entre préconisateurs ou prescripteurs et PSDM • Amélioration de l'accès à de l'information, de la formation et des appuis experts • Une implication et une responsabilité renforcée des professionnels dans l'amélioration en continu des dispositifs (pertinence des financements des aides techniques, remontée de données sur les besoins et l'offre, etc.) 	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 23, 49, 50, 51, 52,53

Pour les distributeurs et fabricants

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
PSDM – position dans le secteur	Des rôles parfois floutés, une relation de confiance fragile avec les différents acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des missions qui sont recentrées sur les fonctions logistiques et techniques • Référentiel partagé et officiel pour l'amélioration de la qualité de service • Trajectoire de développement sur la qualité de service avec des objectifs (conditions de SAV ou prêts pour essais par exemple) et des moyens (formation continue des professionnels par exemple) définis 	31, 32, 33, 34
PSDM et autres distributeurs : risques budgétaires	Pour les petites structures et les aides techniques onéreuses en particulier, impossibilité de faire les commandes tôt sans risque de trésorerie (délais pour obtenir les accords et les versements des financements) Risque d'impayés	Réduction des décalages de trésorerie et des risques d'impayés pour les aides techniques onéreuses par : <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration et la réduction des délais pour les prises en charge légales • Le recours systématique au tiers payant. 	14, 17, 18, 19, 28
Centres habilités pour la remise en bon état d'usage des aides techniques : développement et contexte de travail	Une activité en construction, mais dans un cadre peu sécurisant d'un point de vue juridique et économique	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre réglementaire d'exercice consolidé s'appuyant sur une norme pour les procédures et une certification des centres • Un modèle économique consolidé par l'accès au remboursement par l'assurance maladie des aides techniques remises en bon état d'usage et le recours plus important à ces aides techniques et services dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. • Des relations organisées avec les autres acteurs, fabricants et PSDM notamment 	12, 13, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41
Fabricants : accès au remboursement	Des modalités de financements opaques et pour des aides techniques de niches, des difficultés à accéder au remboursement par l'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Une clarification des différents financeurs et financements par types d'aides techniques et la convergence des prises en charge pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées • Un élargissement du périmètre de la LPPR à d'autres catégories d'aides techniques • Un référencement des aides techniques conçues respectant des critères sur l'implication des utilisateurs et des critères d'écoconceptions 	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 29, 30, 51, 54
Fabricants, surtout de petite taille : Compréhension du marché	Difficultés à connaître les besoins et leur couverture ou non par l'offre existante	<ul style="list-style-type: none"> • Un meilleur niveau d'information sur les besoins et l'offre • Des relations mieux organisées entre les différents acteurs de la chaîne de valeur 	20, 23, 44

Pour les financeurs et décideurs

Thème	Situation actuelle	Situation cible	Propositions
Gouvernance nationale	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de vision ni de stratégie partagée • Des responsabilités diffuses • Des actions et fonctionnements en silo 	<ul style="list-style-type: none"> • Des enjeux et objectifs stratégiques partagés • Des rôles clarifiés notamment pour le pilote avec des missions et moyens précisés • Des échanges plus structurés entre les organisations et les acteurs 	43, 44, 47, 49, 52
Gouvernance locale	<ul style="list-style-type: none"> • Le plus souvent, pas de visibilité ni de travaux spécifiques sur les aides techniques • Des avancées par les travaux des CF, mais de façon inégale sur les territoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Une instance de gouvernance identifiée, en lien avec les travaux sur la 5e branche, et expressément missionnée sur les aides techniques • L'intégration dans l'instance de gouvernance de représentants des personnes concernées • Des compétences et objectifs définis 	45, 46, 47, 48, 49
Pilotage et régulation	<ul style="list-style-type: none"> • Données collectées sur les dépenses par les financeurs d'aides techniques (AMO, PCH) sans analyse transversale • Pas de données sur les publics, les besoins ni l'offre d'accompagnement • Une régulation des dépenses par des « bornes » réglementaires posées a priori avec des incertitudes sur la pertinence des remboursements et un succès aléatoire (ex. : augmentation des volumes des locations hebdomadaires des fauteuils roulants manuels) 	<ul style="list-style-type: none"> • Une collecte et analyse des données sur les dépenses en aides techniques transversale aux différents dispositifs • Une collecte et analyse des données sur les besoins et l'offre d'accompagnement en associant les acteurs locaux • La mise en place de politiques publiques basées sur la preuve en associant les professionnels et structures et le monde de la recherche • L'implication renforcée des prescripteurs (information sur les solutions et leurs coûts et organisation et prise en compte des retours) pour garantir la pertinence des dépenses • Des garanties et une forme de dialogue renouvelée avec les PSDM 	2, 3, 15, 16, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 44

L'essentiel du rapport en facile à lire et comprendre

Les aides techniques pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il est indispensable d'améliorer l'organisation autour des aides techniques en France.

Ce texte est écrit en facile à lire et à comprendre.

Le facile à lire et à comprendre est une méthode qui rend les informations accessibles à tous.



Il existe beaucoup d'aides techniques.

Aides techniques :

Une aide technique est un matériel pour aider les personnes handicapées et les personnes âgées.

Une aide technique c'est par exemple :

- un fauteuil roulant, une loupe,
- un déambulateur,
- une souris d'ordinateur adaptée,
- un appareil pour aider à lire...

Nous ne connaissons pas toutes les aides techniques.

Pour choisir la bonne aide technique, il faut pouvoir l'essayer.

Avoir une aide technique ne suffit pas.

Il faut savoir utiliser cette aide technique.

Par exemple, les personnes doivent apprendre à conduire un fauteuil roulant électrique.

Les personnes âgées et les personnes handicapées doivent être accompagnées pour :

- choisir les aides techniques,
- utiliser les aides techniques.

En France,

les personnes ne sont pas toujours bien accompagnées.

Des ministres ont demandé à des experts

un rapport sur les aides techniques :

comment faire pour que ça change pour les personnes handicapées et les personnes âgées ?

Il y a eu une mission interministérielle sur les aides techniques.

Une mission interministérielle :

Dans une mission interministérielle il y a des experts.

Un expert est un spécialiste.

Des ministres demandent d'écrire un rapport.

Un rapport c'est un document.

Les experts de la mission interministérielle :

- parlent avec beaucoup de personnes,
- lisent des documents,
- se déplacent pour voir comment ça se passe.

Les experts demandent l'avis à beaucoup de personnes.

La mission interministérielle écrit un rapport.

Le rapport explique ce qui se passe.

Le rapport propose des solutions.

Le gouvernement peut utiliser le rapport pour faire des changements.

Le gouvernement peut changer la loi.

Le gouvernement peut faire des améliorations sans changer la loi.

Parfois ce n'est pas possible de changer les choses tout de suite.

La mission interministérielle fait des constats sur les aides techniques.

Elle dit ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

La mission fait des propositions pour que ça fonctionne mieux.

Les propositions concernent les personnes handicapées,

les personnes âgées mais aussi leurs aidants.

Par exemple, leur famille.

Ce texte présente le travail de la mission interministérielle.

1. L'information et l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées sur les aides techniques

Constat : Les personnes âgées et les personnes handicapées manquent d'information sur les aides techniques.

Des personnes n'ont pas assez d'accompagnement.

Elles ne savent pas :

- si les aides techniques peuvent les aider,
- quelles aides techniques choisir,
- comment utiliser les aides techniques.

Ceci est encore plus vrai pour :

- les personnes âgées,
- les personnes avec un handicap mental, psychique, visuel, auditif...

Une personne cherche des informations sur les aides techniques.

Sur internet, la personne trouve des fabricants ou des vendeurs d'aides techniques.

Les fabricants parlent des produits qu'ils vendent.

Les fabricants ne montrent pas les autres solutions.

Il peut exister de meilleures solutions.

Ces solutions sont parfois mal connues.

La personne n'aura pas d'information sur ces solutions.

Proposition : Les personnes doivent être mieux informées.

C'est important à faire.

Les personnes doivent :

- savoir que des aides techniques existent,
- savoir quelles aides techniques peuvent les aider.

Il faut proposer plus d'informations que celles des fabricants et des vendeurs d'aides techniques.

Il faut que ces informations soient utiles aux personnes et aux professionnels.

Il faut que l'information soit intéressante.

Il faut que les personnes âgées et les personnes handicapées trouvent des professionnels :

- près de chez elles,
- qui donnent des solutions,
- qui donnent des explications faciles à comprendre,
- qui expliquent une aide technique rare et compliquée.

Cette information doit aussi être sur internet.

Constat : Les personnes ne sont pas assez aidées pour choisir leurs aides techniques.

Les personnes doivent être aidées pour :

- savoir quelles aides techniques peuvent les aider,
- savoir comment utiliser ces aides techniques,
- essayer les aides techniques.

Les personnes handicapées et les personnes âgées ne sont pas assez aidées pour choisir leurs aides techniques.

Les personnes âgées et les personnes handicapées ne font pas assez d'essais avec leurs aides techniques.

Proposition : Il faut aider la personne à choisir son aide technique.

La personne doit comprendre :

- ce qui est facile à faire,
- ce qui est difficile à faire.

Ensuite, cette personne doit connaître les aides techniques qui existent.

Cette personne choisit son aide technique.

Il faut que les personnes handicapées et les personnes âgées trouvent des professionnels :

- près de chez elles,
- qui les aident pour choisir les aides techniques,
- qui les aident pour utiliser facilement les aides techniques.

Pour être sûre que c'est le bon choix, la personne doit essayer l'aide technique :

- chez elle,
- dans ses gestes de tous les jours.

Avec un essai, la personne va comprendre si l'aide technique est adaptée pour elle.

Il faut faire la différence entre :

- les professionnels qui aident les personnes pour choisir les aides techniques,
- les vendeurs d'aides techniques.

Des professionnels aident les personnes à choisir les aides techniques. Ces professionnels ne doivent pas vendre les aides techniques.

Constat : Les personnes ne sont pas conseillées par des spécialistes des aides techniques.

Parfois, des professionnels spécialistes aident à choisir les aides techniques.

Ces professionnels montrent comment utiliser les aides techniques. Mais ce n'est pas assez souvent.

Ces professionnels sont souvent des ergothérapeutes.

Un ergothérapeute aide les personnes âgées et les personnes handicapées à faire leurs activités plus facilement.

Souvent les personnes âgées ne savent pas à qui demander.

Les personnes âgées demandent à leur médecin généraliste.

Les médecins généralistes connaissent bien la santé et les maladies.

Les médecins ne connaissent pas toutes les aides techniques.

Ils connaissent surtout les aides techniques remboursées par l'assurance maladie.

Les médecins généralistes ne demandent pas aux personnes comment elles font leurs gestes de tous les jours.

Les médecins généralistes n'expliquent pas assez comment mieux faire les gestes avec des aides techniques.

Proposition : Il faut que les bons professionnels accompagnent les personnes.

Les professionnels doivent avoir des formations sur les aides techniques.

Les professionnels doivent travailler en équipe.

Dans ces équipes il faut des ergothérapeutes.

En équipe, les professionnels trouvent les bonnes solutions.

Les professionnels doivent se faire aider par des experts pour :

- les situations compliquées,
- les aides techniques rares et compliquées.

Les experts connaissent bien les aides techniques rares et compliquées.

Les experts peuvent donner des explications pour accompagner les personnes.

2. Le financement des aides techniques

Constat : Aujourd'hui, les personnes handicapées et les personnes âgées doivent acheter leurs aides techniques.

Les personnes ne sont pas remboursées si :

- elles louent leurs aides techniques,
- elles achètent des aides techniques rénovées.

Proposition : Les personnes doivent pouvoir avoir des aides techniques sans être obligées de les acheter.

Il faut arrêter de toujours acheter des aides techniques.

C'est mieux de louer les aides techniques.

C'est plus facile quand la personne doit changer d'aide technique.

Par exemple :

Les enfants grandissent.

Ils changent souvent leurs aides techniques.

Par exemple :

Les difficultés des personnes changent.

Les difficultés sont plus importantes ou moins importantes.

Il faut adapter les aides techniques.

Par exemple :

Un élève change d'école.

Il faut adapter ses aides techniques à sa nouvelle école.

L'assurance maladie ne doit plus seulement aider les personnes à acheter les aides techniques.
L'assurance maladie doit aussi aider les personnes à louer les aides techniques.
C'est plus facile et plus rapide pour les personnes.

Constat : L'assurance maladie ne rembourse pas beaucoup d'aides techniques différentes.

C'est parfois long et difficile d'avoir des aides financières pour acheter des aides techniques.

Par exemple, l'assurance maladie rembourse des fauteuils roulants.
Mais l'assurance maladie ne rembourse pas les outils pour communiquer.

Par exemple, l'assurance maladie ne rembourse pas le matériel pour écrire en braille.

La demande d'aide financière pour acheter une aide technique est difficile à faire.

Il faut parfois faire des demandes dans plusieurs endroits.

Les formulaires sont différents pour chaque demande.

C'est compliqué.

Les démarches sont longues.

Parfois, il faut attendre plus d'un an pour avoir les réponses.

Parfois, des personnes abandonnent les demandes.

Ces personnes n'ont pas leur aide technique.

Ces personnes achètent une aide technique moins adaptée à leurs besoins.

Proposition : L'assurance maladie devrait rembourser beaucoup plus d'aides techniques différentes.

Par exemple, les aides techniques pour s'installer, se laver, communiquer plus facilement.

Si ces aides techniques sont sur la liste des aides techniques remboursées, les remboursements sont plus rapides.

Constat : L'assurance maladie ne suffit pas toujours pour être bien remboursé.

Il y a des aides techniques rares.

Il y a des nouvelles aides techniques.

Des personnes âgées et des personnes handicapées utilisent des objets que tout le monde utilise.

Par exemple, une personne âgée voit mal et entend mal.

Elle utilise un téléphone avec des grosses touches et un son plus fort.

Ces aides techniques rares et nouvelles ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

Ces objets que tout le monde utilise ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

Il existe d'autres financements au niveau des départements.

Les « départements » aident les personnes handicapées et les personnes âgées.

Le « département » est une administration.

Le « département » s'occupe des personnes qui habitent dans ce département.

C'est très compliqué pour les personnes âgées,
les personnes handicapées et les professionnels de les utiliser

**Proposition : Pour certaines aides techniques, il faut trouver
d'autres financements que l'assurance maladie.**

Il faut améliorer les financements des départements.

Il est important que les départements aident à payer
le matériel qui n'est pas remboursé par l'assurance maladie :

- les aides techniques rares,
- les nouvelles aides techniques,
- les objets que tout le monde utilise.

Constat : Certaines aides techniques sont chères.

Certaines aides techniques coûtent cher.

L'assurance maladie et les départements
peuvent rembourser une partie des aides techniques.

Mais la personne doit encore donner de l'argent.

Parfois les personnes handicapées et les personnes âgées
n'arrivent pas à les payer.

Elles n'achètent pas les aides techniques.

Proposition : Les personnes ne doivent pas avoir trop d'argent à dépenser pour acheter leurs aides techniques.

L'assurance maladie doit donner un prix maximum pour vendre une aide technique.

Ce prix ne doit pas être dépassé.

Si ce prix est dépassé

l'assurance maladie ne rembourse pas l'aide technique.

L'assurance maladie doit payer directement le vendeur de l'aide technique.

La personne n'a pas à déboursier d'argent.

3. La qualité des aides techniques et des services

Constat : Les vendeurs d'aides techniques n'ont pas assez de règles dans leur travail.

Beaucoup d'entreprises vendent des aides techniques.

Souvent ces entreprises ne sont pas contrôlées.

Des entreprises font bien leur travail.

D'autres entreprises ne font pas bien leur travail.

Par exemple, les aides techniques peuvent tomber en panne.

L'aide technique d'une personne tombe en panne.

La personne téléphone au vendeur pour les réparations.

Parfois les vendeurs mettent beaucoup de temps pour réparer.

La personne est en difficulté pour faire ses activités.

Par exemple, une personne n'a plus son fauteuil roulant.

Elle ne peut pas se déplacer toute seule.

Beaucoup de personnes demandent des contrôles.

Même les entreprises demandent plus de contrôles.

Proposition : Les vendeurs d'aides techniques doivent tous avoir les mêmes règles.

Tout le monde doit avoir des services de bonne qualité.

Des règles doivent être écrites pour tous les vendeurs en France.

Constat : Il n’y pas assez de possibilités pour louer ou acheter des aides techniques rénovées.

Dans beaucoup de pays, les assurances prêtent les aides techniques aux personnes.
Cela n’existe pas en France.

Les Français doivent acheter leurs aides techniques.
Même s’ils ne s’en servent pas longtemps.

Par exemple, des personnes vont avoir des travaux dans leur maison.
Ces personnes ont besoin d’aides techniques pendant quelques mois.
Les personnes ne trouvent pas toujours :

- des aides techniques en location pour quelques mois,
- des aides techniques rénovées.

**Proposition : il faut que les personnes trouvent facilement des aides techniques louées ou rénovées.
Ces aides techniques doivent être d’aussi bonne qualité que les neuves.**

Des aides techniques ne sont plus utilisées.

Des entreprises ou des associations de personnes handicapées récupèrent ces aides techniques.

Ces entreprises ou associations vérifient les aides techniques.

Les aides techniques doivent être bien réparées.

Il faut un règlement pour dire comment réparer les aides techniques.

Il faut un règlement pour dire qui a le droit de :

- récupérer les aides techniques,
- nettoyer les aides techniques,
- réparer les aides techniques.

4. L'organisation autour des aides techniques en France

Constat : En France, on n'est pas bien organisé pour les aides techniques.

En France, il y a beaucoup d'organismes différents qui s'occupent des aides techniques.

Ces organismes ne travaillent pas assez ensemble pour :

- améliorer l'information et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées,
- améliorer le financement des aides techniques,
- prendre les meilleures décisions sur les aides techniques.

Proposition : Il faut un organisme qui vérifie que tout se passe bien sur les aides techniques.

Il faut en France un organisme qui vérifie que tout se passe bien sur les aides techniques.

Il faut dans chaque département un organisme qui vérifie que tout se passe bien sur les aides techniques.

Constat : Ce n'est pas facile de savoir quelles sont les meilleures décisions à prendre.

On ne demande pas assez leur avis
aux personnes handicapées et aux personnes âgées.
L'avis des personnes âgées et des personnes handicapées
est important.

Proposition : Il faut prendre en compte l'avis des personnes qui utilisent les aides techniques.

L'avis des personnes handicapées et des personnes âgées
va aider pour décider.

Par exemple, les personnes peuvent expliquer
comment elles veulent être informées.

5. La recherche sur les aides techniques et les nouvelles idées

Pour changer en mieux, il faut faire de la recherche.

La recherche c'est quand des personnes essaient de trouver des solutions nouvelles.

Il faut être sûr que les solutions fonctionnent.

Par exemple, les chercheurs font des expériences.

Par exemple, des chercheurs essaient de trouver un vaccin pour la COVID-19.

Par exemple, on fait de la recherche sur les aides techniques pour savoir mieux accompagner les personnes.

La recherche peut dire :

- combien de temps a besoin une personne pour essayer une nouvelle aide technique,
- comment mieux expliquer les aides techniques.

Constat : La recherche est parfois compliquée à comprendre pour les professionnels des aides techniques et les organismes.

Les professionnels et les organismes ne comprennent pas la recherche. Ils ne prennent pas les meilleures décisions pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Proposition : Il faut aider les professionnels et les organismes à comprendre la recherche.

Les professionnels et les organismes ont besoin d'explications sur :

- ce qui fonctionne
- ce qui ne fonctionne pas avec les aides techniques.

Il faut un endroit unique pour avoir les explications sur la recherche.

Pour changer en mieux, les professionnels doivent aussi avoir des formations sur les aides techniques.

Les étudiants doivent suivre des formations sur les aides techniques.

Les professionnels doivent continuer les formations quand ils travaillent.

Constat : Des inventeurs veulent créer des aides techniques.

C'est compliqué de fabriquer des aides techniques plus pratiques pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

Proposition :

Il faut aider les inventeurs à faire :

- des aides techniques utiles
- des aides techniques faciles à utiliser.

Il faut aussi aider les inventeurs à fabriquer leurs nouvelles aides techniques.

Il faut que les inventeurs demandent l'avis aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Groupe de travail administratif

Un groupe de travail administratif s'est réuni neuf fois entre janvier et juillet 2020, a rassemblé :

- Anne-Sophie LELONG, CNAM
- Annie LELIEVRE, DGS
- Cécile CHEVALIER, CNSA
- Chantal ERAULT, DGCS
- Charles Emmanuel BARTHELEMY, DSS
- Eliane MAALIKI, DGOS
- Garmenick LEBLANC, CNAM
- Juliette JACOB, DSS
- Nathalie DUTEIL, DRESS
- Sarah FRIJI, DGCS

L'analyse des données du Sniiram a été faite par Alice ARAMBOUROU (CNAM).

Des liens très réguliers ont été faits avec le secrétariat d'État aux personnes handicapées, ministère de la Santé et ministère délégué de l'autonomie.

Personnes rencontrées

Les conditions particulières de ce printemps, le passage au travail et aux rendez-vous à distance de façon très rapide n'ont pas empêché de nombreuses rencontres. Toutefois, cette adaptation rapide à un autre fonctionnement a eu pour conséquence la perte de feuilles d'émargement, puis l'absence de feuille d'émargement systématique.

En conséquence et malgré une égale attention aux contributions de tous, nous ne sommes pas en mesure de lister l'ensemble des personnes rencontrées lors de la mission. Ceci est particulièrement vrai lorsque les mails d'invitation ont été envoyés à un contact unique puis diffusés au sein des organisations.

Nous prions l'ensemble des personnes non citées ci-dessous de nous excuser pour ces oublis.

Associations représentatives de personnes en situation de handicap et de personnes âgées

Trois rencontres ont été faites avec le Conseil national consultatif des personnes en situation de handicap (CNCPH) et une rencontre a été faite avec le Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

- AFM : Valérie BARATAUD
- APF
 - Françoise AMET
 - Malika BOUBEKEUR
 - Thierry DANIGO
 - Christophe DUTELLE DE NEGREFEUILLE
 - Guillemette HESSEL
 - Herve LHERBIER
 - Estelle PEYRARD
 - Sebastien VERMANDEL
- Association nationale pour les personnes sourdes-aveugles : Dominique SPRIET
- CLAPEAHA et GPF : Bruno POLEZ
- Fédération des aveugles et amblyopes de France
 - Brunelle BODY
 - Denis BOULAY
 - J-P. DURAND
 - N. EGLIN
 - Thierry JAMES
 - Louise LOIZILLON
 - Carole MALET
 - Mireille PRESTINI
 - Fernando PINTO DA SILVA
 - Sophie RIGAUD
 - Bénédicte TENNESON
- Fédération nationale des associations de retraités : Sylvain DENIS
- Fnar et CNRPA
- Haut conseil de la famille de l'enfance et de l'âge
 - Bertrand FRAGONARD
 - Vanessa WISNIA-WEILL
- Handi-actif : Isabelle OLIVIER
- Handidactique – handifaction : Noémie NAULEAU
- UNAPEI

Élus et personnalités

- Julien BOROWCZYK
- Frederic BIERRY
- Céline THIEBAULT
- Ryadh SALLEM

Administrations

- ARS Île-de-France : Philippe AZOUVI
- Affaires étrangères : Éric TROTTMANN (Conseiller social Europe du Nord)
- AFNOR : Nicolas BIROUSTE
- CNAM
 - Thomas FATOME
 - Annie FOUARD
- CNSA
 - Stéphane CORBIN
 - Virginie MAGNANT
 - Anne MARSEAULT

Une présentation des travaux a été faite au Conseil de la CNSA le 2 juillet 2020.
- CEPS :
 - Catherine RUMEAU-PICHON
 - Thibaut ZACCHERINI
- DGOS : Katia JULIENNE
- DSS
 - Nicolas LABRUNE
 - Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ
 - Franck VON LENNEP
- EGESR : Laurence LEFEVRE
- HAS : Isabelle ADENOT
- IGAS
 - Claude LAVIGNE
 - Bruno VINCENT
- IGF : Laurent VACHEY
- MDPH et MDA :
 - Vanessa ESCOMEL
 - Christelle JEULAND
 - Sylvie MARTIN-RENAUD
- SGCIH : Céline POULET

Autres gestionnaires d'établissements et services et opérateurs

- AD-PA :
 - Pascal CHAMPVERT
 - Éric FREGONA
- AFTRAL :
 - Ludovic GUILLOU
 - Valérie LARDIERE,

- Agefiph :
 - Fouzi BOUSMAH
 - Didier EYSSARTIER
 - Laurent POTTIER
- CICAT :
 - Yann BERTEL-VENEZIA
 - Raphaëla EGLI
 - Jeanne GALLAND
 - Florence GRESSARD
 - Thomas HERRES
 - Samuel VALENTI
- CENTICH
 - Jawad HAJJAM
 - Sylvie HERVE
 - Marie VOISIN
- CERAH :
 - Martine DELAVAQUERIE
 - Évelyne DIAS
 - Pascale FODE,
 - Thierry GIRAULT
 - Alain PAWLOWSKI
 - Christine PHILIPPON
- Croix-Rouge française : Cyrielle CLAVERIE
- FHF : Marc BOURQUIN
- FHP :
 - Paul GOBIN
 - Béatrice NOELLEC
- FEHAP
- France Silver Eco : Sébastien PODEVYN
- Forum des LLSA : Samuel BENVENISTE
- Gard'et Autonomie : Isabelle BARILARO (CH de Pont Saint-Esprit)
- HANDEO
- INJA
 - Samuel BRETAUDEAU
 - Xavier DUPONT
- Institut régional de réadaptation Louis-Pierquin
 - Dr BEIS
 - Dr LE CHAPELAIN
 - Guillaume PELE
- NEXEM
- Mutualité française : Albert LAUTMAN
- Pôle Saint-Héliier : Philippe GALLIEN
- UGECAM : Anne MOUTE
- Unicancer

Professionnels de la recherche :

- David ORLOKOWSKI
- CEA-CLINATECH :
 - Thierry BOSCH,
 - Pr Alim Louis BENABID
- CNAM :
 - Isabelle BARBET
 - Laurence HARTMANN

Consultants :

- Diane DEVILLE,
- Marie-Sophie FERREIRA
- Juliette Alexis

Représentants de professionnels de santé

- SOFMER
 - Pauline COIGNARD
 - Isabelle LAFFONT
 - Nadine PELLEGRINI
 - Patricia RIBINIK
- Collèges de médecine générale : Charles-Henry GUEZ
- Conseil National Professionnel de Gériatrie
 - Claude JEANDEL
 - Anne-Laure GODARD
- USPO
 - Marie AUGÉ-CAUMON
 - Gilles BONNEFOND,
- ANFE :
 - Cécile AUBERT
 - Nicolas BIARD
 - Isadora DONY
 - Guillaume PELE
- Ordre national des infirmiers
 - Gregory CAUMES
 - Patrick CHAMBOOREDON
- Fédération nationale des aides-soignants : Guillaume GONTARD

Merci aux équipes pluridisciplinaires des CH d'Angoulême, La Rochelle, du Pole Saint Hellier (35), Garches, Saint-Étienne, ADEF, Poitiers

Fabricants et distributeurs

- CENOMY : Raphaël TERRIER
- ECO Reso autonomie :
 - Claude DUMAS,
 - Bruno GUILLON
- ENVIE Autonomie
 - Ludovic BLOT
 - Philippe ROBIN
- FEDEPSAD :
 - Alexandra DUVAUCHELLE,
 - Arnaud FAYOLLE
 - Sylvie PROUST
 - Charles-Henri des VILLETES
- Fabricant hors syndicat : Morgan LAVAUX (Captiv)
- Invacare :
 - Régis OPFERMANN
 - Éric RÉGIS
 - Benjamin VERON
- UFAT
 - Christian JUDE
 - Rémy LECLERC
 - Bertrand OUVRY
- UNPDM
 - Fabrice CAMAIONI
 - Julia CREPIN
 - Frédéric PIANT
- SNITEM
 - Isabelle BRIGNONE
 - Philippe CHENE,
 - Philippe ESPINASSE
 - Armelle GRACIE

Annexe 2 : littérature et rapports

Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, Philippe BLANCHARD, Hélène STROHL-MAFFESOLI, Bruno VINCENT, Inspection générale des affaires sociales, avril 2013

Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? Quel processus ? Rapport de la commission d'audition, HAS, décembre 2007

Pourquoi les patients refusent ou abandonnent les aides techniques ? une approche sociologique, Groupe de recherches sociologiques sur les contemporaines (GRESO), octobre 2016

Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE

Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel médical, tome 1 et 2, IGAS, Anne BOUYGARD, Claude LAVIGNE, Frédéric REMAY, janvier 2020 (non public)

Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés, revue de la littérature scientifique 2005-2015, Jean de KERVASDOUE, Laurence HARTMANN, mars 2016

Service delivery systems for assistive technology in Europe, Position paper, Association for the advancement of assistive technology in Europe (AATE) et European assistive technology information network (EASTIN), 2012

Modes innovants de mise à disposition d'aides techniques : Rapport d'analyse transversale de l'évaluation de dispositifs issus ou non de l'appel à projets publié par la CNSA en juillet 2015, Le CNAM, Alcimed pour le compte de la CNSA, juillet 2020

Modes innovants de mise à disposition d'aides techniques : « Les pratiques de mise à disposition des aides techniques de seconde main » Revue de la littérature scientifique Isabelle Barbet, maître de conférences Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) pour le compte de la CNSA, février 2019

Modes innovants de mise à disposition d'aides techniques : Rapport de synthèse transversale de l'appel à projets « Économie circulaire des aides techniques » publié par la CNSA en 2015, Alcimed, le CNAM pour le compte de la CNSA, mars 2019

What Works centres britanniques : quels enseignements pour les politiques publiques fondées sur la preuve en France ? Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA), mars 2017

Les dispositifs médicaux inscrits à la LPP : situation et évolution 2010-2014, Points de repères numéro 45, CNAM, avril 2016

Dispositifs médicaux, produits et prestations associées relevant de la LPPR ; Guide pour le dépôt d'un dossier auprès de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, CNEDiMTS, HAS, octobre 2019

Étude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie, synthèse transversale, Alcimed, pour le compte de l'observatoire du marché et des prix des aides techniques, décembre 2009

[World report on disability](#), World Health Organization 2011

[Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées](#), WHO, 2016

Impact économique du déficit auditif en France et dans les pays développés, revue de la littérature scientifique 2005-2015, Jean de KERVASDOUE, Laurence HARTMANN, mars 2016

Annexe 3 : synthèse de propositions, liste des encadrés

Axe 1 : Renforcer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes

N°	Proposition	Page
1	Engager des travaux HAS pour élaborer un cadre méthodologique pour le repérage et l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes au choix et à l'utilisation des aides techniques. Dans le cadre de ces travaux, clarifier les missions des professionnels de santé et des PSDM et distributeurs d'aides techniques et définir des critères de complexité demandant le recours à une équipe spécifique.	99
2	Définir dans le code de la santé publique, de la sécurité sociale et le code de l'action sociale, les missions des équipes dédiées à l'accompagnement des personnes en matière d'aides techniques et garantir la reconnaissance des évaluations par les différents financeurs	100
3	Ouvrir le droit de prescription des aides techniques aux ergothérapeutes, dès lors qu'ils sont formés et que l'exercice s'inscrit au sein d'une structure collective et, dès que nécessaire, pluridisciplinaire hors structure ou réseau ayant une vocation commerciale.	103
4	Renforcer l'information et la formation sur les aides techniques dans les formations initiales et continues des professionnels de l'aide à domicile et des professionnels de santé	104
5	Utiliser l'expertise des personnes comme facteur de réussite de leur propre projet et levier d'amélioration général de l'accompagnement des personnes	105
6	Intégrer le sujet des aides techniques dans le périmètre des dispositifs d'appui à la coordination par le recensement des ressources locales et l'orientation vers ces équipes	106
7	Cartographier l'offre existante pour l'accompagnement sur les aides techniques et vérifier que la tarification des services est cohérente avec les missions attendues en matière d'aides techniques	107
8	Renforcer l'offre d'évaluation des besoins et d'accompagnement au choix et à l'usage des aides techniques pour les personnes par des équipes dédiées dans chaque département, intervenant sur la base d'un cahier des charges national, et financées par des crédits pérennes de la sécurité sociale.	109
9	Mettre en place des ressources de niveau régional et national accessibles aux équipes départementales pour l'accès à des expertises thématiques.	111
10	Créer une base de connaissance nationale sur les aides techniques (offre existante, techniques d'intervention, données scientifiques...) et utiliser ces connaissances pour construire et diffuser des messages adaptés aux différents publics (particuliers et professionnels).	114
11	Confier aux équipes départementales (cf. proposition 8), des missions d'information au grand public et aux professionnels du territoire, en intégrant des pairs-aidants, et prévoir leur financement pluriannuel (par exemple dans le cadre des CPOM).	115

Axe 2 : Faire évoluer le dispositif de financement (partie 1)

N°	Proposition	Page
12	Adopter une logique d'usage avec le financement d'un triptyque de solutions : location courte durée, location longue durée ou achat d'aides techniques neuves ou remises en bon état d'usage, pour aller vers un droit à l'usage des aides techniques	118
13	Utiliser les aides techniques à la mobilité comme catégorie pilote sur le développement et le financement d'une offre basée sur l'usage et étendre dès que possible l'accès basé sur l'usage aux autres catégories d'aides techniques remboursées par l'assurance maladie, la PCH ou l'APA	119
14	Élargir le périmètre de la LPPR à l'ensemble des catégories d'aides techniques suffisamment fréquentes et « connues ».	120
15	Étudier les avantages et limites des différentes modalités d'inscription des aides techniques dans la LPPR (incluant le référencement) en associant les représentants des personnes en situation de handicap et âgées, les professionnels et les acteurs du secteur marchand et définir, pour chaque nouvelle catégorie d'aides techniques à inscrire, la modalité la plus adaptée	121
16	Engager un travail sur les méthodes et critères à respecter pour les inscriptions des aides techniques dans la LPPR en tenant compte de leur variété et de l'importance des profils et conditions d'utilisation dans l'impact de leur usage.	121
17	Inscrire au plus vite dans la LPPR les aides techniques pour la toilette, pour l'utilisation des w.c. et pour les transferts (au-delà des lève-personnes) dans la LPPR	122
18	Améliorer la prise en charge des aides techniques à la communication en PCH et APA et capitaliser des informations nécessaires pour leur inscription en LPPR (classification, volumes, accompagnement nécessaire...), débiter les travaux d'inscription à la LPPR d'ici trois ans.	123
19	Aligner le cadre de prise en charge des aides techniques de l'APA sur celui de la PCH aides techniques	124
20	Réviser rapidement l'arrêté de tarification de la PCH pour prendre en compte et anticiper au maximum les évolutions de la LPPR : <ul style="list-style-type: none"> • Retirer les aides techniques sans reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et le cas échéant l'assurance maladie complémentaire ; • Modifier le niveau de finesse de l'arrêté pour les autres aides techniques aussi inscrites à la LPPR. 	125
21	Renforcer pour la PCH et adopter pour l'APA l'intervention pour les aides techniques innovantes et les équipements d'utilisation courante.	126

Axe 2 : Faire évoluer le dispositif de financement (partie 2)

N°	Proposition	Page
22	Simplifier la tarification de la PCH aides techniques sur les équipements d'utilisation courante apportant une facilité d'usage, le cas échéant en proposant des tarifs pour les équipements les plus fréquents et en supprimant la notion de surcoût pour les autres	127
23	Utiliser la PCH et les connaissances de professionnels de terrains, dont des MPDH pour mieux connaître les innovations et évolutions en cours (besoins, attentes, offres) et, le cas échéant ajuster les propositions et prise en charge dans la LPPR	128
24	Pour toutes les aides techniques inscrites à la LPPR, utiliser les leviers disponibles (tarif, fixation d'un prix limite de vente et référencement) pour garantir un reste à charge contenu pour chaque aide technique.	129
25	Engager des travaux pour mieux connaître les restes à charges cumulés des personnes et envisager des solutions	130
26	Engager une étude sur les remboursements contractuels des assurances santé complémentaires et organismes de prévoyance et la compléter d'un retour sur l'impact de leur mobilisation dans le 100 % santé en audiologie et optique. Sur cette base, mobiliser les assurances santé complémentaires dans le financement des aides techniques	130
27	Clarifier la prise en charge par l'assurance maladie d'aides techniques en plusieurs exemplaires	131
28	Systématiser le tiers payant pour l'ensemble des prises en charge légales et extralégales	132
29	Clarifier, en privilégiant les financements à titre individuel, les missions des établissements sanitaires et médico-sociaux dans le financement des aides techniques utilisées par les personnes accueillies	134
30	Clarifier les missions et responsabilités des employeurs, en particulier les services d'aide à domicile, et la place des financements à titre individuel des aides techniques contribuant à la fois à l'autonomie des personnes et à la prévention des risques professionnels	135

Axe 3 : Garantir une bonne qualité des matériels et une meilleure qualité de service dans la distribution des aides techniques (partie 1)

N°	Proposition	Page
31	Mettre en place une certification qualité des PSDM (cf. recommandation 1 du rapport IGAS de juillet 2020 sur les missions des prestataires de services et distributeurs de matériel) et faire de rendre cette certification une condition nécessaire pour le conventionnement avec l'assurance maladie	138
32	Faire de la certification, une exigence pour le conventionnement des PSDM pour le tiers-payant des aides techniques par l'APA et la PCH même pour les aides techniques non inscrites à la LPPR	139
33	Utiliser la partie socle du référentiel de certification des PSDM pour définir la qualité de service minimum pour les distributeurs d'aides techniques non PSDM. Définir avec les parties prenantes, le levier utilisable pour ce faire en cherchant le meilleur compromis entre faisabilité et large implémentation.	140
34	Améliorer la formation initiale et continue des PSDM, en particulier sur les produits qu'ils commercialisent	140
35	Préciser le cadre réglementaire de la remise en bon état d'usage en privilégiant l'élaboration d'une norme française et la rendre d'application obligatoire pour les aides techniques pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage inscrites sur la liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	143
36	Mettre en place une certification obligatoire délivrée par des organismes certificateurs accrédités par le comité français d'accréditation (COFRAC) pour l'homologation des centres et professionnels habilités à l'activité de remise en bon état d'usage	143
37	Dans le cadre de la PCH et l'APA, engager des travaux pour définir les possibilités et limites de l'utilisation de la norme et du recours à ces centres, notamment sur les équipements grand public	144
38	Préciser la responsabilité juridique des fabricants et des acteurs de la remise en bon état d'usage des aides techniques au regard du droit européen et du droit français prévoyant les outils de traçabilité nécessaires.	144
39	Structurer de manière rapide et durable, une filière pour la collecte et la remise en bon état d'usage des aides techniques en utilisant les leviers des filières REP et en tenant compte des spécificités des aides techniques. Il s'agirait notamment : <ul style="list-style-type: none"> • D'associer des représentants des utilisateurs, des professionnels préconisateurs, des prescripteurs, des distributeurs, des industriels et des financeurs aux décisions de la filière pouvant avoir un effet sur l'offre d'aides techniques ; • De prendre en compte les obligations pour la remise en bon état d'usage des aides techniques au sens du code de la sécurité sociale. 	146

Axe 3 : Garantir une bonne qualité des matériels et une meilleure qualité de service dans la distribution des aides techniques (partie 2)

N°	Proposition	Page
40	Promouvoir la prolongation d'usage des aides techniques dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et engager des travaux pour créer un indicateur de suivi pouvant être pris en compte dans les CPOM et la certification HAS	147
41	Engager des discussions avec les fabricants d'aides techniques sur les possibilités de systématiser la co- conception avec des utilisateurs et l'écoconception	148
42	Promouvoir le développement de produits français nativement accessibles aux personnes en situation de handicap ou âgées dans une approche de design inclusif/recours aux « utilisateurs extrêmes » (cf. projet Seb-APF France Handicap) et en évitant les effets marketing	148

Axe 4 : Améliorer la gouvernance sur le sujet des aides techniques

N°	Proposition	Page
43	Conforter la CNSA comme pilote national sur le sujet des aides techniques et permettre l'effectivité de ce pilotage en consolidant ses relations avec les administrations centrales et les caisses et agences et en augmentant ses ressources internes dédiées au sujet.	151
44	Organiser le recueil et l'analyse des données par l'ensemble des acteurs engagés (CNAM et CNSA notamment) sous la responsabilité du pilote national sur les besoins, l'offre d'accompagnement, les dépenses publiques et le reste à charge pour les personnes et la connaissance des acteurs de la distribution.	152
45	Définir l'instance de gouvernance à l'échelle des départements ayant une compétence obligatoire sur les aides techniques. Cette instance regroupant les CD, ARS, CPAM, CARSAT, MSA et des représentants des personnes âgées et personnes en situation de handicap et associant les mutuelles santé ou prévoyance. Sa composition et son organisation seraient affinées en fonction des travaux sur la 5e branche et le projet de loi Grand âge et autonomie pour une parfaite intégration dans les organisations mises en place.	154
46	Définir des compétences obligatoires pour la gouvernance locale sur la mise en œuvre et le suivi de l'offre d'accompagnement (information, repérage des besoins, évaluation et aide à la prise en main), le suivi de l'offre des PSDM et la cohérence des réponses sur les aides techniques avec les autres dispositifs	155
47	Intégrer des personnes en situation de handicap et personnes âgées ou leurs représentants dans les instances de décisions nationales et locales sur les aides techniques ou leur soumettre les décisions pour validation	156
48	Privilégier le design social pour la conception de l'offre d'accompagnement et d'information des personnes et des professionnels notamment. Le recueil des attentes et les temps de conceptions associeraient directement les personnes âgées et handicapées et leurs proches en complément des apports des associations représentatives	157

Axe 5 : Se saisir du levier innovation et développer la connaissance et la recherche sur le sujet des aides techniques

N°	Proposition	Page
49	Créer un centre de preuve thématique sur les aides techniques	160
50	Renforcer l'information et la formation des professionnels notamment par l'inscription des aides techniques dans les programmes de formation initiale et dans les priorités de formation continue pour les professionnels de santé et les professionnels de l'aide à domicile	161
51	Engager un travail sur les besoins d'une veille technologique à l'attention des fabricants, laboratoires et start-uppeurs, en plus de la bonne information des personnes concernées, des professionnels et des financeurs. Le pilotage pourrait être assuré par le centre de preuve	162
52	Faire de l'innovation organisationnelle en matière d'aides techniques, un axe de travail du conseil scientifique de la CNSA	163
53	Lancer un travail national sur l'impact, dans l'ensemble des dimensions, de l'impression 3D et des fab-lab dans la production d'aides techniques,	163
54	Engager des travaux pour construire un accompagnement longitudinal des « porteurs de solution » depuis la conception de nouvelles solutions techniques à leur diffusion sur le marché	165

Liste des encadrés :

- Les Centres d'information et de conseil en aides techniques
- Condition de prise en charge des fauteuils roulants électriques
- Abandon de l'utilisation des aides techniques : éléments issus de la littérature
- Les Technicothèques : un modèle d'organisation centrée sur les besoins des usagers
- Délégation de prescription des fauteuils roulants électriques (IRR de Nancy)
- Résultats de l'étude de l'AFM de 2019, sur le reste à charge des personnes pour l'achat de fauteuils roulants électriques
- Label Cap'handéo
- Quelques éléments issus du rapport IGAS sur les PSDM publié en juillet 2020
- Les obligations des PSDM ont été définies par le décret 19 décembre 2006.
- Le décret du 19 décembre 2006 prévoit que les PSDM doivent disposer de personnels compétents
- Les activités d'Envie Autonomie pour une offre d'aides techniques renouvelées de qualité
- Objectifs et limites des centres d'expertise nationaux sur les aides techniques
- Projets conduits par l'IRDES pouvant apporter des informations sur la « consommation en aides techniques » et les restes à charge liés des personnes en situation de handicap
- L'Observatoire du marché et des prix des aides techniques
- La PCH aides techniques est construite de façon souple sur les aides techniques non inscrites à la LPPR
- La loi antigaspi précise les responsabilités des producteurs les filières REP
- Éléments issus du rapport de France Stratégie sur les What works centres Britanniques
- REHAB-LAB : vers une communauté de pratiques autour de l'impression 3D pour favoriser la participation des personnes en situation de handicap dans la création d'aides techniques
- Les living lab en santé et autonomie et la Tech4 health

Annexe 4 : accès aux aides techniques ou services d'aides techniques : quels enseignements retirer des travaux et modèles étrangers ?

L'affirmation est régulièrement posée d'un retard français de plusieurs décennies sur les aides techniques par rapport aux pays européens et nord-américains. Une rapide revue des approches de l'OMS, des associations européennes pour la promotion des aides techniques et les modèles étrangers permettra, sinon de quantifier un retard de la France, tout au moins de pointer des différences dans les stratégies utilisées.

1 Position et travaux de l'OMS

Les aides techniques sont citées dans le deuxième objectif du « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées »¹²⁴. Cet objectif prévoit de « renforcer et étendre les services d'adaptation, de réadaptation, d'aides techniques, d'aide et de soutien, et la réadaptation à base communautaire ». Deux éléments ressortent des travaux de l'OMS :

- L'accompagnement des personnes ;
- L'accès financier aux aides techniques.

1-1 Les services d'aides techniques

L'Organisation mondiale de la santé distingue les deux concepts *assistive technology* et *assistive devices*. *Assistive technology* est un terme chapeau qui inclut à la fois les aides techniques et les services connexes. *Assistive devices* correspond aux produits, matériels et logiciels que sont les aides techniques. Les deux termes sont régulièrement confondus. C'est le cas en France. Les deux traductions littérales produits d'assistance et technologies d'assistance sont employées ponctuellement, mais elles ne le sont que dans le sens d'*assistive devices*. La nécessité de prévoir des services liés à la fourniture d'aides techniques est donc « perdue ».

S'agissant des services liés, l'OMS précise que les technologies d'assistance font partie intégrante de la réadaptation qui comprend aussi la médecine physique de réadaptation¹²⁵.

¹²⁴ [Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées.](#)

¹²⁵ [WHO global disability action plan 2014-2021, Better health for all people with disability, Frequently Asked Questions](#)

Le manuel de référence « Module de formation aux services de fauteuils roulants »¹²⁶ présente un exemple d'organisation en huit étapes :

1. Orientation et rendez-vous ;
2. Évaluation, avec la participation des utilisateurs ;
3. Sélection et prescription ;
4. Financement et commande ;
5. Préparation du produit ;
6. Installation et adaptation ;
7. Formation des utilisateurs ;
8. Entretien, réparations et suivi.

S'agissant du suivi, l'OMS précise que « la visite de suivi a lieu une fois que l'utilisateur a reçu son fauteuil roulant et qu'il l'a utilisé un certain temps. [...] Tous les utilisateurs bénéficieront d'une visite de suivi. Toutefois, le suivi est surtout important pour :

- Les enfants ;
- Les personnes en fauteuil roulant qui ont un risque de développer des escarres ;
- Les utilisateurs de fauteuils roulants qui ont une maladie progressive ;
- Les utilisateurs de fauteuils roulants qui ont eu des difficultés lors de toute formation ou instruction qui leur a été fournie.

Il n'existe aucune règle quant au moment où la visite de suivi devrait être effectuée, quoiqu'une séance de suivi dans les six semaines suivant la date de livraison est souvent jugée utile. Cela dépendra des besoins de l'utilisateur. »¹²⁷

Une étude sur la non-utilisation des appareils auditifs menée en milieu rural en Finlande rurale a montré que les soins de suivi, y compris les conseils, entraînaient une utilisation accrue et plus cohérente des appareils.¹²⁸

En amont, l'information des personnes et des professionnels est citée comme indispensable pour un recours aux services et produits aides techniques.¹²⁹

L'accès financier aux aides techniques

« Rendre accessibles des aides techniques appropriées, sûres, de bonne qualité et d'un prix abordable » est un des sous-objectifs du projet du plan de l'OMS sur le handicap¹³⁰ avec trois points d'attention :

- « Inclure la fourniture d'aides techniques dans les politiques, stratégies et plans en matière de santé, de réadaptation et d'autres secteurs pertinents, avec le soutien budgétaire nécessaire ;
- Concevoir divers mécanismes et programmes de financement, tels que les systèmes de location ;
- Définir des normes relatives à la fourniture d'aides techniques ».

¹²⁶ [Manuel de référence Module de formation aux services de fauteuils roulants](#), OMS, 2012.

¹²⁷ [Manuel de référence Module de formation aux services de fauteuils roulants](#), OMS, 2012.

¹²⁸ [World report on disability](#), World Health Organization 2011, p 118.

¹²⁹ [World report on disability](#), World Health Organization 2011, p 118.

¹³⁰ Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées

En complément des modes d'accès permettant de s'adapter aux besoins comme la location, l'OMS invite les pays à faire des économies d'échelle dans les financements des produits (*assistive devices*) par des achats collectifs à l'échelle des régions ou pays.¹³¹

1-2 Global Cooperation on Assistive Technology

L'OMS a développé un programme dédié au sujet : *Global Cooperation on Assistive Technology* (GATE) construit sur cinq piliers :

- Les personnes concernées ;
- Les politiques de mises en œuvre ;
- Les aides techniques en tant que matériels et logiciels (liste d'aides techniques prioritaires dont le périmètre est plus large que celui de la mission : optique, audioprothèses ou corset-siège sont inclus) ;
- Les services ;
- Les professionnels.



Source : site de l'OMS, page de présentation du programme GATE¹³².

¹³¹ « Many people around the world acquire assistive technology on the open market. Access to assistive technology can be improved by improving economies of scale in purchasing and production to reduce cost. Centralized, large-scale collective purchasing, or consortium buying, nationally or regionally, can reduce costs. » [World report on disability](#), World Health Organization 2011

¹³² [WHO global disability action plan 2014-2021, Better health for all people with disability, Frequently Asked Questions](#)

L'intérêt porté par l'OMS aux aides techniques et plus largement à la réadaptation tient à l'intérêt pour les personnes en améliorant leur qualité de vie et leur participation sociale et à l'intérêt et l'importance des coûts évités. « Les investissements dans l'adaptation, la réadaptation et la fourniture d'aides techniques sont profitables parce qu'ils renforcent les capacités humaines et peuvent aider les personnes ayant des limitations fonctionnelles à rester ou à retourner chez elles ou dans leur communauté, à mener une vie autonome et à faire des études, à travailler et à participer à la vie civique. Ils peuvent réduire le besoin de services de soutien formel, ainsi que la charge physique pour les aidants et le temps accordé par ces derniers. »¹³³

2 Résultats d'un groupe de travail européen sur les services d'aides techniques

En 2007, AATE et EASTIN ont publié une note de position¹³⁴ exposant les conclusions d'un groupe de travail « Service Delivery Systems on Assistive Technology in Europe » était inscrit dans le calendrier des événements de la présidence danoise du Conseil de l'Union européenne en 2012.

AATE et EASTIN



L'Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AATE) est une association pluridisciplinaire regroupant notamment des universités ou laboratoires de recherche et des organisations nationales de type agences. Les travaux couvrent l'ensemble des champs liés aux aides techniques et visent à :

- Sensibiliser aux technologies d'assistance ;
- Promouvoir la recherche et le développement de technologies d'assistance ;
- Faciliter l'échange de connaissances dans le domaine ;
- Diffuser de l'information sur les technologies d'assistance et les problèmes connexes.

Leurs activités comprennent notamment l'organisation de groupes de travail et d'un colloque bisannuel et le maintien de liens avec des organisations concernées par les aides techniques sur d'autres continents.

¹³³ [Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021, un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées](#), WHO, 2016.

¹³⁴ [Service delivery systems for assistive technology in Europe, Position Paper](#), AATE et EASTIN, octobre 2012.

European assistive technology information network (Eastin) ou réseau global d'Information sur les aides techniques est une association créée en 2006. Le réseau rassemble plusieurs organisations partenaires qui gèrent une plateforme d'information dans leur pays. Basé sur le contenu de sept bases de données (allemande, australienne, belge, britannique, danoise, française [Handicat] et italienne), Eastin propose rassemble des informations sur les produits, les services, les règlements et les meilleures pratiques. La base de données est organisée sur la classification ISO 9999 pour les aides techniques et sur la Classification internationale du handicap (CIF) pour les autres informations.

2-1 Intérêt de politiques d'aides techniques et éléments de modélisation

Selon AATE et EASTIN, quatre raisons motivent la mise en place de politiques des aides techniques :

- Respecter des principes éthiques et permettre l'égalité des chances entre tous les citoyens ;
- Rendre les aides techniques accessibles financièrement ;
- Garantir le recours à des compétences professionnelles spécialisées en associant la personne et ses proches ;
- Assurer la cohérence des solutions avec l'ensemble des moyens de mobilisables pour la santé, la compensation ou l'éducation.

Trois types de modèles pour l'accès aux aides techniques

Le position paper publié en 2012 décrit plusieurs modèles pour l'attribution des aides techniques en précisant que dans la plupart des pays sur les trois tendances coexistent en fonction des aides techniques et des publics :

- Les modèles médicaux, principalement basés sur les réponses et organisations en santé ;
- Les modèles sociaux principalement basés sur les réponses et organisations sociales ;
- Les modèles de consommation.

Il n'est pas possible de définir un modèle plus pertinent que les autres dans l'absolu. Les modèles et leurs avantages et limites doivent être appréciés en tenant compte de l'organisation locale pour la santé ou les actions sociales. Toutefois l'analyse des différents modèles montre que les modèles médicaux sont appropriés pour les équipements axés sur la santé (par exemple en prévenant des risques cliniques comme les coussins anti-escarres) ou les équipements fonctionnels (comme les sièges personnalisés ou les aides auditives). En d'autres termes, ils sont importants pour les équipements dont le choix et la personnalisation nécessitent une évaluation clinique approfondie et chaque fois qu'un mauvais choix expose l'utilisateur à un risque clinique significatif. Inversement, les modèles sociaux sont appropriés pour les équipements orientés vers la participation (outils de la vie quotidienne, aides techniques à la mobilité, appareils de communication...). Cela correspond aux domaines où le risque clinique lié aux mauvais choix est moins critique, où la gamme d'équipements envisageable est large et variée, et où l'installation requiert des compétences techniques autant ou plus que cliniques.

Les modèles de consommation pourraient être considérés comme dérivés des modèles sociaux, mais avec plus de responsabilités et de pouvoir de décision transférés à l'utilisateur. Ils peuvent stimuler le développement de l'offre, mais ne peuvent fonctionner que si les utilisateurs sont outillés pour faire des choix éclairés. Cela nécessite l'accès à une information de bonne qualité et à des centres sur les aides techniques où les utilisateurs peuvent définir les solutions les plus adaptées pour eux dans un environnement indépendant des intérêts commerciaux.

Deux failles fréquentes et communes aux différents modèles sont pointées :

- Le manque de coordination entre les politiques d'accessibilité et de compensation et entre les différents types de compensation
- Les difficultés d'accès aux innovations.

Un processus en sept étapes

Sept étapes ont été définies et devraient être couvertes par toute organisation sur les aides techniques :

1. Initiative (le premier contact avec le système de prestation de services)
2. Évaluation (évaluation des besoins)
3. Sélection de la solution d'assistance (définition du programme AT individuel)
4. Sélection de l'équipement (choix de l'équipement spécifique dans le programme AT)
5. Autorisation (obtention du financement)
6. Mise en œuvre (livraison de l'équipement à l'utilisateur, montage et formation)
7. Gestion et suivi (maintenance et vérification périodique)

Chaque étape génère des coûts. Dans certaines organisations des étapes sont réduites au minimum sans porter préjudice à l'ensemble, mais dans tous les cas, chaque étape doit être efficace pour ne pas compromettre l'efficacité de l'ensemble du processus.

Six critères à prendre en compte dans le pilotage

Une étude antérieure à 2012 identifiait six critères pour le pilotage des organisations, le groupe de travail de 2012 a permis d'actualiser les formulations et de lister des recommandations pour améliorer les organisations sur chacun de ces six critères. Les critères sont :

1. L'accessibilité : pour toutes les personnes, sans distinction d'âge ou de déficience et sans délais inutiles et coûts insupportables
2. La compétence : les professionnels impliqués doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre correctement aux besoins des personnes ; en se basant sur les retours des utilisateurs
3. La coordination : aux niveaux micro (la personne), méso (les services aides techniques) et macro (politiques publiques et marché)
4. L'efficacité : un système efficace permet de trouver la meilleure solution pour le plus grand nombre d'utilisateurs dans les plus brefs délais et au moindre coût ; il implique des coûts bas pour les utilisateurs, leur implication directe dans toutes les procédures, des démarches simples, l'accès à l'information et aux services.

5. La flexibilité permet de répondre aux différents besoins des personnes et de l'ensemble des acteurs (pour les fabricants : entrée sur le marché et remboursement d'un nouveau produit, pour les chercheurs : soutien pour leurs travaux, etc.
6. L'influence de l'utilisateur : responsabiliser et faire participer activement l'utilisateur à des responsabilités dans tous les processus décisionnels prévient le risque d'interventions erronées ou inefficaces, d'abandon des dispositifs fournis et de gaspillage de ressources.

2-2 L'information : un facteur clé pour tous les acteurs

L'information est un facteur clé pour l'efficacité d'un système. Elle contribue à l'autonomisation des personnes handicapées et de leurs familles en sensibilisant, augmentant les connaissances et en aidant à clarifier les besoins et à prendre les décisions. Elle est requise par les professionnels de la réadaptation pour accompagner les utilisateurs. Elle est essentielle pour les fournisseurs et fabricants pour mieux connaître le marché, découvrir des opportunités et idées de développement et faire connaître leurs produits. Elle permet aux décideurs politiques et financeurs de se positionner de façon pertinente et aux chercheurs de faire des états de l'existant pour cibler les segments restant à développer.

3 Modèles étrangers : illustration des concepts et retours d'expérience

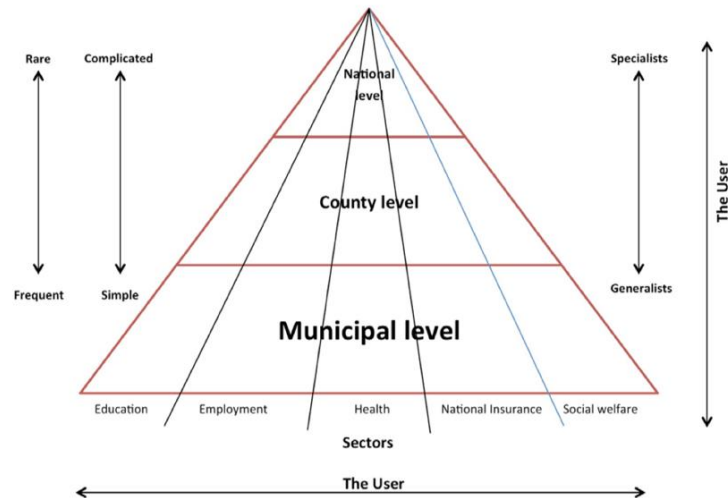
La diversité des modèles et leur lien étroit avec les différentes politiques afférentes (santé, compensation, éducation...) interdit, dans ce format de ce rapport de faire des comparaisons internationales ou d'envisager dupliquer en France un modèle étranger. Néanmoins, décrire des éléments des modèles étrangers permet d'enrichir la compréhension des organisations générales, des services d'aides techniques et les modalités d'accès aux aides techniques en s'appuyant notamment sur les principes de l'économie circulaire.

3-1 Une organisation intégrée : le cas de la Norvège

Le système national pour les aides techniques est en place depuis 1995 et a comme objectifs principaux de :

- Mettre en œuvre des procédures nationales unifiées pour l'accès aux aides techniques ;
- Résoudre les problèmes pratiques et fonctionnels des utilisateurs au quotidien ;
- Donner aux utilisateurs le droit de bénéficier gratuitement des aides techniques nécessaires et appropriées (sous conditions, notamment que les besoins des personnes soient permanents ou d'une durée d'au moins deux ans) ;
- Fournir aux utilisateurs le même niveau de services, quel que soit leur lieu de résidence ;
- Mettre en place un système informatique commun pour l'enregistrement des achats, la distribution, la réparation, l'entretien régulier et la rénovation des aides techniques, Oracle eBusiness Suite (Nyland, 2018) ;
- Assurer l'implication des utilisateurs dans ce système (MacLachlan et al., 2018 ; Sund, 2017).

La Norvège a ainsi créé dix-huit centres nommés centre d'assistance technique, un dans chaque région administrative et des centres nationaux spécialisés. Chaque centre d'assistance technique coordonne les activités sur les aides techniques et coopère étroitement avec les services de santé et de réadaptation au niveau des municipalités afin de prendre en charge au quotidien les problèmes fonctionnels ou pratiques des utilisateurs.



Le modèle norvégien des aides techniques (d'après Sund, 2017).

Les autorités locales (les municipalités) assument la responsabilité des soins de santé, des services sociaux et de réadaptation, y compris la distribution d'aides techniques. Des ergothérapeutes sont chargés d'identifier et d'évaluer les besoins des personnes, de recommander et de fournir des solutions techniques et de suivre la situation de l'utilisateur dans la vie quotidienne. Si les services de la municipalité ne disposent pas d'une expertise suffisante pour répondre aux besoins des personnes, celles-ci sont adressées au centre d'assistance technique de leur comté ; si les expertises requises sont très spécialisées, les personnes sont orientées vers des centres de compétence nationaux.

Les centres d'assistance technique sont des centres d'excellence qui offrent des services et des conseils dans les domaines de la mobilité, de l'audition, de la vision, de la communication, de la cognition et de l'environnement. Ils disposent d'un personnel (ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens ou ingénieurs, orthophonistes, opticiens...) avec des connaissances approfondies des aides techniques et de leur adaptabilité.

Par ailleurs, au niveau des comtés, les centres d'assistance technique organisent chaque année des formations sur les technologies d'assistance pour les employés des municipalités et des hôpitaux. Une grande importance est accordée à la sécurité dans l'utilisation des aides techniques neuves ou reconditionnées.

3-2 Le Québec : un accès à des services et aides techniques sans frais pour les utilisateurs dans une organisation par types d'aides techniques

Dans la province du Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ,) relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux régit et administre divers programmes de santé. Depuis les années 2000, la RAMQ a mis en place des programmes concernant les aides techniques pour le maintien à domicile, les aides visuelles, les aides techniques à la communication et les fauteuils roulants.

Dans le cadre du programme d'aides à la mobilité, les aides délivrées sont utilisées gratuitement par les bénéficiaires jugés admissibles (être assuré par un régime d'assurance maladie et présenter une déficience physique constatée par un médecin spécialiste autorisé par la RAMQ) ; ceux-ci doivent rendre les appareils lorsqu'ils ne l'utilisent plus. L'accès à un fauteuil est évalué par un ergothérapeute. Un fauteuil neuf ou valorisé pourra lui être proposé toutefois certains bénéficiaires ne sont admissibles qu'à un fauteuil valorisé. Actuellement, 26 centres répartis sur tout le territoire sont mandatés par la RAMQ pour l'attribution et la maintenance des fauteuils roulants. Il peut s'agir de centres intégrés de santé et de services sociaux, de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, de centres de réadaptation chargés de prodiguer les soins et les services sociaux de proximité.

Les services et l'utilisation des aides techniques sont gratuits pour les personnes, mais une des limites relevées sur les programmes d'aides techniques à la communication est la difficulté d'accéder aux aides techniques innovantes.

3-3 Comme au Québec et en Norvège, un système de réemploi des aides techniques depuis des années aux États-Unis et aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, conformément à la loi sur l'assistance sociale, les municipalités fournissent des services d'assistance technique, tels que l'évaluation des besoins et l'attribution des aides techniques ainsi que des adaptations de logement et d'autres formes d'assistance et de soutien. Chaque municipalité a ses propres règlements sur les aides techniques attribuables et son propre budget. Chaque municipalité a généralement un contrat-cadre avec des fournisseurs d'aides techniques. Lorsqu'une personne a besoin d'une aide technique, elle doit s'adresser au service social de sa municipalité. Un professionnel, le plus souvent un ergothérapeute, évalue ses besoins et identifie une solution technique. La plupart des solutions proposées appartiennent à des classes de produits prédéfinies, le fournisseur sélectionne alors l'appareil dans la plage spécifiée du contrat. Si les fournisseurs contractuels ne proposent pas l'aide technique identifiée, un budget personnel est alloué à la personne. Cependant, dans ce cas, l'aide technique coûte souvent plus cher à la municipalité. La municipalité ou le fournisseur, en fonction du contrat, reste propriétaire des appareils. En d'autres termes, les aides techniques sont prêtées à l'utilisateur. Les appareils recyclés ou remis à neuf sont ensuite de nouveau préconisés et attribués.

Les pratiques de réutilisation des aides techniques aux États-Unis sont apparues dans les années 80. Les premières initiatives de collecte et de redistribution de ces dispositifs étaient à l'origine assurées par de nombreuses organisations locales dans différents États (par exemple, *National Cristina Foundation*, *Friends of Disabled Adults and Children*), mais la mise en place d'une législation fédérale, la *Tech Act (1998, modifiée en 2004)*, a largement modifié les pratiques et a permis le développement de programmes de réutilisation. 154 programmes étaient recensés en 2007 et réalisaient une ou plusieurs des cinq catégories d'activités suivantes :

- Échange d'aides techniques : facilitation du transfert d'un appareil d'une personne à une sans que cette organisation n'en prenne possession.
- Réaffectation d'aides techniques : réception des dons d'aides techniques et stockage jusqu'à ce qu'elles soient données ou vendues à de nouveaux propriétaires
- Réhabilitation d'aides techniques : réparation ou restauration des aides techniques selon les spécifications du fabricant avant de les donner ou de les vendre à un nouveau propriétaire
- Reconditionnement d'aides techniques : modification ou amélioration des aides techniques avant de les donner ou de les vendre à un nouveau propriétaire.
- Recyclage des aides techniques : décomposition pour le recyclage (utilisation des métaux, plastiques, etc. pour faire de nouveaux objets) des aides techniques hors d'usage

Afin d'appuyer ces dispositifs locaux, un centre de ressources a été créé, le *Pass it on center*. Le *Pass it on center* a construit un outil d'évaluation, *Indicators of Quality for Assistive Technology Reuse (IQ-ATR)*, permettant aux acteurs d'évaluer la pertinence des programmes envisagés et leur pérennité (Pass It On Center, 2011 ; C. Phillips & Persaud, 2014). L'IQ-ATR comporte dix principaux thèmes d'évaluation, dont l'évaluation de la structure organisationnelle, les opérations du programme, la pérennité, les services rendus aux personnes, le management, les ressources humaines, le marketing, la comptabilité, les relations entre les fabricants et les fournisseurs et la préparation aux urgences.

3-4 Des études sur les centres de fauteuils roulants québécois aux résultats encourageants

Vincent et al. (2003) ont évalué un programme de valorisation de fauteuils roulants situé dans un centre de réadaptation suprarégional de l'est du Québec. L'objectif était d'évaluer la procédure de valorisation des fauteuils roulants en interrogeant le personnel du programme de valorisation, les utilisateurs des fauteuils roulants réemployés et leur ergothérapeute, extérieurs aux programmes. Les thématiques évaluées par le personnel des programmes sont présentées dans le tableau en annexe 2 et concernent les procédures de récupération, les procédures de remise en état, la redistribution, les incitatifs, le partenariat commercial, la protection du consommateur, les aspects professionnels.

Les réponses du personnel du programme de valorisation ont mis en évidence certaines lacunes dans le programme développé, essentiellement sur la collecte et la remise en état des fauteuils roulants :

- Ressources insuffisantes pour la collecte des fauteuils inutilisés,
- Absence de politique pour inciter le retour des fauteuils
- Absence de normes pour la remise en état des fauteuils,
- Absence d'imputabilité de l'État au niveau des responsabilités sur les fauteuils roulants remis en état.

Malgré ces lacunes, les réponses des utilisateurs des fauteuils valorisés et de leur ergothérapeute ont mis en évidence une satisfaction élevée pour

- L'efficacité des fauteuils roulants,
- L'apparence des fauteuils roulants,
- La sécurité des fauteuils roulants,
- La durabilité des fauteuils roulants,
- Le confort des fauteuils
- Le service d'attribution
- Le suivi post-attribution.

Par ailleurs, pour la période comprise entre le 15 juin 2000 et le 31 mars 2002, la RAMQ a pu réaliser des économies nettes de l'ordre de 3,8 millions de dollars sur un budget total de 33,4 millions de dollars avec le recours aux produits valorisés (Chouinard et al., 2006).

Annexe 5 : repères chiffrés sur le financement des aides techniques

Cette annexe présente les dépenses pour les achats et location des aides techniques pour les personnes :

- Par l'assurance maladie au titre de la LPPR ;
- Par les conseils départementaux au titre de la PCH ;
- Par les Fonds départementaux de compensation ;
- Par les Conférences des financeurs.

Ces données ont été rassemblées au cours de la mission à partir du périmètre d'aides techniques défini pour les travaux. Elles sont complétées d'informations sur les dépenses de l'assurance maladie pour les lits et les audioprothèses.

Une dernière partie propose des éléments sur les prix des poussettes et siège automobiles pour enfants handicapés.

1 – Au titre de l'assurance maladie obligatoire

Les données sont issues du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. Sauf indication contraire, elles portent sur l'année 2018, pour l'ensemble du territoire.

Dépenses de l'assurance maladie pour les aides techniques retenues dans le cadre de la mission.

Pour rappel, les travaux de la mission ne portent pas sur les lits médicalisés et les audioprothèses.

Des données sur les dépenses pour les lits et les audioprothèses sont présentées séparément.

Périmètre des données

Pour les requêtes dans le Sniiram ont été faites en prenant en compte :

- L'ensemble des dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres ([ensemble de la partie I-2-1-2 de la LPPR](#))
- Les dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie ([partie I-2-2 de la LPPR](#)) suivants :
 - Appareil modulaire de verticalisation ([partie I-2-2-1](#))
 - Cannes et béquilles ([partie I-2-2-2](#))
 - Coussins de série de positionnement des hanches et genoux ([partie I-2-2-3](#))
 - Déambulateur et prestation de livraison ([partie I-2-2-4](#))
 - Dispositifs de traction du rachis et prestation de livraison ([partie I-2-2-5](#))
 - Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison ([partie I-2-2-6](#))
 - Sièges pouvant être adaptés sur un siège à roulettes ([partie I-2-2-7](#))
 - Appareils destinés au soulèvement du malade ([partie I-2-2-8](#))
 - Appareils divers d'aide à la vie ([partie I-2-2-9](#))
- L'ensemble des véhicules pour personnes handicapées (VH) ([ensemble du titre IV](#))

Les liens vers la base de données du site Améli. fr sont proposés à titre indicatif, des changements ayant intervenu sur certaines parties de la LPPR depuis 2018.

Dépenses pour l'ensemble des aides techniques retenues

Répartition des dépenses, quantités et nombre de patients par type d'aides techniques inscrites à la LPPR

Type DM	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
I-2- 1-2 DM d'aide à la prévention des escarres	116 006 001 €	3 636 086	476 226
1 Appareil modulaire de verticalisation	1 706 464 €	8 423	4 743
2 Cannes et béquilles	17 306 546 €	2 137 986	1 156 714
3 Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux	12 544 010 €	105 170	79 555
4 Déambulateurs et prestation de livraison	15 281 869 €	888 858	331 752
5 Dispositifs de traction du rachis et prestation de livraison	9 983 €	998	530
6 Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison	107 374 084 €	7 792 444	381 700
7 Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes	15 156 863 €	62 908	24 298
8 Appareils destinés au soulèvement du malade	41 319 171 €	4 081 294	127 702
9 Appareils divers d'aide à la vie	22 467 378 €	227 884	218 692
Ensemble des DM et matériel d'aide à la vie (dans le I-2-2 de la LPPR)	233 166 368 €	15 305 965	1 953 059
Fauteuils roulants et adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants	123 619 272 €	261 115	114 510
Véhicules divers	17 902 522 €	48 388	43 292
Réparations applicables aux fauteuils roulants	9 420 215 €	103 630	49 654
Ensemble des Véhicules pour handicapés physiques (totalité du titre IV de la LPPR)	150 944 984 €	413 150	191 453
Ensemble	500 117 354 €	19 355 201	2 207 162

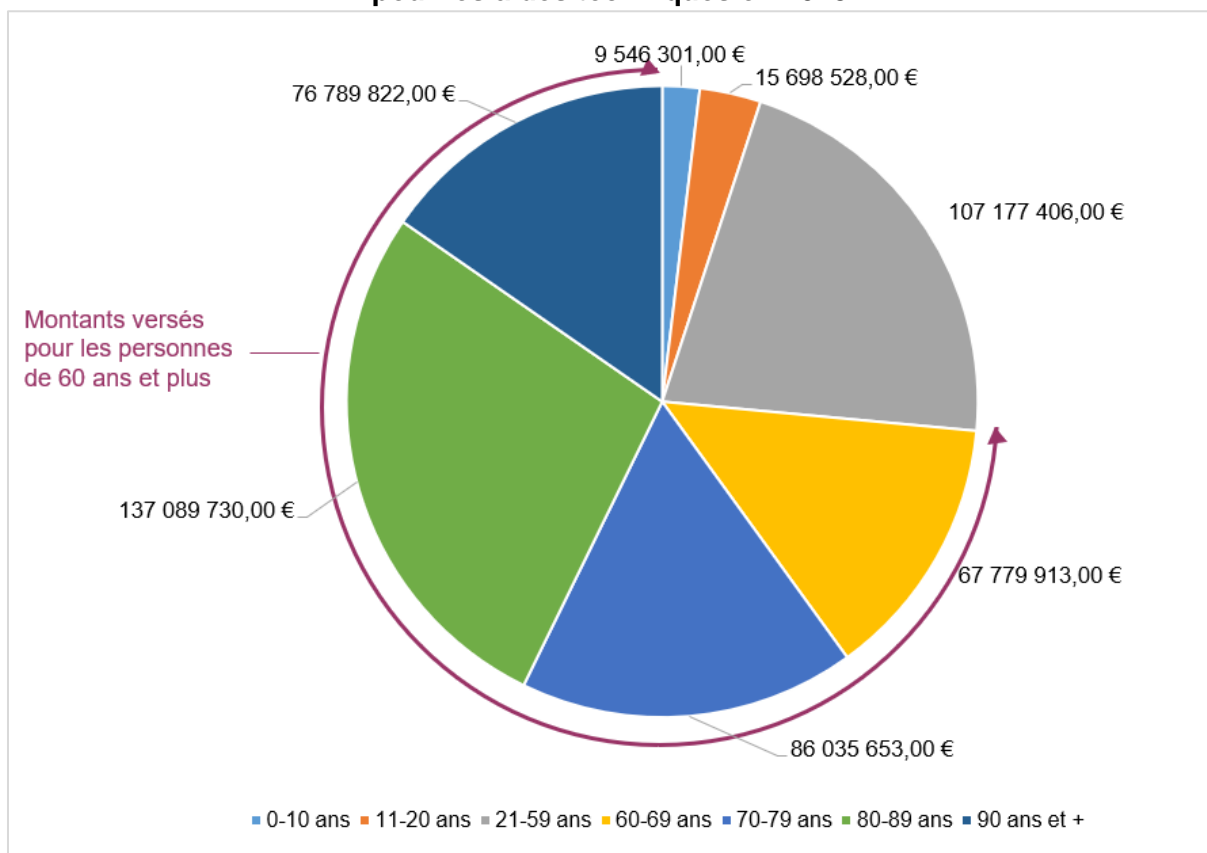
Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Répartition par tranches d'âge des dépenses de l'assurance maladie, des quantités et nombre de patients pour les aides techniques en 2018

Classe d'âge	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
00-03 ans	919 626 €	13 873	3 285
04-06 ans	2 989 626 €	92 438	17 227
07-10 ans	5 637 049 €	289 762	76 673
11-14 ans	6 843 592 €	370 640	107 905
15-18 ans	6 138 203 €	302 610	80 172
19-20 ans	2 716 733 €	116 698	29 298
21-59 ans	107 177 406 €	3 670 868	658 923
60-69 ans	67 779 913 €	2 201 920	267 559
70-79 ans	86 035 653 €	3 067 456	314 946
80-89 ans	137 089 730 €	5 668 670	442 193
90 ans et +	76 789 822 €	3 560 266	208 981
Ensemble	500 117 354 €	19 355 201	2 207 162

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Répartition par tranches d'âge des dépenses de l'assurance maladie pour les aides techniques en 2018



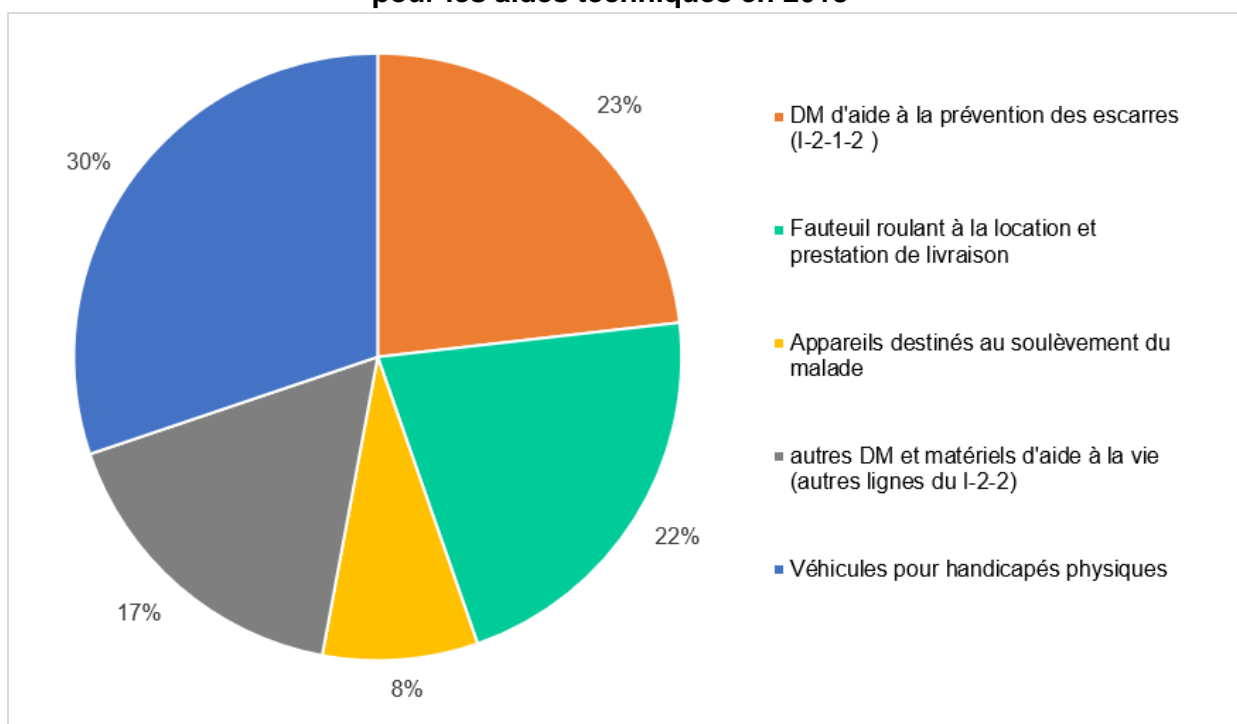
Source : mission.

Répartition par catégories d'aides techniques des dépenses de l'assurance maladie, des quantités et nombre de patients pour les aides techniques en 2018

Catégories d'aides techniques	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
DM d'aide à la prévention des escarres (I-2-1-2)	116 006 001 €	3 636 086	476 226
DM et matériel d'aide à la vie (I-2-2)	233 166 368 €	15 305 965	1 953 059
Fauteuil roulant à la location et prestation de livraison	107 374 084 €	7 792 444	381 700
Appareils destinés au soulèvement du malade	41 319 171 €	4 081 294	127 702
Autres DM et matériels d'aide à la vie (autres lignes du I-2-2)	84 473 113 €	3 432 227 €	1 443 657 €
Véhicules pour handicapés physiques	150 944 984 €	413 150	191 453
Ensemble	500 117 354 €	19 355 201	2 207 162

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Répartition par catégories d'aides techniques des dépenses de l'assurance maladie pour les aides techniques en 2018



Source : mission.

Focus sur les véhicules pour personnes handicapées (VHP)

Le nombre de patients croît à partir de 60 ans pour atteindre un pic pour la classe d'âge des 80-89 ans.

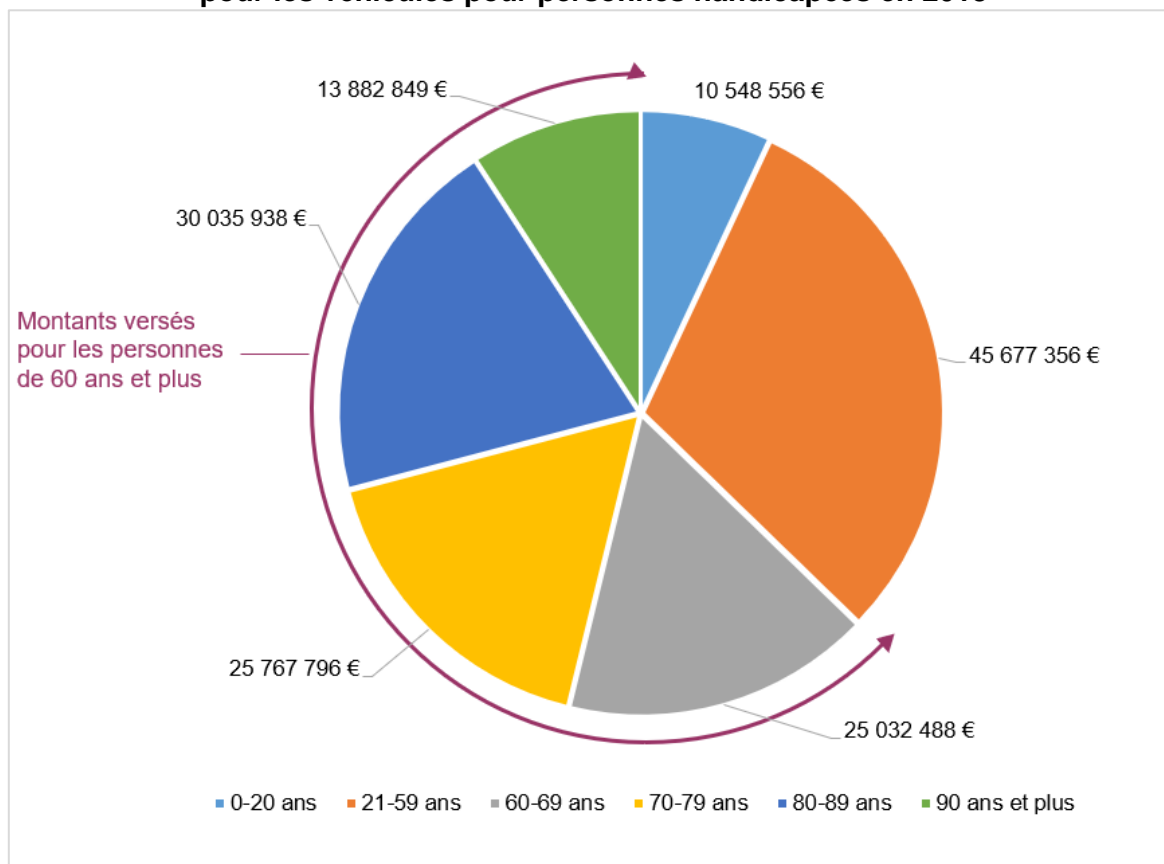
Toutefois la dépense moyenne par personne sur 2018 est la plus élevée pour les enfants de 0 à 20 ans avec 917 €. Elle est la plus basse pour les personnes à partir de 90 ans avec un montant de 594 €.

Répartition par tranches d'âge des dépenses de l'assurance maladie, des quantités et nombre de patients pour les VHP en 2018

Âge des patients	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
0-20 ans	10 548 556 €	26 371	11 503
21-59 ans	45 677 356 €	115 922	50 931
60-69 ans	25 032 488 €	60 307	27 971
70-79 ans	25 767 796 €	67 334	32 219
80-89 ans	30 035 938 €	94 678	45 471
90 ans et plus	13 882 849 €	48 538	23 358
Ensemble	150 944 984 €	413 150	191 453

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Répartition par tranches d'âge des dépenses de l'assurance maladie pour les véhicules pour personnes handicapées en 2018



Source : mission.

Pour les plus jeunes, le passage à l'adolescence est marqué avec un nombre de patients et des dépenses globales plus élevés pour les 11-14 ans que pour les autres classes d'âge.

La dépense moyenne par personne sur 2018 pour les 11-14 ans est la deuxième plus élevée (969 €) après celle pour les enfants de 0 à 3 ans (1 077 €).

Répartition par tranche d'âge des dépenses de l'assurance maladie en 2018, quantités et nombre de patients pour les 0 à 20 ans pour l'ensemble des VHP

Données	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
0-3 ans	556 886 €	1 969	517
4-6 ans	1 528 824 €	4 161	1 768
7-10 ans	2 200 398 €	5 168	2 511
11-14 ans	2 627 612 €	6 044	2 713
15-18 ans	2 419 371 €	5 965	2 619
19-20 ans	1 215 466 €	3 064	1 375
Ensemble des 0-20 ans	10 548 556 €	26 371	11 503

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

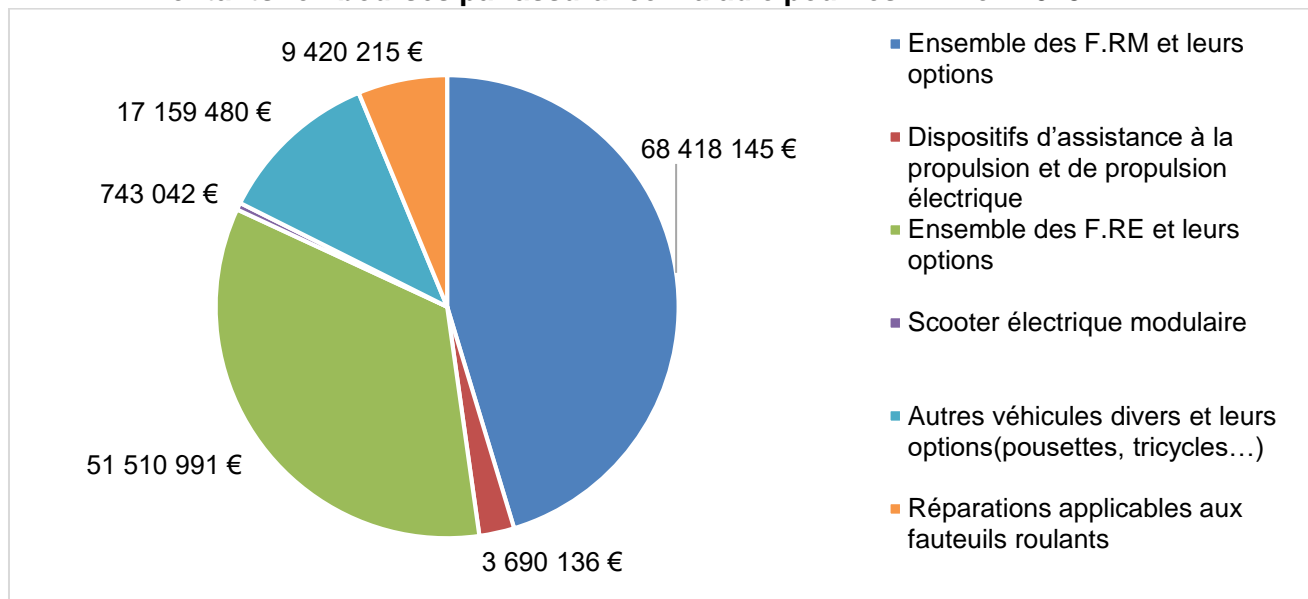
Répartition des dépenses de l'assurance maladie et quantités par grandes catégories des VHP en 2018

Types de VHP	Montant remboursé	Quantité remboursée
Ensemble des fauteuils roulants manuels et leurs options	68 418 145 €	243 110
Dispositifs d'assistance à la propulsion et dispositifs de propulsion par moteur électrique	3 690 136 €	1 690
Ensemble des fauteuils roulants électriques et leurs options	51 510 991 €	16 315
Scooter électrique modulaire	743 042 €	598
Autres véhicules divers et adjonctions et/ou options aux véhicules divers (poussettes, tricycles...)	17 159 480 €	47 790
Réparations applicables aux fauteuils roulants	9 420 215 €	103 630
Ensemble des véhicules pour handicapés physiques	150 944 984 €	413 150

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

À titre de comparaison, le montant remboursé pour les locations hebdomadaires de fauteuils roulants manuels est de 107 374 084 € en 2018.

Montants remboursés par assurance maladie pour les VHP en 2018



Répartition des dépenses, quantités et nombre de patients par types de VHP

Type de VHP	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
Fauteuils roulants manuels non pliants	18 347 €	34	35
Fauteuils roulants manuels pliants	55 219 469 €	92 173	91 043
Fauteuils roulants manuels de sport	792 791 €	1 378	1 375
Fauteuils roulants verticalisateurs à propulsion manuelle et verticalisation manuelle	55 476 €	24	24
Fauteuils roulants verticalisateurs à propulsion manuelle et verticalisation électrique	467 076 €	188	185
Fauteuils roulants manuels évolutifs pour enfants à partir de 18 mois	788 472 €	825	820
Options des fauteuils roulants manuels (hors propulsion)	11 076 514 €	148 488	57 496
Dispositifs d'assistance à la propulsion et dispositifs de propulsion par moteur électrique	3 690 136 €	1 690	1 688
Fauteuils roulants électriques non inclinables	2 326 140 €	851	852
Fauteuils roulants électriques inclinables	156 136 €	56	56
Fauteuils roulants électriques assise adaptée, dossier réglable avec platines crantées	14 732 181 €	4 240	4 204
Fauteuils roulants électriques assise adaptée, dossier réglable par vérin pneumatique	28 861 324 €	7 277	7 271
Fauteuils roulants verticalisateurs à propulsion électrique et verticalisation électrique	3 183 246 €	631	604
Fauteuils roulants électriques monte marche)	20 750 €	4	4
Options des fauteuils roulants électriques	2 231 216 €	3 256	3 164
Fauteuils roulants et adjonctions et/ou options applicables aux fauteuils roulants	123 619 272 €	261 115	114 510
Scooter électrique modulaire	743 042 €	598	596
Autres véhicules divers et adjonctions et/ou options aux véhicules divers	17 159 480 €	47 790	42 711
Ensemble des véhicules divers	17 902 522 €	48 388	43 292
Réparations applicables aux fauteuils roulants	9 290 483 €	102 032	48 912
Réparations applicables aux véhicules divers	129 732 €	1 598	1 054
Ensemble des réparations	9 420 215 €	103 630	49 654
4 Codes arrivés à échéance	2 975 €	17	17
Ensemble des véhicules pour handicapés physiques	150 944 984 €	413 150	191 453

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Repères sur les dépenses pour les lits et les audioprothèses

Lits et matériels pour lits

Ces dispositifs médicaux correspondent à la [partie I-2-1 de la LPPR](#).

Le nombre de patients est significativement plus élevé pour la classe d'âge 80-89 ans.

C'est aussi pour cette classe d'âge que la dépense moyenne par patient est la plus élevée (622 € contre 516 € pour les personnes entre 21 et 59 ans). En revanche, la quantité moyenne par patient est la plus élevée pour les personnes de 90 ans et plus (37 contre 26 pour les personnes entre 21 et 59 ans).

Répartition par classes d'âge des montants remboursés, quantités remboursées et nombres de patients pour les lits et matériels pour lits

Donnée	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
0-20 ans	8 820 462 €	413 372	15 026
21-59 ans	58 114 635 €	2 925 284	112 589
60-69 ans	53 703 489 €	2 697 493	93 158
70-79 ans	83 527 409 €	4 331 341	136 587
80-89 ans	166 360 075 €	9 383 415	267 283
90 ans et plus	101 242 652 €	6 185 526	168 515
Ensemble	471 768 722 €	25 936 431	793 158

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

Audioprothèses

Ces dispositifs médicaux correspondent à la [partie II-3 de la LPPR](#).

Comme pour les lits, les dépenses en audioprothèses sont les plus élevées pour la classe d'âge des 80-89 ans. En revanche, c'est pour les moins de 20 ans que la dépense moyenne par patient est la plus élevée (948 € contre 117 € pour les 70-79 ans).

Répartition par classes d'âge des montants remboursés, quantités remboursées et nombres de patients pour les audioprothèses, prestations d'entretien, réparations et accessoires pour processeurs

Donnée	Montant remboursé	Quantité remboursée	Nombre de patients
0-20 ans	21 918 153 €	55 627	23 129
21-59 ans	16 581 127 €	263 296	123 444
60-69 ans	24 357 039 €	441 208	202 278
70-79 ans	40 190 673 €	757 474	342 250
80-89 ans	48 013 215 €	883 334	398 677
90 ans et plus	15 961 208 €	277 520	127 774
Ensemble	167 021 416 €	2 678 459	1 217 552

Source : CNAM (données du Sniiram pour l'année 2018).

2– Au titre de la PCH aides techniques

Deux sources sont utiles pour avoir des données chiffrées sur la PCH aides techniques.

La CNSA recueille auprès des MDPH. Les informations obtenues concernent les décisions des CDAPH. Les analyses peuvent être consultées dans les publications de la CNSA.¹³⁵

Les données de la Drees sont collectées auprès des Conseils départementaux, payeurs de la PCH. Elles renseignent sur les dépenses en PCH des différents départements et sur la totalité du territoire. Les données sont disponibles sur le site [datadrees](#)¹³⁶, en complément, des publications régulières proposent des analyses.

Les montants décidés par les CDAPH et les montants réellement versés par les CD peuvent différer par :

- L'abandon du projet après la décision de la CDAPH ;
- Des frais à la charge de la personne moins élevés que prévu ;
- L'application d'un taux de prise en charge de 80 % pour les personnes dont les revenus (excluant notamment les revenus de l'activité, indemnités temporaires et revenus de remplacement) dépassent un seuil défini¹³⁷.

Dépense annuelle totale en PCH aides techniques

Selon la Dress¹³⁸, les dépenses brutes de PCH en 2017 étaient de 1 931 045 000 euros. Les dépenses en PCH aides techniques correspondent à 1,4 % de ce montant soit 27 millions d'euros.

Une estimation a été faite par la mission de la part de ce montant consacré à des audioprothèses à partir de la proportion des demandes de PCH aides techniques pour des audioprothèses et des montants moyens attribués pour les audioprothèses. Cette dépense est estimée à 10 millions d'euros.

C'est donc environ 17 millions d'Euros qui ont été versés par les Conseils départementaux dans le cadre de la PCH aides techniques pour les aides techniques retenues dans le périmètre des travaux.

¹³⁵ [Analyse de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap](#), CNSA.

¹³⁶ [Data.Drees](#)

¹³⁷ Cf. [article L. 245-6 du CASF](#)

¹³⁸ « La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) », dans *L'aide et l'action sociales en France*, édition 2019, DREES.

Montants moyens et part des accords de la PCH aides techniques sur l'ensemble des accords en PCH

Le montant attribuable en PCH aides techniques est stable d'une année sur l'autre.

Ce montant est celui décidé par la CDAPH et figurant sur la notification de décision de la PCH aides techniques. Les sommes réellement versées aux personnes peuvent varier légèrement. L'enquête PHEDRE donnera à voir les écarts entre montants attribuables et montants attribués et apportera des éclairages sur les raisons de ces variations, notamment les abandons du projet entre la décision PCH et l'achat ou la location.

Montant attribuable en PCH aides techniques, tous bénéficiaires confondus depuis 2015

Données	2015	2016	2017	2018
Montant moyen attribué en PCH aides techniques	837 €	875 €	835 €	884 €

Source : enquête PCH (2015, 2016, 2017) et échanges annuels (2018).

La part des accords de PCH qui concernent des aides techniques est stable depuis 2015. La moindre proportion pour les enfants des accords de PCH aides techniques sur la totalité des accords PCH est à mettre en lien avec les décisions plus nombreuses en PCH charges spécifiques (20,7 % contre 11,2 % tous âges confondus).

Part des accords en PCH aides techniques sur l'ensemble des accords en PCH

Données	2015	2016	2017	2018
Part de la PCH aides techniques sur l'ensemble des accords de PCH pour les enfants (0 à 20 ans)	10,2 %	10,7 %	9,3 %	10,2 %
Part de la PCH aides techniques sur l'ensemble des accords de PCH pour tous les bénéficiaires	16 %	19,10 %	17 %	16 %

Source : enquête PCH (2015, 2016, 2017) et échanges annuels (2018).

3– Au titre du Fonds départemental de compensation

Les fonds départementaux de compensation interviennent dans la prise en charge des aides techniques à titre subsidiaire après la PCH, l'AEEH et ses compléments ou d'autres prestations. Le règlement d'attribution est départemental.

La CNSA réalise une enquête auprès des FDC tous les deux ans. Le nombre de répondants aux différentes questions peut varier, ce qui limite certaines analyses.

Évolution des montants attribués par les FDC depuis 2013

Dépenses des Fonds de compensation pour différentes catégories de frais
(le nombre de MDPH répondantes est inscrit entre parenthèses dans chaque cellule)

Données	2013	2015	2017	2019
Tous frais pris en compte	11,92 M€ (69 MDPH)	15,6 M€ (87 FDC)	16,13 M€ (92 MDPH)	15,26 M€ (82 MDPH)
Ensemble des aides techniques *	3 354 100 € (39 MDPH)	3 129 182 € (48 MDPH)	4 568 300 € (60 MDPH)	3 610 104 € (53 MDPH)
Fauteuils roulants *	821 512 € (23 MDPH)	1 140 740 € (34 MDPH)	1 407 775 € (41 MDPH)	1 177 833 € (26 MDPH)
Audioprothèses *	774 653 € (34 MDPH)	504 543 € (35 MDPH)	1 147 605 € (51 MDPH)	756 299 € (42 MDPH)

*montants versés et montants décidés

Source : CNSA enquête bisannuelle sur les fonds de compensation.

Dépenses médianes des Fonds de compensation pour différentes catégories de frais
(le nombre de MDPH répondantes est inscrit entre parenthèses dans chaque cellule)

Données	2013	2015	2017	2019
Tous frais pris en compte	130 000 € (69 MDPH)	115 330 € (87 MDPH)	119 768 € (92 MDPH)	84 889 € (63 MDPH)
Ensemble des aides techniques *	56 675 € (44 MDPH)	58 907 € (54 MDPH)	44 352 € (60 MDPH)	38 827 € (32 MDPH)
Fauteuils roulants *	21 116 € (32 MDPH)	21 915 € (42 MDPH)	20 568 € (41 MDPH)	25 511 € (27 MDPH)
Audioprothèses *	17 481 € (34 MDPH)	17 985 € (43 MDPH)	15 868 € (51 MDPH)	8 921 € (44 MDPH)

*montants versés et non montants décidés.

Source : CNSA enquête bisannuelle sur les fonds de compensation.

Toutefois, pour les besoins des travaux, la mission a fait une estimation des dépenses des FDC pour les aides techniques sur l'ensemble du territoire.

Cette estimation est de 7 M€ de dépenses annuelles en 2017 pour l'ensemble des aides techniques prises en charge par les FDC et 5,1 M€ une fois exclues les audioprothèses.

Soldes et contributeurs des FDC

Depuis 2009 et après des années de solde très positif, le cumul des soldes des FDC répondants est négatif. Le cumul des « réserves » des FDC, s'il reste positif, diminue chaque année. Les contributeurs peuvent différer d'un département à un autre. Les trois principaux contributeurs sont :

- L'état (94/94 FDC répondants) avec 4,7 M€ soit 30 % des fonds
- Les CPAM (64/94 FDC répondants) avec 4,6 M€ soit 29 % des fonds
- Les CD (60/94 FDC répondants) avec 3,2 M€ soit 20 % des fonds

Focus sur les données de 2017

En 2017, le montant global des dépenses des FDC s'élevait à 16,13 millions d'euros (92 répondants). Les dépenses pour les aides techniques des 60 FDC répondants représentent 4,5 M€ (5 % des dépenses).

Ces remboursements correspondent à 5 845 aides techniques pour les **73 FDC répondants**. Les aides auditives et les fauteuils roulants correspondent à plus de la moitié des interventions et environ la moitié des montants versés.

Montants cumulés et nombres d'interventions des FDC pour des aides techniques

Données	Aides techniques	Fauteuils roulants manuels	Fauteuils roulants électriques	Aides auditives	Cumul aides auditives et FR
Somme des montants versés	4 568 300 €	510 859 €	920 571 €	1 147 605 €	/
Part dans les montants attribués pour les aides techniques	100 %	11 %	20 %	25 %	56 %
Nombre de FDC répondants	60	44	44	51	/
Nombres d'interventions cumulés (73 répondants)	5 845	599	425	2072	/
Part dans le nombre d'interventions pour les aides techniques	100 %	10 %	7 %	35 %	52 %

Source CNSA, enquête bisannuelle auprès des FDC.

Sur les projets financés en 2017, le FDC intervenait de 19 % contre 9 % pour l'assurance maladie, 33 % pour la PCH et 16 % en reste à charge pour le bénéficiaire. La médiane des restes à charge moyens est de 0 €, mais d'importantes disparités existent avec un reste à charge moyen égal à 5 694 € dans un département.

Les résultats complets de l'enquête de 2017 sont disponibles sur le site de la CNSA¹³⁹.

4– par les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Six axes d'interventions sont définis pour les CF. L'axe 1 est relatif aux aides techniques.

¹³⁹ [Analyse des fonds départementaux de compensation du handicap \(FDC\) – données2017](#), CNSA.

Les CF peuvent intervenir sur « l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation ». (Art. L233-1 du CASF)

Les axes d'intervention des CF circonscrivent le périmètre d'intervention et d'utilisation des fonds de préventions versés aux Conseils départementaux pour les CF. Toutefois, les CF peuvent faire le choix d'investir ou non les six axes définis.

Les dépenses des CF sont donc de deux ordres pour les aides techniques :

- Des financements individuels aux personnes de 60 ans et plus pour solvabiliser les aides techniques
- Des financements à des porteurs de projets pour informer et sensibiliser les personnes, accompagner les personnes et leurs proches avant et après accès à l'aide technique ou d'autres actions favorisant l'accès aux aides techniques.

Montants financés par les CF pour les aides techniques en 2017 et parts respectives

Données	Aides techniques individuelles	NTIC	Actions pour améliorer l'accès aux A.T	Total Axe 1
Montants financés par le concours (en euros)	1 384 741 €	2 766 757 €	4 609 290 €	8 760 €
Part dans les dépenses totales de l'axe 1	16 %	31 %	53 %	100 %
Nb de CD répondants	33	23	38	59

Source : CNSA, recueil des données dans le cadre du rapport d'activité des CF.

Montants financés par les CF pour les aides techniques en 2018 et parts respectives

Données	Aides techniques individuelles	NTIC	Actions pour améliorer l'accès aux A.T	Total Axe 1
Montants financés par le concours (en euros)	1 877 740 €	2 078 836 €	5 567 597 €	9 524 173 €
Part dans les dépenses totales de l'axe 1	20 %	22 %	58 %	100 %
Nb de CD répondants	40	31	38 minimum	66

Source : CNSA, recueil des données dans le cadre du rapport d'activité des CF.

Les différences importantes entre les montants versés par les CF en 2017 et ceux versés en 2018 s'explique notamment par la récence des CF. En effet, les CF ont été créées par la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2018 et les textes d'application ont été publiés en février 2016. 2017 était donc la première année pleine de fonctionnement. Pour les financements individuels d'aides techniques en particulier, la montée en charge est progressive au regard de l'ingénierie nécessaire.

Rappels des montants versés en 2017 et en 2018 par les CF pour améliorer l'accès aux aides techniques et taux de croissance entre les deux années

Données	Aides techniques individuelles	NTIC	Actions pour améliorer l'accès aux A.T	Total Axe 1
2017	1 384 741 €	2 766 757 €	4 609 290 €	8 760 790 €
2018	1 877 740 €	2 078 836 €	5 567 597 €	9 524 173 €
Croissance entre 2017 et 2018	35,60 %	-24,86 %	20,79 %	8,71 %

Source : CNSA, recueil des données dans le cadre du rapport d'activité des CF.

Détails des montants financés par les CF pour les aides techniques en 2018 et parts respectives

Données	Montant	Part des dépenses	Nombre CDs concernés
Actions visant l'amélioration de l'accès aux aides techniques	4 536 483 €	47,63 %	38
Autres actions	1 031 113 €	10,83 %	10
Aides techniques individuelles hors LPPR	1 014 332 €	10,65 %	33
Aides techniques individuelles inscrites à la LPPR	863 408 €	9,07 %	22
NTIC : Téléassistance	1 265 571 €	13,29 %	16
NTIC : Autres nouvelles technologies	485 905 €	5,1 %	15
NTIC : Pack domotique	327 358 €	3,44 %	7
Total	9 524 172 €	100	66

Source : CNSA, recueil des données dans le cadre du rapport d'activité des CF.

5- Financements d'aides techniques par l'Agefiph

L'Agefiph intervient pour favoriser l'accès, le maintien et le retour dans l'emploi des personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH). L'Agefiph est missionné pour les salariés du secteur privé. Leurs financements proviennent de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) payés par les entreprises ne remplissant pas leurs obligations pour l'emploi de personnes en situation de handicap.

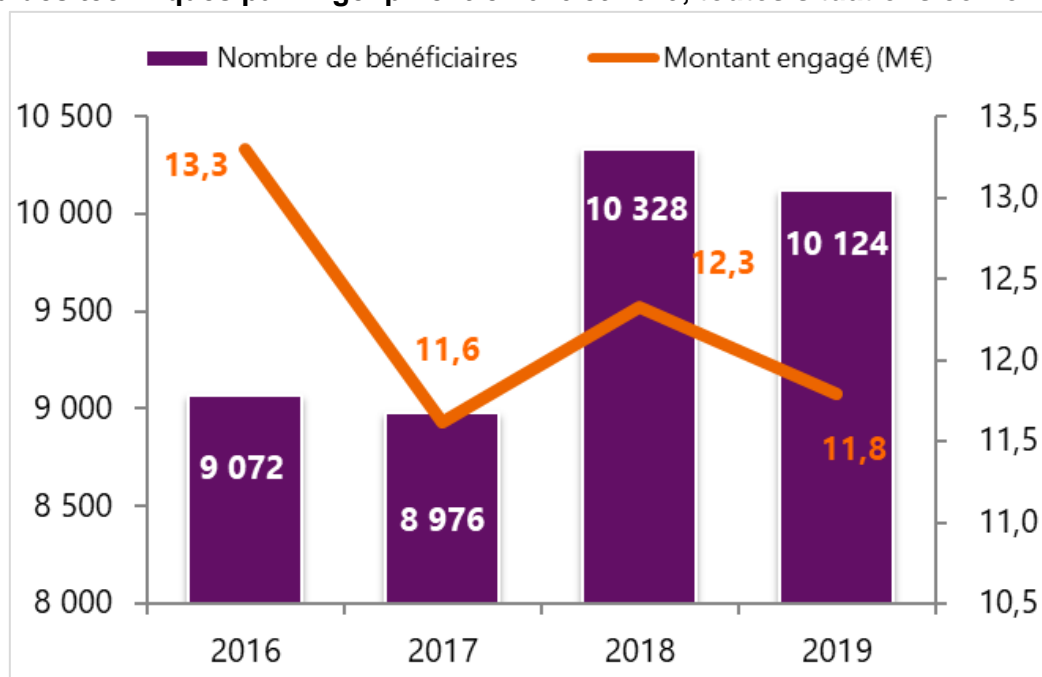
Les données proposées ont été communiquées par l'Agefiph. Elles sont issues des travaux faits dans le cadre de leur rapport d'activité. Elles correspondent à la définition et au périmètre des aides techniques dans leur règlement. Ce périmètre diffère sensiblement de celui défini pour la mission, notamment par l'inclusion des prothèses auditives.

Financements d'aides techniques toutes situations confondues

Données	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution N /N-1
Nombre de bénéficiaires	8 223	9 072	8 976	10 328	10 124	-2 %
Montant engagé (M€)	12,1	13,3	11,6	12,3	11,8	-4 %
Coût moyen	1 470	1 465	1 295	1 193	1 164	-2 %

Source : Agefiph.

Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants engagés pour les aides techniques par l'Agefiph entre 2016 et 2019, toutes situations confondues



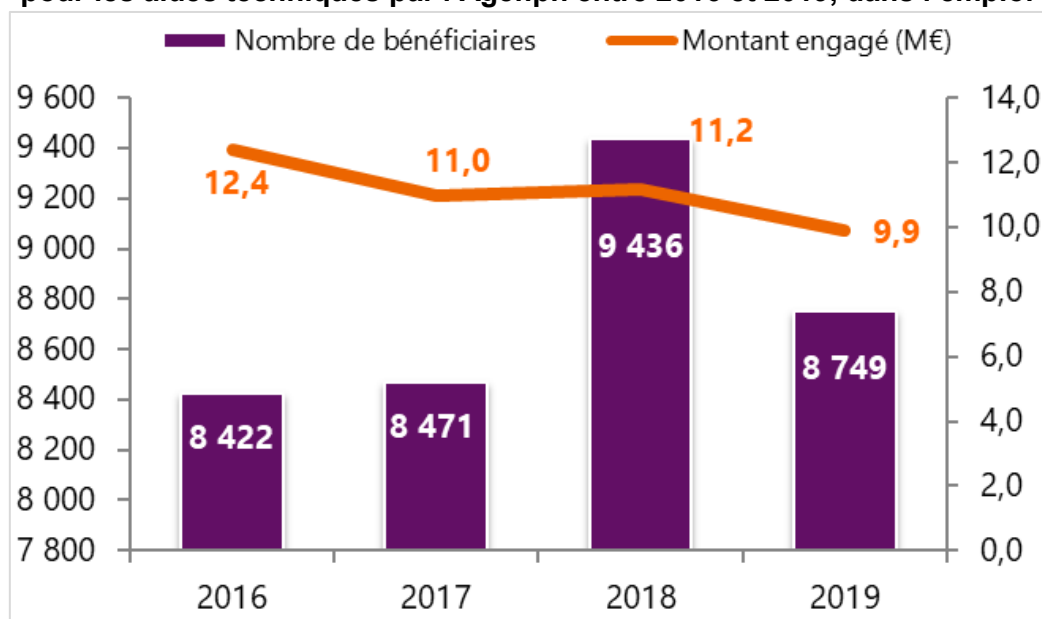
Source : Agefiph.

Financements d'aides techniques dans le cadre d'un accompagnement dans l'emploi

Données	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution N /N-1
Nombre de bénéficiaires	585	650	505	892	1 375	54 %
Montant engagé (M€)	0,9	0,9	0,6	1,2	1,9	63 %
Coût moyen	1 476	1 397	1 254	1 291	1 366	6 %

Source : Agefiph.

Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants engagés pour les aides techniques par l'Agefiph entre 2016 et 2019, dans l'emploi



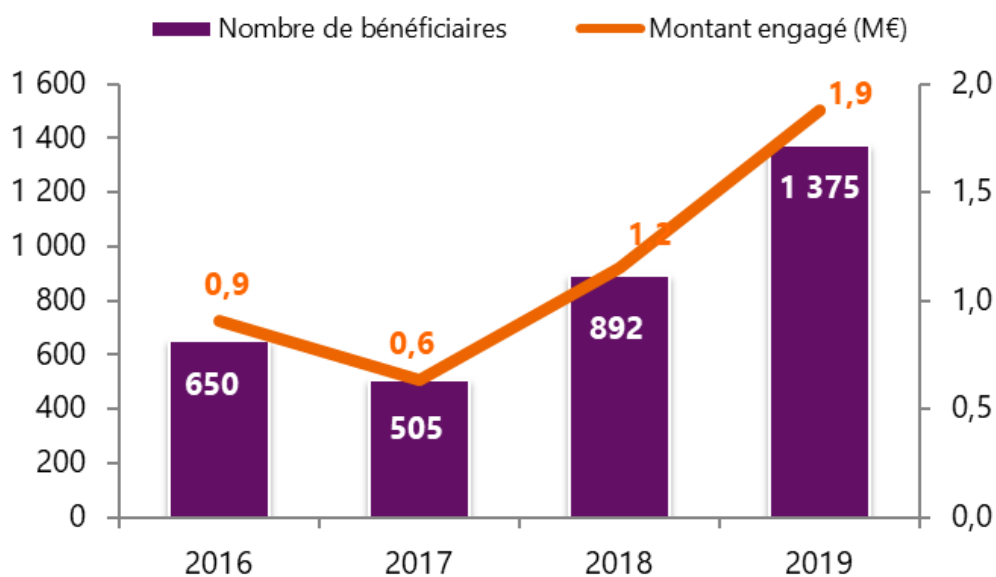
Source : Agefiph.

Financements d'aides techniques dans le cadre d'un accompagnement vers l'emploi

Données	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution N /N-1
Nombre de bénéficiaires	7 638	8 422	8 471	9 436	8 749	-7 %
Montant engagé (M€)	11,2	12,4	11,0	11,2	9,9	-11 %
Coût moyen	1 469	1 471	1 297	1 184	1 132	-4 %

Source : Agefiph.

Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants engagés pour les aides techniques par l'Agefiph entre 2016 et 2019, vers l'emploi



Source : Agefiph.

Annexe 6 : Résultats d'une enquête faite en 2019 auprès des professionnels de MDPH

Présentation générale

Une enquête a été réalisée par la CNSA au printemps 2019 auprès des professionnels des MDPH sur leurs pratiques pour l'évaluation des besoins en aides techniques des bénéficiaires de la PCH et la préparation des éléments nécessaires aux décisions.

L'enquête a été faite par questionnaire en ciblant les professionnels régulièrement mobilisés sur la PCH aides techniques.

Le questionnaire comportait une partie obligatoire sur les aides techniques à la mobilité inscrites à la LPPR et une partie facultative sur d'autres catégories d'aides techniques :

- Aides techniques pour les actes essentiels, la vie courante, la parentalité...
- Aides techniques pour les personnes présentant une cécité ou des troubles visuels (DV), la communication écrite notamment,
- Aides techniques hors audioprothèses pour les personnes présentant une surdité ou des troubles auditifs (DA),
- Autres outils numériques (tablette, smartphone, ordinateurs, logiciels et applications...) hors appareils dédiés, pour la communication, le contrôle de l'environnement, la compensation de troubles cognitifs.

95 professionnels (42 %) de 45 MDPH (44 %) ont répondu à la partie obligatoire sur les aides techniques à la mobilité. 63 professionnels (27 %) de 34 MDPH (33 %) ont répondu à la partie facultative sur les autres aides techniques.

Les répondants étaient pour la plupart des membres de l'équipe pluridisciplinaire des MDPH, ergothérapeutes de formation. Des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires ont aussi répondu ainsi que des professionnels des équipes pluridisciplinaires d'autres formations initiales et des instructeurs mais dans de moindres proportions.

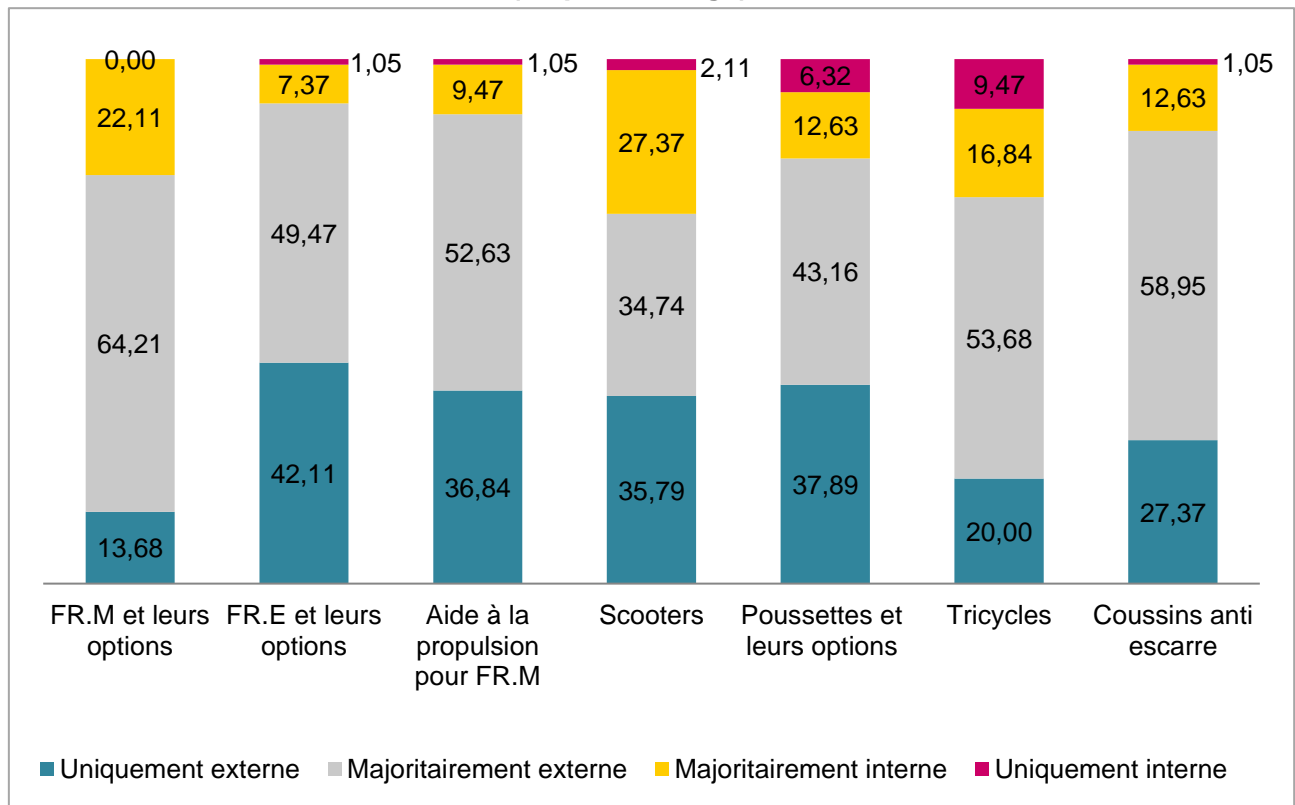
Part des évaluations faites en interne à la MDPH ou par des partenaires

Aides techniques à la mobilité inscrites à la LPPR

Les évaluations sont très majoritairement réalisées par les partenaires des MDPH pour tous les types de VHP. L'effet est encore plus marqué pour les fauteuils roulants électriques.

Des professionnels ont pointé le rallongement des délais pour une évaluation par une équipe pluridisciplinaire (MPR et kinésithérapeute ou ergothérapeute) avec l'augmentation du nombre d'aides techniques relevant de ce parcours ou plus largement des difficultés pour obtenir des rendez-vous.

**Aides techniques à la mobilité : part des évaluations internes ou externes aux MDPH
(en pourcentage)**



Source : CNSA.

Les évaluations faites en externes impliquent des partenaires « classiques » ; leur fréquence d'intervention varie selon :

- l'âge des personnes : les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont plus souvent cités pour les enfants que les SSR par exemple,
- les territoires.

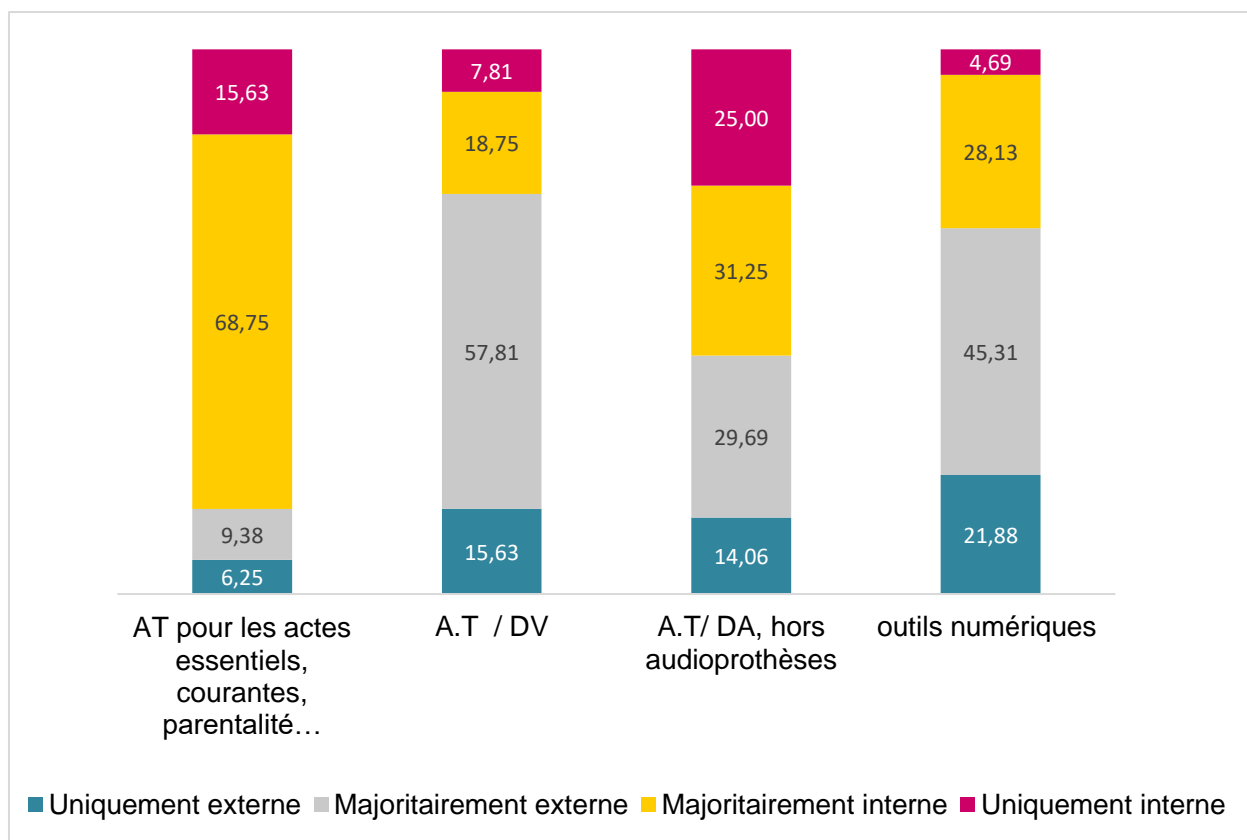
Occurrences des principaux partenaires cités	
SSR	49
dont clinique du positionnement	3
Services médico-sociaux	39
Établissements médico-sociaux	9
CICAT	3

Source : CNSA.

Autres catégories d'aides techniques

Les résultats sont contrastés entre les différentes catégories. Les évaluations sont majoritairement réalisées en interne pour les aides techniques liées aux actes essentiels, la vie courante et la parentalité. À l'inverse, pour les évaluations concernant les personnes ayant un handicap visuel et celles pour les outils numériques, les MDPH s'appuient plus largement sur leurs partenaires.

Autres catégories d'aides techniques : part des évaluations internes ou externes aux MDPH (en pourcentage)



Source : CNSA.

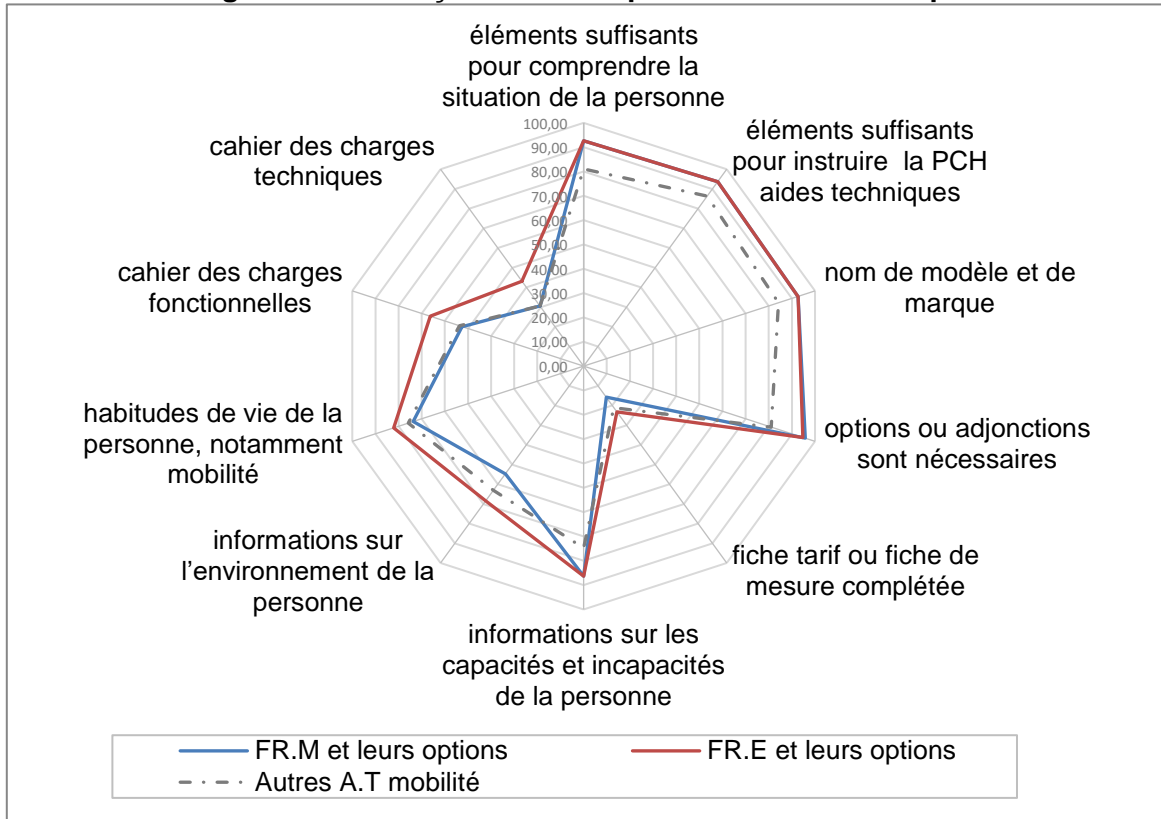
Contenu des argumentaires

Les évaluations faites par les partenaires sont accompagnées d'un argumentaire rédigé par les préconisateurs et apportant des éléments pour traiter la demande de PCH.

Ici aussi, les résultats sont contrastés entre les aides techniques à la mobilité, fauteuils roulants en particulier, et les autres catégories d'aides techniques. Le contenu des premiers est jugé suffisant par les professionnels des MDPH pour traiter les demandes de PCH (92,63 % des répondants estiment qu'ils apportent toujours ou en majorité les éléments suffisants). Les résultats sont moins positifs pour toutes les autres catégories d'aides techniques.

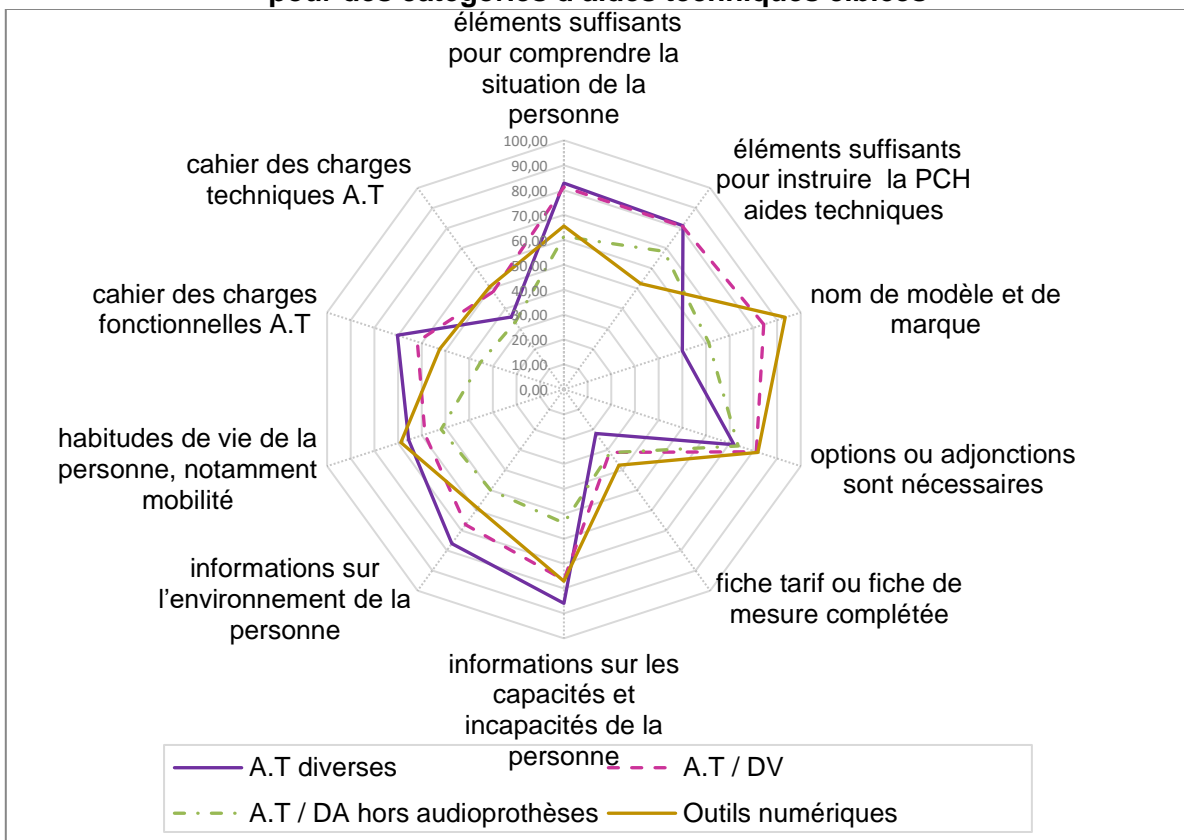
Pour toutes les aides techniques, le cahier des charges technique et la fiche tarif ou fiche de mesure sont les éléments le moins souvent complétés.

Contenu des argumentaires reçus en MDPH pour les aides techniques à la mobilité



Source : CNSA.

Contenu des argumentaires reçus en MDPH pour des catégories d'aides techniques ciblées



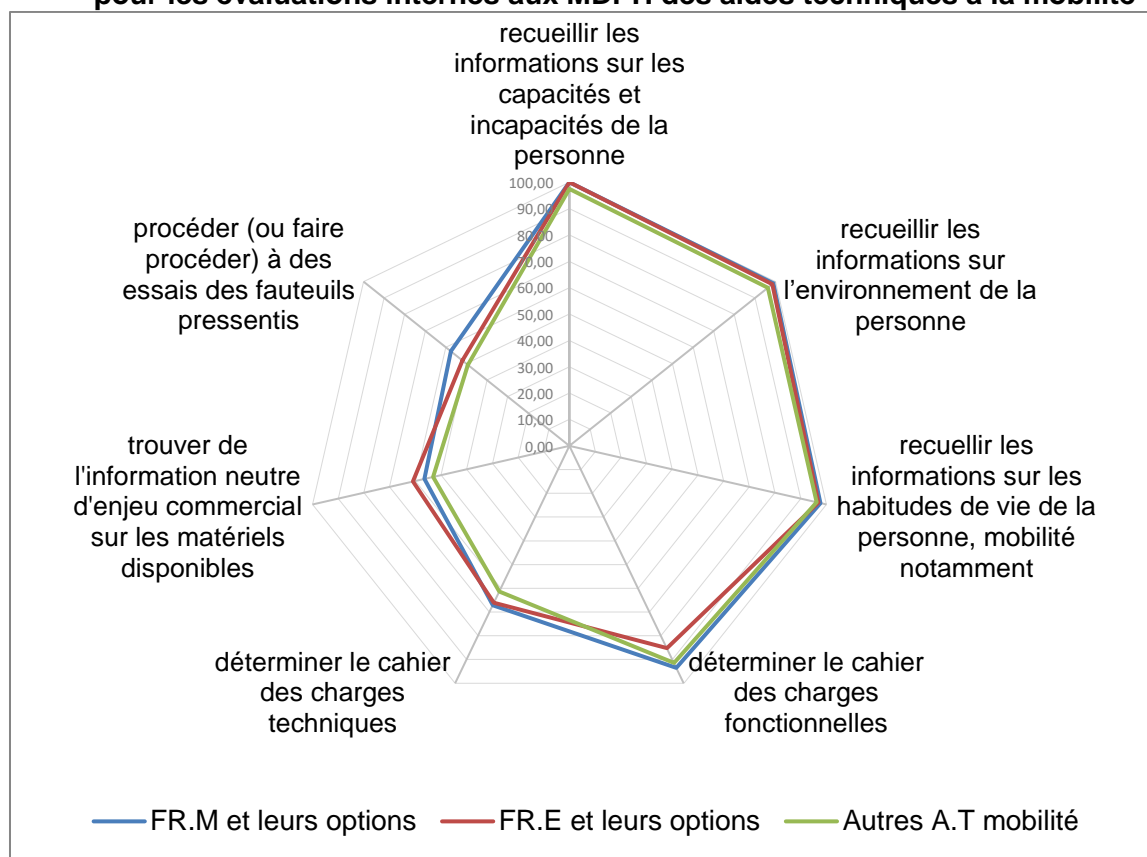
Source : CNSA.

Retours des professionnels des MDPH pour les évaluations faites en interne

Aides techniques à la mobilité inscrites à la LPPR

Pour les aides techniques à la mobilité, les résultats pour les différentes catégories sont très similaires. Les résultats sont plus en retrait pour la recherche d'information neutre d'enjeux commerciaux et les essais.

Difficultés jamais ou minoritairement ressenties par les professionnels pour les évaluations internes aux MDPH des aides techniques à la mobilité



Source : CNSA.

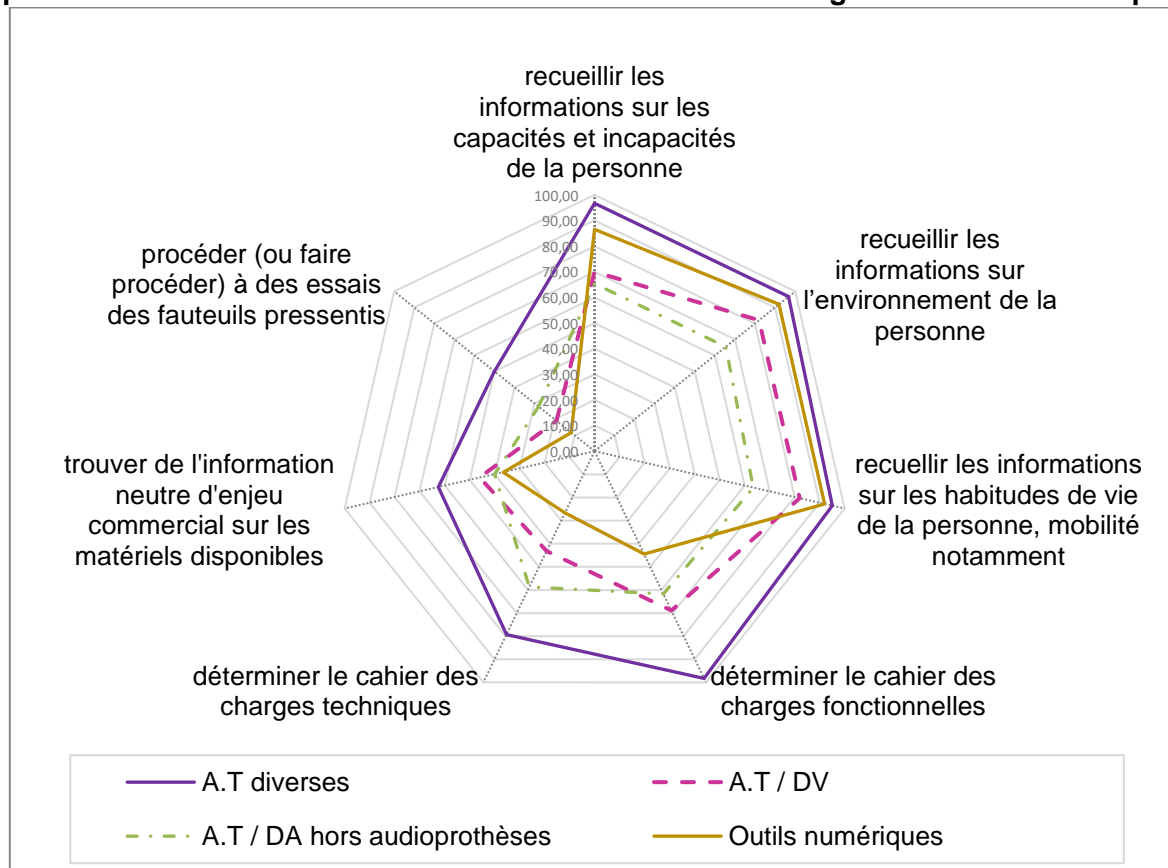
Deux thématiques reviennent fréquemment dans les verbatim (question ouverte et non-obligatoire « commentaires sur l'ensemble des évaluations faites en interne pour les aides techniques à la mobilité ») :

- Les essais (20 occurrences sur 57 commentaires)
 - Nécessaires, mais parfois difficiles à obtenir, ou alors sur une durée trop courte ou encore avec un modèle trop éloigné de celui pressenti.
 - Souhait exprimé que les essais soient obligatoires.
- La collaboration est jugée compliquée avec les revendeurs (13 occurrences sur 57 commentaires)
 - avec des « choix imposés » sur les marques préférentiellement vendues,
 - des revendeurs seuls dépositaires de la connaissance des modèles ou ne proposant que certaines marques en essais,
 - des devis pas assez détaillés...

Autres catégories d'aides techniques

Pour les autres catégories d'aides techniques, les résultats sont globalement plus en retrait, avec des difficultés importantes pour les professionnels

Difficultés jamais ou minoritairement ressenties par les professionnels pour les évaluations internes aux MDPH de différentes catégories d'aides techniques



Source : CNSA.

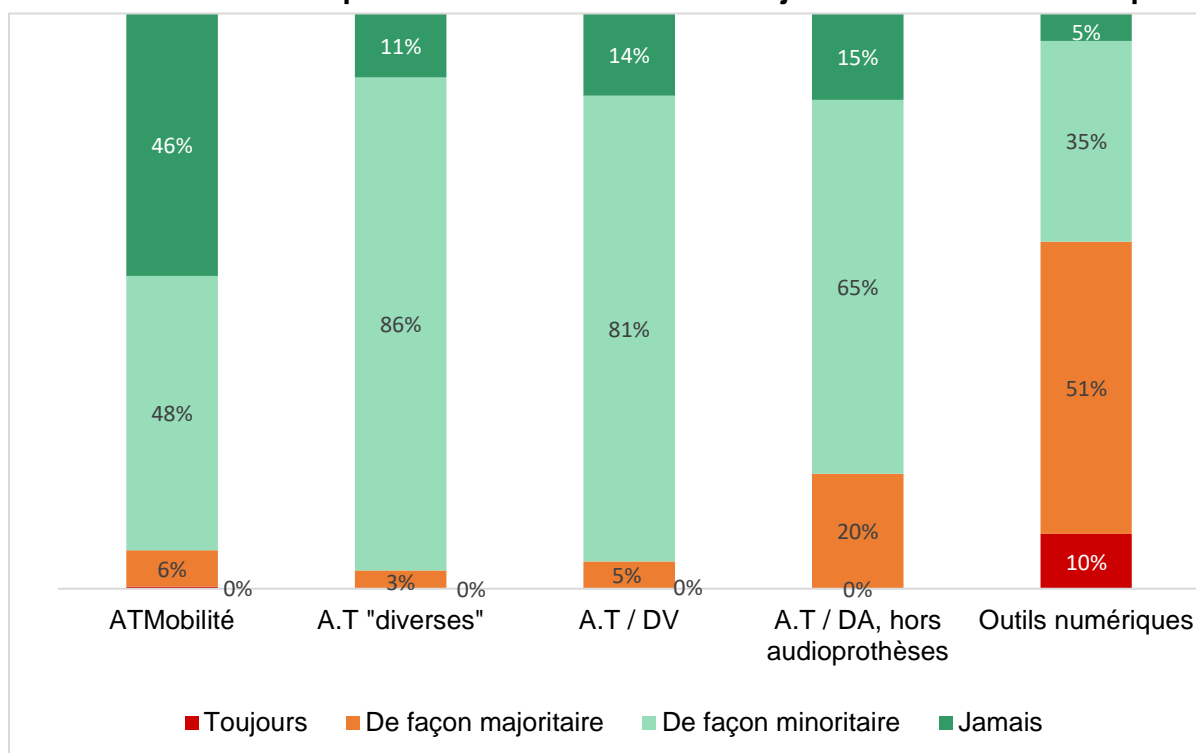
Difficultés dans le traitement de la PCH aides techniques

Les bons résultats sur le contenu des argumentaires et sur les évaluations internes se traduisent par de moindres difficultés des professionnels des MDPH pour décider des accords ou rejets en PCH aides techniques. Ce sont respectivement 46 % et 48 % des professionnels qui répondent n'avoir jamais ou minoritairement des difficultés pour décider des accord ou rejet en PCH aides techniques.

Les résultats restent bons pour les aides techniques pour les activités de la vie journalière ou courante, la parentalité et les aides techniques pour les personnes non voyantes ou amblyopes et acceptables pour les aides techniques pour les personnes sourdes ou malentendantes.

Ils sont mauvais pour les outils numériques puisque plus de 60 % des répondants ont toujours ou majoritairement des difficultés pour définir des accords ou rejets en PCH aides techniques.

Difficultés ressenties pour décider des accords ou rejets en PCH aides techniques



Source : CNSA.

Compléments sur la fréquence des aides techniques

Les professionnels ont aussi été interrogés au printemps 2019 sur les aides techniques les plus fréquentes en PCH aides techniques et sur leurs propositions pour « améliorer la prise en charge des aides techniques en PCH ». 61 professionnels (30 %) représentant 28 MDPH (27 %) ont répondu.

Catégories d'aides techniques inscrites à la LPPR (hors VHP) les plus fréquentes	Occurrences	Catégories d'aides techniques non inscrites à la LPPR les plus fréquentes	Occurrences
Prothèses auditives	31	Installation pour la douche ou le bain	32
Charges garde-robe (utilisation pour la douche)	21	Aides techniques en lien avec les déficiences sensorielles	19
Supports anti-escarre	8	Rehausseur de w.c.	10
Déambulateurs	8	Accessoires de fauteuil roulant	8
Siège de série modulaire et évolutif	4	Barre d'appui	8
Transat de bain	2	Rampes portables (pour franchir un seuil)	7
Sangle pour lève-personne	2	Fauteuil releveur	5
Couteau-fourchette	2	Aides techniques pour les activités courantes (préparation du repas essentiellement)	4
Lit médicalisé (double, avec protection ++)	2	Tapis antidérapant	1

Pour améliorer la PCH pour les aides techniques inscrites à la LPPR les professionnels des MDPH font les propositions suivantes :

- Actualiser les arrêtés de tarification de la PCH aides techniques (proposition fréquente +++)
- Interroger l'intérêt de la PCH pour les aides techniques pour lesquelles le tarif PCH est égal au remboursement au titre de la LPPR et au prix limite de vente défini (inutile et incompréhensible pour les usagers)
- Pouvoir « aller au-delà » du cadre prévu par la LPPR pour certaines catégories d'aides techniques (lit médicalisé spécifique, canne blanche, lève personne) et sur les conditions de cumuls ou renouvellements
- Interroger le faible panel d'aides techniques inscrites à la LPPR pour les personnes ayant des déficiences sensorielles
- Inscrire « officiellement » les chaises de douches à la LPPR ; elles sont actuellement remboursées comme des chaises-garde-robe.

Pour améliorer la PCH pour les aides techniques non inscrites à la LPPR les professionnels des MDPH font les propositions suivantes :

- Engager un travail sur les aides techniques en lien les déficiences sensorielles en tenant compte de la fréquence des besoins et des progrès technologiques qui font régulièrement évoluer l'offre.
 - Les déficiences visuelles sont plus citées que les déficiences auditives.
 - Ce travail pourrait concerner à la fois la connaissance et la tarification des aides techniques.
- Clarifier la prise en compte des aides techniques pour les loisirs et le sport, notamment sur la question des prothèses de sport
- Garder une liste ouverte pour permettre l'accès à l'innovation « en temps réel »,
- Permettre plus de souplesse dans l'accès aux aides techniques (enchaînement plus fluide entre prise en charge LPPR et PCH, location...)

Annexe 7 : évaluation des besoins et accompagnement des personnes : pistes des réflexions

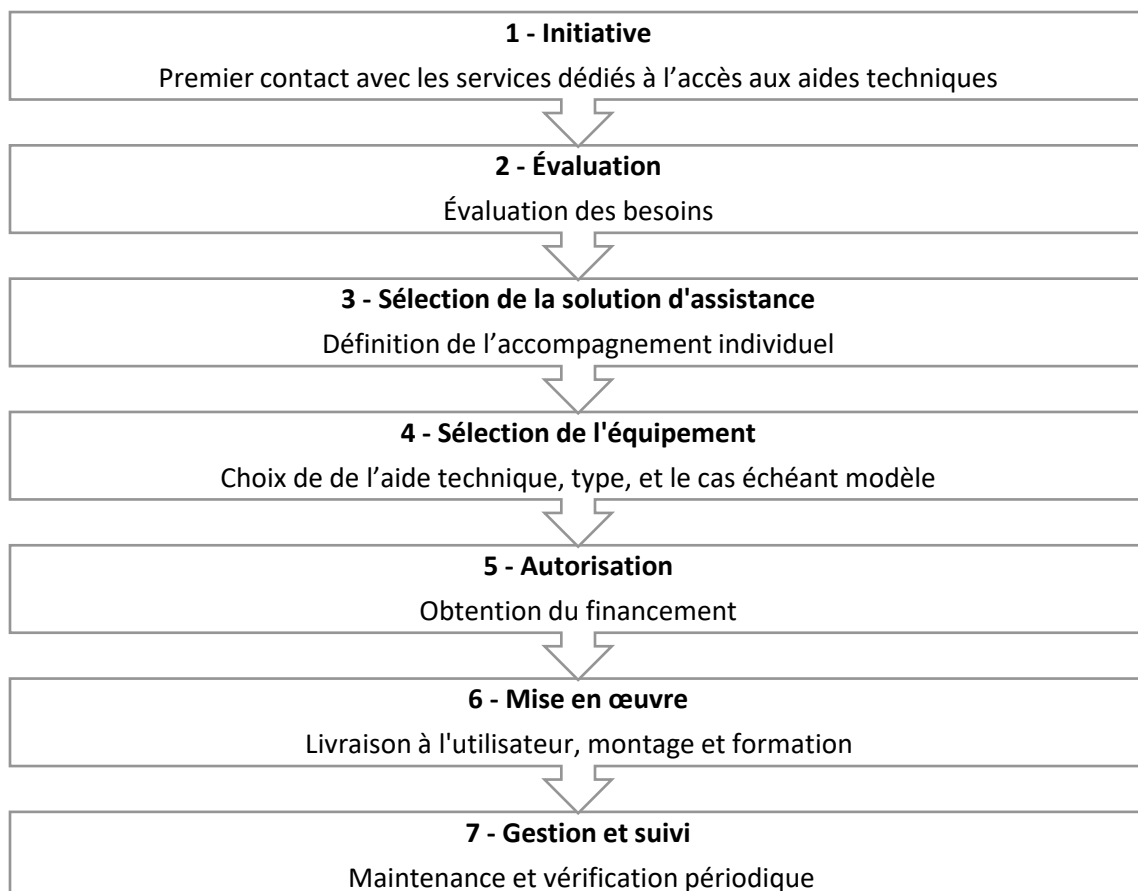
Cette annexe rassemble :

- Des réflexions sur les rôles et moments d'intervention des acteurs ;
- Des réflexions sur les types et temps pour la formation des professionnels ;
- Des précisions sur les compétences des ergothérapeutes telles que définies dans les textes réglementaires.

1- Réflexions sur les rôles et moments d'intervention des acteurs

Ces réflexions s'appuient, sans les décliner toutes, sur le processus en sept étapes pour l'attribution des aides techniques défini par AATE et EASTIN.

Ces réflexions conduites avec le groupe de travail administratif et en s'appuyant sur les apports des personnes rencontrées n'ont bien sûr pas de valeur normative. Le besoin ressenti pendant les travaux de les mettre à plat révèle justement le manque de lignes directrices sur le sujet.



La personne elle-même et ses proches aidants ont bien entendu un rôle central et non substituable tout au long du processus.

La pair-aidance serait aussi à développer pour toutes les étapes.

Le rôle des utilisateurs experts serait plus ciblé sur la définition de la solution d'assistance (programme d'accompagnement individuel sur les aides techniques) et sur la sélection de l'équipement.

L'initiative

Des professionnels ont un rôle de première importance par les caractéristiques de leurs interventions (lieux, fréquence...). Parmi ces vigies, on compte tous les professionnels intervenant au quotidien, dont les auxiliaires de vie et les aides-soignantes et infirmières libérales ou de SSIAD.

La place, le rôle et les observations de ces professionnels devraient être mieux pris en compte tout au long du projet.

L'évaluation des besoins

Différents professionnels vont intervenir en fonction du contexte parmi lesquels, on peut notamment citer :

- Les médecins, toutes spécialités confondues et tous lieux d'exercice confondu (libéral, établissements de soins, service ou établissements médico-sociaux, services de médecine du travail ou de médecine scolaire...);
- Les professionnels des MDPH, des équipes en charge de l'APA ou encore des caisses de retraite;
- Les équipes des services et établissements de soins ou médico-sociaux;
- Les professionnels pharmaciens.

Les ergothérapeutes ont un rôle majeur dans la définition et la conduite de l'accompagnement individuel sur les aides techniques.

La sélection de la solution d'assistance (accompagnement individuel) et la sélection de l'aide technique, type et le cas échéant modèle

Cette étape doit être faite en lien étroit avec la conduite de l'accompagnement individuel sur les aides techniques.

Elle peut être faite dans les lieux d'exercices cités plus haut avec le concours de professionnels formés sur les aides techniques, ergothérapeutes et instructeurs pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles notamment.

L'autorisation

L'autorisation demande une prescription ou des préconisations pour, respectivement, un financement par l'assurance maladie ou une prise en charge au titre de la PCH ou l'APA par exemple. Elles reposent sur les interventions de professionnels de santé :

- Pour la prescription : médecin, kinésithérapeutes, infirmiers ou orthoptistes ;
- Pour les préconisations : professionnels spécialisés en rééducation et réadaptation dont les ergothérapeutes, les orthoptistes, les instructeurs pour l'autonomie des personnes déficientes visuelles, les orthophonistes, les kinésithérapeutes...

Un professionnel ayant une activité commerciale ou exerçant dans un établissement ou un réseau ayant une activité commerciale ne peut être le « déclencheur du financement » de l'aide technique.

La livraison et les réglages

En France, elle est le plus souvent faite par les distributeurs, PSDM ou non.

En complément, il serait nécessaire de prévoir, en plus de la livraison et des réglages, la possibilité d'une intervention des professionnels ayant assuré l'accompagnement individuel qui a conduit au choix de l'aide technique. Cette intervention, déclenchée en fonction des besoins, favoriserait la prise en main de l'aide technique, voire l'apprentissage de son utilisation si nécessaire.

La gestion ou le suivi sont de deux ordres

La gestion et le suivi des performances du matériel relèvent des distributeurs. La proposition d'une certification vise notamment d'assurer une bonne qualité pour ces interventions.

Un suivi différent peut être nécessaire portant plus sur l'utilisation des aides techniques par la personne, l'impact dans la réalisation de ses activités et sur l'émergence d'éventuels nouveaux besoins. Non organisé à ce jour, il devrait reposer sur :

- Les professionnels mobilisés le repérage des besoins et l'initiative ;
- Les professionnels mobilisés dans l'évaluation des besoins ;
- Les professionnels mobilisés dans la définition de la solution d'assistance et le choix de l'équipement.

2- Réflexions sur les types et temps pour la formation des professionnels

Compétences professionnelles nécessaires en fonction des profils et missions des professionnels

Publics cibles	Repérer les besoins, apporter une information de premier niveau et orienter	Évaluer, accompagner au choix et à l'utilisation, apporter une information spécifique	Optimiser l'utilisation des aides techniques au quotidien
Professionnels « du domicile »	Oui	/	Oui
Professionnels de santé « non spécialisés »	Oui	/	/
Professionnels intervenant dans des structures spécifiques	Oui	/	/
Professionnels de santé préconisateurs	Oui	Oui	Oui

**Temps cibles pour les formations
en fonction des profils et missions des professionnels**

Publics cibles	Formation initiale	Formation à la prise de poste	Renforcement et actualisation des connaissances en formation continue
Professionnels « du domicile »	Oui	Oui	Oui
Professionnels de santé « non spécialisés »	Oui	/	Oui
Professionnels intervenant dans des structures spécifiques	En fonction de la formation initiale	Oui	Oui
Professionnels de santé préconisateurs	Oui	Oui	Oui

2- Précisions sur les compétences des ergothérapeutes telles que définies dans les textes réglementaires

Le référentiel d'activité des ergothérapeutes prévoit comme troisième activité « l'application et réalisation de traitements orthétiques et préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques. »

« Afin de favoriser la participation de la personne dans son milieu de vie, il préconise des aides techniques et des assistances technologiques, des aides humaines, des aides animalières et des modifications matérielles. Il préconise et utilise des appareillages de série, conçoit et réalise du petit appareillage, provisoire, extemporané. Il entraîne les personnes à leur utilisation. »

« Préconisation d'aides techniques ou animalières et d'assistances technologiques :

- Élaboration du cahier des charges à partir du besoin et de la demande de la personne concernée ;
- Aide au choix : information et conseil ;
- Veille technique et recherche d'information sur les aides techniques et assistances technologiques existantes ;
- Contacts avec les fabricants, les distributeurs et autres partenaires ;
- Essais des matériels et solutions technologiques retenus en milieu spécialisé et milieu ordinaire de vie ;
- Formalisation des résultats des essais de matériel ;
- Recherche de financements ;
- Réception des matériels et des solutions technologiques préconisés ;
- Réglages et personnalisation des matériels et des solutions technologiques ;
- Information et formation de la personne, de son entourage et des professionnels sur l'utilisation des aides techniques et des assistances technologiques. »

Les compétences des ergothérapeutes sont définies en annexe II de l'arrêté du 5 juillet 2010.

Les ergothérapeutes ont compétence pour « concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques » (Compétence 4). Il s'agit notamment de :

- « Préconiser des adaptations, des aides techniques ou animalières et des assistances technologiques, et aménager l'environnement en conséquence pour un retour à l'activité, un maintien ou un retour au travail, à domicile, aux loisirs et dans la chaîne du déplacement [...]
- Évaluer la qualité et l'efficacité de l'appareillage, des aides techniques et des assistances technologiques et s'assurer de leur innocuité, notamment en situation d'activité.
- Expliquer à la personne et à son entourage les buts, la réalisation, la surveillance, la maintenance, l'hygiène, l'usage et les effets indésirables de l'appareillage orthétique ou prothétique et de l'aide technique ou animalière et de l'assistance technologique.
- Sélectionner et préconiser les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques en tenant compte du recueil d'information, de l'entretien, des évaluations préalables, et du projet de la personne et de l'avis de l'équipe médicale impliquée dans le suivi.

Expliquer la mise en place, l'utilisation et la surveillance des appareillages, des aides techniques et des assistances technologiques, au sein de la structure de soins puis dans le milieu ordinaire de vie. »

Annexe 8 : Proposition de critères et d'indicateurs de pilotage

Proposition d'indicateurs pour suivre l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées :

- Satisfaction et utilisation des aides techniques au regard des objectifs définis par et avec la personne
- Délais accès aides techniques et aux SAV (délai d'intervention d'urgence)
- Nombre de personnes évaluées et accompagnées et nombre de personnes équipées, par tranches d'âge
- Typologie et coûts des aides techniques
- Dépenses des différents financeurs publics et des assurances complémentaires pour l'évaluation et l'accompagnement des personnes et le financement des aides techniques
- Reste à charge des personnes après prises en charge légales et contractuelles
- Nombre d'évaluations par les structures et par département rapportées à la population.
- Nombre, typologie et coût des évaluations
- Nombre d'AT mises en place en ayant notamment un objectif de prévention des TMS pour les professionnels soignants
- Taux d'aides techniques issues de la remise en bon état d'usage

Glossaire/liste des acronymes

AATE : Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe

AD-PA : Association des directeurs au service des personnes âgées

Agefiph : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

ANFE : Association nationale française des ergothérapeutes

Anesm : Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie

ASV (loi) : Loi pour l'adaptation de la société au vieillissement

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CD : Conseil départemental

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CEPS : Comité économique des produits de santé

CERAH : Centre d'étude sur l'appareillage des personnes handicapées

CERTAM : Centre d'évaluation et de recherche sur les technologies pour les aveugles et les malvoyants

CENTICH : Centre d'expertise nationale des technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie

CICAT : Centre d'information et de conseils en aides techniques

CCLIN : Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNAM (le) : Conservatoire national des arts et métiers

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Cnedimts : Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSARR : Catalogue spécialisé des actes de rééducation et réadaptation

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DGS : Direction générale de la santé
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la sécurité sociale
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESATIN : European assistive technology information network
ESS : Économie sociale et solidaire
HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LPPR : Liste des produits et prestations remboursables
MDA : Maison de l'autonomie
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MOOC : Massive open online course
MPR : Médecin de médecine physique et réadaptation
MSA : Mutualité sociale agricole
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONDPC : Objectif national de développement professionnel continu
PCH : Prestation de compensation du handicap
PTA : Plateforme territoriale d'appui
RAMQ : Régie d'assurance maladie du Québec
REP : Responsabilité élargie des producteurs
SAAD : Service d'aide à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SCIC : Société coopérative à intérêt collectif
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

SNITEM : Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

SOFMER : Société française de médecine physique et réadaptation

SSR : Soins de suite de réadaptation

UFAT : Union des fabricants d'aides techniques

USPO : Union des syndicats des pharmaciens d'officine

Contacts

Dr Philippe Denormandie :
philippe.denormandie@groupe-nehs.com

Cécile Chevalier :
cecile.chevalier@cnsa.fr