

Evaluation des dispositifs de télé-ergothérapie en Bourgogne-Franche-Comté

Synthèse



Table des matières

Introduction	3
Méthodologie	5
1. Une approche qualitative	7
2. Une approche quantitative	7
Synthèse des analyses par dispositif	8
1. La télé-ergothérapie dans le cadre du DSH	8
2. La télé-ergothérapie dans le cadre des PAP	10
3. La télé-ergothérapie pour les SAAD dans le Jura	14
4. Une approche globale de l'ergothérapie dans la Nièvre	16
Enseignements tirés de l'étude	18
1. Des expérimentations à poursuivre et pérenniser	18
2. Des ajustements et évolutions à engager	19
2.1. Le DSH	19
2.2. Les formations auprès des SAAD	21
3. Amplifier la valorisation du rôle des ergothérapeutes	22
4. Des évolutions du contexte réglementaire et des politiques publiques à suivre	23
4.1. Le Plan antichute régional	23
4.2. Ma Prime Adapt'	23
4.3. La création des services autonomie	24
4.4. Le centre de ressources et de preuves	24
4.5. Les résultats des expérimentations EqLAAT	25
Conclusion	26

Introduction

La Carsat Bourgogne-Franche-Comté a favorisé en région l'intégration de la télé-ergothérapie à plusieurs dispositifs de prévention destinés aux publics retraités et aux professionnels de services à domicile, en particulier en période de crise sanitaire Covid-19. Avec Merci Julie, entreprise accompagnée par VIVA Lab¹, la télé-ergothérapie (téléexpertise et téléconsultation) a ainsi été intégrée depuis 2020 dans plusieurs schémas de soutien de la prévention à domicile, avec des modèles de financements variés (Carsat BFC, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), financements personnels, etc.).

Le PGI a été l'une des parties prenantes de ces évolutions récentes qui se prêtent à la recherche-action :

- A travers le repérage, l'instruction, puis le suivi et la valorisation du projet innovant de télé-ergothérapie de Merci Julie au sein du pôle VIVA Lab en 2019,
- Par la réalisation de l'évaluation complète du DSH (dispositif de sortie d'hospitalisation) de 2019 à 2021, l'un des dispositifs régionaux ayant intégré la téléconsultation d'ergothérapie
- Et enfin, en tant que coordinateur associé du programme d'études scientifiques GEOHDE² qui vise à déterminer les innovations à intégrer et à soutenir pour des habitats offrant la liberté de choix aux personnes âgées.

Sont aujourd'hui concernés par cette étude :

- La **téléconsultation auprès des retraités bénéficiant du DSH** pour des conseils posturaux et l'identification de besoins complémentaires en adaptation de logements ou en aides techniques. Déployée sur toute la région auprès des publics retraités, celle-ci permet également un repérage accru des fragilités avec une orientation réactive vers les acteurs adéquats.
- **Des visites à domicile** avec préconisations renforcées d'aides techniques par les ergothérapeutes assorties **d'un suivi en téléconsultation** pour leur bonne prise en main, dans le cadre des plans d'accompagnement personnalisés (PAP) dès lors qu'un kit prévention (avec aides techniques) a été préconisé par l'évaluateur de besoins d'aide à domicile (EBAD). Le dispositif est déployé dans les 8 départements de la région (dont 6 en partenariat avec les CFPPA) auprès des publics retraités.
- Un **programme de sensibilisation à la télé-ergothérapie**, en expérimentation dans le Jura auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) conventionnés « offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite » (OSCAR), consistant en des séances de prévention des risques professionnels, notamment des troubles musculosquelettiques (TMS) des aides à domicile puis des formations avec

¹ VIVA Lab : pôle coordonné de soutien aux innovations de prévention de la perte d'autonomie des retraités.

² GEOHDE : GENérations autOnomie Habitats Domotique Evaluation – [fiche de résultats et état de l'art en ligne](#)

utilisation de la technique de télé-expertise au cours des interventions à domicile pour mieux appréhender l'ergonomie des logements et mieux utiliser les aides techniques.

- La création et expérimentation d'une « **ergothèque**³ » dans la Nièvre pensée comme une approche locale globale de l'accompagnement, concernant les dispositifs PAP, DSH et SAAD. Le schéma prévoit de la **téléconsultation avec des publics retraités** pour affiner les besoins en aides techniques, suivie de **visites à domicile** en présence des SAAD pour confirmer le diagnostic fait à distance, présenter et prêter des aides techniques pour la période prescrite. Enfin, il s'agit de recycler les aides techniques pour pérenniser vertueusement la démarche.

L'un des enjeux, pour les financeurs et co-financeurs de ces innovations de service, réside dans l'objectivation des résultats et des impacts de cette phase expérimentale. Les différents dispositifs précités constituent un projet régional pluridimensionnel de prévention qui, à ce jour, se prête à une phase évaluative rigoureuse, avec une attention portée à la question des usages et de l'acceptabilité.

Dans ce contexte, l'évaluation proposée est axée sur **l'impact**, fortement lié aux **usages et à l'acceptabilité** de cette dimension nouvelle de télé-ergothérapie. Différents enjeux traversent cette expérimentation de télé-ergothérapie préventive innovante :

- Le domicile comme lieu de santé et de e-santé ;
- Le numérique au domicile, lieu de vie et lieu d'intervention professionnelle ;
- Le développement et le partage de compétences, pour valoriser le métier d'aide à domicile et concourir à l'inclusion numérique ;
- La coordination renforcée des acteurs ;
- Le renforcement de l'ergothérapie en faveur du vieillissement en santé à domicile ;
- L'intégration personnalisée et pérenne des aides techniques favorables au vieillissement à domicile.

Ce document présente ainsi la synthèse des analyses de l'étude, livrées aux financeurs et partenaires en janvier 2023.

³ Aussi appelée « recyclothèque ».

Méthodologie

Nous avons fait le choix d'analyser chaque dispositif indépendamment, grâce à une méthodologie mêlant approches qualitatives et quantitatives. Ce choix résulte de la diversité des quatre dispositifs. Ces derniers concourent au même objectif final – le repérage des situations de fragilité et la réponse adaptée et personnalisée via notamment les aides techniques et aménagements du logement dans une logique de prévention de la perte d'autonomie – mais leur mode de fonctionnement est différent comme le montre le schéma ci-après :

Télé-ergothérapie dans le cadre du DSH

Retraités bénéficiaires du DSH

Appel unique au moment de la sortie de l'établissement



Ergothérapie et télé-ergothérapie de suivi dans le cadre des PAP

Retraités bénéficiaires d'un kit « aides techniques » préconisé par l'EBAD

Visite à domicile



3 appels de suivi



Formation et sensibilisation à l'ergothérapie et télé-expertise pour les SAAD

Sensibilisation auprès des équipes des SAAD

Mise en pratique lors d'une télé-expertise au domicile



Ergothèque dans la Nièvre

Orientation de la demande par les partenaires : Carsat / Département, professionnels de santé, etc.

Visite à domicile en présence des SAAD pour l'évaluation, la sélection des solutions et le prêt du matériel



Appels de suivi selon évolution des besoins



1. Une approche qualitative

L'approche qualitative retenue nous a permis d'investiguer, via des entretiens semi-directifs, les **usages et l'acceptabilité de la télé-ergothérapie, des adaptations et des aides préconisées**, auprès des retraités bénéficiaires d'une télé-ergothérapie à la suite d'une sortie d'hospitalisation (que nous appellerons « DSH » par la suite), des retraités ayant eu une visite à domicile puis des appels de suivi (dit « dispositif PAP » par la suite dans le rapport), ainsi que leurs proches.

Auprès des services à domicile, nous avons pu investiguer **les usages et l'acceptabilité de nouvelles pratiques professionnelles liées à la télé-ergothérapie**. Précisons d'emblée que pour cette partie les résultats sont donnés à titre d'illustration car les analyses ont été menées sur la base de trois entretiens individuels.

Ces analyses ont été éclairées par les propos des ergothérapeutes, réunis lors d'un focus-group, et interrogés sur la **perception et l'évolution de leur métier à travers la télé-ergothérapie**, en termes de pratiques et de relation d'aide aux bénéficiaires (aides à domicile et retraités).

2. Une approche quantitative

Il s'agit ici, pour les dispositifs DSH et PAP, d'accompagner l'approche qualitative afin de tenter d'objectiver l'impact en santé de ces nouvelles pratiques grâce à :

- Une **recherche d'informations par questionnaires** auprès des retraités sur l'impact en prévention santé de l'intervention des ergothérapeutes : conseils, adaptations de logements, aides techniques, intégrées, ou non, durablement, ou non, à la vie quotidienne au domicile ;
- Une **recherche d'occurrences** par exploration de bases de données anonymisées, selon les dispositifs de télé-ergothérapie ciblés par l'évaluation ;
- Une **analyse comparative** entre personnes concernées par les PAP ou DSH « classiques » *versus* avec télé-ergothérapie.

Synthèse des analyses par dispositif

1. La télé-ergothérapie dans le cadre du DSH

Le DSH a été créé par le GIE IMPA en 2007⁴ et est un des axes phares de prévention clairement identifié en Bourgogne-Franche-Comté pour l'accompagnement décloisonné qui contribue à un soutien à domicile de qualité, indispensable pour retarder au maximum l'entrée en dépendance. Il bénéficie chaque année, en moyenne, à près de 5 000 ressortissants retraités.

L'expérimentation conduite par Merci Julie consiste à proposer à tous les ressortissants retraités Carsat bénéficiant du DSH, sur l'ensemble de la région, une téléconsultation⁵ d'ergothérapie afin :

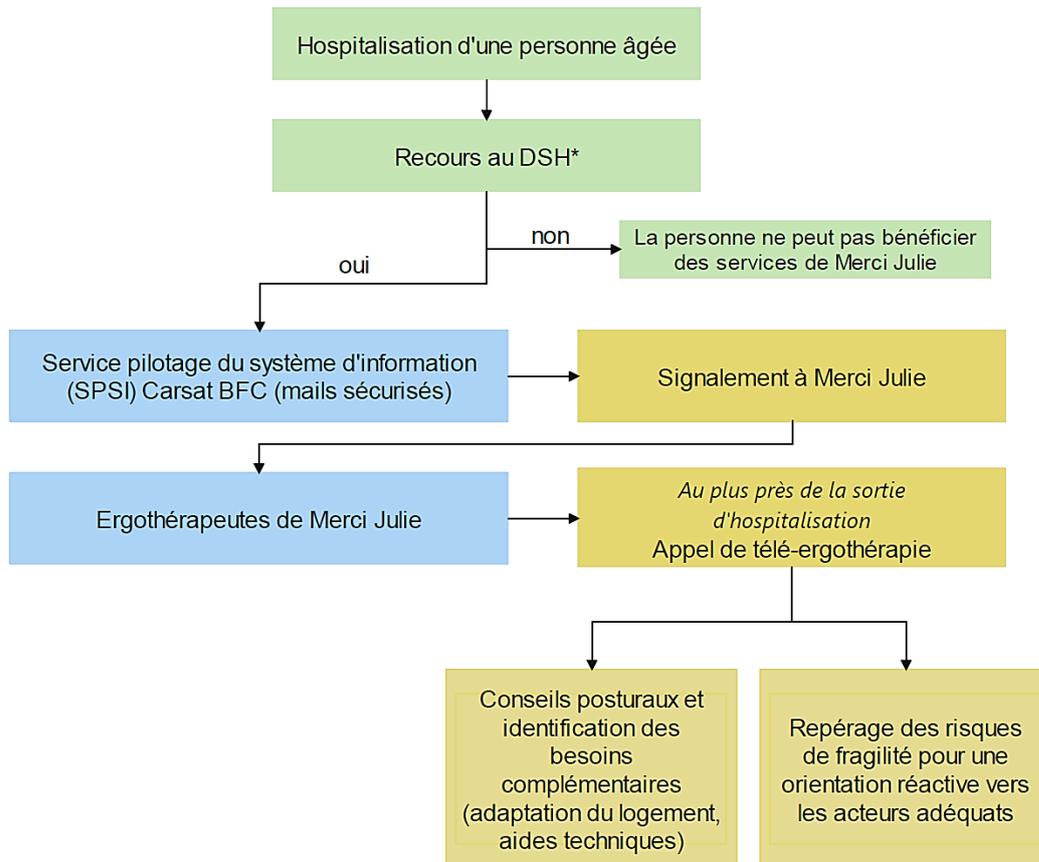
- D'apporter des conseils posturaux et d'identifier des besoins complémentaires en matière d'adaptation du logement et aides techniques ;
- De repérer d'éventuels risques de fragilité afin d'envisager une orientation réactive vers les acteurs adéquats.

C'est la modalité 100 % distancielle, via la télé-ergothérapie, qui a été retenue ici car particulièrement adaptée au contexte de mise en place de l'expérimentation : il s'agissait en effet – tout particulièrement pendant la période de forte crise liée au Covid-19 – d'apporter **une réponse rapide pour faciliter la transition hôpital – domicile** et **diminuer les séquelles** de la phase d'hospitalisation.

Le schéma ci-après synthétise le parcours de la télé-ergothérapie au sein du DSH.

⁴ Le Groupement d'Intérêt Économique « Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées » (Gie IMPA) a été créé par la Carsat de Bourgogne Franche-Comté, la MSA de Franche-Comté, la Caisse régionale MSA de Bourgogne et l'ex RSI Franche-Comté.

⁵ Celles-ci sont réalisées par téléphone.



* Voir schéma relatif au DSH

Légende

- Phases du dispositif
- Acteurs du dispositif
- Tâches accomplies par les acteurs

Notre évaluation a permis de constater que **la télé-ergothérapie contribue à aller un cran plus au-dessus que le DSH** classique en apportant des conseils personnalisés par un professionnel ergothérapeute (quand les référents hospitaliers proposaient jusque-là peu d'aides techniques dans leurs préconisations). Cet appel permet également indirectement à l'ergothérapeute de **repérer des fragilités** et certaines situations complexes, et de **faciliter la coordination des acteurs** en faveur d'une réponse la plus adaptée possible aux besoins.

Sur le terrain, nous constatons d'ailleurs que les retraités bénéficiaires de ce dispositif trouvent *in fine* les conseils utiles, assez simples à mettre en place et le cas échéant améliorant confort et autonomie.

Mais pour que ce dispositif permette de manière plus efficiente de lever des freins à l'acceptabilité des aides techniques, et de favoriser une prise de conscience quant à l'adaptation du logement, des évolutions semblent nécessaires.

En effet, la première difficulté tient au processus, **prévoyant un appel unique** et intervenant dans une période de fragilisation à la suite de l'hospitalisation.

La **méfiance engendrée par ce mode de prise de contact** peut freiner la prise en compte des conseils et des difficultés subsistent car elles ne peuvent pas toutes être traitées par l'ergothérapeute dans ce temps court. Elles sont de deux ordres :

- La crainte du reste à charge ;
- Les démarches administratives, reposant essentiellement sur les aidants proches.

Se pose aussi la question dans ce dispositif de l'amélioration de la coordination entre les équipes hospitalières et les ergothérapeutes afin d'optimiser la complémentarité des conseils apportés et pour laisser une plus grande place aux aides techniques en complément de l'aide humaine, souvent privilégiée par les retraités.

En effet, pour les personnes vivant seules, l'aide humaine représente souvent leur seule visite quotidienne, ce qui peut expliquer certaines réticences envers les aides techniques, surtout si elles ne sont pas présentées comme venant en complément de l'humain.

Enfin, la **prise en compte du rôle de l'aidant** est primordiale dans ce type de dispositif pour éviter que la mise en place des préconisations vienne en surcharge de l'aide déjà apportée, mais que celles-ci puissent au contraire le soulager au quotidien. L'aidant doit être considéré comme un véritable allié de l'ergothérapeute pour permettre une plus grande acceptabilité des conseils et un recours facilité aux aides techniques, qui doivent nécessairement être présentées pour leur plus-value auprès de la dyade aidant-aidé.

2. La télé-ergothérapie dans le cadre des PAP

Mis en place par l'Assurance retraite, les plans d'accompagnement personnalisés (PAP) sont proposés aux retraités autonomes fragiles qui ont un besoin d'accompagnement individuel adapté à leurs besoins sur trois volets :

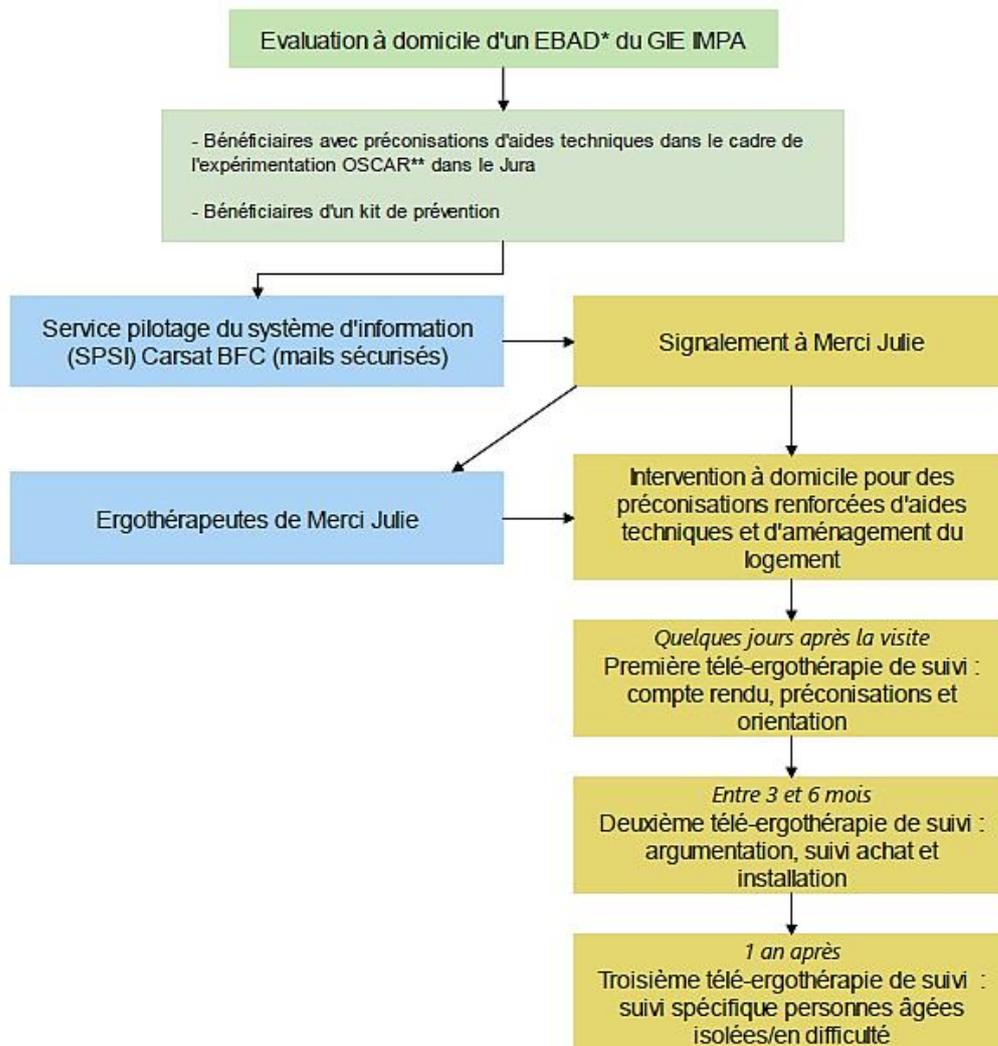
- L'aide à la vie quotidienne à domicile (entretien du linge, confection ou portage des repas, livraison des courses, etc.) ;
- La sécurité : téléassistance notamment ;
- La mobilité : faciliter l'accompagnement pour des déplacements ponctuels.

La Carsat BFC expérimente ainsi sur l'ensemble des départements de Bourgogne-Franche-Comté, parfois avec l'appui des CFPPA, l'apport de la télé-ergothérapie et de l'ergothérapie préventive via une double approche :

- Une visite à domicile d'un ergothérapeute, déclenchée lorsqu'un kit prévention a été préconisé par l'EBAD ;
- Complétée de trois appels de télé-ergothérapie permettant de vérifier la bonne prise en compte des préconisations puis leur installation et prise en main.

Cette double modalité trouve ici son intérêt car les appels de suivi permettent de compléter l'intervention de l'ergothérapeute à domicile et s'inscrivent sur une temporalité plus longue.

Le parcours est explicité sur le schéma ci-après.



* EBAD : évaluateurs des besoins à domicile

** OSCAR : Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite

Légende

- Phases du dispositif
- Acteurs du dispositif
- Tâches accomplies par les acteurs

L'analyse menée montre combien les deux dispositifs proposés dans le cadre du DSH et du PAP sont **différents**.

Ici, il s'agit bien d'accompagner des personnes déjà bénéficiaires d'un plan d'aide et donc repérées par les caisses de retraite comme ayant besoin d'un accompagnement renforcé dans les actes de la vie quotidienne. Les aides techniques et propositions d'aménagements préconisées par l'ergothérapeute viennent en complément des aides humaines, apportées tout autant par les professionnels que les aidants proches, permettant aux retraités de **conserver plus d'autonomie** dans les gestes de la vie quotidienne : déplacements, transferts, hygiène, etc.

Le processus mis en place est tout particulièrement intéressant et pertinent car il permet lors de la visite de **tester des aides techniques** puis de bénéficier d'un **suivi sur le long terme** pour partager avec l'ergothérapeute les éventuelles difficultés rencontrées : acquisition, prise en main, etc. Cela facilite l'adoption des bonnes pratiques, les ergothérapeutes ayant constaté sur le terrain que tout se passait dans les premiers mois d'utilisation.

C'est donc bien ce **contact renforcé avec l'ergothérapeute** qui permet d'aller plus loin dans **l'acceptabilité des conseils apportés**, au service d'une plus grande prise de conscience de leur intérêt en termes d'adaptation des logements et de prévention de la perte d'autonomie. Le fait que les aidants soient plus fortement associés à cette démarche influence également cet aspect.

3. La télé-ergothérapie pour les SAAD dans le Jura

Le territoire du Jura bénéficie d'une expérimentation complémentaire concernant la télé-ergothérapie préventive. Sur le département, certains services d'aide à domicile (SAAD) sont conventionnés avec la Carsat pour expérimenter la nouvelle génération de plans d'aides, intitulés [OSCAR](#), qui ont pour vocation, à terme, de remplacer les PAP. Les prestations proposées sont à la fois individuelles et collectives via : un forfait prévention (comprenant, par exemple, des aides techniques et petits travaux), des heures d'accompagnement et de prévention à domicile ainsi que l'accès à des programmes de prévention collectifs.

L'expérimentation menée avec Merci Julie concerne, ici, ces SAAD conventionnés afin de leur proposer un programme de sensibilisation à la télé-ergothérapie via :

- Des séances de sensibilisation axées sur la prévention des risques professionnels, notamment les TMS ;
- Une formation à l'utilisation de la technique de la télé-expertise au cours des interventions à domicile afin de mieux appréhender l'ergonomie des logements et mieux utiliser les aides techniques au bénéfice des retraités comme des intervenants.

La méthodologie initiale prévue pour l'évaluation de ce dispositif n'a pas pu être entièrement mise en œuvre, du fait de freins conjoncturels et structurels importants au sein des structures concernées. Les séances de sensibilisation et de formations proposées par Merci Julie ont nécessité davantage de temps pour leur mise en place, ce qui n'a permis – au vu du calendrier de notre étude – de ne réaliser que trois entretiens auprès d'aides à domicile, à la place d'un focus groupe collectif.

L'expression des trois aides à domicile rencontrées individuellement est donc à relativiser dans notre analyse, dont la conclusion est en premier lieu de **mener une vraie démarche de conduite du changement auprès des SAAD**, afin de les convaincre de l'intérêt et de la plus-value d'un tel projet en termes de prévention des risques professionnels.

Notre étude s'intéressant à l'impact de la télé-ergothérapie en prévention à domicile, on constate ici combien les professionnelles de ce secteur ont un rôle à jouer, en étant à la fois formées mais également convaincues de l'intérêt des aides techniques, tout à la fois au bénéfice des retraités qu'elles accompagnent que pour leurs propres pratiques et en prévention des risques professionnels.

Le domicile revêt en effet ici un caractère particulier puisqu'il devient le **lieu de travail** de ces professionnelles, avec un enjeu de prévention santé et d'apports de la e-santé via l'introduction d'outils tels que la télé-ergothérapie.

Si l'on perçoit dans les retours des entretiens avec les retraités l'importance de **l'intimité** liée au domicile, il faut également prendre en compte les risques encourus par les professionnelles, et donc les risques répercutés sur les personnes âgées accompagnées, lorsque le domicile n'est pas adapté.

Au travers du discours de ces professionnelles on comprend bien la limite de leur intervention avec l'appui de la télé-ergothérapie, du fait de **l'intrusion** ressentie avec l'outil de la télé-expertise. Ajoutons à cela le **manque d'équipement** des services d'aide à domicile, ne permettant pas de mettre en pratique ces techniques.

Notre évaluation permet donc de faire émerger des pistes de réflexion restant à approfondir. Nous pouvons cependant mettre en lumière les freins liés à la mise en place d'une telle expérimentation, qui sont **structurels et conjoncturels** avant tout. En effet, lorsque les formations sont mises en place, ces professionnelles s'emparent des outils à leur disposition et évoquent la valorisation que cela apporte dans leurs pratiques au quotidien.

Une sensibilisation de l'ensemble de la chaîne hiérarchique des services d'aide à domicile doit avoir lieu afin d'intégrer ces formations dans leurs pratiques pour faire des professionnelles une porte d'entrée de la prévention santé auprès des retraités des bénéficiaires, ce qui participera à valoriser leur métier par les innovations apportées, au bénéfice *in fine* de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement proposé.

4. Une approche globale de l'ergothérapie dans la Nièvre

Sur le territoire nivernais, une expérimentation pionnière en région a été lancée avec le soutien de la CFPPA 58.

Il s'agit d'une approche locale et globale de l'accompagnement concernant tout à la fois les bénéficiaires de PAP, du DSH et plus largement d'un service d'aide à domicile et visant la création d'une ergothèque.

Concrètement le dispositif se déroule en plusieurs étapes :

- Téléconsultation avec les bénéficiaires retraités pour affiner les besoins en aide technique ;
- Visites à domicile en présence des SAAD pour confirmer le diagnostic fait à distance, présenter et prêter les aides techniques pour la période prescrite ;
- Recyclage, le cas échéant, des aides techniques pour pérenniser vertueusement la démarche.

L'expérimentation est ainsi menée en étroite collaboration avec l'association pour le prêt d'appareillage aux malades et paralysés (APAMP), qui est spécialisée dans la prescription de matériel adapté aux besoins des bénéficiaires.

Le choix de la présentation de ce dispositif en fin du rapport permet de bien montrer en quoi il rassemble tous les points clés des précédentes démarches en proposant un véritable **parcours d'accompagnement coordonné** au service de **l'intégration facilitée, rapide et pérenne** des aides techniques et aménagements du domicile.

Le fait de pouvoir tester puis prêter les aides techniques aux retraités lève la majorité des freins que nous avons mis en lumière au travers de nos différentes analyses, principalement celui du reste à charge et des démarches administratives. Il s'agit d'une vraie démarche vertueuse permettant cette possibilité de prêt, puis de **reconditionnement des aides techniques**, proposées alors à moindre coût.

Comme tout dispositif expérimental, la principale difficulté, et donc enjeu, tient à sa **pérennité**, le financement étant pour le moment assuré de manière transitoire par les CFPPA, dans la Nièvre mais aussi dans le Doubs qui vient de donner son accord pour la mise en place d'une ergothèque⁶.

Pour favoriser la démonstration de l'intérêt de ce type de dispositif, le PGI – chargé depuis avril 2022 par l'ARS BFC de décliner le Plan antichute des personnes âgées à l'échelle régionale – a choisi de proposer à Merci Julie, ainsi qu'à la Mutualité française Saône-et-Loire, d'être co-pilotes

⁶ En 2023, depuis la rédaction de ce rapport, deux autres ergothèques ont vu le jour : en Haute-Saône et en Côte-d'Or.

d'une fiche action portant sur les modèles d'économie circulaire des aides techniques. Cette action, menée jusqu'à fin 2024, facilitera **l'intégration de ces dispositifs en région** afin d'augmenter le taux d'équipement des personnes âgées, dans une logique de coopération renforcée entre acteurs.

Il s'agira de démontrer la plus-value de ces démarches pour envisager une pérennisation par différents biais, conditionnée aux évolutions des politiques publiques : financements possibles dans le cadre de la 5^e branche, opportunités ouvertes par le déploiement de Ma Prime Adapt', pérennisation des équipes EqLAAT actuellement expérimentées via un article 51, etc.

Enseignements tirés de l'étude

1. Des expérimentations à poursuivre et pérenniser

Un des premiers enseignements de cette étude concerne l'intérêt et la pertinence de ce dispositif innovant, à la fois pour les retraités et pour les professionnels du domicile.

Il nous semble donc essentiel de **continuer voire de pérenniser** ces expérimentations pilotes dans une logique de parcours d'accompagnement global.

Comme cela a été évoqué dans de multiples rapports, un des derniers en date étant celui de Luc Broussy en 2021, le logement adapté est une condition indispensable pour bien vieillir chez soi : « *sans logement adapté, difficile d'affronter les premières fragilités en toute quiétude. Sans logement adapté, difficile d'éviter les risques de chutes avec des conséquences parfois fatales* »⁷. C'est d'ailleurs dans cette optique que le gouvernement a souhaité mettre en place dès 2022 le [Plan antichute des personnes âgées](#) avec entre autres deux axes forts que sont l'aménagement du logement et les aides techniques à la mobilité pour lesquels les ergothérapeutes sont fortement mobilisés.

Ajoutons à ce contexte politique, celui des caisses de retraite, qui depuis 2021 font évoluer l'offre de service pour soutenir l'autonomie à domicile des retraités fragilisés. Une nouvelle génération de plans d'aides, **OSCAR** (Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite) est ainsi expérimentée dans toutes les régions de France avec pour ambition de remplacer à terme les anciens PAP. C'est d'ailleurs auprès de SAAD conventionnés OSCAR dans le Jura que l'expérimentation des séances de formation et à l'utilisation de la télé-expertise a été proposée.

La démarche mise en place avec OSCAR s'inscrit ainsi dans une **approche résolument centrée sur la prévention**, plaçant le retraité au cœur d'un accompagnement personnalisé et coordonné, proposant notamment :

- Des prestations de prévention : petits travaux, aides techniques, livraison de courses, etc.
- Des heures d'accompagnement et de prévention à domicile ;
- Des programmes de prévention : ateliers collectifs, orientation vers les offres de partenaires locaux, etc.

Les ergothérapeutes de Merci Julie, missionnés par la Carsat dans le cadre du DSH et des PAP (en cours d'évolution vers OSCAR), s'inscrivent donc dans cette logique de coordination et viennent ainsi collaborer avec les référents hospitaliers, les EBAD ou encore les professionnels des SAAD afin de proposer un **accompagnement renforcé au service de l'adaptation préventive des logements**.

⁷ « Nous vieillirons ensemble : 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations », Luc Broussy, mai 2021

Dans le cadre du DSH cela permet de repérer de manière préventive des situations complexes ou des personnes à risque de chute et d'apporter un premier niveau d'information sur les aides techniques et aménagements du logement. Cette logique est poursuivie et accentuée dans le cadre de l'accompagnement proposé aux bénéficiaires d'un PAP, ou dans le cadre de l'ergothérapie, avec un suivi de long terme, des essais d'aides techniques et un accompagnement dans les démarches administratives pour le financement. **Ce sont ces contacts répétés, sur un temps long, qui permettent d'aboutir à l'adoption de nouvelles pratiques et nouveaux comportements, tout en levant les différents freins bien identifiés, parmi lesquels ceux de la confiance, de l'information ou encore du coût.**

2. Des ajustements et évolutions à engager

Pour que la réussite de ces démarches soit optimale, nous avons identifié plusieurs leviers d'amélioration et d'évolution, notamment concernant le processus au sein du DSH, et l'intégration des formations auprès des SAAD.

2.1. Le DSH

Le processus mis en place dans le cadre du DSH vient répondre à une demande déjà identifiée lors de l'évaluation menée par le PGI en 2020-2021 : faire en sorte que les retraités fassent davantage appel aux forfaits permettant d'acquérir des aides techniques, en cas de besoin identifiés par les professionnels.

Ce premier pallier de l'information est acquis grâce à l'appel de l'ergothérapeute mais c'est dans ce dispositif que notre analyse a fait remonter le plus de limites.

L'appel unique engendre en effet une certaine méfiance de la part des retraités, déjà beaucoup sollicités par des démarcheurs en tout genre et n'étant que peu familiers avec le rôle d'un ergothérapeute. Si les conseils sont perçus comme utiles et bien souvent mis en place, les freins subsistent davantage et les retraités auront plus tendance à ne pas recourir aux dispositifs existants par manque d'accompagnement.

Notre évaluation a ainsi permis de suggérer plusieurs niveaux d'ajustements pour amplifier l'impact de ce dispositif, des évolutions ayant par ailleurs déjà été mises en place depuis, identifiées ci-après dans les encadrés de couleur.

Créer du lien avec l'évaluation du référent hospitalier

Le premier niveau d'évolution possible permet de conserver le même format, via un appel unique, éventuellement doublé d'un appel de bilan, en agissant principalement sur l'un des freins relevé durant notre évaluation, **celui de la confiance accordée au professionnel**. Il s'agirait ainsi d'anticiper l'annonce de l'appel de l'ergothérapeute, via le référent hospitalier, en sensibilisant

d'abord ces professionnels à l'importance du rôle de celui-ci, permettant que l'appel soit mieux compris et donc les préconisations prises en compte.

Un second niveau porte sur la personnalisation accrue de l'appel en fonction de l'évaluation réalisée par le référent hospitalier, qui prépare la sortie et active le DSH. Des critères de fragilité sont alors cochés dans la fiche de liaison, dont un qui s'intitule « l'habitat n'est pas totalement adapté ou accessible ». Il pourrait donc être pertinent que les ergothérapeutes aient un appui plus attentif pour ces dossiers, en priorisant par exemple un second appel de bilan sur ces situations s'il n'est pas possible de le généraliser à l'ensemble des bénéficiaires.

Evolutions déjà engagées :

A noter qu'en 2023, après le rendu de ce livrable, plusieurs évolutions ont déjà vu le jour en ce sens. Il s'agit ici de **temps d'information organisés** avec les référents hospitaliers, permettant de les sensibiliser davantage à la télé-ergothérapie et au repérage des fragilités.

Un rapprochement des modalités de fonctionnement entre les dispositifs DSH et PAP

Un autre niveau d'évolution porte quant à lui sur un rapprochement entre les modalités de fonctionnement, pour aboutir dans le DSH à un processus se rapprochant de ce qui est proposé pour les bénéficiaires d'un PAP. **Il est nécessaire cependant d'envisager la faisabilité de ces préconisations, notamment en termes de coût et de complexité organisationnelle**, le DSH étant situé sur un temps court (maximum 12 semaines après le retour à domicile).

Cela permettrait ainsi aux retraités de bénéficier de conseils et d'accompagnement sur un temps plus long, de remonter les différentes difficultés et de mettre en œuvre les conseils plus aisément. Le DSH étant proposé sur un maximum de 12 semaines, il pourrait être envisagé a minima un second appel pour tous les retraités, à programmer environ un mois après le premier, permettant de constater les éventuelles difficultés dans la mise en place des préconisations et de **proposer des ajustements et d'autres conseils** le cas échéant.

A noter que cette modalité a été testée par Merci Julie dans quelques situations, sans mesure possible d'efficacité à ce stade.

Dans le cas du repérage de situations particulièrement complexes, il pourrait être pertinent que l'ergothérapeute propose plus systématiquement une visite à domicile, ou une orientation vers l'ergothèque si elle existe sur le territoire en question. Cette proposition trouvera sans doute écho à partir de 2024 si les personnes, à la suite du DSH, se voient proposer de monter un dossier dans le cadre de Ma Prime Adapt'.

Evolutions déjà engagées :

A noter qu'en 2023, après le rendu de ce livrable, plusieurs évolutions ont déjà vu le jour en ce sens. Le dispositif a en effet évolué pour **intégrer des visites complémentaires à domicile** lorsque le premier appel a permis à l'ergothérapeute de repérer l'un de ces critères de fragilité :

- La personne est sujette à des risques de chute (chutes répétées et/ou motif d'hospitalisation) ;
- La personne âgée est isolée et ne peut pas sortir de chez elle.

Personnaliser le dispositif selon le PAP déjà existant

Comme nous l'avons constaté en analysant les bases de données fournies par la Carsat, environ 15 % des retraités étaient déjà bénéficiaires d'un PAP avant de bénéficier du DSH lors de leur hospitalisation.

Dans ce cas de figure, il nous semble important qu'un lien plus fort se tisse entre les ergothérapeutes et les EBAD pour les bénéficiaires ayant déjà un score FRAGIRE⁸, avec un regard plus attentif porté aux retraités ayant un score supérieur à 60, ce qui relève d'un niveau de fragilité élevé et un risque plus important de basculement dans la dépendance.

Evolutions déjà engagées :

A noter qu'en 2023, après le rendu de ce livrable, la Carsat a entamé une réflexion globale, en lien avec les résultats de la cohorte FRAGIRE, pour optimiser l'accompagnement et l'orientation des retraités fragiles dans le cadre d'un PAP.

2.2. Les formations auprès des SAAD

Comme nous l'avons indiqué à plusieurs reprises, notre évaluation a permis de constater les nombreuses difficultés inhérentes à ce secteur, freinant la mise en œuvre de cette expérimentation, lorsque les quelques retours d'expérience sont pourtant très positifs.

⁸ La grille FRAGIRE est un outil d'évaluation visant à détecter les personnes âgées retraitées, en GIR 5-6, à risque de fragilité. Cet outil permet donc de connaître le niveau de fragilité de la personne et ainsi de proposer une aide adaptée.

A ce sujet, nous préconisons tout particulièrement de **valoriser et diffuser largement les premiers résultats de l'expérimentation** pour inciter les SAAD à s'emparer de ce programme de formation.

Dès la première réunion du comité de pilotage de cette étude, il a été décidé d'inviter les acteurs de l'aide à domicile membres du PGI dans la gouvernance, pour cet axe concernant les SAAD. L'UNA BFC s'est ainsi montrée intéressée.

Nous préconisons donc d'organiser, une restitution et une valorisation de cette expérimentation auprès de l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile conventionnés avec la Carsat BFC, et plus largement avec les fédérations membres du PGI.

Il faut en effet que les SAAD et leurs fédérations comprennent le sens et l'impact de ce type de formation pour s'en emparer et faire évoluer l'offre en ce sens.

3. Amplifier la valorisation du rôle des ergothérapeutes

Un des constats ressortis de nos analyses est celui de la méconnaissance encore importante du rôle et de la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement du parcours de vie des personnes retraitées. Si cette profession est largement inconnue des retraités et de leurs aidants, elle est encore également insuffisamment mise à profit par les autres professionnels de la prévention et des territoires.

Récemment l'ANFE a créé une infographie mettant en avant le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre des différents axes du Plan antichute et ce genre de démarche pourrait être renouvelée et amplifiée à destination du grand public.

France Assos Santé, membre de la gouvernance de cette étude, a rappelé en exemple le flyer récemment produit en région intitulé « [se repérer dans la e-santé](#) », un guide rédigé par et pour les usagers reprenant les grandes définitions et domaines de la e-santé ainsi que les outils existants (DMP, Mon Espace Santé, etc.)

Ce type de démarche pourrait tout à fait être adapté pour communiquer, via différents canaux, sur le rôle des ergothérapeutes dans l'adaptation du logement. Cela serait d'autant plus pertinent en anticipation du lancement de Ma Prime Adapt'.

Cela viendrait conforter la préconisation apportée dans le cadre du DSH, dispositif au sein duquel ce frein de confiance est le plus rencontré et pour lequel les retraités indiquent avoir mal identifié le rôle de l'ergothérapeute.

De plus, une démarche de ce type entre tout à fait dans la lignée des préconisations apportées tout récemment par la [CRSA BFC](#) au sujet du CNR Santé⁹. Les membres de la CRSA ont en effet identifié comme défi de « faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les Français » et

⁹ Auto-saisine de la CRSA en date du 14 décembre 2022, portant sur la priorisation régional CNR-Santé.

comme priorité de « reconnaître le rôle des usagers dans le système de prévention » en insistant ainsi sur la **participation citoyenne et les représentants des usagers** comme pivots pour aider les professionnels de santé à faire de la prévention.

4. Des évolutions du contexte réglementaire et des politiques publiques à suivre

Comme évoqué tout au long de notre étude, de nombreuses évolutions réglementaires et des politiques publiques vont voir le jour dans les mois / années à venir et au sein desquelles ces expérimentations liées à la télé-ergothérapie devront nécessairement prendre place.

Voici un résumé des principales évolutions en la matière.

4.1. Le Plan antichute régional

Le PGI s'est vu confier depuis mars 2022 la rédaction collective du Plan antichute régional et l'animation et coordination du collectif d'acteurs pour la mise en pratique des 16 actions identifiées jusqu'en décembre 2024.

Merci Julie est ainsi identifié comme co-pilote d'une fiche action « *tests et déploiements de modèles d'économie circulaire des aides techniques à la mobilité* » au sein de l'Axe 3, avec la Mutualité française Saône-et-Loire. Il s'agit de faire essaimer et de pérenniser largement ces modèles et le ministère a d'ores et déjà identifié cette action phare pour la mettre en valeur sur une carte nationale synthétisant les différents plans nationaux.

Plus largement, le Plan antichute régional aura comme objectifs, outre la réduction du nombre de chutes graves, de mieux se coordonner et coopérer, et mieux évaluer et diffuser, **pour des parcours antichute multidimensionnels plus qualitatifs et plus efficaces**.

L'ergothérapie et les modalités déclinées en région prennent donc toute leur place au sein de cette dynamique ambitieuse, avec à terme l'objectif de **déployer des actions sur l'ensemble du territoire et d'augmenter le taux d'équipement** en aides techniques des personnes âgées.

4.2. Ma Prime Adapt'

Nous connaissons désormais les grands contours de cette aide, qui sera lancée dès 2024.

Destinée aux personnes âgées de plus de 70 ans, sous conditions de revenus, elle permettra, peu importe son niveau d'autonomie, **d'équiper et d'adapter son logement** dans une vraie logique préventive. L'aide financière variera probablement entre 4 000 € et 5 600 €. L'un des objectifs était de simplifier les aides déjà existantes, opérées notamment par l'ANAH et la CNAV ou obtenues via le crédit d'impôt, pour fluidifier le parcours et éviter le non-recours aux droits.

4.3. La création des services autonomie

Il s'agit d'un objectif inscrit dans l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 : « *renforcer les services à domicile et favoriser l'accompagnement de qualité en créant de nouveaux services autonomie à domicile* ». Cette dénomination recouvre ainsi les SAAD, SSIAD et SPASAD actuels dont le rapprochement devra simplifier le parcours de l'utilisateur et mieux articuler les interlocuteurs pour coordonner les prestations d'aide à domicile et celles concernant le soin.

Si, *in fine*, cela permettrait à l'utilisateur de réduire le nombre d'interlocuteurs, cela risque cependant de compliquer l'organisation de ce secteur déjà très en tension, pour les mises en conformité au cahier des charges attendues d'ici 2025.

Ces évolutions s'accompagnent également de celles prévues dans le cadre du PLFSS 2023 et notamment le souhait de financer dans les plans APA deux heures supplémentaires pour l'accompagnement et le lien social.

4.4. Le centre de ressources et de preuves

Annoncé dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA 2022-2026, ce centre national de ressources et de preuves a pour missions de :

- Capitaliser les actions de prévention probantes et prometteuses ;
- Diffuser de manière accessible, notamment pour éclairer les pratiques et les décisions ;
- Elaborer des référentiels/outils d'aide à la décision (aides techniques, actions individuelles et collectives).

Inspiré du modèle des « *What Works Centers* », il s'agit d'appliquer ce modèle au domaine de la prévention de la perte d'autonomie, afin d'aiguiller et outiller les conférences des financeurs et les professionnels du champ de la prévention.

Les expérimentations de télé-ergothérapie, financées sur plusieurs territoires via les CFPPA prendront ainsi toute leur place pour la remontée des actions probantes, permettant ainsi de légitimer la pérennisation et l'essaimage des dispositifs qui auront montré leur impact positif.

En effet, l'un des axes du centre de ressources et de preuves concerne la mise en place du fonds VITAL, destiné à évaluer et aider au passage à l'échelle et à la valorisation d'initiatives territoriales prometteuses.

4.5. Les résultats des expérimentations EqLAAT

Dans le cadre du dispositif article 51, la CNSA engage depuis 2021 l'expérimentation des équipes EqLAAT (Equipe locale d'accompagnement sur les aides techniques).

Il s'agit de faire émerger des équipes de professionnels qui accompagneront, en proximité, les personnes en matière d'aides techniques, quels que soient leur âge, leurs difficultés et leurs lieux de vie. L'objectif final étant à terme de définir les activités, l'organisation et le modèle économique de ces équipes d'accompagnement en vue d'une généralisation.

Merci Julie expérimente ainsi actuellement en Normandie, avec le CCAS du Havre, ce fonctionnement, avec un binôme ergothérapeute – travailleur social pour préconiser les aides techniques et accompagner les bénéficiaires dans la recherche d'aides financières.

Les résultats seront donc intéressants à suivre pour la pérennisation de ces dispositifs et leur essaimage au sein de notre région, notamment dans le cadre de la recherche d'un modèle économique viable à long terme.

Conclusion

Le travail d'évaluation conduit par le PGI a été guidé par la recherche des impacts, fortement liés aux usages et acceptabilité, de cette dimension nouvelle de télé-ergothérapie, qui s'est développée dans un contexte tout particulier lié à la crise sanitaire.

Plusieurs sujets traversent en effet cette dynamique innovante, et les expérimentations ici évaluées par le PGI : la **coordination renforcée des acteurs**, le **renforcement de l'ergothérapie** en faveur du vieillissement en santé à domicile, **l'intégration personnalisée et pérenne d'adaptations de logements et d'aides techniques** favorables au vieillissement en santé à domicile, le **domicile comme lieu de santé et e-santé**, le **numérique au domicile**, à la fois lieu de vie et lieu d'intervention professionnelle, le **développement et le partage de compétences** qui valorisent le métier d'aide à domicile et concourent à l'inclusion numérique de personnes âgées, etc.

Le contexte de déploiement et de mise en place de ces modalités de télé-ergothérapie innovantes, avec la crise sanitaire, a permis d'accélérer ces nouvelles pratiques qui ont pu être rapidement structurées et intégrées dans les dispositifs de prévention, avec une démarche d'amélioration continue. Le déploiement de la télé-ergothérapie a été particulièrement facilité et accéléré par ce contexte, pendant lequel un recours plus systématique aux outils numériques était plébiscité ou les établissements de santé ont été confrontés à la nécessité de « libérer » des lits.

La modalité 100 % distancielle, qui a été retenue pour le DSH, répond à la contrainte d'une importante file active (entre 3 à 5 000 personnes bénéficiaires chaque année) et à l'objectif de **réponse rapide et adaptée** lors d'une hospitalisation qui fragilise la personne dans son retour au domicile. Elle présente cependant des limites, relevant notamment de l'accessibilité et de l'impact auprès de ce public.

Dans le cadre du dispositif proposé aux retraités déjà bénéficiaires d'un PAP, cette modalité vient cette fois en complément d'une visite à domicile, permettant ainsi l'efficacité de l'interaction avec le professionnel, et le suivi à distance, pour **l'adoption de nouvelles habitudes et comportements** sur un temps plus long.

Ces différentes modalités, intégrées dans le travail des acteurs du domicile, et dans le cadre du modèle expérimental de l'ergothèque, doivent permettre d'outiller les professionnels de ce secteur, et de diminuer le reste à charge en facilitant les démarches administratives pour les retraités et leurs aidants. Cette étude ne dispose pas d'un recul suffisant pour produire des conclusions précises sur ces nouvelles dimensions.

Nous avons ainsi pu constater, grâce à cette étude, combien ces nouveaux usages interrogent de nombreuses dimensions avec de forts impacts sur les représentations et les parcours de vie. Traversent ainsi cette expérimentation les enjeux du **virage domiciliaire** et des **nouveaux usages du domicile** (lieu de santé, de e-santé, lieu de l'intervention professionnelle multiple) mais aussi

la montée en compétence des professionnels du domicile dans une logique **d'attractivité et de valorisation de ces métiers** en forte tension.

Si la finalité est bien d'agir sur l'aménagement des logements et l'équipement en aides techniques de manière préventive, et par rebond de prévenir le risque de chute et de fragilisation de l'état de santé, de nombreux freins sont rencontrés, émanant tant des structures elles-mêmes que des professionnels, des retraités ou de leurs proches.

Ces freins, pour lesquels notre étude propose des premiers éléments de réponses, sont de plusieurs ordres :

- Ils émanent déjà de la nécessaire **confiance** que les retraités doivent accorder à ce professionnel, exerçant une activité – l'ergothérapie - encore peu connue, et qui les contacte (dans le cadre du DSH principalement) par téléphone sans prise de rendez-vous ;
- Les freins liés à **l'outil téléphonique**, utilisé par les ergothérapeutes dans la grande majorité des cas. Si l'outil de la visioconférence est plus complexe à mettre en place chez les retraités, le téléphone, solution plébiscitée pour le moment, reste malgré tout moins performant dans l'optique du diagnostic à distance de l'habitat ;
- Le risque, dans certain cas, **du tout distanciel** qui vient déshumaniser cette relation, la rencontre avec autrui étant infiniment plus riche et pertinente pour l'adoption de nouvelles pratiques ;
- Enfin, les **contours du domicile** qui deviennent plus flous, étant à la base le lieu par excellence de l'intime et qui, dans l'avancée en âge, devient petit à petit lieu de soin, lieu de l'accompagnement professionnel, de l'aide informelle. Une nécessaire prise de conscience et acceptation de ces évolutions doit s'opérer pour que les conseils apportés soient au bénéfice de la prévention de l'autonomie au domicile.

Les éléments issus de l'étude menée par le PGI amènent ainsi à conclure à l'intérêt de **poursuivre et pérenniser ces premières expérimentations**, au sein des dispositifs de prévention proposés par les caisses de retraite, comme auprès des professionnels de l'aide à domicile.

Des optimisations sont sans doute nécessaires à ce stade et notamment :

- En amplifiant la **sensibilisation et la valorisation du rôle des ergothérapeutes**, auprès du grand public mais aussi auprès des professionnels intervenant sur tout le parcours des dispositifs en question (référents des établissements hospitaliers, évaluateurs des caisses de retraite, etc.) ;
- En faisant évoluer, autant que possible, les **modalités d'intervention de l'ergothérapeute**, permettant notamment de doubler, quand cela s'avère nécessaire,

l'intervention en distanciel d'une présence humaine pour compléter les conseils et mieux accompagner les changements de comportement¹⁰ ;

- En **sensibilisant les fédérations et acteurs du domicile** pour permettre une inscription plus large et pérenne des formations proposées par les ergothérapeutes aux aides à domicile ;
- En **valorisant ces premières expérimentations et permettant leur inscription dans les politiques publiques** en cours : création de Ma Prim'Adapt, Plan antichute régionaux, centre de ressources et de preuves, etc.

Finalement, nous constatons que l'accompagnement ici proposé aux retraités **doit revêtir de multiples formes avec des rencontres à domicile mais aussi des modalités distancielles pour le suivi (les deux étant nécessairement complémentaires), pour que les représentations changent et que les conseils apportés résonnent en termes d'utilité et montrent leurs bienfaits pour soutenir l'autonomie et le vieillissement actif en santé.**

La **prévention santé** est un enjeu important et fait l'objet d'une construction commune au long cours, afin d'aboutir à une modification durable des comportements individuels, l'ergothérapie et la télé-ergothérapie préventive étant l'un des enrichissements possibles des propositions faites aux seniors et à leurs aidants – proches et/ou professionnels - en ce sens.

Plus globalement, la télé-ergothérapie s'inscrit aussi dans le développement de la **e-santé**, qui aujourd'hui est un incontournable de l'évolution de notre système de santé. Celle-ci vient donc apporter des **éléments d'objectivation et de réflexion pour que les modalités testées renforcent leur efficience**. Au-delà, en se projetant à moyen terme, l'étude peut aussi favoriser des **pratiques à préparer et à soutenir en lien avec les usages** des générations actuelles, mais aussi futures, de personnes retraitées, d'aidants et de professionnels du domicile.

¹⁰ Ce qui a déjà été engagé dès 2023 dans certaines situations (cf. encadré page 21).