

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 22 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 30 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT)

NOR : SPRH2222705A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) et son cahier des charges ;

Vu l'arrêté du 30 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques ;

Vu l'arrêté du 7 février 2022 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2022 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) » ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 30 mai 2022,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges figurant en annexe I de l'arrêté du 30 juillet 2021 susvisé est remplacé par le cahier des charges figurant en annexe I du présent arrêté.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 juillet 2022.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe du service des droits des femmes
et de l'égalité entre les femmes et les hommes,*

H. FURNON-PETRESCU

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,*

L. GALLET

*Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe du service des droits des femmes
et de l'égalité entre les femmes et les hommes,*

H. FURNON-PETRESCU

ANNEXES

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

EQLAAT

Equipes locales d'accompagnement sur les aides techniques

Résumé du projet

Les aides techniques sont un levier important pour l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Pourtant, elles sont encore sous mobilisées en France, notamment par manque d'accompagnement des personnes dans leur projet, depuis l'évaluation jusqu'à la proposition d'un appui aux personnes, une fois l'aide technique acquise.

Cette expérimentation, initiée par la CNSA, vise à l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées par des professionnels neutres d'intérêt commercial. Elle permettra de mieux connaître les organisations possibles et préciser un modèle de financement en vue d'une généralisation.

Elle est proposée à toute structure n'ayant pas d'action commerciale sur les aides techniques. Les porteurs retenus mettront en place, pour une durée de 24 mois, des équipes comprenant au minimum des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux pour accompagner les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dans le choix d'aides techniques, leur prise en main, notamment par des temps sur les lieux de vie des personnes. Les équipes interviendront en subsidiarité des autres acteurs (services de soins de suite et réadaptation, établissements et services médico-sociaux). Elles seront force de proposition pour le recours à des partenaires (centres experts), l'appui sur des pairs-aidants et l'accès aux aides techniques pour les essais.

L'expérimentation sera financée par des forfaits d'accompagnement. Des actions d'ingénierie pour la mise en place du projet et pour le recours aux pairs-aidants pourront être valorisés en complément.

Sommaire

1. Contexte.....	.....
2. Description de l'expérimentation .....	.....
2.1. <i>Objet de l'expérimentation</i> .....	.....
2.2. <i>Objectifs</i>.....	.....
2.2.1. Objectif stratégique .....	.....
2.2.2. Objectifs opérationnels.....	.....
2.2.3. Actions à déployer .....	.....
2.3. <i>Conditions fixes de l'expérimentation</i> .....	.....
2.3.1. Public cible .....	.....
2.3.2. Saisine des équipes .....	.....
2.3.3. Activités de réadaptation et accompagnement réalisés.....	.....
2.3.4. Subsidiarité des équipes avec les autres structures intervenant auprès de la personne .....	.....
2.3.5. Echanges d'information des équipes avec les acteurs du territoire et les professionnels dans le cadre des accompagnements .....	.....
2.3.6. Maillage et position dans le territoire .....	.....
2.3.7. Composition socle des équipes.....	.....
2.3.8. Système d'information .....	.....
2.4. « <i>Conditions souples</i> » de l'expérimentation.....	.....
2.4.1. Place des utilisateurs experts et pair-aidance.....	.....
2.4.2. Organisation des essais .....	.....
2.4.3. Mise en place du protocole de coopération de la prescription par les ergothérapeutes.....	.....
2.4.4. Maillage, couverture territoriale, partenariats et recours à des expertises.....	.....
2.4.5. Système d'information .....	.....
2.4.6. Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les équipes et d'autres financements .....	.....
2.5. <i>Financement de l'expérimentation</i> .....	.....
2.5.1. Modèle de financement : un financement forfaitaire pour les accompagnements réalisés .....	.....
2.5.2. Modalités de calcul des forfaits.....	.....
2.5.3. Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie.....	.....
2.5.4. Besoin de financement .....	.....
2.6. <i>Articulation avec la plateforme Article 51 développée par l'assurance maladie</i> .....	.....
2.7. <i>Durée de l'expérimentation</i> .....	.....
2.8. <i>Territoire d'expérimentation</i>.....	.....
3. Organisation et pilotage de l'expérimentation .....	.....
4. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....	.....
4.1.1. Aux règles de financements de droit commun.....	.....
4.1.2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins.....	.....

4.1.3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles	
5. Impacts attendus	
5.1.1. Impact en termes de service rendu aux patients	
5.1.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services.....	
5.1.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé.....	
6. Modalités d'évaluation de l'expérimentation	
7. Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation	
8. Liens d'intérêt	
9. Construction du cahier des charges	
10. Modalités de l'appel à candidatures	

1. Contexte

Les aides techniques correspondent aux matériels spécialement conçus ou directement disponibles sur le marché permettant aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées de réaliser des activités avec plus d'autonomie, de sécurité ou une meilleure performance. Elles peuvent aussi être un outil précieux pour les proches aidants et les professionnels en contribuant à la qualité des soins ou de l'aide apportée et à la prévention des troubles musculo-squelettiques liés à ces actes.

Les travaux internationaux rappellent l'importance d'un accompagnement adapté sur les aides techniques pour en améliorer le recours et optimiser leur utilisation. Plusieurs pays ont mis en place des équipes spécialement missionnées sur cet accompagnement des personnes en matière d'aides techniques. C'est par exemple le cas des « centres fauteuils roulants » mis en place par la régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

En France, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées peuvent bénéficier d'un accompagnement sur les aides techniques lors d'un séjour en service de soins de suite et réadaptation (SSR) ou au cours d'un hébergement ou d'un suivi par un établissement ou service médico-social. Toutefois, de nombreuses personnes n'ont pas du tout accès à un conseil et un accompagnement sur les aides techniques par un professionnel spécialisé et neutre d'intérêt commercial. Par exemple, il est fréquent que des personnes âgées vivant à domicile n'aient d'autre conseil que ceux de salariés d'une structure distributrice d'aides techniques. Des prescriptions et des remboursements sont parfois faits à partir d'une liste établie par les salariés de ces structures commerciales.

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

La proposition 8 du rapport invite à « 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 ».

Cette proposition a donné lieu à une annonce par le Premier ministre lors du comité interministériel du handicap (CIH) du 16 novembre 2020 : « dès 2021, une expérimentation sera mise en place pour renforcer l'évaluation des besoins et l'accompagnement des personnes dans les territoires, afin de permettre aux personnes de disposer des aides techniques les plus adaptées à leurs besoins et à leur projet de vie, et de bénéficier d'une formation à leur utilisation. » Le présent cahier des charges est la traduction de cette annonce.

L'expérimentation vise à faire émerger et mieux connaître les différents modèles organisationnels, répondant aux contextes territoriaux, pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en matière d'aides techniques.

Par exemple, les centres d'information et de conseil en aides techniques (CICAT) accueillent les personnes en situation de handicap et les personnes âgées ayant besoin d'aides techniques et peuvent évaluer leurs besoins et les conseiller indépendamment de tout intérêt commercial. Toutefois les CICAT ne couvrent que vingt départements de métropole et d'outre-mer et leurs activités peuvent différer d'un site à un autre. Enfin, les CICAT n'ont pas de financements pérennes pour leur activité. Ainsi, ce modèle propose une base intéressante mais ne saurait être généralisé en l'état. L'expérimentation permettra de faire émerger d'autres organisations et d'assurer la mise en place des conditions nécessaires à un service pérenne et de même qualité sur l'ensemble du territoire.

L'expérimentation comprend des conditions fixes (cf. 2.3) notamment sur les publics accompagnés et les missions des équipes et des objectifs définis de façon plus souple sur d'autres aspects.

2. Description de l'expérimentation

2.1. Objet de l'expérimentation

L'expérimentation concerne la mise en place d'équipes locales pour l'évaluation et l'accompagnement au choix et à la prise en main des aides techniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Ces équipes devront obligatoirement être indépendantes de toute activité commerciale sur les aides techniques. Elles seront accessibles rapidement et aisément aux personnes. Les équipes pourront tester plusieurs modalités

d'organisation notamment pour les essais, la mise en place d'action de pair-aidance et la prescription des aides techniques par les ergothérapeutes, (cf. 2.4. « Conditions souples » de l'expérimentation).

2.2. Objectifs

L'enjeu de l'expérimentation est de permettre la généralisation d'un modèle d'évaluation et d'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans le cadre de la réponse à un besoin d'aides techniques.

2.2.1. Objectif stratégique

L'expérimentation a donc comme objectif stratégique d'améliorer l'accès et la bonne adaptation des aides techniques (pertinence) pour les personnes en situation de handicap et plus particulièrement des personnes âgées.

En complément, l'expérimentation vise à définir le modèle économique des équipes qui pourrait ensuite être adopté en cas de généralisation.

2.2.2. Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels sont de :

- mettre à disposition une réponse de proximité et neutre d'intérêt commercial sur la vente ou la location d'aides techniques ;
- permettre le recours dès que nécessaire à une expertise sur les thématiques plus rares ou techniques (outils numériques, réponses aux personnes déficientes visuelles ou ayant des troubles cognitifs...).

2.2.3. Actions à déployer

Pour remplir ces objectifs, les équipes devront :

- mettre en place des équipes disposant de réadaptateurs, dont a minima des ergothérapeutes, et un ou des travailleurs sociaux et assurer les accompagnements ;
- faire connaître le dispositif au public cible et aux acteurs du territoire ;
- proposer des actions pour sécuriser et clarifier l'accès aux aides techniques pour les essais ;
- proposer des actions pour améliorer l'accompagnement par le recours à la pair-aidance.

Les professionnels réadaptateurs concernés peuvent être des auxiliaires médicaux rééducateurs (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthoptistes ou orthophonistes par exemple) ou des médico-techniques (opticien ou audioprothésistes par exemple). Quelles que soient leur formation initiale et les modalités (contrat de travail ou vacation), intervenir pour le compte d'une équipe locale d'accompagnement sur les aides techniques est incompatible avec une activité dans ou pour une structure ayant une activité commerciale par la vente, la remise en bon état d'usage, la location, la fabrication ou l'importation d'aides techniques.

2.3. Conditions fixes de l'expérimentation

2.3.1. Public cible

Les personnes ciblées dans le cadre de l'expérimentation sont les personnes en situation de handicap et les personnes âgées pour lesquelles un besoin d'aide technique est identifié. Aucune restriction n'est posée en lien avec l'âge des personnes ou leur éligibilité à des prestations définies.

Les équipes locales peuvent intervenir pour les personnes en situation de handicap ou âgées :

- qui ne sont pas accompagnées par des professionnels de la rééducation-réadaptation sur les aides techniques (ex : personnes âgées ayant un suivi médical et infirmier à domicile) ;
- qui ont été accompagnées en réadaptation mais dont le suivi a été ou sera interrompu avant que le projet sur les aides techniques puisse arriver à son terme (ex : intervention en relais d'un séjour dans un service de soins de suite et réadaptation) ;
- qui sont accompagnées par un établissement ou service médico-social ne disposant pas de l'ensemble des compétences nécessaires pour accompagner la personne en matière d'aides techniques (ex : personne en situation de handicap vieillissante accompagnée en ESAT et foyer de vie et ayant besoin d'aides techniques pour les déplacements extérieurs ou la communication).

Le point 2.3.6 précise la complémentarité à rechercher entre les différents acteurs.

2.3.2. Saisine des équipes

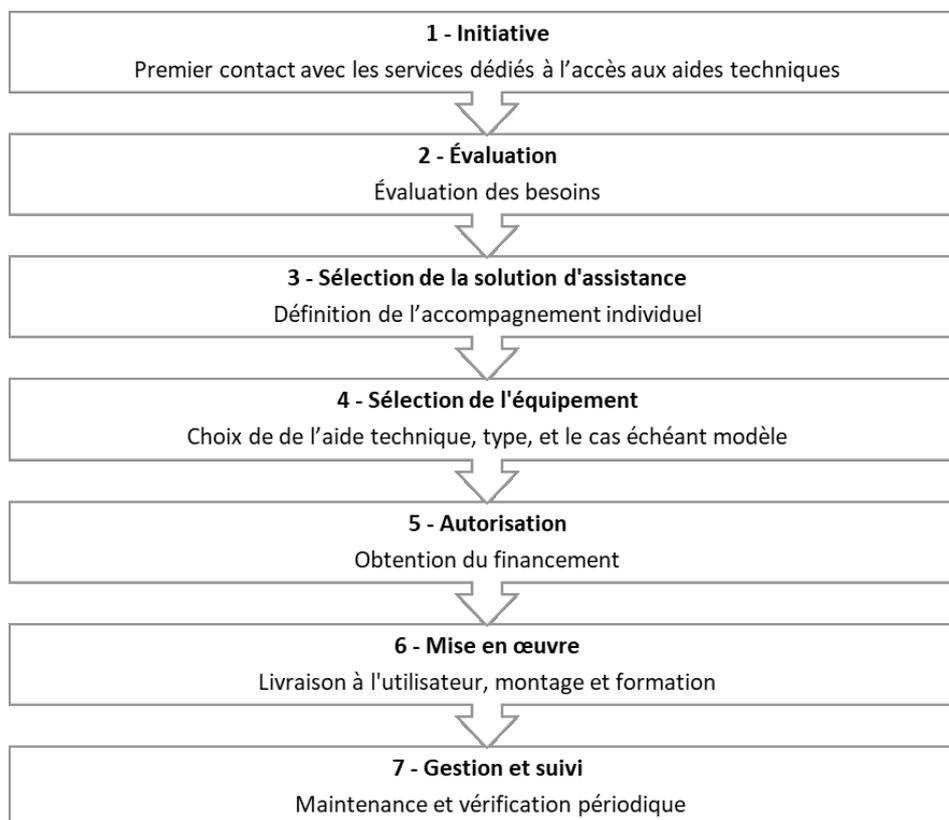
Les personnes peuvent s'adresser aux équipes locales :

- sur orientation d'un professionnel de santé, notamment de leur médecin traitant ;
- sur orientation d'un travailleur social ;
- sur indication de la MPDH, de l'équipe médico-sociale en charge de l'APA ou de la CARSAT par exemple ;
- directement, sans avoir été orientées par un tiers.

Dans tous les cas, et en particulier en cas de demande directe de la part des personnes, les équipes vérifient auprès de la personne les bilans ou évaluations déjà réalisées. Avec le consentement de la personne et dans le respect du secret professionnel, l'équipe récupère auprès des professionnels ou structures déjà mobilisées les informations utiles à la bonne conduite de l'accompagnement.

2.3.3. Activités de réadaptation et accompagnement réalisés

La description des activités réalisées par les équipes est structurée selon les sept étapes décrites par AATE et EASTIN pour les services d'aides techniques (1).



Il convient toutefois de noter que ces sept étapes sont utilisées comme cadre conceptuel. Leur cardinalité est à apprécier de façon souple. Certaines étapes peuvent être réalisées simultanément et des boucles itératives peuvent être nécessaires dans l'accompagnement de nombreuses personnes.

A chaque étape, l'équipe veillera à la place de la personne et de ses proches aidants. Une participation active à chaque temps sera favorisée et contribuera à la réussite du projet. La participation de la personne doit être recherchée en tenant compte de ses souhaits quant à son degré d'implication. Dès que nécessaire, l'équipe mettra en place les moyens nécessaires pour aider à la personne ou ses proches à formaliser leurs besoins, souhaits ou constats et pour valider ou invalider les propositions faites. Cet appui à la formalisation sera d'autant plus important que les difficultés des personnes sont récentes, d'apparition progressive ou qu'elles n'auront pas donné lieu à un travail de rééducation ou réadaptation spécifique. Ce sera le cas par exemple pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

En complément, l'équipe sera force de proposition sur le recours aux pair-aidants et rapportera ses conclusions et propositions à l'équipe projet nationale dans le cadre du suivi (cf. conditions souples définies au 2.4.1).

Dès lors que les aides techniques sont aussi utilisées par des professionnels, de services d'aide à domicile par exemple, l'équipe veille à les associer. Une attention particulière leur sera portée au moment de l'accompagnement à la prise en main.

Enfin, à chaque étape, si des actions complémentaires semblent nécessaires pour la personne (soins, aménagements de logement, accès à des services...), l'équipe orientera la personne vers les professionnels ou services idoines. Si l'utilisation d'une aide technique n'apporte pas de solution à la personne ou si la personne n'est pas prête à en utiliser, l'accompagnement sera interrompu ou suspendu.

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

I. – Initiative, premier contact avec l'équipe

Objectifs :

- réception de la demande et création d'un dossier au nom de la personne avec :

- des informations administratives : identité, coordonnées... droits ou éligibilité à des prestations (caisse d'assurance maladie, contrat d'assurance santé complémentaire, PCH, AEEH et complément, APA par exemples) ;
- la demande : besoins repérés, situation de la personne et le cas échéant de ses aidants et des professionnels intervenant après d'elle pour les activités concernées ;
- les actions et suivis en place : suivi médical, autres compensations en place ou à venir (aménagement de logement par exemple) et, le cas échéant, contacts des professionnels référents ;
- démarches auprès de la personne sur le consentement aux échanges d'information notamment avec les professionnels de santé, la MDPH, le CD dans le cadre du secret professionnel et rappel du libre choix du fournisseur.

Modalités :

- prise de connaissance des informations transmises par écrit et échange de mails ;
- entretien téléphonique, audio ou vidéo ou rendez-vous dans les locaux si la personne peut et souhaite se déplacer.

A priori, cette étape n'implique pas de déplacement des professionnels vers les lieux de vie et futurs lieux d'utilisation des aides techniques.

Professionnels mobilisés : tout professionnel de l'équipe.

II. – *Evaluation des besoins*

Deux situations possibles :

1. La personne a déjà eu une évaluation précise de ses capacités et incapacités ou une évaluation des situations de handicap (besoins et souhaits de réaliser des activités en respectant certains critères -autonomie, temps, indolence..., évaluations des capacités et incapacité, des leviers et obstacles dans son environnement) lors d'un séjour en SSR ou d'une demande auprès de la MDPH par exemples. Dans cette situation, l'équipe prend connaissance des données disponibles et les complète.
2. La personne n'a pas eu d'évaluation. Dans cette situation, l'équipe réalise une évaluation complète.

Objectifs :

- formalisation des besoins selon le projet de vie de la personne (en lien avec les activités de la vie quotidienne, la vie professionnelle, une activité physique ou de loisirs...) ;
- repérage des capacités de la personne à compenser et capacités qui peuvent être mobilisées pour réaliser les activités ;
- repérage des facilitateurs et obstacles dans l'environnement ;
- repérage, le cas échéant, des besoins et attentes des aidants et des professionnels intervenant au quotidien.

Modalités :

- entretiens, bilans fonctionnels, mises en situation ;
- au minimum une séance en présentiel, dans les locaux de l'équipe ou sur les lieux de vie de la personne en fonction des besoins, du profil de la personne et de l'activité à compenser (toilette, transfert, communication, toute activité liée au projet de vie...).

L'ensemble des éléments apportés par la personne et ses aidants sont versés au dossier.

Professionnels mobilisés : réadaptateurs dont ergothérapeutes.

III. – *Sélection de la solution d'assistance*

Les termes « solutions d'assistance » s'entendent comme l'ensemble des actions et moyens à mettre en place pour la bonne conduite de l'accompagnement sur les aides techniques. Il s'agit donc dans cette étape de définir la démarche d'intervention de l'équipe, en recourant si besoin à des partenaires, pour l'ensemble des étapes suivantes.

Objectif :

- définition de l'accompagnement nécessaire pour :
 - le choix de l'aide technique (entretiens, visites, essais et durée des essais lorsqu'elle n'est pas prévue ou qu'elle va au-delà de ce qui est prévu au niveau réglementaire) ;
 - la prise en main de l'aide technique par la personne et le cas échéant ses proches et les professionnels qui interviennent au quotidien auprès d'elle ;
 - le suivi ponctuel, à la demande une fois l'aide technique à la disposition de la personne ;
- planification des interventions et répartition des actions entre les différents professionnels ;
- dès que nécessaire, définition et organisation de la répartition des activités et des échanges d'information entre l'équipe et les autres acteurs impliqués (SSR, ESMS ou libéraux par exemple).

Modalités :

- entretiens, en présentiel, dans les locaux de l'équipe ou les lieux de vie de la personne, ou à distance ;
- échanges d'information avec les partenaires/acteurs accompagnant déjà la personne sur des objectifs complémentaires.

Professionnels mobilisés : réadaptateurs, dont ergothérapeutes et travailleurs sociaux.

IV. – *Sélection de l'aide technique : définition du type et le cas échéant du modèle de l'aide technique*

Objectif : choix de l'aide technique :

- définition du type et des caractéristiques de l'aide technique : liste des critères de choix, caractéristiques fonctionnelles et le cas échéant techniques, si besoin, précision du modèle et des options ;
- dès que nécessaire, précision des modalités d'accès (achat ou location notamment).

Modalités :

- entretiens, en présentiel, dans les locaux de l'équipe ou les lieux de vie de la personne, ou à distance ;
- recherche documentaire ;
- mises en situation de réalisation des activités sans et avec des aides techniques (essais en présence du professionnel, avec des conseils sur l'utilisation, de nouvelles propositions...) dans les locaux de l'équipes, d'autres locaux, ou sur les lieux de vie des personnes ;
- organisation des essais en conditions réelles sur des périodes plus longues (une semaine à un mois par exemple) et analyse des résultats avec la personne, et le cas échéant ses proches et les professionnels intervenant auprès d'elle au quotidien ;
- indication des caractéristiques techniques de l'équipement préconisé et, le cas échéant, référence (fabriquant et modèle), précision des options ;
- pour les aides techniques inscrites à la LPPR, rédaction de la prescription (2) ;
- transmission de l'ensemble des informations à la personne, ses proches et, avec l'accord de la personne, aux structures et professionnels impliquées dans son suivi médical, médico-social ou social et aux financeurs mobilisés.

Professionnels mobilisés : réadaptateurs, dont ergothérapeutes.

(2) Cf. point 2.4.3 sur le protocole de coopération pour la prescription des aides techniques par les ergothérapeutes

V. – *Autorisation : obtention du financement*

L'accompagnement social des personnes proposé par les équipes est centré sur l'accès aux aides techniques. Il vise à vérifier que la personne pourra effectivement avoir accès aux aides techniques qui sont nécessaires par le recours aux aides financières.

Ici aussi, le principe de subsidiarité s'applique et dès que nécessaire et possible, les usagers des équipes locales sont orientés vers d'autres acteurs : assistant social de secteur, MDPH ou équipes médico-sociales en charge de l'APA, caisse de retraite...

Objectifs :

- s'assurer que la personne soit en capacité de faire valoir ses droits pour le financement de son aide technique ;
- si nécessaire, l'orienter vers le service idoine, faciliter le lien avec les caisses d'assurance maladie, la MDPH, le CD...
- si nécessaire, lui proposer un accompagnement sans se substituer aux autres services.

Activités réalisées :

- entretiens ;
- bilan social si nécessaire ;
- guidance pour établir le plan de financement ;
- guidance pour la demande de financements ;
- transmission de l'ensemble des éléments à la personne ou son représentant légal ;
- avec l'accord de la personne, transmission des informations leur étant nécessaires aux financeurs.

Professionnels mobilisés : travailleurs sociaux, réadaptateurs.

VI. – *Mise en œuvre : livraison à l'utilisation, montage et formation*

L'ensemble des actions directement liées à la vente ou la location de l'aide technique est assuré par le vendeur ou loueur de l'aide technique. Les actions des équipes sont complémentaires et portent sur des aspects de réadaptation pour vérifier la bonne compréhension de l'utilisation des aides techniques et leur appropriation. Dès que nécessaire, les proches aidants et les professionnels, des services d'aide à domicile par exemple, sont associés.

A cette étape et à la suivante, les professionnels rappelleront à la personne la disponibilité de l'équipe en cas de besoin et les moyens par lesquels ils peuvent la solliciter.

Objectifs :

Une fois la livraison, les réglages et paramétrages de l'aide technique faits, s'assurer que la personne et le cas échéant, ses proches et les professionnels qui interviennent au quotidien peuvent s'appuyer sur l'aide technique pour réaliser les activités : amélioration de l'autonomie pour la personne, performance, sécurité et confort d'utilisation pour les personnes, les proches aidants et les professionnels.

Moyens mis en œuvre par les équipes d'accompagnement :

- entretiens en présentiel essentiellement sur les lieux de vie et le cas échéant à distance ;
- mises en situations ;
- formations à l'utilisation.

Professionnels concernés : réadaptateurs.

VII. – *Gestion et suivi : maintenance et vérification périodique*

L'ensemble des actions directement liées à la vente ou la location de l'aide technique est assuré par le vendeur ou loueur de l'aide technique. Les actions des équipes sont complémentaires et portent sur des aspects de réadaptation.

Objectifs :

A distance de l'accès à l'aide technique, s'assurer que la personne et le cas échéant, ses proches et les professionnels qui interviennent au quotidien peuvent s'appuyer sur l'aide technique pour réaliser les activités compensées visant l'amélioration de l'autonomie pour la personne, la performance, la sécurité et le confort d'utilisation pour les personnes, les proches aidants et les professionnels.

Un échange avec la personne sera systématisé 3 mois après l'accès à l'aide technique. L'effectivité et l'aisance dans l'utilisation des aides techniques seront discutées avec la personne.

A l'issue de cet échange, un autre rendez-vous pourra être fixé avec la personne et l'équipe rappellera sa disponibilité en cas de besoin.

A cette étape en particulier, pourront être envisagés avec la personne :

- l'orientation vers un tiers pour la recherche d'une solution complémentaire ou alternative à l'utilisation de l'aide technique ;
- la prévision d'une nouvelle évaluation (déclenchement d'un nouveau forfait).

Moyens :

- entretiens à distance ou en présentiel, essentiellement sur les lieux de vie ;
- mises en situations.

Professionnels mobilisés : réadaptateurs, travailleurs sociaux.

*
* *

L'expérimentation porte ainsi sur l'accompagnement des personnes depuis l'évaluation des besoins jusqu'au « suivi de l'utilisation » des aides techniques. Les actions d'information (journées de sensibilisation à la compensation par les aides techniques, ateliers d'information ...) destinés aux personnes ou aux professionnels ne sont pas incluses dans le périmètre de l'expérimentation.

La communication sur les équipes, leurs missions et publics cibles pour en favoriser le recours sont en revanche nécessaires et incluses au projet ; les frais peuvent être valorisées comme frais d'ingénierie.

2.3.4. Subsidiarité des équipes avec les autres structures intervenant auprès de la personne

Les équipes peuvent intervenir en complémentarité d'autres acteurs. Comme noté dans le point 2.2.2 sur les publics cibles, cette complémentarité s'entend comme un relais à une intervention qui s'est ou sera interrompue par un autre service ou comme une proposition concomitante lorsque la première structure ne dispose pas des ressources sur les aides techniques. Les interventions des équipes pour les personnes déjà accompagnées par une structure sanitaire ou médico-sociale devront donc respecter le principe de subsidiarité.

Au minimum, l'intervention de l'équipe inclut du temps de réadaptateur pour le choix de la solution (choix des modalités d'intervention-2.3.3.III) et le choix de l'aide technique (2.3.3.IV). Pour les autres étapes et dans le cas d'accompagnements concomitants, l'équipe propose dès que possible et nécessaire un appui à la structure « adresseur » (information, démonstration...) qui assurera alors les étapes qui relèvent de ses compétences (appui social pour la recherche des financements ou accompagnement à a prise en main par exemple). L'équipe restera disponible en appui ou en prenant le relais.

Un appui logistique, un prêt d'aide technique pour essais ou une intermédiation avec des fabricants ou distributeurs peuvent être réalisés dans le cadre d'intervention en relais ou concomitance avec une autre structure. Toutefois, réalisées, seules, ces actions ne permettent pas le déclenchement d'un forfait. Pour déclencher un forfait, il faut, au minimum, la mobilisation des équipes sur les activités II, III et IV. (cf. point 2.5 sur le financement de l'expérimentation).

A noter, ces complémentarités pourront faire l'objet d'une évaluation pendant l'expérimentation.

Par ailleurs, la mission des équipes est centrée sur la réadaptation. Ils ne posent pas de diagnostic médical et ne proposent pas de suivi médical ou d'actions thérapeutiques diverses. Dès lors que la personne a donné son accord, le médecin traitant de la personne est informé au début de l'accompagnement ; les résultats des évaluations, des préconisations et le cas échéant des prescriptions lui sont transmis. A tout moment, l'équipe se tient disponible pour répondre aux questions du médecin traitant.

La proposition de pratiques organisationnelles vertueuses tant en interne aux équipes et qu'avec les acteurs du territoire seront autant d'éléments utiles pour alimenter la réflexion sur la généralisation potentielle.

2.3.5. Echanges d'information des équipes avec les acteurs du territoire et les professionnels dans le cadre des accompagnements

Auprès de la personne ou auprès des structures et professionnels concernés et avec le consentement de la personne, les équipes récupèrent les informations nécessaires au bon déroulé des évaluations et accompagnements des personnes. Il peut s'agir de données relatives à la santé, aux capacités fonctionnelles ou encore aux actions déjà en place ou envisagées.

En retour, l'équipe transmet à la personne les informations « construites » au cours de l'accompagnement. Avec l'accord de la personne, les informations sont transmises aux acteurs impliqués dans ses soins ou son accompagnement médico-social. Cela comprend en particulier la description de la ou les aides techniques choisies et les éléments ayant conduit à ce choix.

Ces informations sont complétées des éléments nécessaires pour recontacter l'équipe si besoin.

En cas d'orientation par un tiers (professionnel de santé, service d'aide à domicile, MDPH, équipe APA ou CARSAT), un retour est systématiquement fait à la structure ou au professionnel ayant orienté. A minima, l'adresseur est informé de la fin de l'intervention, ou du choix d'une aide technique. Des données plus précises peuvent être transmises avec l'accord de la personne.

Ces échanges d'informations visent l'amélioration de la qualité des réponses aux personnes en passant par deux leviers principaux :

- la prise en compte de l'ensemble des données existantes pour éviter de refaire des investigations inutiles ;
- la proposition d'actions sur les aides techniques cohérentes avec les autres réponses : soins, aménagements de logement, recours à des aides humaines ou des services (portage des repas, téléassistance...).

2.3.6. Maillage et position dans le territoire

Le territoire du projet devra être défini clairement. L'échelle départementale fait sens pour les équipes d'accompagnement sur les aides techniques notamment au regard du besoin de proximité. Toutefois, une approche par bassin de population, le cas échéant relevant de plusieurs départements, pourra être retenue.

Pour améliorer le recours à leurs services et pour permettre des orientations vers les autres structures en cas de besoins complémentaires (soins, autre type de compensation...), les équipes devront faire connaître leurs missions aux acteurs du territoire (structures de santé, structures médico-sociales, professionnels de santé libéraux, MDPH...) et connaître les autres acteurs et leurs missions. Une articulation avec les CICAT sur les 21 territoires est aussi indispensable lorsqu'ils ne portent pas eux même l'équipe locale d'accompagnement.

Ce travail de connaissance réciproque passera notamment par un travail avec les Dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

L'ensemble des moyens mobilisés pour faire connaître le dispositif et son offre de service et les résultats de ce travail (nombre et typologie des orientations) seront étudiés.

Dès que possible des partenariats seront mis en place pour faciliter l'accès aux spécialités médicales nécessaires (médecins de médecine physique ou réadaptation, gériatres, pédiatres...).

2.3.7. Composition socle des équipes

La composition socle des équipes doit être en accord avec les missions décrites aux 2.2.3 et 2.2.4. Les équipes comportent au minimum des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.

Dès que possible, le temps de gestion-administration sera mutualisé avec les autres services ou structures gérés par l'entité porteuse du projet (structure à laquelle est rattachée l'équipe).

2.3.8. Système d'information

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les participants à l'expérimentation ont besoin de disposer d'un outil informatique permettant d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au déroulement (données destinées à la facturation) et à l'évaluation de l'expérimentation dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD).

2.4. « Conditions souples » de l'expérimentation

Cette partie décrit des aspects de l'expérimentation sur lesquels les équipes devront s'engager sans que les résultats attendus et les moyens à déployer soient fixés *a priori*. Les équipes devront donc particulièrement être force de propositions sur ces points. Des échanges entre les équipes retenues seront organisés au cours de l'expérimentation pour mutualiser les réflexions et favoriser la production de résultats.

2.4.1. Place des utilisateurs experts et pair-aidance

Le recours à des utilisateurs d'aides techniques et la bonne réussite des projets peuvent être améliorés par le recours à la pair-aidance. Si ces pratiques existent, elles sont encore peu construites. Les équipes seront invitées à proposer des éléments sur :

- les objectifs pouvant être poursuivis avec la pair-aidance : publics ou situations, temps de l'accompagnement... ;
- l'organisation : identification des pairs-aidants, modalités d'intervention des pair-aidants notamment accord de la personne accompagnée et/ou proche, activités réalisées par les pair-aidants.

Le bénéfice de l'intervention des pair-aidants fera l'objet d'une analyse particulière.

La question du partage d'informations et du secret professionnel et des aspects économiques en lien avec la pair-aidance seront aussi discutés.

2.4.2. Organisation des essais

Les aides techniques ne sont utiles que lorsqu'elles sont utilisées et qu'en fonction de la façon dont elles sont utilisées. Les essais sont indispensables dans le cadre de l'accompagnement pour valider les propositions. Ils peuvent être réalisés dans les locaux de l'équipe pour une part mais doivent aussi être faits en situation écologique, c'est-à-dire sur les lieux et dans les conditions d'utilisation projetée.

Les équipes travailleront et décriront les pratiques à privilégier pour les essais : lieux, durée des essais, conditions de réalisation, temporalité des essais dans le parcours de la personne...

Les équipes doivent donc pouvoir organiser des essais. Accéder à des aides techniques pour les essais peut reposer sur différents leviers :

- recours aux distributeurs, notamment lorsque cela est prévu dans la prise en charge au titre de la LPPR ;
- constitution et gestion d'un parc d'aides techniques, par des achats, des locations, le recours aux dons ou prêts gratuits ;
- convention avec des fabricants, distributeurs, ou acteurs du secteur commercial proposant des aides techniques remises en bon état d'usage ;
- convention avec des partenaires (services sanitaires ou médico-sociaux) disposant d'aides techniques spécifiques.

Les leviers les plus adaptés ne sont probablement pas les mêmes pour des aides techniques très courantes, peu coûteuses et encombrantes que pour des aides techniques plus rares et chères. De la même façon, l'organisation la plus adaptée pour un territoire n'est pas forcément reproductible ou pertinente pour un autre.

Les équipes envisageront plusieurs scénarii, feront des tests et des propositions sur les modalités envisageables (organisation pratique, relations contractuelles entre les parties) pour l'accès aux « aides techniques d'essais » en fonction de leurs activités, des catégories d'aides techniques et des caractéristiques du territoire.

Enfin, les coûts liés aux prêts d'aides techniques pour essais feront l'objet d'analyses.

2.4.3. Mise en place de la prescription par les ergothérapeutes

La prescription de dispositifs médicaux et d'aides techniques par les ergothérapeutes a été autorisée par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Ses conditions d'application doivent être définies par voie réglementaire. Dès la publication des textes réglementaires, les équipes retenues sont invitées à mettre en place la prescription ergothérapique des aides techniques et suivre l'évolution de son élaboration. Elles devront vérifier préalablement qu'elles remplissent toutes les conditions pour sa mise en place.

2.4.4. Maillage, couverture territoriale, partenariats et recours à des expertises

L'accompagnement en matière d'aides techniques gagne à être fait en proximité.

Les équipes lauréates transmettront à l'équipe projet nationale leur organisation sur le territoire qu'elles couvrent et leurs propositions pour assurer la plus grande proximité avec les personnes.

Toujours dans un objectif de proximité, il est attendu de la polyvalence de la part des équipes pour accompagner différents publics (âge, type de déficiences ou de besoins). Cette polyvalence est encore plus importante dans les territoires ruraux ou ne disposant pas de services spécialisés sur des besoins ou des publics définis.

Pour associer proximité et polyvalence avec un bon niveau d'expertise, les équipes pourront mettre en place des partenariats avec des services ou structures ayant développé une expertise particulière pour obtenir des conseils, téléconsultations et télé expertises lorsque la situation le nécessite. Cela pourra concerner des publics particuliers (lien avec des établissements et services spécialisés dans l'accompagnement de personnes ayant un handicap visuel, les centres ressources autismes par exemple) ou sur des catégories d'aides techniques particulières (aides techniques de compensation de la motricité du membre supérieur par exemple).

Le recours à ces services ou centres ne sera se limiter à des seules orientations mais inclura notamment un appui par ces partenaires experts aux professionnels des équipes locales. Le passage de relais entre les équipes locales et les équipes expertes, en particulier lorsqu'elles sont éloignées, sera réservé aux parties ou éléments les plus techniques, en respectant ici aussi le principe de subsidiarité.

A noter, la proposition de conseil expert construit par l'APF lab le Hub sur les aides technologiques est un exemple intéressant d'appui.

Les équipes exploreront ces pistes et proposeront des éléments sur les besoins, ressources et organisations mises en place en tenant compte de leur projet, leur public cible, leur territoire d'intervention et leurs ressources internes. Les éléments conventionnels et financiers pour permettre ces recours à des expertises feront aussi l'objet de travaux.

2.4.5. Système d'information

Le fonctionnement des équipes pourra nécessiter la mise en place d'un système d'information plus complet permettant la gestion des dossiers des personnes, le partage et l'échange d'information entre professionnels. L'équipe participant à l'expérimentation peut partager et échanger des informations de manière dématérialisée autour de la personne dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD), en s'appuyant notamment sur les services existants de la e-santé tels que le dossier médical partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et Viatrajectoire.

Pour les équipes ne disposant pas d'outils numériques permettant de partager et échanger des informations autour des personnes et de leur prise en charge et souhaitant s'en outiller, elles seront invitées à le faire via la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS (3).

Ceci permettra à l'équipe de bénéficier de services numériques de coordination compatibles et interopérables avec ceux déployés régionalement conformes au cadre national d'urbanisation des SI de santé porté par la délégation du numérique en santé (DNS). Ainsi, les solutions déployées par l'ARS et le GRADeS respectent notamment le cadre réglementaire de sécurité des données de santé (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) qui fixe le cadre de la sécurisation du numérique en santé ; elles s'appuient par ailleurs sur le cadre d'interopérabilité des SI de santé.

(3) Le GRADeS est le groupement régional d'appui à la e-santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.

2.4.6. Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les équipes et d'autres financements

L'expérimentation est centrée sur l'accompagnement individuel des personnes en matière d'aides techniques. Ces actions peuvent impliquer des moyens ou compétences utiles pour d'autres types d'actions : information, sensibilisation ou formation sur les aides techniques par exemple) ou sur d'autres thématiques (aménagement de logement, prévention des chutes ou prévention par le maintien de l'activité pour les personnes âgées, prévention des troubles musculo-squelettiques pour les professionnels du soin ou de l'aide à domicile par exemple).

Les équipes rapporteront à l'équipe projet nationale les autres actions conduites et la mobilisation d'autres financeurs pour la réalisation de ces autres actions conduites, en veillant à ne pas se substituer à des actions assurées par d'autres institutions (par ex : actions d'information et de sensibilisation sur les aides techniques pour les personnes âgées de 60 ans et plus financées par la conférence des financeurs).

2.5. Financement de l'expérimentation

2.5.1. Modèle de financement : un financement forfaitaire pour les accompagnements réalisés

Du point de vue économique, le dispositif expérimental propose un mode de financement innovant à travers le **financement forfaitaire par séquence d'évaluation et d'accompagnement, en distinguant les situations qui pourraient être qualifiées de « courantes » et celles plus « complexes »**

Chaque séquence, en lien avec les conditions fixes de l'expérimentation (voir partie 2.3 sur les conditions fixes de l'expérimentation), se fonde sur un certain nombre d'étapes incontournables.

Actions	Tâches
Inclusion et actions administratives	<ul style="list-style-type: none"> - Réception et enregistrement de la demande - Organisation des rendez-vous et suivi - Après l'intervention, transmission des éléments (projet, synthèse des bilans et définition et documentation sur les aides techniques cibles...)
Evaluations et accompagnement jusqu'au choix de l'aide technique	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation (entretiens, mises en situations...) - Analyse des données et étude des solutions, recherche documentaire (produits, références ...) - Proposition d'aides techniques à la personne, essais, validation des propositions - Rédaction d'un compte-rendu et de l'ensemble des documents nécessaires à la personne - Déplacement A/R (Y compris en cas de visites groupées). cf. 2.5.2 3^e paragraphe
Prise en main et suivi à moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> - Contact au moment ou rapidement après la réception de l'aide technique : échanges sur l'utilisation, réglages... - Appel à 3 + 6 mois après réception de l'aide technique - Réponses aux sollicitations de la personne après qu'elle ait accès à l'aide technique

Après confirmation auprès d'un certain nombre d'équipes déjà en place, la distinction entre les forfaits « courants » et « complexes » se fait essentiellement en termes de temps :

- les situations courantes correspondent à un volume d'intervention de 10h00, correspondant à trois possibles déplacements à domicile ;
- les situations plus complexes (associations de plusieurs déficiences ou besoins, spécificités de certains besoins -troubles cognitifs, multiplicité des aidants et intervenants, associations de plusieurs types de réponses par exemple) nécessitent un accompagnement de plus longue durée, d'environ 15h00 et demandent 5 déplacements.

Chacun des forfaits prévoit des temps passés avec la personne ou ses proches ainsi que les autres temps (échanges avec les partenaires, recherche documentaire, rédaction et temps de gestion-administration par exemple).

Un forfait est déclenché à l'enregistrement de la demande et sa caractérisation (10h00 ou 15h00) est décidée lors de la première évaluation des besoins. L'enregistrement de la demande signifie donc qu'elle a été considéré comme relevant de l'intervention de l'équipe.

Pour un même accompagnement, jusqu'à deux forfaits – un forfait 15h puis un forfait 10h – peuvent se cumuler correspondant à 25 heures de travail. Il est réservé aux situations extrêmement complexes ou dans lesquelles un temps important est nécessaire pour l'apprentissage de l'utilisation des aides techniques, notamment sur les outils numériques et les aides technologiques. A noter, ce temps d'apprentissage peut aussi s'adresser aux aidants et professionnels intervenant au domicile. Cet accompagnement de 25 heures restera centré sur la prévention et compensation par les aides techniques ; l'accompagnement médico-social, médico-psychologique ou les soins nécessaires sur d'autres aspects devant être assurés et financés par d'autres moyens.

Après un premier accompagnement, il est également possible de déclencher un nouveau forfait :

- évolution de la situation de handicap due à l'évolution de la pathologie ou des déficiences ;
- évolution des besoins en lien avec l'activité à compenser (modification des habitudes de vie par exemple) ;
- changement des conditions de réalisation de l'activité, notamment de l'environnement physique (en cas de déménagement, besoins en dehors de l'aménagement du bâti) ou humain (départ d'un aidant du foyer par exemple).

Aucune durée minimale ou maximale n'est fixée pour les forfaits. Le déclenchement d'un nouveau forfait dépend des trois critères définis ci-dessus et, par conséquent des actions à mettre en œuvre par l'équipe.

L'évaluation finale du modèle économique avant généralisation s'attachera à mesurer la façon dont le porteur aura concrètement mobilisé les forfaits et quelles organisations auront été mises en œuvre. Il sera également intéressant de voir comment chaque structure aura pu mobiliser d'autres financeurs, pour réaliser des activités connexes, et sous quelles formes (conventions financières, etc.).

2.5.2. Modalités de calcul des forfaits

La rémunération de ergothérapeutes ou travailleurs sociaux a été évaluée selon les conditions économiques rencontrées par les acteurs mobilisés dans le cadre de la rédaction du cahier des charges. Elle est estimée à 39,5 € de l'heure d'intervention charges patronales comprises et après revalorisation Ségur, correspondant à la rémunération brute d'un ergothérapeute de plus de 13 années d'ancienneté.

Toujours selon les conditions économiques rencontrées par les acteurs interrogés lors de la rédaction du cahier des charges et au-delà de la rémunération des temps d'intervention directe auprès de la personne, les forfaits incluent chacun :

- la coordination et le pilotage administratif incluant la rémunération de temps de secrétariat et d'encadrement direct par un chef de service ;
- les frais de gestion à travers la direction de la structure et le fonctionnement de cette dernière (frais fixes).

Concernant les frais de transports, les indemnités kilométriques sont calculées sur la base des barèmes prévus pour les infirmiers libéraux (voir site ameli.fr), soit 0,35 €/km en plaine et 0,50 €/km en montagne. Le nombre de kilomètres a été estimé à partir des données transmises dans un département semi-rural. Le temps de trajet des professionnels et les frais kilométriques sont intégrés au forfait en appliquant la différence plaine et montagne.

A compter du 1^{er} septembre 2022, les forfaits qui seront mobilisés pendant l'expérimentation sont donc les suivants :

	Forfait 10h00*	Forfait 15h00*
Evaluation	464 €	704 €
Coordination et pilotage	54 €	81 €
Frais de gestion	41 €	62 €
Frais kilométriques	<i>En fonction de la zone d'intervention</i>	
Total en plaine	607 €	916 €
Total en montagne	632 €	951 €

La mise en place d'un système d'information spécifique destiné à assurer la coordination entre les professionnels, à la fois intérieurs et extérieurs à la structure, n'est pas indispensable (au sens où son utilisation ne fait pas partie des conditions fixes déterminées dans le cahier des charges) mais un SI dédié pourra être mobilisé et utilisé par les acteurs, dans le respect des recommandations de l'ARS sur les SI régionaux. Une demande de financement spécifique pourra alors être proposée dans le cadre de la réponse à l'appel à projet, en considérant que les financements attribués ne porteront que sur l'usage et non sur le développement.

2.5.3. Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie

Dans la réponse à l'appel d'offres, les porteurs pourront identifier :

- des crédits d'ingénierie (CI) permettant de financer les coûts relatifs au montage et au pilotage du projet ; il peut s'agir de coûts de ressources humaines, d'achat de matériel, de formation, etc. ;
- des crédits d'amorçage (CA) permettant de financer les coûts relatifs à la phase de montée en charge du projet.

Ces financements seront spécifiques à l'expérimentation. A terme, le projet doit pouvoir être viable dans le cadre d'une généralisation sans la prise en compte de ces frais.

Dans la mesure où la pair-aidance et le recours aux experts pourrait constituer une opportunité intéressante, encore difficile à mettre en œuvre, un financement spécifique de 100 k€ est prévu et inclus dans l'enveloppe d'amorçage et d'ingénierie. Les équipes candidates pourront proposer des projets spécifiques de développement de la pair-aidance dans le cadre de la réponse à l'appel à projet, en précisant les objectifs poursuivis, les publics visés, les moyens prévus pour mobiliser les pairs et les conditions d'accompagnement, ainsi que les précautions en matière de secret professionnel.

2.5.4. Besoin de financement

Le besoin prévisionnel de l'expérimentation est estimé à 11,853 M€ sur 2 ans sur la base de 24 équipes expérimentatrices pour une population de 13 550 personnes accompagnées au total.

Besoins FISS (en k€)	Année 1	Année 2	TOTAL
Crédits d'amorçage et d'ingénierie	946	519	1 465
Forfaits évaluation (4)	4 724	5 664	10 388
TOTAL	5 670	6 183	11 853

(4) Incluant les frais de transports, estimés sur la base de 140 km pour le forfait 10h00 et 210 km pour le forfait 15h00, selon les remontées données par les professionnels

2.6. Articulation avec la plateforme Article 51 développée par l'assurance maladie

Une plate-forme dédiée aux innovations portées dans le cadre de l'Article 51 est déployée par l'assurance maladie.

Elle a notamment pour but la mise en œuvre des rémunérations dérogatoires associées aux expérimentations de l'article 51.

Les équipes participant à l'expérimentation Article 51 devront définir un circuit de collecte des données qui permettra, d'une part le paiement des prestations dérogatoires de l'expérimentation et, d'autre part le contrôle et l'évaluation de l'innovation. Elles devront également être en capacité de recevoir des fonds de l'assurance maladie (structure juridique) et d'organiser la redistribution aux professionnels concernés lorsqu'ils ne sont pas directement salariés de l'équipe.

2.7. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 24 mois à compter du 1^{er} septembre 2021.

2.8. Territoire d'expérimentation

24 équipes réparties sur toutes les régions françaises à l'exception de la Guyane et de la Martinique.

3. Organisation et pilotage de l'expérimentation

La gouvernance de l'expérimentation repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, d'un comité opérationnel, constitué des initiateurs et partenaires du projet.

Ce comité est composé :

- des initiateurs du projet (CNSA et ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées et ministère chargé des personnes handicapées) ;
- des représentants des départements et des MDPH ;
- d'un représentant des ARS et du réseau de l'assurance maladie ;

- du responsable de l'évaluation – selon l'ordre du jour ;
- des autres partenaires impliqués selon l'ordre du jour.

Il a vocation à se réunir *a minima* une fois tous les 3 mois durant la première année de l'expérimentation et selon des échéances à définir pour l'année suivante. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS).

4. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

4.1.1. Aux règles de financements de droit commun

L'expérimentation déroge aux financements actuels par la mise en place d'un financement forfaitaire pour l'accompagnement sur les aides techniques pour des prestations non prises en charges par l'assurance maladie. Elle déroge aux 1^o, 2^o, 5^o et 6^o de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie.

4.1.2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

4.1.3. Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

5. Impacts attendus

5.1.1. Impact en termes de service rendu aux patients

L'utilisation d'aide technique peut permettre de lever les situations de handicap telles que définies dans la classification du fonctionnement, du handicap et de la santé et ainsi améliorer la participation sociale. Pour la personne, l'amélioration de la réalisation des activités par l'utilisation des aides techniques peut avoir les impacts suivants :

- plus d'autonomie (pouvoir faire des activités seul sans être tributaire de l'aide d'un tiers) ;
- plus de sécurité, de confort ou de performance dans la réalisation des activités ;
- plus de dignité (notamment par l'utilisation des aides techniques en lien avec la toilette et l'utilisation des WC) et de qualité de vie par l'accès à la communication, des activités de vie sociale ou familiale ;
- une meilleure prévention des chutes pour les personnes âgées mais aussi d'autres difficultés notamment psychologiques par le maintien de la communication et d'activités variées.

L'utilisation des aides techniques peut avoir un impact positif sur les proches aidants par la réduction de la charge mentale (aides techniques pour les rappels et l'organisation pour les personnes ayant des troubles cognitifs ou du spectre de l'autisme par exemple) ou de la charge physique (aides techniques aux transferts ou à la mobilité par exemple).

5.1.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

Les professionnels et les établissements et services peuvent orienter les personnes vers les dispositifs lorsqu'ils ne sont pas en capacité d'accompagner les personnes sur les aides techniques. L'accompagnement par les équipes locales intervient alors en complément des actions déjà en place.

L'intervention des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques garantira aux adresseurs la qualité des évaluations. Elle pourra, pour les médecins généralistes par exemple, offrir un relais sur un sujet sur lequel ils sont interpellés par leur patientèle mais rarement en capacité de répondre précisément par manque de temps et de connaissance du domaine. Les transmissions d'informations par les équipes locales en direction des adresseurs et des médecins traitants permettra de garantir la cohérence des soins et accompagnements médico-sociaux. Enfin, les professionnels des structures non spécialisés pourront au fur et à mesure mieux repérer les besoins en aides techniques pour un recours amélioré pour les personnes.

Les professionnels et les établissements et services peuvent, en ayant ou non été adresseurs, être des utilisateurs des aides techniques proposées par les équipes locales. Ceci pourra être particulièrement vrai pour les professionnels exerçant à domicile (professionnels libéraux ou de SSIAD, SAAD ou SPASAD par exemple) ou dans des établissements peu médicalisés (foyer d'hébergement ou ESAT par exemple). Ces professionnels pourront alors se référer à l'équipe locale en cas de difficultés dans l'utilisation des aides techniques préconisées. Lorsque ces aides techniques concernent des activités à risques (transferts par exemple), l'appui des équipes pourra avoir un impact positif sur la prévention des risques professionnels liés à l'activité physique.

5.1.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

Les aides techniques peuvent être ou non inscrites à la LPPR. Pour les aides techniques inscrites à la LPPR et sans dépassement, les prescriptions sont parfois faites ou reconduites (location) sans évaluation préalable. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Avoir des évaluations dans les lieux de vie,

avec des essais et un suivi ponctuel une fois l'aide technique acquise pourra améliorer l'impact de l'utilisation des aides techniques et par là, améliorer l'efficacité des financements d'aides techniques par l'assurance maladie.

Par ailleurs, l'utilisation des aides techniques contribue au maintien de l'autonomie pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées et à la prévention des chutes au domicile. Les coûts liés aux aides techniques doivent donc être mis en balance avec les coûts évités en particuliers dans le recours à des interventions pour la réalisation des actes essentiels ou en soins post chutes pour les personnes et les conséquences des accidents de travail liés à l'activité physiques lors des soins pour les professionnels.

6. Modalités d'évaluation de l'expérimentation

Une évaluation systématique des projets d'expérimentation entrant dans le dispositif article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, celle-ci sera nationale et sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres.

L'évaluation doit permettre d'évaluer le modèle de prise en charge proposé sur les plans médico-social, organisationnel et économique.

En cohérence avec les grands objectifs qui lui ont été assignés l'évaluation aura pour ambition principale :

- évaluer l'impact des accompagnements proposés et de consolider la définition des missions et des financements ;
- évaluer l'impact des interventions sur le recours et la « bonne utilisation » des aides techniques par les personnes en situation de handicap et personnes âgées ;
- évaluer la plus-value de cet accompagnement perçue par les bénéficiaires et les divers acteurs de santé ;
- évaluer la réactivité et la rapidité de la mise en œuvre de l'accompagnement et les modalités d'intervention ;
- vérifier l'adéquation entre les ressources mobilisées, l'environnement sanitaire, social et médico-social et les besoins de la personne ;
- vérifier l'adéquation des compétences et des organisations des équipes par rapport aux missions ;
- valider la pertinence et la justesse économique du modèle économique ;
- donner les arguments permettant de se prononcer sur l'intérêt d'une généralisation de ce modèle d'intervention et identifier les fonctions clés permettant la pérennisation et la généralisation de ce modèle d'intervention.

L'évaluation s'appuiera sur le recueil de données après de chacune des équipes, notamment les données suivantes :

- nombre de personnes intégrées dans le dispositif, nombre de visites moyennes et distance parcourues par forfait ;
- caractérisation des activités compensées (déplacement, communication, toilette et soins du corps...) en se basant sur la classification du fonctionnement et du handicap (CIF) et nombre d'aides techniques préconisées en fonction des activités ;
- taux d'utilisation des aides techniques lors de l'appel à 3 mois ;
- satisfaction des personnes par rapport aux interventions et dans la réalisation des activités compensées ;
- part des aides techniques remboursées par l'assurance maladie obligatoire et des aides techniques non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, et en cas de reste à charge, les actions proposées par les équipes pour permettre l'accès financiers (relais vers la MDPH, l'équipe APA ou la caisse de retraite par exemple) ;
- délais entre la sollicitation des équipes et le début de l'intervention et le délai d'accès aux aides techniques en fonction des situations.

Une attention particulière sera portée à :

- qualifier les moyens mis en œuvre ;
- identifier et décrire les organisations mises en place et le contexte dans lequel elles s'inscrivent ;
- suivre et évaluer les effets non prévus ou effets de bord, qu'ils soient positifs ou négatifs, avec notamment un éventuel impact de l'expérimentation en termes de sélection adverse des personnes.

L'évaluation se structurera autour :

- d'une démarche qualitative (études de cas détaillés, questionnaires et retours d'expérience des professionnels de santé, focus groups, workshops...)
- d'une démarche quantitative reposant sur l'analyse de données issues du système national des données de santé (SNDS) ou de la plateforme de facturation mise en place pour l'article 51.

Un protocole d'évaluation détaillé sera proposé par l'évaluateur sélectionné à l'issue de l'appel d'offre.

L'évaluation du projet fera l'objet d'une communication régulière des résultats avec les participants de l'expérimentation.

Pour la bonne réalisation de l'évaluation de l'expérimentation et l'optimisation des suites qui y seront données, les équipes transmettront des éléments sur leur activité. Elles seront forces de proposition en particulier sur les conditions souples dans le cadrage initial.

7. Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge.

Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

Les données nominatives et d'ordre médical seront partagées par le biais d'outils sécurisés en conformité avec les obligations réglementaires.

8. Liens d'intérêt

Les conflits d'intérêts avec des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux peuvent concerner éventuellement l'achat d'aides techniques pour l'organisation d'essais.

Les professionnels devant réaliser une déclaration d'intérêt en ce sens sont les membres de l'équipe chargés de réaliser ces achats et ceux qui peuvent orienter les personnes sur le choix d'un fabricant d'aides techniques.

9. Construction du cahier des charges

Le cahier des charges a été construit sur la base des constats et propositions du rapport « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable » (Denormandie-Chevalier, 2020) et sur l'ensemble des informations rassemblées à cette occasion. Ce dernier comprend notamment des précisions sur les différents modèles organisationnels en place et des données sur l'activité des CICAT.

Ont aussi été pris en compte les éléments de constats et propositions des documents suivants :

- Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, IGAS 2013 ;
- Rapport d'audition publique « Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? quel processus ? » HAS, 2007 ;
- Position paper « Service delivery systems for assistive technology in Europe » AATE et EASTIN, 2012 ;
- « Les pratiques de mise à disposition des aides techniques de seconde main » *Revue de la littérature scientifique*, Isabelle Barbet, pour la CNSA, 2019.

Les éléments structurant du cahier des charges : objectifs, missions des équipes, organisation générale et financement, ont été soumis pour amendement à des professionnels de CICAT et de conseil départemental.

10. Modalités de l'appel à candidatures

Les acteurs souhaitant mener l'expérimentation, ont été invités à candidater à l'appel à projets. Les projets ont été sélectionnés sur la base d'une analyse des dossiers qui ont été réalisée au niveau national. Les modalités de candidature (contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection...) étaient précisées dans l'appel à projets.

ANNEXE 1

COORDONNÉES DU PORTEUR

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA 66, avenue du Maine 75014 Paris	aides.techniques.eqlaat@cnsa.fr Virginie HOAREAU Responsable du pôle Appui à la coordination des acteurs

ANNEXE 2

CATÉGORIES D'EXPÉRIMENTATIONS

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) (5) :	Cocher	Si oui, préciser
1° Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2° De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3° Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

(5) Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1).