

Des métiers à associer : ergothérapeutes, psychologues, aides techniques et métiers de l'habitat

Florence LEDUC : Nous allons continuer notre tour des métiers et sur le registre des ergothérapeutes, nous allons demander à Dominique SUDREAU de nous parler d'un métier du registre de l'aide professionnelle.

Je ne vais pas dire que c'est un métier qui monte car il ne serait pas gentil de ne pas reconnaître ce que vous faites depuis de nombreuses années. Par contre, ce qui est en train de monter est l'intervention au domicile.

D'abord, par rapport à la question posée, dans cette espèce d'inventaire des métiers de l'aide, je pense qu'il est extrêmement important que vous puissiez nous définir ce que sont l'ergothérapie et l'ergothérapeute.

Dominique SUDREAU, Formatrice Ergo à l'hôpital BROCCA : Bonjour, je suis ergothérapeute à l'hôpital BROCCA. Je m'occupe de personnes âgées, plus spécifiquement de personnes qui ont des problèmes de démence.

Définition du métier

L'ergothérapie est globalement une profession par et pour l'activité. Elle analyse l'activité chez la personne qui présente un handicap. La profession est jeune et le diplôme date de 1990. A l'origine, suite à la seconde guerre mondiale, il a fallu reclasser tous les blessés de guerre. Progressivement, cette activité s'est développée dans les services de réadaptation, dans les services de soins à domicile ainsi que dans les hôpitaux psychiatriques.

Il est vrai que l'activité d'ergothérapeute se développe à l'extérieur de l'hôpital. Un fond s'est d'abord créé. Les ergothérapeutes en milieu hospitalier sont intervenus progressivement au domicile des patients dans le cadre de ce que nous appelons visites à domicile : évaluation de la personne dans son lieu de vie pour préparer sa réintégration.

Il y a des ergothérapeutes libéraux. Le CABEX de Montrouge regroupe 6 ergothérapeutes libéraux et il se crée de plus en plus de cabinets.

Florence LEDUC : *Quel est le mode de rémunération des ergothérapeutes libéraux ?*

Dominique SUDREAU : Les ergothérapeutes interviennent beaucoup auprès de l'enfant ayant un handicap. La prestation départementale de l'Education Nationale est en fait attribuée à l'ergothérapeute.

Sinon, des Contrats sont passés avec des CPAM, des caisses de retraite. De plus en plus d'ergothérapeutes interviennent au niveau des services de soins à domicile.

Florence LEDUC : *Avez-vous une connaissance de cette participation des ergothérapeutes dans les services d'aide et de soins à domicile ? Que peuvent-ils nous apporter ?*

Dominique SUDREAU : L'intérêt est l'évaluation qu'il va faire de l'individu dans sa globalité. On retrouve le schéma simplifié suisse présenté dans le modèle *Occupational therapy* qui est canadien.

L'individu est au centre, avec des buts, des désirs, motivations, valeurs, croyances. Il a aussi des fonctions motrices, sensorielles, affectives, tout ce qui fait qu'il va pouvoir agir sur son environnement.

L'individu va avoir des activités quotidiennes comme la toilette, le repas, pour les activités de base. Viennent ensuite les activités professionnelles, scolaires etc.

Il y a donc une relation constante entre l'individu, ses activités et ses choix ainsi que l'environnement.

Au niveau de l'évaluation, l'ergothérapeute rencontre l'individu et voit avec lui ses motivations quand il est en situation de handicap. Il évaluera les fonctions motrices, sensorielles et affectives de la personne ainsi que ses motivations. Il verra avec la personne quelles sont les activités ayant un sens pour elle et comment l'environnement peut être facilitateur ou obstacle au maintien de ces activités.

A l'hôpital, j'utilise le bilan modulaire d'ergothérapie, bilan validé qui rentre complètement dans ce schéma.

L'évaluation permet bien la mise en place des situations de handicap. A partir de là, il y aura une prise en charge de la personne. A domicile, c'est une rééducation des fonctions déficitaires pour réapprendre à la personne à dépasser ses incapacités.

L'activité est donc tout ce qui est du préapprentissage des gestes de la vie quotidienne, du genre réapprendre à se laver.

Là intervient la différence avec les soignants intervenant à domicile ou les auxiliaires de vie. Les ergothérapeutes évaluent sur prescription médicale. C'est très important. C'est un soignant. Il n'intervient que sur prescription médicale. Il est très important de le savoir.

Au niveau de l'individu, il convient de définir avec le patient son plan de traitement et de prise en charge au sein du domicile. Il faut prendre en compte l'environnement en s'entretenant aussi avec les aidants : famille ou aidants professionnels.

Florence LEDUC : Cela veut dire que l'ergothérapeute peut aussi être un professionnel qui permet de clarifier le positionnement et les rôles respectifs des aidants familiaux et des aidants professionnels.

Dominique SUDREAU : En mettant en évidence les situations de handicap, en ayant une connaissance des pathologies, l'ergothérapeute guidera l'aidant dans le type de prise en charge nécessaire. C'est-à-dire que l'on fait bien la différence entre accompagner un geste ou faire à la place de.

Pour l'ergothérapeute, c'est le travail avec l'assistante sociale de mettre en situation la personne à domicile et de voir où sont ses difficultés. On guidera les aidants pour faire les bons gestes pour la personne.

Florence LEDUC : Les ergothérapeutes ont un rôle essentiel, notamment dans les accompagnements à domicile ou les retours à domicile éventuellement après hospitalisation, sur la manière de concevoir l'habitat, le logement.

Dominique SUDREAU : L'ergothérapeute se rend à domicile, met la personne en situation et évalue ses besoins d'aide, tant sur le plan technique que sur le plan humain. On essaiera de pallier, de rendre la personne autonome, indépendante, et de lui permettre de retrouver les gestes de la vie quotidienne en facilitant son environnement, en lui proposant des aides techniques.

Cela peut aller d'aménagements pour adapter le lit, la cuisine. Etre en situation de handicap est ne serait-ce qu'avoir un problème au niveau du dos. On aide donc la personne à aménager pour se protéger. On regarde les aires de déplacements, les zones d'appui, pour que la personne s'organise et vive à son domicile, gère les différentes activités.

Quand avec l'aménagement, on n'arrive pas à pallier ces difficultés, on organisera les interventions professionnelles, définies par un travail avec l'assistante sociale.

Florence LEDUC : Je vous propose de continuer le tour des métiers. Je demande à Madame GROUZELLE de nous rejoindre. Elle représente l'Union Nationale des secrétaires des dispositifs médicaux. Vous organisez sur le terrain des coordinations avec les dispositifs professionnels.

Pouvez-vous nous dire votre rôle ?

Les prestataires de dispositifs médicaux

Claudine GROUZELLE, UNPDM : Les prestataires de dispositifs médicaux sont donc les sociétés, mais également quelquefois les pharmaciens d'officine, qui fournissent au patient les matériels qui vont lui permettre de pallier un handicap ou de se traiter au domicile.

Nous tenons à ce terme de *prestataires* et nous refusons le terme de *distributeurs simples*. Nous souhaitons effectivement être de véritables partenaires, à la fois de la personne qui reste à domicile mais également de son entourage, qu'il soit aidant professionnel ou familial.

Le rôle des prestataires est avant tout de donner toutes les informations nécessaires en ce qui concerne le choix du matériel, avec éventuellement des essais menés avec l'aide des ergothérapeutes. D'ailleurs, de plus en plus, les prestataires embauchent les ergothérapeutes, ce qui leur permet déjà de délivrer le matériel vraiment adapté non seulement à la personne mais également à son environnement.

Par exemple, pour les fauteuils roulants électriques pour lesquels les patients doivent obtenir une validation par un centre de rééducation ou une équipe pluridisciplinaire, le prestataire gère généralement les rendez-vous et apporte les matériels essayés. Il ne se contente pas simplement d'apporter le matériel final.

Pour d'autres produits, il peut être amené à essayer avec le patient, le conseiller. Il peut éventuellement lui donner des échantillons, en particulier aux poches de stomie. La patient choisira en toute connaissance de cause le matériel qui lui convient.

Il y a également tout le côté pratique où ils vont fixer ensemble la date et la période de livraison du matériel. Lorsqu'ils installent le matériel, il est vrai que ce ne sont pas des déménageurs mais il est bien évident qu'ils ne vont pas laisser la famille seule pour déplacer le matériel déjà existant. Ils installent également le lit de façon à ce qu'il soit facile d'utilisation pour les aidants et que cela ne soit pas une gêne dans la vie quotidienne.

Ils informent bien entendu sur l'utilisation des dispositifs médicaux et les consommables à utiliser. Ils rappellent aux aidants qu'ils doivent veiller à ce que ces consommables soient renouvelés régulièrement. L'entretien quotidien des dispositifs médicaux dérape souvent sur l'hygiène des personnes. Cela se fait également en dialogue avec les aidants.

Pour le côté technique, que faire en cas de panne. C'est tout le problème qu'il peut y avoir avec un matériel. Qui peut passer et à quels horaires ? Pour certaines pathologies, certains traitements particuliers comme de l'oxygénothérapie, les prestataires assurent une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Eventuellement, selon les matériels, on peut être amené à les vérifier pour en assurer le bon fonctionnement. On rappelle à quel moment solliciter le prescripteur pour renouveler le matériel ou en cas d'urgence médicale.

Les prestataires interviennent également au niveau du dossier administratif, en collaboration avec la personne, pour les conseiller sur l'obtention de financements complémentaires.

Florence LEDUC : *Travaillez-vous avec les SIVA dans ce cadre ?*

Claudine GROUZELLE : Sur le terrain, les prestataires sont amenés à se faire connaître par les SIVA.

Lorsque l'on parle de financement, généralement de tiers payant, ce sont eux qui sont en relation avec les CPAM et ils assurent également un suivi à ce niveau. Ils veillent également à ce qu'il n'y ait pas de dérapages.

Certaines caisses disent qu'elles veulent récupérer le matériel, que le fauteuil roulant leur appartient. C'est faux. Le matériel appartient à la personne, de même que quand vous achetez un médicament, même s'il est remboursé par l'Assurance Maladie.

Florence LEDUC : Cela s'appelle de la récupération sur succession !

Claudine GROUZELLE : Exactement ! Si la personne décède, le fauteuil appartient à ses héritiers et ils en font ce qu'ils veulent. S'ils veulent le donner à une association caritative, c'est parfaitement leur droit. Normalement, le prestataire n'est pas intéressé dans la récupération d'un matériel usagé, mais il aidera la personne à se débarrasser du matériel pour que cela bénéficie à des gens qui en ont besoin et que cela n'aille pas dans des services de prêt des caisses qui ont peut-être autre chose à faire que de prêter du matériel.

Il faut savoir que les prestataires ont souvent un rôle psychologique méconnu.

La personne se retrouve avec le matériel ainsi que l'entourage. Cela fait parfois un peu peur. Le rôle des prestataires est également de les rassurer et de les informer complètement sur ce matériel amené à leur domicile qui perturbe.

De plus en plus, les formations comportent un volet psychologique.

Ils ont un rôle vis-à-vis des personnels soignants car ce sont des matériels que les soignants ne connaissent peut-être pas très bien. Ils sont amenés à les former à ces matériels comme les perfusions ou les pompes à nutrition.

Ils ont également le rôle de faire remonter les informations sur l'observance des traitements. Si le stock de nutriments n'est pas épuisé normalement, ils alerteront le médecin de façon à ce qu'il revoie son patient.

Contrairement à une idée reçue, les prestataires ne se contentent pas seulement de livrer du matériel et participent réellement au projet de soin et de maintien à domicile. Il est donc important qu'ils y soient associés le plus tôt possible. Les liens avec les SIVA et peut-être les Maisons du Handicap plus tard, leurs permettent de jouer ce rôle.

A l'heure actuelle, notre souci est de faire reconnaître que nous avons souvent un problème d'identification. Un projet de loi va reconnaître une partie de la profession en définissant les formations, les bonnes pratiques et les conditions d'exercice. Nous souhaitons bien évidemment que cela soit appliqué à l'ensemble des prestataires et pour toutes les activités qu'ils génèrent.

Nous sommes amenés à travailler tous ensemble et il y a souvent un rôle de coordination.

Florence LEDUC : *Vous existez sur tout le territoire ?*

Claudine GROUZELLE : Bien sûr. Il y a des prestataires sur l'ensemble du territoire.

Tous les pharmaciens d'officine ne font pas tous du matériel de dispositifs médicaux. Sur les 23 000, on en compte environ 7 000. On couvre une grande partie du territoire.

Les sociétés commerciales ont des tailles très différentes. Certaines sont de facture nationale comme **VITAL 'AIR, ORKIN ou ASTID** (?) et couvrent par leurs filiales l'ensemble du territoire.

Egalement environ 500 sociétés commerciales de petite taille ont l'avantage de la proximité.

Florence LEDUC : Merci pour votre intervention. Nous allons enchaîner avec l'intervention de Jean-Marc DEVAUCHELLE. Au niveau de la discussion si vous l'acceptez, nous vous mettrons à nouveau à contribution pour apporter des clarifications par rapport à votre intervention. Il travaille sur la compensation des incapacités.

Licence professionnelle en technologies de compensation des incapacités physiques

Jean-Marc DEVAUCHELLE, responsable d'une Licence professionnelle, IUT d'Amiens : Bonjour, j'enseigne à l'IUT d'Amiens et je suis responsable de la Licence professionnelle en technologies de compensation des incapacités physiques.

Ce diplôme national a été créé en 1999. Ayant depuis déjà quelques années le projet de créer une formation, nous avons saisi l'occasion de l'apparition de ce diplôme reconnu au niveau national, pour monter la formation que je vais maintenant vous présenter.

Il s'agit d'une formation pluridisciplinaire. En dehors de l'IUT d'Amiens des composantes sont associées à la formation :

- Faculté de Médecine d'Amiens,
- IUP : Institut Universitaire Professionnel en ingénierie de la santé
- Faculté de Psychologie et de Sciences Humaines, car nous avons donné une assez grande importance à l'approche psychologique de la personne en situation de handicap,
- Lycée Technique Edouard BRANLY d'Amiens qui a des compétences en électronique en particulier, domaine intervenant très souvent dans le champ des aides techniques.

L'objectif

Il s'agit de former des spécialistes de la distribution et de l'adaptation des aides techniques pour le maintien à domicile et l'assistance aux personnes en perte d'autonomie, personnes âgées en général.

Le nom de *Licence Professionnelle Technologies de Compensation des Incapacités Physiques* a été déposé lorsque nous avons demandé l'habilitation à délivrer la licence et on ne peut plus le toucher. Lorsque des étudiants nous demandent des renseignements, c'est long et je ne l'avais pas prévu au départ. On l'appelle Licence TCIP.

Il s'agit du premier diplôme national, ce qui est intéressant. Il est en effet assez difficile d'attirer les jeunes gens vers le domaine du handicap. Au niveau des études universitaires, les jeunes vont relativement facilement vers les métiers de l'aéronautique ou de l'automobile sans problèmes pour les intéresser.

Par contre, pour le handicap, c'est déjà un peu plus difficile.

Ce diplôme national est reconnu. Il va cependant falloir que l'on se méfie un peu. Des candidats viennent chez nous parce qu'ils sont peut-être motivés par le problème du handicap, mais aussi pour obtenir un diplôme BAC + 3 qui leur permet d'accéder ensuite à des concours au niveau de l'Administration n'ayant rien à voir avec le domaine des personnes handicapées.

Nous avons eu le cas cette année. Quelqu'un était pompier et est venu suivre cet enseignement pour passer le concours.

Recrutement et publics visés

Nous recrutons sur un BAC + 2, BTS ou DUT et cette licence peut également intéresser des personnes qui exercent déjà une activité en relation avec le handicap moteur. C'est une procédure de validation des acquis professionnels qui est en place et qui permet à une personne n'ayant pas forcément le niveau BAC + 2, de l'obtenir par ses acquis et expériences et d'intégrer cette formation.

Les diplômes requis relèvent surtout des domaines scientifique et technique : DEUG, DUES, DUT :

- mesures physiques et informatique,
- génie mécanique et productique,
- génie électrique et informatique industrielle,
- génie biologique,

ainsi que des BTS :

- électrotechnique,
- électronique,
- maintenance.

Cette année, nous avons recruté une jeune fille ayant un DEUG de psychologie et cela s'est très bien passé. Elle était très motivée et avait déjà travaillé pendant les vacances d'été, dans une structure accueillant les personnes âgées. Elle avait vu à quel point les problèmes de handicaps étaient importants. Elle a accepté sans problèmes de suivre les enseignements en électronique, automatisme, chose qui lui était quand même très étrangère au départ. On est pratiquement sûr qu'elle va avoir son diplôme.

Cette année, j'ai vu qu'il y avait encore d'autres candidats ayant justement un DEUG de psychologie.

Programme

Nos enseignements sont répartis en 4 unités, cadre général de la licence professionnelle :

- connaissances générales :
 - o approche psychologique du handicap,
 - o partie réglementation assurée par un représentant de la CRAM Nord-Picardie,
 - o anglais : beaucoup de notices techniques. Nous nous proposons de former les jeunes gens pour qu'ils interviennent en complémentarité avec l'ergothérapeute et non pour s'y substituer,
 - o économie : ces jeunes gens sont éventuellement appelés à devenir un jour prestataires,
 - o communication : il est important qu'ils puissent s'exprimer et quand ils sortent avec un BTS, ce n'est pas toujours leur point fort,

- mathématiques : en réponse au jeune qui est venu en me disant venir chercher un BAC + 3. Il va falloir qu'il le mérite. Il leur faut quand même une ouverture intellectuelle qui leur permette de s'adapter à un certain nombre de situations.
- connaissances scientifiques et médicales :
 - anatomie : cours assurés par un professeur de médecine d'Amiens,
 - pathologies,
 - physiologie : intervention de l'IUP d'Ingénierie,
 - électronique : il y en a énormément ainsi que de l'informatique sur les fauteuils roulants et les aides techniques,
 - contrôle d'environnement, domotique : nous allons augmenter encore nos interventions,
 - techniques de communication et réseaux : qu'ils sachent au moins ce que représente l'informatique et utiliser Internet à bon escient par exemple,
- connaissances techniques :
 - mécanique et assemblage : ces personnes seront proches des aspects techniques des matériels utilisés. Un professionnel qui exerce des responsabilités au sein de l'UNPDM assure 32 heures de cours. C'est à comparer à la formation délivrée au **CERAH** en 2 x 6 heures et qui permet à une personne de s'installer distributeur.
 - maintenance,
 - électronique appliquée,
 - choix des matériaux qui ne peuvent pas tous être utilisés pour faire des adaptations,
 - design : il est important de répondre à une certaine fonction, mais si c'est beau, c'est encore mieux,
 - matério-vigilance,
 - soins de suite et de réadaptation,
 - soins respiratoires : quelqu'un proche de l'UNPDM intervient en oxygénothérapie,
 - perfusion : quand j'ai monté le programme, je n'avais pas pensé à introduire ces domaines. Je pensais surtout au fauteuil roulant et à l'aide médicalisée, comme lève-malade ou l'orthèse.
 - nutrition-thérapie : a été rajoutée dernièrement,
- un projet d'une centaine d'heures pendant la période des enseignements académiques de septembre à fin février, et un stage de 4 mois en entreprise, très souvent chez les distributeurs et prestataires de services.

Florence LEDUC : Merci de cette communication. Pour ma part, je ne savais pas que ce type d'enseignement existait. J'en vois bien l'utilité pour que ces prestataires puissent être de véritables partenaires de la réponse adaptée auprès des populations ayant des incapacités.

Echange avec la salle

Florence LEDUC : Sur l'ensemble de ces nouvelles coopérations au travers du métier de l'ergothérapeute, des auxiliaires prestataires de matériel et au travers de l'intervention de Monsieur DEVAUCHELLE sur la formation, je vous propose de réagir ou de poser des questions.

Coordinateur de structure d'aide et de maintien à domicile : Pour compléter l'intervention de Madame SUDREAU, à propos de l'expérience par rapport à la profession d'ergothérapeute, j'ai appris à la découvrir au travers de la fonction que j'occupe. On apprécie particulièrement la mission et le rôle d'expert, le conseil en matière d'aide technique auprès des familles et de leurs proches.

En effet, on a souvent constaté que certains patients se trouvaient dotés de fauteuils électriques parfois très chers qui ne leur servaient pas à grand-chose. Ils avaient réalisé chez eux des aménagements à grands frais au prix de beaucoup de gêne, qui finalement ne leur convenaient pas.

C'est un apport important des ergothérapeutes. De par leur profession, ils arrivent à situer le patient, non seulement dans ses incapacités actuelles mais aussi en devenir. Ils abordent aussi l'aspect psychologique car pour un jeune tétraplégique à la suite d'un accident de la route, faire le choix d'un fauteuil électrique n'est pas anodin sur le plan psychologique. Cela veut dire qu'il se déplacera dorénavant avec lui. Tous les fauteuils électriques ne se valent pas.

C'est la même chose pour une infirmière qui doit choisir une aiguille par acte à réaliser. On ne choisira évidemment pas le même matériel pour un prélèvement chez un prématuré ou une ponction lombaire.

Les ergothérapeutes ont aussi une fonction de conseil en relation avec les distributeurs.

Florence LEDUC : Merci de cette clarification. C'est effectivement le souci que nous avons de pouvoir avoir des professionnels en capacité de proposer des choses adaptées et adéquates. Il est vrai que de temps en temps, nous avons des soucis en fonction de ce qui se passe à domicile, en tout cas.

Chargée de mission pour un SIVA en Loire-Atlantique : Je n'ai pas très bien compris qui représentait la deuxième personne intervenue. Si c'est une représentation des "fournisseurs" de matériel et d'aides techniques, quelque chose me gêne dans votre propos. Vous semblez faire qu'au niveau (...)

Les prestataires sont aussi ceux qui évaluent et qui montent des dossiers. Quelque chose me gêne.

Pour finir mon propos, c'est quand même un grand souci au niveau des SIVA ou des équipes qui évaluent les situations de handicap, sur les préconisations, le coût des matériels pas toujours adaptés. Il faut trouver les financements à l'heure actuelle et c'est notre travail. Il faut laisser le moins de restant à charge à la personne et il faut aussi que le matériel vienne bien compenser le handicap.

Il y a quand même un gros souci au niveau des fournisseurs avec des augmentations de prix excessives depuis 6 mois. Il y a aussi parfois une main mise des fournisseurs sur les personnes handicapées et leurs besoins, avec des conseils pas toujours appropriés.

Je me suis peut-être trompée et je m'en excuse. Je lance un peu une polémique qui me tient à cœur. Je pense qu'il faut une neutralité et des compétences de professionnels pour

accompagner la personne handicapée. Tout le monde ne peut pas tout faire et c'est une complémentarité.

Florence LEDUC : Je vais demander à Madame GROUZELLE de bien vouloir répondre sur la présentation qu'elle peut faire de l'Union Nationale.

Claudine GROUZELLE : L'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux est une union professionnelle. Elle regroupe à la fois des syndicats comme :

- la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France,
- le SNOF : Syndicat National de l'Orthopédie Française : cela concerne le petit appareillage,
- l'UDOF : ocularistes,
- le SIMPOL (?) : pharmaciens intervenant pour les pharmaciens d'officine,
- 200 sociétés commerciales prestataires de dispositifs médicaux qui adhèrent directement.

Peut-être me suis-je mal exprimée, mais bien évidemment, jamais nous ne sommes amenés à préconiser quoi que ce soit. Nous ne pouvons intervenir que sur prescription médicale. La seule chose que nous pouvons faire en partenariat avec l'ensemble des intervenants, est d'aider à choisir le matériel adapté.

Bien évidemment, si nous avons une prescription pour un matelas de type II, on ne va pas livrer un autre matelas. Nous ne pouvons pas le faire, nous n'en avons absolument pas l'autorisation. En plus, ce n'est pas du tout dans nos compétences.

Ce ne sont pas des préconisations de matériel, mais pour un type de matériel déterminé par des professionnels, par des soignants, dans un choix restreint : aider simplement dans le choix de ce qui a été défini. Dans beaucoup de cas, il n'y a de toute façon pas vraiment de choix.

Ergothérapeute dans une association de maintien à domicile : Je voulais revenir sur les interventions des personnes qui se sont exprimées sur ce sujet. J'interviens dans le domaine du conseil sur le matériel mais j'ai d'autres rôles qui se développent petit à petit, au fur et à mesure de mon intégration dans l'association.

Comme vous le demandiez, j'ai un rôle d'évaluation entre l'acte de soin et l'acte d'aidant. Il m'arrive de plus en plus de me rendre chez les personnes parce que les responsables de secteur ou les aides à domicile sont en difficultés. Il m'arrive de plus en plus d'aller évaluer en fonction de la pathologie de la personne, les difficultés que rencontre l'aidant, l'aide à domicile généralement, et de voir si elle est en capacité d'aider vraiment, ou de savoir si c'est un acte de soin.

En tant qu'ergothérapeutes, on commence à avoir ce rôle petit à petit.

On a aussi un rôle de coordination car il n'y a pas partout une bonne coordination entre les services de soins et les services d'aide à domicile. Souvent, on fait le lien car on rencontre sur le terrain les aides à domicile et les soignants ainsi que la personne.

J'ajouterais que l'on a aussi un rôle de formateur sur le terrain, auprès des soignants et des aides à domicile. On va directement sur le terrain voir les difficultés qu'elles rencontrent avec chaque personne. On s'adapte donc vraiment à chaque cas. On conseille aussi sur le matériel médical.

Florence LEDUC : Merci pour ce complément d'information sur le rôle des ergothérapeutes qui effectivement, commencent à arriver très fort dans les services d'aide et de soins à domicile et que nous appelons de nos vœux. Il suffit juste de le financer et de le tarifer !

Madame DE DIEU, ergothérapeute de la région toulousaine, travaillant en centre de rééducation fonctionnelle : J'ai un problème particulier. En tant qu'ergothérapeute, je vais permettre aux personnes de faire des activités autrement, contrairement à d'autres professionnels qui feront à la place de ou qui laisseront faire...

Florence LEDUC : Pas tout à fait quand même un petit peu...

Madame DE DIEU : Oui enfin bon... On leur apprend surtout à faire autrement, c'est-à-dire à développer d'autres stratégies compensatoires ou à utiliser d'autres aides techniques.

Mais le problème qui se pose est que lorsqu'ils sortent de mon centre, ils ont acquis une certaine indépendance et le transfert des acquis ne se fait pas une fois de retour à domicile. La perte des acquis se fait très rapidement, souvent en 48 heures. Tout cela parce que les aménagements à domicile ne se font pas de suite, ou parce que les aidants à domicile sont souvent pressés et font donc très rapidement à la place du patient. Cela me pose un problème car je retrouve les patients un an après en entretien, et ils ont perdu toutes leurs capacités.

Florence LEDUC : Cela nous pose le même problème que vous. Effectivement, on n'est pas au bout de nos peines dans la liaison entre l'hôpital et le domicile. Renvoyer quelqu'un à domicile sans avoir prévu un *continuum*, —et pareil dans l'autre sens d'ailleurs— montre que l'on a énormément de travail à faire les uns avec les autres.

C'est effectivement du gâchis.

Madame DE DIEU : Il faudrait que ce métier d'ergothérapeute soit un peu mieux connu pour pouvoir jouer ce rôle de lien entre l'institution et le domicile.

Florence LEDUC : Je pense que c'est ce qui est en train de se passer, en tout cas sur votre dernier terme, sur le positionnement des ergothérapeutes.

Coordinateur Dispositif Vie Autonome : Je voulais préciser la place du Dispositif Vie Autonome entre les fournisseurs prestataires et la personne. Le dispositif est à la fois là pour coordonner l'évaluation pluridisciplinaire par une ETEL, avec un cahier des charges qui effectivement couvre des matériels tout à fait spécifiques et qui nécessitent une évaluation pluridisciplinaire, que soit respectée une éthique de l'évaluation, à savoir une indépendance vis-à-vis du fournisseur et vis-à-vis du financeur.

Cette équipe pluridisciplinaire est composée :

- d'un médecin,
- d'un ergothérapeute quand c'est un handicap moteur, mais cela peut être un autre paramédical spécialiste de la déficience pour d'autres types de pathologies,
- d'un service social, d'une assistante sociale.

La dimension pluridisciplinaire de l'évaluation est essentielle, dont on voit aujourd'hui l'intérêt pour la personne handicapée d'abord, par rapport à l'adéquation du matériel proposé, avec une évaluation faite sur site. Je ne détaille pas le cahier des charges faute de temps.

Il est important de rappeler cette qualité d'évaluation dans laquelle on est en train de s'engager et que j'espère, on pourra maintenir dans le futur projet de loi avec les fameuses Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Une équipe pluridisciplinaire qui se déplace, qui reste effectivement l'interlocuteur référent de la personne, indépendant en amont et en aval.

Florence LEDUC : Merci de votre intervention et j'espère que l'on pourrait dire la même chose des CLIC.

Catherine R.G. (?), ergothérapeute coordinatrice d'un CLIC ardennais : Au sujet du passage de témoin entre les ergothérapeutes hospitaliers ou de centre de réadaptation, quand le CLIC a un ergothérapeute dans ses personnels, c'est aussi un des endroits ressources pour que les choses puissent continuer.

C'est ce qui est en train de se mettre en place dans les Ardennes, en tout cas, où l'équipe du centre de réadaptation de Charleville est en train de travailler avec le CLIC pour que justement, ces acquis de la réadaptation si importants pour le retour à domicile à une vie de qualité puissent être préservés. Que l'on puisse à la suite du retour, réactiver le centre de réadaptation si cela recoince. Cela existe !

Florence LEDUC : Merci de votre intervention. On s'en doutait. On sait bien que même si les dispositifs prévoient des choses et même si ici ou là, les choses se passent correctement, nous avons encore tous collectivement, énormément de travail à faire sur cette question de l'indépendance des populations vivant à leur domicile, quel que soit leur âge. On n'a pas assez de 36 000 colloques pour se le rappeler et pour accompagner les dispositifs, les mesures, la formation des personnels, et aussi leur accompagnement à domicile.

Une fois que l'on a fait l'évaluation —pour moi la pièce maîtresse de tout ce travail— il faut aussi avoir les professionnels adaptés, continuer à les former et à les suivre pour leur permettre de s'adapter aux situations.

Vivette IRCH (Association SAMRAEPA, prestataire et mandataire) : J'avais 2 questions.

La première par rapport aux ergothérapeutes que l'on espère voir venir dans nos services, ce qui n'est encore pas si facile, même si cela vient.

Pour les ergothérapeutes travaillant en centre hospitalier, y aurait-il une possibilité de partenariat ou de Convention entre les services hospitaliers qui en ont, pour qu'ils puissent venir en service d'aide à domicile, nous aider à contribuer au maintien et au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie ?

Par rapport à l'aide à domicile, nous sommes tous préoccupés pour amener les personnes salariées au DEAVS. Or on sait très bien que tout le monde n'y parviendra pas. On essaie déjà de les emmener quand c'est possible à la VAE. Parmi nos personnels, des personnes sont quand même totalement compétentes par rapport à l'aide à la personne et à son environnement.

Peut-on imaginer que des personnes qui n'auraient pas ce diplôme DEAVS pourraient avoir une reconnaissance professionnelle dans le cadre de leurs compétences professionnelles ?

Dominique SUDREAU : Au niveau des Conventions, je sais qu'il existe des interventions de formateurs, des lieux où des ergothérapeutes en milieu hospitalier ou en CLIC interviennent auprès des services de soins à domicile pour donner des formations.

Sinon, des formations se font vraiment au quotidien, ponctuellement au domicile où l'on prend en charge, tant la personne handicapée que les différents prestataires de services.

Par contre, je ne peux pas répondre au niveau des Conventions.

Florence LEDUC : Dans ce domaine, j'ai vu des possibilités pour les ergothérapeutes travaillant en institution d'accompagner le retour à domicile et de participer avec les équipes du domicile, à une évaluation de la situation *in situ*. Mais ensuite, l'ergothérapeute reprend son travail dans son institution.

Sinon, si l'on avait cette possibilité de les détacher, ils seraient à domicile.

Dominique SUDREAU : Sachant que les ergothérapeutes à domicile, c'est-à-dire en libéral, se développent de plus en plus.

Florence LEDUC : Sauf qu'il y a un problème de financement par rapport à cela. Je propose à Madame LANDREAU de répondre à la deuxième partie de la question de **Vivette IRCH** (?) sur la reconnaissance professionnelle de ceux qui n'auront pas obtenu le diplôme.

Michelle LANDREAU : J'ai bien entendu votre demande comme fréquemment dans les associations d'aide. Il est vrai que des professionnelles ont de l'expérience et travaillent auprès de publics dans des situations pas toujours simples.

Aujourd'hui, il est clair que la DGAS nous oblige aussi à clarifier les choses et c'est le métier qui est reconnu. La VAE est donc une possibilité intermédiaire de faire reconnaître l'expérience. On sait aussi que cela peut être une première marche et que certaines vont s'engager dans le DEAVS, ou que d'autres vont vouloir évoluer vers l'aide-soignante ou l'AMP. Ce n'est pas sélectif.

Sur le même salaire sans le diplôme qualifiant, on ne peut pas dire oui. Ce n'est pas possible et c'est pour tous les métiers pareil. A l'hôpital, une aide-soignante n'est pas payée le même prix qu'un agent de service parce que c'est aussi une logique de professionnalisation.

Vivette IRCH (?) : Nous souhaitons tous que nos personnels puissent être reconnus qualifiés, diplômés, professionnalisés. Simplement, tout le monde ne pourra pas y aller.

Il y a de plus un problème de financement des structures qui ne pourront pas se permettre d'avoir tous leurs personnels diplômés AVS. Ce n'est pas possible ou c'est mettre la clé sous la porte rapidement.

Michelle LANDREAU : C'est la même chose dans les établissements. Une maison de retraite a besoin de postes d'infirmiers et d'aides-soignants qu'elle négociera dans son budget. Tout le personnel n'aura pas le niveau d'aide-soignante ou DEAVS. Des tâches spécifiques ne demandent pas toutes la même qualification et c'est la même chose à domicile.

Les financeurs vont nous obliger à clarifier les fonctions et les rémunérations qui iront avec. Ce n'est pas pour dire que c'est satisfaisant, mais on n'y peut rien. C'est l'engagement qualité.

Une dame : Le fait d'avoir recours à des aides-soignantes diplômées sur les grilles d'imputation des salaires ne nous met pas dans le même registre. De la même façon, c'est la même logique dans l'aide à domicile. On ne peut pas continuer à ne pas payer des gens de façon correcte en leur faisant faire un travail de qualité, et ne pas reconnaître en même temps la qualification.

Michelle LANDREAU : Nous sommes tout à fait d'accord.

Florence LEDUC : Les choses ont changé de manière relativement récente, notamment dans un accord salarial qui a permis de clarifier et de définir des métiers, et par voie de conséquences, des grilles de rémunération attachées à la définition des emplois.

Je pense qu'un progrès considérable est intervenu après des années et des années de marasme. Je pense qu'il faut que l'on s'accroche à cela.

Je voudrais faire juste une remarque par rapport à ce qui vient de dire Vivette. Quelque chose me frappe énormément actuellement. Des métiers existent, sont anciens, connus et reconnus. Par exemple, ceux qui ont les lettres de noblesse depuis longtemps sont les métiers du soin, comme les infirmières et les aides-soignantes.

Lorsque nous arrivons à faire la lumière sur un métier, cela n'est pas la lumière que l'on fait sur un métier qui doit faire de l'ombre sur les autres. Par rapport à cela, je suis très attentive à ce qui est en train de se passer actuellement et que je trouve difficile à regarder en face. Mais il va bien falloir que l'on s'y atèle les uns avec les autres.

Cela n'est pas parce que l'on reconnaît le métier de l'aide à domicile en lui donnant une formation pour qu'elle devienne Auxiliaire de Vie Sociale, que cela fait de l'ombre au métier de l'aide-soignante !

Cela n'est pas parce que l'on reconnaît le métier de l'Auxiliaire de Vie Sociale obtenu à l'issue d'un cursus de formation quand même digne de ce nom, que l'on ne reconnaît pas le métier, la définition et la compétence de celui qui n'est pas passé par cette formation.

Je pense donc qu'il faut que nous soyons très attentifs les uns et les autres, à être très très clairs par rapport à cela. La lumière sur l'un ne fait pas de l'ombre sur l'autre et nous sommes tous responsables de ce positionnement par rapport à nos personnels. Sinon, je vous assure que l'on n'est pas sorti de l'auberge.

Patricia CORDEAU, UNASSAD : J'avais une question pour Dominique SUDREAU qui je crois est formatrice au niveau des ergothérapeutes. Vous parlez tous beaucoup de coordination et je voulais savoir ce qui était prévu dans la formation des ergothérapeutes pour vous apprendre à coordonner les autres interventions.

Dominique SUDREAU : Au sein même de notre formation, nous n'avons pas de formation de coordinateur. Il est vrai qu'une demande par rapport au regard que l'on porte sur le handicap fait que l'on prend progressivement ce rôle de coordinateur. En tant que formateur, on fait passer le message par rapport à ce que l'on peut apporter aux autres professionnels.

Il est vrai que l'ergothérapeute ne peut pas travailler seul, mais en pluridisciplinarité. On n'a pas un fonctionnement individualiste en tant que professionnel.

Il y a la nécessité de reconnaître la fonction de chacun, de travailler avec chacun et de passer le message. En tant que formatrice, c'est davantage cela que je fais, plutôt que d'avoir une formation de coordinateur etc.

Au niveau professionnel, au sein de l'hôpital, on ne peut pas prendre ce statut. Il n'y a pas de coordinateur. Il y a le médecin référent. Le poste se forme plus facilement à l'extérieur.

Florence LEDUC : Je vous remercie.