

3^{ème} PARTIE

PROPOSITIONS

**Propositions de classification
homogène par grandes
classes d'aides techniques**

PROPOSITIONS DE CLASSIFICATION HOMOGENE PAR GRANDES CLASSES D'AIDES TECHNIQUES

Les différentes classifications

La classification homogène des aides techniques est véritablement une préoccupation pour les décideurs puisque depuis les années 1980, chaque rapport recherche ou propose des critères différents pour tenter de l'établir.

1) Historique :

* **En 1985, le rapport CONTE** a cherché à classer les aides techniques à partir des matériels répertoriés en 75 types.

* **En 1989, le rapport TEULADE** est le premier à mettre la personne handicapée au centre de la situation en individualisant trois niveaux de besoins:

- les besoins de vie quotidienne liés aux actes essentiels, considérés comme un minimum indispensable.

- les besoins d'ordre culturel ou social qui apportent la qualité à la vie.

- les besoins de soutien affectif et relationnel de la personne ou de son entourage.

Et de classer les aides en :

* aides techniques d'assistance vitale ,

* aides techniques d'autonomie dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle,

* aides techniques de confort,

Le rapport souligne qu'un appareil peut passer d'une catégorie à une autre selon la personne concernée.

* **En 1987-1989, le rapport PREMUTAM** classe les aides techniques en :

- aides au transfert,

- aides aux déplacements,

- aides aux manipulations,

- aides à la sécurité et aux soins ;

* **En 1995, le rapport ROUCH** recense les incapacités :

- incapacités de l'individu,

- incapacités de la vie privée,

- incapacités de la vie économique,

- incapacités de la vie sociale.

* **En 1999, le rapport du CTNERHI**, propose à partir de 14 activités, une classification par grands groupes homogènes :

- aides au traitement et à la rééducation,

- aides aux soins corporels,

- aides aux transports et à la locomotion,

- mobilier,

- aides à la communication,

- aides à la manipulation,

- aides aux loisirs,

- aménagement du domicile.

* **En 1999, le rapport LYAZID**, dans l'objectif de la prise en charge, isole les fonctions essentielles des autres fonctions.

Les fonctions essentielles sont le déplacement horizontal, le déplacement vertical, les transferts, la communication, la prévention.

2) Actuellement ,

Plusieurs classifications sont recensées selon l'approche recherchée :

a) La classification internationale,

La classification ISO/FDIS 9999-2002 des aides techniques, pour personnes atteintes d'incapacités, est établie sur la base de la fonction des produits. Elle se décompose en trois niveaux hiérarchiques : classes, sous classes et divisions.

Certaines classes, sous classes et divisions n'existent pas (ex : 00,01 ,02,03...), elles sont réservées à des applications d'ordre national.

- Dans les classes, les termes décrivent un domaine étendu de la fonction.
- Dans les sous-classes la fonction est déclinée en fonctions particulières.
- Le produit est sélectionné au niveau inférieur dans la division.

L'architecture de cette classification est conçue pour que classes, sous classes et divisions s'excluent les unes des autres.

Cette classification peut être résumée ainsi :

- Aides au traitement médical individuel
- Aides à l'entraînement des capacités
- Orthèses et prothèses
- Aides aux soins et à la protection personnelle
- Aides à la mobilité personnelle
- Aides aux activités domestiques
- Aménagements et adaptations des maisons et autres lieux
- Aides à la communication, à l'information et à la signalisation
- Aides à la manipulation des produits et des biens
- Aides et équipements permettant d'améliorer l'environnement, les outils et les machines
- Aides aux loisirs.

Nous remarquons cependant que cette nomenclature prend en compte comme « aides techniques pour personnes atteintes d'incapacités » certains implants (les stimulateurs cardiaques, les neurostimulateurs implantables pour le traitement de la douleur, les implants cochléaires..), certains produits d'aides au traitement (seringue, aiguilles, pompes à perfusion, diffuseurs portables, les appareils d'oxygénothérapie...), certains matériels (les grues, les tapis roulants ...).

b) La classification utilisée par les industriels :

Des catalogues des industriels, nous ressortons la classification suivante :

- les VHP,
- les aides au positionnement, aux transferts, au déplacement, à la marche et à la mobilité,
- les aides à la toilette et à l'hygiène,
- les aides au repas et à la cuisine,
- les aides au repos ou au maintien à domicile,
- les aides à l'habillement et à la préhension, autonomie,
- les aides à la communication à la lecture et l'écriture,
- les aides aux contrôles de l'environnement (technologie et informatique),
- les aides à l'intégrité,
- les aides à la sécurité, à la signalisation,
- les aides à l'apprentissage, aux loisirs, à l'éveil sensoriel et à la psychomotricité.

c) La classification proposée par certaines associations :

Aucune association n'a ébauché de propositions de classification des aides techniques, en dehors de la FNATH qui a proposé, dans le cadre de son audition par le groupe de travail en formation plénière, une classification en trois groupes de produits :

- les dispositifs médicaux directement en contact avec le corps,
- les accessoires et les outils,
- les aménagements des lieux et des transports surtout collectifs.

d) La classification proposée aux sous-groupes.

Comme base de réflexion au groupe de travail en formation plénière et aux sous groupes, nous avons proposé une classification des aides techniques par grandes fonctions. Celle ci a été soumise à leur critique et à leur suggestion :

- Aide à la communication (orale, écrite, capacité de vivre en groupe)
- Aide à l'hygiène, aux soins corporels, à la santé (toilette, élimination WC, habillage, suivi de la santé, aménagements des sanitaires)
- Aide à la mobilité (transfert, positionnement, préhension, déplacements internes ou externes, transport, achat, courses, travail, aménagements des locaux)
- Aide aux tâches domestiques (alimentation, préparation des repas, ménage)
- Aide à l'intégrité du corps et à l'esthétique
- Aide aux fonctions sensorielles (vue, audition, parole, voix)
- Aide à la cohérence (protection sécurité, gestion de budget, utilisation de l'appareillage, capacité de vivre en groupe)
- Aide à l'apprentissage, à la culture, aux loisirs (se former, travailler, loisirs)
- Autres .

Aucun amendement ou autre proposition n'a été apporté, ni par le groupe plénier ni par les sous-groupes. Toutefois, certaines administrations ont proposé de classer les aides techniques en fonction de la compensation des actes essentiels de la vie qui devrait, d'après elles, relever d'une prise en charge par l'assurance maladie, sans qu'il ait été donnée officiellement une liste précise de ce qui devait être entendu par « actes essentiels de la vie ».

Le groupe plénier, dans son ensemble, a suggéré de s'appuyer sur la « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF) réalisée par l'OMS. Il a été rappelé que cette classification utilisait un langage commun normalisé permettant d'avoir accès aux données d'autres pays et d'envisager d'autres modes de prise en charge. Le groupe plénier a considéré qu'en intégrant les critères « médical » et « social » antagonistes, cette classification permettait de réaliser une synthèse cohérente des besoins de chaque handicapé. Tout ceci a été validé. Nous avons donc conservé le document initial d'aide au travail remis aux sous groupes qui contenait la définition des critères du CIF de l'OMS à savoir :

- « médical » : le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels.
- « social » : le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société.

Cette approche fonctionnelle a été retenue pour la classification par grands groupes homogènes des aides techniques. Elle permet de réaliser une véritable prise en charge globale de la personne handicapée dans son environnement.

II La classification retenue :

s'applique aux aides techniques dont a besoin la personne elle-même et aux aides techniques d'équipement pour l'adaptation des logements ou l'aménagement des véhicules :

- Aide à l'hygiène et aux soins corporels (toilette, élimination WC, habillage...)
- Aide à la mobilité (transfert, positionnement, préhension et manipulation, déplacements internes ou externes, transport pour achats, courses, travail...)
- Aide au repos et au maintien à domicile
- Aide aux fonctions sensorielles (vue, audition, parole, voix...)
- Aide à la communication (orale, écrite...)
- Aide aux tâches domestiques (alimentation, préparation des repas, ménage...)
- Aide à l'intégrité du corps et à l'esthétique,
- Aide à la cohérence (protection et sécurité, capacité de vivre en groupe...)
- Aide à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs (se former, travailler, activités ludiques...)

A titre d'exemple, les matériels entrant dans cette classification par fonction sont les suivants :

Les aides à l'hygiène et aux soins corporels

Les aides à l'hygiène corporelle directe ou « produits pour incontinents » :

- Les produits absorbants ou « couches »
 - changes complets,
 - protections anatomiques
 - protections rectangulaires
- Les produits non absorbants :
 - sondes vésicales d'autosondage,
 - poches de recueil,
 - étuis péniers,
 - urinaux.
- Les produits pour stomisés :
 - poches pour stomisés
 - accessoires (filtres, supports de gomme, clamps, irrigations....)

Les matériels sanitaires :

- barres d'appui,
- brosses, éponges, peignes à long manche,
- cadres de WC,
- chaises garde robe,
- brancards, chaises, fauteuils roulants et sièges, tabourets de douche,
- coquilles de bain,
- planches et sièges de bain, fixes ou pivotants,
- sièges élévateurs de bain,
- surélévateurs de WC,
- autres

Les aides à l'habillement :

- enfile bouton
- enfile bas et chaussettes
- boutons indicateurs de couleurs
- autres

Les aides à la mobilité

Aide aux déplacements :

- VHP : fauteuils roulants, poussettes, tricycles, dispositifs de propulsion, scooter...

Aide à la marche et au maintien

- cannes,
- béquilles,
- déambulateurs,
- rollators,
- cadres de marche
- appareils de soutien partiel,
- appareils modulaires de verticalisation,
- chaussures thérapeutiques de série et chaussures destinées à recevoir des appareils de marche,
- chaussures orthopédiques sur mesure
- orthèses et prothèses externes sur mesure
- coques talonnières
- autres

Aide aux transferts :

- lève-personnes
- sangles
- autres

Aide à la préhension et à la manipulation :

- pinces à long manche
- tourne-pages
- autres

Les aides au repos et au maintien à domicile .

- cerceaux pour lit,
- coussins de série de positionnement des hanches et des genoux pour polyhandicapés,
- fauteuils releveurs,
- lits médicaux,
- matelas simples pour lits,
- matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres,
- coussins de décharge des talons, genoux et coudes,
- tables de lit
- sièges coquilles et sièges de série modulables,
- autres

Les aides aux fonctions sensorielles

Les aides pour déficients visuels

- lunettes (verres de correction et montures)
- lentilles de contacts,
- aides visuelles pour amblyopes télescopiques et microscopiques,
- loupes
- téléagrandisseurs,
- vidéoloupes connexion TV,
- autres

Les aides pour déficients auditifs :

- audioprothèses (contours, intra, lunettes, boîtiers) et accessoires,
- accessoires d'implants cochléaires (boîtier, antenne.. :)
- autres

Les aides à la parole et à la voix

- prothèses vocales

Les aides à la communication

- machines à lire, machines à parler
- abécédaires
- logiciels adaptés
- tablettes et poinçons
- téléphones adaptables
- synthétiseurs vocaux,
- agendas et blocs notes parlants,
- imprimantes braille,
- calculatrices à systèmes vocaux,
- systèmes grossissants de télévision à circuit fermé,
- matériels informatiques et interfaces spécifiques,

- machines à taper en braille,
- photocopies en braille,
- CASATES (communication, audition, sociale, autonomie, travail, éducation) : inductions magnétiques infrarouges, amplificateurs, avertisseurs tactiles...
- autres.

Les aides aux tâches domestiques

- couteaux, fourchettes adaptés
- mesures à doser
- rebords d'assiettes
- balances parlantes
- fours parlants
- machines à manger
- plaques de cuisson parlantes
- autres

Les aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique,

- prothèses oculaires
- prothèses faciales,
- prothèses mammaires externes,
- postiches,
- gants,
- revêtements pour prothèses externes,
- autres

Les aides à la cohérence

- cannes blanches,
- casques de protection,
- systèmes d'alarme et de surveillance : Sonnerie-flash
- pendentifs radar ou casquettes radar,
- systèmes de localisation (GPS),
- pictogrammes.
- autres

Les aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs

- mappemondes en braille,
- livres en braille
- jeux adaptés
- jeux d'éveil, outils multisensoriels
- autres

Aménagement des véhicules :

- volants adaptés, sièges de voiture adapté
- systèmes pour entrer un VHP dans la voiture
- Aménagements de la conduite.

Aménagement du logement

- baignoires et douches adaptés
- aménagements des WC
- rampes d'accès,
- franchisseurs d'escalier,
- monte-escaliers,
- plans inclinés,
- plates-formes monte-escaliers,
- plates-formes élévatrices,
- plans de travail réglables en hauteur
- systèmes de contrôle d'environnement à la voix.
- autres

Cette classification donne une cohérence à l'ensemble des matériels. Elle peut servir de référentiel dans le choix du matériel par les professionnels ou les personnes handicapées en fonction de leurs besoins, de leur milieu naturel, familial et environnemental. Elle permet enfin une réelle lisibilité économique à partir d'une évaluation globale des coûts liés à une fonction et une transparence dans les choix à effectuer.

**Propositions de critères
d'aide à la décision
d'inscription dans la LPP**

PROPOSITIONS DE CRITERES D'AIDE A LA DECISION D'INSCRIPTION DANS LA LPP

Le rapport Teulade avait déjà tenté de classer les aides techniques en distinguant les produits vitaux des produits d'aide à l'autonomie et d'aide au confort. La réflexion engagée par le groupe Lyazid avait aussi tenté de faire une distinction entre les produits essentiels et ceux qui ne l'étaient pas.

Ces réflexions avaient abouti au fait qu'il était impossible d'effectuer une telle classification à partir du seul produit et qu'il était nécessaire de l'établir par rapport à la personne.

Il nous a toutefois été permis à partir des rencontres et des différentes auditions réalisées, de retenir les critères suivants pour différencier les aides techniques « médicales » (de traitement, d'aide au traitement et de prévention), des aides techniques « sociales » (d'aide à la vie) :

Les aides techniques « sociales » d'aide à la vie sont destinées à :

- une déficience physique, sensorielle, mentale, psychique ou mixte d'origine constitutionnelle ou acquise mais aussi à une déficience avec séquelles due à la chronicité d'une maladie,
 - un état consolidé.
- Elles répondent à :
- un caractère définitif de la déficience,
 - la prévention tertiaire à visée palliative.

Sur la base de ces critères, il est possible de proposer une simplification de la LPP en ne gardant que les produits qui répondent à :

- une notion de traitement, de soins,
- un caractère temporaire de l'état de la personne,
- un acte médico-chirurgical obligatoire,
- une prévention primaire, secondaire et tertiaire à visée curative.

Dès ce stade, il apparaît que le matériel ne peut pas être pris comme base de référence car il peut être utilisé, selon le cas, pour un état temporaire et pour un état définitif.

Les maladies évolutives telles que la sclérose en plaques évoluent par poussées entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues. Pendant la période aiguë ou subaiguë qui survient à l'occasion de chaque poussée, le malade est à nouveau en traitement et le besoin en aide technique correspondant à son nouvel état sera réévalué dès la rémission.

Nous proposons donc que ne soient prises en compte par les prestations légales dans la LPP que les aides techniques de traitement ou d'aide au traitement ou à la prévention, et qu'en revanche, soient retirées de cette procédure les aides techniques d'aide à la vie dont la liste est la suivante :

**AIDES A LA VIE
DES HANDICAPES ET DES MALADES CHRONIQUES
« AIDES TECHNIQUES »**

****Dispositifs médicaux et aides techniques pour handicapés :***

- Appareils électroniques correcteurs de la surdité,
- Appareils de soutien partiel,
- Appareils modulaires de verticalisation,
- Béquilles,
- Cannes,
- Casques de protection,
- Chaises percées,
- Chaussures thérapeutiques de série et chaussures destinées à recevoir des appareils de marche.
- Chaussures orthopédiques sur mesure
- Couteaux, couteau-fourchettes pliants.
- Coquilles pour bain,
- Coques plantaires
- Déambulateurs,
- Gants en cuir pour prothèse,
- Optique médicale :
 - * lunettes,
 - * lentilles de contact,
 - * appareils pour amblyopes : loupes, systèmes à vision microscopique ou télescopique, aides visuelles électroniques,
 - * guides à ultrasons pour nouveau né anophtalme.
- Postiches,
- Prothèses faciales sur mesure,
- Prothèses mammaires externes.
- Prothèses oculaires sur mesure,
- Prothèses et orthèses externes sur mesure du grand appareillage orthopédique (GAO),
- Prothèses vocales
- Sièges adaptables sur châssis roulants,
- Urinaux.
- Véhicules pour handicapés physiques :
 - * fauteuils roulants manuels, électriques, verticalisateurs,
 - * fauteuils roulants à pousser,
 - * kit de propulsion par moteur électrique,
 - * kit de facilitation de la propulsion,
 - * poussettes,
 - * tricycles.

**** Matériels de repos, pour lits et fauteuils :***

- Alèses,
- Cerceaux pour lit,
- Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux pour polyhandicapés,
- Lits médicaux,
- Matelas simples pour lits,
- Matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres,
- Potences pour lits,
- Sièges coquilles et sièges de série modulables.
- Soulève-malades et sangles.

**** Matériels pour incontinence :***

- Appareillages pour incontinents et stomisés :

- * étuis péniers,
 - * pâtes de protection pour stomisés,
 - * poches pour stomisés urinaires et fécaux,
 - * poches de recueil,
- Sondes vésicales d'autosondage,
(Nb : les sondes vésicales à demeure et les sondes d'urétérostomies cutanées restent dans la LPP car elles sont liées à un acte médical ou paramédical ce qui n'est pas le cas pour les sondes d'autosondage)

Tous ces matériels considérés comme aides à la vie, actuellement dans la LPP pour des raisons historiques, devraient rejoindre l'ensemble des aides techniques nécessaires à la compensation de l'incapacité qui sont actuellement sur le marché.

Au total, cette proposition simple permet de donner une cohérence à la LPP en laissant aux prestations légales toute la partie des produits liés aux traitements et aux soins.

Propositions pour améliorer la prise en charge des aides techniques

PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES

De l'étude de la situation actuelle on peut dégager quelques idées fortes sur la notion du handicap et de l'autonomie.

- Le handicap doit désormais être abordé sous l'angle de la **compensation des incapacités** et non plus comme autrefois sous celui de l'assistance.
- Continuer à parler de handicap avant 60 ans et de dépendance au-delà de cet âge est un non-sens car dans les deux cas il s'agit bien de compenser une perte d'autonomie. **Il est donc essentiel de briser ce cloisonnement**, de coordonner les structures et de mutualiser les moyens.
- Il faut également **faire disparaître les inégalités de traitement** existant actuellement dans la prise en charge des personnes handicapées selon l'origine du traumatisme (maladie ou accident causé par un tiers) et selon le département où la personne réside.
- **La prise en charge de la personne handicapée doit être globale mais également personnalisée** ce qui signifie que dès le départ l'évaluation des besoins de la personne en aides techniques doit tenir compte de l'ensemble des aides nécessaires au retour à l'autonomie. **La complémentarité entre aide technique, aménagement du lieu de vie et aide humaine est la pierre angulaire de l'équilibre du dispositif.** Ces trois éléments devraient donc être abordés simultanément dès la 1^{ère} évaluation. Compenser une incapacité est certes prioritaire mais il ne faut pas oublier de prendre aussi en compte les autres facteurs essentiels à la personne, pour rompre son isolement et favoriser son retour dans la vie sociale voire professionnelle.

1) L'information

L'information est fondamentale, elle doit être la plus large et la plus complète possible.

- **pour les personnes handicapées** qui sont des consommateurs à part entière et qui souhaitent connaître les produits qui peuvent leur servir.
- **pour les professionnels**, acteurs du secteur de la santé, de l'emploi, de l'éducation, les travailleurs sociaux, les gestionnaires d'établissement de rééducation, tous réclament une large information directement accessible sous forme d'une banque de données nationales pour tous les types de handicap (moteur, auditif, visuel, mental, psychique).

Cette information doit porter sur l'ensemble des aides techniques disponibles sur le marché, sur les types de handicap auxquels ces matériels sont destinés et ceux auxquels ils sont contre indiqués. Ces informations nécessitent une validation préalable de l'utilisation du matériel. Elles doivent être régulièrement actualisées de façon à prendre en compte les nouveautés mais aussi les remontées du terrain.

La mise en place du système nécessite une source d'information nationale type « banque de données » indépendante de la vente et recensant l'ensemble des aides techniques

existantes sur **le marché national voire international** en lien interactif avec les **structures de proximité** départementales ou infra-départementales.

2) L'évaluation de la déficience

L'évaluation de l'incapacité est l'étape fondamentale. Elle doit être la plus précoce possible car elle conditionne l'avenir de la personne handicapée. Rigueur et qualité sont les deux principes de base d'une bonne évaluation.

- 1) L'évaluation doit être **individualisée, globale, fonctionnelle et environnementale, elle doit prendre en compte les capacités restantes de la personne**, apprécier les conditions de retour ou de maintien à domicile, d'insertion ou de réinsertion dans la vie sociale et professionnelle.
- 2) L'évaluation doit être réalisée par **une équipe pluridisciplinaire** comprenant au minimum un ergothérapeute, un travailleur social et une équipe médicale modulable pour répondre à chaque cas particulier en introduisant à la demande un médecin spécialiste (médecine physique et réadaptation, gériatre, pédiatre, psychiatre, ophtalmologiste, otorhinolaryngologiste, médecin généraliste formé au handicap ...), un technicien du bâtiment (architecte...). **Cette équipe doit de surcroît travailler en réseau** avec d'autres spécialistes référents pour les handicaps rares ou spécifiques.
- 3) Il devrait exister une ou deux équipes **dans chaque département**, en fonction du bassin de population, pour les handicaps les plus lourds ou très spécialisés. Pour les formes les plus légères voire pour les demandes simples, la personne handicapée aurait accès à une structure de proximité **infra départementale** travaillant en réseau avec l'équipe départementale. Dans cet esprit **le concept** de SVA et de CLIC peut être conservé, le premier réservé aux formes les plus graves ou les plus complexes, le second mieux adapté aux demandes plus simples et de proximité. Le seul changement est de rendre **polyvalentes** ces structures quelles que soient l'origine du handicap et l'âge de la personne. Les équipes ainsi constituées réunissent les professionnels actuellement en place dans les différentes structures d'évaluation existantes.
- 4) L'équipe pluridisciplinaire doit utiliser **un référentiel d'évaluation unique** établi à l'échelon national et validé de façon consensuelle afin d'homogénéiser les avis sur l'ensemble du territoire et de faire disparaître les inégalités géographiques.
- 5) **L'indépendance des membres de l'équipe** est une condition essentielle tant vis à vis de la personne examinée que des revendeurs, des associations, des décideurs et des organismes financeurs.
- 6) L'équipe doit être **mobile**, elle doit pouvoir se rendre au domicile de la personne si nécessaire afin d'apprécier l'environnement et les conditions de vie au quotidien.
- 7) Pour une personne handicapée, l'évaluation doit être **unique** et **regrouper tous les aspects de sa réinsertion** dans la vie courante (domicile, école, emploi, prestations AAH...).

- 8) Chaque évaluation doit conduire à la constitution d'un **dossier unique**, document essentiel à la qualité du **suivi**. Ce dossier, appelé à suivre la personne handicapée tout au long de sa vie, fait le point sur ses capacités restantes, son mode de vie dans l'environnement architectural, ses capacités d'apprentissage (scolaire, professionnel),
- 9) Ce dossier fera l'objet d'une **réévaluation** en fonction de l'évolution des besoins du bénéficiaire, ou à sa demande, et d'un **suivi** de la bonne adaptation des dispositions prises à son égard.
- 10) Actuellement, pour des raisons purement administratives, la prise en charge des aides techniques ne peut être assurée que sur prescription médicale. Celle-ci est exigée par la LPP mais les autres financeurs s'appuient également sur ce document. Le prescripteur, en l'occurrence un médecin, le plus souvent mal informé sur le matériel lui-même et souvent également sur le handicap, ne fait que confirmer ce qui a été prévu par l'ergothérapeute ou l'équipe évaluatrice.
- L'exigence de la prescription médicale systématique ne semble donc pas utile.**

3) La formation

Elle doit être théorique et pratique afin d'obtenir une compétence réelle si possible certifiée. De plus, elle doit être reconnue au niveau national, par exemple sous forme de diplômes universitaires nationaux multi-disciplinaires et d'actions de formation continue.

Elle doit permettre d'acquérir et d'approfondir les connaissances en matière d'aide technique sur les matériels existants et sur leur intégration dans l'environnement de la personne.

Elle doit permettre d'acquérir et **d'approfondir les connaissances concernant l'approche de la personne handicapée dans la globalité de son projet de vie.**

Nous avons pu nous rendre compte de l'absence de ces formations.

Elle est indispensable pour :

- 1) les évaluateurs : médecins, ergothérapeutes, assistantes sociales, psychologues, techniciens du bâtiment (architectes ...)...
- 2) les aidants professionnels : infirmières, aides soignants, auxiliaires de vie, travailleurs en économie sociale et familiale.....
- 3) les distributeurs.

Leur formation doit couvrir la technicité du matériel, sa validation, sans oublier la maintenance et la réparation, éléments importants pour assurer au matériel une durée d'existence convenable.

Il est indispensable d'améliorer, notamment en durée, les formations existantes. La validation de ces formations devrait relever essentiellement du ministère de la santé et des affaires sociales.

La reconnaissance de la formation doit relever exclusivement de la compétence de l'Etat et non plus des organismes de prise en charge comme c'est actuellement le cas dans le cadre de la LPP.

- 4) **La personne handicapée et son entourage doivent également bénéficier de conseils, d'informations et de soutien** pour être en mesure de mieux appréhender le projet de réinsertion dans la vie active et économique et pour permettre à la personne handicapée d'être l'auteur de l'organisation de son mode de vie dans son milieu.

4) Les différentes aides

Bien que le rôle du matériel soit important pour compenser les incapacités en vue d'assurer l'autonomie de la personne, seul, il ne répond qu'à 20% des besoins.

L'aide technique est donc indissociable des aménagements de l'environnement et de l'aide humaine.

a) Le matériel

Du fait de la grande diversité du marché de ces produits, dont certains entrent dans les dispositifs médicaux, mais dont beaucoup concernent des produits de consommation courante « grand public », il est nécessaire **de référencer les aides techniques sur le marché par une liste nationale dûment validée sur la base de quelques critères** : qualité, utilité du matériel par rapport aux besoins de l'utilisateur.

Même si les fabricants peuvent déjà par acte volontaire faire certifier leur matériel d'un label de qualité, il apparaît utile d'encourager au niveau national **une labellisation ou certification** (marque NF..) des aides techniques.

Dans la mesure où le marché pourrait s'ouvrir du fait de la mise en place d'un mode de financement adapté, de nouveaux matériels apparaîtraient sur le marché français. Si l'on veut éviter les dérives, il est donc prudent de créer une **structure nationale** de veille et **d'appels d'offre** pouvant contracter des **conventions** avec les fabricants et importateurs.

On peut également penser que l'ouverture du marché favorisera la **recherche** privée et **l'innovation technologique**, ce qui est primordial dans ce domaine et l'Etat doit encourager cette mutation.

b) La délivrance des aides techniques

L'anarchie dénoncée par l'ensemble des professionnels repose sur la grande diversité de l'origine professionnelle des fournisseurs (prestataire, pharmacien d'officine, ambulancier...), sur leur manque de compétence concernant le matériel lui-même, sur l'absence des textes d'application concernant les conditions de délivrance (article L 5211-5 du code de la santé publique) et de formation (art. L 5232-3 du code de la santé publique). Cette situation est préjudiciable car la délivrance des aides techniques fait partie de la sécurité du produit. Ceci nécessite de **prendre rapidement les textes d'application prévus**.

Pour le bien être de l'utilisateur, il faut valider le matériel à l'issu d'essais rigoureux. Ces **essais préalables devraient être systématiques** pour les matériels sophistiqués et faire l'objet d'une attestation de satisfaction de la personne. Ceci a naturellement des conséquences

en terme de coût et de responsabilité pour les industriels, d'autant qu'ils devraient se dérouler sur le lieu de vie de la personne, ce qui impose aux industriels des mesures de prudence et une obligation d'assurance.

La maintenance des matériels et l'organisation des réparations font parties des facteurs de qualité qu'il est important de ne pas négliger. Le plus souvent, ces services sont mal assurés à l'exception de certaines entreprises qui disposent de techniciens formés.

Le service après vente doit donc être prévu et encadré.

c) L'aménagement du domicile

L'aménagement du domicile doit être basé sur le concept suivant : **l'environnement doit s'adapter à la personne et non l'inverse.**

La tendance actuelle est de faire rentrer à son domicile la personne handicapée avec des aides techniques très médicalisées, sans trop se préoccuper de l'environnement.

L'aménagement du domicile avant le retour doit être étudié avec un **professionnel du bâtiment travaillant sur « l'architecture » pour éviter de transformer la maison en une « chambre d'hôpital »** et d'entraîner à terme, un rejet de la famille.

Il est donc indispensable de construire ces projets sous l'angle médico-architectural ce qui éviterait d'acheter des matériels spécifiques pour handicapés alors qu'un aménagement personnalisé de l'existant pourrait tout aussi bien satisfaire les besoins.

Une structure de coordination nationale devrait réfléchir sur l'orientation à prendre dans ce domaine.

d) L'aide humaine

La **diversité** et le **champ étendu** de compétence de l'aide humaine qui va du soin à l'accompagnement aux activités de loisirs, entraînent un polymorphisme dans le rôle des personnes compétentes .

Toutefois, le système reposant sur une ou plusieurs personnes restent **fragile** du fait du recrutement difficile, de l'insuffisance de la formation spécifique des aidants non professionnels, parfois de leur isolement et de la nécessité d'une entente harmonieuse entre l'aidant et la personne handicapée.

L'accompagnement de l'aide technique, le soutien dans l'insertion notamment pour certains handicaps psychiques et mentaux reposent de façon partielle ou totale sur l'aide humaine. Toute défaillance de cette dernière peut rompre **l'équilibre** parfois **précaire sur lequel repose le maintien à domicile de la personne handicapée.**

L'importance de l'aide humaine dans la compensation du handicap et la fragilité actuelle du système nécessite **une réflexion au niveau national** d'autant que l'enveloppe financière est particulièrement lourde.

5) Organisation de la prise en charge financière

Les chiffres suivants ne tiennent compte que des **aides techniques individuelles ou entrant dans le cadre de l'aménagement des véhicules et du logement** hormis les coûts dus à la pose et au bâti.

Ce travail a porté sur l'évaluation des ventes de l'année 2001 que ces matériels soient ou non actuellement pris en charge par la LPP.

	2001		2007
	Coût total Domicile TTC	LPP	Coût total domicile à 5 ans
TOTAL avec optique	4,432Md€	890,6M€	5,834Md€ + 31,6%
Optique (lunettes verres de contact)	3Md€	174M€	3,31Md€
TOTAL hors optique (Lunettes verres de contact)	1,432Md€	716,6M€	2,524Md€ + 76,25%

Le marché total des aides techniques ou « aide à la vie » est de 4,432Md€ dont 890,6 M€ inscrit dans la LPP, soit 20,1% (nous rappelons que le montant de la LPP est de 2,6Md€- rapport du CEPS 2001-)

Hors l'optique (la lunetterie), en 2001 :

- le marché des aides techniques peut être évalué à 1,432Md€
- la part prise en charge par la LPP peut être évaluée à 717M€ (soit 50% du marché).
- la somme restante est donc de 715M€ pour les familles ou la collectivité.

Les 50% de dépenses restant actuellement à charge sont comblés soit par des financeurs publics et privés (Etat, collectivités locales, Caisses de sécurité sociale, mutuelles, AGEFIPH, ALGI, ANAH, Handiscol, associations caritatives...) soit par l'utilisateur lui-même. Ce mode de financement est toujours précaire, aléatoire, inégalitaire suivant les départements, sans véritable clés de répartition, car chacun des financiers potentiels veut garder la maîtrise de sa décision et de ses règles et ne souhaite pas mutualiser les financements.

A 5 ans, en cas de prise en charge à 100% et du fait de l'augmentation de la population, on peut estimer que le coût de ce marché serait alors de l'ordre de 2,5Md€

La situation actuelle n'est pas satisfaisante car la LPP n'est qu'un « droit de tirage » sans véritable limite, elle ne permet de réguler ni les coûts, ni les volumes, ni même la qualité des produits. En effet :

- on s'aperçoit que dans certains cas, une aide technique onéreuse peut ne pas être utilisée au maximum de ses performances car le lieu de vie de la personne n'a pas été au préalable aménagé et l'aide humaine indispensable pour l'accompagnement de l'aide technique n'a pas été prévue.
- Certains matériels utiles aux personnes handicapées dans la vie courante comme par exemple un fauteuil releveur, un réveil parlant pour les mal-voyants, les montres vibrantes

pour les mal-entendants sont accessibles à tout public comme moyen de confort. La question est alors de ne prendre en charge ce type de matériel que pour les personnes handicapées, sur prescription à la suite de l'évaluation du déficit.

Pour faire disparaître tous ces inconvénients et rendre la situation plus lisible on peut envisager deux cas de figure, dans un cas on garde le principe de la LPP en aménageant le système actuel, dans l'autre cas on remplace le système actuel en créant un financement autonome et global du handicap.

1^{er} scénario :

On garde le principe de la LPP mais on y fait entrer l'ensemble des aides à la vie sans se référer comme actuellement au caractère « médical » ou non du matériel..

L'avantage : est que l'on conserve le concept LPP et que l'on donne l'impression d'une certaine continuité.

Les inconvénients :

- on ne peut pas couvrir l'ensemble des besoins notamment ceux qui relèvent des aménagements du logement et du véhicule. La personne handicapée ne sera toujours pas prise en charge dans sa globalité et dans son environnement.
- on continue une procédure lourde avec des blocages à l'inscription de nouveaux produits sous prétexte que le matériel ne serait pas prioritaire. Un différentiel entre tarif et prix de vente persistera puisque la procédure est basée sur l'inscription générique. Enfin on conserve l'exigence d'une prescription médicale pour ouvrir le droit à la prise en charge alors que celle-ci n'est pas justifiée pour la plupart des produits.
- « le droit de tirage » illimité persiste. L'absence de connaissance des modèles d'aides techniques remboursées perdure du fait de l'inscription en nomenclature générique. Le système restera donc non régulé.

Dans l'hypothèse où la prise en charge serait à 100% après ouverture large de la LPP le surcoût pour l'assurance maladie serait de 4,94 Md€ (5,834 Md€ - 890 M€) si l'on rembourse toute l'optique et de 1,8 Md€ (2,5 Md€ - 715 M€) si l'on ne rembourse que l'optique destinée aux troubles graves de la vision.

2^{ème} scénario :

La personne handicapée est prise en charge de façon globale par un financement unique après une évaluation de son état et de l'ensemble de ses besoins.

Celui ci est assuré par un fond national abondé par les différents financeurs actuels c'est à dire l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités locales et territoriales, les mutuelles, l'AGEFIPH, la CPAM, l'ALGI...

Le financement est redistribué au niveau des structures de proximité (département et/ou agglomération) selon une clé de répartition qui tiendra compte notamment de la population concernée.

Les avantages :

- Le handicap est d'emblée couvert dans sa globalité,

- Les différences qui existent actuellement selon les lieux de résidence disparaissent.
- On obtient une meilleure lisibilité du système de prise en charge.
- On crée un « droit de tirage » que l'on peut si nécessaire encadrer en fixant au préalable le montant du fond et le mode de contrôle des prestations.

Les inconvénients : mise en place d'un système nouveau, « on change les habitudes », il faudra donc prévoir une période de transition.

Parmi les moyens susceptibles de maîtriser les coûts en fonction des besoins, on pourrait envisager la mise en place de **forfaitisation par groupes homogènes de handicaps** en fonction de la capacité restante et de quelques autres critères sociaux (l'examen rétrospectif des dossiers nous a montré que cette approche est faisable). On peut également envisager une distribution à l'aide de « **chèque service spécifique** » pour chaque matériel. Il est essentiel de veiller à ce que la prise en charge de chacun soit étudiée en toute équité.

Le cas particulier de l'optique (lunettes, verres de contact) doit être individualisé car pour ce produit la très grande majorité des besoins concerne une population que l'on ne classe habituellement pas parmi les personnes handicapées. Il s'agit alors d'une déficience physiologique comme la presbytie ou d'une déficience visuelle comme la myopie ou l'astigmatisme. La couverture de ces matériels serait laissée à la charge d'un système complémentaire.

Seules les aides visuelles (loupes, téléagrandisseurs...) destinées aux troubles graves de la vision qui nécessitent des appareillages importants et spécifiques, seraient financées dans le nouveau système..

Nous proposons de retenir le scénario n° 2 qui inaugure une nouvelle politique de prise en charge régulée du handicap, depuis l'information jusqu'au financement en passant par la labellisation des différents produits et l'élaboration des différents référentiels indispensables au niveau de l'évaluation et du suivi. Cet ensemble pourrait alors être réuni au sein d'une structure unique type « agence ».