





**SYNERGO est un collectif d'associations et de syndicats représentant les étudiants et professionnels ergothérapeutes français, constitué à l'initiative de l'ANFE**



ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes)  
Eric TROUVE Président  
34 Avenue Aristide Briand - 94110 Arcueil  
[president@anfe.fr](mailto:president@anfe.fr)

afeg



Association Française des  
Ergothérapeutes en Gériatrie

AFEG (Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie)  
Fabrice NOUVEL Président  
61 chemin des Manardes - 34160 Boisseron  
[afeg.ergo@tiscali.fr](mailto:afeg.ergo@tiscali.fr)

après)

APRES (Association Professionnelle Recherche Ergothérapie Sciences)  
Jean-Michel CAIRE Président  
3, les Alberts - 33570 LUSSAC  
[jean-michel.caire@chu-bordeaux.fr](mailto:jean-michel.caire@chu-bordeaux.fr)

ar'Fe'H'G'a

ARFEHGA (Association pour la Recherche et la Formation des  
Ergothérapeutes de l'Hôpital de Garches)  
Carine ROUY-THENAISSY Présidente  
Hôpital Raymond Poincaré - Service Netter Ergothérapie  
104 boulevard Raymond Poincaré - 92380 Garches  
[arfegha@yahoo.fr](mailto:arfegha@yahoo.fr)



CAP ERGO  
Marie GILBERT Présidente  
7 place de l'église - 78170 La Celle Saint Cloud  
[cap.ergo@yahoo.fr](mailto:cap.ergo@yahoo.fr)



SIFEF (Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français)  
Gabriel GABLE Président  
52 rue Vitruve - 75020 Paris  
[ggable@ergo-nancy.com](mailto:ggable@ergo-nancy.com)



SYNFEL Ergolib (Syndicat National Français des Ergothérapeutes Libéraux)  
Julie LAPREVOTTE Présidente  
6 rue Louis Bouquet - 69009 Lyon  
[synfel.ergolib@free.fr](mailto:synfel.ergolib@free.fr)



UNAEE (Union Nationale des Associations des Etudiants en Ergothérapie)  
Renaud JANET Président  
5 rue Frederick Lemaître - 75020 Paris  
[etudiants.ergo@voila.fr](mailto:etudiants.ergo@voila.fr)

# Pourquoi « le Livre Blanc de l'ergothérapie » ?

Après soixante ans de développement de l'ergothérapie en France, et à l'heure où notre société s'interroge sur l'avenir de son système de santé, il nous a paru important de nous arrêter un instant afin d'apprécier le chemin accompli, de mesurer l'existant et de déterminer avec le plus d'objectivité possible les changements à venir nécessaires. Proposer une ergothérapie adaptée aux besoins de la population française, une ergothérapie assumée, responsable et résolument tournée vers l'avenir, tels sont les objectifs de cette démarche.

« Le Livre blanc de l'ergothérapie » a été réalisé lors des Premières Assises Nationales de l'Ergothérapie, qui ont eu lieu les 3 et 4 avril 2008 à la Cité des Sciences et de l'Industrie à Paris.

Ce document a été élaboré dans une démarche interactive par les participants, les intervenants et les organisations professionnelles, rassemblées sous le collectif SYNERGO.

Pour adapter l'ergothérapie aux besoins de la population, dix propositions professionnelles, ainsi que les engagements de nos organisations pour les prochaines années, sont présentés ici. Ils ont été débattus devant tutelles et associations de personnes en situation de handicap.



# Les ergothérapeutes

L'ergothérapeute est un professionnel du champ sanitaire et social. Le plus souvent membre d'une équipe pluri professionnelle (composée de médecins, d'auxiliaires médicaux, de travailleurs sociaux, d'acteurs de réseaux sanitaires, de techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. En tant que spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions pour rendre possible les activités de façon sécuritaire et lever les obstacles de toute personne en situation de handicap.

La profession d'ergothérapeute existe depuis une soixantaine d'années en France et s'est développée progressivement. Malgré cet enrichissement constant, de nombreux besoins ne sont actuellement pas couverts, qu'il s'agisse d'interventions thérapeutiques, de programmes de réhabilitation, de réinsertion ou de prévention, que ce soit auprès d'enfants, d'adultes ou personnes âgées. En effet, l'effectif des ergothérapeutes est très faible au regard des besoins de la population et de l'évolution démographique.

## Le savoir-faire des ergothérapeutes

### ► Évaluer

L'ergothérapeute est formé à l'examen des effets physiques (moteurs et sensoriels), psychiques, mentaux et cognitifs d'un accident, d'une maladie ou de l'avancée en âge. Il analyse également l'interaction de ces paramètres avec les facteurs environnementaux et personnels qui influencent la capacité de participation sociale.

***L'ergothérapeute définit les plans d'aide individualisés visant la compensation des situations de handicap, dans le respect des habitudes de vie de la personne et de son projet personnel.***

### ► Prévenir et conseiller

Les recommandations de l'ergothérapeute ont pour but d'atténuer ou d'éliminer les obstacles à l'activité humaine et de rétablir une adéquation entre la personne et son environnement, avec un souci d'efficacité maximale.

Ces recommandations permettent également de prévenir une situation de handicap ou d'en réduire les effets. L'ergothérapeute participe aux actions de promotion de la santé, de prévention ou de formation concernant les populations à risque de perte d'indépendance et/ou d'autonomie. Il participe de ce fait à la politique de santé publique à travers la préconisation et l'entraînement à l'utilisation d'aides techniques, et à travers l'aménagement de l'environnement.

***Grâce aux conseils adaptés au plus près des besoins et des possibilités de la personne, l'action des ergothérapeutes permet une réduction des coûts de santé et limite l'installation de situations consommatrices de soins ou de services.***

### ► Développer l'indépendance et l'autonomie

Conscient de l'importance de l'activité dans le quotidien des personnes, l'ergothérapeute s'attache à proposer des solutions concrètes pour permettre ou faciliter :

- la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques ;
- les déplacements, la communication, les loisirs ;
- l'accès ou le maintien en milieu scolaire et professionnel ;
- la pleine participation sociale et citoyenne.

***L'ergothérapeute développe les possibilités d'indépendance et d'autonomie dans le milieu ordinaire de vie des personnes à travers des actions réhabilitatives.***

## Démographie

Le rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé met en évidence l'augmentation du nombre de professionnels : 50% depuis 2000. Il n'en demeure pas moins que le nombre d'ergothérapeutes ne permet pas de répondre aux besoins croissants de santé.

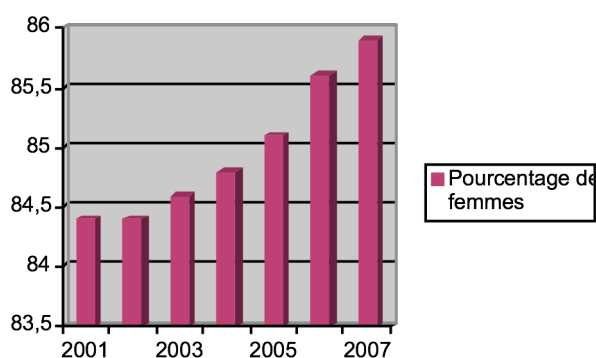
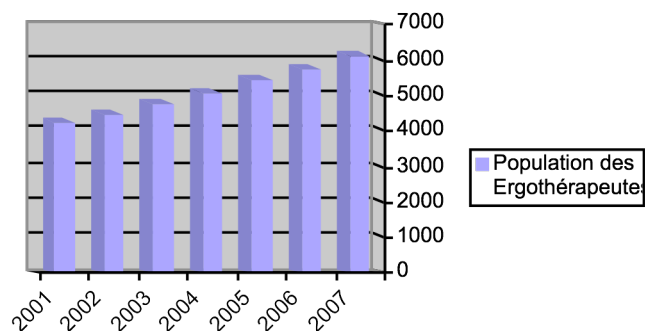
Au 1er janvier 2007, 6 155 ergothérapeutes exercent en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. L'âge moyen des ergothérapeutes s'élève à 37,4 ans. Cette profession se féminise chaque année davantage : le taux avoisine les 86%.

Jusqu'à présent, il y a en moyenne en France 350 nouveaux diplômés chaque année, et une centaine en Belgique viennent s'y ajouter. Cependant, le changement de législation belge occasionne une baisse brutale du nombre d'ergothérapeutes français formés dans ce pays et donc du nombre global de nouveaux professionnels disponibles sur le marché.

L'assouplissement des règles de libre circulation dans l'espace européen permet à certains établissements de recruter davantage d'ergothérapeutes étrangers, sans que l'ampleur de ce phénomène n'atteigne celle constatée pour les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes.

L'étude de la démographie professionnelle nous montre qu'un nombre non négligeable d'ergothérapeutes commencent à partir à la retraite, phénomène qui va bien sûr s'intensifier d'année en année. Nous entrons dès à présent dans une période de pénurie, dont l'intensité est plus forte dans certaines régions.

En 2007 la densité des ergothérapeutes a atteint 10 pour 100 000 habitants. La comparaison avec les autres professions paramédicales révèle une disproportion flagrante, difficilement acceptable au regard des besoins de la population.



Professions	Densité France métropolitaine
Infirmiers	785
Masseurs-kinésithérapeutes	102
Manipulateurs en radiologie	42
Orthophonistes	28
Opticiens lunetiers	28
Pédicures podologues	18
Psychomotriciens	11
<b>Ergothérapeutes</b>	<b>10</b>
Orthoptistes	5
Audioprothésistes	3

Tableau I : Densité comparative concernant les professions paramédicales  
Source : fichier Adeli au 1.01.2007

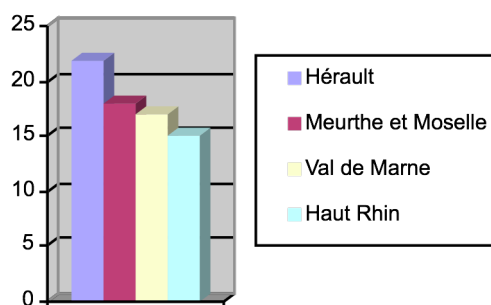
La densité des ergothérapeutes présente toujours des variations très importantes selon les pays de l'Union Européenne. En France, elle reste minime au regard de celle des pays européens, notamment de celle des pays nordiques ou même de celle de la Belgique, culturellement plus proche.

Données 2005	Nombre	Densité
Danemark	5 700	100
Suède	9 400	85
Belgique	6 000	60
Norvège	NC	45
Allemagne	35 000	42,4
Grande Bretagne	21 000	35
Luxembourg	139	30
Suisse	2 200	30
Portugal	1 020	10,2
<b>France</b>	<b>5 441</b>	<b>9</b>
Espagne	2 500	7,5
Grèce	770	7
Italie	500	1,15

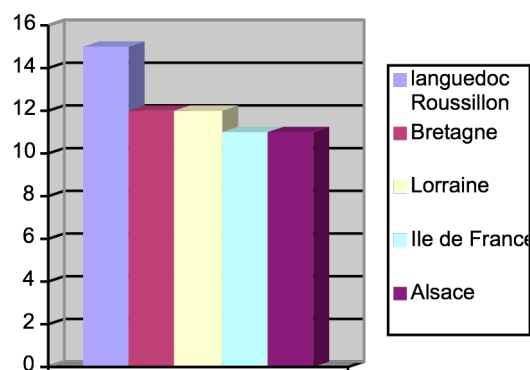
Tableau II : Nombre d'ergothérapeutes et densité en Europe  
Occupational Therapy Education in Europe : an exploration, ENOTHE, Amsterdam, 2005

Quant à l'implantation géographique, 19% de ergothérapeutes travaillent en Région Parisienne, 36% dans des villes de plus de 100 000 habitants, et seulement 9,5% en zone rurale. Cette répartition n'est pas du fait des professionnels, mais de l'implantation des établissements les employant. La répartition par département montre d'importantes disparités.

#### Densités départementales :



#### Densités régionales :

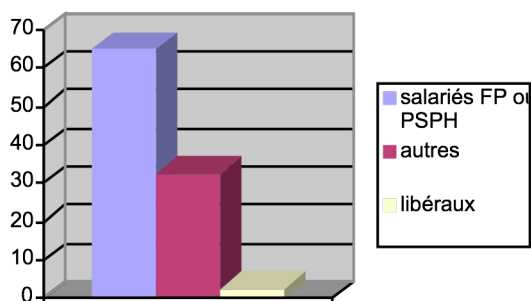


## Les secteurs d'activité des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes sont principalement des salariés. Ils sont surtout employés dans des structures de statuts public ou privé Participant au Service Public Hospitalier (PSPH). Paradoxalement, peu d'entre eux travaillent en centre hospitalier. On dénombre 169 personnes en exercice libéral inscrites sur les listes ADELI en 2007. Ce chiffre ne reflète sans doute pas la réalité car de nombreux professionnels ne peuvent s'y inscrire pour des raisons administratives.

L'apparition de nouvelles catégories dans le répertoire ADELI succède à l'augmentation d'ergothérapeutes dans un secteur qu'il devient alors nécessaire de différencier pour plus de visibilité. Ces changements reflètent l'évolution des pratiques. Ainsi y apparaissait en 2001 la rubrique intitulée « exercice libéral », de même qu'y étaient créées celles concernant les « établissements de soins et prévention » et les « établissements gériatriques ». Cependant, il reste

difficile de savoir ce que ces appellations recouvrent véritablement. Bien que la catégorisation adoptée dans le fichier ADELI ne soit pas complètement explicite, nous pouvons observer depuis sa création une augmentation de la part d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes adultes et âgées, et une diminution de celle des professionnels intervenant auprès d'enfants. Les données ADELI ne permettent pas non plus de mesurer la part d'ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale. Une enquête nous précisait en 1990 que cette part représentait 18%. Nous sommes convaincus que le nombre de postes en psychiatrie augmente progressivement, mais il est difficile de savoir si cette croissance est proportionnelle au nombre total d'ergothérapeutes en France.



Secteurs d'activité	Répartition en 2007
Rééducation Réadaptation de l'adulte en établissement	25%
Gériatrie	20%
Pédiatrie	15%
Psychiatrie	15%
Services de soins à domicile	6%
Structures médicosociales	5%
Management, gestion et direction de structures	4,2%
Libéral	3,8%
MDPH	1,1%
Commerce d'aides techniques	1%

Tableau III : Répartition des professionnels par secteur d'activité  
Source : estimation ANFE 2007

Le développement de nouvelles problématiques dans le domaine de la santé, le rapprochement entre l'action sanitaire et sociale et la reconnaissance de nouveaux besoins nous permettent d'envisager une action de plus en plus importante des ergothérapeutes dans notre société : développement de la psychogériatrie, progrès de la réanimation, augmentation de l'espérance de vie et donc des populations du 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> âges, scolarisation, activité professionnelle et intégration en milieu ordinaire de vie des personnes handicapées, conception d'une société plus juste pour tous, lutte contre les discriminations... Les ergothérapeutes accompagnent ces évolutions et mettent leurs compétences au service des usagers.

De nouveaux secteurs d'intervention sont actuellement explorés par les professionnels. Ils travaillent dans des lieux de plus en plus diversifiés : hôpitaux, cliniques et centres de réadaptation, hôpitaux de jour, CMP, CATTP, centres pénitentiaires, services de soins à domicile, équipes mobiles, collectivités territoriales, structures d'évaluation et de conseil, centres d'hébergement, fabricants et distributeurs de matériel, associations, libéral, réseaux de soins... Nous constatons avec satisfaction qu'ils sont amenés à intervenir de plus en plus en milieu ordinaire de vie : domicile, milieux scolaire et professionnel, cité...

Leurs missions peuvent recouvrir des réalités très différentes : évaluation, conseil, thérapie, encadrement d'équipe, animation de réseau, direction d'établissement, formation, expertise, recherche et développement.

Leur exercice nécessite des savoirs de plus en plus étendus et demande des compétences très variées : sur les pathologies, les techniques d'intervention, les techniques d'évaluation, les nouvelles technologies, les normes d'hygiène et de sécurité, la pédagogie, la démarche basée sur les preuves, la santé communautaire, la prévention, le management, la gestion, l'économie, l'éducation à la santé, l'accompagnement des familles, le travail en réseau...

Leurs modalités d'intervention sont plurielles : salariat, portage salarial, libéral. Les populations prises en charge sont devenues très diverses : tous les âges de la vie sont représentés ; les types de déficiences traitées également : physiques, psychiques, cognitives, sensorielles et mêmes sociales. Il convient également d'ajouter à ces cibles d'action toutes les personnes à risque, dans le cadre des actions de prévention.

# Des besoins de santé qui évoluent

L'étude « Handicap Incapacité Dépendance » (HID) réalisée en France entre 1998 et 1999, indiquait que près d'une personne sur trois avait répondu « Oui » à la question : « Rencontrez-vous, dans la vie de tous les jours, des difficultés, qu'elle soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? ».

« Dans la population vivant à domicile, plus de 9% (5,4 millions) des personnes déclarent bénéficier de l'aide régulière d'une autre personne en raison d'un problème de santé. (...) Plus le handicap est lourd, plus la part de l'accueil en institution et de l'aide professionnalisée à domicile est importante. (...) La proportion de personnes aidées progresse avec l'âge : elle n'atteint pas 7% avant 60 ans, mais double ensuite tous les 10 ans et dépasse 85% pour les nonagénaires. »<sup>1</sup>

Dans cette enquête, les personnes déclarent diverses situations de handicap qui montrent bien l'impact des déficiences et des incapacités dans la vie sociale.

Diverses approches du handicap selon l'âge	% Femmes		% Hommes		% Ensemble	
	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans	moins de 60 ans	plus de 60 ans
Recourir à des aides techniques	4,5	38,2	4,8	32,0	4,6	35,6
Être titulaire d'un taux d'incapacité <sup>(1)</sup>	3,0	10,6	6,2	16,5	4,6	13,1
Rencontrer ou avoir rencontré un problème d'emploi <sup>(2)</sup>	15,5	11,7	14,5	12,4	15,0	12,0
Avoir une déficience <sup>(3)</sup>	31,1	76,9	29,9	72,6	30,5	75,1
Recevoir une allocation	2,3	5,0	4,5	10,8	3,4	7,5
Être confiné au lit	0,7	9,4	1,0	7,5	0,9	8,6
Être aidé pour sortir <sup>(4)</sup>	0,7	6,7	0,5	2,4	0,6	4,9
Recourir à une aide humaine	4,4	32,7	3,4	21,4	3,9	27,9

(1) Proportion de personnes déclarant un taux officiel d'incapacité pas de point

(2) Parmi les 20 ans et plus : personnes inaptes à l'emploi, ou ayant dû l'abandonner, ou devant avoir un emploi aménagé pour raison de santé idem

(3) Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau.

(4) Sont regroupées dans cette catégorie les personnes ni confinées au lit, ni ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.

Tableau IV : Les diverses approches du handicap en pourcentage dans l'ensemble de la population française – Source : Données HID 1998-1999

Selon l'étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DHOS), l'évolution démographique des patients induit de nouveaux besoins auxquels doit répondre le système de santé.

« Tout d'abord, la population va continuer à augmenter dans les années à venir, plus ou moins modérément selon les taux de migration. L'allongement de la durée de vie se traduit par un nombre en constante augmentation des personnes âgées malades à un âge de plus en plus avancé (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> âge). L'arrivée massive des "baby-boomers" à la retraite, est également un phénomène démographique qui va modifier les besoins de santé. Toutefois le doublement des classes d'âge de 60 à 75 ans n'affectera les hôpitaux que pour certaines pathologies. En revanche, l'arrivée de ces classes d'âge dans le 4<sup>ème</sup> âge après 2020 aura des répercussions nettement plus sensibles sur la prise en charge ».

<sup>1</sup> P. MORNICHE, *Le handicap se conjugue au pluriel*, Division des Enquêtes et études démographiques, INSEE et le Groupe de Projet HID, n°742 – octobre 2000.

L'arrivée des « *papy-boomers* » correspond néanmoins à une évolution qualitative de la demande de soins, les jeunes retraités ayant une exigence de qualité nettement plus grande que leurs aînés. Ils sont à cet égard en phase avec l'évolution socioculturelle qui modifie radicalement, sous différentes facettes, le rapport du malade au soignant. Une implication individuelle croissante des usagers se manifeste notamment par le souhait d'être davantage informé et associé aux décisions le concernant.

Les patients deviennent progressivement des « consommateurs », exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes. C'est ainsi que des attentes s'affirment chaque jour davantage autour du développement du maintien dans le réseau familial et social, d'un accompagnement à domicile avec une meilleure articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville, d'une augmentation des structures de soins de proximité, des réponses plus rapides et des aides financières en matière d'aides techniques, d'aménagement du domicile et d'aides humaines, de l'accessibilité accrue des lieux publics et sociaux et d'un accès à l'ergothérapie de ville.

Enfin, selon la DHOS, « *les grandes lignes de l'évolution des pathologies prises en charge peuvent être esquissées : plus de pathologies liées au vieillissement, une augmentation des polyopathologies et des pathologies chroniques, des cancers, des maladies cardio-vasculaires, des maladies mentales et comportementales, des maladies infectieuses et parasitaires* ». On assistera donc à une expansion de la morbidité par accroissement de la survie des malades et par l'émergence de populations très âgées et très fragiles.

Selon l'*Atlas de la santé en Ile-de-France* de la DRASSIF-IAURIF-ORS, datant de septembre 2005, la population demande une diversification plus forte de l'offre de soins :

- temps de séjour hospitalier souhaité plus court ;
- maintien dans le réseau familial et social ;
- soins palliatifs et fin de vie avec un accompagnement à domicile ;
- horaires de soins compatibles avec une activité de travail ;
- proximité des structures de soins et maillage géographique ;
- articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville et coordination des acteurs ;
- réponses plus rapides et aides financières en matière d'aides techniques ; d'aménagement du domicile et d'aides humaines ;
- accessibilité des lieux publics et sociaux.

# Une évolution de l'offre de soins dans sa nature et son contexte

Le modèle d'accompagnement social est identifié par plusieurs rapports comme facteur précipitant la restriction d'activité, s'il n'intervient pas dans une gestion plurifactorielle de la perte d'autonomie. Le rapport du CREDES<sup>2</sup> montre une grande disparité dans les conséquences des problèmes fonctionnels sur la perte d'autonomie. La gestion et l'accompagnement de l'incapacité a plus d'influence sur la perte d'autonomie que l'incapacité en elle-même. Ainsi, la rééducation, les aides techniques et l'aménagement des espaces de vie sont identifiés comme des facteurs positifs de prévention de la restriction d'activités.

Concernant les personnes âgées, on dénonce actuellement une intervention centrée sur une prise en charge médicale et médicamenteuse avec un manque flagrant d'alternatives, mais aussi une limitation des possibilités de prescription et donc d'utilisation et de gestion des aides techniques. L'évolution des pathologies induit la détresse des aidants, et l'insuffisance d'accompagnement des familles dans la prise en charge au quotidien de leurs parents.

La précocité des retours dans les milieux de vie, la faiblesse du réseau médico-social autour de la personne handicapée et de sa famille, la désinstitutionnalisation en psychiatrie, les durées moyennes de séjour plus courtes, les interventions au domicile plus nombreuses (Hospitalisation à domicile, Service de soins à domicile...), la restructuration des établissements nous poussent donc vers une réorganisation de l'offre de soin.

En effet, le système de santé doit être capable de prendre en charge de façon adaptée la grande diversité des usagers et de leurs besoins. Il importe notamment de développer des dispositifs spécifiques d'accompagnement de certaines populations parmi les plus fragiles, avec des problématiques de santé complexes, combinées à des difficultés sociales ou psychologiques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de pathologies mentales, populations précaires...). Il s'agit notamment de pouvoir mieux faire le lien entre le médical et le social au niveau des prises en charge, d'autant qu'elles s'inscrivent de plus en plus souvent dans un parcours de santé, dans lequel le passage à l'hôpital est limité dans le temps. La continuité des soins devrait alors être assurée par l'ergothérapie de ville.

Selon la DHOS, « *l'organisation des soins s'inscrit dorénavant dans un dispositif territorialisé, un paysage "hospitalier" et une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins qui sera de plus en plus coordonnée entre les différents établissements des secteurs public et privé se répartissant les spécialités et les missions de santé, en collaboration avec les médecins et paramédicaux exerçant en libéral* ».

Le système sanitaire et social a pu apporter d'ores et déjà des réponses en développant des alternatives à l'hospitalisation et des dispositifs innovants mais encore insuffisants :

- hospitalisation à domicile ;
- services de soins à domicile ;
- hôpitaux de jour ;
- équipes mobiles ;
- centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- filières de soins ;
- maisons départementales des personnes handicapées ;
- scolarisation des enfants en situation de handicap ;
- réadaptation psychosociale en santé mentale ;
- réseaux de santé, de prévention (SEP, SLA, cancer, AVC, troubles des apprentissages) ;
- liens ville/hôpital (réseaux, hospitalisation de jour ou à domicile...).

---

<sup>2</sup> Cambois E, Robine J-M. Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels. DREES; N° 261, sept 2003

## Les réseaux de santé

La Direction Générale de la Santé (DGS) recense aujourd'hui plus de 1 000 réseaux de santé : inter établissements, par pathologie, par population, ville/ville, ville/hôpital... Le polymorphisme y est notable. Après plus de dix ans d'évolutions réglementaires chaotiques, la nouvelle législation du 4 mars 2002<sup>3</sup> donne une définition et un cadre légal aux réseaux de santé. Parallèlement, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 leur a procuré une assise financière indispensable, réactualisée en 2007<sup>4</sup>.

Les ergothérapeutes interviennent essentiellement dans les réseaux de santé autour de la personne âgée et dans ceux dédiés au handicap physique ou mental. L'évolution de ces réseaux est significative et répond à une politique de santé publique, impliquant entre autres l'ergothérapie (plan Solidarité Grand âge, plan Alzheimer...)<sup>5</sup>. En unité mobile hospitalière ou en pratique libérale, l'ergothérapeute peut ainsi intervenir sur le terrain et répondre aux besoins de la population dans la cité.

## De nouvelles réponses apportées aux personnes en situation de handicap par la loi du 11 février 2005

La CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) devient la référence pour qualifier les situations de handicap. La loi élargit le concept de handicap et y répond ainsi d'une façon plus adaptée.

Les avancées apportées sont nombreuses :

- la reconnaissance législative des handicaps psychiques, cognitifs et du polyhandicap, au-delà des handicaps moteurs et sensitifs ;
- la formation de tous les professionnels de santé sur le handicap ;
- la création d'un observatoire national de la formation, de la recherche et de l'innovation sur le handicap ;
- la prestation définie à partir du projet de vie de la personne handicapée ;
- les prestations versées à la suite d'une évaluation pluridisciplinaire (basée sur la CIF) des situations de handicap ;
- l'inscription de tout enfant à l'école de son quartier avec l'établissement d'un parcours scolaire et la création d'équipes de suivi dans chaque département ;
- le renforcement des possibilités d'accès à l'emploi pour les personnes handicapées ;
- le renforcement des mesures en faveur de l'accessibilité dans la cité, dans les déplacements et dans les lieux publics ;
- la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées, véritable guichet unique et service d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap, avec un accent particulier sur le projet de vie de la personne.

L'application de ces textes dans la réalité est malheureusement différente d'un département à l'autre en fonction des volontés politiques locales, de l'organisation du réseau déjà existant et de l'interprétation de la loi et des décrets.

---

<sup>3</sup> La loi N°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 institue une section « réseaux » dans le code de la santé publique, qui établit une définition des « réseaux de santé » (Art. L. 6321-1 –Chap. 1 Titre II Livre III du Code de la Santé Publique.)

<sup>4</sup> L'article 94 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 crée un nouveau fond permettant le financement des réseaux : La fusion du FAQSV et de la DDR donne naissance au FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) en vigueur depuis le 1er juillet 2007

<sup>5</sup> La circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 précise dans le cadre des réseaux de santé « personnes âgées » : « Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire »

La circulaire DHOS/01 N°2001-209 du 4 mai 2001, relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit précise : « une prise en charge très majoritairement ambulatoire faite par le secteur libéral qui a vocation à continuer, d'où l'importance de développer des liens étroits entre l'hôpital et la ville dans ce domaine »

Le Sénateur Paul Blanc, chargé du rapport d'information sur la loi du 11 février 2005, déplore dans une entrevue<sup>6</sup> le faible nombre d'ergothérapeutes dans les Maisons Départementales des Personnes Handicapées. La commission y estime même qu'il n'est pas indispensable de procéder à de nouveaux recrutements sauf en ce qui concerne les ergothérapeutes. Bien que satisfaits de ces remarques, nous ne pouvons que regretter que ces observations ne fassent pas officiellement partie du rapport et ne soient pas suivies d'effets.

## **L'audition publique (AFM, CNSA, FCE, HAS) sur « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? »**

L'accès aux aides techniques est identifié comme un facteur important d'égalité des chances. Le constat actuel fait apparaître leur sous-utilisation, un manque de connaissance des utilisateurs et des professionnels à leur sujet, un taux important de non observance dans leur utilisation, un manque de compétence de nombreux professionnels impliqués dans les programmes de compensation des handicaps. L'ergothérapeute est identifié par les experts comme professionnel spécialiste de la compensation des handicaps, et devant être présent à tous les stades de la préconisation des aides techniques : *« les ergothérapeutes occupent une place à part dans le processus d'acquisition d'une aide technique, à toutes les étapes de celui-ci »*.

Une inégalité est ainsi constatée entre les personnes handicapées ou âgées pouvant bénéficier des conseils d'un ergothérapeute et ceux n'y ayant pas accès. L'évaluation spécifique de la démarche en ergothérapie, l'implication de la personne et l'entraînement à l'utilisation sont des domaines d'expertise optimale de l'ergothérapeute, et sont en eux-mêmes des facteurs favorisant la compliance. Ainsi, le rapport note *« le besoin d'embauche de professionnels qualifiés, ergothérapeutes notamment »* au sein des structures impliquées dans la compensation des handicaps (Maisons départementales des personnes handicapées, Equipes pluridisciplinaires pour l'évaluation de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie) et la nécessité d'en *« assurer la présence en nombre suffisant »*.

Le rapport de la commission d'audition établit un consensus autour de la reconnaissance de l'exercice libéral des ergothérapeutes *« même si les conditions d'application d'une telle reconnaissance peuvent faire l'objet de discussions »*. Le rapport plaide pour une présence des professionnels dans la cité et au sein des réseaux de proximité afin de combler un important maillon manquant dans le dispositif actuel. Il s'agit de permettre un accès de première intention à toutes les personnes qui ne sont pas inscrites dans les circuits spécialisés de prise en charge ou d'accompagnement. Le développement de l'exercice libéral de l'ergothérapie est un moyen retenu d'égalité d'accès à la compensation des handicaps sur l'ensemble du territoire.

## **La mise en place de la filière de soins gériatriques**

La circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 instaure la mise en place d'une filière de soins gériatriques afin de garantir un meilleur parcours de soins et des ressources adaptées aux pathologies de la personne âgée. Ce document précise les ressources nécessaires et l'ergothérapie est citée de nombreuses fois dans la composition des équipes pluri professionnelles.

La circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 précise dans le cadre des réseaux de santé « personnes âgées » : *« Une compétence d'ergothérapeute doit également être recherchée lorsque l'aménagement de l'habitat est nécessaire »*.

---

<sup>6</sup> Gazette Santé Social du 27 août 2007

## Le plan Alzheimer 2008-2012

Le rapport de la commission présidée par Joël Ménard, professeur de santé publique, spécialiste des maladies cardio-vasculaires, ancien Directeur Général de la Santé, et commandé par le Président Sarkozy, fait état de propositions concernant la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sur une durée de quatre ans (2008-2012).

A partir d'une analyse du nombre de personnes susceptibles d'être touchées par ces pathologies du sujet âgé, mais aussi au regard de son apparition précoce, le système de santé risque de devoir gérer dans les années à venir un problème médicosocial d'une ampleur sans précédent.

Face à cette urgence, le rapport préconise la nécessité de développer de manière notable des services spécialisés en faisant appel à des professionnels médicaux et paramédicaux, notamment les ergothérapeutes. L'auteur nous cite de nombreuses fois dans ce document, signant ainsi une réelle reconnaissance de nos compétences et de notre place dans l'offre de soins. La possibilité donnée aux ergothérapeutes de pouvoir intervenir à domicile en qualité de praticien libéral est donc reconnue en termes cliniques et préconisée par la commission, sa mise en œuvre étant renvoyée à la Haute Autorité de Santé et à l'Assurance Maladie. Le rapport propose également un changement de tarification des Services de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD) pour permettre le recrutement des professionnels qualifiés et l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des libéraux regroupés dans des maisons de santé ou en cabinets.

La commission Ménard évoque l'importance de la recherche clinique et fondamentale, notamment sur les traitements non médicamenteux, dont fait partie l'ergothérapie.

Parallèlement au développement des centres d'hébergement et de soins de suite et de réadaptation, il est très fortement conseillé de développer des structures ou services d'accueil à temps partiel, en ambulatoire ou d'intervention à domicile afin de respecter le désir des malades. La commission préconise la création d'une porte d'entrée unique, l'intensification des services existants et le développement de partenariats, car les problématiques soulevées par cette pathologie nécessitent une approche pluri professionnelle. L'intervention des ergothérapeutes est préconisée en matière d'aménagement du milieu ordinaire de vie et de réhabilitation cognitive des malades.

Le rapport précise plus loin que la valorisation des équipes de terrain se fera en favorisant l'embauche de nombreux ergothérapeutes et psychomotriciens et en proposant la formation de 2 000 nouveaux professionnels en concertation avec l'association des régions de France dans le cadre du « plan Métier ».

## Les plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes

Le plan national des métiers de la dépendance présente des orientations afin de développer l'offre et la qualité des services à la personne. Ce plan repose sur les compétences des régions en matière de formation des professionnels de la dépendance et du handicap. Le comité de pilotage a pour mission de repérer les nouveaux métiers, d'élaborer un répertoire national des métiers de la dépendance, de travailler sur l'adaptation des formations initiales et continues, d'élargir les possibilités de recrutement en créant de nouvelles passerelles et de déterminer l'impact législatif et réglementaire des expérimentations.

Contrairement aux idées développées dans la mise en place de la filière gériatrique et du plan Alzheimer, les ergothérapeutes ne figurent pas à la table des négociations. L'ANFE entreprend des démarches pour remédier à cet oubli majeur.

## La délégation de tâches

Pour faire face à la diminution du nombre de médecins généralistes et spécialistes dans les prochaines années, le Pr. Yvon Berland<sup>7</sup> a soutenu, dans un rapport datant de 2003, l'idée de redéfinir les missions des praticiens afin qu'ils soient « *utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation* ».

La délégation de tâches devrait ainsi permettre aux professions paramédicales d'assumer des actes qui justifiaient jusqu'alors la seule intervention des médecins. Après une phase de concertation entre le gouvernement et cinq groupes de travail, une réforme est expérimentée depuis 2004 pour certaines professions et certains actes (infirmiers, manipulateurs en radiologie...)

Aussi, l'arrêté paru au JO du 13 janvier 2006 pour les masseurs kinésithérapeutes et les textes n° 122, 124 et 126 du JO du 14 avril 2007 pour les opticiens et les infirmiers leur autorisent désormais certaines prescriptions de matériels médicaux.

Bien que nous considérons ces textes comme une avancée pour les paramédicaux, ceux-ci creusent davantage l'écart entre les ergothérapeutes et ces autres professionnels de santé. Nous attendons fermement les mêmes droits.

## Le système de distribution des aides techniques

Deux textes législatifs<sup>8</sup> ont redéfini les règles d'éthique et de bonne pratique dans le domaine de la distribution des aides techniques et des dispositifs médicaux, en rendant obligatoires le recours et la présence de certains professionnels paramédicaux (Infirmiers et Masseurs Kinésithérapeutes) pour garantir la qualité, la sécurité et l'hygiène dans le processus de distribution de matériel (ex. : matériels de ventilation et de nutrition entérale).

L'absence de la mention des ergothérapeutes dans ces textes nous semble dommageable pour les patients concernés, étant donné la compétence des ergothérapeutes en matière de préconisation d'aides techniques, aussi indispensable que celle des Infirmiers et Masseurs Kinésithérapeutes pour les tâches et matériels cités.

Les distributeurs et prestataires de services fournissant ces matériels, qui auparavant embauchaient préférentiellement des ergothérapeutes, ne peuvent pas à présent employer les paramédicaux préconisés par la loi en plus des ergothérapeutes ; ceci a pour effet de fermer à ces derniers un champ d'exercice. Le ministère positionne donc très clairement les ergothérapeutes dans la préconisation des aides techniques mais non dans leur distribution, malgré leur compétence en matière de conseil, d'essai, d'entraînement et de suivi.

## La mise en place d'Ordres professionnels

Les attentes des usagers en termes de qualité de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé et la régulation des pratiques professionnelles poussent les paramédicaux à réfléchir à un cadre déontologique mieux adapté aux diverses évolutions, ainsi qu'à l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques et à l'organisation de structures pouvant les promouvoir. Le développement des Ordres en France, tels celui des Infirmiers, des Masseurs Kinésithérapeutes et des Pédiatres Podologues, provoque un déséquilibre entre les professions, celles pour lesquelles une régulation des actes est possible et les autres, sans régulation ni supervision aucune. Un Conseil de l'Ordre a le

---

<sup>7</sup> Le Pr Yvon Berland est l'auteur de rapports sur la démographie des professions de santé (novembre 2002) et sur la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences (octobre 2003).

<sup>8</sup> Décret N° 2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévus à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

pouvoir de faire respecter les frontières avec les autres métiers, de clarifier les responsabilités professionnelles et de garantir une protection accrue contre l'exercice illégal, pour des prestations de qualité au bénéfice de la population. Les ergothérapeutes réfléchissent à mettre en place une instance de ce type.

## Le développement de la recherche paramédicale

La recherche est un préalable à l'offre de prestations inscrites dans une démarche de qualité et d'évolution constante. En matière de santé, la recherche ne peut être limitée aux seules interventions thérapeutiques médicamenteuses. Malgré l'impulsion des autorités publiques, telles que la Haute Autorité de Santé, la démarche scientifique reste minoritaire dans les prestations paramédicales. Plusieurs rapports et travaux évoquent l'importance de la recherche clinique et fondamentale, notamment au sujet des prestations des auxiliaires médicaux. Par ailleurs, la démarche de pratique probante s'étend à l'ensemble des activités sanitaires au-delà même des interventions thérapeutiques, puisqu'elle intègre les interventions de prévention, d'éducation, de préconisation et de conseil. En France, la recherche en ergothérapie reste malheureusement très limitée, compte tenu du faible nombre de professionnels accédant aux programmes de formation universitaire et aux structures de recherche.

## L'évaluation des pratiques professionnelles

La loi du 4 mars 2002<sup>9</sup> et l'article L4391-2 du code de la santé publique organisent l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) menées par les Conseils de l'Ordre des professions qui en possèdent un. La certification des établissements impose également des EPP à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la V2. Les auxiliaires médicaux sont nombreux à y être impliqués. Leur participation dans le processus est considérée comme porteuse d'améliorations et de qualité.

Par ailleurs, la loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 généralise l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé (ergothérapeutes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...) étant entendu que « *l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue* ». Cependant les décrets d'application de cette loi sont toujours en attente.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles dépasse la simple exécution d'actes appris, pour s'orienter vers une plus grande qualité des interventions, une analyse plus pertinente de la pratique, une plus grande autonomie, mais aussi une plus grande responsabilisation des professionnels. Les ergothérapeutes s'inscrivent pleinement dans cette démarche.

## La réforme des études et la VAE

Au sein, de l'Europe, la liberté de circulation pour les étudiants, les enseignants et les professionnels est rendue complexe du fait de la non compatibilité des diplômes et des différences de grade universitaire entre les pays. De plus, l'accès à l'exercice pour les paramédicaux formés hors Communauté Européenne est complexe. La signature des accords de Bologne incite fortement la France à rendre les formations supérieures compatibles aux exigences du système universitaire Licence - Master - Doctorat. Le but du processus de Bologne est de créer un espace européen de l'enseignement supérieur cohérent, compatible et compétitif, qui soit attractif pour les étudiants européens ainsi que pour les étudiants universitaires d'autres continents. Enfin, le besoin d'un système permettant la progression sociale à travers une Validation des Acquis de l'Expérience est totalement légitime et valorisé par les ergothérapeutes.

---

<sup>9</sup> Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

## L'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière

L'étude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), menée par la DHOS, a pour ambition d'éclairer les professionnels dans leurs choix, qu'il s'agisse des orientations stratégiques d'un établissement (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) ou de l'élaboration d'un projet professionnel de la part des agents (formation, évolution de carrière). Elle doit déboucher sur un outil d'aide à la décision pour l'ensemble des acteurs de santé. Cette étude examine les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social, impactant les ressources humaines et les organisations. Elle met en évidence les métiers de la FPH risquant d'être impactés par ces changements, et y a reconnu l'ergothérapie.

## Les nouveaux modes d'allocation de ressources des établissements de santé

La recherche d'une plus grande efficacité du système de soins se traduit par la mise en place progressive de la tarification à l'activité. « *Ce facteur économique correspond surtout au déséquilibre structurel du financement des dépenses croissantes de santé, déséquilibre devant inévitablement s'accroître dans les années à venir, et même devenir crucial jusqu'à la résolution du déséquilibre de financement du régime retraite et santé généré par les départs à la retraite des "papy-boomers"* » (DHOS). Concrètement, on assiste à la recherche d'une optimisation des ressources et d'un dégagement des marges de manœuvre internes (optimisation des coûts de l'activité de soins, de la facturation, des achats). Cela se traduit par la nécessité de pouvoir recueillir l'activité des différentes professions concernées, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour l'ergothérapie, qui ne dispose actuellement pas de nomenclature d'actes, ni de références opposables.

## L'accès aux soins de premier recours

Force est de constater que la population française n'a pas un accès égal aux soins, y compris en ergothérapie. Les Français attendent des mesures pour favoriser leur parcours de soins, et donc l'installation homogène des futurs professionnels, toutes disciplines représentées. Les soins de premier recours ont été définis lors des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), comme comprenant « *la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes, la dispensation de médicaments, produits et dispositifs médicaux, l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé* ». L'ergothérapie, profession émergente par son développement éloquent ces sept dernières années, constitue un acteur de soins de premier recours de plus en plus présent en soins de ville. Cependant, dans une organisation territorialisée, l'accès aux services d'ergothérapie reste à développer. Les missions et compétences de chacun doivent être mieux définies pour permettre la meilleure coordination possible des soins pour les usagers. La délégation de tâches est à envisager.

# Aspects économiques

La santé est un bien supérieur, mais l'augmentation continue de la consommation des soins et des biens médicaux (9,3% du PIB en 2003) pose un certain nombre de questions. La maîtrise des dépenses de santé est donc une préoccupation légitime de notre société. Le vieillissement de la population n'explique pas à lui seul l'augmentation des coûts liés à la santé. Il faut en chercher davantage les raisons dans le progrès technologique (médicaments entre autres) et dans la modification des habitudes des acteurs, avec une intensification du recours aux soins.

Il est donc nécessaire de compresser les effets de la morbidité grâce à une amélioration de l'état de santé et à une évolution des comportements sanitaires. L'ergothérapeute est un acteur de choix dans cette démarche, et il peut agir sur la réduction des dépenses de santé. Il démontre son efficacité dans le développement de l'indépendance et dans la diminution du recours aux assistances humaines. En l'absence de recherche menée en France, on trouve de nombreuses études étrangères prouvant les bienfaits de l'ergothérapie et les économies réalisées pour les sociétés : diminution du nombre de réhospitalisations, maintien des personnes dans la communauté et dans l'emploi, utilisation adaptée des aides techniques, diminution du recours aux aides humaines...

## Les enjeux de l'ergothérapie

Ce sont les principes de non malfeasance, de bienfaisance, d'autonomie et de justice qui ont guidé et qui continueront de guider notre réflexion et d'orienter notre pratique auprès de la population française.

Les ergothérapeutes forment un réseau de professionnels engagés et responsables. Les évolutions que nous souhaitons pour notre profession émanent d'une idée fondatrice : permettre à tous ceux que nous accompagnons, ainsi qu'à leurs proches, de conserver leur dignité et leur rôle dans notre société. Dans ce but, nous continuerons à œuvrer pour que notre activité soit identifiée et reconnue à sa juste valeur, dans une recherche d'efficacité et de qualité de nos services.

Il s'agit de répondre au plus près aux besoins de la population, à travers la création de nouveaux centres de formation, la réforme de nos études, la mise à jour des textes réglementant notre exercice, la délégation de tâches et la prescription d'aides techniques.

Il s'agit pour les ergothérapeutes de sortir davantage des institutions pour se rapprocher de la population et de ses besoins. Pour cela, les structures et les financements doivent faciliter le développement de l'ergothérapie de ville, libérale entre autres.

Il s'agit de développer la qualité et la formalisation des pratiques professionnelles, à travers le développement de la recherche, la création de référentiels et d'une déontologie professionnelle, l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles, sans oublier la mise en place des structures idoines permettant leur mise en œuvre.

Il s'agit de juguler les pénuries, de favoriser les passerelles, de participer à la création d'un véritable ascenseur social et de favoriser la circulation des professionnels en Europe, à travers une réforme des études inscrite dans le système Licence-Master-Doctorat et par la mise en place de la Validation des acquis de l'expérience.

# **10 Propositions des ergothérapeutes pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population française**

- 1. Création d'un « Référentiel Métier » basé sur les compétences**
- 2. Définition d'une nomenclature d'actes en ergothérapie**
- 3. Promulgation d'un nouveau décret d'exercice**
- 4. Financement des prestations d'ergothérapie de ville**
- 5. Formation Paramédicale Continue et Evaluation des Pratiques Professionnelles**
- 6. Réforme des études inscrite dans le système Licence-Master-Doctorat**
- 7. Promotion de la recherche en ergothérapie**
- 8. Développement de l'ergothérapie dans les dispositifs sociaux et médicosociaux**
- 9. Création d'Instituts de Formation en Ergothérapie**
- 10. Mise en place d'un Ordre des ergothérapeutes**

# 1. Création d'un « Référentiel Métier » basé sur les compétences

## Constat

Le décret d'exercice des ergothérapeutes date de 1986 et n'a jamais été révisé depuis pour accompagner les évolutions du métier et les besoins de la population.

Force est de constater que ce texte n'est plus en phase avec la pratique du métier, qui a considérablement évolué en tenant compte des avancées de la science et des données démographiques et sociales.

Dans un contexte concurrentiel entre les professions, les ergothérapeutes doivent pouvoir faire entendre leur voix et valoriser leur savoir-faire. Aussi, pour s'adapter, les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent et doivent faire l'objet d'une redéfinition réglementaire de concert avec l'ensemble des professions paramédicales.

Dans un contexte de réforme et d'universitarisation des professions paramédicales, de validation des acquis de l'expérience (VAE) des paramédicaux, de nouvelle gouvernance hospitalière, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), de transfert ou d'extension des compétences, d'évaluation de ces mêmes compétences, la nécessité d'un processus de « référentialisation métier » qui s'appuie notamment sur l'analyse des activités et des compétences professionnelles se pose avec une certaine acuité.

## Demande

➔ **Un « Référentiel Métier » basé sur les compétences, élaboré en collaboration avec les représentants professionnels et inséré dans le programme de définition de l'ensemble des métiers de la santé.**

## Engagement

Depuis de nombreuses années, lors des réunions du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, l'ANFE est porteuse d'une proposition de révision du décret d'actes. Elle est soutenue par la profession, par le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie (SIFEF), par le corps médical et par les organisations syndicales. Ce projet s'inscrit dans une démarche commune au sein de l'Union InterProfessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques (UIPARM) ; cette démarche vise à identifier les activités spécifiques à chaque profession ainsi que les activités partagées. Il s'agit également de préciser les conditions de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour exercer l'ergothérapie. Nos organisations professionnelles travaillent depuis fin 2007 à la définition d'un « référentiel compétences » avec les services de la DHOS et s'engagent à renforcer cet axe de travail.

## 2. Définition d'une nomenclature d'actes en ergothérapie

### Constat

Il n'existe aucune nomenclature des actes ergothérapeutiques. Celle-ci s'est pourtant toujours justifiée pour les actes réalisés en consultation externe dans les établissements de santé (ces derniers ont alors recours à la cotation NGAP d'autres professions...). La dernière proposition faite par l'ANFE à ce sujet date de 2002. Avec la mise en place d'une comptabilité analytique des établissements de santé (T2A), les actes réalisés par les ergothérapeutes ne peuvent être dûment repérés, valorisés ni facturés. Dans ces conditions, comment assurer à l'avenir cette activité dans les institutions ? Les cadres de santé défendent la création d'une nomenclature, afin de disposer d'un réel outil de management et de gestion, de façon à pouvoir argumenter leurs projets lors des conférences budgétaires annuelles et effectuer les choix stratégiques d'activités.

Le développement de l'exercice libéral, qui n'est plus récent (plus de quinze ans d'expérience), a accentué cette exigence. Ce type d'exercice a vu son activité croître de façon exponentielle ces cinq dernières années. Le SYNFEEL a travaillé en 2006 avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sur un projet de nomenclature d'actes ciblés sur quelques affections de longue durée (ALD). Ce projet hélas n'a pas abouti, à cause du changement de gouvernement.

L'absence de nomenclature entraîne également une confusion pour les usagers, qui se voient facturer la prise en charge ergothérapeutique comme si c'étaient des soins très différents, sous diverses appellations.

Cette situation limite le développement de la profession et prive beaucoup de nos concitoyens de soins en ergothérapie.

### Demande

#### ► La réalisation d'une nomenclature d'actes pour permettre :

- la mise en place d'une comptabilité analytique et d'une gestion efficace dans les établissements de soins ;
- une meilleure lisibilité des prestations pour l'utilisateur ;
- une facturation précise aux organismes financeurs tels que la sécurité sociale, les mutuelles et les assurances, mais aussi les Maisons Départementales des Personnes Handicapées et les établissements de santé.

### Engagement

Nos organisations professionnelles sont porteuses d'un projet de nomenclature d'actes permettant de coter autant le travail hospitalier que l'exercice libéral et ainsi mieux repérer et valoriser l'activité des ergothérapeutes.

Elles s'engagent à finaliser cette nomenclature en l'inscrivant dans leurs projets respectifs.

### 3. Actualisation du cadre législatif d'exercice

#### Constat

Le décret d'exercice des ergothérapeutes a été réalisé en 1986 et n'a jamais été révisé depuis pour accompagner les évolutions du métier et les besoins de la population.

D'autres professions se sont vues octroyer de nouvelles responsabilités et de nouveaux champs d'action, sans que les ergothérapeutes bénéficient des mêmes possibilités d'évolution (mise en place des diagnostics infirmier, orthophonique et kinésithérapique, prescription de dispositifs médicaux déléguée aux masseurs kinésithérapeutes et aux infirmiers, etc.)

Aussi, pour s'adapter, les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent et doivent faire l'objet d'une redéfinition réglementaire avec toutes les professions concernées.

En outre, l'évolution du métier exige l'actualisation fréquente des textes, ce qui implique la mise en place d'un dispositif législatif plus souple.

#### Demande

- ▶ **Un cadre législatif d'exercice actualisé, fondé sur une démarche basée sur un diagnostic professionnel, une autonomie dans la réalisation des objectifs définis, la prescription de dispositifs médicaux, et enfin reconnaissant pleinement la pratique en milieu ordinaire de vie. La possibilité de l'exercice en libéral doit y être explicitement mentionnée.**

#### Engagement

En cohérence avec l'élaboration et la définition d'un référentiel métier, nos organisations professionnelles s'engagent à prolonger ce travail par l'écriture collaborative d'une nouvelle référence légale, et à en faire la promotion auprès des professionnels de terrain et des employeurs.

## 4. Financement des prestations d'ergothérapie de ville

### Constat

L'organisation des soins doit s'inscrire davantage dans un dispositif territorialisé, avec une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins coordonnée, une collaboration accrue entre établissements, médecins et paramédicaux exerçant en libéral ou dans des services à domicile.

Aujourd'hui, l'accès aux soins d'ergothérapie est difficile en l'absence d'un passage en institution. Or les personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse d'enfants ou de personnes âgées, ainsi que leur famille, ne souhaitent pas obligatoirement une entrée en institution pour des actes de rééducation ou des interventions de réadaptation. Contrairement à certaines professions paramédicales, l'ergothérapie ne peut développer que difficilement son activité en milieu ordinaire de vie, faute d'un exercice libéral et d'un système de financement. Les demandes affluent, mais les usagers sont contraints de monter un dossier de prestations exceptionnelles (soumises à conditions financières) auprès de la Caisse d'Assurance Maladie, et doivent attendre plusieurs mois une réponse. En règle générale, ils règlent les soins sans l'espoir certain d'une prise en charge.

Pourtant, les études de la Mutualité Française, le rapport d'audition sur les aides techniques et le rapport de la commission Ménard sur la maladie d'Alzheimer montrent l'intérêt et les bénéfices de la prise en charge ergothérapique hors institution (services de soins à domicile, exercice libéral, maisons de santé) : amélioration de la réadaptation, diminution des temps d'hospitalisation, diminution des coûts globaux pour la société.

Sans que ceci soit généralisé, des caisses primaires d'assurance maladie recourent à l'exercice libéral pour éviter l'institutionnalisation, notamment de personnes âgées, de jeunes enfants, ou de patients présentant un trouble psychiatrique. De nombreuses assurances ont également reconnu l'efficacité de l'ergothérapie et ont choisi d'offrir des forfaits de soins en ergothérapie pour les garanties les plus onéreuses.

Il faut donc hélas conclure à une iniquité d'accès aux soins et à une limitation de la qualité potentielle des services proposés. Dans le contexte d'un système de santé régi par la solidarité et la répartition, la possibilité d'une prise en charge des prestations doit pouvoir concerner l'ensemble de ces prestations. Une meilleure répartition des effectifs paramédicaux, mais aussi une réflexion qualitative (accès, permanence, modes d'organisation, partage des tâches, coordination du parcours de soins....) doivent donc être envisagées. Les pistes avancées de promotion de nouveaux modes d'exercice et de rémunération, tournés vers la création de réseaux et de cabinets de groupe, satisfont complètement les ergothérapeutes, à condition bien sûr que leur profession ne soit pas oubliée.

### Demande

- ▶ **Le développement d'un mode de financement de prestations d'ergothérapie pratiquées en milieu ordinaire de vie, notamment en exercice libéral.**

### Engagement

Nos organisations professionnelles sont porteuses d'un projet de nomenclature d'actes permettant d'apporter un cadre de prise en charge financière pour l'exercice libéral et attendent l'ouverture d'une négociation à ce sujet.

## 5. Formation Paramédicale Continue et Évaluation des Pratiques Professionnelles

### Constat

De tout temps, pour offrir les meilleurs soins possibles aux usagers, les professions paramédicales ont fait preuve d'une exigence éthique. Celle-ci est devenue de plus en plus explicite sous la pression des patients, des financeurs, mais aussi des professionnels eux-mêmes. Les ergothérapeutes envisagent clairement l'intérêt d'organiser le système de soins autour de la recherche d'une plus grande efficacité.

La loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 généralise l'obligation de formation continue à l'ensemble des professions de santé (ergothérapeutes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...), étant entendu que « *l'évaluation des compétences et des pratiques est un moyen de satisfaire à l'obligation de formation continue* ». Cependant les décrets d'application de cette loi sont toujours en attente.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002<sup>10</sup> et l'article L4391-2 du code de la santé publique organise l'Évaluation des Pratiques Professionnelles menée par les Conseils de l'Ordre des professions qui en possèdent un. La certification des établissements impose également des EPP à l'ensemble des professionnels de santé dans le cadre de la V2. Les auxiliaires médicaux sont nombreux à être impliqués dans des EPP conduites de manière transversale. Leur participation dans le processus est considérée comme porteuse d'amélioration et de qualité.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles dépasse la simple exécution d'actes appris, pour s'orienter vers une plus grande qualité des interventions, une analyse plus pertinente de la pratique, une plus grande autonomie mais aussi une plus grande responsabilisation des professionnels.

### Demandes

- ▶ **La mise en place effective d'une obligation de Formation Paramédicale Continue pour les ergothérapeutes.**
- ▶ **La création d'une obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles pour les ergothérapeutes en lien avec la mise en place du Conseil de l'Ordre.**
- ▶ **Développement de référentiels de bonnes pratiques et développement de la recherche paramédicale, notamment en ergothérapie.**

### Engagements

L'ANFE crée en 2008 un Conseil Scientifique Permanent pour orienter, accompagner et alimenter le développement scientifique de la profession. Elle s'engage dans la recherche de financements pour promouvoir des actions de recherche en ergothérapie et dans la valorisation des formations universitaires de 3<sup>ème</sup> cycle auprès des ergothérapeutes.

L'ANFE participe au développement de référentiels de bonnes pratiques avec le concours de la Haute Autorité de Santé.

---

<sup>10</sup> Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

## 6. Une réforme des études inscrite dans le LMD

### Constat

Le programme de formation date de 1990. L'accord pris à Bologne incite la France à se positionner vis-à-vis des exigences du système universitaire Licence-Master-Doctorat. Le but du processus de Bologne est de créer un espace européen de l'enseignement supérieur, cohérent, compatible et compétitif, qui soit attractif pour les étudiants européens ainsi que pour les étudiants universitaires d'autres continents. Dans le projet élaboré par *European Network for Occupational Therapy Higher Education* et par le *Council of Occupational Therapists for the European Countries* selon la méthodologie Tuning (Convergence des structures éducatives en Europe) sont définies une partie des lignes d'action du processus de Bologne, notamment l'adoption d'un système facilitant la lisibilité et la comparabilité des diplômes, la mise en place d'un système de crédits. Ce projet définit les programmes de formation de l'enseignement supérieur en résultats d'apprentissage et compétences acquises.

En Europe, la liberté de circulation pour les étudiants, les enseignants et les professionnels est rendue complexe du fait de la non compatibilité des diplômes et des différences de grade universitaire entre les pays. L'accès à l'exercice pour des ergothérapeutes formés hors communauté européenne est difficile. Les réponses ministérielles sont tardives et incomplètes le plus souvent.

Enfin, le développement accru des techniques en ergothérapie conduit à une hypertechnicisation. A terme, les ergothérapeutes doivent intégrer une pratique fondée sur les preuves. Ergothérapeutes et étudiants devront appliquer cette démarche, où la mise à jour des connaissances et la spécialisation sont primordiales.

Le besoin d'un système permettant la progression sociale, notamment à travers la Validation des Acquis de l'Expérience et la formation, est totalement légitime et valorisé par les ergothérapeutes. Le système LMD peut valoriser les formations continues et permettre un développement de carrière complet : Cadre de santé, Masters, Doctorats, habilitation à diriger des recherches, diverses spécialisations.

### Demandes

- ▶ **L'élaboration d'un référentiel de formation s'intégrant pleinement dans le cursus universitaire permettant une lisibilité internationale des formations, un déroulement de carrière, le développement de la recherche, de l'évaluation des pratiques et de la production de pratiques fondées sur la preuve.**
- ▶ **L'obtention d'un diplôme d'Etat permettant l'exercice professionnel de manière congruente à l'obtention d'une licence.**
- ▶ **L'élaboration d'un programme de formation permettant la Validation des Acquis de l'Expérience tout au long de a vie.**

### Engagements

Un travail préalable a été réalisé depuis 2 ans par l'ANFE, l'UNAE, le SIFEF et l'UIPARM sur l'actualisation du programme des études initiales et l'inscription dans le système LMD (rapport remis au ministère en novembre 2006). Nos organisations professionnelles participent actuellement aux travaux de la DHOS depuis fin 2007 sur l'élaboration d'un « référentiel compétences » qui permettra à terme d'élaborer un nouveau référentiel de formation basé sur les compétences. Sa finalisation fera partie des priorités parmi les projets associatifs de nos organisations, pour que nos revendications soient prises en compte.

## 7. Promotion de la recherche en ergothérapie

### Constat

La recherche est un préalable pour offrir des prestations inscrites dans une démarche de qualité et d'évolution permanente. En matière de santé, la recherche ne peut être limitée aux seules interventions thérapeutiques médicamenteuses. Malgré l'impulsion des autorités publiques, telles la Haute Autorité de Santé, la démarche scientifique reste minoritaire dans les prestations de santé non médicamenteuses. Or, celles-ci représentent une part grandissante des actions sanitaires et concernent la majorité des professions paramédicales, dont les ergothérapeutes.

En France, la recherche en ergothérapie reste très limitée, compte tenu du très faible nombre de professionnels accédant aux programmes universitaires de formation et de recherche.

La démarche de pratique probante s'étend à l'ensemble des activités sanitaires au-delà même des interventions thérapeutiques, puisqu'elle intègre les interventions de prévention, d'éducation de préconisation et de conseil. Ces interventions concernent les prestations d'ergothérapie et doivent y imposer la même rigueur méthodologique et scientifique.

Enfin, dans le cadre d'une réflexion internationale, les sciences de l'Activité Humaine font aujourd'hui partie intégrante des domaines de recherche dans de nombreux pays ; la France affiche un retard considérable dans ce champ de la recherche et de la formation.

### Demands

- ▶ **Le développement de financements pour la recherche en ergothérapie et pour l'intégration des ergothérapeutes aux travaux de recherche existants.**
- ▶ **L'intégration des ergothérapeutes dans la recherche universitaire.**

### Engagements

L'action du SIFEF a permis la mise en place d'un mémoire de fin d'études basé sur une démarche de recherche depuis 2004, afin de changer la culture des ergothérapeutes et de les inscrire dans la dynamique de recherche d'une pratique toujours plus efficace et adaptée.

L'ANFE a développé depuis 2005 des formations spécifiques à la recherche, des contrats et un programme d'incitation participative. Elle s'engage à finaliser l'étude sur les référentiels de pratique, en vue de modéliser un concept de l'ergothérapie adapté culturellement à la pratique française. Ce travail pourra fournir des outils professionnels tels que des instruments d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que les bases d'une réflexion sur le diagnostic en ergothérapie.

En tant que société savante, l'ANFE participe régulièrement aux travaux de la HAS. Celle-ci reconnaît et utilise l'expertise professionnelle des ergothérapeutes pour des études dont elle est promotrice.

L'ANFE s'engage dans le soutien et le développement de structures de recherche telles que la Cellule de Recherche en Ergothérapie APpliquée (CREAP) au sein du pôle d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc-Roussillon « Géronto-Clef », du pôle autonomie santé de Lattes-Montpellier, du Centre de Ressources et d'innovation Mobilité Handicap (CEREMH).

## 8. Développement de l'ergothérapie dans les dispositifs sociaux et médicosociaux

### Constat

La santé et le bien-être des français sont affectés par le manque d'égalité en ce qui concerne l'accessibilité à des services d'ergothérapie.

L'organisation des soins doit s'inscrire davantage dans un dispositif territorialisé, avec une articulation entre les différents acteurs, une offre de soins coordonnée, une collaboration accrue entre établissements, médecins et paramédicaux exerçant en libéral ou en service de soins à domicile.

La présence d'ergothérapeute n'étant pas soutenue au niveau réglementaire et la profession peu connue, force est de constater que les structures ont recours à d'autres professionnels peu qualifiés dispensant des services moins adaptés.

Pourtant l'intérêt de l'ergothérapie se démontre chaque jour dans les nombreuses structures sanitaires et sociales qui ont choisi d'offrir ce type de service.

De nombreuses études démontrent l'efficacité des actions de prévention des ergothérapeutes.

La présence de professionnels compétents sur la question du handicap permet une réduction du nombre d'hospitalisation grâce à des retours ou des maintiens réussis en milieu ordinaire de vie, et évite les coûts inutiles occasionnés par les aides techniques mal prescrites ou par les retours vers l'hospitalisation.

### Demandes

- ▶ **Développer la participation des ergothérapeutes à une gamme de soins de santé harmonisés, dont les soins de santé primaires, la promotion de la santé, les soins à domicile, la formation des professionnels et des aidants sur le handicap, de même que les secteurs tels que l'éducation, l'entreprise et les services communautaires et sociaux.**
- ▶ **Le recours systématique à l'expertise d'un ergothérapeute dans les nouveaux dispositifs (maison de santé, maison départementale des personnes handicapées, réseaux, services de soins à domicile, Centre Locaux d'Information et de Coordination... ) afin d'offrir à la population un accès légitime aux services qui relèvent de leurs compétences propres.**
- ▶ **Pour cela nous demandons que le recours à ces professionnels (en tant que salariés ou libéraux) soient mentionnés explicitement dans l'ensemble des textes réglementaires de ces dispositifs.**

### Engagements

L'ANFE et le SIFEF s'engagent à promouvoir la création de nouveaux Instituts de Formation en Ergothérapie afin d'augmenter significativement le nombre d'ergothérapeutes.

Nos organisations s'engagent dans les programmes de formation de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et des autres organismes relatifs au handicap et à la prévention.

## 9. Création d'Instituts de Formations en Ergothérapie

### Constat

Depuis près de trente ans, aucun Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) n'a été créé et agréé en France. Or, le marché de l'emploi montre pour la première fois depuis vingt ans un réel déficit en termes de professionnels, tant ergothérapeutes que cadres.

Au moment de la réforme du programme des études et à son harmonisation en Europe, les dispositifs de formation ne répondent plus aux besoins en ergothérapeutes.

Plusieurs études de faisabilité sont en cours pour créer de nouveaux IFE. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et les Conseils Régionaux restent timorés quant à l'augmentation du potentiel de formation, alors que l'évolution des besoins (variations démographiques, multiplication des structures d'accueil de personnes en situation de dépendance, multiplication des réseaux d'intervention à domicile, opérationnalisation des structures décentralisées, des MDPH...) met en évidence sa nécessité.

Parallèlement, l'arrêté d'application du Décret 2006-393 du 30 mars 2006 n'est pas encore paru, limitant la constitution de dossiers recevables par les tutelles concernées.

### Demands

- ▶ **La promulgation de l'arrêté fixant la composition des dossiers de demande d'autorisation d'ouverture d'instituts et d'agrément des directeurs.**
- ▶ **L'appui de l'Etat aux régions pour l'ouverture de nouveaux instituts de formation en ergothérapie.**
- ▶ **La possibilité pour ces nouveaux instituts de formation de s'intégrer aisément dans le tissu universitaire régional et de bénéficier de subventions nécessaires à leur fonctionnement.**

### Engagements

Depuis novembre 2005, l'ANFE et le SIFEF ont engagé un programme de développement d'Instituts de Formation en ergothérapie (outils d'aide à l'élaboration des projets).

Nos organisations professionnelles s'engagent à poursuivre ces projets de développement et à accompagner leur finalisation.

## 10. Mise en place d'un Ordre des ergothérapeutes

### Constat

La profession d'ergothérapeute ne bénéficie pas d'un Ordre professionnel contrairement aux ergothérapeutes de nombreux pays européens et à d'autres professions paramédicales françaises (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et pédicures podologues...).

Les attentes des usagers en termes de qualité de soins, l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé et la régulation des pratiques professionnelles poussent les paramédicaux à réfléchir à une déontologie professionnelle, à des référentiels de bonnes pratiques et aux structures pouvant les promouvoir.

Le développement de divers Ordres en France provoque un déséquilibre entre les professions, celles pour lesquelles une régulation des actes est possible et les autres, sans régulation ni supervision aucune. Un Conseil de l'Ordre a le pouvoir de faire respecter les frontières avec les autres métiers, de clarifier les responsabilités professionnelles et de garantir une protection accrue contre l'exercice illégal, pour des prestations de qualité au bénéfice de la population.

La définition et l'organisation des conditions d'une véritable reconnaissance et d'une pleine et entière responsabilisation de l'ergothérapie est indispensable aujourd'hui.

### Demandes

- ▶ **La création d'un organisme de représentation et de régulation, tel un Ordre. Celui-ci aurait compétence sur la régulation démographique, l'orientation en matière de formation et d'exercice, et assurerait une veille scientifique ainsi qu'une participation active aux programmes de santé. Il pourrait ainsi œuvrer avec les autres Ordres pour améliorer de manière continue la qualité des prestations de santé. Nos organisations professionnelles réclament à ce niveau l'égalité avec les autres professions paramédicales.**
- ▶ **La création d'un code de déontologie professionnel.**

### Engagements

Actuellement, le SIFEF et l'ANFE s'appuient sur les « standards de pratique » élaborés au niveau international par la *World Federation of Occupational Therapists* et au niveau européen par le *Council of Occupational Therapists for the European Countries*. L'ANFE et le SYNTEL imposent à tous leurs adhérents en exercice libéral la signature de la « Charte de l'exercice libéral en ergothérapie ». En outre l'ANFE a publié la deuxième édition de l'ouvrage : « *Nouveau guide pratique d'ergothérapie : entre concepts et réalités* ».

L'ANFE participe aux auditions de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé en y apportant ses informations.

Nos organisations s'engagent à travailler avec le ministère à la création d'un Ordre garantissant la régulation de l'exercice et de la formation en France.

# Bibliographie

- BERLAND Y., *Rapport sur la démographie des professions de santé*, novembre 2002
- BOURRELLIS C., Développement de l'ergothérapie en France de 1780 à 1998 ou des précurseurs aux écrits professionnels d'aujourd'hui, in *ergOTHérapies*, Editions ANFE, mars 2006, n°21, p.33-40
- CAIRE J-M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, Editions SOLAL, 2008
- CHAMBERTAUD S., HARTMANN L., Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, *Revue de l'OFCE* n° 91, Octobre 2004
- COLLARD F., THERRIAULT P.-Y., Ergothérapie : je me souviens, in *Journal d'Ergothérapie*, Editions Masson, Paris, 1999, 21, 4, p.47-149
- HAS, *Rapport de l'audition publique « Acquisition d'une aide technique, quels acteurs, quel processus ? »*, 2007
- HERNANDEZ H., Les professions de santé au 1er janvier 2006, *Bulletin de liaison*, Editions ANFE, août 2006, n°2, p. 36
- HERNANDEZ H., Les professions de santé au 1er janvier 2007, *Le monde de l'ergothérapie*, Editions SOLAL-ANFE, juillet 2007, n°2, p. 21
- JEANDEL C., *Un programme pour la gériatrie*, Rapport remis à X. BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités, avril 2006
- LEFORT F., *L'évolution de l'ergothérapie : vers des identités multiples et cohérentes*, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute, Rennes, 2006
- MENARD J., *Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012*, février 2008
- Ministère de la Santé - Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH, Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, 2007
- MORNICHE P., *Le handicap se conjugue au pluriel*, Division des Enquêtes et études démographiques, INSEE et le Groupe de Projet HID, n°742 – octobre 2000.
- ONDPS, *Rapport 2005*, La documentation française, Paris, mai 2006
- SICART D., *Les professions de santé au 1er janvier 2006*, Document de travail, DRESS, mai 2006
- TROUVE E., Quelques statistiques, *Bulletin de liaison*, Editions ANFE, août 2006, n°2, p. 36
- TROUVE E., Emploi, chômage et formation : pourquoi l'ANFE soutient la création de nouveaux IFE ?, *Bulletin de liaison*, Editions ANFE, 2006, n°2, p. 36
- TROUVE E., Quel avenir pour l'ergothérapie ? Quelle ergothérapie pour l'avenir ?, in *ergOTHérapies*, Editions SOLAL-ANFE, juin 2007
- TROUVE E., *Le cadre de santé face à l'activité d'ergothérapie : de la technique à la gestion*, Mémoire de fin d'études de cadre de santé, Ecole Supérieure Montsouris, 2008
- WAGNER C., *Profession ergothérapeute*, Editions l'Harmattan, Paris, janvier 2006

# ANNEXE 1

## Les grandes dates de l'ergothérapie en France

- ➔ 1954 - Création des deux premières écoles d'ergothérapie (Nancy et Paris)
- ➔ 1961 - Création de l'ANFE
- ➔ 1962 - Création par l'ANFE du *Journal d'ergothérapie*
- ➔ 1965 - Création de l'école de Lyon
- ➔ 1964 - Adhésion de l'ANFE à la World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
- ➔ 1971 - Décret instituant le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, accompagné d'un programme de formation officiel
- ➔ 1973 - Participation des ergothérapeutes (dont des représentants de l'ANFE) au Conseil Supérieur des Professions Paramédicales nouvellement créé (CSPPM)
- ➔ 1978 - Création au sein de l'ANFE du premier Service de Formation Continue pour les ergothérapeutes
- ➔ 1980 - Création du Diplôme de Moniteur Cadre Ergothérapeute
- ➔ 1982 - Organisation par l'ANFE du 1<sup>er</sup> Colloque National des ergothérapeutes à Lyon
- ➔ 1986 - Adhésion de l'ANFE au Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)
- ➔ 1986 - Publication du Décret d'actes des ergothérapeutes
- ➔ 1988 - Organisation des 1<sup>ères</sup> Journées « expériences en ergothérapie » de La Grande Motte, organisées par l'IFE de Montpellier
- ➔ 1990 - 2<sup>ème</sup> réforme du programme de formation
- ➔ 1992 - Fondation par l'ANFE de l'UIPARM (Union Inter Professionnelle des Rééducateurs et Médico Techniques) avec trois autres professions paramédicales
- ➔ 1993 - Premières installations d'ergothérapeutes en exercice libéral
- ➔ 1995 - Inscription de l'ergothérapie au Code de la Santé Publique
- ➔ 1995 - Création du Diplôme de Cadre de Santé (remplaçant celui de MCE)
- ➔ 1995 - Lancement par l'ANFE de publications à destination du grand public
- ➔ 1996 - Création du Syndicat National des Directeurs d'Ecoles d'Ergothérapie (SNDEE)
- ➔ 1998 - Création de l'Instance Exercice Libéral au sein de l'ANFE
- ➔ 1999 - Proposition par l'ANFE d'un nouveau décret d'actes et rejet du ministère
- ➔ 2000 - Organisation par l'ANFE du Congrès Européen d'ergothérapie « Ergo 2000 » à Paris
- ➔ 2000 - Création par l'ANFE de la « Charte des ergothérapeutes libéraux », signée aujourd'hui par les membres du SYNFEEL et de l'ANFE
- ➔ 2000 - Réalisation et édition par l'ANFE de l'ouvrage *Ergothérapie : guide de pratique*
- ➔ 2001 - Validation par l'ANAES du « Dossier du patient en ergothérapie » présenté par l'ANFE
- ➔ 2001 - Création du syndicat des ergothérapeutes libéraux (SYNFEL Ergolib)
- ➔ 2001 - Passage du *Journal d'ergothérapie* en *ErgOThérapies*
- ➔ 2002 - Création de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie (AFEG)
- ➔ 2004 - Edition par l'ANFE de l'ouvrage *Les modèles conceptuels en ergothérapie*
- ➔ 2004 - 3<sup>ème</sup> réforme du programme de formation (mise en place du mémoire de fin d'études)
- ➔ 2004 - Modification du nom du SNDEE en Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français
- ➔ 2005 - Création d'un service d'édition interne à l'ANFE en partenariat avec les éditions SOLAL
- ➔ 2006 - Création de l'Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie (UNAEE)
- ➔ 2006 - Création des associations CAP ERGO, ARFEHGA et APRES
- ➔ 2006 - Initiation par l'ANFE d'une politique de développement de nouveaux Instituts de Formation
- ➔ 2007 - Organisation par l'UNAEE et l'ANFE des premières manifestations étudiantes et professionnelles des ergothérapeutes
- ➔ 2007 - Organisation par l'ADERE des premières Journées européennes et francophones d'ergothérapie
- ➔ 2007 - Décret instituant les indemnités de stages et décret portant sur la nouvelle gouvernance des Instituts de Formation
- ➔ 2007 - Décret sur la mise en place du Haut Conseil des Professions Paramédicales
- ➔ 2007 - Mise en place du groupe de travail sur la définition du référentiel métier d'ergothérapeute (ANFE, SIFEF, SYNFEEL Ergolib, UNAEE)
- ➔ 2007 - Modification de nom du « Bulletin de Liaison », outil d'information des adhérents de l'ANFE, en « Le Monde de l'Ergothérapie », et élargissement de sa cible à l'ensemble des professionnels
- ➔ 2008 - Organisation par l'ANFE des premières Assises Nationales de l'Ergothérapie, en partenariat avec les associations et syndicats SIFEF, SYNFEEL Ergolib, AFEG, UNAEE, AFEG, CAP ERGO, ARFEHGA, APRES.

## ANNEXE 2

# Critères pour des réponses adaptées en soins de suite ou de réadaptation

*Document de travail établi à partir de l'Atlas de la santé en Ile-de-France - DRASSIF - IAURIF - ORS - septembre 2005*

### La demande de la population pour une diversité de l'offre de soins

De la part de la population, la demande d'une diversification de l'offre de soins est mise en évidence :

- temps de séjour hospitalier souhaité plus court,
- maintien dans le réseau familial et social,
- soins palliatifs et fin de vie avec un accompagnement à domicile,
- horaires de soins compatibles avec une activité de travail,
- proximité des structures de soins et maillage géographique,
- articulation entre les soins hospitaliers et les soins de ville et coordination des acteurs,
- réponses plus rapides et aides financières en matière d'aides techniques, d'aménagement du domicile et d'aides humaines,
- accessibilité des lieux publics et sociaux.

Si bien que les alternatives à l'hospitalisation se développent :

- hospitalisation à domicile,
- services de soins à domicile,
- hôpitaux de jour,
- centres d'accueil à temps partiel,
- réseaux ville - hôpital,
- filières de soins,
- maisons départementales des personnes handicapées.

Mais des besoins restent non couverts, particulièrement vis-à-vis des personnes âgées en perte d'autonomie, de la scolarisation des enfants handicapés, de la prise en charge à domicile ou en institution des personnes très handicapées ou surhandicapées, voire des personnes en situation de précarité.

Exemples :

- ◆ En Ile-de-France, s'est développée plus de la moitié de l'offre nationale d'hospitalisation à domicile, si bien que les autres régions ont à ce jour très peu développé cette modalité.
- ◆ En regard de priorités sanitaires régionales, il est nécessaire de penser l'offre de soins en réponse à une meilleure prise en charge de certaines populations : récemment l'enquête menée par C. HAMONET (et collaborateurs) a mis en évidence que les personnes en situation de précarité (SDF accueillis par le SAMU Social) étaient plus handicapées que l'ensemble de la population francilienne (non accès aux soins engendrant une dégradation de l'état général avec troubles orthopédiques et neurologiques, violences physiques reçues, alcoolisme, troubles psychiatriques apparaissant du fait de la précarité constante et du stress de cette situation...

## Les soins de suite ou de réadaptation

A partir des données spécifiques à l'Île-de-France, il est possible de poser des bases de réflexion et de les extrapoler aux autres situations régionales.

Schéma Régional de l'Organisation des Soins de suite et de réadaptation	
Nombre de lits et places autorisés et installés	18 174 en 2004 15 141 en 2004 (11 857 en 1997)
Nombre de personnes prises en charge en dehors de la région	25 %
Durée moyenne de séjour	39 jours
Age moyen	62,5 ans
PMSI 2002 : hospitalisations complètes	83 % des séjours dont 27 % concernent des patients de plus de 80 ans et 10,5 % des patients de moins de 16 ans
Origine de ces hospitalisations complètes	67 % du court séjour
Retour à domicile	63 %
SSR Adultes Soins de suite	Principalement : - fractures col du fémur - démences - pathologies cérébrales
Réadaptation-Rééducation	Surtout : - arthroses des membres inférieurs - pathologies vasculaires cérébrales - atteintes médullaires
SSR Enfants	Surtout : - rhumatologie-orthopédie - troubles nutritionnels - pathologies congénitales neurologiques
Constat et Perspectives	Offre ambulatoire insuffisante Nécessité de développer l'hospitalisation de jour : - HDJ pour Réadaptation fonctionnelle et Soins de suite personnes âgées - HAD pour Réadaptation fonctionnelle Pénurie de professionnels plus particulièrement en MPR Déficit de coordination des filières court séjour / SSR / médico-social et insuffisance des dispositifs médico-sociaux Améliorer l'organisation de la prise en charge par le développement de coordinations et de réseaux de soins avec l'amont et l'aval
Priorités	Alternatives à l'hospitalisation et plus particulièrement à la réadaptation cardiaque La MPR neurologique, dont essentiellement la prise en charge des AVC L'accueil de patients de tout âge polyopathologiques et lourdement dépendants (dont ceux atteints de troubles cognitifs sévères)

### Autres aspects sanitaires

- Soins palliatifs : unités de soins palliatifs, équipes mobiles de soins palliatifs, réseaux de santé en soins palliatifs
- Centres de santé (anciennement dispensaires) à vocation sociale, en faveur de la patientèle des populations modestes ou défavorisées, médecine de proximité communautaire, sociale, diversifiée et spécialisée
- Réseaux de santé : thématiques liées à des priorités de santé publique, visant la prise en charge globale (débutant avant le soin aigu et s'achevant après le soin, par un suivi sanitaire et social)
- Professions paramédicales libérales : densité, répartition infra-régionale et transfert de tâches et de compétences
- Prise en charge des populations vulnérables :
  - Les personnes âgées : augmentation du nombre de personnes âgées (axe de prévention et d'éducation à la santé) et de celles qui perdent leur autonomie (axe de traitement curatif, de compensation et de maintien des acquis); offre d'hébergement, politique d'aide au maintien à domicile
  - Les personnes handicapées : nombre de personnes handicapées, offre de structures d'accueil, équipements et services adaptés, réponses personnalisées pour les personnes les plus handicapées, services d'accompagnement pour la scolarisation des enfants handicapés
  - Les personnes en situation de vulnérabilité sociale : accès aux soins par un dispositif PASS (permanence d'accès aux soins) ou par un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

### L'appareil de formation des professions paramédicales

Evaluation du nombre d'Instituts de Formation et du nombre d'étudiants

- Filière des soins infirmiers
- Filière de rééducation
- Filière de l'appareillage
- Filière médico-technique

Repérage de pénurie professionnelle pour certaines professions

Densité professionnelle comparée à la densité nationale :

Pour les ergothérapeutes : 9 pour 100 000 habitants sur le plan national

# ANNEXE 3

## Schéma d'organisation de la formation en ergothérapie Projet ANFE / SIFEF/ UNAEE (2006)

### Sciences fondamentales

#### UE1 Sciences de la vie

Anatomie et Physiologie de l'appareil locomoteur  
Physiologie des grandes fonctions  
Neurosciences  
Activité humaine

#### UE2 Sciences humaines

Santé publique et communautaire  
Législation générale  
Législation du handicap  
Ethique et déontologie  
Psychologie  
Psychosociologie et sociologie  
Apprentissage et pédagogie

#### UE3 Sciences cliniques

Raisonnement clinique  
Communication et traçabilité  
Sémiologie  
- Pathologies physiques  
- Pathologies cognitives et troubles du comportement  
- Pathologies psychiatriques

### Sciences ergothérapiques

#### UE4 Fondements théoriques

Historique et évolution de la pratique de l'ergothérapie  
Fondements conceptuels  
Valeurs fondamentales  
Modèles conceptuels

#### UE5 Méthodologie

Processus d'intervention  
Conduite de projet

#### UE6 Technologie professionnelle

Techniques et outils d'évaluation  
Techniques et outils d'intervention

#### UE7 Intervention professionnelle

Ergothérapie et dysfonctionnement physique  
Ergothérapie et dysfonctionnement cognitif et psycho-affectif  
Organisation et gestion du dispositif ergothérapique

## Activités d'intégration professionnelle

### UE8 Activités cliniques

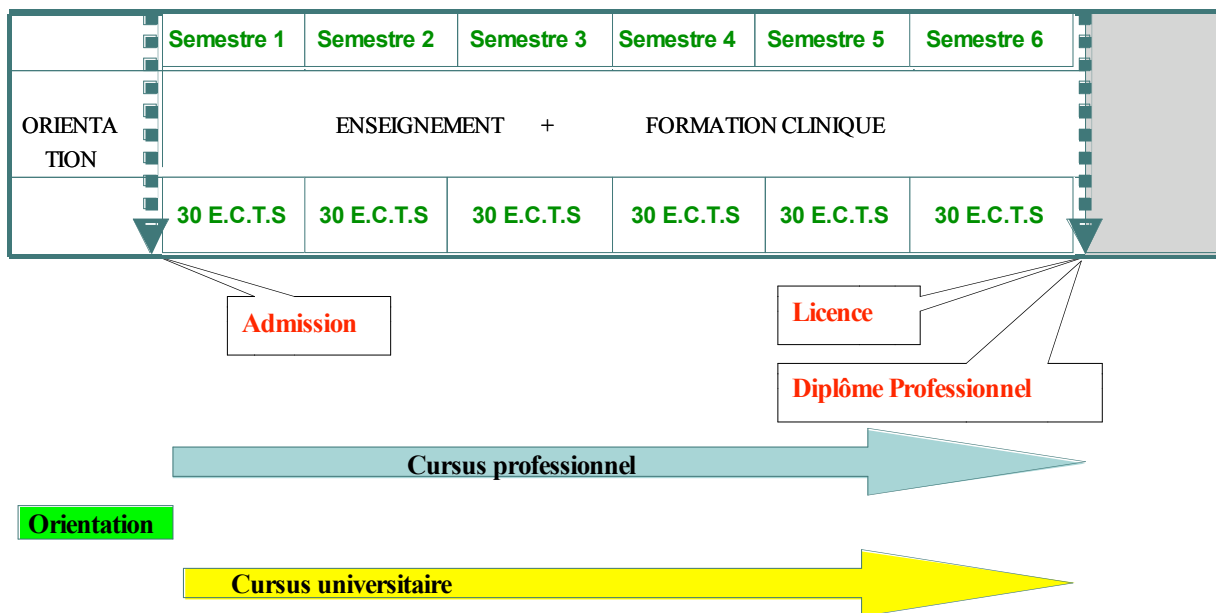
Stages  
Analyse de pratiques

### UE9 Développement personnel et professionnel

Formation à la relation  
Dynamique professionnelle liée à l'environnement et à l'exercice  
Exploration et élaboration d'un projet personnel et professionnel  
Communication et relations professionnelles

### UE10 Activités d'évaluation et de recherche

Concepts, Méthodologie et Outils  
Elaboration et mise en œuvre d'un projet de recherche  
Langues  
Techniques d'information et de communication



# ANNEXE 4

## Facteurs d'évolution, enjeux et impacts RH

Ministère de la Santé - Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH

Le schéma ci-dessous, donne une idée des principales interactions s'exerçant entre les facteurs d'évolution identifiés. Il permet notamment d'identifier les facteurs d'évolution externes aux établissements de santé —facteurs 0 (évolution démographique), 1 (évolution de la demande des usagers), 4 (évolution des technologies médicales), 5 (évolution médico-économique), 7 (évolution technologique de la fonction de support technique), 8 (évolution des exigences réglementaires et normatives) et 9 (évolution du système de formation professionnelle initiale et continue) — et les facteurs internes : 2 (évolution de l'organisation de l'offre de soins), 3 (évolution des pratiques de soins), 6 (évolution de l'organisation interne et du management). Il montre que ces facteurs externes et internes s'influencent mutuellement.

