

RAPPORT

Aides techniques

**Situation actuelle,
Données économiques,
Propositions de classification
et de prise en charge**

mars 2003

Professeur D. LECOMTE

**RAPPORTEUR
Docteur D. de PENANSTER**

.....

RAPPORT PLAN DU RAPPORT

PREAMBULE

I-/ SITUATION ACTUELLE : CONSTATS

A/ Situation actuelle

- a) Le champ des aides techniques.
- b) Epidémiologie.
- c) Synthèse des rapports.
- d) Synthèse des auditions et des visites.
- e) Le circuit de délivrance des aides techniques.
- f) L'innovation et la recherche.
- g) L'aménagement et l'adaptation du logement.
- h) L'aide humaine.

B/ Le travail des sous groupes

II-/ DONNEES ECONOMIQUES, LE MARCHE, LA REGLEMENTATION

A/ Les données économiques et le marché

- a) Généralités
- b) Le financement,
- c) Le marché,
- d) Les coûts.

B/ La réglementation et ses limites

- a) La réglementation applicable aux aides techniques.
- b) La LPP : avantages et inconvénients.

III-/ PROPOSITIONS

- a) Propositions de classification homogène par grandes classes d'aides techniques
- b) Propositions de critères d'aide à la décision d'inscription dans la LPP.
- c) Propositions pour améliorer la prise en charge.

RESUME DES PROPOSITIONS ET CONCLUSION

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Membres du groupe de travail

ANNEXE 2 : Visites effectuées et colloques

ANNEXE 3 : Institutions ou personnalités consultées

ANNEXE 4 : Bibliographie

ANNEXE 5 : Compte rendus des réunions plénières

ANNEXE 6 : Les sous groupes :

- les membres
- document d'aide au travail des sous groupes
- conclusions des sous groupes
- analyse quantitative des résultats des sous groupes : tableaux

ANNEXE 7 : Historique des classifications proposées

ANNEXE 8 : LPP : nouvelle répartition proposée

ANNEXE 9 : Normes relatives aux aides techniques

ANNEXE 10 : Liste des équipements spéciaux ou « Aides techniques » soumis à une TVA à 5,5%.

Préambule

PREAMBULE

La vie de la personne handicapée a toujours été difficile mais la société moderne l'a encore aggravée. Pour elle il s'agit d'un combat permanent contre son handicap quel qu'en soit la nature, contre la différence, contre l'isolement voire l'exclusion. Combat pour garder sa dignité, combat pour s'intégrer dans une société de plus en plus individualiste, combat tout simplement pour exister. L'année 1975 est marquée d'une pierre blanche dans ce long parcours, enfin un statut légal, la reconnaissance par une loi, la fin d'une attente, une lueur d'espérance.

Vingt cinq ans plus tard la réalité n'est pas à la hauteur de l'espoir et la vie de la personne handicapée est toujours une course d'obstacles au sein d'un système éclaté, compliqué, difficile à pénétrer. Tout au long de ces années, les associations ont fourni un travail considérable d'accompagnement, de soutien mais beaucoup d'entre elles se trouvent actuellement à la limite du découragement face à une organisation complexe et rigide. Il faut dire qu'au cours de la même période, la société a évolué, la technologie s'est développée, les conditions de vie à l'aube du troisième millénaire ne sont plus celles des années 70. Il ne suffit plus de dire « j'y ai droit donc je veux » formule simpliste mais totalement inadaptée à l'environnement social actuel. On comprend qu'en 2002 le handicap ait été reconnu comme une priorité nationale.

1^{ère} PARTIE

SITUATION ACTUELLE CONSTATS

A / SITUATION ACTUELLE

Le champ des aides techniques

LE CHAMP DES AIDES TECHNIQUES

Le terme « aide technique » souvent considéré comme quelque chose de vague nécessite d'être précisé. La dénomination « aide technique » recouvre la notion de matériel ou d'équipement en opposition avec l'aide humaine ou l'aide animalière.

Dans les années 80, on a remplacé les termes « aides techniques » par « produits pour mieux vivre » puis récemment par « **produits d'aide à la vie** ».

Des définitions internationales existent, précisant le champ couvert par les aides techniques :

- Ainsi, la norme ISO 9999 définit les aides techniques comme « tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap »
- La recommandation 92 du Conseil de l'Europe fait référence à la norme ISO 9999 et inclut non seulement les appareillages classiques mais aussi « tout outil ou système technique susceptible de faciliter le déplacement, la manipulation, la communication, le contrôle de l'environnement, les activités simples ou complexes de la vie quotidienne, domestique, scolaire, professionnelle ou sociale ».

Il ressort de ces définitions que le champ des aides techniques est très large et couvre un ensemble de matériels disparates, aussi bien des matériels conçus spécifiquement pour un type de handicap en vue de restituer autant que possible la fonction de la personne et compenser le handicap issu de sa déficience (ex : prothèses et orthèses externes, VHP), que des matériels « grand public » plus ou moins adaptés pour faciliter et améliorer la vie quotidienne de la personne (assiette à rebords, rampe d'accès, monte charge).

Il englobe donc :

- des appareillages restituant l'intégrité physique de la personne (prothèse et orthèse externes), des matériels « consommables » par la personne (poches pour stomisés, produits absorbants, cannes..) et des produits d'équipement ou d'aménagement du logement .

Tous ces matériels peuvent être de série ou des produits sur mesure.

Nous retenons que :

a) Les aides techniques sont des moyens destinés à permettre à la personne de retrouver une autonomie ou tout au moins de lui permettre de se maintenir dans son cadre de vie.

b) Les aides techniques contribuent à diminuer la limitation d'activité, la dépendance de la personne et à compenser ses incapacités:

- * Elles peuvent éviter, dans certains cas, le recours à une aide humaine et confèrent donc à la personne handicapée une autonomie.

* Elles limitent le champ d'activités dans lequel le besoin en aides humaines reste néanmoins nécessaire,

* Elles facilitent, dans certains cas, le travail des aidants, ce qui réduit la charge de la dépendance et sont par là même « une aide aux aidants »,

c) Les aides techniques tout en réduisant l'intervention des aides humaines ne peuvent pas toujours s'y substituer totalement mais en compensant le plus possible le handicap, elles redonnent une réelle indépendance à la personne.

d) Certaines aides techniques peuvent être remplacées par une aide animalière (le chien guide aveugle devient alors une sorte de « prothèse » pour le déficient visuel et se substitue à la canne blanche).

e) Pour certains types de handicap (moteur et sensoriel) les aides techniques sont primordiales, pour d'autres (mental et psychique), les besoins en aides techniques sont peu importants alors que ceux en aides humaines sont prioritaires.

Pour toutes ces raisons, l'étude des aides techniques ne peut être dissociée du problème des aides humaines et des aides animalières.

L'aide technique peut redonner une réelle indépendance à la personne, ce qui n'est jamais le cas avec l'aide humaine. C'est pourquoi, l'étude des besoins de la personne en aides techniques doit être une étape préalable à la mise en place de l'aide humaine et à son financement.

Epidémiologie

EPIDEMIOLOGIE

En 1982, les Nations Unis ont ainsi défini le handicap : « Le handicap est fonction des rapports des personnes handicapées avec leur environnement. Il surgit lorsque ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels et sociaux qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside donc dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité avec les autres individus à la vie de la communauté ».

Il en ressort une grande hétérogénéité de la population concernée, que l'on peut schématiquement séparer en quatre types de handicaps : handicap physique, sensoriel (auditif, visuel), mental ou psychique et poly-déficience.

Cette grande variété rend l'approche épidémiologique difficile.

Le manque de données épidémiologiques fiables sur le nombre de personnes handicapées, le type de handicap, son degré de gravité et son origine rend difficile les prises de décisions, du fait de l'absence d'un chiffrage précis.

Pourtant ces données pourraient être recensées si un cadre national était créé notamment par les gestionnaires de services délivrant des prestations aux personnes handicapées (SVA, COTOREP, CDES, CICAT...). Actuellement, ces services rendent compte du nombre de dossiers d'allocataires traités et de leur rapport d'activité, permettant simplement de justifier leur budget.

De ce fait, beaucoup d'affirmations chiffrées circulent depuis des années sans vérification sur la qualité de leur origine et encore moins sur la justesse des chiffres compte tenu de l'évolution de la population ou du marché.

1) Recensement des données

Les données disponibles issues de différents rapports et/ou des associations de personnes handicapées font apparaître des chiffres parfois discordants :

Données générales :

- Le chiffre de personnes dont la déficience et l'incapacité génèrent un handicap serait de 1.814.000 personnes selon le rapport « handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000 » (ODAS 1998).

- Selon la DREES, 737 000 personnes en France Métropolitaine et dans les DOM-TOM, ont déposé une demande auprès des COTOREP en 2001.

Les chiffres les plus souvent avancés pour définir le nombre de personnes handicapées en France se situent entre 3,3 et 5 millions dont 300 000 vivraient en institution. Les handicaps associés ou mixtes représenteraient 5% des handicaps.

2,3 millions de personnes sont administrativement reconnues comme handicapées.

Handicaps moteurs :

De l'enquête « Saône et Loire » conduite par le CTNERHI en 1995, il ressort que 60% de la population handicapée serait atteinte de déficience motrice.

Handicaps visuels :

- Selon les sources, les personnes aveugles se situeraient entre 50 000 à 77 000 personnes dont 7000 pratiqueraient le braille.
- Le nombre de personnes malvoyantes serait compris entre 300 000 et 400 000 personnes.
- Les personnes sourdes aveugles seraient évaluées à 1 800 en France.

Handicaps auditifs :

- Sur près de 7 millions de personnes sourdes et malentendantes, les sujets âgés représenteraient 63 % de cette population. La ventilation en fonction de la gravité de la surdité serait de 53% pour la surdité légère, 33% pour la surdité moyenne, 9% pour la surdité sévère et 3% pour la surdité profonde et les cophoses (ayant besoin d'aides techniques visuelles).

Handicaps psychiques :

- Les personnes atteintes d'un handicap psychique seraient environ 600 000 (rapport Charzat) soit près de 1% de la population.

2) L'enquête HID

Réalisée entre 1998 et 2001 sur le ressenti des personnes, montre que 40% de la population du champ de l'enquête, soit 23.120.600 personnes, déclarent au moins une déficience.

Parmi les adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant à domicile, 2 millions auraient un taux d'incapacité ou d'invalidité reconnu par une instance administrative. 53% d'entre eux déclarent une déficience motrice associée ou non à d'autres déficiences.

Les résultats obtenus, par extrapolation à la population générale, donnent la répartition suivante :

- 7,7 millions de personnes déclarent au moins une déficience motrice dont 3,6 millions un déficit moteur exclusif, soit 6,3% de la population totale.
- 3 millions de personnes déclarent au moins une déficience visuelle et parmi eux, 60 000 être complètement aveugles, 1,14 millions avoir un déficit visuel exclusif, soit 2% de la population totale.
- 4,3 millions de personnes déclarent au moins une déficience auditive, dont 1,67 millions un déficit auditif exclusif soit 3% de la population totale.
- 2,37 millions de personnes déclarent au moins une déficience mentale dont 1,76 millions un déficit mental exclusif soit 3% de la population totale.

- 429 900 personnes déclarent au moins un déficit psychique.
- 155 600 personnes déclarent au moins un polyhandicap.

Au total, les personnes déclarant des déficiences exclusives seraient au nombre de 8,17 millions, soit 13,6% de la population.

Elle montre aussi que 2 millions de personnes (3,5% de la population) déclarent avoir des problèmes pour entrer et sortir de leur logement dont 1,19 millions ont des difficultés d'accès au logement (dont 1,1 millions vivant à domicile) 876 000 personnes sont confinées dans leur logement (dont 583 000 vivant à domicile).

L'enquête HID part d'un ressenti. Il n'est donc pas possible de distinguer le niveau réel de la déficience, ce qui ne nous permet donc pas d'évaluer les coûts nécessaires à la prise en charge de la compensation de la déficience en fonction de sa gravité (selon le degré de la surdité par exemple).

Il en résulte que pour un même type de handicap, entre les chiffres avancés par les associations ou dans les différents rapports, pour le handicap sévère ou par l'enquête HID pour le handicap ressenti, les chiffres de la population concernée se situe dans un rapport d'environ 1 à 10.

Synthèse des rapports

SYNTHESE DES RAPPORTS

La loi de 1975 a été une étape importante dans la reconnaissance du handicap et son droit à l'autonomie. Les structures prévues dans la loi se sont progressivement mises en place.

De 1985 à 1995, quatre rapports (CONTE en 1985, TEULADE en 1989, PREMUTAN établi entre 1987 et 1989 et ROUCH en février 1995) sont centrés sur les aides techniques et soulignent déjà :

- Le manque de données épidémiologiques,
- Le manque d'information sur les besoins des personnes en situation de handicap,
- L'absence de fiabilité des matériels,
- L'absence de conseils compétents, faute de connaissance et de recensement des produits,
- La nécessité d'une approche globale et d'évaluation personnalisée des besoins de chaque personne,
- L'influence du remboursement sur le choix des matériels,
- La compétence variable des revendeurs et l'absence de structuration de la distribution,
- L'absence d'essais effectifs du matériel,
- Le financement dispersé, éclaté, hétérogène et trop compliqué des produits,
- La nécessité d'évaluation du suivi des préconisations.

De 1995 à 2001, cinq rapports ont traité de la problématique générale des aides techniques et de leur prise en charge : le rapport de la cour des Comptes sur le TIPS en 1998, le rapport SANCHEZ du CTNERHI en 1999, le rapport LYAZID en 1999, le rapport FARDEAU en 2000 et le rapport BLANC en 2001. Ils sont unanimes pour dénoncer les difficultés rencontrées dans le financement des aides techniques.

Ils soulignent :

- l'inadaptation du TIPS trop rigide, trop peu évolutif et trop restrictif pour répondre aux besoins des personnes handicapés.
- la nécessité d'un guichet unique pour faciliter les démarches en vue du financement des aides techniques,
- la nécessité d'abandonner la référence à l'âge et à l'origine de la déficience,
- la nécessité de prendre en compte la personne dans sa globalité en fonction de son environnement, son choix de vie et d'instaurer un droit à compensation.

L'évaluation de quatre sites expérimentaux par le CTNERHI montre l'intérêt d'un dossier commun, permettant une réduction des délais de prise en charge. Il confirme l'éclatement des financements, le fait que chaque financeur veut être un vrai décideur. Il montre aussi que plus le nombre de partenaires à la prise en charge est grand (parfois 20 pour les aides techniques, 24 pour un aménagement de domicile), plus les délais sont longs. Il confirme enfin la grande inégalité des traitements selon les départements, du fait de l'engagement plus ou moins important des financeurs respectifs.

En 2000, le rapport FARDEAU insiste à nouveau sur la complexité et l'opacité du système français qu'il résume en une phrase « lorsqu'on regarde les organigrammes des organismes

gouvernementaux et non gouvernementaux intervenant dans cette politique celui de la France est sans doute le plus complexe et le plus difficile à déchiffrer ».

Dans son rapport le sénateur BLANC écrit « la compensation du handicap rend nécessaire une révision profonde des mécanismes actuels des prises en charge des aides techniques, fondée sur l'exigence de procédure simplifiée garantissant une prise en charge intégrale des dépenses correspondantes ». Il préconise la création d'une allocation compensatrice individualisée se substituant aux allocations partielles existantes.

Au cours de la même période, quatre rapports focalisent leur intérêt sur des aspects particuliers liés à un type de handicap.

- Deux d'entre eux, le rapport GUINCHARD-KUNSTLER en 1999, le rapport de l'INSERM (COLVEZ, BLANCHARD, GAY) en 2002 concernent les personnes âgées. Ils préconisent une refonte totale du système de financement, la mise en place de cahier des charges prédéfinis pour répondre aux procédures d'essais techniques des matériels. L'inadaptation du cadre actuel du TIPS est à nouveau évoquée.

Deux autres rapports font le point sur deux types de handicap particulier : le handicap auditif et le handicap psychique.

- Le rapport GILLOT en 1998 sur la surdité souligne les difficultés rencontrées pour la prise en charge des aides techniques spécifiques à ce type de handicap et propose, faute d'autres procédures, une amélioration du TIPS sur certains de ces matériels.

- Le rapport CHARZAT en 2000 sur le handicap psychique rappelle que l'aide humaine avec accompagnement aux gestes de la vie quotidienne est fondamentale de même que l'intégration dans des réseaux, les aides techniques étant marginales pour cette population.

Au cours des 25 dernières années, de 1975 à 2003, le concept du handicap a évolué passant d'une approche purement organique à une approche plus globale, environnementale, l'aide technique étant un moyen d'accéder à l'autonomie.

Pendant cette période, l'évolution des structures administratives ne progressaient pas au même rythme que celui de cette réflexion, aboutissant à une inadaptation de la situation actuelle et à une revendication forte des associations de personnes handicapées sur le « droit à compensation ». Ce droit n'est apparu dans les textes, qu'en 2002, dans la loi de modernisation sociale.

Un certain consensus, de réorganisation du système actuel de prise en charge de la personne handicapée et de celle des aides techniques se dégage depuis quelques temps. Il s'organise autour de plusieurs axes, notamment :

- * la nécessité d'une évaluation globale des besoins de la personne dans son cadre de vie, par une équipe pluridisciplinaire prenant en compte les besoins en aides techniques, en aides humaines et animalières,
- * la nécessité de considérer le handicap ou la dépendance indépendamment de l'âge de la personne et de l'origine de sa déficience,
- * la création d'un guichet unique de financement, et d'une évaluation unique, pour une prise en charge uniforme.

- * la nécessité de faire disparaître les inégalités de la prise en charge entre les départements,
- * la nécessité d'organiser l'information sur les aides techniques, le marché et la distribution de ces produits.

Ce consensus suscite de grands espoirs de la part des associations, il semble donc maintenant nécessaire et urgent de le mettre en œuvre et de l'organiser.

Synthèse des auditions et des visites

SYNTHESE DES AUDITIONS ET DES VISITES

I) Synthèse des entrevues et auditions des associations

Des auditions en réunion plénière du groupe de travail et de l'ensemble de nos entrevues avec chacune des associations regroupant des personnes handicapées et leur famille (AFM – APF – CLAPEAHA – CNPSAA – UNISDA – UNAFAM – GIHP – FNATH), il ressort une demande forte, voire même une certaine impatience, pour que des décisions politiques permettent un financement des aides techniques.

La demande porte sur les trois axes suivants :

- 1) ***L'information sur les moyens de compensation doit être indépendante de la vente*** avec un accès à l'information pour tout handicap (visuel, mental, auditif...). Il est souhaité que chaque région dispose d'un centre de ressource pour les handicaps rares, sensoriels par exemple, et qu'une banque de données soit disponible et accessible à tous les consommateurs. L'information doit aussi porter sur la validation de l'utilisation de l'aide technique car la personne handicapée n'a pas les moyens de connaître les produits qui pourraient lui être utiles.

- 2) ***L'évaluation des besoins personnalisés de la personne handicapée, à la fois fonctionnelle et environnementale*** doit être de proximité, faite à partir d'un référentiel unique et d'un guichet unique. Elles souhaitent que cette équipe soit indépendante des financeurs et composée de professionnels compétents travaillant en réseau pour certains handicaps (visuel ou auditif) ou avec des équipes référentes pouvant leur donner des conseils, plus particuliers, sur tel ou tel type de handicap. Il est également demandé de décloisonner les aides en fonction de l'âge. En effet, le problème des handicaps associés ou mixtes représente actuellement 5% des handicaps est appelé à augmenter du fait du vieillissement de la population. Il est enfin souhaité la mise en place d'une cohérence entre les SVA, CICAT, CLIC, COTOREP, CDES puisque toutes admettent que le concept de site de vie autonome est positif.

Toutes insistent également sur le fait que des aides humaines doivent accompagner les aides techniques. Dans les cas de handicap d'origine mentale, psychique, d'handicap mixte (notamment cérébrolésés) ou d'incapacité due à l'âge, l'aide humaine est prioritaire dans l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne. Elle aide à rompre l'isolement qui aggrave les troubles notamment psychiques de la personne handicapée.

Les associations souhaitent, collectivement ou individuellement participer à l'élaboration des politiques pour l'évaluation des besoins, pour le choix des moyens de compensation, pour le suivi de la qualité des produits et des services.

Elles considèrent le prêt de matériel sans obligation d'achat comme fondamental pour la validation du bon usage de l'aide technique.

- 3) *Un financement en vue de l'égalisation des chances est toujours réclamé de même qu'un financement indépendant* des ressources, seule condition, pour elles, susceptible de garantir le droit à compensation. Elles souhaitent la surveillance des prix des matériels et du rapport qualité/prix compte tenu, de la diversité des produits avec le désir que soient instaurés des tarifs opposables.

Elles rappellent la nécessité de prendre en compte le handicap sous l'angle de la compensation des incapacités de la personne et non plus sous celui de l'assistance. Elles soulignent toutes l'inégalité de traitement des personnes selon l'âge, l'origine du handicap et le département. Elles souhaitent une meilleure cohérence et une couverture à 100% du financement des demandes en aides techniques.

Elles rappellent sans cesse que les aides techniques et les aides humaines sont complémentaires et ne peuvent être traitées séparément. La prise en compte globale, des moyens de compensation (aide technique, aménagement du logement et aide humaine) est le seul moyen de donner à la personne l'accès à une véritable autonomie.

Nous constatons qu'un décalage s'est installé entre la réflexion et les attentes des associations d'une part, et l'approche et le cheminement des pouvoirs publics d'autre part.

II) Synthèse des visites et entretiens

En complément des réunions du groupe de travail, nous avons réalisé un grand nombre d'auditions, plus de 170 personnes :

- représentants d'institutions (ADF, AGEFIPH, Education nationale, municipalités, LNE, AFNOR, ANVAR...),
- représentants d'associations nationales et locales mais aussi des personnes handicapées elles-mêmes,
- professionnels (médecins, ergothérapeutes, assistantes sociales, chargés de mission des SVA, architectes experts auprès des tribunaux sur la domotique...),
- syndicats représentant les distributeurs et les fabricants d'aides techniques ainsi que des industriels.

En plus de ces rencontres, nous avons effectué seize visites sur le terrain (CRF, CICAT, SVA, CCAS).

De cette large consultation, un certain nombre d'informations ont été recueillies dont les principales sont :

- 1) Sur le terrain, nous avons observé une immense bonne volonté pour œuvrer en faveur de la réinsertion et de l'autonomie de la personne selon son choix de vie. L'intégration dans la vie normale est toujours l'objectif prioritaire. Le projet de réinsertion est mis en route

très vite, dès l'arrivée en établissement spécialisé et après stabilisation de l'état de la personne.

- 2) Les besoins de la personne handicapée sont évalués en amont par des équipes plus ou moins diversifiées avant que les personnes regagnent leur domicile.
- 3) L'équipe apparaît être un « filtre » permettant d'apprécier les demandes de la personne en fonction de ses besoins réels et de son projet de vie, et éviterait les excès. Les équipes vont parfois sur le lieu de vie de la personne mais certaines ne sortent pas de l'établissement de santé où est hospitalisée la personne.
Les critères de labellisation des équipes ne sont pas homogènes à travers le territoire. Par ailleurs le nombre d'équipes est très variable d'un département à l'autre.
Dans certains endroits en l'absence de site de vie autonome, les assistantes sociales de la commune conseillent et aident seules, les personnes à trouver le financement des aides techniques.
- 4) Un bilan global, environnemental (mode de vie, lieu de vie, logement et accessibilité) est établi lors du premier contact avec la personne handicapée. Il permet d'apprécier le contexte financier et d'établir un bilan fonctionnel au regard du choix de vie de la personne. Le bilan fonctionnel est souvent effectué sur la base de référentiels, de scores, à partir de grilles nationales ou internationales.
- 5) Les propositions appelées « préconisations » des aides est réalisée par des équipes multidisciplinaires. Ces équipes peuvent appartenir à des établissements de santé ou être adossées à des associations ou financées par des institutions (CRAM, mutuelles, conseil général).
- 6) Un département peut être doté de plusieurs équipes d'évaluation (ETE) et d'équipes d'évaluation labellisées (ETEL). La composition de ces équipes est variable (comprenant le plus souvent un médecin, une secrétaire, un ergothérapeute mais pas toujours d'assistante sociale et presque jamais d'experts en domotique, architectes...). Ces équipes sont habituellement orientées sur le handicap physique. Elles n'ont pas la compétence suffisante pour apprécier les besoins des personnes atteintes de handicaps rares ou présentant des handicaps spécifiques notamment sensoriels.
- 7) Les équipes préconisent des aides techniques individuelles ou entrant dans l'aménagement du logement mais rarement d'aides humaines car le financement pose des problèmes particuliers. Cette situation nuit à la prise en compte des moyens de compensation dans l'accès à la véritable autonomie.
- 8) L'insuffisance, l'inadéquation ou la non prise en compte des besoins en aide humaine peut remettre en cause l'ensemble du projet de retour ou de soutien à domicile entraînant un gâchis financier bien supérieur au coût des aides humaines nécessaires. L'évaluation globale des besoins en aides techniques, en aides humaines et en aménagement du logement doit être effectuée par la même équipe.
- 9) Le choix des aides techniques est très orienté par l'origine du handicap (accident, maladie...)
Si le handicap provient d'un accident causé par un tiers, les assurances prendront tout en charge, le choix des matériels est donc beaucoup plus large.

Si l'origine vient d'une maladie, le patient devra assurer, le plus souvent, la prise en charge financière des matériels et l'adaptation du logement nécessaires. La préconisation en aide technique sera alors limitée au minimum nécessaire.

Le mode de financement oriente donc le choix des préconisations en aides techniques et de ce fait, il existe une grande inégalité de traitement d'une personne à l'autre.

- 10) Les personnes qui ont des ressources propres n'obtiennent pas ou plus difficilement des financements extra-légaux, ce qui remet pour eux en cause le principe même du droit à compensation.
- 11) Les essais réalisés avec la personne pour valider le matériel prescrit permet d'en vérifier l'utilité. Une bonne aide technique doit être simple, facile à utiliser, robuste et esthétique.
- 12) Il n'existe aucune évaluation des équipes pluri-disciplinaires et de leurs préconisations. Il n'existe pas non plus de retour d'information sur l'utilisation réelle du matériel et du service rendu par l'aide technique.
- 13) Les aides techniques les plus préconisées, d'après nos visites, sont les aides à la mobilité (dont les fauteuils électriques), au transfert, à l'hygiène et à la communication. Les aides techniques basées sur l'informatique sont peu répandues. Elles évoluent vite, et nécessitent une évaluation technique pour valider leur intérêt par rapport aux besoins des personnes handicapées. Leur choix nécessitent des équipes formées plus spécifiquement à ces matériels. Leur utilisation nécessite une formation préalable de la personne handicapée.
- 14) La prescription médicale, exigée par la LPP et reconnue par les différents financeurs n'est pas toujours considérée comme pertinente notamment par certains des prescripteurs eux mêmes qui la juge comme une simple nécessité administrative. Ils avalisent généralement le travail en amont effectué par les équipes d'évaluation, dans le choix du matériel.
- 15) La délivrance du matériel se limite dans la plupart des cas actuellement à un acte de vente pur et simple. Les distributeurs des aides techniques sont d'origines professionnelles très variées. Leur formation est souvent considérée comme insuffisante, voire inadaptée.
- 16) Les délais de financement des aides techniques sont raccourcis lorsque des dispositifs de vie autonome existent. Ils facilitent les démarches pour la personne handicapée. La complexité des dossiers qu'ils traitent varie selon les départements. Les règles de financement des différents organismes financeurs ne sont pas toujours transparentes et varient d'un département à l'autre, ceci est source d'une grande inégalité de traitement des personnes.

Nous retenons qu'un bilan global de la personne handicapée prenant en considération son milieu de vie ordinaire est fondamental, avant la préconisation des aides techniques, des aides à l'aménagement du logement mais également des aides humaines car, avec la même déficience, selon le projet de vie, l'environnement familial et architectural, les problèmes peuvent être différents et il en est de même pour les besoins en aides.

Le concept de dispositif de vie autonome présente un réel intérêt dans la mesure où il coordonne l'ensemble des besoins.

Le circuit de délivrance des aides techniques

LE CIRCUIT DE DELIVRANCE DES AIDES TECHNIQUES

Nos visites sur le terrain nous ont permis de mieux identifier le circuit de délivrance des aides techniques.

1) L'information

** L'information du patient est assurée par différents moyens :*

- Le bouche à oreille,
- Les revues concernant les produits non pris en charge car la publicité n'est pas autorisée pour les produits pris en charge,
- La presse spécialisée sur le handicap,
- Les journées d'étude proposées par les fabricants,
- Les associations de personnes handicapées,
- Le personnel en contact avec lui pour des soins : médecins, infirmiers, pharmaciens, ergothérapeutes, ou pour le transport : ambulanciers,
- Les organismes : CCAS (assistante sociale), brochures dans les lieux publics (mairies, caisses primaires d'assurance maladie ou autres), CICAT (centres d'information et de conseil sur les aides techniques) ou CLIC (centres locaux d'information et de coordination),
- Enfin, à un moindre degré, par Internet.

** L'information du personnel est assurée par différents moyens :*

- Les CICAT destinées aux personnes handicapées. Ces structures peuvent disposer de salles d'expositions de matériels (ex : Escavie, Structure Guide) et même être des lieux d'essais (CERAH). Elles cherchent à élaborer au sein de la FENCICAT une base de données pour remplacer la base Handynet qui n'existe plus,
- Les CLIC destinées aux personnes âgées de plus de 60 ans,
- Les autres professionnels,
- Les salons (Autonomic, Handitec...),
- Directement par les industriels et les prestataires qui se rendent dans les établissements.

2) L'évaluation des besoins de la personne

L'évaluation des besoins de la personne handicapée est souvent entreprise dans l'établissement de santé (CRF) ou réalisée dans des structures plus ou moins médicalisées (CCAS...).

Elle peut être également réalisée par des professionnels isolés (assistante sociale, professionnel de santé) ou des équipes pluridisciplinaires labellisées ou non (ETEL ou ETE), plus ou moins importantes (médecins, ergothérapeutes, assistantes sociales, techniciens d'insertion...) et plus ou moins rattachées à des associations (ESVAD, SRAI), ou dans le cadre de sites de vie autonome, lorsqu'ils existent.

3) Les préconisations et les prescriptions :

- Lorsque la personne n'est pas prise en charge par une structure ou un professionnel compétent en aides techniques, comme par exemple un ergothérapeute (isolé ou au sein d'une équipe), la personne est adressée à son médecin traitant pour la prescription du matériel alors que la compétence de ce dernier dans ce domaine est réduite voire inexistante.
Le médecin n'a souvent pas la connaissance du matériel, compte tenu notamment de la rapidité avec laquelle les matériels changent. Il s'informe le plus souvent auprès du pharmacien pour savoir quelles aides techniques sont susceptibles de résoudre le problème du patient.
- Lorsque la personne est prise en charge par une équipe structurée, c'est l'ergothérapeute, qui ayant la meilleure connaissance des matériels évalue les besoins de la personne dans son lieu de vie, préconise l(es) aide(s) technique(s) adaptée(s) en liaison avec les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.
L'ergothérapeute est un professionnel paramédical, diplômé d'Etat (bac +3). Au nombre de 4000 actuellement, soixante environ sont installés en libéral. En l'absence de cotation à une nomenclature, il exerce presque exclusivement dans des structures. Il évalue le besoin de la personne, conseille, préconise, assure l'apprentissage et le suivi, effectue parfois plusieurs visites à domicile pour mieux intégrer l'aide technique sur le lieu de vie.
L'acte final de prescription, obligatoire, pour la prise en charge par la LPP est réalisé par un médecin. Ce dernier n'a pas reçu de formation dans ce domaine, ni au cours de son cursus universitaire ni en post universitaire.
- La particularité de certains types de handicap notamment sensoriel, nécessite le recours à des équipes ressources qui se sont constituées autour de professionnels spécialisés ou d'associations (Cresam...).
- Pour le choix du matériel en vue d'une insertion en milieu professionnel, les préconisations font appel au CAP emploi qui offre l'accueil, le conseil, l'accompagnement, le placement dans un emploi et le suivi.
- Pour le choix du matériel permettant l'intégration scolaire, l'évaluation se fait par le biais des SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile), SSEFIS (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire), CDES (commission départementale d'éducation spéciale), avec des enseignants spécialisés.

4) La délivrance des aides techniques :

La délivrance des aides techniques est assurée par des fournisseurs plus ou moins formés. Ils peuvent selon leur importance s'approvisionner auprès de grossistes répartiteurs ou être eux-mêmes des groupements d'achat (ex: CERP, Locapharm, Orkyn, D Medica, Exaplus, Districlub...).

Selon le type d'aide technique et de handicap concernés, ces professionnels ou distributeurs peuvent être, des pharmaciens d'officine (au nombre d'environ 10 000 sur les 23 400 pharmacies dont des pharmacies mutualistes),

- des ambulanciers (environ 10% des 5500 sociétés d'ambulance)
- des prestataires de service (au nombre de 1 600) ou des revendeurs plus ou moins spécialisés (ex: Ceciaa).
- des opticiens (8000 points de vente)

- des audioprothésistes (autour de 1 700),
 - des ocularistes (au nombre de 30)
 - des « épithésistes »,
 - des orthoprothésistes (150 entreprises),
 - des podo-orthésistes (au nombre de 160),
 - des associations de patients ou de handicapés (ex : Association Valentin Haüy (AVH), Association pour le Spina Bifida...)
- et parfois par des magasins de vente par correspondance (La Redoute, Damart...).

Pour les chaussures orthopédiques et le grand appareillage (prothèses, orthèses externes ou sur mesure), la fabrication et l'adaptation se font chez des orthoprothésistes privés et des centres d'appareillage du ministère chargé des anciens combattants.

A titre d'exemple, au 1^{er} juin 2002, sur l'Ile de France, la CRAMIF recensait 6525 fournisseurs d'appareillage dont :

- 288 pour les audioprothèses,
- 160 pour le matériel de traitement,
- 1642 pour l'optique médicale,
- 4140 pour les orthèses,
- 33 pour les orthoprothèses,
- 41 pour les podo orthèses,
- 8 pour les prothèses faciales,
- 8 pour les prothèses oculaires,
- 205 pour les VHP.

Au total, sur l'ensemble du territoire, près de 22 000 sociétés fournissent, vendent et parfois adaptent des aides techniques.

Ces sociétés sont de taille variable couvrant :

- des sociétés artisanales employant moins de 10 employés (ex : ocularistes ou orthoprothésistes),
- des groupes importants (ex : Vital Air...) parfois cotés en bourse (ex : LVL médical, Audika),
- des sociétés indépendantes,
- des chaînes de magasins (ex : Bastide médical, Proteor, Lissac, Optic 2000 ...)
- des sociétés mutualistes.

Cette situation floue et confuse dont les origines seront développées dans le chapitre « La réglementation : ses limites » entraîne un marché désordonné.

5) Les essais ou prêts temporaires de matériels

Ils sont très demandés par les personnes handicapées et les associations ainsi que les professionnels paramédicaux qui souhaitent s'assurer, préalablement à l'achat du matériel, de son adéquation aux besoins de la personne. Cette demande est prioritaire pour les fauteuils roulants.

Ces essais sont d'ailleurs exigés dans la LPP pour la prise en charge des fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique, des fauteuils verticalisateurs et des dispositifs par moteur électrique adaptables sur un fauteuil manuel. Ils doivent être « effectués par une équipe

pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute et après fourniture d'un certificat de ce médecin attestant l'adéquation du fauteuil au handicap du patient, précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise, et mentionnant les caractéristiques que doit avoir le fauteuil, et ce tout particulièrement le type d'assise ainsi que le type de commande ».

Cependant, ces dispositions prévues dans la LPP posent plusieurs problèmes portant :

- sur le fait que la LPP n'exige pas l'essai du matériel dans le lieu de vie de la personne,
- sur le petit nombre d'équipes ou de centres susceptibles de faire passer les tests,
- sur le fait qu'il faut compter un certain délai (de 5 à 9 mois) entre la première rencontre avec l'équipe et la délivrance du matériel définitif car on doit prendre en compte les rendez vous nécessitant la présence d'une équipe pluridisciplinaire, les changements successifs de matériels, l'obtention de la prescription médicale et les délais administratifs de financement,
- sur l'immobilisation du matériel sans règles précises entre le fabricant et le distributeur mettant en jeu des responsabilités en cas de problèmes au cours des essais pour la personne, notamment sur le matériel prêté,

Toutes ces contraintes sont à l'origine de revendications des prestataires qui demandent une valorisation de ces essais.

6) Achat et location

Pour les produits pris en charge par la LPP, achat et location sont prévus selon le type de produit et le type de handicap concerné (ex : cannes, chaises percées : achat seul, lève malade : location seule, déambulateurs, lits médicaux et fauteuils roulants : achat et location). Dans le cas des maladies évolutives la location est souvent revendiquée afin d'éviter l'achat d'un matériel qui risque d'être rapidement inadapté.

Pour les fauteuils roulants électriques et pour les fauteuils manuels, la LPP prévoit une location hebdomadaire sans reste à charge pour le fauteuil manuel mais avec une somme restante, importante, pour le fauteuil électrique (rappelons qu'à l'achat du fauteuil électrique, il y a toujours un reste à charge pour la personne)

Les prestataires réservent la location aux matériels de série standardisés, mais peu aux matériels personnalisés car le fauteuil roulant électrique est en fait un produit sur mesure difficilement réutilisable par une autre personne.

Il faut aussi rappeler que plus le matériel est sophistiqué (audioprothèse, ordinateur pour déficients visuels, VHP actif ou électrique) plus il entraîne des contraintes de réglage, de maintenance, de service après vente et de réparation, et que ces services doivent être de proximité.

7) La maintenance et la réparation

La maintenance et la réparation sont prévues dans le tarif de la location (LPP), pour les matériels loués (ex : lève-personne...). Pour certains matériels achetés, nécessitant des

réparations, tels que les lits médicalisés, les VHP, elles sont prises en charge sur la base de forfaits et réglées sur présentation de factures lorsqu'elles se situent en dehors de la période de garantie.

En fait les fabricants venant, pour l'essentiel, de l'étranger et les modèles évoluant très vite, les pièces détachées ne sont souvent plus disponibles pour les réparations.

Les réparations peuvent être réalisées soit par le distributeur si elles sont simples soit par le fabricant ce qui entraîne une immobilisation du matériel et une gêne pour la personne ne disposant pas de matériel de remplacement.

8) Le renouvellement de l'appareil - aide technique

La prise en charge du renouvellement ne peut s'effectuer que lorsque le délai de garantie est écoulé (article R 165-24 du code de la sécurité sociale). Le rythme de renouvellement est prévu dans la LPP pour certains matériels (ex : lits médicalisés, prothèses oculaires, chaussures orthopédiques..). Cependant cette disposition ne couvre pas tous les matériels et toutes les aides techniques (ex : il n'y a pas dans la LLP de délais prévus pour le renouvellement des audioprothèses et des VHP).

Le contrôle du respect du rythme de renouvellement, prévu aussi dans la LPP, est difficilement réalisé par les caisses. Lorsqu'un rythme de renouvellement de prise en charge est fixé, il est cependant possible de déroger à ces règles en application de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale, « lorsque le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient ».

L'innovation et la recherche

L'INNOVATION ET LA RECHERCHE

C'est à partir des travaux entrepris dans des laboratoires de recherche fondamentale généralistes, que naissent les idées de prototypes permettant de compenser une déficience notamment sensorielle, puis par la suite de créer un matériel innovant pour la personne handicapée.

Des recherches concernant des produits et des services pour les handicapés peuvent bénéficier du financement des Réseaux de recherche et d'Innovations Technologiques (RRIT).

Le RNRT (Réseau national de recherche en télécommunications a labellisé certains projets concernant le handicap : ex : le projet Webvisi destiné à développer un terminal qui permet aux aveugles de « Surfer sur le Web » ou le projet Artus qui consiste à remplacer le sous-titrage des émissions par un personnage reproduisant les gestes du langage des signes.

Le RNTL (Réseau National des Technologies Logicielles) finance lui aussi certaines entreprises pour le développement des adaptations nécessaires à l'utilisation des produits par la personne handicapée.

Sur le plan financier, la conception et la mise au point des aides techniques peuvent faire l'objet de subventions ou de prêts, de la part de l'Agence nationale de valorisation de la recherche (ANVAR). Pour la période 1998-2002, l'ANVAR a soutenu, selon les années, de 11 à 21 dossiers par an (soit 73 projets sur les 5 dernières années pour un montant de près de 1,05M€) ceci représente selon les années de 0,66 à 2,2% du budget total, des aides délivrées par cet organisme.

En France la recherche est insuffisante dans le secteur des aides techniques. Les entreprises privées sont peu nombreuses et considèrent le marché souvent trop petit pour leur permettre un amortissement rapide des sommes à investir.

L'aménagement et l'adaptation du logement

L'AMENAGEMENT ET L'ADAPTATION DU LOGEMENT

La réinsertion à la vie sociale permet à la personne de reprendre une place active dans son milieu familial, social, professionnel ou scolaire et de retrouver en particulier sa dignité.

La personne doit être l'auteur de l'organisation à mettre en place, pour l'aménagement de son environnement architectural, avec l'aide d'un professionnel spécialisé.

Deux modes d'adaptation du logement sont possibles :

- fourniture d'un logement totalement accessible (ex : dans un HLM...),
- ou aménagement du logement déjà occupé par la personne

Mais la personnalisation d'un logement aux besoins propres de la personne peut entraîner des difficultés, en cas de nouvelle location pour trouver une personne ayant les mêmes besoins d'adaptation au logement.

L'adaptation et l'aménagement du logement nécessitent des devis longs à obtenir auxquels s'ajoutent des délais pour la réalisation du chantier. De plus, il est difficile de trouver des entrepreneurs qui acceptent de faire et refaire des devis pour répondre aux exigences des financeurs.

Pour l'évaluation des besoins de la personne sur le lieu de vie, les équipes pluridisciplinaires doivent recourir à des spécialistes (architectes, experts en domotique...). L'évaluation doit être étroitement coordonnée : à la fois médicale pour la personne et architecturale pour le corps du bâtiment ou du logement car l'individu est indissociable de l'environnement qu'il occupe.

C'est l'environnement qui doit s'adapter à la personne et non l'inverse.

Les capacités motrices restantes, « la dextérité », de la personne conditionnent les décisions en matière d'aménagement du logement.

L'aménagement du logement doit permettre le retour à domicile dans des conditions de vie aussi normales que possible en prenant garde que le choix de vie de la personne n'aboutisse pas à transformer les intérieurs en chambre d'hôpitaux.

L'aménagement architectural du logement permet d'éviter l'attribution de certaines aides techniques et une intégration fonctionnelle et esthétique de meilleure qualité, en évitant de trop médicaliser l'environnement et en permettant à l'entourage de ne pas trop changer ses habitudes de vie. Ceci peut même parfois être mis en place pour une dépense inférieure au prix d'une aide technique.

Pour les personnes handicapées psychiques et mentales, l'aménagement du lieu de vie et d'hébergement doit être recherché en fonction des besoins de la personne pour assurer sa sécurité et son insertion dans la vie courante.

Les solutions doivent associer l'hébergement avec au minimum une surveillance et, si nécessaire, un accompagnement à la vie quotidienne des personnes qui y vivent . Différentes modalités pratiques existent : logements individuels avec accompagnement, regroupement de

logements individuels avec services conviviaux, appartements collectifs, pensions de famille, appartements partagés par plusieurs personnes handicapées avec aide humaine collective.

L'étude de l'aménagement et l'adaptation du logement d'une personne est indissociable de l'évaluation des besoins en aides techniques et en aides humaines. Elle doit être réalisée avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation par un professionnel formé dans l'approche environnementale et architecturale (techniciens du bâtiment, architectes...formés à la domotique).

Les aides humaines

LES AIDES HUMAINES

Les aides humaines sont indispensables à l'accès à l'autonomie des personnes handicapées, mais elles créent cependant un certain degré de dépendance envers l'aidant.

C'est pourquoi, pour réduire au maximum la dépendance, il est nécessaire de privilégier au préalable l'attribution des aides techniques adaptées, en sachant que les aides techniques tout en réduisant les interventions des aides humaines ne peuvent pas toujours s'y substituer totalement.

L'aide humaine vient donc en complément de l'aide technique soit sous forme d'information, de conseil soit sous forme d'accompagnement ou de suivi. Cette aide peut être partielle, parfois plus importante, en particulier dans les handicaps, mentaux, psychiques et poly-handicapés « cérébraux lésés » permettant à la personne une meilleure intégration dans la vie courante.

Ce sont des aides à la vie à domicile ou à l'intégration à l'environnement social.

Comme le montre l'enquête HID, l'aide humaine est bien souvent indispensable :

* - Sur les 2 millions d'adultes handicapés dont le taux d'incapacité ou d'invalidité est reconnu administrativement, 40% (760 000 personnes) reçoivent une aide régulière de professionnels ou de membres de leur entourage. La majorité est aidée par au moins un aidant non professionnel, il s'agit alors des membres de l'entourage.

- Les personnes aidées déclarent le plus souvent une déficience psychique (47% contre 16%) et dans des proportions voisines une déficience motrice (57% contre 51%), environ deux personnes interviennent auprès d'elles.
- 62% sont aidées par un ou plusieurs aidants non professionnels, 25% le sont à la fois par des professionnels et des membres de leur entourage et 13% uniquement par des professionnels.
- Parmi les aidants non professionnels 9 fois sur 10 ce sont des membres de la famille : dans 36% des cas le conjoint, dans 23% des cas les ascendants, et dans 21% des cas les enfants.
- Les interventions de professionnels proviennent dans près d'un tiers des cas de femmes de ménage, d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie, pour plus de 15% de professionnels paramédicaux et dans la même proportion d'assistantes sociales.

* 70% des personnes aidées le sont pour les tâches ménagères et 65% pour les courses.

* 58% de ces personnes sont aidées pour la gestion du budget et les démarches administratives et 44% pour la toilette et l'habillement, les repas.

* 5% ont recours à une aide pour se déplacer à l'intérieur de leur logement mais 38% pour les déplacements extérieurs.

Les adultes handicapés bénéficiant d'une aide professionnelle ont le plus souvent besoin d'une aide pour la gestion de leur budget ou la défense de leurs droits alors que celles aidées exclusivement par l'entourage ont le plus souvent besoin d'une aide pour les tâches ménagères et les courses.

Près de 45% des aidants (surtout des ascendants) déclarent que ce rôle a des conséquences négatives sur leur vie (fatigue morale, stress, anxiété), mais 42% déclarent l'inverse c'est à dire des conséquences positives de ce rôle (force de caractère, patience, tolérance).

Ces aides se distinguent donc en fonction de la nature des actes réalisés ou de la catégorie de population auprès de laquelle elles interviennent.

Ce sont notamment :

- les familles,
- le voisinage,
- des infirmières soit en libéral soit en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- des auxiliaires de vie,
- des aides ménagères,
- des conseillères en économie sociale et familiale,
- des éducateurs spécialisés,
- des vélotypistes,
- des interprètes de la langue des signes.

On le voit, l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne est fondamental, cependant la formation des aidants n'est pas toujours organisée.

L'aide humaine est un facteur essentiel pour la personne dans son lieu de vie.

Le nombre des aidants professionnels, leur formation et l'enveloppe financière que cette aide représente pour la collectivité sont des enjeux majeurs pour le retour et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Cet enjeu devrait s'accroître du fait du vieillissement de la population.

B/ Le travail des sous-groupes

LE TRAVAIL DES SOUS-GROUPES

L'inscription sur la LPP de nouvelles classes d'aide technique est bloquée depuis plusieurs années.

Le refus d'inscription est motivé par le caractère « non médical » du matériel ne relevant pas alors de l'assurance maladie mais de la « solidarité » sans qu'une définition délimitant la frontière entre médical et médico-social ou social ait été clairement formulée.

Le refus peut être aussi motivé par le caractère « non prioritaire » du produit sans que là encore il n'ait été clairement établi de critères définissant des degrés de priorité.

Il émane de cette absence de critères préétablis, une impression de subjectivité des avis émis pour l'inscription ou non de certains produits.

Nous avons réuni un panel de personnes concernées par les aides techniques (membres des administrations chargées de la LPP, professionnels, utilisateurs, associations de personnes handicapées) et nous les avons interrogées sur la recherche de critères. Ainsi mis dans la même situation que les membres de la commission d'inscription dans la LPP ils devaient essayer de dégager des critères sur les matériels proposés et cela indépendamment du cas particulier de l'utilisateur.

1) Première étape : les administrations, les institutions :

Dans un premier temps, il a donc été demandé au groupe de travail plénier (administrations, institutions) de définir la frontière entre médical et social, à partir de produits existants actuellement qu'ils soient ou non inscrits à la LPP.

La LPP n'étant en pratique qu'un catalogue de produits, une grille basée sur une liste de produits a donc été proposée pour lancer la réflexion.

L'exercice a été considéré comme difficile voire impossible au motif que l'aide technique ne devait plus être considérée sous son seul aspect matériel mais dans sa fonctionnalité. Le groupe plénier a considéré que l'aide technique devait être abordée en fonction de la personne, en tenant compte de sa déficience et de son environnement. Un même matériel peut effectivement être essentiel pour une personne ayant un type de déficience et en revanche moins important pour une autre personne atteinte de la même déficience mais plus aidée par son entourage ou se trouvant dans un environnement différent.

Malgré cette opposition de principe à la démarche proposée, un certain consensus s'est dégagé à partir de la définition de la CIF de l'OMS pour dire :

- qu'une aide technique « médicale » dépend d'un acte thérapeutique, la prévention entrant dans le « médical ».
- qu'une aide technique « sociale » correspond à ce qui concourt à l'intégration sociale ou professionnelle. Cela comprend bien sûr l'aide aux aidants.

2) Deuxième étape : les professionnels, les utilisateurs.

Dans un deuxième temps, la réflexion a été ouverte aux professionnels et utilisateurs. Pour mener cette concertation, quatre sous-groupes de travail thématiques composés de personnes au contact des personnes handicapées ont été mis en place. La composition de chaque sous-groupe devait être la plus large possible afin de s'entourer du maximum d'avis différents en vue de répondre au questionnaire.

Les thèmes des sous-groupes étaient les suivants :

- L'incapacité motrice,
- L'incapacité sensorielle subdivisée en visuelle et auditive,
- L'incapacité mentale et psychique,
- La poly-incapacité.

Le document regroupant une liste de produits inscrits ou non à la LPP mais existant sur le marché proposé aux administrations dans la première étape a été remis à chacun des sous-groupes. Les sous-groupes avaient la liberté d'introduire d'autres produits s'ils le jugeaient utiles.

Les sous-groupes avaient pour rôle de définir les critères permettant de classer le produit essentiellement en fonction du caractère médical ou médico-social ou social et de son degré de priorité en donnant si possible la raison de leur choix.

Là encore, il s'agissait de placer le sous-groupe dans la situation de la commission d'admission au TIPS ou LPP dont le rôle est d'inscrire ou non un produit indépendamment du cas particulier de la personne bénéficiaire.

D'emblée le sous-groupe a critiqué cette méthode considérant qu'il s'agissait d'un retour en arrière par rapport à la réflexion entamée depuis quelques années.

Toutefois l'exercice que nous avons proposé a été réalisé, les résultats fournis sont riches d'enseignements.

Afin de rendre les réponses plus homogènes et pour répondre au souhait formulé par l'ensemble des intervenants, nous avons choisi de regrouper les matériels selon les fonctions suivantes : esthétique, sensorielle, viscérale, hygiène, mobilité, domestique, cohérence, communication, apprentissage.

Par ailleurs, les résultats des deux sous-groupes « poly-incapacité » ont été ventilés dans les autres groupes : ceux du sous-groupe « poly-incapacité motrice » ont été rattachés aux résultats du groupe « incapacité motrice », ceux du sous-groupe « poly-incapacité sensorielle » aux résultats du groupe « incapacité sensorielle ».

3) Résultats :

Il existe un taux de non-réponse, parfois non négligeable ; soit parce que la réponse était difficile à fournir, soit parce que certains membres des sous-groupes ont refusé de donner leur opinion.

Dans les tableaux présentés nous avons isolé le taux de non-réponse aux questions, et le taux des réponses a été exprimé en pourcentage du total des répondants.

Pour le sous-groupe incapacité motrice et poly-incapacité motrice

- Le caractère « médical » prédomine de façon importante pour les matériels relevant de la fonction viscérale.
- Le caractère médico-social prédomine pour les matériels relevant de la fonction hygiène.
- Le caractère social prédomine pour les matériels relevant des fonctions : esthétique, domestique, communication, cohérence et mobilité. Pour la fonction sensorielle, la répartition est équilibrée entre critère médical et social.

Pour le sous-groupe incapacité sensorielle et poly-incapacité sensorielle :

- Le caractère « médical » prédomine pour les matériels relevant de la fonction sensorielle.
- Le caractère médico-social prédomine pour les matériels relevant des fonctions : hygiène et esthétique.
- Le caractère social prédomine pour les matériels relevant des fonctions : domestique, communication, cohérence, apprentissage, mobilité.

Pour le sous-groupe incapacité mentale et psychique :

- Le caractère médico-social se retrouve dans la fonction hygiène et mobilité.
- Le caractère social prédomine dans les fonctions domestique, communication, cohérence, apprentissage, mobilité.

Tout handicap confondu, nous pouvons retenir que :

- Le caractère social prédomine pour les matériels relevant des fonctions : domestique, communication, cohérence, apprentissage et mobilité.
- Le caractère médico-social prédomine pour les matériels relevant de la fonction hygiène.
- Le caractère médical prédomine pour les matériels relevant des fonctions sensorielles et viscérales.
- Pour l'appareillage immobilier tout a été considéré comme social.
- Pour l'aide humaine, la fonction hygiène est considérée comme médicale.

4) L'analyse des résultats des autres items :

- Les résultats obtenus concernant la « gravité de la déficience pour laquelle l'aide est indispensable », montrent que ce critère n'est pas pertinent.
- Les résultats obtenus concernant « l'amélioration de l'intégration dans la vie courante » montrent que ce sont surtout les matériels pour la mobilité, la communication, la cohérence et la fonction sensorielle qui répondent le plus à ce critère.
- Les résultats obtenus concernant l'« amélioration de la qualité de vie » montrent que les matériels compensant les incapacités de toutes les fonctions répondent à ce critère.

- Les résultats obtenus concernant le « degré de priorité de l'aide technique », montrent que les matériels utilisés dans les fonctions : viscérale, mobilité, sensorielle, cohérence et à un moindre degré la communication sont de priorité absolue.
- « L'aide humaine associée » est importante dans toutes les incapacités touchant l'hygiène,
L'aide humaine est également importante pour la fonction apprentissage dans l'incapacité mentale ou psychique,
Pour les trois groupes d'incapacités, l'aide humaine est considérée indispensable pour le maintien au domicile.

De cette étude il ressort que l'approche produits par produits manque de lisibilité, n'est pas modélisable, et est entachée d'arbitraire car chacun a une analyse personnelle voire corporatiste du problème.

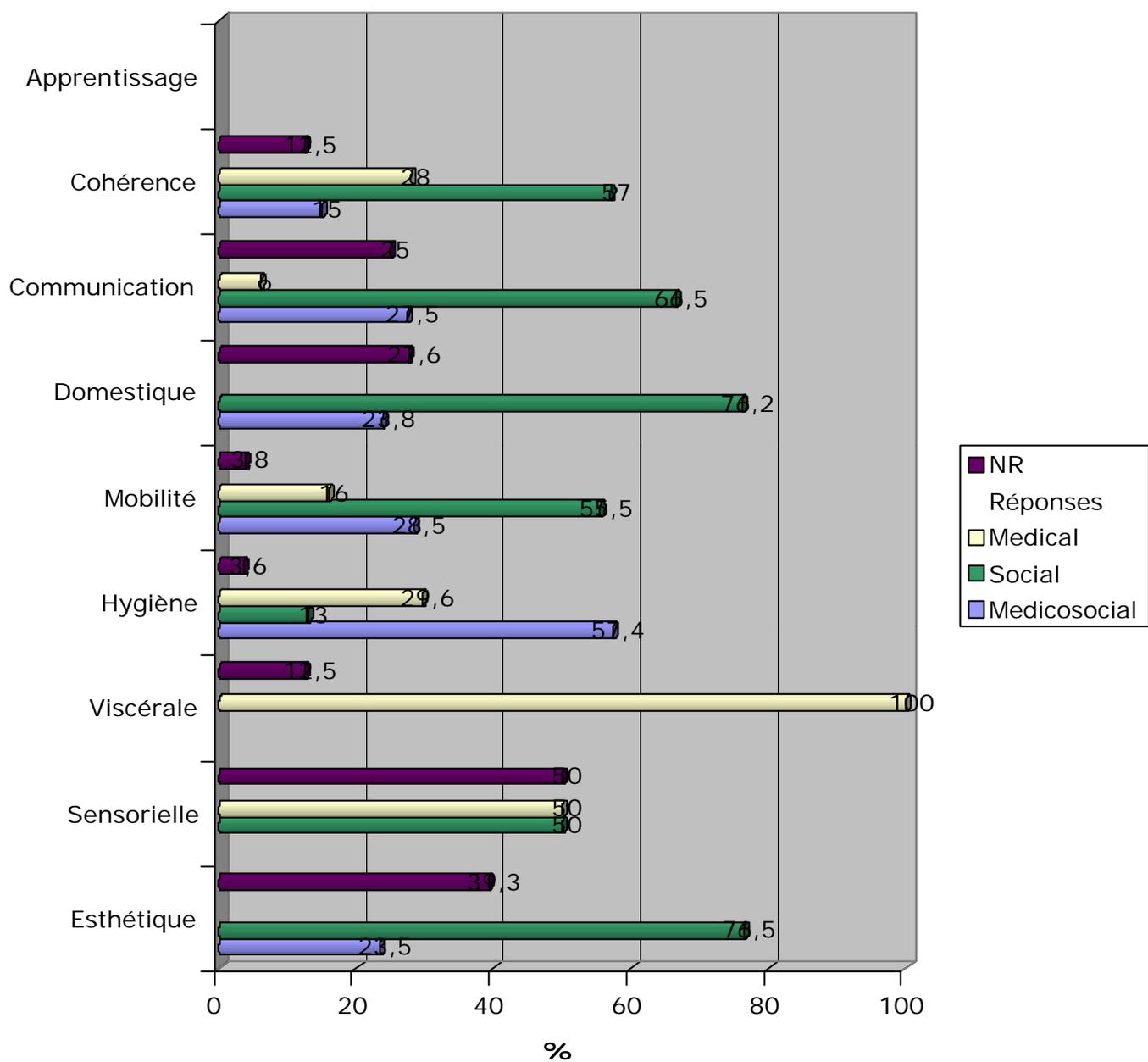
Ces résultats ont apporté la preuve qu'il est impossible d'obtenir une frontière claire entre le caractère social ou médico-social et le caractère médical d'une aide technique, ceci explique le taux parfois important de non-réponses : les personnes interrogées ne voulaient ou n'osaient pas se risquer à une telle distinction craignant que leur choix oriente vers une modification de prise en charge qui leur serait défavorable.

Elle nous a conforté dans l'idée que la procédure de la LPP manque de cohérence et que l'exercice demandé à l'administration pour décider de l'inscription ou non d'une aide technique, in extenso et en dehors du contexte personnel ne peut être qu'aléatoire et entaché de subjectivité, ce qui n'est pas non plus satisfaisant pour les usagers.

Incapacité motrice et polyincapacité motrice

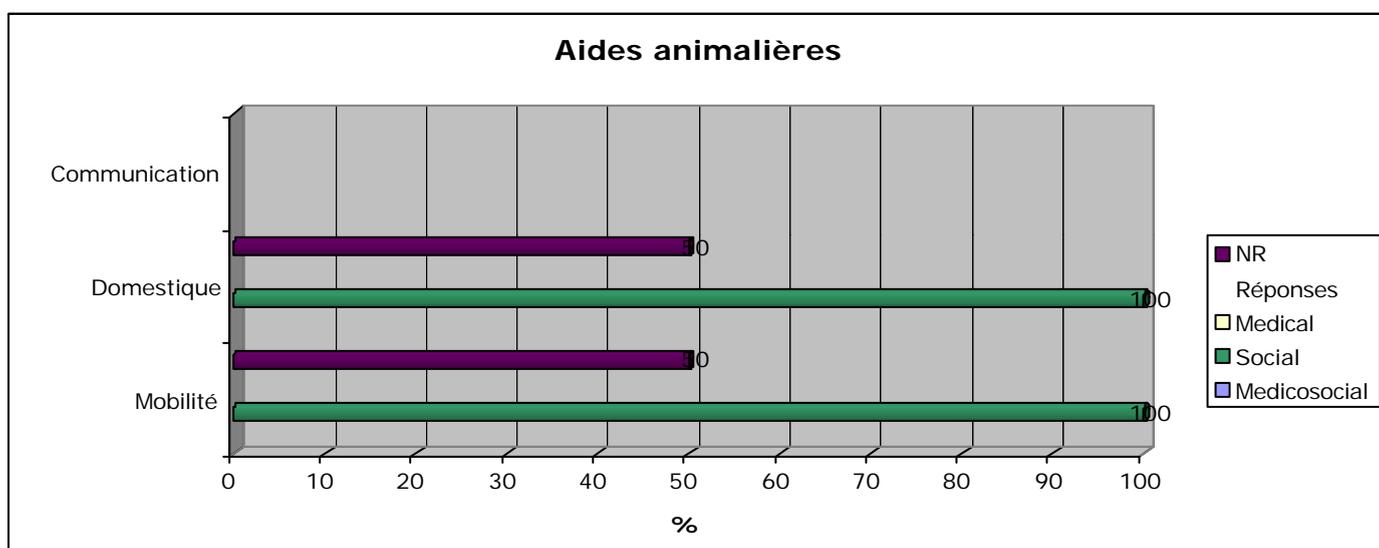
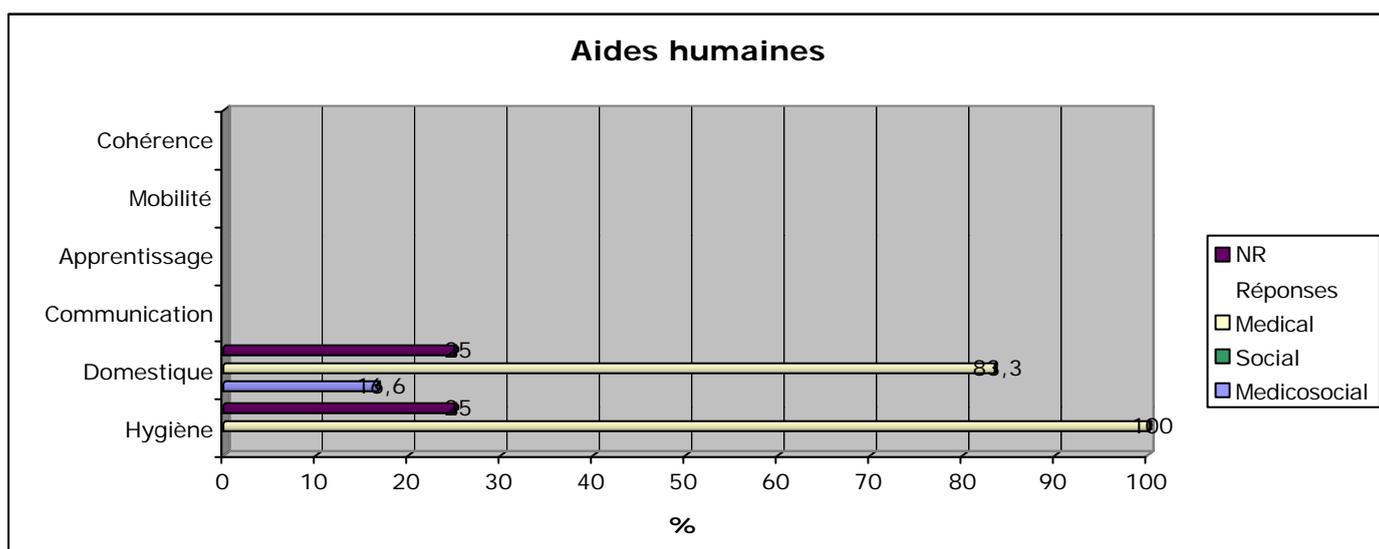
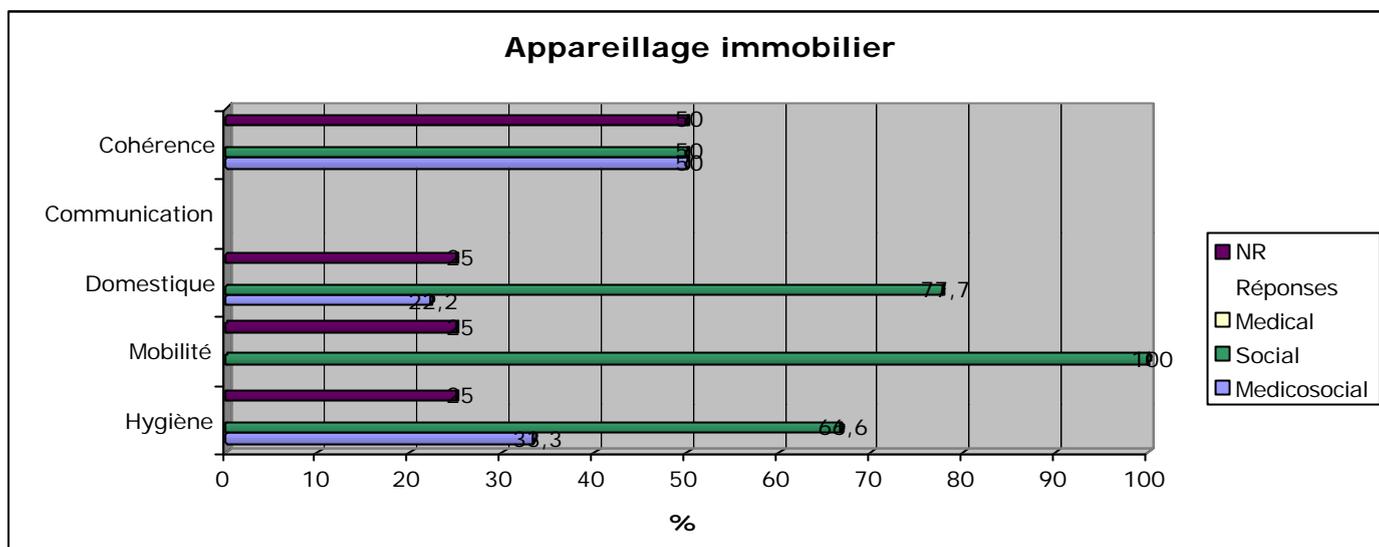
Relève du médical, du social ou du sociomédical

Appareillage, mobilier ou accessoires



Incapacité motrice et polyincapacité motrice

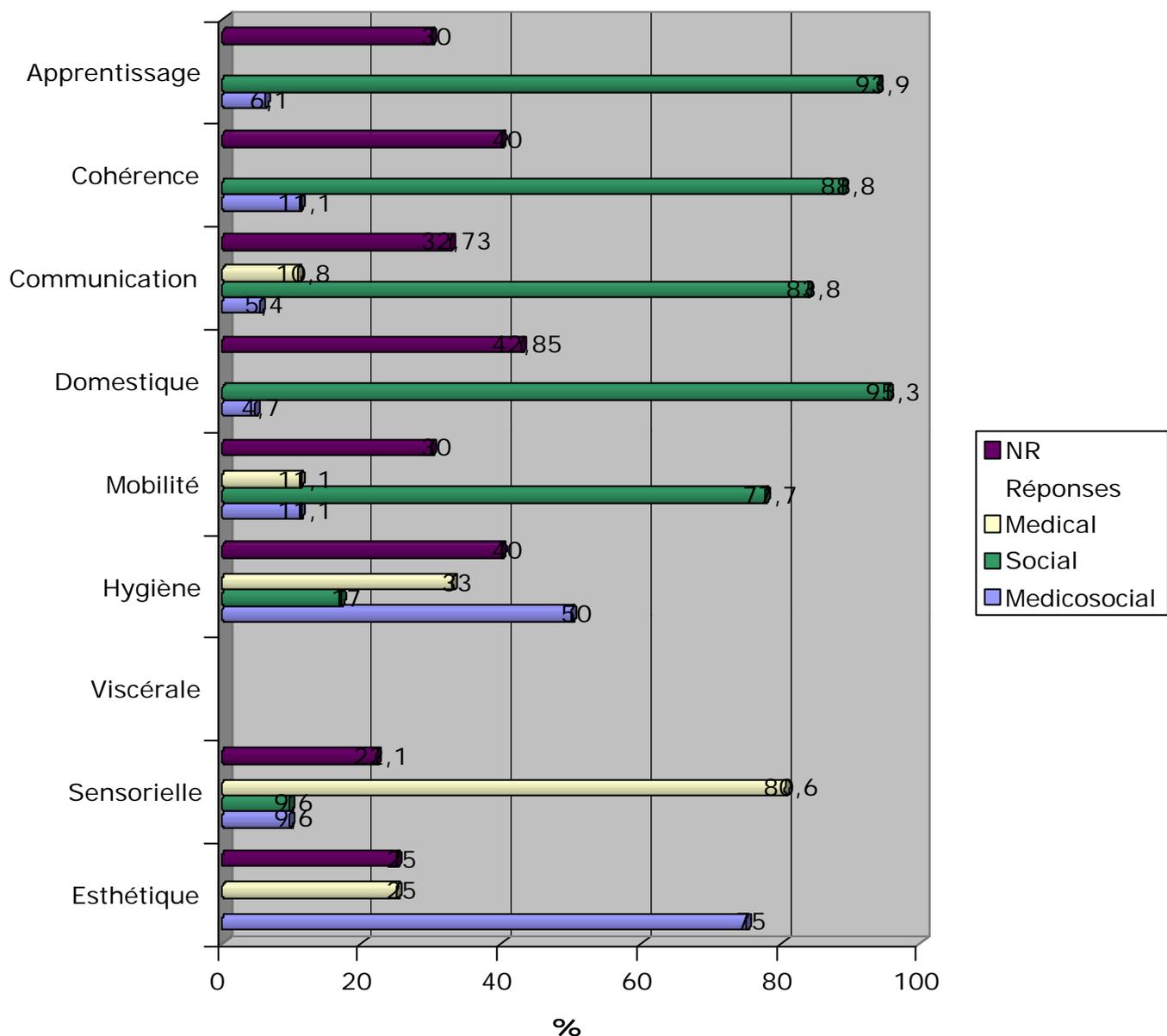
Relève du médical, du social ou du sociomédical



Incapacité sensorielle et polyincapacité sensorielle

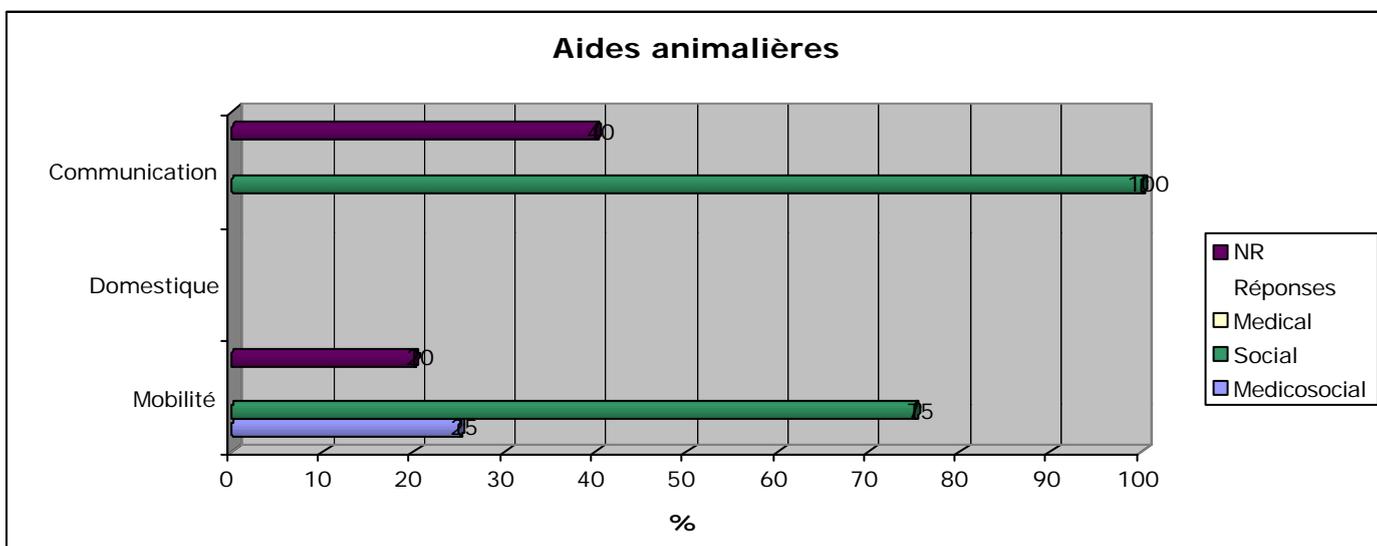
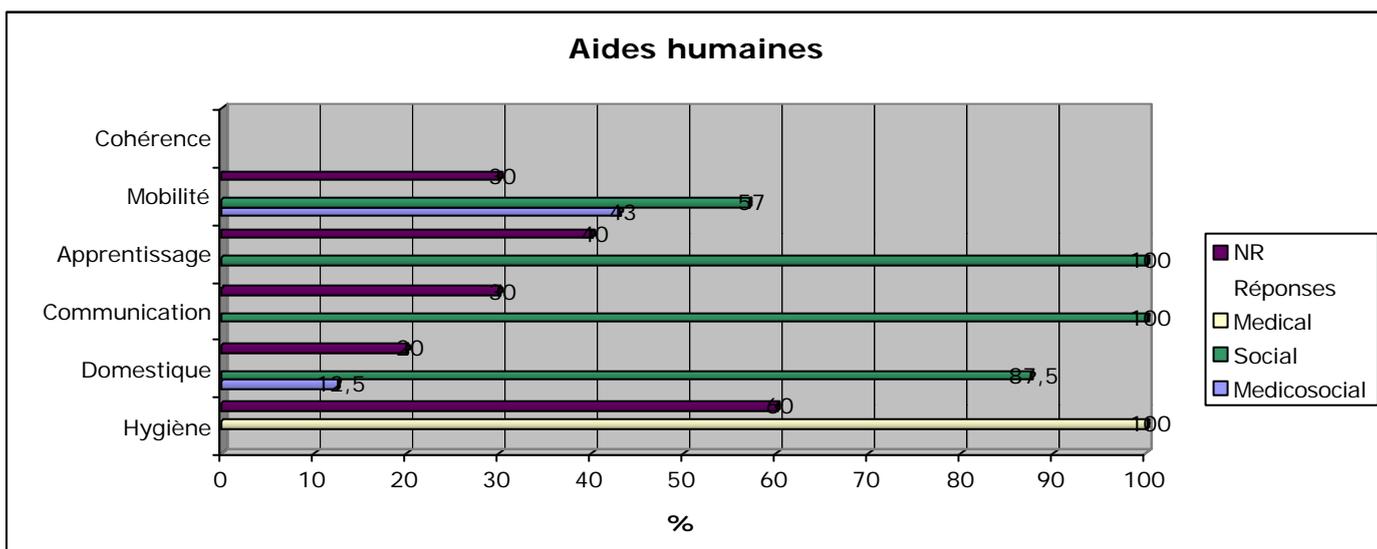
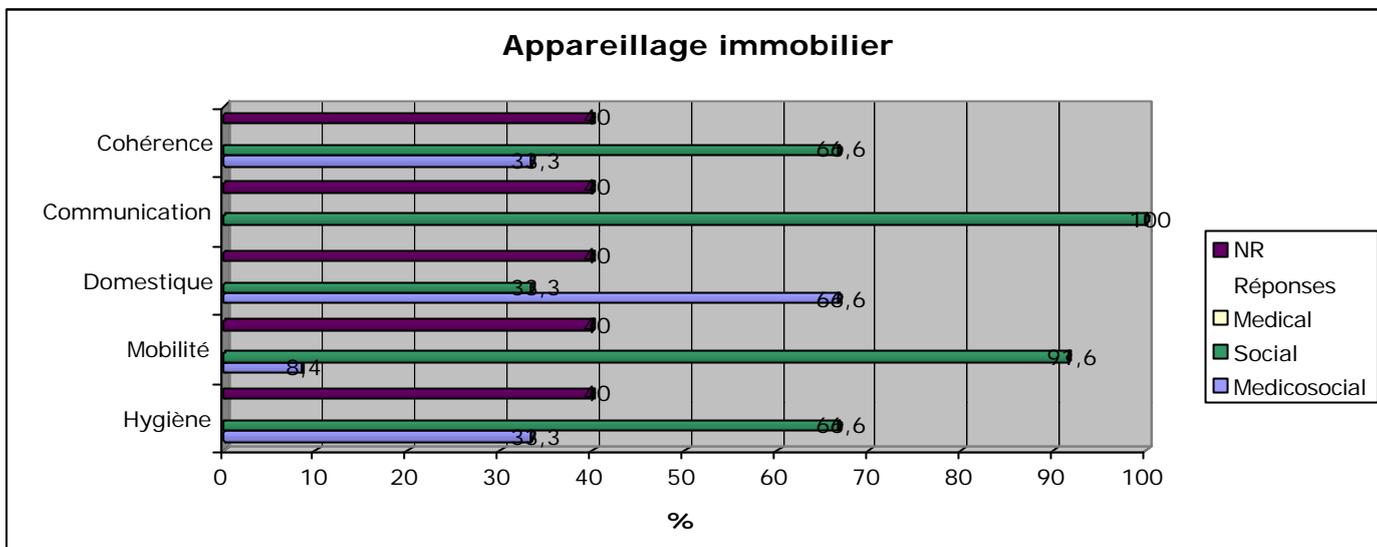
Relève du médical, du social ou du sociomédical

Appareillage, mobilier ou accessoires



Incapacité sensorielle et polyincapacité sensorielle

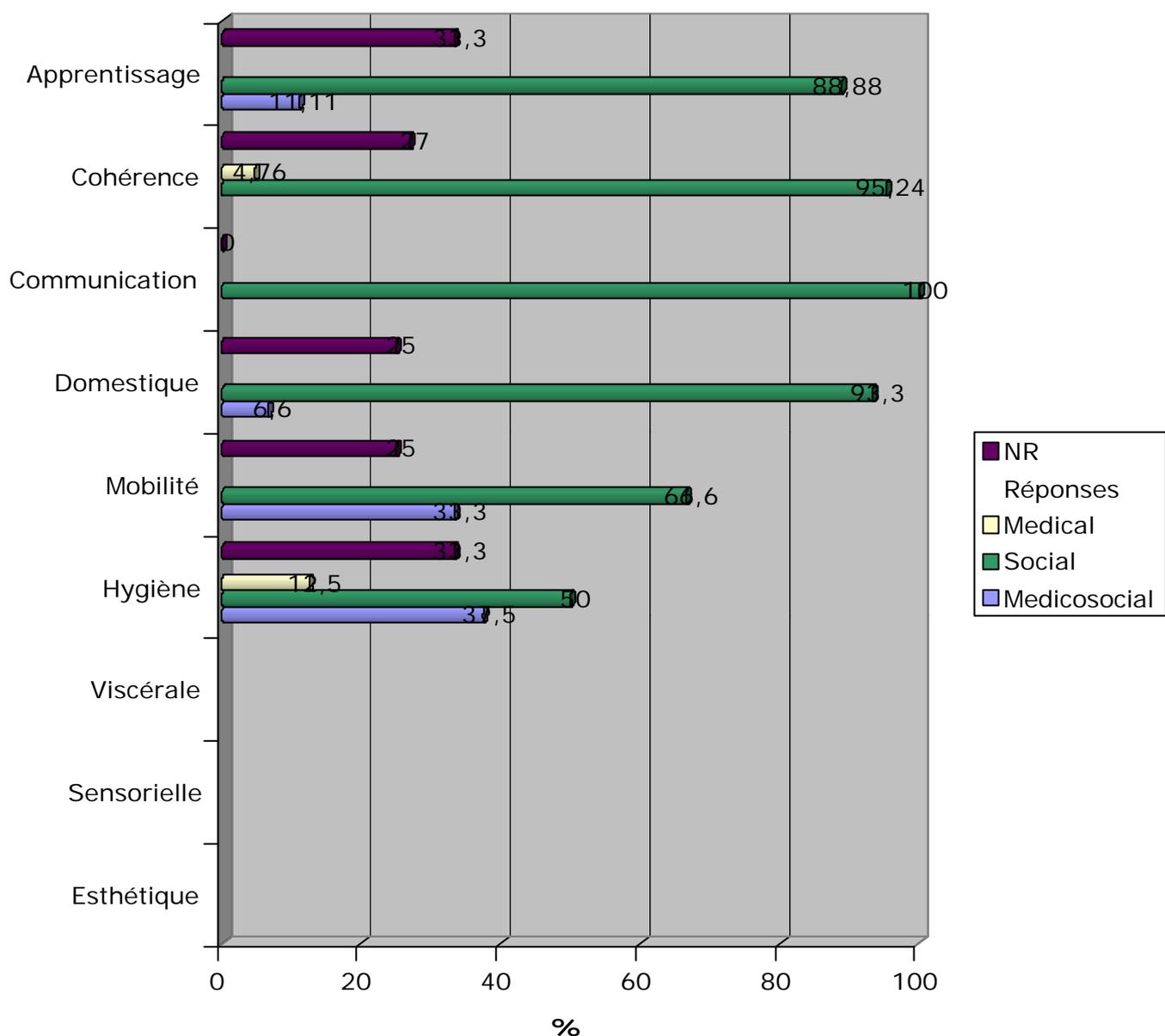
Relève du médical, du social ou du sociomédical



Incapacité psychique et mentale

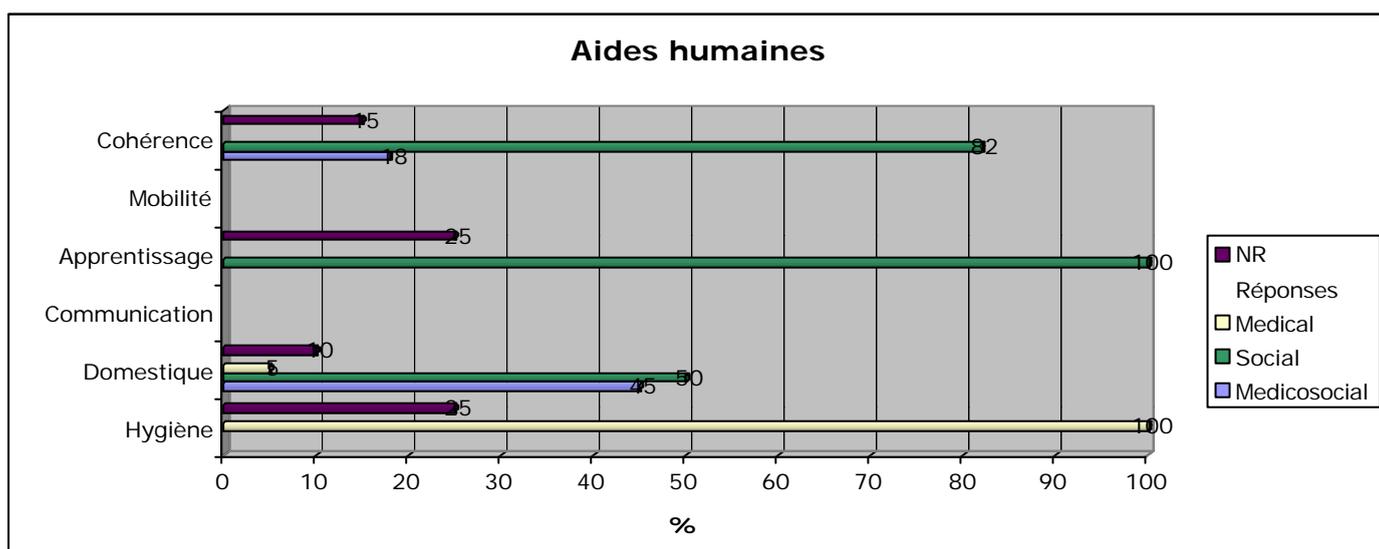
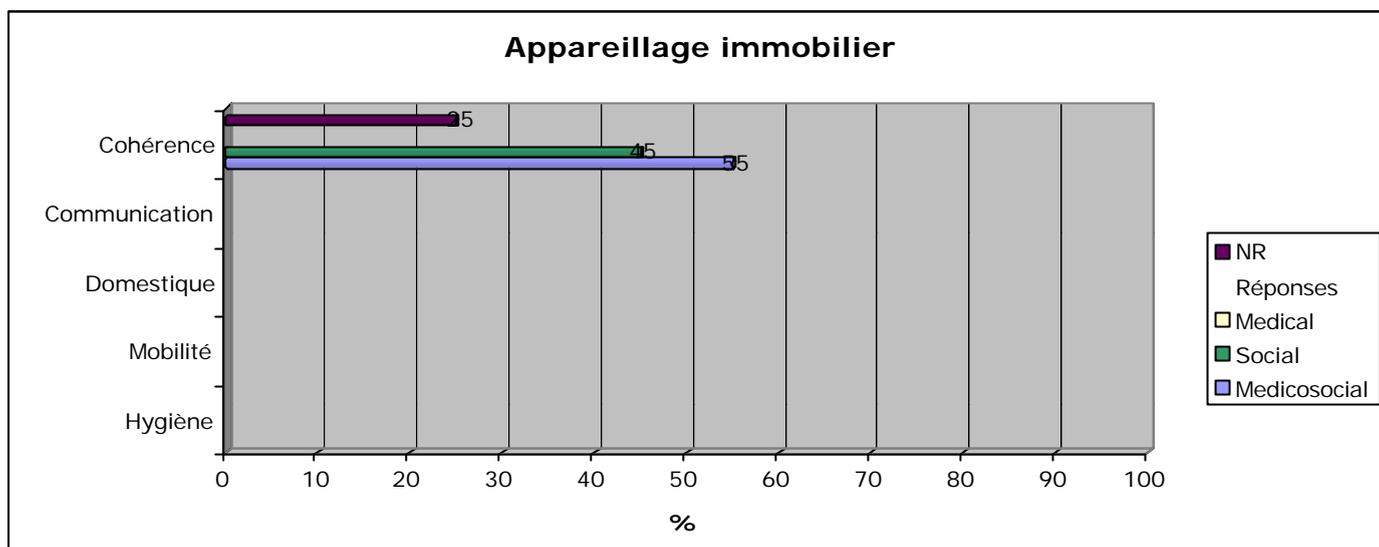
Relève du médical, du social ou du sociomédical

Appareillage, mobilier ou accessoires



Incapacité psychique et mentale

Relève du médical, du social ou du sociomédical



2ème PARTIE

DONNEES ECONOMIQUES, LE MARCHE, LA REGLEMENTATION

A/ Les données économiques et le marché

LES DONNEES ECONOMIQUES ET LE MARCHE

GENERALITES

I) Les objectifs et les difficultés

L'étude du marché, des financements et des coûts a été réalisée pour répondre à la demande formulée concernant l'enveloppe globale représentée par ce secteur et permettre la prise de décisions ultérieures.

Cette analyse n'a été possible qu'à partir des données qui nous ont été fournies par les principaux industriels des secteurs consultés, par certaines organisations professionnelles, ainsi que par des institutions (AGEFIPH, Handiscol, ADF, mutuelles, CNAMTS).

Les difficultés rencontrées pour réaliser cette approche globale du secteur des aides techniques viennent :

- de la variété des matériels et du champ plus ou moins large considéré,
- de la diversité des modèles et références concernés pour un même type d'aide technique,
- de la parcellisation du secteur et de la spécialisation des sociétés concernées par la fabrication des aides techniques,
- de la variété des structures fabricantes comportant des sociétés artisanales et des multinationales,
- de la multiplicité des fournisseurs de ces produits (plus de 22000 sociétés) et de leur manque de structuration commune,
- de l'absence d'un système de recueil de données recensant les ventes de ces produits à la distribution (type GERS pour les produits vendus en pharmacie).

Notre étude a consisté d'abord à examiner les grandes tendances de ce marché puis à les préciser par type de fonctions.

Nous rappelons que les chiffres présentés dans ce travail ne sont que des ordres de grandeur des marchés concernés. Ils sont issus de recoupements réalisés à partir des données épidémiologiques, des données fournies par les fabricants et des données fournies par les distributeurs consultés.

II) Données chiffrées disponibles sur les aides techniques

a) L'enquête HID, par extrapolation à la population générale, indique :

- qu'au total 5,48 millions de personnes déclarent utiliser des aides techniques (hors téléalarmes et prothèses) dont :
 - 406 200 personnes en institution
 - et 5,07 millions de personnes à domicile.
- et qu'1 million de personnes déclarent être appareillées par une prothèse du membre supérieur, du membre inférieur ou du tronc.

En excluant les patients vivant en institution, il ressort de cette enquête que les aides, classées par fonction, les plus utilisées sont par ordre décroissant :

- les aides à la mobilité (VHP...) : 1 846 000 utilisateurs à domicile
- les aides à l'incontinence (couches...) : 1 187 000 utilisateurs à domicile
- les aides à la communication : 946 000 utilisateurs à domicile
- les aides aux traitements des maladies de longue durée : 641 000 utilisateurs à domicile
- le mobilier adapté et équipement du bâtiment : 397 000 utilisateurs à domicile
- l'aide au transfert : 108 000 utilisateurs à domicile
- l'aide à la manipulation : 31 000 utilisateurs à domicile.

Si les besoins semblent couverts pour les aides à la mobilité, à l'incontinence, aux maladies de longue durée, ils ne le sont pas totalement pour les aides au transfert à domicile et les aides à la manipulation.

Toujours dans cette enquête, **l'examen des données, par type de matériels, montre la rareté des aides techniques les plus « sophistiquées ».**

La répartition des principales aides pour lesquelles les personnes vivant à domicile déclarent être utilisatrices est, en extrapolant à la population générale la suivante :

Aides hors téléalarmes et prothèses externes	personnes déclarant en être utilisatrices
cannes	1 615 000
protections absorbantes	1 187 000
appareils de soutien du corps	737 100
appareils auditifs et boucles magnétiques	666 000*
WC adaptés	396 600
dispositifs de soutien : barre d'appui, mains courantes	346 000*
aides optiques,	253 000*
baignoires, douches, lavabos adapté	217 500*
appareils de soutien des membres inférieurs	208 300
lits adaptés	201 600
VHP manuels	190 000
déambulateurs,	150 000
robinetteries adaptées	139 000*
matériel audiovisuel pour mal-entendants	117 000*
sièges adaptés	112 500
vêtements adaptés et les aides pour s'habiller	88 000
planches, sangles, harnais servant au transfert lit-fauteuil	51 500
table adaptée	40 900*
cannes blanches	33 000

* le risque d'erreur de ces données peut être important compte tenu de la constitution de l'échantillon.

b) Si nous considérons les données fournies par certaines équipes labellisées sur le terrain, nous constatons que les aides les plus prescrites sont par ordre décroissant :

Aides techniques	pourcentage
Fauteuils roulants électriques	22,9%
Fauteuil roulant manuel	20,8%
Lit médicalisé	10,8%
Siège douche	10%
Fauteuil garde robe ou chaise percée	8,6%
Barres d'appui	7,9%
Rehausse WC	6,5%
Lève malade et planche de bain	5,8%
Elévateur dans la baignoire et fauteuil douche	4,4%
Chaise douche	2,6%

c) Si nous considérons maintenant le point de vue des industriels et des distributeurs, les aides techniques les plus vendues sont par ordre décroissant :

1) les matériels pour incontinence dont :

- * les produits absorbants,
- * les alèses.

2) les matériels pour la mobilité dont :

- * les cannes
- * les déambulateurs

3) les matériels destinés aux WC dont :

- * les surélévateurs
- * les barres d'appui.

4) les matériels d'aménagement de la salle de bain dont :

- * les systèmes de transfert dans la douche,
- * les systèmes de transfert dans la baignoire
- * les planches et sièges de bain
- * les chaises, sièges et fauteuils de douche,

5) les fauteuils de confort et les fauteuils releveurs.

6) les petites aides techniques : de préhension, d'habillement, les antidérapants, les tables à manger.

Nous constatons donc qu'en volume, l'essentiel des aides techniques utilisées sont des « petites aides » : cannes, déambulateurs.

En dehors des VHP les produits les plus utilisés sont ceux liés à l'hygiène et aux soins corporels (produits pour incontinence et d'aménagement des salles de bain et WC).

LE FINANCEMENT

Rappel

Les propositions du groupe Lyazid était de mutualiser le financement des aides techniques et de les répartir de la façon suivante :

Régime de protection sociale (LPP)	30%
Etat	20%
AGEFIPH	20%
Assurances et mutuelles	15%
Conseils généraux	10%
Divers	5%

I) Les financements institutionnels actuels hors LPP

En dehors de l'Etat, de la CAF (Complément d'AES), de nombreux organismes ou institutions peuvent participer au financement des aides techniques.

A partir des données fournies par certains financeurs et sans chercher l'exhaustivité, on peut citer :

** La CNAMTS (FNASS)*

En dehors de la LPP et du financement d'une CICAT par région, à hauteur de 46 000€ la CNAMTS finance, sur le FNASS, des aides à la réinsertion à domicile des personnes handicapées physiques et mentaux de moins de 60 ans, bénéficiant de l'AAH ou sortant d'un établissement sanitaire. Sur ce fond sont financés notamment l'aménagement du logement avec travaux du bâti, les aides humaines et les aides techniques pour un montant en 2001 de 8,337Md€ Les aides techniques ainsi financées sont les aides à la vie courante individuelles ne faisant pas appel, sauf exception, à la haute technologie (ex : contrôle de l'environnement). En 2001, 7 142 personnes ont bénéficié de cette aide (et certaines ont pu en obtenir plusieurs). D'après les données fournies pour 2001, on peut approcher le coût total des aides allouées et leur répartition de la façon suivante :

Type d'aide	bénéficiaires	coût moyen	Montant total en €
Aides techniques au logement			
Mains courantes barres d'appui	51	519,67	26 502,96
Elévateurs de bain	126	989,28	124 649,18
Sièges de bain	142	450,99	64 040,17
Fauteuils pour douche	68	705,33	47 962,60
Adaptateurs de WC	86	246,85	21 229,44
Lits et matériels antiescarres	149	809,36	120 594,80

Aides à la communication			
complément de prothèses auditives	906	588,83	533 483,90
ordinateurs	269	1 172,76	315 473,42
téléagrandisseurs	56	905,99	50 735,19
loupes	16	956,60	15 305,58
autres matériels pour amblyopie	124	305,82	37 921,54
autres : synthèse vocale, machine à écrire en braille, systèmes d'alarme	234	707,65	165 590,43
Aides à la déambulation et au transport			
Fauteuils roulants électriques	609	1 479,92	901 270,36
Autres : fauteuils garde robe, releveur, de repas, prothèses, soulèvements malades, verticalisateurs	850	1 081,27	919 082,35
Fauteuils roulants manuels	463	637,05	294 955
Poussettes, tricycles	119	740,03	88 063,85
Adjonctions de fauteuils roulants électriques	55	804,99	44 274,40
Déambulateurs	46	575,91	26 491,83
Chiens d'aveugles	5	4 009,41	20 047,05
Adjonctions de fauteuils roulants	31	366,03	11 346,93
TOTAL			3,8M€

** Les conseils généraux*

Les dépenses totales d'aide sociale de l'ensemble des conseils généraux hors Paris pour l'année 2002 a été de 15,57Md€, elles étaient de 14,21Md€ en 2001.

D'après la DREES, sont comptabilisées dans l'aide sociale aux personnes handicapées (ASPH) les dépenses d'aides à domicile et d'hébergement. Elles représentaient en 2001, 29% des dépenses des grands postes d'aide sociale engagée par l'ensemble des départements de France métropolitaine.

Sur ce budget, une part importante (qu'il ne nous a pas été possible d'obtenir) est attribuée aux personnes handicapées et âgées dépendantes, par le financement d'aides humaines pour le soutien à domicile, mais aussi le financement d'aides techniques et d'aménagement du logement. Pour les personnes de plus de 60 ans dépendantes, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) permet de financer les aides techniques nécessaires non prises en charge par la LPP (comme par exemple les produits absorbants), sans que soit établie une liste précise des aides techniques concernées.

*** Les mutuelles**

Il existe un grand nombre de mutuelles (3 000 mutuelles) dont le poids économique, pour les mutuelles adhérentes à la Mutualité Française, atteint 14,7Md€ (il n'a pas été possible de disposer des montants spécifiques alloués au financement des aides techniques et des aménagements du logement).

L'action des mutuelles s'inscrit :

- soit en complément des prestations légales de l'assurance maladie obligatoire (de la LPP).
- soit selon les contrats, en couverture de produits non pris en charge par les AMO.
- soit dans le cadre de fond de secours, en fonction des ressources du demandeur.

*** L'AGEFIPH**

Cet organisme, comme le fait également l'OETH (Obligation Emploi Travailleurs Handicapés), cible son action sur les aides au retour à l'emploi ou au maintien dans l'emploi.

En 2000, sur 2710 dossiers de l'AGEFIPH, la répartition des aides se décompose ainsi :

Prothèses auditives	: 60,25%
Matériels déficients visuels	: 33,32%
Sièges ergonomiques	: 1,73%
Fauteuils roulants électriques, verticalisateurs	: 1,10%
Informatique contrôle d'environnement	: 0,84%
Fax, téléphone portable	: 1,17%
Chaussures et semelles orthopédiques	: 0,66%
Prothèses diverses (membre, endosquelettique)	: 0,22%
Chiens guide	: 0,03%
Lunettes et verres spéciaux	: 0,03%
Divers : gants, coussins, scooter, réveil vibrant	: 0,29%.

En 2001, cet organisme a aidé :

- 3250 personnes pour le financement d'aides techniques. La participation à l'acquisition du matériel est assurée dans la limite de 9150€ pour les aides techniques à visée professionnelle, modulée en fonction de la nature du matériel avec prise en charge de la formation à l'utilisation de ce matériel dans la limite d'un plafond de 385€ par jour.

- 2214 personnes pour des aides humaines (en progression de 36% en un an). La participation au coût de la prestation d'aides techniques à la communication est assurée dans la limite de 9150€ par an.

*** L'éducation nationale par le plan Handiscol :**

Ce plan prévoyait de financer pour un montant de 25,9M€ sur 3 ans les matériels adaptés aux enfants handicapés pour favoriser leur insertion dans le milieu scolaire ordinaire. Le 1^{er} financement a été inscrit pour 8,54M€ dans la loi de finances de 2001, puis 15M€ en 2002. En 2003 et 2004, le montant sera de 23M€. Ces matériels sont les matériels onéreux, individuels, des matériels informatiques avec des logiciels adaptés pour les handicapés sensoriels, des périphériques adaptés pour les handicapés moteurs, des boucles magnétiques pour les sourds.

*** L'ALGI**

Cette association chargée de gérer les fonds 1% du logement, finance des travaux directement liés au handicap par des prêts à taux privilégiés (1% sur 1 à 14 ans) ou des subventions dans la limite de 50% du coût des travaux et d'un plafond de 9 600€ (avec possibilité de majoration). Ce financement couvre l'aménagement du logement et de ses annexes comme par exemple les aides ou adaptations suivantes : élévateurs intérieurs, adaptations des sanitaires, élargissement des portes, décroisement, contrôle d'environnement, signaux sonores ou lumineux, rampes d'accès, dallage antidérapant...

Ne disposant pas des résultats de l'enquête du CTNERHI actuellement en cours, il nous a paru intéressant d'étudier à partir d'un petit échantillon de sites de vie autonome, la répartition actuelle des financements, l'évolution de la situation par rapport à celle de 1999 présenté dans l'enquête du CTNERHI.

II/ Répartition des financements à partir d'un échantillon de sites de vie autonome (SVA) :

Notre étude est issue des données recueillies auprès de quatre sites de vie autonome répartis géographiquement dans des zones différentes.

Bien que pris au hasard, le petit nombre de sites concernés ne permet pas de réaliser d'extrapolations à l'échelon national sur le niveau de prise en charge des aides techniques ni sur les modalités de la prise en charge de l'ensemble des aides techniques (une étude du CTNERHI est actuellement en cours).

On le verra, la part laissée à la charge des familles peut sembler faible (à l'exception de l'aménagement du logement), mais nous devons tempérer ce résultat du fait que l'un des sites de notre étude applique le principe d'une prise en charge intégrale sans laisser de reste à charge pour la famille ce qui influe les résultats globaux car l'échantillon est trop faible.

De nos consultations, il ressort que certains sites de vie autonome sélectionnent, par souci d'efficacité, les dossiers les plus complexes pour des handicapés souvent très lourds. D'autres, en revanche, traitent l'ensemble des demandes qui leur sont formulées.

a) Répartition des financements

Sur un montant global de financement de 1,7M€ la répartition entre les financeurs est la suivante :

LPP	ETAT	CPAM <i>Extra légal</i>	CG	CR	CCAS	AGEFIPH	Mutuelles	autres	familles
Aménagement du logement									
0%	15%	9%	16%	2%	1%	0%	0%	34%	23%
Aides techniques									
15%	22%	19%	14%	4%	6%	0%	8%	7%	5%

Analyse des résultats :

Pour les aides techniques seules :

* La part laissée à la famille est de 5% dans notre échantillon. Elle a diminué par rapport au 12% de l'étude du CTNERHI (1999).

* La part des prestations d'assurance maladie est restée stable 34% dans notre échantillon (35% CTNERHI) mais a évolué entre prestations légales et prestations extralégales : ainsi la part de la LPP a baissé à 15% (21% CTNERHI, 1999), celle des prestations extra légales a, en revanche, augmenté à 19% (14% CTNERHI).

La baisse de la part couverte par la LPP peut s'expliquer par le fait que les produits inscrits sont moins adaptés qu'avant aux besoins des personnes qui doivent donc acheter des produits non pris en charge et/ou que l'écart entre le tarif de la LPP et le prix de vente au public est en augmentation.

* La part de la solidarité représentée par l'investissement de l'Etat et des collectivités territoriales paraît plus important dans notre échantillon qu'en 1999 : 22% pour l'Etat (11% CTNERHI), 14% pour les conseils généraux (4,7% CTNERHI), 6% pour les CCAS (1% CTNERHI).

Pour les aménagements au logement :

* La part laissée à la famille est de 23%, en diminution par rapport à 1999 (32% CTNERHI).

* La part des prestations extralégales de l'assurance maladie a légèrement augmenté, elle est de 9% dans notre échantillon (6,8% CTNERHI).

* La part de la solidarité représentée par l'investissement de l'Etat et des collectivités territoriales paraît plus important qu'en 1999 : 15% pour l'Etat (7%, CTNERHI), 16% pour les Conseils généraux (7,4% CTNERHI).

Pour l'ensemble - aides techniques et aménagement du logement - la part des mutuelles et du groupe « autres » (comprenant l'AGEFIPH, l'ANAH, l'ALGI, les associations....) a peu évolué.

b) Répartition par fonctions

Sur 4 sites de vie autonome, les coûts moyens par dossier pour les fonctions suivantes sont :

- aide à la l'hygiène et aux soins corporels	1428€ (18,8%*)
- aide à la communication	3314€(20,8%*)
- aide à la mobilité	3885€ (49,1%*)
- aide aux fonctions sensorielles	1680€(NR)
- aide au repos ou au maintien à domicile	2618€(30,5%*)
- amélioration du logement	8365€(30,2%*)

* ce pourcentage correspond à l'écart type par rapport à la moyenne pondérée.

L'aide à l'hygiène et aux soins corporels couvre notamment : les lève bain, rehausseurs de toilette, sièges douche, chaises garde robe....

L'aide à la communication couvre notamment : l'informatique, le matériel braille....

L'aide à la mobilité couvre notamment : les fauteuils roulants, les tricycles, les poussettes, les déambulateurs, l'aménagement du véhicule....

L'aide aux fonctions sensorielles couvre notamment les audioprothèses...

L'aide au repos ou au maintien à domicile couvre notamment : les lits médicalisés, les coussins et surmatelas ...

Les données que nous avons souhaité analyser par fonctions mettent en évidence une grande disparité des coûts moyens par dossier et par site. Ceci peut s'expliquer soit par une différence de recrutement des dossiers par site soit par une différence dans le niveau de préconisations et le choix du matériel.

LPP	ETAT	CPAM <i>Extra légal</i>	CG	CR	CCAS	AGEFIPH	Mutuelles	autres	familles
Aide à la l'hygiène et aux soins corporels									
2%	32%	33%	14%	0%	3%	0%	5%	9%	2%
Aide au repos ou au maintien à domicile									
4%	31%	24%	15%	1%	2%	0%	18%	3%	2%
Aide à la communication									
0%	32%	18%	13%	7%	1%	9%	6%	6%	8%
Aide à la mobilité									
20%	17%	19%	13%	5%	2%	4%	8%	7%	5%

Analyse des résultats :

- La part de la solidarité représentée par l'investissement de l'Etat et des collectivités territoriales est importante pour la compensation de toutes les fonctions (par ordre décroissant : communication : 53%, hygiène : 49%, repos : 49%, mobilité : 37%).

- La part des prestations d'assurance maladie est plus marquée lorsque l'investissement de la solidarité est moins importante (par ordre croissant : communication : 18%, repos : 28%, hygiène : 35%, mobilité : 39%).

La LPP est très présente dans la mobilité (20%) alors qu'elle est quasi nulle pour l'hygiène et le repos (2% et 4%) et absente dans la communication.

Le reste des dépenses est assuré par les prestations extralégales (FNASS).

Lorsque la LPP ne permet pas de couvrir le financement intégral des aides techniques, celui ci peut être assuré par de multiples financeurs.

L'Etat et les collectivités territoriales assurent déjà une grande part de ce financement, les organismes d'assurance maladie étant très présent également dans cette participation avec des répartitions différentes selon les fonctions concernées.

LE MARCHÉ

Aucune donnée précise globale du marché des aides techniques n'est actuellement accessible. L'absence de connaissance précise sur les différents secteurs concernés et d'une analyse fine de ce marché peut expliquer que depuis 1985 des chiffres circulent comme « 700 aides techniques inscrites au TIPS sur 35 000 existantes ». Ces données sont inexactes puisque rien que pour les orthèses et prothèses externes sur mesure du GAO la nomenclature de la LPP couvre et a toujours couvert plus de 1 000 produits.

Analyse générale du marché :

La grande variété des aides techniques plus ou moins sophistiquées, allant de produits issus de la filière « bois » (protections absorbantes, cannes), à des matériels électroniques (audioprothèses) ou informatiques (logiciels adaptés à un type de handicap...) implique des secteurs d'activités très différents, des sociétés de taille variable, de savoir-faire et de technologies variées également.

Cette diversité et ce morcellement rendent difficiles et peu pertinentes une approche globale statistique du marché et nécessite donc une approche par secteur.

On note que l'ensemble de ces sociétés relève de plusieurs organisations professionnelles.

Ce secteur est particulièrement difficile à appréhender car la personne handicapée est très fidèle à un produit et à une marque, dès lors qu'elle lui aura donné satisfaction, (ex : le stomisé par rapport à sa marque de poche). De ce fait, le rachat de marques est un enjeu important pour les sociétés et les rachats sont fréquents.

Il n'est pas rare de voir dans un secteur donné, une même société:

- soit vendre des produits de marques différentes ce qui lui permet de couvrir une gamme très large de produits (ex : audioprothèses),
- soit vendre des produits sous des noms de marques différents selon le circuit de distribution (ex : produits absorbants),
- soit continuer à vendre une marque fabriquée par son ancien propriétaire ou son sous traitant.

Ces évolutions commerciales constantes rendent difficiles le suivi de ce marché du fait des nombreuses intrications qui en découlent.

* **De nombreuses fabrications d'aides techniques** sont désormais réalisées et sous traitées en Extrême Orient et spécialement en Chine (VHP, aides aux tâches domestiques...), et elles sont vendues par des entreprises américaines ou européennes, déclarées comme « fabricants ».

La concentration des entreprises « fabricantes » d'aides techniques, par rachat de sociétés plus petites, est une constante depuis plusieurs années. Ce phénomène a débuté dans les années 85, s'est accélérée au cours de la période 1992-1995 et cette évolution persiste au détriment des sociétés françaises. Les sociétés françaises étaient déjà minoritaires sur le marché détenu par les entreprises américaines, allemandes, scandinaves, hollandaises selon les secteurs. Leur nombre s'est encore amenuisé avec le rachat de sociétés françaises « phare » du secteur concerné (ex : la société Poirier par la société américaine Invacare pour les VHP, la société Biotrol par la société B Braun pour les produits pour stomisés...).

Les sociétés françaises actuellement présentes sont soit des fabricants (ex : société Dupont) situés sur certaines niches soit des importateurs (ex : société Créé) parfois les deux selon la gamme concernée (ex : société Vilgo). Par ailleurs certains fabricants d'aides techniques sur mesure (ex : orthoprothésistes) ont vu leur nombre diminuer compte tenu des progrès de la médecine et des possibilités offertes par la chirurgie conservatrice.

- **Les industriels français** considèrent désormais que le marché actuel des aides techniques est trop petit pour investir dans la réalisation de nouveaux produits et la situation ne peut donc que perdurer voire s'aggraver.

- **Pour les sociétés étrangères**, le marché français est trop petit, faute de solvabilisation des personnes handicapées (moins de 5% de leur marché total) pour vouloir créer une société importatrice sur le territoire français. En dehors de celles qui disposent d'une filiale sur le territoire français, les entreprises étrangères utilisent donc souvent des importateurs multicartes (qui peuvent représenter jusqu'à 25 sociétés étrangères).

Faute de « clients » capables de payer :

* lorsque des filiales françaises de sociétés étrangères existent, elles ne vendent pas sur le territoire français l'ensemble des matériels de leur maison mère (ex : le catalogue allemand de la société Meyra est plus complet que le catalogue français de la même société).

* par ailleurs, les matériels étrangers sont souvent adaptés à la France et présentés sous une forme simplifiée et moins onéreuse (certains accessoires au matériel de base sont retirés pour diminuer le prix de vente et permettre leur achat en France).

On le voit sur ce secteur, se côtoient des grosses multinationales (Johnson and Johnson, Invacare, SCA, Philips, Siemens, Essilor...), des sociétés nationales (Dupont, Vilgo, TACM, Proteor...), et des sociétés artisanales pour les produits sur mesure.

L'inventaire des sociétés fabricantes d'aides techniques qui vendent leurs produits sur le territoire français est donc difficile à réaliser car elles sont étrangères à plus de 70%.

* **La distribution d'aides techniques** est réalisée sur environ 22 000 points de vente et elle aussi, a subi de grands remaniements au cours des cinq dernières années.

Chez les prestataires de service, une grande concentration s'est opérée récemment. Un grand nombre de magasins d'achat et de location de matériels médicaux et d'aides techniques ont été rachetés par des groupes (LVL Médical, Vital Air, Bastide médical), les grands groupes se rachetant même entre eux (ex : achat du groupe Orkyn par le groupe Vital Air).

Au total, ce marché en évolution continuelle est difficile à cerner du fait de sa grande variété et de sa segmentation.

Bien que ce marché soit peu organisé entre la fabrication et la distribution (importateur, distributeur final), l'existence d'une certaine concurrence permet cependant de le réguler globalement en terme de qualité des produits.

LES COUTS

L'étude des coûts a porté exclusivement sur les matériels « d'aide à la vie » qu'ils soient ou non inscrits à la LPP (3^{ème} chapitre du rapport paragraphe c).

I/ LES COUTS ACTUELS

Nous n'avons pas trouvé de données fiables concernant ce marché. En l'absence de codage de la LPP, les données fournies par la CNAMTS sur les dépenses d'assurance maladie sont rassemblées par titre ou chapitre ce qui ne permet pas une analyse suffisamment fine par types d'aide à la vie ou par fonctions.

Les éléments exposés dans cette partie du rapport n'ont pas la prétention d'être exhaustifs mais correspondent à une estimation globale, par secteurs, basée essentiellement sur :

- les données fournies par les industriels ou les organisations professionnelles concernant leur chiffre d'affaire, les volumes vendus et les prix de vente moyen déclarés, par secteur.
- les prix de vente au public fournis par certains syndicats de distributeurs, ainsi que leur CA par secteur,
- des études réalisées par des cabinets privés sur certains secteurs,
- les données figurant dans le rapport 2001 du comité économique des produits de santé (CEPS).
- les extrapolations faites à partir des statistiques 2000 et 2001 de la CNAMTS (les données 2002 n'étant pas disponibles lors de la rédaction de ce rapport). Ces données globales ne permettent pas, contrairement à l'année 2000, d'individualiser les secteurs.
- les données épidémiologiques.
- les données chiffrées venant des SVA interrogés pour ce rapport.

Ce travail a été réalisé sur les produits qui nous ont été indiqués comme étant les plus vendus à domicile. Par secteur, nous avons recueilli les données des principaux acteurs du marché que nous avons globalisés.

Ces données représentent donc des ordres de grandeur et non des chiffres à prendre en compte au pied de la lettre . Elles concernent le marché 2001.

1) Les aides à l'hygiène et aux soins corporels

On distinguera pour plus de clarté :

a) les aides à l'hygiène corporelle directe ou « produits pour incontinence » :

- les produits absorbants communément appelés « couches »,
- les produits pour incontinence non absorbants : étuis péniens, sondes vésicales d'autosondage, poches de recueil, urinal.
- les produits pour stomisés : poches, accessoires dont les pâtes.

b) les matériels sanitaires : d'aide au bain, à la douche, au WC.

- barres d'appui,
- surélévateurs de WC,
- cadres de WC,
- chaises garde robe,
- sièges élévateurs de bain,

- brancards, chaises, fauteuils roulants et sièges, tabourets de douche,
- planches et sièges de bain, fixes ou pivotants,
- brosses, éponges, peignes à long manche,
- coquilles de bain,

c) Les aides à l'habillement :

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

a) Les aides à l'hygiène corporelle directe ou « produits pour incontinence »

Données générales :

Une population de 3 millions de personnes seraient incontinentes , 70% sont des femmes : 66% ont moins de 55 ans et 12% moins de 31 ans, l'accouchement et la ménopause sont les principaux facteurs d'incontinence.

Sur 650 000-700 000 personnes atteintes d'incontinence grave ou sévère, environ 450 000 seraient en institutions.

Le coût global de l'incontinence est très lourd pour la collectivité, ce trouble étant responsable d'un grand nombre d'institutionnalisation. Le coût total : soins, aides techniques, institutions est évalué à 4,57Md€

On distingue plusieurs formes d'incontinence urinaire nécessitant des matériels différents (produits absorbants, étuis péniens, sondes urinaires et poches de recueil) :

- l'incontinence d'effort (essentiellement féminine),
- l'incontinence par regorgement, d'origine prostatique, touche essentiellement l'homme,
- l'incontinence réflexe dans les handicaps neurologiques para ou tétraplégiques, la maladie d'Alzheimer touche les hommes et les femmes,
- l'incontinence par impériosité touche les hommes et les femmes.

a1) les produits absorbants communément appelés « couches »,

ne sont pas classés comme dispositifs médicaux et ne sont pas marqués CE.

Bien que spécifiques par leur taille et leur capacité, ils sont considérés comme des aides techniques « grand public » et sont soumis à un taux de TVA de 19,6%.

Ils ne sont pas inscrits dans la LPP, leur prise en charge est considérée comme couverte par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes de plus de 60 ans qui en bénéficient.

* On peut classer les produits absorbants en deux types :

- les protections pour incontinence légère de capacité inférieure à 600ml : type serviettes périodiques ou protèges-slips. Elles sont utilisées essentiellement dans les incontinenances d'effort ou par regorgement.
- les protections pour incontinence moyenne ou sévère de capacités entre 600 ml à 2000 ml, dans les autres cas. On distingue dans cette classe de produits : les changes complets, les protections anatomiques, les couches rectangulaires, les slips absorbants ainsi que les alèses.

Un très grand nombre de modèles différents existent en fonction des tailles disponibles, des différences de capacités d'absorption, des différentes sociétés et marques existantes. Les fabricants de ce secteur sont en France au nombre de 8. Ils vendent soit sous leur propre nom soit sous des noms de marques différents.

Ce secteur s'est en effet, beaucoup concentré depuis quelques années par rachat des sociétés par de grands groupes étrangers.

Parmi les sociétés de ce secteur: SCA (marque Peaudouce, Tena...), Hartmann, Ontex, Tyco Healthcare (Kendall...), Vannia (Lotus et Johnson & Johnson), Polivé, Kimberlay Clarke, et Abena Frantex plus spécialisée dans les alèses.

Quatre sociétés représentent un peu plus de 85% du marché.

* En 2001, tout produit confondu (pour incontinences légères, moyennes et sévères) et tout secteur confondu (institutions, pharmacies, grandes surfaces, ventes par correspondance, prestataires), les ventes représentent :

- 820 M d'unités en progression de 7% par an depuis 1990.
- 229M€HT en CA fabricants et importateurs
- 324M€TTC marge de distribution incluse.

Les marges de distribution sur ces produits varient selon le circuit :

La marge des grossistes répartiteurs avoisine 28%,

La marge moyenne des pharmacies est de 40%,

Dans la grande distribution, la marge varie selon les quantités achetées de 15 à 20%

* Le marché en 2001 en unités et valeur selon les produits et son évolution entre 1995 (date du dossier du demande d'inscription de ces produits au TIPS) et 2001 est le suivant :

PRODUITS	en unités		en valeur CA HT fabricant			prix fabricant unitaire moyen HT	Prix de vente unitaire public TTC (en pharmacie)*	
	1995	2001	1995	2001	2001			
	%	%	%	%				
changes complets	40%	287M	35%	56,5%	110M€	48%	0,39€	de 0,53 à 0,94€
protections anatomiques	28,5%	344M	42%	25%	82,4M€	36%	0,23€ (de 0,13 € à 0,35€)	de 0,33 € à 0,49€
alèses	26,5%	156M	19%	16%	26,3M€	11,5%	0,17€	de 0,24 à 0,36€
couches rectangulaires	5,0%	20,5M	2,5%	2,5%	3,4M€	1,5%	0,12€	de 0,17 à 0,26€
autres (slips absorbant sans scratch)	-	12,3M	1,5%	-	6,9M€	3%	0,75€	de 1,26€ à 1,37€
TOTAL	100% sur 530M d'unités	820M d'unités	100%	100% sur 148M€	229M€	100 %		

*selon la taille des conditionnements, les capacités d'absorption et les marques.

En moyenne, les prix fabricants ont baissé de 2 à 3% (3% sur les changes complets) entre 1995 et 2001, mais les nouveaux produits dont la part de marché est encore faible sont nettement plus chers.

* Le marché de l'incontinence légère, ou « couches légères » de capacité inférieure à 600ml d'absorption, représente près de 12% du CA fabricant total du marché (27M€HT) soit un marché d'environ 36M€TTC, distribution incluse.

Les cinq sociétés prépondérantes sur ce secteur sont Hartmann (gamme Confiance), Tena (gamme Libra, Orlys), ID Hygiène Diffusion, Polivé, Marque verte (gamme Semesa).

La distribution de ce type de couche se fait à 85% en grande surface, les pharmacies ne représentant que 12%, et les magasins de matériels médicaux ou la vente par correspondance 3%.

Ce marché n'est pas représenté en institution.

* Le marché de l'incontinence moyenne ou sévère (nécessitant des produits avec une capacité d'absorption de 600ml et plus), représente 288M€TTC, distribution incluse.

D'après les fabricants, ce marché se répartit par rapport au CA sortie usine : en 70% en institutions, 16% en pharmacies, 5% en grandes surfaces et 9% dans les magasins de matériel médical.

Par rapport au CA total, distribution incluse, la part du marché hors institutions, c'est à dire pharmacies, grandes surfaces et ventes par correspondance, magasins de matériels médicaux, maisons de retraite, est évaluée selon les sources entre 47% et 68%.

Le marché, distribution incluse, pour les particuliers vivant à domicile des produits pour incontinence moyenne et sévère représente un montant situé entre 135M€ et 200M€ TTC .

Dans la mesure où une prise en charge de ces produits serait décidée et qu'elle serait limitée aux protections pour incontinence grave ou sévère (de capacité supérieure à 600 ml), **le coût total se situerait autour de 170M€TTC** et cela dans l'hypothèse d'une prise en charge totale sans participation de la personne.

Ce coût risque d'augmenter dans les années à venir compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la population si des mesures étaient prises pour éviter l'institutionnalisation des personnes âgées et leur maintien à domicile.

a2) les produits pour incontinence non absorbants : étuis péniens, sondes vésicales d'autosondage, poches de recueil, l'urinal.

Ces produits sont des dispositifs médicaux marqués CE, leur taux de TVA est de 5,5%.

Ils sont inscrits sous nomenclature générique dans la LPP.

Les principaux fabricants d'étuis péniens, poches de recueil et sondes vésicales d'autosondage, sont au nombre de 10. En dehors de Peters et Vygon, ces sociétés appartiennent à de grands groupes internationaux.

Ce marché se répartit essentiellement entre les sociétés : Astra (sondes urinaires seulement), B Braun Biotrol, Burnet, Coloplast, Convatec (groupe Bristol Meyer Squibb), Hartmann, Hollister, Peters (sondes urinaires seulement), Porges, Vygon.

Six sociétés représentent plus de 80% du marché total.

La distribution de ces produits est presque intégralement assurée par les pharmacies d'officine, exceptionnellement par le biais de magasins de matériels médicaux ou d'associations (association pour le Spina Bifida).

Le marché des étuis péniens entre 2002 et 2001 est en légère progression de 1,5% en CA mais est stable en volumes.

En 2001, les ventes d'étuis péniens ont été de 298 000 boîtes, pour un marché en pharmacie de 24,8M€TTC.

Le marché des poches de recueil entre 2002 et 2001 est en progression en CA de 5,4% et en évolution de 1,7% en volumes.

En 2001, les ventes de poches de recueil ont été de 844 000 boîtes, pour un marché en pharmacie de 34,53M€TTC.

Le marché des sondes vésicales d'autosondage est en progression en CA de 17,7% et en évolution de 31,9% en volumes entre 2001 et 2002. Ces sondes sont utilisées par la personne handicapée qui recherche une autonomie sans besoin d'un geste infirmier.

En 2001, les ventes de sondes urinaires ont été de 1 416 000 boîtes pour un marché en pharmacie de 37,3M€TTC

La prise en charge est pour certains de ces produits identiques ou proche du prix de vente final facturé au patient.

Si au départ, l'inscription de ces produits est réalisée en alignant le tarif sur le prix le plus bas du marché, la non revalorisation des tarifs aboutit à un décrochage entre le tarif et le prix pratiqué.

Les urinaux sont fabriqués et importés notamment par les sociétés Burnet, Dupont et TACM . Nous ne développerons pas volontairement ce chapitre compte tenu de la faiblesse du CA représenté par ces produits par rapport au montant des produits pour incontinents ; Cela entre dans la marge d'erreur des chiffres avancés.

Le marché des produits d'incontinence non absorbants représente 96,6 M€TTC.

a3) les produits pour stomisés.

Ces produits sont des dispositifs médicaux marqués CE, leur taux de TVA est de 5,5%. Ils sont inscrits sous nomenclature générique dans la LPP.

* Quatre fabricants appartenant à de grands groupes internationaux se répartissent le marché : B Braun Biotrol, Coloplast, Convatec, Hollister.

La distribution de ces produits est presque intégralement assurée par les pharmacies d'officine. Dans 1% des cas elle est assurée par le biais de magasins de matériels médicaux et de façon anecdotique par des associations de patients.

* Ce marché entre 2002 et 2001 est stable en CA, il a évolué de 0,3% et a régressé de 4,2% en volumes.

En 2001, **le marché de ces produits représentait 85,6 M€TTC** se décomposant ainsi :

- les ventes des poches 1 pièce sont de 377 000 boîtes, pour unités pour un marché en pharmacie de 40,38M€

- les ventes des poches 2 pièces sont de 393 000 boîtes pour un marché en pharmacie de 28,62M€

- les ventes des accessoires sont de 534 000 boîtes pour un marché en pharmacie de 16,59M€

Au total,

Le marché officine des produits non absorbants d'incontinence inscrits dans la LPP (a2) et de la stomie (a3) **est de 182 M€TTC** alors que le coût pour l'assurance maladie pour l'année

2001 peut être estimé autour de 143 M€ (compte tenu de l'évolution des CA des entreprises) soit une prise en charge couvrant près de 78,5% des coûts supportés par les patients.

Pour ces produits, il existe le plus souvent une référence dont le prix de vente au public est proche voire identique au tarif de la LPP, ceci peut être remis en cause par le fait d'une absence de réglementation des prix et d'un choix de marque.

La prise en charge intégrale de ces produits entraînerait une augmentation des dépenses d'un peu moins de 40 M€

Dans la mesure où ces produits présentent un prix de vente différent sans amélioration du service rendu la procédure de la LPP ne permet pas de couvrir cette différence.

d) les matériels sanitaires : d'aide au bain, à la douche, au WC.

L'essentiel de ce marché est représenté par les produits suivants :

- barres d'appui (placées dans cette rubrique au lieu de « l'aménagement du domicile » car elles sont vendues par les sociétés qui font les équipements sanitaires et entrent donc dans leur CA)
- surélévateurs de WC,
- cadre de WC,
- chaises garde robe,
- siège élévateur de bain,
- brancard, chaise, fauteuil roulant et siège, tabouret de douche,
- planche et siège de bain, fixe ou pivotant,
- coquille de bain,
- brosses, éponges, peignes à long manche,

* Ces produits ne sont pas, pour la plupart, considérés comme des dispositifs médicaux. Leur taux de TVA est de 19,6%.

Seul un petit nombre est inscrit dans la LPP : chaise garde robe, coquille de bain.

* Plusieurs sociétés sont sur ce marché, dont certaines sont importatrices et d'autres fabricants. Les principales sont : Créé, B&B, Dupont, Herdegen, Invacare, Meyra, Mobitec, Pressalit, Poyet, Praxis, Protéor, TACM, Vilgo ;

Certaines ne vendent qu'un seul produit de ce secteur.

* La distribution de ces produits est assurée par des magasins de matériels médicaux, des officines et des ventes par correspondance.

* Il est très difficile d'apprécier les coûts de ce marché compte tenu des écarts importants existants dans les prix fabricants d'un produit (pouvant aller de 1 à 5) et la liberté des marges de distribution.

En prenant en compte les volumes de vente déclarés, les prix fournis par la distribution, on peut estimer le marché total autour de 24 M€ TTC en 2001.

Ce marché est en augmentation de près de 2% (1,84%) entre 2000 et 2001 (sur la base des CA des principaux fabricants et importateurs). Cette augmentation devrait se poursuivre à l'avenir compte tenu du vieillissement de la population et de la politique de maintien à domicile mis en place.

* Ce marché se répartit en France entre les établissements et le domicile. Selon le matériel considéré, la répartition entre ces deux secteurs est très variable.

Selon la pondération prise pour la répartition entre le domicile et les établissements, **le marché de ces équipements sanitaires à domicile peut être évalué actuellement autour de 15 M€ TTC.** Le marché des brosses, éponges, peignes à long manche (moins de 0,07M€)

n'est volontairement pas individualisé compte tenu du niveau faible des prix unitaires et des volumes réduits de ce marché qui le fait entrer dans la marge d'erreur du coût calculé sur les équipements sanitaires.

* Les chaises garde robe et les coquilles pour bain sont, pour certains modèles, inscrites sous forme générique dans la LPP ne laissant aucun reste à charge pour les patients pour certains modèles..

Pour connaître le coût pour l'assurance maladie de ces deux produits, une approche peut être faite à partir des volumes vendus en 2001 déclarés par les industriels, des tarifs de la LPP et des taux de prise en charge.

Sur ces bases, **le coût pour l'assurance maladie pour ces deux produits correspond à environ 6M€**

e) Les aides à l'habillement :

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

* Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP et leur taux de TVA est de 19,6%.

* Ces produits sont vendus par des sociétés et des associations de patients : les principaux intervenants sur ce secteur sont : Association Valentin Haüy, Dupont, Herdegen, TACM .

* Ces produits sont vendus par correspondance, dans des magasins de matériels médicaux et dans des associations.

* Ce marché est anecdotique compte tenu des volumes et du niveau des prix de vente .

Bien que difficile à apprécier précisément, **le marché peut être évalué autour de 0,5M€TTC.**

Le montant des aides à l'hygiène et aux soins corporels peut donc être estimé à :

	Coût total domicile	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de lignes de la LPP	Nombre de produits pris en charge LPP	Nombre de produits concernés
Produits absorbants	170M€	0	170M€	0	0	150
Produits absorbants non	182M€	143M€	39M€	37	810	810
Produits pour stomisés				24	1440	1440
Equipements sanitaires	15M€	6M€	9M€	0	0	254
Aide à l'habillement	0,5M€	0	0,5M€	0	0	48
TOTAL	367,5M€	149M€	218,5M€	61	2250	2428

2) Les aides à la mobilité

Elles se décomposent en :

Aides aux déplacements :

VHP

Aides à la marche :

Cannes,

Béquilles,

Déambulateurs,

Rollators,

Cadres de marche

Coques talonnières

Chaussures orthopédiques sur mesure, chaussures thérapeutiques de série et chaussures destinées à recevoir des appareils de marche

Orthèses et prothèses externes sur mesure

Aides au transfert

Soulève personnes et sangles

Aides à la préhension et à la manipulation :

pincés à long manche

tourne page

a) Les aides aux déplacements :

Concernent :

Les fauteuils roulants : manuels, électriques, verticalisateurs, et les fauteuils roulants à pousser,

Les dispositifs à propulsion électriques ou de facilitation,

Les fauteuils roulants à pousser

Les poussettes,

Les tricycles,

Les scooters.

* Ces produits sont des dispositifs médicaux marqués CE.

Ils sont, en dehors des scooters, inscrits dans la LPP sous description générique avec nécessité d'un contrôle de conformité à des caractéristiques techniques (cahier des charges).

Le taux de TVA des VHP inscrits dans la LPP est de 5,5% pour l'achat et de 19,6% pour la location prévue pour les fauteuils roulants seulement.

* Les principales sociétés (fabricants et importateurs de produits étrangers) sur ce marché sont : Averich, Créé, Dupont, IDC, Invacare, LCD Concept, Meyra, Mobitec, Ottobock, Permobilier, Sunrise (marques Sopur, Quikie...), Vilgo, Vermeiren, Rupiani.

Trois sociétés représentent 80% du marché des fauteuils roulants. Beaucoup de ces sociétés sont sur des niches, pour certaines très innovantes.

* 53% en volumes et 68% en CA des fauteuils roulants manuels et électriques sont distribués par des prestataires de service (surtout des fauteuils électriques). Les autres distributeurs sont les officines (qui vendent 70% des fauteuils manuels de base) et les ambulanciers.

* Selon les sources, les données concernant ce marché varient beaucoup. Une estimation du marché a donc été réalisée à partir des données fournies par un échantillon de fabricants représentant près de 90% des ventes.

* Le marché « fabricants » des VHP peut être évalué à environ 70M€HT en 2001 pour près de 90 000 unités. Ce marché est en progression régulière, depuis 5 ans, il a augmenté en volumes de l'ordre de 8%.

Les VHP pour les collectivités représentent près de 5% du volume total soit environ 4000 unités essentiellement des fauteuils roulants standards.

Le marché total en volumes se décompose ainsi : fauteuils roulants manuels standards (49,5%), fauteuils roulants manuels actifs(42,2%), fauteuils roulants sportifs (0,5%), fauteuils roulants électriques intérieurs (4,9%), fauteuils roulants électriques extérieurs (1,8%), fauteuils roulants verticalisateurs (0,1%), poussettes et tricycles (1%).

En prenant en compte l'estimation selon laquelle sur le CA total « fabricant », 1/3 du CA des fauteuils manuels (essentiellement des fauteuils de base en acier) est destiné à des véhicules vendus aux collectivités et aux prestataires pour la location, **ce secteur représente, distribution incluse, un marché situé autour de 166M€TTC.**

Ce marché devrait augmenter avec le vieillissement de la population.

* Les VHP auraient représenté **102M€** (65M€ pour l'achat et 37M€ à la location) **comme coût pour l'assurance maladie en 2001.**

* Si les fauteuils roulants manuels standards ont un prix de vente public égal au tarif de la LPP, un écart peut exister entre les prix et les tarifs pour certains véhicules.

Cet écart est surtout important pour les fauteuils électriques extérieurs (rapport de 1 à 2), les fauteuils verticalisateurs (rapport pouvant aller de 1 à 4 pour les fauteuils à propulsion et verticalisation électriques) et les fauteuils manuels actifs (rapport de 1 à 4,5). Il est très difficile compte tenu de la liberté des prix et des marges de ces produits d'évaluer le coût que représenterait pour chaque classe de produits une prise en charge totale par la LPP, cependant, la part laissée à la charge des personnes peut être estimée à près de 64M€

* D'après le syndicat des prestataires, dans 80% des cas, les sommes laissées à la charge des patients sont pris en charge par les mutuelles complémentaires. Dans les cas restant la prise en charge est assurée par d'autres financeurs (prestations extralégales, conseil général, CCAS...) ou reste à charge pour le patient.

b) Les aides à la marche et au maintien

- Cannes,
- Béquilles,
- Déambulateurs,
- Rollators,
- Appareil de soutien partiel,
- Appareil modulaire de verticalisation,
- Cadres de marche
- Coques talonnières
- Chaussures orthopédiques sur mesure, chaussures thérapeutiques de série et chaussures destinées à recevoir des appareils de marche
- Orthèses et prothèses externes sur mesure (GAO)

* Ces produits sont des dispositifs médicaux. L'essentiel de ces aides est inscrit dans la LPP. Le taux de TVA applicable est de 19,6% sauf pour les chaussures orthopédiques, les orthèses et les prothèses externes sur mesure dont le taux de TVA est de 5,5%.

* *Le marché des appareils de soutien partiel et des appareils modulaires de verticalisation* étant peu important, il ne sera pas développé ici car il est considéré comme entrant dans la marge d'erreur de ce groupe d'aides.

* *Le marché des cannes, béquilles, déambulateurs, rollators, cadres de marche :*

Les principales sociétés (fabricants et importateurs) de ce secteur sont : B&B, Dupont, Herdegen, Polyet, Protéor, Sunrise, Invacare.

La distribution est assurée essentiellement par les officines puis les magasins de matériels médicaux, les ambulanciers et à un moindre part par correspondance.

A partir des volumes et des prix déclarés, **le marché peut être estimé à environ 25M€TTC (distribution incluse).**

Bien que les prix soient libres, dans la majorité des cas, il ne reste pas de somme à la charge des patients pour les produits de base mais, il existe des décrochages pour les produits plus sophistiqués.

Les coûts pour l'assurance maladie peuvent être estimés en 2001 à environ 18M€

* *Les chaussures orthopédiques sur mesure*

Ces produits sont fabriqués par des podos orthésistes (au nombre de 160) qui sont des sociétés artisanales.

Le marché de ces produits correspond à peu près aux coûts pour l'assurance maladie dans la mesure où les prix sont réglementés, **soit 56M€TTC.**

Les sommes laissées à la charge des patients restent exceptionnelles, sauf exigence particulière de la personne.

* *Le marché des chaussures thérapeutiques de série et les chaussures destinées à recevoir des appareils de marche* est faible au regard du marché des chaussures orthopédiques et entre dans la marge d'erreur de ce groupe d'aides.

* *Les orthèses et prothèses externes sur mesure (GAO)*

Ces produits sont fabriqués par des orthoprothésistes (au nombre de 150) qui sont dans la grande majorité des cas des sociétés artisanales.

Les prix sont réglementés, pour les produits pris en charge il ne doit pas y avoir de sommes à la charge des patients. Certains produits ne sont pas pris en charge

Le marché de ces produits correspond en 2001, à 114M€TTC.

Les coûts pour l'assurance maladie sont en 2001, de 97M€

L'écart de 17 M€ représente les coûts à la charge des patients pour des produits non inscrits qui peuvent éventuellement relever de la fonction aide à l'intégrité corporelle (gants, revêtements esthétiques de prothèses externes ...). Faute de connaître le montant qu'ils représentent dans les 17 M€ et par simplification, l'intégralité de ce montant est laissé dans les aides à la mobilité.

Au total, les aides à la marche représente un marché de 195M€, le coût pour l'assurance maladie est 171M€

c) Aides au transfert

L'essentiel de ces aides est représenté par les soulèvements personnes et les sangles, les plaques tournantes de transfert étant marginales.

* Les lève-personnes sont des dispositifs médicaux. Ils sont inscrits dans la LPP à la location. Le taux de TVA applicable est donc de 19,6%.

* Parmi les sociétés de ce secteur on peut citer : Dupont, Invacare, France Reval, Profil d'Arjo équipement, Poyet, Praxis, Vilgo.

* Il est très difficile d'évaluer le coût de ce marché compte tenu des inconnues qui existent entre les volumes vendus, les CA des industriels et le nombre de semaines de location facturé (comme le prévoit la LPP) ;

Par ailleurs, les données agglomérées de la CNAMTS ne permettent pas d'évaluer le coût pour l'assurance maladie.

On peut cependant à partir des données disponibles estimer **le coût de ce secteur autour de 3,5M€TTC.**

Le coût pour l'assurance maladie est autour de 3M€

Le reste à charge peut être important pour les sangles les plus sophistiquées.

d) Aides à la préhension et à la manipulation :

L'essentiel de ce marché est représenté par les pinces à long manche et à un moindre degré, les tourne pages.

* Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux et ne sont pas inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 19,6%.

* Parmi les sociétés (fabricants et importateurs) concernées on peut citer : Créé, Dupont, Invacare, TACM.

Les volumes vendus et les prix faibles rendent ce marché très marginal **de l'ordre 1 M€TTC.**

Le montant des aides à la mobilité peut donc être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits pris en charge LPP	Nombre de produits concernés
Aides au déplacement	166	102	64M€	24	308	308
Aides à la marche	195	171	24M€	7	1520	1600
Aides au transfert	3,5M€	3M€	0,5M€	3	5	68
Aides à la préhension	1 M€	0	1 M€	0	0	50
TOTAL	365,5M€	276M€	89,5M€	34	1833	2026

3) Les aides au repos et au maintien à domicile.

Elles concernent :

- Cerceaux pour lit,
- Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux pour polyhandicapés,
- Fauteuils releveurs,
- Lits médicaux,
- Matelas simples pour lits,
- Matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres,
- Coussins de décharge des talons, genoux et coudes,
- Tables de lit
- Sièges coquilles et siège de série modulable.

* La plupart de ces produits sont des dispositifs médicaux inscrits dans la LPP (pas les tables de lit, ni les fauteuils releveurs). Le taux de TVA est de 19,6%.

* Parmi les sociétés concernées par ce groupe de produits, on peut citer notamment : ABC, Askle, DTF, Dupont, Carpenter, Coram, Escarius, EATAH, Herdegen, Hill Rom, Invacare, Kle industrie, M CM, Peters, Pharma Ouest, Poyet, Praxis, Recticel, Roho, System, TACM, Tempur, Tramico Treca Dunlopillo, Vilgo.

* Le marché des fauteuils releveurs et des tables de lits peut être évalué à près de **6M€TTC** à domicile. Le coût est supporté par les patients.

* Le marché des sièges coquilles et sièges de série modulable et le coût pour l'assurance maladie peuvent être estimés à **5 M€TTC**. Le reste à charge est faible de l'ordre de 0,3M€, certaines marques ayant un prix identique au tarif.

* Le marché des lits (31000 unités en 2001), cerceaux, potence, matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres peut être estimé à près de **220M€TTC**.

S'il n'y a pas généralement de reste à charge pour les lits et leurs accessoires, il n'en est pas de même pour certains matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres particulièrement destinés aux grands handicapés moteurs.

Le coût pour l'assurance maladie de ces produits peut être estimé à 217M€

Au total, le montant des aides au repos et au maintien à domicile peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits pris en charge LPP	Nombre de produits concernés
Fauteuils releveurs, tables de lit	6M€	0	6M€	0	0	15
Sièges coquille	5M€	4,7M€	0,3	3	30	30
Lits matelas et accessoires	220M€	217	3M€	144	198	200
TOTAL	231M€	221,7M€	9,3M€	147	228	245

4) Les aides aux fonctions sensorielles

Elles se décomposent en :

a) Les aides pour déficients visuels

- lunettes (verres de correction et montures)
- lentilles de contacts,
- aides visuelles pour amblyopes télescopiques et microscopiques,
- loupes
- téléagrandisseurs,
- vidéoloupes connexion TV,
- réveils
- montres parlantes
- montres en braille

b) Les aides pour déficients auditifs :

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

c) Les aides à la parole et à la voix :

- prothèses vocales

a) Les aides pour déficients visuels :

On peut distinguer

- les produits d'optique : lunettes (verres, montures), les lentilles de contact.
- les aides optiques pour basse vision : systèmes microscopiques et télescopiques pour vision de près ou de loin, électroniques ou non : loupes, téléagrandisseurs.

- Les produits d'optique : lunettes (verres correcteurs, montures), lentilles de contact.

Ils sont inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 19,6%.

Les principales entreprises sont : Essilor, BBGR, l'AMY, AO ouest Optique, Jobin Yvon, Luxury Eyewear, Logo, Cebe, Airss, Bolle, Mikli diffusion, Thales Angenieux .

En 2001, le CAHT fabricants est de 387M€ pour les verres de lunettes et de contact et de 259M€ pour les montures.

Les marges de distribution comprennent les marges de commercialisation et le coût de l'adaptation des verres correcteurs. **Le CA de ce secteur à la distribution est estimé à environ 3Md€TTC** en augmentation de 2% par an se décomposant en 1,84M€ pour les verres correcteurs (22M d'unités), 730M€ de montures, 200M€ de lentilles de contact.

- Les aides optiques pour basse vision : loupes, téléagrandisseurs....

Ils sont inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 5,5%.

Les principales entreprises sont : Axos, Ceciaa, Eschenbach, Essilor, Lenoptic, technibraille, Telesensory.

A partir du CA des fabricants de ces produits on peut évaluer **le montant de ce marché à la distribution autour de 20Md€TTC** .

Ces produits sont distribués par des opticiens (au nombre de 8000 points de vente) et pour les aides optiques par des importateurs-distributeurs.

Les coûts pour l'assurance maladie sont pour les produits d'optique de 174M€ (représentant 5,8% des dépenses) et de 3M€ pour les aides optiques vision basse.

La part prise en charge par l'assurance maladie pour les aides au déficients visuels est estimée à 177M€

Le marché des aides pour déficients visuels peut être estimé à 3,020Md€ TTC.

b) Les aides auditives :

Elles concernent les appareils électroniques de surdité ou audioprothèses et les matériels d'aide auditive, voire les implants cochléaires.

** Les audioprothèses :*

Ces produits sont des dispositifs médicaux inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 5,5%.

Sur les 28 marques commercialisées sept représentent près de 70% du marché en volumes. Ces marques sont commercialisées par 17 sociétés, on peut citer : Acourex, API, Audiomédi, Beltone, Biotone, Entific Medical Systems, Gn Resound, Intrason, IsoSonic, Newson, Philips, Phonak, Production Jouve, Prodition, Sarffa, Siemens, Starkey.

La distribution est assurée par 1700 audioprothésistes.

280 000 appareils ont été vendus en 2001 ce qui représente plus de 600 modèles (dont 523 inscrits pour les enfants). Les prix TTC varient de 760 à 1140€ pour les appareils analogiques et de 1370 à 1830€ pour les numériques.

En France, 70% sont des numériques, 40% des analogiques programmables ou non. Les contours représentent 60% du marché contre 40% pour les intra auriculaires.

La prise en charge est intégrale jusqu'à l'âge de 20 ans. Au delà de 20 ans, le tarif de la LPP est de 199,71€ le reste à charge est en moyenne de 1100€ TTC.

Le CA à la distribution du secteur est évalué à 381M€ TTC (appareils et accessoires) dont 351M€ pour les appareils eux-mêmes.

En 2001, le coût pour l'assurance maladie est estimé à 51M€

** Les implants cochléaires :*

Ce sont des dispositifs médicaux. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP car entrent dans le budget global des établissements soumis à la dotation globale de fonctionnement abondé par un financement spécifique pour les produits innovants. Leur taux de TVA est de 5,5%.

La partie implantable n'entre pas dans le champ des aides techniques, seule la partie externe (boîtier) et le consommable (piles, antenne...) correspondant à une audioprothèse, renouvelable régulièrement en font partie.

Le marché de ce secteur est évalué à 4M€ TTC.

c) Les aides à la parole et à la voix

- prothèses vocales

Ces produits sont distribués par les associations de laryngectomisés et des magasins très spécialisés.

Nous ne développerons pas ce point car ce marché est très confidentiel (quelques dizaines d'unités par an) et entre dans la marge d'erreurs de l'ensemble des aides sensorielles.

Au total, le montant des aides sensorielles peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits pris en charge LPP	Nombre de produits concernés
Aides pour déficients visuels	3 020M€	177M€	2843M€	30	Milliers de produits	Milliers de produits
Aides pour déficients auditifs	385M€	51M€	334M€	523	Plus de 600	Plus de 600
Aides à la parole	0	0	0	1	2	2
Total	3 405M€	228M€	3 177M€	553	Milliers de produits	Milliers de produits

5) Les aides à la communication

Elles concernent :

- machines à lire, machines à parler
- abécédaires
- logiciels adaptés
- tablettes et poinçons
- téléphones adaptables
- synthétiseurs vocaux,
- agendas et blocs notes parlants,
- imprimantes braille,
- calculatrices à systèmes vocaux,
- systèmes grossissants de télévision à circuit fermé,
- matériels informatiques et interfaces spécifiques,
- machines à taper en braille,
- photocopies en braille,
- tablettes et poinçons,
- téléphones avec boucles d'induction, avec flash intégré.
- CASATES (communication, audition, sociale, autonomie, travailler, éducation): inductions magnétiques infrarouges, amplificateurs, système FM avec un émetteur

Ces produits ne sont pas inscrits à la LPP

Le taux de TVA applicable à ces produits est de 5,5% sauf pour les ordinateurs dont le taux est de 19,6%. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP.

** Les matériels pour déficients visuels :*

Les sociétés sur le secteur des appareils informatiques sont : Alphabaille, Ceciaa, Eurobraille, Etex, Itack, Technibraille...

Le marché des appareils informatiques est estimé à environ **16M€TTC**, non pris en charge.

Les intervenants sur le secteur des appareils non informatiques sont essentiellement : Itack et l'association AVH.

Le marché des appareils non informatiques est estimé autour de **1,07M€TTC**.

** Les matériels pour déficients auditifs :*

Les principales sociétés sur ce secteur sont : Nokia, SMS, Siemens, Phonak, Widex, Prodition...

Le marché actuel peut être estimé à environ **3M€TTC**.

** Les matériels les déficients moteurs :*

Les principales sociétés sur ce secteur sont : Proteor, Créé, Vocalisis, Domosanté plus, Supléance, DMI, JPR, et Handiservice.

Le marché actuel peut être estimé à environ **3M€TTC**.

Le montant du marché des aides à la communication peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits pris en charge LPP	Nombre de produits concernés
Total	23M€	0	23M€	0	0	172

6) Les aides aux tâches domestiques

Elles concernent :

- Couteaux, fourchettes adaptés
- Mesures à doser
- Rebords d'assiettes
- Balances parlantes
- Fours parlants
- Machines à manger
- Plaques de cuisson parlantes

* Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP, sauf les couteaux, fourchettes pliants.

Leur taux de TVA est de 19,6% .

* **Le marché** de ces produits vendu par plusieurs sociétés dont : Dupont, TACM, l'association Valentin Haüy et Itack, **peut être évalué à 0,5M€**

Le coût pour l'assurance maladie peut être estimé à 0,15M€

Le montant des aides aux tâches domestiques peut être évalué à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produit s pris en charge LPP	Nombre de produit s concern és
TOTAL	0,5M€	0,15M€	0,35M€	1	2	103

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

Elles concernent :

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

* Ces produits sont des dispositifs médicaux et sont pris en charge à l'exception des gants et revêtements pour prothèses externes.

Leur taux de TVA est de 5,5% sauf pour les prothèses mammaires externes et les postiches.

* *Les prothèses oculaires* (au nombre de 8692 en 2001) sont fabriquées sur mesure par 30 sociétés artisanales pour **un CA de 6,3M€TTC**.

Les prothèses faciales sont fabriquées par des « épithésistes » et certains ocularistes. Le marché de ces prothèses est difficile à définir. **Il peut être estimé à environ de 2M€TTC**.

Pour ces deux produits, le coût pour l'assurance maladie peut être évalué à 8,3 M€

* *Les prothèses mammaires externes*

Parmi les sociétés concernées on peut citer : Amoena France, Anita Dr Helbig GMBH, Europrotex, Thamert France SA.

Le marché représente un montant de 6,6M€TTC.

Le coût pour l'assurance maladie peut être estimé à 3,4M€

Sur l'ensemble des produits il reste à la charge des patientes entre 11% et 65,5% du prix de vente selon les modèles.

* *Les postiches :*

Les produits pouvant être utilisés par des usagers non malades pour des raisons esthétiques et des malades, il est très difficile d'apprécier les volumes remboursables.

Cependant, **ce marché peut être estimé à 14M€TTC** en prenant en compte 50% de postiche en cheveux synthétiques et 50% en cheveux naturels.

Le coût pour l'assurance maladie peut être estimé autour de 4M€

* *Les gants et revêtements pour prothèses externes .*

Leur montant peut être considéré comme négligeable et n'est pas individualisé ici. Il est comptabilisé dans le reste à charge des orthèses et prothèses externes des aides à la mobilité .

Le montant des aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits concernés LPP / sur le marché
TOTAL	29M€	15,7M€	13,3M€	11	Indéterminable (sur mesure)

8) Les aides à la cohérence

Elles concernent :

- cannes blanches,
- casques de protection,
- systèmes d'alarme et de surveillance sonores, lumineux et vibrants ...
- pendentifs radar ou casquettes radar,
- systèmes de localisation (GPS),
- pictogrammes.

* Pour la plupart, ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP sauf la canne blanche et les casques de protection.

En dehors de la canne blanche, et les casques de protection (taux de TVA 5,5%), le taux de TVA de ces produits est à 19,6%.

* Parmi les intervenants de ce secteur on peut citer : Proteor, TACM et l'association Valentin Haüy.

* *Le marché des systèmes d'alarmes spécifiques, des pictogrammes, des pendentifs radar et système de localisation GPS est actuellement très faible car certains de ces produits arrivent juste sur le marché.*

* *Le marché des cannes blanches et des casques de protection représente actuellement **un marché de près de 1M€***

On peut estimer le coût pour l'assurance maladie de ces deux produits à 0,007M€

* *Les produits de la vie quotidienne :*

On y classe notamment : les réveils parlants et vibrants, les montres parlantes et vibrantes, les montres en braille....

Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux et ne sont pas inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 19,6%.

Le marché de ces produits vendus essentiellement par la société Itack, l'association Valentin Haüy est évalué à **1,5M€TTC**.

Le montant des aides à la cohérence est estimé à :

	Coût total domicile	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits concernés
TOTAL	2,5M€	0M€	2,5M€	0	36

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

Elles concernent :

- mappemondes en braille,
- ballons de sport à grelots,
- livres en braille
- jeux adaptés
- jeux d'éveil, outils multisensoriels

* Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux. Ils ne sont pas inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est de 19,6%.

Les matériels pour déficients visuels sont commercialisés essentiellement par l'association Valentin Haüy. **Le marché peut être évalué autour de 0,38M€TTC.**

* En ce qui concerne les produits pour déficients mentaux, il s'agit de jeux qui peuvent être considérés comme des outils pédagogiques.

Deux sociétés sont sur ce secteur, elles sont étrangères : Rompas et Barry Emons b.v.

Ces produits sont distribués par de rares sociétés, notamment : TFH, Daillot .

Ils sont destinés à plus de 90% aux collectivités et aux établissements (IME, maisons spécialisées...). **Le CA de ce secteur peut être estimé à 0,02M€TTC.**

Le montant des aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs peut être estimé à :

	Coût total domicile	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits concernés
TOTAL	0,5M€	0	0,5M€	0	NR

10) Aides techniques à l'aménagement des véhicules.

Elles concernent :

- Volants adaptés, sièges de voiture adapté
- Systèmes pour entrer un VHP dans la voiture
- Aménagement de la conduite.

* Ces produits ne sont pas des dispositifs médicaux et ne sont pas inscrits dans la LPP. Leur taux de TVA est 5,5%.

* Parmi les sociétés de ce secteur, on peut citer notamment : Soderel, Ets Lenoir et les marques Pimas et Transfert.

* L'évaluation de ce marché est difficile à réaliser compte tenu des écarts existants selon les besoins (2300€ pour un siège de voiture adapté, 2000€ pour une télécommande ramenée au volant, de 3000 à 7500€ pour les systèmes pour entrer le VHP dans la voiture, et l'aménagement de la conduite et 122 000€ pour la conduite adaptée au tétraplégique)

La population concernée est l'adulte handicapé moteur actif. L'absence de données épidémiologiques fines rend l'évaluation du marché actuel impossible.

A partir des données de certains SVA, la préconisation de ce type d'aménagement est faible, **le marché actuel peut être estimé à 4M€TTC.**

Le montant de l'aménagement des véhicules peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits concernés
TOTAL	4M€	0	4M€	0	Au moins 56

11 - Aides techniques relevant de l'aménagement du logement (hors pose et bâti)

* Le marché français de l'équipement de salles de bain a atteint 14 560 unités en 2001 réparties en 5600 baignoires adaptées, 4950 chariots douches et 4010 sièges douches à hauteur variable en augmentation de 4,9% par rapport à 2000.

Ce marché est essentiellement réalisé en établissement (90%).

* Les équipements à la mobilité sont notamment : Rampe d'accès, franchisseur d'escalier, monte escalier, plan incliné, plateforme monte escalier, plate forme élévatrice.

Parmi les sociétés de ce secteur on peut citer : Thyssen Monolift, Derby Sopal, TACM, Vimec.

A partir des données du marché des systèmes d'élévation estimé à 4 730 unités en 2001, celui des monte-escaliers est de 3400 unités, celui des plate-formes élévatrices et des mini-ascenseurs de 1330 unités.

A titre indicatif, ce marché de 70M€ (hors pose) se partage entre les établissements et le domicile (qui est très faible).

* Les équipements de la cuisine ou de la chambre : Plan de travail réglable en hauteur, système de contrôle d'environnement à la voix.

Ce marché est difficile à apprécier compte tenu des écarts de coût (de 800 à 46 000 € hors robotique) et de la méconnaissance du nombre de personnes concernées.

A partir des données de certains SVA, la préconisation de ce type d'aménagement est faible, **le marché actuel peut être estimé à 3,5M€TTC.**

Le montant des aides à l'aménagement du logement (hors pose et bâti) peut être estimé à :

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de ligne de la LPP	Nombre de produits concernés
TOTAL	3,5M€	0	3,5M€	0	Au moins 34

Récapitulatif des montants selon les fonctions

	Coût total Domicile TTC	Coût actuel LPP	Reste à charge pour l'utilisateur	Nombre de produits LPP/ produits concernés
Aides à l'hygiène	367,5M€	149M€	218,5M€	2250/2428
Aides à la mobilité	365,5M€	276M€	89,5M€	1833/2026
Aides au repos et au maintien à domicile	231M€	221,7M€	9,3M€	228/245
Aides aux fonctions sensorielles	3 405M€	228M€	3177M€	Milliers de produits
Aides à la communication	23M€	0	23M€	0/172
Aides tâches domestiques	0,5M€	0,15M€	0,35M€	2/103
Aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique	29M€	15,7M€	13,3M€	indéterminable
Aides à la cohérence	2,5M€	0M€	2,5M€	0/36
Aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs	0,5M€	0	0,5M€	0/NR
Aides à l'aménagement des véhicules	4M€	0	4M€	Au moins 56
Aides à l'aménagement du logement (hors travaux et pose)	3,5M€	0	3,5M€	Au moins 34
TOTAL	4,432Md€	890,6M€ (20,1%)	3,541Md€	4313/5010 sur les fonctions où ces nombres sont chiffrables

Conclusion sur le marché du matériel d'aide à la vie relevant ou non de la LPP (3^{ème} partie paragraphe c).

Le coût total pour la collectivité correspondant au chiffre d'affaire de ce secteur est de **4,432Md€**

dont :

- **890,6M€** sont actuellement pris en charge par les prestations légales des caisses (LPP) (soit 20,1% du montant total des aides techniques), contrairement au 21,3Md€ couramment avancés (p.181 du rapport du sénateur BLANC)
- et **3,541Md€** restent à charge.

C'est sur cette somme restante que se penche la collectivité par le biais de différents organismes (prestations extralégales des caisses, mutuelles en légal et extralégal, Conseils généraux, CCAS, fond de compensation de l'Etat, CAF, AGEFIPH, Handiscol, ANAH, ALGI, DDE ou prestations (APA, CDES...). Une grande partie de cette somme restante est donc actuellement comblée selon notre étude faite à partir de sites de vie autonome, pour les aides techniques à hauteur de 95%, pour l'aménagement du logement à hauteur 77%. Il ne

reste qu'une petite part aux familles mais toujours au prix d'une quête des financeurs (5% pour les aides techniques, 23% pour les aménagements du logement)

Une analyse des coûts des aides techniques par fonction, montre que trois postes représentant l'essentiel des coûts de ce marché (80%) et du reste à charge pour les familles (93%), sont :

En M€	Coût total TTC	Coût hors LPP ou reste à charge pour l'utilisateur, sans prise en compte d'autres financements
1 - Optique (lunettes verres de contact),	3Md€	2823M€
2 - Audioprothèses	381M€	330M€
3 - Produits absorbants	170M€	170M€

Compte tenu du coût de l'optique et du fait que toute personne un jour ou l'autre devra porter des lunettes sans être réellement un handicapé, il nous a paru nécessaire de faire sortir de la réflexion, les coûts liés à l'optique (lunettes, verres de contact).

Ainsi :

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

- le marché des aides techniques peut être évalué à **1,432Md€**
- la part prise en charge par la LPP peut être évaluée à **717M€** (soit 50,2% du marché).
- la somme restante est donc de **715M€**.

Une amélioration de la prise en charge des aides techniques et l'évolution technologique devraient entraîner une ouverture de ce marché.

C'est ce coût potentiel que nous allons chercher à évaluer dans le chapitre suivant.

II) Approche prospective des coûts

Les conséquences d'une amélioration de la prise en charge des aides techniques, en fonction de la solvabilisation des personnes, sont difficilement quantifiables globalement.

Devant l'impossibilité de dégager un taux d'évolution global sur l'ensemble du marché, l'approche a donc été réalisée par groupe de produits selon les fonctions.

Cette présentation de l'évolution du marché par secteur a été réalisée :

- à partir des données que les industriels et les professionnels de terrain nous ont fournies au cours de nos différents entretiens,
- par comparaison avec les données du marché allemand (où les aides techniques sont gratuites) ou scandinave qui nous ont été fournies, nous les avons pondérées en fonction du ratio de la population. Nous sommes bien conscients qu'il existe une différence de culture et d'approche du « handicap » entre ces pays et le nôtre,
- en fonction de l'épidémiologie prenant en compte le vieillissement de la population.

Le comportement des personnes handicapées vis à vis de la possibilité qu'elles auront d'acheter l'aide technique et l'éventuelle baisse de prix des produits si le marché s'ouvrait, entraînent des incertitudes.

Nous avons effectué un chiffrage du marché en 2007.

1) Pour les aides à l'hygiène et aux soins corporels :

* Les produits absorbants (couches) évoluent de 7% par an en volume mais les prix des produits existants restent stables. Des produits nouveaux plus chers arrivent sur le marché et entraîneront donc une augmentation du coût moyen.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à de 271M€TTC (2007)

* Les produits non absorbants (poches de recueil, sondes d'autosondage, étuis péniens) évoluent de 17,6% en volumes et de 9,1% par an en CA. On peut penser que le taux d'évolution actuellement important de certains de ces produits (étuis péniens) diminuera au profit des produits absorbants s'ils sont pris en charge.

Les produits pour stomisés évoluent de 0,3% par an en CA.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse), pour ces deux types de produits, à 349M€TTC.

* Les équipements sanitaires vont évoluer car les besoins ne sont pas actuellement satisfaits. Nous nous sommes basés sur le marché allemand actuel, pour évaluer le montant du marché à 82,6M€ Cette hausse portera essentiellement sur le marché des sièges élévateurs de bain (x 40), celui des barres d'appui (x 15), celui des chaises garde robe (x 6).

* Les aides à l'habillement vont évoluer du fait des besoins non satisfaits et du vieillissement de la population.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 0,34M€TTC.

Au total, le montant du marché serait de l'ordre de 700M€TTC (contre 364 M € actuellement).

2) Pour les aides à la mobilité :

* Les aides au déplacement devraient augmenter, en volume, du fait du vieillissement de la population et en CA du fait du transfert des achats vers des VHP plus sophistiqués.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 240M€TTC.

* Les aides à la marche vont évoluer car les besoins ne sont pas actuellement satisfaits. Nous nous sommes basés sur le marché allemand actuel, pour évaluer le montant du marché à 33,6M€TTC portant essentiellement sur les rollators (x3,6), les cadres de marche (x 8) .

* Les chaussures orthopédiques et les orthèses, prothèses externes sur mesure devraient augmenter légèrement .

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 187,6M€TTC.

* Les aides au transfert, du fait du vieillissement de la population, du maintien à domicile et de l'amélioration des matériels les rendant plus adaptés au domicile, devrait augmenter légèrement.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 32M€TTC.

* Les aides à la préhension, pour les mêmes raisons, devrait augmenter légèrement.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 1,04M€TTC.

Au total le montant du marché des aides à la mobilité serait de l'ordre 495M€TTC (contre 365,33M€).

3) Pour les aides au repos et au maintien :

* Les fauteuils releveurs ne compensant pas les besoins actuels du fait du vieillissement de la population devrait augmenter de façon importante.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 12,07M€TTC.

* Les sièges coquille, pour les mêmes raisons que précédemment, devraient augmenter dans des proportions voisines.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 8M€TTC.

* Les lits et matelas et accessoires pour les mêmes raisons que précédemment, devraient augmenter dans des proportions voisines.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 280,78M€TTC.

Au total le montant du marché des aides au repos et au maintien serait de l'ordre 300M€TTC (contre 230,96M€).

4) Pour les aides aux fonctions sensorielles :

* Les produits d'optique (lunettes, lentilles de contact) augmenteront légèrement

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 3,31Md€TTC,

* Les aides optiques (loupes, téléagrandisseurs) sanitaires devraient évoluer car les besoins ne sont pas actuellement satisfaits. Nous nous sommes basés sur le marché allemand actuel, pour évaluer le montant du marché à 60M€TTC.

* Les audioprothèses ne couvrent pas les besoins actuels. Nous nous sommes basés sur le taux d'appareillage des danois.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 762M€TTC.

Au total le montant du marché des aides aux fonctions sensorielles serait de l'ordre 4,130Md€TTC(contre 3,405Md€).

5) Pour les aides à la communication :

Les aides à la communication pour les différentes déficiences : visuelles, auditives et motrices (informatique, contrôle d'environnement, amplificateurs Système FM, matériels braille...) ne compensant pas les besoins actuels, devraient augmenter considérablement.

Nous nous sommes basés sur plusieurs données étrangères.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 55,7M€TTC.

Au total, le montant du marché des aides à la communication serait de l'ordre de 55M€TTC (contre 22,71M€).

6) Pour les aides aux tâches domestiques :

Du fait de l'arrivée de nouveaux produits sur le marché et des besoins non satisfaits de la population, nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 1M€TTC.

Au total, le montant du marché des aides aux tâches domestiques serait de l'ordre de 1M€TTC (contre 0,41M€).

7) Pour les aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique :

* Ces aides (prothèses oculaires, faciales, prothèses mammaires, postiches...) devraient augmenter légèrement .

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 31,44M€TTC .

Au total, le montant du marché des aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique serait de l'ordre de 30M€TTC (contre 28,39M€).

8) Pour les aides à la cohérence :

* De nouveaux produits arrivent sur le marché pour améliorer l'orientation et la sécurité.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 72M€TTC.

* Les cannes blanches et les casques de protection devraient augmenter légèrement .

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 1,04M€TTC.

* Les produits de la vie quotidienne (matériels sonores et vibrant) devraient augmenter légèrement .

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 1,5M€TTC.

Au total le montant du marché des aides à la cohérence serait de l'ordre de 75M€TTC (contre 2,18M€).

9) Pour les aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs :

Ces aides devrait augmenter légèrement .

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 0,71M€TTC.

Au total le montant du marché des aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs serait de l'ordre de 1M€TTC (contre 0,34M€).

10) Pour les aides à l'aménagement du véhicule (hors pose et travaux) :

* Les besoins ne sont pas satisfaits. Sur la base des données épidémiologiques.

Nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 20M€TTC.

Au total le montant du marché de l'aménagement du véhicule (hors pose) serait de l'ordre de 20M€TTC (contre 4M€).

11) Pour les aides à l'aménagement du logement (hors pose et travaux) :

* Les besoins ne sont pas satisfaits. Sur la base des données épidémiologiques, nous évaluons le montant de ce marché (distribution incluse) à 25M€TTC.

Au total le montant du marché des aides techniques entrant dans le cadre de l'aménagement du logement (hors pose) serait de l'ordre de 25M€TTC (contre 3,54M€).

ESTIMATION DU COUT A 5 ANS

	2001	2007
	Coût total Domicile TTC	Coût total domicile à 5 ans
Optique		
Aides à l'hygiène	367,5M€	700M€
Aides à la mobilité	365,5M€	495M€
Aides au repos et au maintien à domicile	231M€	300M€
Aides aux fonctions sensorielles hors lunetterie	405M€	822M€
Aides à la communication	23M€	55€
Aides tâches domestiques	0,5M€	1M€
Aides à l'intégrité du corps et à l'esthétique	29M€	30M€
Aides à la cohérence	2,5M€	75M€
Aides à l'apprentissage, à la culture et aux loisirs	0,5M€	1M€
Aides à l'aménagement des véhicules	4 M€	20M€
Aides à l'aménagement du logement	3,5M€	25M€
TOTAL hors optique	1,432Md€	2,524Md€ + 77%
<i>Pour mémoire</i>		
Optique	3Md€	3,31Md€
TOTAL avec optique	4,432Md€	5,834Md€ + 31,8%

Hors optique (lunettes, lentilles de contact), **en 5 ans, l'évolution du marché des aides techniques « d'aide à la vie », en cas de solvabilisation des personnes devrait augmenter de 76% .**

Le coût de ce marché serait alors de l'ordre de 2,5Md€ (contre 1,4Md€actuellement).

**B/
LA REGLEMENTATION
ET SES LIMITES**

La réglementation applicable aux aides techniques

LA REGLEMENTATION APPLICABLE AUX AIDES TECHNIQUES

1) Réglementation applicable au stade de la recherche,

La validation clinique de l'utilisation d'un matériel et/ou de ses indications est soumise à des règles. Toute recherche, tout essai ou expérimentation organisé, tout recueil systématisé de données cliniques sur l'utilisation d'un dispositif médical ou ses indications doit être réalisé en conformité avec les dispositions du livre II bis du code de la santé (loi Huriet-Sérusclat).

Le contexte dans lequel ces essais doivent être réalisés est défini par la réglementation qui différencie les recherches avec bénéfice direct individuel de celles sans bénéfice direct individuel.

Le promoteur de l'essai (c'est à dire toute personne physique ou morale qui prend l'initiative de la recherche) ainsi que l'investigateur (c'est à dire la personne physique à qui sont confiées la direction et la surveillance de la recherche) ont des obligations prévues par la réglementation.

Cette réglementation est applicable aux aides techniques notamment celles classées comme dispositifs médicaux, même si en pratique elle ne touche qu'un petit nombre de ces produits.

2) Réglementation applicable pour la mise sur le marché, le contrôle et la surveillance du marché (marquage CE, matériovigilance)

Le statut d'une aide technique dépend des revendications du fabricant. Il existe une certaine souplesse dans la présentation par l'industriel de la destination du produit entraînant son classement ou non parmi les dispositifs médicaux.

a) Certaines aides techniques sont classées dans les dispositifs médicaux (ex : VHP, cannes, béquilles, étuis péniens, poches pour stomisés, audioprothèses...)

La mise sur le marché de ces dispositifs médicaux relève alors des directives : 90/385/CEE relative aux dispositifs médicaux implantables actifs et 93/42/CEE relative aux autres dispositifs médicaux. Ces directives ont été transposées intégralement dans la loi 94-43 du 18 janvier 1994 (articles L.5211-1 et suivants et R 665-1 du code de la santé publique) et mises en œuvre en date du 14 juin 1998.

La définition du « dispositif médical » est fixée par l'art L 5211-1 du CSP : « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine ou tout autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé par l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue pas des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ».

Le code de la santé publique précise que les dispositifs médicaux sont destinés à être utilisés à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation de la maladie,
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap;

- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,
- de maîtrise de la conception.

Pour être mis sur le marché de l'Union européenne, ces dispositifs médicaux doivent disposer du marquage CE.

Le marquage CE correspond à une autorisation de mise sur le marché que le titulaire du marquage CE (fabricant ou importateur) appose lui-même sur son produit dès lors que ce dernier répond aux exigences essentielles de sécurité et à l'objectif du produit tel qu'il est annoncé par son fabricant.

L'apposition du marquage CE est réalisée sous la responsabilité du titulaire du marquage CE en terme de sécurité, de performances et des risques acceptables au regard des bénéfices apportés mais aussi par rapport à la conception et à la construction du produit.

Les dispositifs médicaux sont classés en 4 classes, selon leur destination et leur niveau de risque.

Les moyens utilisés pour apporter la preuve de l'innocuité et de l'efficacité du produit sont de plusieurs types (autocertification, assurance qualité de l'entreprise selon les normes EN 29 000, essais de type).

Ces moyens dépendent du niveau du risque représenté par le dispositif médical en cause et du choix du demandeur .

Les quatre classes sont par ordre croissant du risque

- a) classe I pour laquelle le marquage CE correspond à une autocertification du fabricant et un simple enregistrement auprès de l'AFSSAPS.
- b) classe IIA,
- a) classe IIB,
- b) classe III.

En dehors de quelques matériels appartenant à la classe IIA (ex : les audioprothèses), la majeure partie des aides techniques considérées comme dispositifs médicaux (ex : les cannes, les béquilles....) relèvent de la classe I.

Le titulaire du marquage CE ne dépose aucun dossier mais doit pouvoir fournir les preuves de la conformité de son produit aux exigences essentielles, en cas de demande de contrôle à posteriori.

Des organismes habilités (ex : G Med en France, Tüv en Allemagne) peuvent donner selon le niveau de risque du produit concerné un avis sur le dossier médico-technique présenté par l'industriel lorsque ce dernier a choisi ce mode de preuves.

Actuellement, le moyen choisi majoritairement par les demandeurs de marquage CE est l'assurance qualité de la société, les industriels préférant cette voie à celle de tests effectués sur les produits.

La conformité aux règles de sécurité peut être issue d'une « analyse de risques » réalisée par le titulaire du marquage CE.

Malgré un important travail de normalisation réalisé tant au niveau français (par l'AFNOR) qu'au niveau européen, peu de dispositifs médicaux sont totalement couverts par des normes sur tous les aspects (terminologies, définitions, procédures d'essais techniques ou cliniques, seuils techniques de sécurité). Pour un même produit le plus souvent plusieurs normes

s'ajoutent pour définir le produit et sa sécurité. Il en est de même pour les aides techniques (cf : annexe 9 : liste des normes existantes).

Par ailleurs, lorsque des normes existent, elles ne sont pas obligatoires.

Lorsqu'elles sont « harmonisées » au niveau européen, la conformité à ces normes « harmonisées » sert de présomption à la conformité aux exigences essentielles, mais elles ne sont pas non plus obligatoires puisque le fabricant peut choisir la voie de « l'analyse de risques ».

Les aides techniques sont soumises à la surveillance du marché réalisée par l'AFSSAPS et les services déconcentrés de la DGCCRF.

L'AFSSAPS effectue des contrôles, des inspections et des évaluations des produits.

Cependant, l'ensemble de la chaîne constituant le marché n'est pas totalement contrôlé dans la mesure où ce contrôle ne s'applique pas à la distribution.

* Enfin, les aides techniques sont soumises aux règles de la matériovigilance contrôlée par l'AFSSAPS. En cas d'incidents ou d'accidents survenant lors de l'utilisation d'un dispositif médical, toute personne (fabricants, utilisateurs ou tiers) en ayant eu connaissance doit en faire la déclaration sans délai, auprès du correspondant local de matériovigilance (hôpital, fabricant...) conformément à l'article R 165-5 du code de la santé publique. L'obligation de signalement à l'échelon central (AFSSAPS) dépend du degré de gravité de l'incident.

Chaque déclaration est classée en fonction d'un niveau de criticité et conduit à un traitement adapté à chacun des niveaux, le degré d'urgence étant variable.

b) En pratique peu d'aides techniques sont considérées comme des dispositifs médicaux.

Beaucoup sont des produits de consommation courante « grand public », pour lesquels les fabricants n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu les positionner comme dispositifs médicaux (ex : produits absorbants, couches, barres d'appui...).

Ces produits ne sont pas soumis au marquage CE.

Comme les produits de grande consommation, ces aides techniques doivent simplement être sûres lors d'un usage normal et doivent être étiquetées.

La sécurité de ces produits relève du code de la consommation (articles 221-3 à 5) qui énumère les conditions générales de mise sur le marché et les conditions de retrait des produits. Leur contrôle (livre II du code de la consommation) relève des seuls services de la DGCCRF.

Les interventions de la DGCCRF ont lieu sur plainte ou dénonciations des consommateurs. La DGCCRF peut en cas de danger déclaré, suspendre la commercialisation du produit pour une durée de 1 an.

c) Les aides techniques peuvent faire l'objet d'une certification ou d'un label de qualité

L'absence d'autorisation de mise sur le marché pour la plupart des aides techniques et leur classification en classe I et IIa pour celles considérées comme dispositifs médicaux suscitent des demandes de certification, de la part des industriels. Par ailleurs, certains professionnels et associations revendiquent une certification des produits pour assurer le contrôle de leur sécurité.

La marque NF est un label de qualité qui relève d'une démarche volontaire de la part du fabricant. La marque NF est basée soit sur des normes lorsqu'elles existent soit sur un cahier des charges élaboré entre un laboratoire de référence, les utilisateurs et les industriels.

La marque NF médical permet d'évaluer les produits à partir d'essais et d'évaluer le niveau de l'assurance qualité de l'entreprise. Il y a dans la marque NF un contrôle annuel des tests avec prélèvements de produits sur chaîne. La marque NF médical peut être apposée sur le conditionnement du produit après avis favorable du comité de pilotage relatif à la classe du produit concerné qui comprend des représentants des utilisateurs, de l'administration, de l'AFNOR, du laboratoire de référence et des industriels.

Rendre obligatoire une certification des aides techniques, comme ont pu sembler le souhaiter certains de nos interlocuteurs, même dans une procédure différente de celle de la mise sur le marché par le marquage CE serait considéré au niveau de l'Europe comme une contrainte supplémentaire au marquage CE (clause de sauvegarde).

En pratique, compte tenu du fait que la certification est une démarche volontaire des industriels et qu'elle induit un coût non négligeable pour eux, peu d'aides techniques font l'objet d'une certification, ce sont : les lits médicaux, les matelas et surmatelas des aides à la prévention des escarres, les lève-personnes.

La certification étant facultative, elle ne peut donc pas servir de règles de sécurité pour les produits ne relevant pas des dispositifs médicaux, et pas plus pour les aides techniques classées comme dispositifs médicaux.

Elle peut simplement être considérée comme un plus et servir comme argument de vente.

3) Réglementation applicable aux distributeurs d'aides techniques :

Les exigences et la réglementation applicables à la distribution des aides techniques sont confuses. Cette confusion s'explique par l'historique de la réglementation .

Actuellement, la situation peut se résumer ainsi :

- Les fournisseurs d'aides techniques, en dehors des professions réglementées dans le code de la santé publique, n'ont aucune obligation légale de formation ou de diplôme pour délivrer des aides techniques.
- Les professionnels dont la compétence et l'exercice relèvent du code de la santé publique (audioprothésistes, opticiens) n'ont pas l'obligation d'une formation complémentaire spécifique à la fourniture de l'ensemble des aides techniques disponibles sur le marché et relevant de leur spécialité (ex : l'opticien est formé à la délivrance des lunettes... mais pas à la délivrance de matériels informatiques ou de télé agrandisseurs pour les malvoyants ou aveugles).

Cependant, pour éviter des dépenses inconsidérées pour l'assurance maladie dues à une mauvaise adaptation du produit remboursé, c'est la réglementation de la prise en charge des prestations légales des caisses par le TIPS qui a tenté de combler le vide réglementaire existant, par le biais de « l'agrément » des fournisseurs.

Cette réglementation était incomplète et théoriquement limitée puisque n'importe quel professionnel pouvait délivrer des matériels même inscrits au TIPS dès lors qu'il n'y avait pas demande de remboursement. Cette réglementation a seulement permis de contenir des dérives.

Rappel historique de l'agrément :

- L'agrément était fourni par les caisses d'assurance maladie au professionnel qui s'installait et souhaitait une prise en charge des produits délivrés.
- Il s'appliquait aux fournisseurs d'appareils inscrits dans certains chapitres et titres du TIPS, essentiellement des aides techniques (chapitres 1, 5, 6 et 7 du titre II et titre IV).

Ces agréments faisaient références à des conventions types, signées entre les syndicats professionnels, les caisses nationales d'assurance maladie et le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre : ils devaient être ratifiés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces conventions pouvaient être :

- soit **obligatoires** prévus à l'article R 165-19 du code de la sécurité sociale (décret du 8 mai 1981) : aucune prise en charge de produits inscrits dans le chapitre du TIPS concernés ne pouvait avoir lieu si le fournisseur n'était pas agréé. Cette situation aboutissait à réglementer de fait l'exercice de la profession en question par le biais de la prise en charge du produit et conférait en pratique aux caisses d'assurance maladie le contrôle de l'exercice et de la compétence du professionnel concerné.
Elles concernent les ocularistes pour les prothèses oculaires (chapitre 5 du titre II), les podorthoésistes pour les chaussures orthopédiques (chapitre 5 du titre II) et les orthoprothésistes pour les orthèses et prothèses sur mesure du GAO (chapitre 7 du titre II). Cependant celle des ocularistes est particulière dans la mesure où la convention nationale n'a jamais été approuvée.
- Soit **facultatives de « tiers payants »** : le professionnel qui signait la convention disposait d'un avantage par rapport à ses concurrents en donnant à ses clients la possibilité de bénéficier de la dispense d'avance des frais.

Plusieurs conventions régissant les fournisseurs des aides techniques inscrites au TIPS existaient :

- la convention du 1^{er} octobre 1948, pour les orthésistes, fournisseurs d'orthèses externes de série dits « de petit appareillage » (chapitre 1 du titre II),
- la convention nationale *obligatoire* du 26 novembre 1972 prévoyant également le tiers payant pour les podorthoésistes, fournisseurs de chaussures orthopédiques sur mesure (chapitre 6 du titre II du TIPS),
- la convention nationale du 1^{er} octobre 1948 *obligatoire* prévoyant le tiers payant pour les orthoprothésistes, fournisseurs de prothèses et orthèses externes sur mesure (chapitre 7 du titre II du TIPS)
- la convention nationale approuvée du 13 janvier 1977, pour les fournisseurs de VHP (titre IV du TIPS),
- la convention type du 27 février 1992 pour les fournisseurs de produits du titre I du TIPS (aides à la vie : cannes béquilles... et loueurs de VHP),
- la convention type approuvée le 13 août 1992 pour les audioprothésistes (chapitre 3 du titre II du TIPS),

A noter que pour les opticiens (chapitre 2 du titre II du TIPS), faute d'approbation d'une convention type, une cinquantaine d'accords locaux de dispense d'avance des frais ont été signés avec les caisses d'assurance maladie.

Des arrêtés fixaient les conditions à remplir par le professionnel en vue de la délivrance des agréments :

- arrêté du 30 décembre 1985 pour les revendeurs et loueurs de VHP,
- arrêté du 30 décembre 1985 fixant les conditions d'installation et d'équipement des fournisseurs de « petit appareillage » orthopédique,
- arrêté du 6 avril 1990 pour les ocularistes (fournisseurs de prothèses oculaires),
- arrêté du 28 mai 1997 pour les fournisseurs d'orthoprothèses et chaussures orthopédiques.

Ces arrêtés fixant les conditions d'agrément faisaient référence, soit directement soit par l'intermédiaire d'arrêtés spécifiques, aux diplômes ou attestations de formation et aux locaux dont devaient disposer les fournisseurs de produits inscrits au TIPS en vue de leur agrément :

- * Arrêté du 26 décembre 1984 relatifs aux diplômes des fournisseurs d'orthoprothèses et de chaussures orthopédiques,
- * Arrêté du 23 janvier 1985 pour les fournisseurs de chaussures orthopédiques et grand appareillage orthopédiques (Orthèses et prothèses externes sur mesure),
- * Article 5 de l'arrêté du 30 décembre 1985 exigeant une formation auprès du CERAH pour la délivrance des VHP. Ce stage théorique et pratique de 48 heures sans prérequis de niveau d'études aboutit à la délivrance d'une attestation demandée par les caisses en vue de la prise en charge des VHP,
- * Arrêté du 21 juin 1994 qui fixait les critères de compétence nécessaire aux fournisseurs d'orthèses externes de série et définissait les écoles et les universités qui délivraient des diplômes reconnus par l'assurance maladie pour l'agrément de ces fournisseurs.

La décision du 5 mars 1993 du Conseil d'Etat annulant sans l'abroger, l'arrêté du 30 décembre 1985 au motif de l'absence de bases légales de ce texte, aurait dû bouleverser les bases des agréments délivrés par les caisses, puisque tous les arrêtés sus cités étaient fondés sur les mêmes bases juridiques (en dehors des ocularistes, des podopod orthésistes et des orthoprothésistes).

Cependant, le texte n'ayant pas été abrogé, les caisses ont continué à appliquer les arrêtés précités. Elles comblent ainsi le vide juridique existant sur les diplômes et l'exercice de ces distributeurs. Une grande confusion est née de cette situation.

Cette confusion demeure puisque malgré la décision du Conseil d'Etat et la réforme du TIPS, les caisses continuent à contrôler la capacité du professionnel à facturer ses prestations à l'assurance maladie par une vérification de sa compétence à partir des arrêtés précités non abrogés.

Au moment de la réforme de la procédure du TIPS, deux textes ont tenté de mettre fin à cette situation, et ont donné une base légale générale à la réglementation de la distribution des matériels dans le cadre des codes de la santé publique et de la sécurité sociale et non plus dans le cadre de la seule LPP, ce sont :

- la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 intégrant l'article L 5211-5 du code de la santé publique qui prévoit « Dans l'intérêt de la santé publique des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent en tant que de besoin les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L 5211-1 ». Ce texte de loi n'a toujours pas eu d'applications à ce jour
- l'article L 5232-3 intégré en 2002 dans le code de la santé publique : « La délivrance de matériels de maintien à domicile, d'orthèses, de matériels orthopédiques et de certaines prestations associées, inscrits sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, est soumise à une obligation de formation ou d'expérience professionnelle de leurs distributeurs ». Un décret doit déterminer les conditions d'application de cet article.

Entre temps, la loi n° 298 du 23 décembre 2000 a redonné, par son article 51 (article L165-6 du code de la sécurité sociale), pour une durée de 5 ans la base légale manquante aux conventions signées antérieurement à la réforme. Elle donne également par arrêtés interministériels la possibilité d'étendre à l'ensemble des distributeurs l'effet des conventions signées entre les organismes nationaux d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs.

La procédure des « agréments » a été supprimée réglementairement lors de la réforme de la LPP ; mais les fournisseurs qui le souhaitent peuvent signer une convention de dispense d'avance des frais avec les organismes de prise en charge, en application des conventions déjà existantes ou signer de nouvelles conventions entre les organisations professionnelles et les régimes d'assurance maladie.

De nouvelles conventions (convention type du 14 octobre 2002 des fournisseurs du titre I et IV) ont été élaborées ou sont en cours d'élaboration (projet de convention pour les ophtalmologistes, les podopodiatristes, les orthoprothésistes, projet de convention pour les opticiens).

Elles ne sont pas actuellement ratifiées par arrêtés car l'application des articles L 5211-5 du code de la santé publique ou L 5232-3 du code de la sécurité sociale doit en prendre le relais. Elles ne sont donc pas obligatoires.

Cette situation floue fait dire à certains que « le marché est très désorganisé, tout le monde vend à n'importe qui, et tout le monde achète n'importe quoi ».

4) Réglementation applicable à la prise en charge des aides techniques:

Le financement des aides techniques passe, pour une petite partie d'entre elles seulement, par l'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP, ex TIPS), qui regroupe de façon plus large l'ensemble des dispositifs médicaux ainsi que des produits de santé (nutriments, greffons humains).

La LPP désigne la liste, prévue à l'article L 165-1 et suivants et aux articles R 165-1 à 165-30 du code de la sécurité sociale, des produits autres que les médicaments et des prestations pris en charge sur les prestations légales des caisses et remboursables dès lors que le produit a fait l'objet d'une prescription médicale.

Le champ du TIPS défini par le décret n° 81-460 du 8 mai 1981 (Article R 165-1 du code de la sécurité sociale) était très large puisqu'il couvrait « les fournitures et appareils qui peuvent être pris en charge au titre des prestations sanitaires », laissant à l'administration la liberté de définir ce qui relevait ou non des prestations sanitaires sans fixation de critères préalables.

La réforme de 2000 a redéfini le champ de la LPP. La LPP couvre désormais « les dispositifs médicaux à usage individuel, les tissus et cellules issus du corps humain, quel qu'en soit le degré de transformation et leurs dérivés, les produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L 162-17 et les prestations de service et d'adaptation associées du code de la santé publique produits à usage individuel ».

Ce champ est cependant toujours mal défini, couvrant les dispositifs médicaux dont un très grand nombre de matériels à usage individuel et notamment les aides techniques.

Tous les rapports réalisés depuis les années 1980, ont abordé le problème du TIPS considéré longtemps comme la seule solution au problème de la prise en charge des aides techniques pour handicapés.

*** Historique**

- Le TIPS créé après la seconde guerre mondiale, était destiné initialement à la prise en charge des matériels destinés à compenser les déficiences causées par les suites de la guerre.

Le ministère chargé de la défense avait un rôle essentiel dans l'instruction de l'inscription de nouveaux matériels. Depuis cette période, sont inscrits au TIPS plusieurs types d'aides techniques, sur des critères médico-techniques : VHP, grand appareillage orthopédique sur mesure et matériels délivrés notamment par les centres d'appareillage (cannes, béquilles, urinal...).

A titre d'exemples : sur les 29 articles du décret du 8 mai 1981 fixant la composition et le fonctionnement de la CCPS (Commission consultative des prestations sanitaires), plus de la moitié concernait le ministère de la défense et la prise en charge des aides techniques.

- **Dans les années 1990, le TIPS s'est médicalisé** pour supprimer les abus constatés en application de l'arrêté du 24 janvier 1978 qui prévoyait, à titre transitoire, la prise en charge sur facture des prothèses internes inertes. Cette médicalisation a abouti à la création de différentes nomenclatures des dispositifs médicaux implantables avec la notion d'évaluation du service rendu des implants les uns par rapport aux autres.

- Cette évolution vers la médicalisation du TIPS et de la CCPS chargée de l'instruction des dossiers et les contraintes budgétaires de la sécurité sociale ont abouti progressivement à un blocage de l'inscription de tout matériel « non médical ».

Les arguments avancés par certaines administrations ou institutions, membres de la CCPS, à l'origine de ce blocage étaient soit :

- * que le produit concerné (ex : produit absorbant, élévateur de baignoire...) « n'était pas médical et à ce titre ne relevait pas de l'assurance maladie mais de la solidarité nationale » sans qu'aucune précision n'ait jamais été clairement donnée de ce qui était entendu par le terme « médical »,

- * que ce produit n'était pas « prioritaire », sans précisions de critères définissant le caractère « prioritaire » d'un produit lui ouvrant droit à l'inscription au TIPS.

- * que ce produit « était déjà pris en charge par une autre procédure » sans précision de la procédure en question.

Le TIPS étant considéré comme la seule solution de prise en charge des produits sur les prestations légales, certains industriels ont tenté de revendiquer de façon plus ou moins réussie, une action « médicale » pour leurs produits, pour tenter de contourner ce blocage et les ont fait au préalable classer comme dispositifs médicaux.

A contrario, oubliant l'historique, l'inscription au TIPS a conféré d'office aux produits déjà inscrits (VHP, canne...) le caractère « médical ».

- **Avec la réforme instituée en 2000**, la médicalisation du TIPS s'est encore accrue et la procédure LPP a été calquée sur celle du médicament.

Elle exige, pour l'inscription d'un produit, des preuves cliniques (selon des protocoles d'évaluation clinique) prouvant le service rendu, voire l'amélioration du service rendu comparativement aux autres stratégies utilisées dans les mêmes indications.

Cette procédure et le niveau de preuves exigées pour des produits à action thérapeutique deviennent exorbitants et peu compatibles avec les données qui peuvent être apportées pour des matériels d'aide à la vie. A titre d'exemple : est-il vraiment utile et pertinent de demander des études et des preuves cliniques pour prouver l'intérêt des produits absorbants pour incontinents, ou des sièges de douche s'ils devaient être inscrits.

La procédure en vigueur est basée sur :

- une évaluation obligatoire du service rendu réalisée par la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP),
- la tarification, voire la fixation du prix de vente au public, par le comité économique des produits de santé (CEPS).

* Dans la très grande majorité des cas, l'inscription est réalisée sous forme de nomenclature générique. Cette modalité de prise en charge concerne actuellement 95% des lignes de la LPP et 99% des références de produits concernés.

L'industriel classe lui-même son produit pour le faire prendre en charge dans une des lignes de la nomenclature sans avoir à demander d'autorisation préalable. Il doit simplement vérifier que son produit répond bien à la description de la ligne générique, voire lorsqu'elles existent, aux caractéristiques techniques définies comme cahier des charges du produit. L'industriel doit pouvoir prouver en cas de contrôle à posteriori la pertinence du classement qu'il a choisi. C'est le cas notamment pour les VHP. L'administration ne connaît donc pas la liste des produits remboursés.

* Exceptionnellement, l'inscription peut être réalisée sous nom de marque lorsque le produit est innovant, lorsqu'il est nécessaire de contrôler a priori la conformité à des caractéristiques techniques ou encore lorsque l'évolution du marché peut entraîner un surcoût important.

L'historique du TIPS et son évolution dans le temps ont suscité un « habillage » médical du produit pour justifier sa prise en charge.

Le principe de l'inscription sous nomenclature générique ne permet aucun contrôle des produits ni la connaissance de la liste des modèles remboursés.

5) La réglementation des prix applicables aux aides techniques :

- Les aides techniques non inscrites au TIPS (dispositifs médicaux ou considérées comme « grand public ») ont la liberté des prix et sont soumises au jeu de la concurrence comme les produits de consommation courante.
- Les aides techniques inscrites à la LPP peuvent être soumises à une réglementation du prix de vente au public.

Un rappel de la réglementation du TIPS permet de comprendre les idées qui continuent à circuler et les changements opérés par la réforme.

Autrefois dans le cadre du TIPS, deux procédures permettaient de réglementer les prix de vente de certaines aides techniques :

- a) le cadre conventionnel,
- b) l'arrêté du 17 janvier 1988.

a) le cadre conventionnel :

Pour certaines aides techniques, orthoprothèses et chaussures orthopédiques sur mesure, la convention obligatoire ouvrant droit à agrément du fournisseur prévue à l'article R 165-19 du code de la sécurité sociale (décret du 8 mai 1981), prévoyait que le prix de vente ne pouvait pas excéder le tarif de responsabilité du TIPS.

Cette mesure dite « d'opposabilité des tarifs » entraînait l'identité entre le prix de vente facturé et le tarif de remboursement mais avait comme inconvénient, de faire peser sur le patient les conséquences des dépassements des tarifs pratiqués par les fournisseurs puisque dans ces cas il n'y avait aucune prise en charge du produit. Le patient était doublement pénalisé, une première fois par le dépassement opéré par le fournisseur et une deuxième fois par le refus de prise en charge du produit concerné.

Très appréciée par les associations de personnes handicapées et encore réclamée par la FNATH cette réglementation n'était pas, appliquée par les caisses pour ne pas pénaliser les assurés ; le fournisseur, considérant la revalorisation des tarifs du TIPS insuffisante, pouvait donc facturer des suppléments.

b) l'arrêté du 17 mars 1988

Certains produits dont la liste était fixée par arrêté du 17 mars 1988 étaient soumis à réglementation des prix, sous forme d'un dépôt de prix du fabricant et du distributeur auprès de la DGCCRF du ministère de l'économie et des finances, soit sous forme d'un accord sectoriel signé entre la DGCCRF et l'organisation professionnelle représentative du secteur.

Parmi les produits concernés, on peut citer notamment, comme aides techniques, les VHP, les audioprothèses, les prothèses oculaires et faciales, les coussins d'aide à la prévention des escarres.

Cette réglementation couvrait en principe le prix fabricant et le prix de vente final du produit.

En pratique, elle ne couvrait que le prix fabricant. Le prix de vente au public n'était pas contrôlé. La DGCCRF n'était pas en mesure de recevoir les dépôts de prix de l'ensemble des distributeurs et de l'ensemble des références concernées (c'était notamment le cas pour les audioprothèses).

Par ailleurs, les accords de prix ou de revalorisation des prix sectoriels étaient signés indépendamment de l'examen de la revalorisation des tarifs, ce qui pouvait créer des écarts entre prix et tarifs, rien n'obligeant la commission du TIPS (CCPS de l'époque) de suivre l'évolution des prix accordés par la DGCCRF.

Au total, les procédures d'encadrement des prix étaient contraignantes pour les fabricants et peu pour les distributeurs. Elles avaient peu d'effet pour les assurés puisqu'elles n'étaient souvent pas appliquées.

La réforme de 2000 a confié au comité économique des produits de santé (CEPS) la mission d'examiner et de proposer aux ministres les tarifs et éventuellement les prix de vente des produits figurant sur la LPP.

- L'arrêté du 17 mars 1988, bien que non abrogé, n'est plus appliqué.

La liberté des prix fabricant et des prix de vente au public (ex : prothèses oculaires, audioprothèses...) est donc désormais la règle que les aides techniques soient ou non inscrites dans la LPP.

- Cependant, pour les aides techniques inscrites dans la LPP, en application de l'article L 162-38 du code de la sécurité sociale, des arrêtés peuvent fixer les prix de vente au public lorsque la situation du marché le nécessite.

Des arrêtés fixant le prix de vente au public au même niveau que les tarifs de responsabilité de la LPP ont été publiés, jusqu'ici, pour les orthoprothèses et les chaussures orthopédiques sur mesure, prenant ainsi le relais des dispositions conventionnelles du TIPS.

- Par ailleurs, pour défendre les assurés contre les risques de multiplication des suppléments facturés, l'article L 165-3-1 du code de la sécurité sociale interdit aux fournisseurs en cas de

fixation d'un prix limite de vente par arrêté, tout dépassement de prix, les obligeant à rembourser à l'assuré l'écart entre le tarif et le prix pratiqué, dans la mesure où cet écart n'est pas dû à une exigence particulière de l'assuré. Les personnes qui, jusqu'ici, payaient un différentiel entre le tarif du produit décrit dans la nomenclature de la LPP et le prix du produit considéré comme « esthétique » ou plus « performant », voient, dans ce texte, une régression dans la prise en charge. En effet, les assurés se heurtent au refus des fournisseurs de leur délivrer le produit de leur choix, craignant de devoir rembourser ce différentiel. Dans ce cas, la seule solution pour l'assuré est d'acheter le produit sans en demander le remboursement (chaussures orthopédiques et grand appareillage orthopédique).

Cet effet pervers nécessite de régler les problèmes au cas par cas et d'intégrer dans la LPP des produits esthétiques plus « haut de gamme » (ce qui n'est pas facile compte tenu des modalités de la procédure et du fait que le critère « esthétique » est toujours considéré comme un critère de confort).

Au total, les aides techniques soumises à un encadrement du prix de vente facturé à l'assuré restent l'exception.

Les vides juridiques qui existaient dans la réglementation en vigueur sur l'exercice des fournisseurs, sur la réglementation des prix ont été comblés de façon imparfaite par la réglementation du TIPS, entraînant des effets pervers et des situations confuses qui demeurent encore du fait de l'écart qui existe entre les nouveaux textes issus de la réforme et les textes anciens du TIPS qui n'ont pas été abrogés et que les caisses continuent d'appliquer (ex : exigence des diplômes).

6) La réglementation sur le taux de TVA applicable aux aides techniques :

La règle générale est la suivante : les dispositifs médicaux et les produits « grands publics » sont soumis au taux de TVA de 19,6%.

Cependant, certaines aides techniques destinées aux déficients moteurs et sensoriels ont un taux de TVA réduit à 5,5%. Elles doivent être conçues exclusivement pour les personnes handicapées en vue de la compensation d'incapacités graves.

Ces baisses se sont échelonnées depuis 1990 jusqu'à 2001 pour des produits inscrits dans la LPP mais pas tous, selon les textes suivants :

- L'article 15 de la loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 (loi des finances pour 1991).
- L'arrêté du 5 février 1991 (paru au JO du 13 février 1991) pris en application de ce texte, fixe la liste des équipements spéciaux soumis au taux réduit de la taxe, codifiée à l'article 30-0B de l'annexe IV au CGI
- L'article 278 quinquies du CGI soumet également au taux réduit de 5,5% de la TVA les ascenseurs et matériels assimilés, spécialement conçus pour les personnes handicapées.
- Le deuxième alinéa de l'article 278 quinquies du CGI, issu de l'article 30 de la loi de finances pour 1999 (loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998), étend l'application du taux réduit aux produits pour diabétiques et aux produits pour incontinents inscrits dans la LPP.

La liste concernée par le taux de TVA réduit est consultable en annexe 10.

Le marquage CE ne concerne pas toutes les aides techniques, par ailleurs lorsqu'elles ont le marquage CE, elles relèvent pour la majorité d'entre elles de l'autocertification.

La LPP ne permet pas de contrôler les produits, ni de connaître la liste des produits remboursés.

La prise en charge par la LPP a été utilisée pour combler les vides juridiques existants dans l'encadrement de la distribution et des prix de vente (tarifs opposables).

Incomplète, cette mesure s'est montrée souvent inadaptée et difficilement applicable.

La LPP

avantages et inconvénients

LA LPP : AVANTAGES ET INCONVENIENTS

La LPP présente des avantages mais également plusieurs inconvénients.

1)-Les avantages de cette procédure expliquent les raisons pour lesquelles le TIPS et maintenant la LPP aient été considérés et sont encore considérées par certains, comme la solution aux problèmes de la prise en charge des aides techniques car susceptibles d'éviter le « parcours du combattant » que doit suivre la personne handicapée pour la prise en charge hors prestations légales de produits non inscrits.

En effet on peut citer comme avantages de la LPP :

- son caractère **égalitaire** sur tout le territoire national: tout assuré dont le matériel nécessaire relève des conditions prévues dans la LPP, peut obtenir le même montant de remboursement.
- sa **simplicité** pour le patient : **la LPP est un « droit de tirage »** permettant à l'assuré social de se faire rembourser le matériel nécessaire prescrit, sans autre formalité qu'une prescription médicale et l'envoi de la feuille de soins auquel est jointe l'étiquette détachable autocollante ou la facture attestant de la réalité de l'achat du produit.

Toutefois, plusieurs incohérences sont à signaler :

- certains des matériels inscrits actuellement dans la LPP, bien que très utiles, n'ont aucun caractère médical mais sont destinés à améliorer l'insertion sociale (ex : les VHP sportifs, les matériels pour amblyopes...),
- certains matériels destinés à compenser un même type d'handicap sont inscrits dans la LPP alors que d'autres ont fait l'objet de plusieurs refus d'inscription (ex : pour compenser l'incontinence urinaire : les sondes urinaires, les poches pour stomisés, les étuis péniens sont inscrits, les produits absorbants - couches, changes complets - n'ont, jamais pu l'être).
- Les matériels inscrits, sont achetés en priorité par les personnes handicapées alors que des matériels moins chers, non pris en charge, pourraient s'y substituer (ex : surélévateur de WC non inscrits alors que les chaises garde robe plus chères sont inscrites historiquement dans la LPP. Système de verticalisation Flamingo non inscrit alors que les systèmes sur mesure de verticalisation plus onéreux sont inscrits. Achat de VHP électriques inscrits à la place d'un scooter non inscrit...).
- la prise en charge d'un produit exige une prescription médicale dont on peut s'interroger de l'utilité dans certains cas (comme par exemple : une prescription est demandée pour les cannes...).
- l'inscription, permet selon le titre ou le chapitre, de faire bénéficier le produit d'un taux de TVA réduit (5,5% au lieu de 19,6%) ce qui entraîne des demandes des industriels dans l'unique but d'avoir un taux de TVA réduit.
- des interprétations des caisses rendent parfois caduques les indications et les conditions de prise en charge précisées dans la LPP. Les exemples sont nombreux :
 - refus de prise en charge de lits médicalisés à l'achat, pour des patients atteints de maladies neuromusculaires alors que la nomenclature le prévoit,

- refus de prise en charge sur les prestations légales des canules trachéales, des pansements de protection de la trachéotomie et du nez artificiel pourtant intégré au forfait d'oxygénothérapie pour les malades ventilés,
- prise en charge en pratique de la stéréophonie non prévue dans la LPP jusqu'à une période récente, par simple prescription du renouvellement de l'audioprothèse de la première oreille appareillée faute de pouvoir le contrôler.

2) les inconvénients de cette procédure sont nombreux ce qui explique les critiques formulées fréquemment sur la LPP :

Pour les assurés :

- **le nombre d'aides techniques inscrits sur la LPP** et donc remboursables est **trop faible**.
- **les tarifs de remboursement sont trop faibles** par rapport aux prix de vente au public, laissant des sommes parfois importantes à la charge des patients. Le niveau de la prise en charge est souvent aligné pour une classe de produits sur le matériel de base, alors que le patient a souvent besoin d'appareils plus personnalisés.
Déjà en 1998 la cour des Comptes relevait que les associations trouvaient que les tarifs étaient trop faibles et regrettaient la non application à tous les produits du principe d'opposabilité des tarifs. Elle proposait une nouvelle procédure de compensation fonctionnelle du handicap par l'attribution d'un forfait couvrant l'acquisition du matériel dans le but d'améliorer une fonction ou de compenser son absence.
- l'interdiction de publicité pour tout matériel remboursé (LPP) est un frein à l'information des patients sur les produits disponibles sur le marché.

Pour les administrations :

- la fixation d'indications par produits est difficile à définir voire non pertinente : deux personnes handicapées ayant une même déficience (ex : deux tétraplégiques) peuvent avoir besoin d'aides techniques différentes selon leur environnement, leur choix de vie et leurs capacités d'apprentissage. Par ailleurs, lorsqu'elles sont définies, **les indications ne sont le plus souvent pas contrôlables par les caisses d'assurance maladie**.
- le principe même de la liste ou du catalogue de produits qui est la base de la LPP fait qu'il existe toujours **un retard dans la mise à jour de la nomenclature** par rapport aux produits innovants.
- **La LPP n'est pas un moyen de régulation :**
 - **ni pour le contrôle de la qualité des produits** pris en charge puisque la très grande majorité de ceux ci entre dans le cadre d'une nomenclature générique.
 - **ni pour le contrôle des volumes, des prix et des coûts**. Dès lors qu'un produit est inscrit dans la LPP, il est prescrit sans limitation, entraînant des coûts importants.
Cette situation rend les décisions d'inscription d'autant plus difficiles à prendre.

Pour les industriels :

- si le nouveau produit ne répond pas à une ligne de nomenclature déjà prévue, les délais pour le faire inscrire sont longs (6 mois et parfois plus), et la possibilité d'inscrire un produit pour lequel le service rendu est reconnu n'est pas automatique, compte tenu des

discussions sur le caractère médical ou social du produit et le fait qu'il relève ou non de cette procédure de prise en charge.

- les preuves cliniques à apporter pour justifier du service rendu d'une aide technique entraînent des délais et des coûts importants. Ces preuves sont parfois difficiles à recueillir.
- Le caractère figé de la nomenclature, la lourdeur de la procédure d'inscription pour certains produits, son coût pour des produits à marché réduit et la fixation de prix limite de vente au public alignés sur un matériel de base limitent voire empêchent l'arrivée sur le marché français de matériels étrangers performants (ex : prothèse externe de main en silicone pour amputés, pied à restitution d'énergie avec articulation de la cheville intégrée...).

Cette situation explique que les associations et les professionnels pensent que la LPP est une « impasse » car elle ne permet pas de prendre en charge tous les matériels nécessaires aux personnes handicapés et constatent tous que la participation de la prise en charge est trop faible.

Ils ne pensent donc pas que l'extension des produits dans la LPP soit la solution au problème de la prise en charge des aides techniques car il s'agit d'une approche par produits et non pas d'une approche par fonction.

La LPP (TIPS) a été dans tous les rapports (Rouch (1995) – Sanchez (1999) – Guinchard Keustler (1999) – Lyazid (1999) – Blanc (2001)) considérée comme une solution trop rigide. Tous constataient et proposaient de faire évoluer la nomenclature TIPS voire comme le proposait le Sénateur Blanc « d'effectuer une refonte et une modernisation des procédures et des conditions d'inscription au TIPS des aides ouvrant droit au remboursement ». Une réforme a été mise en place en 2000, conduisant au remplacement du TIPS par la LPP. Les difficultés rencontrées dans la procédure du TIPS persistent pour les mêmes raisons dans la LPP (ex : l'inscription de l'Aquatec a été rejetée du temps du TIPS, ce produit était considéré comme ne relevant pas de cette procédure car non médical et non prioritaire, il ne peut toujours pas être inscrit dans la LPP pour les mêmes raisons).

Outre le caractère trop figé et rigide de la LPP, ses modalités d'inscription sous description générique ne permettent pas, par essence, de compenser la totalité de la dépense pour les produits dont le prix de vente, pour des raisons commerciales ou de performance, est supérieur au tarif de la ligne de nomenclature dont ils relèvent.

La LPP est un « droit de tirage » sans limitation. La non régulation des coûts et leur importance rendent donc les décisions d'inscription de nouveaux produits particulièrement difficiles et expliquent les blocages constatés.

3^{ème} PARTIE

PROPOSITIONS

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

PROPOSITIONS DE CLASSIFICATION HOMOGENE PAR GRANDES CLASSES D'AIDES TECHNIQUES

Les différentes classifications

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

1) *Historique :*

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

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

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

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

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

Et de classer les aides en :

* aides techniques d'assistance vitale ,

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

* aides techniques de confort,

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

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

- aides au transfert,

- aides aux déplacements,

- aides aux manipulations,

- aides à la sécurité et aux soins ;

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

- incapacités de l'individu,

- incapacités de la vie privée,

- incapacités de la vie économique,

- incapacités de la vie sociale.

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

- aides au traitement et à la rééducation,

- aides aux soins corporels,

- aides aux transports et à la locomotion,

- mobilier,

- aides à la communication,

- aides à la manipulation,

- aides aux loisirs,

- aménagement du domicile.

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

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

2) Actuellement ,

Plusieurs classifications sont recensées selon l'approche recherchée :

a) La classification internationale,

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

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

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

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

Cette classification peut être résumée ainsi :

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

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

b) La classification utilisée par les industriels :

Des catalogues des industriels, nous ressortons la classification suivante :

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

c) La classification proposée par certaines associations :

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

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

d) La classification proposée aux sous-groupes.

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

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

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

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

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

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

II La classification retenue :

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

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

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

Les aides à l'hygiène et aux soins corporels

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

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

Les matériels sanitaires :

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

Les aides à l'habillement :

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

Les aides à la mobilité

Aide aux déplacements :

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

Aide à la marche et au maintien

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

Aide aux transferts :

- lève-personnes
- sangles
- autres

Aide à la préhension et à la manipulation :

- pinces à long manche
- tourne-pages
- autres

Les aides au repos et au maintien à domicile .

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

Les aides aux fonctions sensorielles

Les aides pour déficients visuels

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

Les aides pour déficients auditifs :

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

Les aides à la parole et à la voix

- prothèses vocales

Les aides à la communication

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

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

Les aides aux tâches domestiques

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

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

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

Les aides à la cohérence

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

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

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

Aménagement des véhicules :

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

Aménagement du logement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**** Matériels pour incontinence :***

- Appareillages pour incontinents et stomisés :

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

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

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

Propositions pour améliorer la prise en charge des aides techniques

PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES AIDES TECHNIQUES

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

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

1) L'information

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

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

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

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

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

2) L'évaluation de la déficience

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

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

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

3) La formation

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

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

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

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

Elle est indispensable pour :

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

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

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

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

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

4) Les différentes aides

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

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

a) Le matériel

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

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

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

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

b) La délivrance des aides techniques

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

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

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

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

Le service après vente doit donc être prévu et encadré.

c) L'aménagement du domicile

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

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

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

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

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

d) L'aide humaine

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

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

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

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

5) Organisation de la prise en charge financière

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1^{er} scénario :

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

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

Les inconvénients :

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

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

2^{ème} scénario :

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

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

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

Les avantages :

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

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

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

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

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

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

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

Résumé des propositions et conclusion

RESUME DES PROPOSITIONS

- **Créer une banque de données indépendante de la vente** référençant les différentes aides techniques, pour l'information des personnes handicapées et des professionnels.
- **Créer un guichet unique d'entrée**, dans les départements ou agglomérations, regroupant les structures existantes.
 - . **évaluation unique** regroupant les aspects de la réinsertion (domicile, école, emploi, prestations) par une équipe pluridisciplinaire indépendante, modulable et mobile, régulant les demandes.
 - . constitution d'un **dossier unique** permettant le suivi.
- Ne pas négliger **l'importance de l'aide humaine** pour le maintien au domicile.
- Initier, promouvoir **la formation** des professionnels et des aidants.
- **Valider la qualité** (normalisation, labellisation...) et **l'utilité du matériel** par rapport aux besoins des utilisateurs
- Instaurer une **contractualisation avec les industriels** (prix, volume)
- Promouvoir **la recherche et l'innovation**.
- **Elaborer des textes réglementaires concernant la distribution** du matériel, **les essais** d'adaptation à la personne et le service après-vente.
- Mettre en place **le suivi des données** départementales relatives à l'évaluation et à la gestion des fonds permettant de connaître et de surveiller les dépenses.
- Mettre en place une **cellule de veille épidémiologique** alimentée par les informations du terrain.
- Mettre en place un **fond national de financement** de l'ensemble des aides, abondé par les différents financeurs actuels et redistribuer à l'échelon local de façon à garantir l'égalité.
- Elaborer au **niveau national des référentiels d'évaluation** des personnes handicapées, à disposition des équipes présentes dans les départements.
- **Inaugurer une nouvelle politique de prise en charge du handicap par la création d'une structure nationale type « Agence ».**

CONCLUSION

Le système actuel se caractérise par la **complexité de son organisation, l'injustice de son action et l'opacité de ses financements**, et cela au milieu d'une immense bonne volonté de la plupart des acteurs qui attendent un changement significatif des modalités de fonctionnement.

Sur le plan organisationnel nous proposons

- 1) la mise en place de **structures de proximité** dans les départements et/ou agglomérations :

Un guichet unique d'entrée pour l'utilisateur chargé de :

- l'évaluation initiale de l'ensemble des besoins de la personne (médicaux, techniques, sociaux et professionnels), à partir d'un référentiel national.
- élaboration d'un **dossier unique, individuel**, permettant le suivi, sur la base d'un dossier type.

Une structure administrative d'ouverture des droits au financement et une structure de gestion des fonds, indépendantes de l'évaluation.

Cet ensemble permet de fournir à chaque demandeur une réponse rapide à ses besoins et de fixer la prise en charge de façon équitable.

- 2) la mise en place d'une **structure nationale** type « agence » dont les missions sont :

- de recueillir les principales données épidémiologiques actuellement dispersées et inopérantes, les remontées d'informations sur l'évaluation des structures de proximité,
- de référencer et labelliser les matériels utiles aux personnes handicapées,
- de mettre en place un **fond national abondé par les différents financeurs actuels**,
- élaborer tous les référentiels et les outils nécessaires au travail des structures déconcentrées.

Ce dispositif simplifié à deux étages est garant de l'égalité, quel que soit le lieu de domicile, revendications très fortes des associations et des professionnels, mais aussi permet une parfaite connaissance de l'ensemble des besoins et une bonne transparence de la gestion du système, tout en laissant la liberté aux initiatives privées et locales d'améliorer ce « droit à compensation ».

Ainsi sont réunis le respect de l'éthique et les exigences économiques.

ANNEXES

AU

RAPPORT

Aides techniques

**Situation actuelle,
Données économiques,
Propositions de classification
et de prise en charge.**

mars 2003

Professeur D. LECOMTE

RAPPORTEUR
Docteur D. de PENANSTER

PLAN DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : Membres du groupe de travail
- ANNEXE 2 : Visites effectuées et colloques
- ANNEXE 3 : Institutions ou personnalités consultées
- ANNEXE 4 : Bibliographie
- ANNEXE 5 : Compte rendus des réunions plénières
- ANNEXE 6 : Les sous groupes :
- les membres
- document d'aide au travail des sous groupes
- conclusions des sous groupes
- analyse quantitative des résultats des sous groupes : tableaux
- ANNEXE 7 : Historique des classifications proposées
- ANNEXE 8 : LPP : nouvelle répartition proposée
- ANNEXE 9 : Normes relatives aux aides techniques
- ANNEXE 10 : Liste des équipements spéciaux ou « Aides techniques » soumis à une TVA à 5,5%.

ANNEXE 1

Membres du groupe de travail

ANNEXE 1

Membres du groupe de travail

Présidente :

Pr. Lecomte : Professeur d'Université Paris V (faculté de médecine Cochin),
Expert judiciaire près la Cour de Cassation.

Rapporteur :

Dr de Penanster Médecin général de santé publique,
Ancien chef du bureau du TIPS à la DH puis du département des dispositifs
médicaux au CEPS,
Adjoint au sous directeur de la « Qualité du système de santé », DGS.

Personnes qualifiées :

Dr Boulongne : Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation – centre de
Coubert – UGCAM Idf,
Président d'Handitec,
Président d'Autonomic.

Dr de Penanster Médecin générale de santé publique,

Mme Triomphe : Directeur de recherche INSERM U 8595, laboratoire Matisse.

Administrations et institutions :

DGAS : M Bourely, Mme Hodebar-Ordener.

DGS : Mme Casanova, Dr Pollez.

DSS : Mme Cheiney, Dr Stern.

DHOS : Mme Mauss

Ministère de l'industrie : Mme Sebag

CNAMTS : M. Rouget, Dr Vandenberg.

MSA : Mme Alonso.

AFSSAPS : Mme Vaugelade

ANNEXE 2

VISITES EFFECTUEES ET COLLOQUES

ANNEXE 2

VISITES EFFECTUEES ET COLLOQUES

L'Aide Auditive

Association Valentin Haüy,

CAT d'Aigrefoin - St Rémy les Chevreuses.

Centre de rééducation fonctionnelle de Bouffemont,

Centre de rééducation fonctionnelle de Coubert.

Centre de rééducation fonctionnelle de Kerpape.

CERAH et centre d'appareillage.

CECIAA

Colloque « Citoyenneté, intégration professionnelle, formation, scolarisation, intégration scolaire »

Colloque « handicap, incapacité, dépendance » HID.

CRAMIF et structure ESCAVIE :

Hôpital Raymond Poincaré : institut Garches, plate- forme de recherche.

IBM, centre d'information et de solutions pour les personnes handicapées.

Rencontre Nationale : dispositif vie autonome : enjeux, réalités, perspectives, Usagers et pouvoirs publics face à ces questions. Janvier 2003 . AFM, APF, GIHP.

Salon Autonomic, Nancy.

Structure Guide : 77 Brie Comte Robert.

Participation à des commissions des financeurs

ANNEXE 3

Institutions ou personnalités consultées

ANNEXE 3

Institutions ou personnalités consultées

(en dehors du groupe de travail plénier et des sous groupes)

Associations :

- AFM : M Cunin,
- APF : M Blot, M Hugault, M Labadie, Mme Deschamps,
- AVH (association Valentin Haüy) : M Chazal (et INJA), Mme Calvez, Mme Chabasseur, M Champetier de Ribes, M Pelletier,
- BUCODES : Mme Queruel, Dr Zylberberg,
- CLAPEAHA : M Faivre,
- CNPSAA : Dr Chambet, M Jacquet,
- FENCICAT : M Royez,
- FNATH : Mme Debray,
- GIHP : M Dubois,
- Les Papillons blancs : Mme Mallet,
- UNAPEI : M. Cocquebert, Mme le Meur,
- UNAFAM : M. Canneva,
- UNISDA : Mme Renard.

Administrations et institutions :

- AFSSAPS : M Thévenin,
- CEPS : M Renaudin,
- DGAS : Mme Voisin, Mme Zumino, M. Didier Courbin,
- DGCCRF : M Cailloux,
- IGAS : M Mercereau, M Segal,
- Ministère de l'éducation nationale (Handiscol) : Mme Courteix, Mme Perrin.

Organismes :

- ADF : M Rapinat, Mme Alazard,
- AGEFIPH : Mme Joly,
- AFNOR : M Finidori, Mme Diaz,
- ANVAR : M Bourissou, Mme Tannières,
- ANCREAI : Mme Bartheye,
- CERAH : Pr Lavaste, Dr Fodé, Mme Philippon,
- CNAMTS : M Constant, Mme Martray, Mme Vaultont, M Giraudet, Mme Homrighausen,
- CRESAM : M Souriau,
- CTNERHI : M Sanchez, Mme Roussel,
- GMED : M Lambert,
- LNE : M Mortureux, Mme Dagalier,
- Mutualité française : FNMF : Mme Haumesser, Mme Meyer- Meuret, Mme Millet,
- ODAS : M Kuperminc.

- Les URCAM de toutes les régions,
- l'ensemble des observatoires régionaux de la santé (ORS).

Syndicats et Industriels :

- ACTIF : M Rogulski,
- AAPI : M Lemoine,
- APPAMED : M Rouard, M Bresson,
- CECIAA : M Candotti,
- CNSPO et UPODEF,
- CREE : M. Marcelin,
- DUPONT : M Haan,
- ESSILOR : M Le Faucheur,
- HERDEGEN : M Herdegen,
- GIFO : représentant de M de Lime,
- GROUP'HYGIENE : M Hauviller,
- IBM : Mme Doux Marot, M Ferre, M Guez. Mme Moal, M Quinery,
- INVACARE : M Opfermann,
- ITACK : M Roche,
- L'Aide Auditiv : M Azema,
- LISSAC : M Bonnac,
- MEYRA : M Charbonnel,
- MOBITEC : M Perez,
- OTTOBOCK : M Henkel,
- PHONAK : M Marti,
- PROTEOR : M Pierron, M Pansard, M Brouard,
- SNITEM : M Schroeder,
- SUNRISE MEDICAL : M Vannier,
- SYNALAM : M Pelay, M Divernet,
- TACM : M Barlow,
- UDOF : Mme Grouzelle,
- UFOP ;M Montenvert, M Pierron,
- UNPDM : M Levaux, Mme Grouzelle,
- UNSAF : M Azéma,
- VERMEIREN : M Monnier,
- VILGO : M Kitten.

Personnalités :

- Mme Bacouet : DVA 38,
- M Barraque et collaborateurs, CAT la ferme d'Aigrefoin,
- Mme Barrère : Espoir 64 UNAFAM, Biarritz,
- M. Behaghel : Directeur adjoint services sociaux Conseil Général 14,
- Mme Bizeul : Responsable du service social CRAM 14,
- M. Bonneau : Ergothérapeute équipe labellisée, (14)
- M Brisson, directeur, centre de Kerpape,
- Mme Bruneaux : SVA 14,
- Pr Bussel : chef de service de rééducation neurologique, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92),
- Mme Caillaux : assistante sociale, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92),
- Mme Calvet, Chargée de mission – ALGI (95),

- Dr Camiade, expert judiciaire en dommages corporels,
- M Camus : ergothérapeute plate-forme de recherche sur la robotique et la domotique, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92),
- Dr Canny Verrier: Médecin MPR (95),
- Mme Chambet, centre de Marly le Roi,
- Mme Coent : assistante sociale, centre de Kerpape,
- Mme Corlay : ergothérapeute, centre de Kerpape,
- Mme Conte, société Egéris,
- Mme Decelle : conseillère municipale, déléguée aux personnes handicapées, Biarritz,
- Mme Declosmesnil : APPAHM (association prêt d'appareillage pour Handicapés et Malades) (14)
- Mme Delaleau : Secours Catholique 95,
- Mme Demouy : Directrice régionale de l'AGEFIPH 14,
- Dr Denormandie : mission Handicap AP HP, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92),
- M Departe : ingénieur biomedical, centre de Kerpape,
- M. De Sousa : Ergothérapeute (95),
- Mme Derrien , ergothérapeute hôpital Saint Maurice,
- Mme Doos : conseil régional 14,
- Mme Dubecq : conseiller régional d'Aquitaine, conseillère municipale Biarritz,
- Mme Duport, documentaliste, CERAH,
- Mme Dupré, Assistante Sociale - IMP le Val Fleury,
- M. Duval : CPAM (prestations légales) 14,
- Mme Even : DDASS 56,
- Dr Faure, médecin, Compiègne,
- Dr Fodé, médecin de médecine physique, CERAH,
- Mme Gillette : CPAM (Prestations supplémentaires) 14,
- Mme Guennec : responsable Alcat 56,
- M Guillon : kinésithérapeute : institut Garches,
- Mme Graff : Ergothérapeute ESVAD (14),
- Mme Guy: Assistante sociale (95),
- M. Himbert : SVA 14,
- Mme Houy , sous directeur, CRAMIF,
- Melle Issanchou, Inspectrice DDASS (95),
- Mme Jaffredou, Conseil général (95),
- M Jaouen : directeur, Alcat 56,
- Mme Jocon : adjoint au maire Biarritz,
- M Joly : expert auprès des tribunaux, architecte en domotique,
- Mme Lamoureux - CPAM (95), - MSA:
- Pr Lavaste, directeur du CERAH,
- Dr Lecamus : Chef du service de rééducation hôpital de Falaise (14),
- Mme Lecoq, Assistante – SVA 95,
- M. Le Du : Directeur régional AFM (14),
- Mme Legarrec : ergothérapeute, centre de Kerpape,
- Mme Leon chargée de mission, SVA 56,
- Mme Lequeux : déficience visuelle,
- Dr Le Nouvel: Directeur médical CMPJA (95),
- Mme Leroux Hamel, Ergothérapeute - Equipe expérimentale enfant,
- Mme Lorguilloux, Assistante Sociale APF 95,
- Mme Makuika, ergothérapeutes (95),
- Mme Maillot, Assistante Sociale (56),
- Mme Manzaro, Conseillère en E.S.F., CCAS Ermont,
- M Martinez, CRAMIF,
- M. Menard, Coordinateur – SVA 95,

- Mme Mengual : Espoir 64 UNAFAM, Biarritz,
- M Meriadec : ergothérapeute, centre de Kerpape,
- Mme de Nantois : SIADV. (14),
- Mme Onraed : Directrice du service social CRAM 14,
- Mme Philippon, CERAH,
- M. Piedeffer : association Chiens Guides (14),
- Dr Pilliard, chirurgien, hôpital Saint Maurice,
- M Pierron : croix Rouge Française , Bois Larry,
- Dr. Pradère : Directeur de l'IRRF de Lébisey (14),
- Pr Raphael : chef de service de réanimation, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92),
- M. Rémedi : inspecteur DDASS, SVA 14,
- Mme Roques, Directrice Action Sociale, - CCAS Pontoise,
- Mme Roussel , CTNERHI,
- Mme Sampayo, Professeur de psychologie, CNAM,
- M Schneider, chargé de mission, SVA 54,
- Mme Stephan, responsable centre de réadaptation, centre de Kerpape,
- Mme Stephan, ergothérapeute (95),
- M Texeira : ergonome service de suite, Hôpital Raymond Poincaré - Garches (92).

ANNEXE 4



BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 4

BIBLIOGRAPHIE

- Les produits pour mieux vivre, Mme Conte 1985.
- Stratégie de soutien à domicile des personnes à mobilité réduite en milieu ordinaire de vie, René TEULADE Juin 1989.
- Simulateur de Logement, PREMUTAM, Dr Boucharny 1987 1989 et rapport sur le devenir de la population 1987-1991
- Enquête « Saône et Loire », CTNERHI, 1995
- Les aides techniques - Mme ROUCH, février 1995
- Rapport sur le TIPS - Cours des comptes 1998.
- Rapport « Le Droit des sourds » - Dominique GILLOT, 30 juin 1998
- Rapport de la DRESS sur l'enquête HID en établissement et à domicile, 1998-1998
- Accès des personnes en situation de handicap aux solutions de compensation fonctionnelle. Evaluation de l'expérimentation. Jesus Sanchez CTENRHI avril 1999
- Comme vous, comme nous, tout simplement. sur une analyse comparative et prospective du système français de prise en charge des personnes handicapés. Michel FARDEAU, septembre 2000
- Incapacités et accessibilité : Les personnes handicapées motrices en institution : enquêtes HID - Novembre 2000. CREA I d'ILE DE France.
- Rapport « Vieillir en France » , Paulette Guinchard-Kunstler, septembre 1999.
- Prévalence des handicaps de l'enfant et évaluation des besoins, Observatoire régional de la santé des pays de la Loire, décembre 2001.
- Compensation du handicap : le temps de la solidarité. Sénateur BLANC. juillet 2001
- Les modes d'adaptation et de compensation du handicap: Les personnes handicapés motrices à domicile (HID) : juin 2002. CREA I d'ILE DE France
- Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap –du fait de troubles psychiques- et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches - Michel CHARZAT – 2002.
- Rapport du Conseil de l'Europe, 5^{ème} édition , Législation relative à la réadaptation des personnes handicapées dans seize états membres du Conseil de l'Europe

- Rapport du Conseil de l'Europe, 6^{ème} édition, Réadaptation et Intégration des personnes handicapées : politique et législation
- Evaluation de cinq centres locaux d'information et de coordination (CLIC), INSERM - Unité 500 Alain Colvez, Nathalie Blanchard, Marie Gay. Juillet 2002
- Pascal ROUSSEL CTNERHI « Une estimation des aides techniques à partir de l'enquête HID de L'INSEE »
- Les faiblesses du marché des aides techniques, n°458 de Readaptation - Annie Triomphe
- Les sourds dans la ville - M Renard

ANNEXE 5



SYNTHESES DES REUNIONS PLENIERES

ANNEXE 5

SYNTHESES DES REUNIONS PLENIERES

PROCES-VERBAL APPROUVE DE LA REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AIDES TECHNIQUES DU 22 OCTOBRE 2002

Participants :

Professeur LECOMTE / présidente

Mme le Dr de PENANSTER / personnalité qualifiée

Mme Annie TRIOMPHE, INSERM, personne qualifiée

M. le Dr BOULONGNE, CRF de COUBERT (77), personne qualifiée

Mme HODEBAR-ORDENER, M BOURELY / DGAS

Mme CASANOVA, M le Dr POLLEZ / DGS

Mme le Dr STERN et Mme CHEINEY / DSS

Mme MAUSS / DHOS

Mme VAUGELADE / AFSSAPS

Mme SEBAG / ministère de l'Industrie

Mme le Dr VEAUX-RENAULT et Mme le Dr FODE, M.GARDAN / ministère de la défense

Mme le Dr VANDENBERGHE, M.ROUGET / CNAMTS

Mme ALONSO / caisse centrale de la MSA

La présidente du groupe de travail rappelle les 3 objectifs de la mission qui lui a été confiée :

- classification homogène par grandes classes des aides techniques nécessaires aux personnes handicapées
- état des lieux des modes de prise en charge
- évaluation d'une amélioration de la prise en charge

Elle indique que l'organisation du travail se fera en s'appuyant sur 4 sous-groupes (handicap sensoriel, handicap moteur, polyhandicap, handicap psychique et mental) qui devront répondre à un certain nombre de questions en s'appuyant sur une grille de travail en cours de rédaction. Ces sous-groupes devront rendre cette grille pour la deuxième quinzaine du mois de décembre. Concernant les aides techniques, elle propose de partir du produit pour arriver à la fonction (démarche inverse de celle qui a prévalu jusqu'à présent).

LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE indique qu'elle expérimente dans le cadre des réseaux gérontologiques une action qui se terminera fin mars 2003 et qui a pour but d'aider financièrement les adhérents de la MSA à se procurer les matériels et aides techniques dont ils ont besoin (forfait dans la limite d'un plafond de 91,47 Euros/mois). Les seuls critères pris en compte sont les ressources et l'âge (60 ans et plus).

LE MINISTERE DE LA DEFENSE souligne le caractère spécifique de la population qu'il accueille puisqu'il s'agit avant tout de militaires de carrière victimes d'accidents du travail et des anciens combattants. Il faut ajouter que cette population est aujourd'hui vieillissante et handicapée et que les demandes qu'elle exprime le plus couramment tournent autour des soins, de l'hygiène

corporelle et des véhicules (non pris en charge dans le cadre de la LPP). Si le système de prise en charge actuel est insuffisant, le ministère de la défense souligne néanmoins que les sites pour la vie autonome sont une première réponse. Il souhaite que soit établi un référentiel fonctionnel auquel serait adjointe une base tarifaire et que soit instaurée une certification des aides techniques prises en charge (évaluation / auto certification / tests techniques voire cliniques). Sur ce dernier point, cela permettrait de s'assurer de l'utilisation en toute sécurité de certaines aides techniques.

L'AFSSAPS dresse un portrait rapide de son activité et ajoute qu'actuellement une réflexion est engagée sur la prise en charge des véhicules adaptés pour personnes handicapées. L'AFSSAPS, à la DEDIM, dans son unité matèrio-vigilance, enregistre toutes les déclarations d'incident et donne un niveau de criticité. Or toutes les aides techniques ne sont pas des dispositifs médicaux.

Le CERAH, centre d'étude et de recherche qui dépend du Ministère de la défense intervient en indiquant que le CERAH dispose de plusieurs départements dont un laboratoire technique qui teste le matériel et applique la réglementation française et la normalisation européenne et internationale. Il est important que le matériel soit d'un bon rapport qualité/ prix tout en améliorant la sécurité des matériels.

La DGS participe à la commission de la LPP, le bureau SD3B rédigeant les avis du DGS pour les différents produits présentés lors de la commission de la LPP. Elle fait le constat que le problème d'un certain nombre de personnes handicapées est le produit de notre système de soins (progrès médicaux qui permettent à des personnes de vivre de plus en plus longtemps avec des pathologies invalidantes) mais que les réponses qui pourraient être apportées en matière d'aides techniques ne suivent pas. Le problème des aides techniques ne doit pas être uniquement abordé sous l'angle du financement (par ex: accès, adaptation, apprentissage, révision en fonction de l'évolution du handicap). Enfin, elle souligne que la dimension personnelle n'est pas prise en compte par la sécurité sociale. En outre, il faudrait prendre en considération les aidants et pas seulement les aidés. Elle ajoute que le champ d'étude retenu pour les 4 sous-groupes est énorme au regard des délais accordés à la mission.

La CNAMTS indique qu'elle est représentée au sein de la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) et qu'elle s'en tient au cadre actuel de la LPP. Elle souligne que néanmoins le handicap va au delà. En outre, elle s'interroge sur l'objectif à priori de ce groupe de travail qui est l'ouverture du champ de la LPP alors que dans le même temps, le chantier de la réforme de la loi de 1975 débute et que l'on raisonne aujourd'hui en terme de compensation. La CNAMTS est attentive à l'impact financier des mesures retenues.

La DSS souscrit aux deux premiers points de la mission mais indique qu'avant toute inscription sur la LPP, il y a des commissions, une évaluation. Elle ajoute que la LPP n'est pas le seul mode de financement des aides techniques et qu'il y a d'autres modes de financement à rechercher. Elle s'interroge sur la disparition de la mission IGAS (compétente sur ce point) et prévue initialement.

La DHOS indique qu'elle privilégie les réseaux de santé dans lesquels effectivement les aides techniques peuvent s'avérer nécessaires, mais que dans les hôpitaux les aides techniques sont effectivement très nombreuses.

POUR LE MINISTERE DE L'INDUSTRIE, la démarche retenue pour les aides techniques est l'offre de produits nouveaux ou l'amélioration de produits existants en passant par des appels d'offre auxquels répondent les associations et les cliniciens.

L'INSERM fait un bref rappel des différents rapports sur les aides techniques et plus particulièrement le rapport LYAZID qui a mis en exergue que l'égalité des chances passe par la

mise à disposition des moyens de compensation On ne peut ignorer le problème de financement des aides techniques dont le remboursement est très partiel et correspond à une part très infime du budget de la CNAMTS. Le problème est de savoir qui va payer.

Mme de PENANSTER rappelle que parmi les aides techniques destinées à la compensation d'une même fonction, certaines sont inscrites dans la LPP et d'autres considérées comme relevant de critères sociaux par certaines administrations n'ont pas pu l'être. Or, pour des raisons historiques, certains matériels à caractère social sont inscrits dans la LPP. Il est donc nécessaire de trouver des critères permettant de redonner une cohérence à la LPP et d'imaginer si nécessaire une prise en charge pour les matériels ne relevant pas de l'assurance maladie mais plutôt de la solidarité. En effet, elle souligne que le « caractère social » par opposition au caractère « médical » d'un matériel ne doit pas être considéré comme péjoratif et n'implique pas que l'aide technique soit superflue pour le patient. Il est donc nécessaire de trouver un mode de financement pour ce type de matériels.

La DGAS fait un bref rappel ce que sont les SVA, dispositif d'action sociale et de coordination.

Le débat s'articule ensuite sur la définition du mot santé qui est l'absence de maladie et le bien-être de la personne. Cette définition s'inscrit dans un débat plus large autour des mots prévention, soin, social.

La DSS, indique que pour elle : est médical tout ce qui relève du soin et de l'acte médical, position défendue également par la CNAMTS, le ministère de la défense, la DGS et la MSA. La CNAMTS et la DSS proposent de distinguer le soin, la prévention et le social.

Pour le social, la DSS précise que c'est tout ce qui procède au bien-être, la MSA insiste sur la notion de prévention qui par définition est de prévenir avant de guérir, le ministère de la défense pour sa part indiquant qu'il s'agit de tout ce qui améliore et participe à la réinsertion. Il propose de se caler sur la définition de la Classification internationale du fonctionnement (CIF) qui retient une définition du modèle médical et une définition du modèle social, (la CIF reposant sur l'intégration de ces deux modèles antagonistes). Cette proposition est retenue par l'ensemble des participants.

La prochaine réunion plénière est fixée au 18 novembre et il a été convenu d'auditionner - la DGCCRF pour sa position en matière de contrôle des produits mis sur le marché

- l'AFSSAPS sur les contrôles de matériovigilance qu'elle opère sur les aides techniques et appareillages destinés aux personnes handicapées.

- le CTNERHI, organisme de recherche spécialiste du handicap et 6 associations représentatives du milieu associatif.

**PROCES VERBAL APPROUVE DE LA
REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AIDES TECHNIQUES
DU 18 NOVEMBRE 2002**

Participants :

Professeur LECOMTE / présidente

Mme le Dr de PENANSTER / personnalité qualifiée

Mme Annie TRIOMPHE, INSERM, personnalité qualifiée

M. le Dr BOULONGNE, CRF de COUBERT (77), personnalité qualifiée

Mme HODEBAR-ORDENER, M BOURELY / DGAS

Mme CASANOVA, M le Dr POLLEZ / DGS

Mme le Dr STERN et Mme CHEINEY / DSS

Mme MAUSS / DHOS

Mme VAUGELADE / AFSSAPS

Mme le Dr FODE, M. GARDAN / ministère de la défense

Mme le Dr VANDENBERGHE, M. ROUGET / CNAMTS

Mme ALONSO / caisse centrale de la MSA

Excusée :

Mme le docteur VEAUX-RENAULT

Autres participants : pour auditions

Administrations/Institutions :

AFSSAPS, M. THEVENET, chef du département des dispositifs médicaux intégré à la DEDIM

DGCCRF, M. CAILLOU, service des produits et marché, sous-direction E, Santé, industrie et commerce, Bureau E1- Santé

Associations :

CTNERHI, M. SANCHEZ

FNATH, Mme DEBRE

APF, Mme DESCHAMPS

GIHP, M. DUBOIS

CLAPEAHA, Mme FAIVRE

I) Auditions :

Le représentant de l'AFSSAPS (direction de l'Evaluation des dispositifs médicaux) fait une présentation de la réglementation relative aux dispositifs médicaux.

La base de la réglementation s'appuie sur des directives européennes de type « nouvelle approche » dont les principes sont les suivants :

- assurer la libre circulation des produits au sein de l'Union Européenne
- garantir la sécurité des consommateurs et utilisateurs européens
- harmoniser les réglementations

Les directives 90/385/CEE et 93/42/CEE ont été transposées intégralement dans la loi 94-43 du 18 janvier 1994 (mise en œuvre juin 1998).

C'est une directive qui a été établie par les industriels. Le fabricant est responsable de la mise sur le marché en respectant des conditions d'exigences en terme de sécurité, de performances et des risques acceptables au regard des bénéfices apportés mais aussi par rapport à la conception et à la construction.

Le code de la santé publique précise en son article L.5211-1 que relève de la notion de dispositif médical : « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine ou tout autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé par l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue pas des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ».

Ces matériels doivent disposer du marquage CE pour être mis sur le marché de l'union européenne. Le marquage CE, apposé par le fabricant, atteste de la conformité aux exigences essentielles de sécurité des directives.

Selon le degré de risques présenté par le dispositif médical, le niveau de preuves à apporter pour apposer le marquage CE est différent (4 classes).

En dehors de quelques produits relevant de la classe IIa, les aides techniques relèvent de la classe I pour laquelle la procédure à suivre est l'auto-certification. L'AFSSAPS assure une surveillance du marché en effectuant des actions de contrôle, d'inspection, et d'évaluation. Enfin, elle assure la matériovigilance : il appartient aux utilisateurs de déclarer à l'AFSSAPS tout incident ou risque d'incident. Chaque déclaration est classée en fonction d'un niveau de criticité et conduit à un traitement plus ou moins urgent.

La DGCCRF précise que le nouveau code de la santé publique lui a conservé ses prérogatives sur un certain nombre de produits (communs avec l'AFSSAPS). La DGCCRF siège aussi au CEPS sur les volets médicaments et dispositifs médicaux. Elle précise que le code de la consommation en ses articles 221-3 à 5 énumère les conditions générales de mise sur le marché et les conditions de retrait des produits précités. En outre le livre II du code de la consommation prévoit les modalités de contrôle pouvant être exercés par les agents de la DGCCRF, sachant qu'ils ont des pouvoirs plus restreints que ceux de l'AFSSAPS car sauf urgence ils doivent passer par un juge. Les interventions de la DGCCRF ont lieu sur plainte/dénonciations des consommateurs et de plus en plus conjointement avec l'AFSSAPS.

Mme de PENANSTER souligne que le statut d'une aide technique dépend des revendications du fabricant. Beaucoup d'aides techniques ne sont pas des dispositifs médicaux mais des produits grand public non soumis au marquage CE. L'aide technique - dispositif médical - est soumis au contrôle de l'AFSSAPS et des services déconcentrés de la DGCCRF, ce n'est pas le cas des autres types d'aides techniques dont la sécurité relève du code de la consommation et son contrôle des seuls services de la DGCCRF. La marque NF est un label de qualité qui relève d'une démarche volontaire de la part du fabricant. N'étant pas obligatoire, elle ne peut donc pas être un outil de sécurité pour les produits ne relevant pas des dispositifs médicaux, car la sécurité est une notion qui ne peut pas être facultative.

Le CTHNERHI rappelle brièvement l'évaluation menée en 1999 sur 4 sites expérimentaux mis en place afin de faciliter le financement de solutions de compensations fonctionnelles par une meilleure mobilisation et coordination des différents partenaires. Le résultat de l'évaluation avait permis de prôner une généralisation du dispositif. Il ajoute qu'un des problèmes soulevés est la difficulté qu'il y a à prescrire une aide technique compte tenu du nombre de matériels à disposition sur le marché.

Mme TRIOMPHE indique que la disparition du CNRH et de l'ensemble de sa base de donnée est une source de difficulté puisque le CNRH mettait à la disposition des professionnels une base de donnée source de renseignements importante sur l'ensemble des aides techniques.

La DGAS évoque le problème des sites pour la vie autonome qui remboursent en extra-légal des aides techniques (sans gage de sécurité, de qualité etc). Or les équipes techniques d'évaluation attendent des règles précises (normes, solvabilisation...) règles qui pourraient être calées sur ce qui se fait dans le domaine automobile. Elle ajoute que l'évaluation des 43 sites de la vie autonome mis en place à ce jour doit permettre de dégager les traits saillants qu'il y a lieu d'inscrire dans le droit.

II) Le groupe plénier auditionne ensuite 5 associations :

En ce qui concerne les aides techniques, **le GIHP** regrette que le système actuel fondé sur le TIPS soit dans l'incapacité de satisfaire la demande de la personne handicapée tant sur la nature du matériel que sur la prise en charge du matériel. Il reconnaît que le dispositif pour la vie autonome représente certes une avancée mais redoute que le développement du dispositif SVA au niveau départemental n'entraîne des inégalités de traitement (âge, prise en compte des ressources). Il lui semble urgent de donner un ancrage juridique au dispositif qui ne repose que sur le système du remboursement en extra-légal et accroît donc les inégalités. Se pose aussi le problème de la rémunération des équipes techniques labellisées. Il semble donc souhaitable que le dispositif des sites pour la vie autonome dispose rapidement d'un ancrage juridique national. Enfin, il milite pour la création d'un cinquième risque.

La FNATH estime qu'une meilleure prise en charge des aides techniques entre dans le cadre d'un véritable droit à compensation du handicap et du respect de ce droit. La prise en charge des aides techniques est souvent complexe et incomplète. La FNATH souhaite que dès lors que l'utilité d'une aide technique ait été reconnue médicalement, celle-ci doit être prise en charge intégralement. Il est indispensable de décider de la prise en charge des aides techniques le plus souvent dans le cadre légal afin de maîtriser le rapport qualité/prix et d'encadrer les coûts en les rendant opposables. Il lui semble aussi indispensable de réfléchir à une prise en charge plus universelle et moins inégale. La FNATH est très critique sur le dispositif des sites pour la vie autonome (nécessité d'harmoniser le dispositif).

Le CLAPEAHA souligne avant tout que compte-tenu de la population (avec des pathologies allant dans le sens d'une aggravation) auquel il est confronté, les aides techniques sont au second rang par rapport aux aides humaines. Il note que le coût des aides est en forte augmentation (ex : matériels électroniques...), que la prise en charge des aides financières est très inégale et dépend aussi du statut professionnel de la personne handicapée qui travaille ou pas, vit isolée ou en établissement. Une régulation du marché des aides techniques lui semble indispensable en particulier pour les matériels fabriqués en série limitée. En outre, il lui semblerait intéressant d'encourager la création de coopératives d'achat pour les appareillages rares à l'instar de ce qui se fait en Belgique.

L'APF souhaite situer sa réflexion dans le cadre de la nouvelle loi d'orientation (réforme de la loi d'orientation). Les aides techniques font partie des moyens de compensation parmi d'autres (aides humaines/aides animalières). Le financement des moyens de compensation entre dans le concept d'égalisation des chances et de compensation et est indépendant des ressources financières de la personne handicapée. L'association souhaite que le financement des aides techniques s'effectue à partir de l'évaluation des besoins et de leur compensation nécessaire aux fonctions vitales, à l'autonomie, à la participation sociale et non plus à plus à partir du matériel répertorié, qu'il y ait un fonds de compensation unique alimenté par les différents organismes de protection sociale et collectivités publiques et que l'Etat veille à éviter les inégalités de traitement sur l'ensemble du territoire. L'APF suggère que le financement des aides techniques se fasse par le biais d'une allocation compensatrice individualisée.

**PROCES VERBAL APPROUVE DE LA REUNION
DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AIDES TECHNIQUES
DU 16 DECEMBRE 2002**

Participants :

Professeur LECOMTE / présidente

Mme le Dr de PENANSTER / personnalité qualifiée

Mme TRIOMPHE, INSERM, personnalité qualifiée

Mme HODEBAR-ORDENER, M BOURELY / DGAS

M le Dr POLLEZ / DGS

Mme le Dr STERN et Mme CHEINEY / DSS

Mme MAUSS / DHOS

Mme le Dr VEAUX-RENAULT Mme le Dr FODE, M.GARDAN / ministère de la défense

M.ROUGET / CNAMTS

Mme ALONSO / caisse centrale de la MSA

Personnes excusées :

M. le Dr BOULONGNE, CRF de COUBERT (77), personnalité qualifiée

Mme VAUGELADE / AFSSAPS

Mme CASANOVA/DGS

Mme le Dr VANDENBERGHE/CNAMTS

Associations présentes pour audition :

UNAFAM, M.CANNEVA

UNAPEI, M.COQUEBERT

UNISDA, M.GANTET

CNPSAA, Mme RENARD

I) Auditions des associations :

Le CNPSAA indique que la population suivie par l'association est en pleine évolution en raison avant tout des progrès médicaux. Il y a ainsi de moins en moins de personnes aveugles de naissance alors que dans le même temps, il y a de plus en plus de personnes malvoyantes. La première conséquence est donc une utilisation moindre du braille et le recours de plus en plus important aux aides techniques (optiques diverses , matériel audio...).

La prise en charge des aides techniques et en particulier des lunettes devrait être améliorée avec notamment une prise en charge correcte de ces matériels tous les deux ans.

Les aides optiques ainsi que le matériel braille devraient aussi voir leurs conditions de remboursement améliorés avec une périodicité plus rapprochée (3 à 5 ans).

L'ensemble des matériels à disposition du public doit faire l'objet d'une évaluation avant d'être remis définitivement à la personne afin d'éviter que le produit ne soit mal ou pas utilisé par la suite. Cette évaluation peut être menée par les équipes labellisées des sites pour la vie autonome mais elles sont en nombre insuffisants. Les ETELS (spécialisées en ophtalmologie doivent donc être renforcés par l'apport des CICAT qui couvrent la moitié de l'hexagone. Il est impératif que les statuts, missions et objectifs de ces différents dispositifs soient clarifiés. Enfin, une structure nationale devrait venir chapeauter l'ensemble de ce réseau (tout en assurant un ensemble de mission (évaluation, veille technologique...).

L'UNAFAM souligne que lors de la mise en place du nouveau CNCPH, le Président de la république a souligné que le handicap psychique n'était pas reconnu à sa juste mesure alors même qu'il concerne un grand nombre de personnes. L'UNAFAM souligne que le handicap psychique « n'est pas une déficience intellectuelle » mais la conséquence de maladies touchant le psychisme et le comportement et ajoute que l'isolement, la solitude de la personne sont déterminants dans les passages à l'acte. L'UNAFAM regrette le manque de structures d'accueil et « demande qu'un plan d'urgence soit mis en œuvre ». En ce qui concerne les aides techniques, ce sont les aides humaines dans une acceptation large qui apparaissent prioritaires dans ce type de handicap (recrutement d'assistantes sociales pour aider les aidants de l'UNAFAM dans leurs démarches administratives). Pour le handicap psychique, la difficulté première est de concilier la liberté de la personne qui se soigne ou pas et le fait de ne pas l'abandonner à son sort. Enfin l'association souligne que la personne malade, la famille, les soignants et enfin les services sociaux sont des partenaires obligatoires qui doivent travailler ensemble.

L'UNISDA souligne que la réponse à la surdité n'est pas toujours les appareils auditifs (qui captent tout (bons et mauvais sons et ce de façon déformée). Pour les personnes sourdes totales, la communication passe aussi par la langue des signes. Il existe d'autres méthodes qui répondent plus ou moins au handicap (lecture labiale, langue française parl e complétée qui par le biais d'un code manuel autour du visage permet de « reconnaître » des phonèmes. L'UNISDA comme le CNPSAA souligne l'importance qu'il y a à apporter à la personne la « bonne aide technique » afin que celle ci n'achète pas un matériel qui s'av rera inutile au bout de quelques semaines.

II) Audition des pilotes des sous-groupes de travail :

Les sous-groupes étaient dirigés par les personnes suivantes :

- incapacité motrice

docteur BOUCHARNY (structure GUIDE   COUBERT 77) et Mme CORDIER, (ergothérapeute et coordinatrice du SCAPH 95)

- incapacité psychique

docteur BOUSSAT, chef de service au CHS de la Côte Basque.

- incapacité visuelle

M.JACQUET, président du GAIPAR

- incapacité auditive

M. et Mme RENARD, respectivement président et secrétaire générale du CNPSAA

-poly-incapacité

M.JOUBERT, ergothérapeute CICAT de Nov ant/Moselle

- incapacité mentale

M.CHABERT, président des Paillons Blancs de l'agglomération rouennaise

- poly-incapacité sensorielle/personnes sourdes aveugles ou sourdes malvoyantes

M. SOURIAU, directeur du CRESAM.

Ils expliquent comment ils ont procédé pour remplir la grille de travail sur les aides techniques rédigée par la présidente du groupe de travail et Mme de PENANSTER.

Excepté pour M. JOUBERT qui dirigeait le sous-groupe sur le polyhandicap et qui a remis une synthèse finale, les autres sous-groupes n'ont pas terminé la rédaction de leur document et s'engagent à le faire parvenir très rapidement.

L'ensemble des documents présentés par les pilotes est remis aux membres du groupe de travail. Les synthèses leur seront envoyées d s réception.

**PROCES-VERBAL APPROUVE DE LA REUNION
DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES AIDES TECHNIQUES
DU 6 JANVIER 2003**

Participants :

Professeur LECOMTE / présidente

Mme le Dr de PENANSTER / personnalité qualifiée

Mme Annie TRIOMPHE, INSERM, personnalité qualifiée

M. le Dr BOULONGNE, CRF de COUBERT (77), personnalité qualifiée

Mme HODEBAR-ORDENER, DGAS

Mme CASANOVA, M le Dr POLLEZ / DGS

Mme le Dr STERN, Mme CHEINEY, M.SEILLER/ DSS

Mme MAUSS / DHOS

Mme VAUGELADE / AFSSAPS

Mme le Dr FODE, Mme le Dr VEAUX-RENAULT, M.GARDAN / ministère de la défense

Mme le Dr VANDENBERGHE, Mme MARTRAY, M.ROUGET / CNAMTS

M MERIGUET / caisse centrale de la MSA

Excusé : *M. BOURELY/DGAS*

Absente : *Mme SEBAG/Ministère de l'Industrie*

La réunion de ce jour avait pour objet de faire un premier bilan par les membres du groupe de travail :

- sur les positions défendues par les associations sur le dossier des aides techniques.
- sur les synthèses présentées par les sous-groupes de travail (sur ce point et compte-tenu des délais impartis très courts, seul le document finalisé de M. JOUBERT, du sous-groupe poly-incapacité a été remis à l'ensemble des membres le 16 décembre. Les autres synthèses, pour partie, ont été envoyées par courrier fin décembre et pour le reste, distribuées en réunion.
- sur la classification des aides techniques nécessaires aux patients et leur prise en charge.

La DHOS souligne qu'en dehors des MPR, il n'existe pas de schéma unique et qu'il est donc difficile de quantifier les aides techniques qui peuvent être délivrées par des acteurs aussi divers que les médecins, les ESVAD (structures qui relèvent de l'APF, etc). A la sortie de l'hôpital, les modalités de prise en charge de la personne sont variées et par conséquent « son accès aux aides techniques aussi ». Par contre, lors de l'hospitalisation l'appareillage appartient à la structure de soins. Pour les personnes en situation de détresse mentale, la démarche engagée aujourd'hui consiste à aménager avant tout des dispositifs de réinsertion sociale dans un environnement médico-social. Cette reconversion pose des problèmes d'insertion en milieu ordinaire, d'accompagnement de la personne...

La DSS souhaite que le rapport contribue à donner des éléments de doctrine générale et non pas de raisonner aide par aide. Dans ce dernier cas de figure en effet, cela risquerait d'être un obstacle lors de l'introduction d'un nouveau matériel. En raison des difficultés rencontrées par les sous-groupes pour remplir les grilles sur les aides techniques et les classer, la DSS se demande si la CIF ne peut pas servir de base de réflexion et support. Elle propose donc de partir de la personne plutôt que de l'aide technique et de rechercher des données disponibles sur les systèmes de prise en charge des aides techniques à l'étranger. La DSS souligne que la démarche actuelle permet de vendre n'importe quelle aide technique aux handicapés. A ce stade des travaux du groupe de travail, une

approche globale doit être retenue. La DSS souligne la difficulté qu'il y a à établir un ordre de priorité entre les différentes aides techniques sans tenir compte du cadre budgétaire et de sa conjoncture difficile.

L'AFSSAPS constate qu'il existe beaucoup de produits frontières. Le classement de l'aide technique en dispositif médical ou pas dépend beaucoup de la manière dont le fabricant positionne son matériel.

Le ministère de la défense est en accord avec les positions qu'ont défendues principalement la FNATH, le GIHP, et l'APF et en particulier celle du GIHP lorsqu'il intègre la notion de social au médical. Sur la prise en charge, tout baser sur la seule LPPR ne peut pas être la bonne solution, ni la seule solution car si ce choix était retenu, on risquerait de laisser de côté un certain nombre de produits en raison notamment des évolutions techniques très rapides. La préconisation d'une aide technique dépasse la dichotomie entre social et médical et le bénéficiaire doit pouvoir apprécier (dans le sens donner son avis, évaluer) également l'aide technique qu'on lui préconise, comme le propose le sous-groupe de travail poly-incapacité piloté par M JOUBERT. Il est impératif que la 1ère prescription soit faite par un médecin spécialiste et qu'un essai préalable soit réalisé dans certains cas (à déterminer). Dans le cas d'un renouvellement de l'aide technique, selon que l'aide technique est identique ou différente de la précédente, la prescription relèvera d'un médecin généraliste ou spécialiste. Le ministère de la défense défend également l'idée d'une intensification de la présence d'équipes hospitalières (médecin, ergothérapeute, kinésithérapeute) ou assimilées (CRRF) dans les SVA. Enfin, afin de rester dans le cadre de la mission confiée à la présidente du groupe de travail, s'il était indispensable de classer les aides techniques, il lui semblerait plus facile de classer les fonctions à compenser à partir de la CIF OMS 2002 et ensuite, de classer les moyens de compensation ou aides techniques sur cette base.

La CCMSA indique qu'en raison des contraintes budgétaires actuelles, seuls les produits d'ordre médical et médico-social doivent être pris en compte. Elle souhaite une meilleure prise en charge et que celle-ci soit adaptée à la personne handicapée. Pour autant compte-tenu des contraintes évoquées ci-dessus, il apparaît souhaitable de s'en tenir à des orientations générales.

La DGS note que l'approche par produit n'est pas satisfaisante mais au moins a le mérite d'exister. Ce n'est pas la nature de l'aide technique qui peut définir sa prise en charge « a priori ». C'est la solution particulière, individuelle, de la personne handicapée devant recourir à cette aide technique et les conditions de son usage qui donneront à l'aide technique son caractère sanitaire ou social. Selon la personne, une aide technique peut être un élément de compensation ou un élément de confort de vie. Il existe déjà des procédures d'analyse différenciée pour l'accès aux aides techniques (ETEL des sites pour la vie autonome ou pour la délivrance et le remboursement des fauteuils roulants électriques, qui doivent être essayés). La préconisation et la prise en charge d'une aide technique doivent être le résultat d'une approche centrée sur la personne et sa situation spécifique et du travail d'une équipe pluridisciplinaire où l'ergothérapeute a sa place. Ces équipes pluridisciplinaires et en particulier les ETEL doivent être indépendantes ; sur ce point, il y a consensus avec la CNAMTS, la DGS et le ministère de la défense. Par contre la prescription du matériel doit rester le fait d'un médecin prescripteur reconnu en tant que tel. Il est proposé qu'une liste limitative de spécialités médicales prescriptrices d'aides techniques soit établie, ce d'autant que pour prescrire une aide technique pertinente, il faut avoir la connaissance du marché, c'est à dire de l'état de l'offre, toujours en évolution. La DGS, le Ministère de la Défense et la DSS jugent que la prescription d'une aide technique ne doit pas être un acte inaugural mais bien au contraire un acte final. L'amélioration des conditions fonctionnelles de la personne par une aide technique doit prendre place, dans l'ordre des interventions, avant la proposition de recours à une aide humaine. Il est proposé l'idée d'une prise en charge des aides techniques à géométrie variable. Enfin et par ailleurs, la DGS ajoute que dans la grille de travail sur les aides techniques, certaines sont plutôt des

outils thérapeutiques, c'est à dire des produits utilisés pour réduire les déficiences de la personne alors que les aides techniques sont des moyens de compensation pour contourner la déficience générée par une déficience.

La CNAMTS indique qu'elle finance environ la moitié du budget social du handicap en France (11 milliards d'euros), elle ajoute qu'elle n'a pas souhaité lors des auditions des associations réagir aux propos revendicatifs de ces dernières dans la mesure où l'objet de la mission LECOMTE n'est pas d'être une plate-forme revendicative. L'assurance maladie a la conviction que le droit à compensation tel qu'annoncé par deux lois devrait prendre forme dans le cadre de la rénovation de la loi 75-534 du 30 juin 1975, chantier annoncé pour 2003.

S'agissant des aides techniques, la démarche d'une ventilation de ces aides par grandes fonctions sociales, médicales ou mixtes ne semble pas constituer un socle permettant de désigner un financeur par la suite. La CNAMTS n'est pas opposée à l'ouverture de la LPP à un plus grand nombre d'aides techniques mais sous certaines conditions et notamment que ces aides correspondent bien à la compensation d'une altération organique. L'ouverture de la LPP à un plus grand nombre d'aides techniques ne doit pas être « la » solution au droit à compensation. La CNAMTS réitère sa position sur l'obligation d'une évaluation et de préconisations de solutions de compensations pour la personne handicapée dans sa globalité, par une équipe pluridisciplinaire et dans le respect de son choix de vie. L'Assurance maladie rappelle enfin qu'elle souhaite la tenue d'une table ronde réunissant l'ensemble des partenaires du champ médico social handicap afin de clarifier les champs de compétence et donc des champs de financement.

Mme TRIOMPHE insiste sur la nécessité d'avoir une banque de données de l'ensemble des matériels à disposition pour toutes les personnes qui prescrivent.

Il est rappelé en fin de réunion que les administrations s'engagent à fournir dans les 15 jours une position officielle sur le problème des aides techniques abordé par le groupe de travail.

ANNEXE 6



Les sous groupes

- Les membres
- Le document d'aide au travail
- Conclusions
- Analyse quantitative des résultats des sous groupes

ANNEXE 6

----- Constitution des sous groupes -----

Sous groupe n°1 « Incapacité motrice »:

Pilotes : Dr Boucharny : médecin de médecine physique - structure Guide.
Mme Cordier : ergothérapeute, Scaph 95.

Membres :

pour les adultes :

Dr. Boulongne, CRF de Coubert, Coubert (77)
Dr. Busnel : Médecin coordonnateur, CRF de Kerpape et CICAT - Ploemeur (56)
Dr. Colin : Médecin coordonnateur, CRF de l'Arche, Le Mans (72)
M. Crame, directeur, Foyer résidence Sénar, foyer d'accueil, Combs la Ville (77)
Dr. Enjalbert : Médecin coordonnateur, CRF Bpoffard-Vercelli - Cerbère (66)
M le Belloy et M. Ancel, ergothérapeute cadre, CRFF St. Omer en Chaussée (60)
Dr. le Nouvel, Directeur médical, CMPJA, CRFF Bouffémont (95)

pour les personnes âgées :

Dr. Aquino, Médecin chef d'établissement, Clinique de la porte verte, Services unité d'évaluation gérontologie, Versailles (78).
Mme Defosse Agut, Ergothérapeute, Equipe mobile – Hôpital de jour, Hôpital Bretonneau, Paris 18.
M. Tulasne, Ergothérapeute, Service de soins infirmiers à domicile, Association les amis, Paris 17,

pour les enfants :

M. Bengler, Directeur, SESSD, Service ambulatoire, Bonneuil (94)
Dr. Berard, Chef de service, L'Escale, Hôpital de jour, Pierre Bénite (69)
Dr. Carpentier, Médecin coordonnateur, Réseau nouvelles technologies, CRF M. Sautelet, Villeneuve d'Ascq (59).
M. Chetail, Directeur, CAMSP, Service ambulatoire, Grenoble (38).

pour la connaissance des financements :

Mme. Arnal, Déléguée départementale, ESVAD, Montpellier (34)
M. Bès, Délégué départemental APF, ESVAD, CICAT, St- Etienne (42)
Mme Cordier, coordinatrice, SCAPH 95- CICAT, Bouffémont (95)
M Cunin : AFM
M Deschamps , APF, Directrice technique nationale, Vie sociale
M Gaillard, directeur , CRAMIF, Service social régional
M. Piponnier, Président, Mutualité française – CICAT, Chalon-sur-Saône (71)

Sous groupe n°2 « Incapacité mentale/psychique » :

*** Incapacité mentale : n°2A**

Pilote : Dr Chabert : Les Papillons blancs.

Membres :

Mme Gerault, psychologue, directrice de l'association les papillons blancs de l'agglomération Ruennaise et de pays de Cau.

Mme Mendes, responsable d'un SESSAD

Mme Cousin, directrice d'un Centre d'activité de jour et d'un foyer pour personnes fréquentant un CAJ ou un CAT.

M Gambaro, directeur d'un CAT et d'un service d'accompagnement à la vie sociale,

M et Mme Chabert, famille.

*** Incapacité psychique : n°2B**

Pilote : Dr Boussat : Chef de service de psychiatrie, hôpital de Bayonne.

Membres ayant participé :

M. Canivet : CNAV

M. Canneva : Président UNAFAM

Dr. Grange : MSA 64

M et Mme Gregori : CIS

Dr. Holstein : AP HP

Pr. Lanteri Laura : EPHESS

Dr Mandry : Secrétaire général Syndicat des psychiatres français

Dr. Masse : hôpital Ste Anne

Dr. Petrissans, Médecin Psychiatre, Centre Hospitalier de la Côte Basque, 64 Bayonne.

Pr. M. Reynaud : AP HP

Dr. M. Schweitzer : AP HP

Dr. J.M. Wirotius : RRF

Ainsi que de très nombreuses personnes qui ont accepté de répondre oralement, en particulier :

- le personnel soignant du Secteur 8 de Psychiatrie des Pyrénées-Atlantiques, les patients et leurs familles,
- Les participants au Congrès Psy & SNC,

*Les participants à la Journée Nationale de la Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques.

Sous groupe n°3 : « Incapacités sensorielles » :

*** Déficience visuelle : n°3A :**

pilote : M Jacquet : CNSPAA

membres :

- membres de la Commission des aides techniques du Comité National pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes (CNPSAA),
- membres de la Commission des aides techniques de la Fédération des Aveugles et Handicapés visuels de France (FAF),
- à trois membres de l'association Groupement d'Action pour l'Insertion et la Promotion des Aveugles de la Région Auvergne (GAIPAR) et de la Fédération.

Certains spécialistes ont apporté leurs concours dont :

- un ergothérapeute,
- un ophtalmologiste,
- un responsable de magasin de matériel spécialisé,
- un ingénieur chargé de recherches et développements,
- deux responsables de services sociaux,
- le Président de la commission juridique du CNPSAA.

*** Déficience auditive : n°3B :**

pilote : M et Mme Renard

membres :

M Béourtarte : Documentaliste bénévole de l'Unisda (site Iddanet.net; correspondant de Handibase)

M. Bouhier : Professeur dans un établissement d'enseignement spécialisé.

Mme Cocard : Président de l'AFIAC (Association française des implantés cochléaires)

M. Decaillon : Formateur spécialisé, Président de Juris-Sourds (Lille)

M. Faucillon : Responsable informatique et vidéo dans un établissement d'enseignement spécialisé (INJS), Vice président de l'Unisda.

M. Féret : Ingénieur en informatique Webmestre de www.Visuf.org

Mme de Saint-Loup : Directrice d'établissement d'enseignement spécialisé (Cours Morvan).

Mme Sidier : Journaliste et webmestre,

Mme Zambrano : Docteur-ingénieur en acoustique, dirige la mission « Handicaps » de France Télécom

Sous groupe n°4 « Polyincapacités »

Sous groupe n°4 A : Polyincapacités motrices et autres.

Pilotes : M Joubert, ergothérapeute CICAT

Membres

M Schneider, ergothérapeute, Chargé de Mission du Dispositif Site Vie Autonome de Meurthe et Moselle

Mme Royer, cadre de Santé en Masso-kinésithérapie, enseignante à l'Institut de Masso-kinésithérapie de Nancy (Meurthe et Moselle)

M Marouse, ergothérapeute, association Fondation BOMPARD / Service de Maintien des Handicapés à Domicile

M Gable, cadre de Santé en ergothérapie, directeur de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy (Meurthe et Moselle)

Mme Taesch, ergothérapeute, association Fondation BOMPARD / Service de Maintien des Handicapés à Domicile

M Joubert, ancien directeur d'établissement spécialisé, secrétaire général du CTNERHI

Mme DAMIEN, ergothérapeute, association Fondation BOMPARD / Maison d'Accueil Spécialisé

Mme Ouzet, ergothérapeute, centre d'évaluation et d'aide technique aux personnes en situation de handicap de Mulhouse

Mme Pratto, kinésithérapeute, association Fondation BOMPARD / Maison d'Accueil Spécialisé

Sous groupe n° 4 B : Polyincapacités sensorielles

Pilotes : M Souriau : directeur du CRESAM.

Membres

* particuliers et familles :

Mr Bardet

M Bennani

M Blanc

Mr et Mme Buteux

Mme Casanova

Mr et Mme Desprin

Mme Devret

Mr et Mme Faivre

Mr et Mme Hattet

M Klidas

Mr et Mme Larson

Mr et Mme Le Boursicaux

Mr et Mme Lemoine

Mme Lévy

Mme Lepicier

M Lime

M Mariaud

Mme Radureau

Mr et Mme Ribas

Mme Van Espen

* professionnels :

M Besson,

Mme Blouin,

Mme Bodot
Mme Dangleterre
Mme le Page
Mme Martel
Mme Pacault
Mme Pellerin
Mme Robin
Mme Zasso

DOCUMENTS

d'aide au travail des sous groupes

Aides techniques

Définition :

« Tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap » (norme ISO 9999).

Explications des tableaux

On entend :

- par « capacité sensorielle »: les incapacités visuelles, auditives .
- Par « aide à la fonction » (colonne 2) : à titre d'exemples :
 - Communication (orale, écrite, capacité de vivre en groupe)
 - Hygiène, soins corporels, santé (toilette, élimination WC, habillage, suivi de la santé, aménagements des sanitaires)
 - Mobilité (transfert, positionnement, préhension, déplacements internes ou externes, transport, achat, courses, travail, aménagements des locaux)
 - Domestique (alimentation, préparation des repas, ménage)
 - Intégrité du corps et esthétique
 - Sensorielle (vue, audition, parole, voix)
 - Cohérence (protection sécurité, gestion de budget, utilisation de l'appareillage, capacité de vivre en groupe)
 - Apprentissage, culture loisirs (se former, travailler, loisirs)
 - Autre
- Par « gravité de la déficience » (colonne 4) :
 - Absolue :1
 - Grave : 2
 - Modérée :3
- Par «aide humaine associée » (colonne 7) :
 - Préciser si oui ou non
 - dans l'affirmative : préciser si 1, 2 ou 3 **et** A, B ou C
 - 1 = information et conseil,
 - 2= accompagnement,
 - 3 = suivi.
 - A = supervision
 - B = aide partielle
 - C = aide totale
- par « critères de priorité » (colonne 8) quelle que soit la gravité de l'incapacité :
 - 1 = indispensable
 - 2 = nécessaire
 - 3 = utile.

- par « relève du médical, social ou mixte » (colonne 9) : se référer à la définition du CIF de l'OMS soit :
 - « médical » : Le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels.
 - « social » : Le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société.

Justifier l'ensemble des choix et faire une synthèse par groupe.

Groupe n°: (à compléter)

Appareillage, mobilier ou accessoire

Données économiques

Types d'appareils	Inscrit à la LPP assurance maladie	Mutuelles Montants moyens en €	Aide sociale Montants moyens en €	AGEFIPH Montants moyens en €	Autres organismes Montants moyens en €	Participation financière de la personne Montants moyens en €
prothèses oculaires						
prothèses faciales						
prothèses externes sur mesure						
revêtements esthétiques GAO						
gants en cuir pour prothèses						
prothèses mammaires externes						
postiches						
lunettes						
aides auditives						
prothèses vocales						
canules trachéales						
prothèses respiratoires						
orthèses externes sur mesure.						
prothèses externes sur mesure						
poches pour stomisés						
sondes urinaires,						
poches de recueil,						
étuis péniens,						
produits absorbants : changes complets, couches,						
poches pour incontinence fécale						
planche de bain						
coquille de bain pour enfant avec socle						
siège de baignoire						
siège élévateur de bain						
siège douche fixe ou mobile, avec positionnement						

brancard de douche						
douche au lit						
shampoing au lit						
barres d'appui fixes ou relevables						
surélévateur de WC avec barres d'appui						
surélévateur de WC sans barres d'appui						
lunette de WC avec hauteur d'appui auto-réglable						
chaise percée						
urinal						
douchette et séchoirs à air chaud pour WC						
cadre de toilette						
robinetterie adaptée						
cannes						
béquilles						
déambulateur,						
Rollator						
cadre de marche						
poussettes						
fauteuils roulants à pousser						
fauteuils roulants manuels						
fauteuils roulants manuels évolutif pour enfants						
fauteuils roulants sport						
dispositif de propulsion électrique pour fauteuil roulant manuel						
fauteuils roulants électriques						
fauteuils roulants verticalisateurs						
fauteuils roulants multiposition						

fauteuils roulants monte marche ou trottoir						
dispositifs d'aide à la propulsion						
sièges à roulettes avec freins						
tricycles						
scooters						
franchisseur d'escalier						
lits médicaux et barrières						
coussins et matelas anti escarres						
coussins de décharge du talon, genou, coude						
housse de protection						
table de lit						
soulève personnes ou élevateur de personnes						
achat de sangles						
planche ou disque de transfert						
échelle de corde						
guidon de transfert						
potence sur pied						
siège avec mécanisme d'aide à se lever, s'asseoir						
appareil de soutien partiel						
aménagement conduite automobile : accélérateur, embrayage et frein adaptés, inversion de pédale, hayon élevateur.....						
volant adapté						
siège de voiture adapté, pivotant et sortant						
système pour entrer le VHP dans la voiture						
four parlant						

plaque de cuisson parlante						
balance parlante						
fourchettes, couteaux, assiettes avec rebord						
mesure hauteur liquide						
enfile chaussettes						
pince à long manches						
matériel informatique						
système d'alarme et de surveillance						
synthèse vocale						
téléphone adapté						
interface spécifique						
casque de protection						
système d'alarmes						
tourne page						
livres en braille, machines à taper en braille						
photocopie en braille						
tablette et poinçon						
mappemonde en braille						
jeux adaptés						
jeux d'éveil						
Autres						

Groupe n°: (à compléter)

Appareillage immobilier : Aides à la vie à domicile ou à l'environnement social

Données économiques

Types d'appareils	Inscrit à la LPP assurance maladie	Mutuelles Montants moyens en €	Aide sociale Montants moyens en €	AGEFIPH Montants moyens en €	Autres organismes Montants moyens en €	Participation financière de la personne Montants moyens en €
Aménagement de la salle de bain : mise en place de lavabos adaptés à un VHP, baignoire s'ouvrant, douche adaptée.....						
Aménagement des WC						
Aménagement de la chambre						
Aménagement de la cuisine : plan de travail à hauteur variable...						
plans inclinés						
aires de circulation						
plates formes élévatrices						
plate forme monte escalier						
rampes d'accès						
système de contrôle de l'environnement à la voix						
Système organisationnel de logement : ex appartement thérapeutique...						
Autres						

Groupe n°: (à compléter)

Aides humaines et aides animalières : Aides à la vie à domicile ou à l'environnement social

Aides humaines Données économiques

Types	Mutuelles Montants moyens en €	Aide sociale Montants moyens en €	AGEFIPH Montants moyens en €	Autres organismes Montants moyens en €	Participation financière de la personne Montants moyens en €
infirmiers					
aides soignants					
auxiliaires de vie					
aides ménagères					
Autres					

Aides animalières Données économiques

Types	Mutuelles Montants moyens en €	Aide sociale Montants moyens en €	AGEFIPH Montants moyens en €	Autres organismes Montants moyens en €	Participation financière de la personne Montants moyens en €
Chiens d'aveugle					
Singes pour tétraplégique					
Autres					

Synthèses des sous groupes

Sous groupe n°1 : Incapacité motrice

I INTRODUCTION

Dans l'objectif de faire un état des lieux concernant les aides techniques et leurs prises en charge, une enquête a été réalisée auprès de plusieurs structures toutes préconisatrices, et des associations de personnes handicapées. Ces structures ont été choisies également afin que l'ensemble couvre les problématiques de toutes les tranches d'âge, et soit le reflet des approches d'équipes institutionnelles et ambulatoires.

Le support de cette enquête est le document de travail remis aux sous-groupes et qui a été diffusé et commenté à tous ses destinataires.

19 structures ont été sollicitées, 1 a déclaré ne pas pouvoir répondre compte tenu des délais, 1 n'a pas souhaité répondre, 1 a répondu hors délais, 4 n'ont pas répondu, 12 ont répondu (4 services d'établissements et 8 équipes ambulatoires).

Deux associations et une institution ont été saisies plus particulièrement pour recueillir des données économiques; toutes ont répondu. Seules les associations ont pu fournir des informations.

II EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE

2.1 – LES DONNEES TECHNIQUES

2.1.1 - Introduction

- ◆ L'ensemble des réponses a été réparti sur un seul tableau détaillant le nombre de répondants par type de produit et le nombre de réponses par code pour chaque item. Les critères de choix entre médical et social, exceptionnellement renseignés, n'ont pas été repris.
- ◆ Dans la mesure où les fonctions compensées par l'aide technique n'ont pas fait l'objet de remarques collectives de la part des structures interrogées, n'ont pas été repris dans le tableau de synthèse.

2.1.2 – Observations générales

2.1.2.1 – Sur les aides techniques

1. 80 produits concernent les déficiences motrices et ont fait l'objet de l'analyse suivante.
2. A l'exception de quelques produits particuliers, particulièrement destinés à l'enfant, la majorité des aides techniques est proposable quelles que soient les tranches d'âge.
3. Seuls deux produits sont rattachés à la gravité maximale. Il s'agit en fait d'appareillages respiratoires. 20 répondent à deux critères et 58 aux trois critères de gravité. Il s'agit par ailleurs d'un critère très subjectif (cf. remarques de répondants).

Ainsi la gravité de la déficience n'apparaît pas un critère discriminant de l'intérêt d'une aide technique.

4. La grande majorité (11 sur 12) des structures interrogées n'a pas dissocié l'autonomie de la qualité de la vie et à quelques exceptions près, l'ensemble des produits ont été reconnus nécessaires aux deux.

5. La présence d'une aide humaine est pratiquement constante, si ce n'est pour l'utilisation, au moins pour l'accès à la mise en place de l'aide technique (cf. remarques des répondants).

Ceci implique que l'accès à une aide humaine doit très souvent être pris en considération lors de la préconisation d'une aide technique.

6. Huit produits sont rattachés à une seule catégorie de priorité, notamment la une. Il s'agit d'appareillages respiratoires et sphinctériens. Deux relèvent de deux priorités et la majorité (70) relève de toutes. Seules 3 aides techniques sur 72 (enfile chaussette, couteau-fourchette, fauteuil roulant de sport) sont considérées comme plus utiles qu'indispensables, les 69 autres sont considérées comme plus indispensables qu'utiles.

Par ailleurs, la priorité, selon la définition donnée, étant en rapport avec la déficience, ne peut se décliner qu'en regard de chaque degré de gravité. Mais surtout la priorité ne peut se définir qu'en regard d'une situation résultante de multiples facteurs (cf. remarques des répondants).

La priorité n'est donc pas un critère discriminant de l'intérêt d'une aide technique.

7. Aucune aide n'est considérée comme relevant uniquement du champ du social. Seul l'enfile chaussette y apparaît plus fortement. Huit aides sont considérées comme du domaine purement médical et ce sont là encore des appareillages respiratoires et urinaires. Les 72 autres sont considérées comme ressortant des deux champs médical et social.

Le caractère médical ou social n'est donc pas un critère discriminant de l'intérêt d'une aide technique.

2.1.2.2 – Sur l'appareillage immobilier : aide à la vie à domicile ou à l'environnement social

1. Tous les âges sont concernés par les différents aménagements du domicile et de son environnement de proximité, à une nuance près pour les aménagements de la cuisine où les enfants sont moins concernés (3 réponses sur 8).

2. Dans l'échelle de la gravité de la déficience, dès l'apparition de troubles de la mobilité horizontale ou verticale, l'aménagement des lieux privés s'est avéré nécessaire.

3. L'intégration dans la vie courante est, comme précédemment, étroitement liée à la qualité de vie. Les réponses positives sont quasi unanimes, sans réelle distinction entre les deux critères. Ceci corrobore les résultats sur les aides techniques où l'espace privé est assimilé à l'espace social.

4. L'aménagement ne veut pas dire exclusion de l'aide humaine et parfois même il est réalisé pour faciliter son intervention, pour exploiter la fonction même du lieu aménagé (26/88 réponses : aide totale).

5. Ces aménagements sont le plus souvent indispensables (63/88) et nécessaires (52/88) plutôt qu'utiles (pas de cotation *utile* isolée).

Les réponses sont homogènes pour les fonctions d'hygiène, d'accessibilité et de contrôle de l'environnement estimées toutes aussi indispensables en terme d'aménagement.

6. La majorité des réponses est mixte (63/88), en lien avec les appréciations intégration dans la vie courante et qualité de vie. Le domicile est un lieu privatif, d'expression de la vie courante, sans frontière entre le médical et le social.

2.1.2.3 – Sur les aides humaines : aides à la vie à domicile ou à l'environnement social

1. Les aides à domicile (auxiliaire de vie et aide ménagère) apportent une aide à la personne ou une aide à l'aidant familial ou les deux (4 réponses positives pour une aide ménagère auprès des enfants).

2. La cotation concernant la gravité de la déficience est surprenante, les personnes handicapées présentant une atteinte *absolue* bénéficient de moins d'intervenants que les personnes présentant une atteinte *grave*. On peut faire l'hypothèse que la gravité absolue étant assimilée à grabataire, les aides humaines à l'accompagnement à la vie sociale ont moins de raisons d'être.

3. L'aide humaine est aussi un facteur d'intégration dans la vie courante, elle ne se limite pas à l'amélioration de la qualité de vie.

4. Analyse médico-sociale : l'auxiliaire de vie en plus de son rôle d'aide aux actes de soins de nursing réalisés par l'infirmière ou l'aide soignante, a un rôle de médiation auprès de la famille et d'activités sociales voire ménagères. L'aide humaine s'avère indispensable pour 34 réponses sur 36.

Ces résultats démontrent bien que les AT et les aménagements ne se substituent aux aides humaines.

5. Les professionnels des soins sont cotés dans le médical parfois dans le médico-social. Il peut s'agir d'une cotation faisant référence à la CIFS (hors environnement institutionnel).

Pour une réponse, l'auxiliaire de vie relève du médical probablement en lien avec les actes techniques de soins qu'elle peut être amenée à réaliser.

Les réponses médico-sociales pour les aides ménagères peuvent être interprétées comme une aide de compensation aux incapacités : obstacle à la réalisation des tâches ménagères.

2.1.2.4 – Sur les Aides animalières : aides à la vie à domicile ou à l'environnement social

IL y a eu de réponses au questionnaire et l'interprétation des données est difficile.

2.2 – DONNEES ECONOMIQUES

✓ Seules deux équipes et deux Dispositifs pour la Vie Autonome (D.V.A.) ont fourni des informations très parcellaires inexploitable.

2.2.1. - Concernant les aides techniques, aménagement de logement et aides animalières

- ✓ Les données fournies par l'A.P.F. montrent, à partir de l'étude de dossiers de financement des deux dernières années que pour les aides techniques, les participations sont les suivantes :
 - assurance maladie (y compris action sanitaire et sociale) : 21,3 %
 - conseils généraux et centres communaux d'actions sociales : 9,8 %
 - autres financeurs : 33,7 %
 - usagers : 35,2 %

Les données issues des résultats de l'expérimentation préalable aux D.V.A. montrent les participations suivantes :

- assurance maladie (y compris action sanitaire et sociale) : 35,1 %
- conseils généraux et centres communaux d'actions sociales : 5,7 %
- autres financeurs : 47,3 %
- usagers : 11,9 %

On peut faire l'hypothèse que la différence s'explique par « l'effet » expérimentation, l'intervention des fonds d'État, et des structures expérimentales impliquées de longue date dans les requêtes financières pour les solutions qu'elles préconisent.

- ✓ Les données concernant les aménagements de logement fournies par les résultats de l'expérimentation préalable aux D.V.A. montrent les participations suivantes :
 - assurance maladie (y compris action sanitaire et sociale) : 6,8 %
 - conseils généraux : 7,4 %
 - autres financeurs : 53,1 %
 - usagers : 32,7 %

On peut faire l'hypothèse, ici, que si cette ventilation tient également compte de l'« effet » expérimentation le pourcentage de participation des usagers est probablement plus élevé.

- ✓ Parallèlement à ces répartitions, un état des lieux des participations des conseils généraux réalisé par l'A.P.F. montre que :
 - Pour les Aides Techniques :
 - ◆ 4/99 sont connus pour ne pas participer au financement des aides techniques
 - ◆ 7/99 contribuent à leurs financements par leur participation aux commissions des financeurs des D.V.A.
 - ◆ 61/99 sont connus pour participer au financement des aides techniques. Le maximum constaté varie de 152 € à 4008 € avec une moyenne de 1132 €
 - Pour les Aménagements de l'environnement :
 - ◆ 3/99 sont connus pour ne pas participer au financement des aides techniques
 - ◆ 7/99 contribuent à leurs financements par leur participation aux commissions des financeurs des D.V.A.
 - ◆ 46/99 sont connus pour participer au financement des aménagements de l'environnement. Le maximum constaté varie de 152 € à 6097 € avec une moyenne de 1607.

Cette seule approche suffit à montrer la grande variabilité territoriale et donc la grande iniquité des financements.

- ✓ Le coût moyen des Aides Techniques et des Aménagements de l'environnement est estimé par l'A.P.F. à 7800€ Il est de 5379 € dans l'expérimentation préalable aux D.V.A. avec, là aussi, peut être un « effet » expérimentation.

- ✓ Les données fournies par l'A.F.M. montrent qu'il existe (hors assurance maladie) 26 financeurs potentiels d'aides techniques et d'aménagement de l'environnement.
- ✓ Aucune donnée n'a été fournie quant aux aides animalières. Cependant, il est notoire que les chiens d'assistance aux handicapés moteurs sont mis gracieusement à leur disposition.

2.2.2. - Concernant les aides humaines.

- ✓ Les financements des infirmiers et aides soignants (SSIAD) n'interrogent pas. Il faut cependant rappeler que l'accès à ces derniers pour les personnes de moins de 60 ans n'est possible actuellement qu'à titre dérogatoire pour la majorité des départements. Cependant quelques places ont été créées sur certains départements au travers du DVA.
- ✓ Quant aux aides ménagères et aux auxiliaires de vie, le coût en est très variable selon les organismes prestataires et tributaire des revenus de la personne, voire de la famille.

Il faut rappeler, ici, comme l'écrit M FARDEAU dans son rapport, que l'ACTP à taux plein ne permet de financer, hors soignants, que 3 heures d'aide humaine par jour. Selon l'estimation des besoins faite par trois associations au sujet de 505 personnes ils s'élèvent à : 24 heures pour 265, 18 heures pour 55, 12 heures pour 67, et 6 heures pour 118 personnes.

Selon les sources A.P.F., 19 départements ont déplafonné l'A.C.T.P. pour l'augmenter de 70% à la totalité des besoins en aides humaines.

Une circulaire récente de la DGAS (11 octobre 2002) propose à titre expérimental des mesures complémentaires afin de répondre aux besoins des personnes lourdement handicapées.

Là encore, cette seule approche suffit à montrer la grande variabilité territoriale et donc la grande iniquité des financements.

- ✓ Parallèlement il s'agirait d'évoquer les aides à l'intégration scolaire et à l'intégration professionnelle, qui ne l'ont pas été dans cette enquête.

III LES REMARQUES FAITES PAR LES REpondANTS

- ✓ Douze structures ont retourné leur questionnaire avec des remarques sur la forme et sur le fond.
- ✓ Toutes traduisent la difficulté qu'elles ont eue à répondre à un questionnaire difficile d'approche voire incongru :
 - L'une d'entre elles a refusé d'y répondre à ce titre.
 - Elles notent plus particulièrement la subjectivité des termes employés, notamment celle de la gravité de la déficience, non reproductible, d'interprétations différentes.
 - Cinq précisent qu'il n'y a pas de dissociations possibles entre la qualité de vie et l'intégration.
 - Quatre précisent que la rubrique aide humaine dans sa déclinaison peut aboutir à :
 - Une confusion entre l'aide au choix et l'aide à l'utilisation.

- Une interprétation aléatoire concernant la participation d'une aide humaine allant de l'aide nécessaire à la mise en place de l'aide technique jusqu'à l'aide nécessaire à l'utilisation à proprement parlé de celle-ci.
- Six d'entre elles estiment que la notion de priorité ne peut être rattachée à un produit mais strictement à une personne et à son environnement. D'autant qu'ici, cette priorité est rattachée à la déficience de la personne et ne peut donc être cotée pour un ensemble de déficiences.
- Enfin, six ont explicitement précisé qu'il n'y a pas de dissociation entre le médical et le social dans une préconisation d'aides techniques. L'amélioration des performances, au sens de la Classification Internationale du Fonctionnement et de la Santé dépasse cette dichotomie artificielle.

V CONCLUSIONS

De cette enquête il ressort que :

- Les critères d'âge, de degré de déficience, de priorité (par rapport à un produit ou la seule déficience) ou de rattachement aux champs du médical ou du social ne sont pas discriminant de l'intérêt (et donc du financement) d'un produit, d'un aménagement de l'environnement ou d'une aide humaine. Etablir les critères de prise en charge d'une aide en dehors de tout contexte environnemental, d'utilisation et d'usage reste une approche trop restrictive, peu lisible et soumise à multiples interprétations voire extrapolations.
- Les données économiques sont partielles et transversales (sur des périodes courtes)

Il est nécessaire :

- De centrer la prise en charge des aides (appareillage, mobilier, accessoires, immobilier, humaines et animalières) non pas à partir du produit, mais à partir des besoins de la personne pour améliorer les performances (au sens de la C.I.F.S.) d'une personne en situation de handicap. L'évaluation de ces besoins est dévolue aux Equipes Techniques Labellisées des D.V.A.
- D'estimer le coût des solutions de compensations par une étude longitudinale en dégagant les profils des populations soumises :
 - Aux pathologies multiples
 - A l'incidence de pathologies stables en intégrant l'incidence du vieillissement et du surmenage compensatoire de certains organes
 - A l'incidence de pathologies évolutives en intégrant l'incidence du vieillissement et du surmenage compensatoire de certains organes.

Sous groupe n° 2

Sous groupe 2A : incapacité mentale

INTRODUCTION

Le premier travail a consisté à trouver les limites de notre mission, c'est à dire à circonscrire ce

que l'on entendait par incapacité mentale par rapport :
d'une part, à l'atteinte psychique, objet d'un autre sous-groupe
d'autre part, à la poly incapacité, objet d'un autre groupe.

Nous nous sommes donc centrés sur la déficience intellectuelle moyenne et légère, sans troubles associés en y rattachant les personnes souffrant d'autisme. Cela nous a conduit à éliminer tout matériel ne présentant pas de lien évident avec ce type de handicap.

De même, nous n'avons pas répertorié tous les établissements et services, tels que IME, CAT, CAJ, foyers, FAM, dont l'utilité reconnue de longue date et le financement assuré par des mécanismes éprouvés ne semblent pas devoir faire l'objet d'une remise en cause.

Le délai proposé pour réaliser cette étude nous a obligé à recourir aux ressources locales. Les personnes interrogées ont une expérience de plus de 10 années, dans l'accompagnement d'enfants, adolescents et adultes handicapés intellectuels.

De l'avis de tous, les aides humaines constituent **la** prothèse indispensable à ce type de handicap. Les aides matérielles ne seront pas, pour autant, négligées.

Enfin, nous n'avons pas répertorié les établissements et services non spécifiques (foyers, écoles, hôpitaux). Nous ne sommes pas du tout certains d'avoir été exhaustifs dans le recensement et restons conscients des énormes lacunes quant à l'aspect économique des différents items.

DONNEES TECHNIQUES

Portant sur un nombre, somme toute limité, d'items (33) l'analyse apparaîtra, sans doute, assez pauvre et se prête mal à des développements.

Suivant les 3 catégories retenues (médical, social, médico-social), les aides se répartissent de la façon suivante:

22 du social

3 du médical

8 relèvent du médico-social: les critères de classement ont été relevés dans la dernière colonne

En ce qui concerne le degré de déficience,

9 items s'adressent à des déficiences graves et se recourent avec le critère "médical" et/ou "médico-social" dans 5 cas.

Compte tenu de la population choisie, aucun item ne relève de la gravité absolue.

Suivant les critères de priorité,

16 s'avèrent indispensables; il faut, toutefois, noter qu'il s'agit, le plus souvent (11 fois) de soutiens à l'entourage familial ou professionnel, destinés à assurer la meilleure acceptation d'un enfant ou d'un adulte "différent", gage de son épanouissement ultérieur.

Enfin, on ne sera pas surpris que l'aide humaine associée se retrouve dans 13 cas sur 16 appareillages ou accessoires, les 3 autres cas sont des services "extérieurs".

DONNEES ECONOMIQUES

S'agissant essentiellement de services et aides humaines variables dans la durée et la qualité des intervenants, il est matériellement impossible d'effectuer un chiffreage.

Sous groupe 2B : Incapacité psychique

Résumé :

600.000 personnes en France présentent un handicap psychique.

Le handicap psychique se différencie des handicaps moteurs, sensoriels ou intellectuels par son caractère évolutif, susceptible d'aggravation ou d'amélioration, dépendant des capacités cognitives du sujet et des situations extérieures de stress. Le handicap psychique doit donc être périodiquement évalué aux moyens d'outils spécifiques afin de bénéficier d'aides techniques personnalisées, susceptibles d'évoluer rapidement, au rythme de l'évolution du handicap psychique lui-même.

La population des handicapés psychiques est dans un grand état de vulnérabilité et ses besoins spécifiques ont souvent été oubliés devant les nécessaires obligations budgétaires. Il existe pourtant un remarquable consensus pour définir ces besoins: les soins, l'hébergement, l'accompagnement à domicile, la protection juridique, la formation par le travail et les clubs.

La Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 Janvier 2002 va offrir le cadre de véritables innovations. Les conventions avec le préfet, et les contrats pluriannuels vont faire des élus locaux des acteurs essentiels de l'évolution du dispositif de soins et d'aide pour les personnes souffrant de troubles et de handicap psychiques.

Le Handicap psychique, une réalité chiffrée :

- 600.000 personnes en France, soit 1% de la population globale. Source: Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France
- Les affections psychiatriques étaient en 1998 au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, avant l'arthrose et les tumeurs malignes.
- Ces affections concernaient 13.591 personnes, soit 26,7% de l'effectif. Parmi elles, près de 11% de l'effectif total souffraient d'état dépressif ou de troubles névrotiques, et 6% de psychoses. Source: De la Psychiatrie vers la Santé Mentale Rapport de Mission - Juillet 2001, Dr Éric PIEL Dr Jean-Luc ROELANDT.

« Le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne, la blesse; sa nature est souvent l'objet d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage.

Quand quelqu'un souffre d'un trouble psychique dans une famille, c'est un traumatisme profond qui se produit alors, c'est une guerre civile et familiale, une guerre civile et sociale. C'est absolument terrible. La souffrance est indicible. » Source :RAPPORT Michel CHARZAT Mars 2002

Jusqu'à ce jour, l'écoute à l'égard du handicap psychique a été alignée sur les autres handicaps, la réalité de sa spécificité n'ayant pas été reconnue. La différence avec les autres handicaps est que l'instabilité comportementale et psychologique concerne la personne tout entière et va s'étendre à son entourage.

* Les déficiences et les capacités sont évolutives. Ces déficiences peuvent entraîner de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne :

toilette, habillement, courses et problèmes alimentaires, cuisine, entretien, déplacements, obligations administratives, finances, santé.

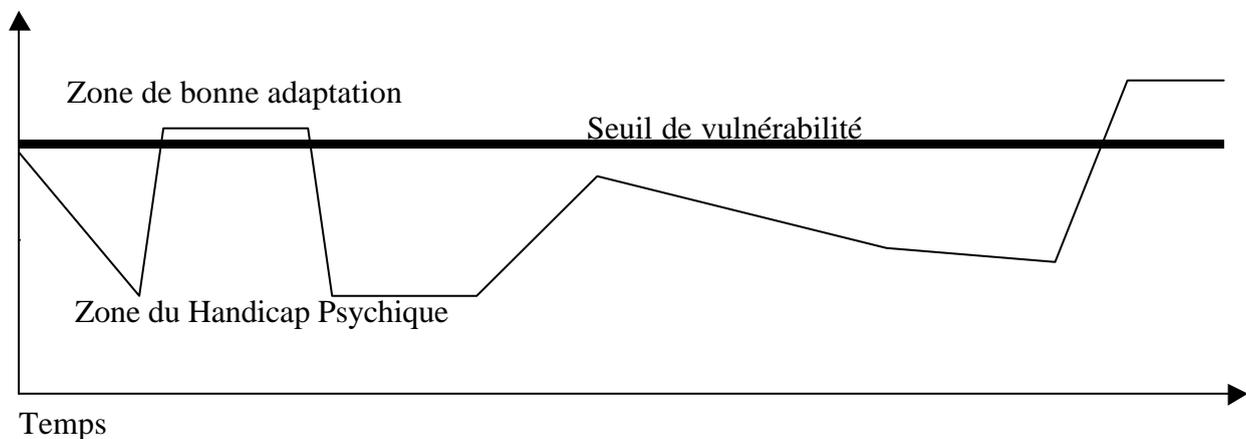
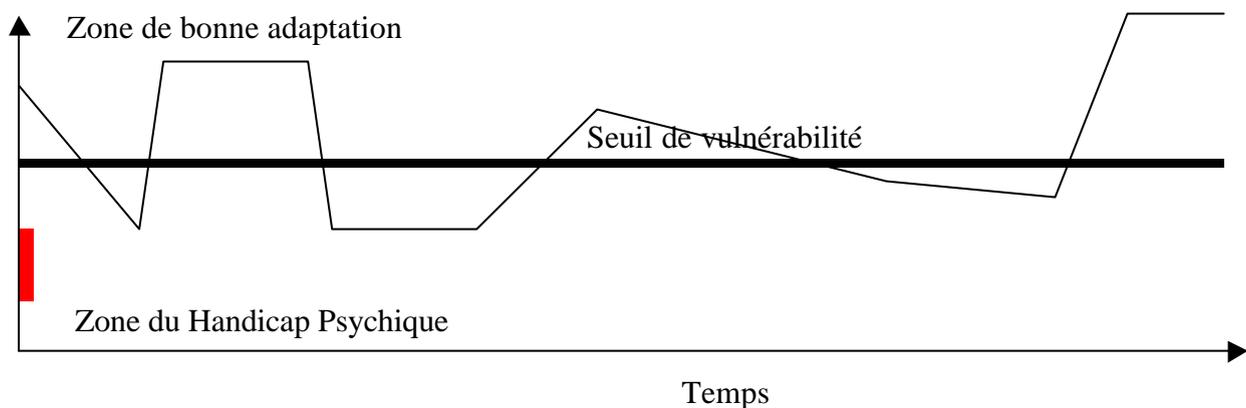
* Ces handicaps se manifestent aussi dans d'autres domaines de la vie sociale, affective et intellectuelle.

En premier lieu, un travail auprès de l'opinion publique, une information à tous les niveaux sont indispensables car l'image des patients souffrant d'un handicap psychique reste déplorable dans le public. Source :RAPPORT Michel CHARZAT Mars 2002

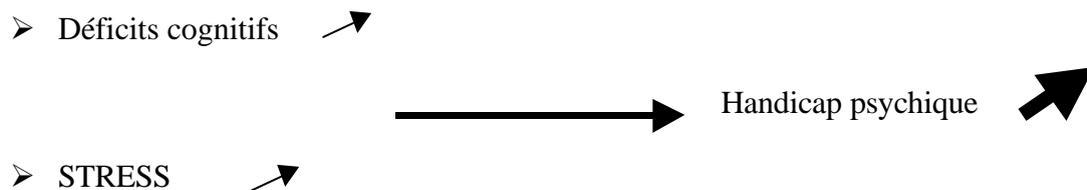
Le Handicap Psychique apparaît lorsqu'un seuil de vulnérabilité est franchi.

Ce seuil dépend de 2 variables principales :

- les facteurs de stress
- les processus cognitifs

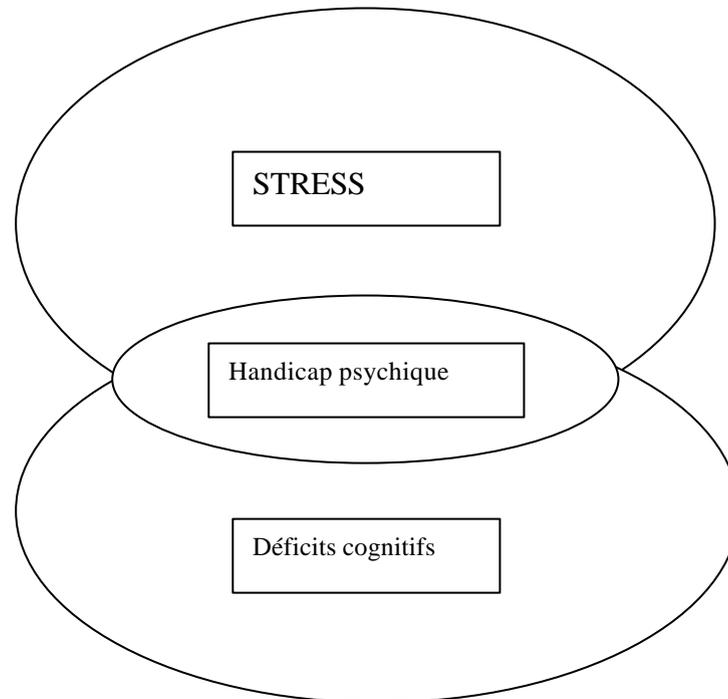


Déficits cognitifs+ STRESS= Handicap psychique



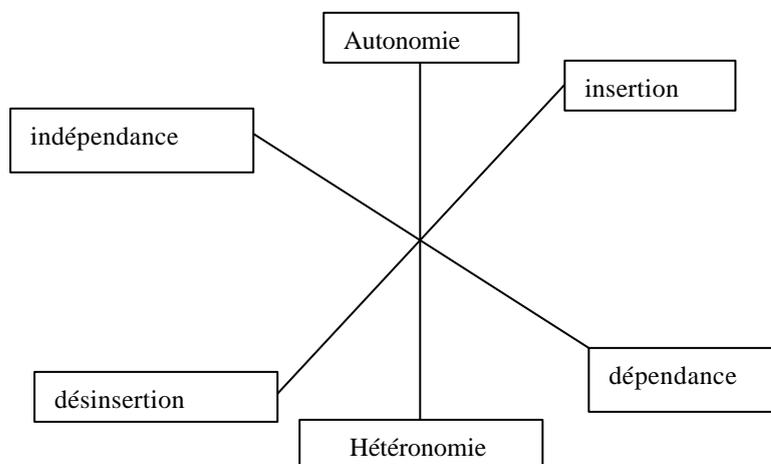
Les actions à définir pour diminuer le seuil d'apparition du handicap psychique sont de deux ordres :

- Relance des processus cognitifs,
- Lutte contre les facteurs de stress



- Les aides humaines et techniques vont favoriser la relance des processus cognitifs.
- Les aides humaines et techniques vont contribuer à la diminution de l'intensité des circonstances aiguës ou durables de stress.

Les axes d'évaluation du Handicap Psychique



Source : J.M. WIROTIUS et W. HESBEEN dans le domaine de la rééducation fonctionnelle en médecine physique, J.M. LARRASQUET sur la complexité des institutions, travaux de G. MASSE et de J. HOLSTEIN, cités par J-L PETRISSANS.

AXE AUTONOMIE HETERONOMIE :

Sur cet axe, sont évaluées les performances des personnes dans le quotidien (orientation, repères sociaux, capacités cognitives, capacités vitales comme la nourriture avec achats, préparation et prise des repas ou comme la toilette et l'habillage).

D'une situation de plus ou moins hétéronome, le patient pourra devenir autonome au fur et à mesure de l'évolution grâce au traitement spécifique et aux aides spécifiques.

L'objectif est le retour aux capacités suffisantes pour les gestes de la vie quotidienne concernant l'hygiène, l'alimentation, la socialisation, la gestion, les transports et le travail.

AXE INDEPENDANCE DEPENDANCE :

Sur cet axe, on situe le processus de dépendance à toute structure qu'elle soit un service hospitalier, une institution, la famille, un groupe.

D'une situation de dépendance, on essaiera, essentiellement par un accompagnement dans un travail de deuil de cette situation, d'arriver à une indépendance suffisante pour pouvoir utiliser toutes les capacités retrouvées par les actions sur l'axe de « autonomie - hétéronomie ».

AXE INSERTION DEINSERTION :

Sur cet axe, on situe les possibilités d'insertion dans la vie de la cité, avec ou sans aide institutionnelle comme la COTOREP et les organismes comme CAP EMPLOI.

Cette insertion peut être complète ou partielle mais doit pouvoir permettre à la personne handicapée une liberté d'action dans la cité.

C'est parce que l'autonomie est suffisante et qu'il y a eu un travail d'indépendance que peut être déclenché un processus adapté, en fonction des capacités utilisables par la personne handicapée. Ses choix peuvent également pouvoir conduire à une absence de travail, mais ce ne doit pas être la résultante d'un déficit non rééduqué de ses difficultés d'autonomie ou d'indépendance.

PERTINENCE DES AIDES :

1. Sur l'axe hétéronomie - autonomie, seront nécessaires :

- pour les versants d'hygiène des aides humaines (aides-ménagères, aides-soignants, auxiliaires de vie, travailleurs familiaux ou infirmières à domicile), en coordination avec les services psychiatriques référents.

- pour les versants de rééducation sociale, on se dirigera vers des éducateurs spécialisés.

- pour les versants culturels, on mettra en place des accompagnements à la vie sociale par des personnes proposées par des associations concernées.

2. Sur l'axe dépendance - indépendance, seront plutôt nécessaires des accompagnements dans les travaux de deuil et de sevrages des institutions.

Cet axe concerne pour une grande part les actions coordonnées entre les services de soins et les organisations qui prennent en charge ces personnes en phase de « deuil » durable psychique.

3. Sur l'axe désinsertion - insertion, on se placera en coordination avec les P.D.I.T.H. (Programmes Départementaux d'Insertion des Travailleurs Handicapés). Des études statistiques doivent être menées pour dégager les variables pertinentes pour l'insertion, à partir des signes fonctionnels et des environnements des personnes handicapées.

Cet axe concerne le secteur professionnel (COTOREP, AGEFIPH, CPAM, CAF) et les services médico-sociaux, en coordination avec des spécialistes référents.

PROCESSUS DE L'INTEGRATION :

L'évaluation périodique doit permettre de proposer à chaque personne handicapée psychique des outils pour lutter contre l'apparition ou l'aggravation du handicap.

Lutter contre le Handicap psychique c'est :

- * Développer une gamme complète de structures d'accueil et de service d'accompagnement des personnes handicapées psychiques

- * Mettre en oeuvre progressivement toute la gamme de structures et services de proximité répondant aux besoins des personnes en matière de logement accompagnement à la vie sociale, insertion professionnelle, en veillant aux articulations avec le système de soins.

- * Il existe un remarquable consensus pour définir les besoins des personnes handicapés psychiques:

soins de proximité,

hébergement capable de s'adapter : collectif, individuel, familles gouvernantes ou structures médico-sociales...

souvent une aide à la vie quotidienne : toilette, habillement, courses, cuisine, finances...

une formation permettant un travail adapté avec accompagnement, ou en milieu ordinaire chaque fois que cela est possible,

des moyens de participation à la vie sociale en luttant contre l'isolement : lieux d'accueil, d'écoute et de parole adaptés (également ouverts aux familles), clubs...

un accès facilité aux loisirs et à la culture, ce juste droit d'accès constituant un enjeu éthique et citoyen : privilégier les activités culturelles et sportives, permettant de développer au mieux la spécificité de la personne. Source: Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France

Les propositions faites en matière de services comportent six rubriques : les soins, l'hébergement, l'accompagnement à domicile, la protection juridique, la formation par le travail et les clubs. Source: Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France

Les soins :

Une véritable politique de prévention doit se développer afin de cerner au plus tôt l'importance de la maladie et de diminuer la gravité de son évolution (en s'adressant notamment aux personnels enseignants et médico-sociaux), ainsi qu'une politique d'accompagnement des malades au coeur de la cité et de réinsertion dans la vie sociale et économique.

Il faut développer des alternatives à l'hospitalisation en plaçant le malade au coeur d'un ensemble coordonné d'actions et de partenariats. Il est primordial de doter tous les secteurs d'un «dispositif minimum» leur permettant de mener à bien la prise en charge ambulatoire des patients, aussi bien sur le plan curatif que sur le plan préventif. Source :RAPPORT Michel CHARZAT Mars 2002

* La continuité des soins doit être organisée dans le cadre du secteur (doté des structures ambulatoires adéquates) et en coordination avec les différents partenaires intervenant dans les domaines sanitaire et social. Il convient donc de donner davantage de moyens adaptés en veillant à leur répartition équitable en fonction des besoins et des particularités des populations.

* Pour répondre au besoin du patient, un système ambulatoire doit fonctionner 24 heures sur 24 au cœur de la cité : la présence d'une même équipe soignante rassurera l'opinion certes, mais surtout le malade auquel une hospitalisation peut être évitée, particulièrement lorsqu'il est fragilisé ou en pré-crise.

* Il convient d'amplifier les visites à domicile permettant l'accompagnement du malade par l'équipe d'un même centre médico-psychologique, particulièrement lorsqu'il est fragilisé ou en pré-crise et de jouer un double-rôle : celui d'apaiser la personne à laquelle une hospitalisation peut être évitée et d'accompagner les proches dans une situation d'urgence. Une telle action permettrait d'éviter des hospitalisations répétées et coûteuses.

* Il faut créer un service d'ambulances spécialisées afin d'offrir aux personnes en état de crise un transport dans des conditions adaptées et décentes.

Il est indispensable de travailler en réseau afin d'harmoniser la coopération des différents acteurs professionnels : le secteur public de psychiatrie, les conseils locaux de santé mentale (à créer ou à réanimer), la police, le secteur social et scolaire, le Service Public de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et les associations. Il convient de tisser la réponse la plus adaptée à la souffrance de la personne, la notion de groupe étant la base fondamentale de ce travail. La refondation de la psychiatrie de secteur est nécessaire.

L'état des lieux : Un triste constat

* « lorsqu'ils n'ont pas ou plus de familles pour les héberger et leur assurer le minimum de protection, l'abandon de soins psychiatriques et de mesures sociales adaptées précipite les patients dans l'exclusion et la marginalité. La proportion de schizophrènes chez les sans-abri depuis plus de 5 ans est de 4,4 %, contre 1 % dans la population générale ».

Source:association Droits aux soins et à une place adaptée (DSP)

* 10 % des entrants en prison souffrent déjà de troubles mentaux. Source :Ministère de la Solidarité et de l'Emploi.

* 40 % de détenus relèvent à des degrés divers d'une prise en charge psychiatrique qui n'est plus assurée à l'extérieur Source :3 syndicats de directeurs de prison.

* Le nombre d'accusés jugés irresponsables au moment des faits est passé de 16 % dans les années 80 à 0,17 % en 1997.Source:Audition au Sénat de Mmes Chantal CRÉTAZ, présidente, et Liliane CHENAIN, secrétaire générale de l'Association nationale des visiteurs de prisons

Le dispositif actuel de soins ne répond pas aux besoins des patients, et les met en péril :

Les différentes difficultés auxquelles se heurtent les pratiques soignantes :

- difficultés à garantir l'accessibilité aux soins,
- à assurer la qualité et la continuité de ceux-ci,
- à rendre complémentaires les différentes prises en charge dans le double champ sanitaire et social.
- Hôpitaux et services psychiatriques :« la situation est dramatique du fait d'une politique constante de fermeture de lits, 55 000 au cours des dernières décennies ; dans la capitale,

1 742 ont été supprimés entre 1998 et 2000 ». Source:association Droits aux soins et à une place adaptée (DSP)

- La diminution drastique du nombre de lits hospitaliers en psychiatrie résultant de la politique de sectorisation géographique a fait disparaître la fonction traditionnelle d'asile, c'est-à-dire la fonction assistantielle à l'égard des malades mentaux en déshérence sociale. Source: audition au Sénat du Docteur Roland BROCA, psychiatre des hôpitaux
- Le taux de vacance observé des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevé par rapport aux autres disciplines médicales. Ce taux est extrêmement variable selon les régions, avec également des disparités à l'intérieur d'une même région (densité de 88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris contre moins de 12 psychiatres pour 100 000 habitants en Mayenne, Lozère, Eure, Pas de Calais ou Aisne).
- à l'horizon 2020, le nombre de psychiatres (tous psychiatres confondus) devrait chuter à environ 8000 soit une baisse de 39%, ce qui représente la baisse la plus forte de l'ensemble des spécialités médicales ;les nombreux départs en retraite attendus, l'ARTT, vont accentuer les disparités régionales (héliotropisme).
- des difficultés sont à prévoir, dans les 4 à 5 ans à venir, du fait du nombre important de départs en retraite des infirmiers de secteur psychiatrique. Afin d'anticiper ces difficultés, il est nécessaire d'une part, d'inciter les infirmiers diplômés d'Etat à aller travailler en psychiatrie et d'autre part, de travailler sur le contenu des modules de formation initiale.
- Il faut noter une insuffisance de postes de psychologues cliniciens à temps complet et partiel aussi bien dans le public que le privé à but non lucratif, ce qui pénalise l'évolution vers la diversité de l'offre de soins et l'aide que l'on peut apporter aux demandes des équipes et aux intervenants du travail en réseau dont le psychologue est un maillon essentiel.
- La collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes, notamment, est des plus importantes pour les personnes souffrant de maladies au long cours. Une mauvaise articulation entre le médecin généraliste et le secteur psychiatrique est souvent dénoncée (rares échanges d'informations à l'admission du patient, absence de lettre à l'entrée du malade à l'hôpital, lettre de sortie tardive ou absente, mais surtout différence de rythme professionnel opposant la consultation quasi immédiate du médecin traitant à la consultation toujours différée du spécialiste).
- Le dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile est insuffisamment développé en lits d'hospitalisation complète, tant pour les enfants que pour les adolescents. Seules quatre régions présentent un excédent en lits et places (Auvergne, Midi-Pyrénées, Guadeloupe et Poitou-Charentes). Par contre, les Pays de la Loire, PACA et la Martinique ont des taux de déficit en lits et places pour 1000 habitants très supérieurs aux autres régions.
- Aux problèmes psychologiques s'ajoutent encore souvent des problèmes matériels, notamment en raison de la retenue de l'AAH après un certain temps d'hospitalisation. Des hospitalisations prolongées ou répétées font courir au patient un risque majeur de désinsertion sociale, c'est pourquoi l'existence d'équipes de soignants mobiles et disponibles pour intervenir à domicile dans des situations de crise est absolument nécessaire.
- La mise en place de petites structures d'accueil et de services de soins ambulatoires psychiatriques au sein de la collectivité, le développement des interventions à domicile et la mobilité d'équipes disponibles à toute heure, l'organisation de l'accueil des patients en urgence et l'offre de soins en réponse aux situations de crise, sont essentiels. Cela demandera des moyens adéquats, que de nombreuses équipes de secteur psychiatriques ne possèdent pas actuellement. Source :Rapport du groupe de travail relatif aux “

Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale ”

Aujourd'hui la mission essentielle de la psychiatrie concerne les soins, l'enseignement et la recherche. Culturellement la réinsertion est peu présente. Or paradoxalement les médecins se plaignent de ne pouvoir résoudre les difficultés sanitaires du fait de la problématique de la réinsertion sociale.

2 L'Hébergement

L'accès au logement social est le premier moyen de répondre aux besoins des personnes. Pour faciliter cet accès, certaines communes ont engagé un partenariat avec les bailleurs (demandeurs de garanties), les équipes de psychiatrie et les services sociaux et de tutelle, garants d'un accompagnement.

Les besoins des personnes sont très variés, de l'une à l'autre, ou pour une même personne tout au long de son histoire. Toute une palette de solutions doit pouvoir être proposée : logements individuels avec accompagnement, regroupement de logements individuels avec services conviviaux, appartements collectifs...jusqu'aux structures médico-sociales (foyers à double tarification, maisons d'accueil spécialisé).

Par ailleurs, l'aide au logement doit toujours être accompagnée d'une évaluation du besoin d'aide à la vie quotidienne.

Il faut rechercher des formules variées de logements individuels ou collectifs, loués directement ou indirectement par les personnes, avec au minimum une vigilance, et autant que de besoin, un accompagnement à la vie quotidienne des personnes qui y vivent : familles gouvernantes, pensions de famille, appartements partagés par plusieurs personnes handicapées psychiques mais aussi parfois par d'autres personnes, étudiants par exemple.

3 L'Accueil Familial Thérapeutique

Selon le rapport de l'IGAS de 1994, l'AFT a « une évolution positive, mais une place modeste. Beaucoup reste à faire.[...] l'AFT, faute d'une réflexion suffisante sur ses indications médicales, est resté en retrait dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, il reste trop souvent utilisé sans réel projet de soins ni de réinsertion, comme voie de garage de malades chroniques et chronicisés, qu'on se soucie peu de dynamiser. » L'enquête effectuée par l'IGAS souligne la nécessité de spécifier plus distinctement l'Accueil Familial Thérapeutique, en tant que prise en charge sanitaire, de l'Accueil Familial Social, qui est une forme d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées. Source: Revue de l'accueil familial .

L'Accueil Familial Thérapeutique souffre encore d'une image dévalorisée :

- issu à l'origine d'une réflexion sur des malades que leur pathologie de longue durée avait contribué à fixer dans l'hôpital psychiatrique, il reste pénalisé par cette référence
- les colonies familiales, longtemps lieux d'oubli et d'exclusion, lui valent une connotation négative, et la réputation inexacte de se pratiquer surtout en milieu rural
- il correspond à un travail effectué à partir du domicile, pratiqué en majorité par des femmes, peu qualifiées, peu diplômées, peu reconnues dans la complexité de leur tâche .
- souvent il est l'objet de réactions projectives, d'une représentation imaginaire négative d'un travail et d'un mode de vie qui paraissent peu enviables : vivre en permanence avec un fou ;
- d'autres malades, de pathologie récente, moins stabilisée, peuvent bénéficier des soins et des possibilités de réinsertion offerts par l'AFT : ceci à condition que les règles de son fonctionnement puissent être assouplies, simplifiées et permettre des prises en charge

complémentaires, simultanées ou successives, un emploi protégé ou même en milieu ordinaire.

Source: Revue de l'accueil familial

AFT se réfère plus à la trajectoire personnelle du malade, à la teneur du projet de soins et de réinsertion qu'à des critères catégoriels diagnostiques. Les personnes suivies en AFT présentent en commun une incapacité (momentanée ou durable), liée à leurs troubles psychiques, à gérer seules leur vie quotidienne. Quand l'ensemble de ces difficultés empêche ou ralentit les soins traditionnels mis en place, il motive un changement stratégique dans le mode de soins. Pour ne pas risquer de mettre en danger ce cadre familial, il faut écarter les pathologies trop aiguës, qui relèvent de soins intensifs (état dépressif sévère, violence, risque de passage à l'acte, dangerosité potentielle pour le patient lui-même ou pour autrui). Source: Revue de l'accueil familial

Hébergement Accueil Familial Social

- Un soutien est indispensable. Souvent, ces familles d'accueil social travaillent de façon isolée, sans le soutien d'une équipe de suivi (confier, à des familles d'accueil, des personnes très gravement invalidées ou à la pathologie très lourde, que leur propre famille défaille à prendre en charge, comporte le risque de fragiliser ces familles d'accueil, de les mettre en danger ; elles vont rencontrer, à leur domicile, jour et nuit, les mêmes confrontations angoissantes que connaissent les personnels des institutions ayant en charge de tels cas. À la différence qu'eux ont seulement 8 heures de travail quotidien) ;
- Il faut donner, parallèlement, aux accueillis, des garanties de qualité de leur accueil
- Certaines personnes âgées dépendantes sont en même temps malades mentales, et nombre de malades mentaux, percevant l'Allocation pour Adultes Handicapés, peuvent être considérés, si on prend les textes à la lettre, comme des handicapés.
- Il y a eu, par endroits, une tendance à se défausser de malades asilés en les casant dans des accueils sociaux. Dans les meilleurs cas, le malade continue à être suivi par l'équipe de secteur ; mais la famille qui l'héberge n'a aucune obligation à devenir un partenaire de soins. Ailleurs, il arrive que le suivi de cet accueil, qui devrait être au moins supervisé par le Conseil Général, ne soit pas organisé. Source: Revue de l'accueil familial

4 Accompagnement à domicile

- L'accompagnement est unanimement cité par les associations de familles et de malades et par les professionnels, soignants et sociaux, comme la clé du dispositif d'aide.

Il comporte :

- la vigilance quant aux conditions de vie de la personne et son état de santé.
 - l'aide aux gestes de la vie quotidienne, respectant la liberté et les choix de la personne, quand elle les exprime, respectant notamment les appuis qu'elle se choisit dans son environnement ; cette aide doit susciter la prise d'autonomie, ce n'est en aucun cas « faire à la place »
 - une aide au maintien ou à la restauration des liens sociaux et familiaux
 - une aide à l'insertion dans des activités collectives, culturelles ou de loisirs, et autant que possible à l'insertion professionnelle
 - une aide aux démarches administratives.
- Cet accompagnement nécessite des professionnels bien formés et convenablement rémunérés.

- Les associations de patients et de familles insistent sur la nécessité de la protection, et de la qualité de l'accompagnement.

L'Unafam demande la généralisation des SAVS (Service d'Aide à la Vie Sociale) adaptés aux handicapés psychiques, dont les premières réalisations ont montré l'effet bénéfique pour leur marche vers une plus grande autonomie. Source :Jean Canneva Président UNAFAM.

5 Aide aux familles

- Soutien aux associations d'usagers et de familles
- Aide aux familles

La première demande des familles, c'est que l'on reconnaisse leur difficile « travail ». En effet, tout en insistant sur leur désir de jouer un rôle normal d'éducation, de protection, d'entretien et de soutien psychologique et matériel vis-à-vis de leur enfant, frère ou soeur, parent ou proche, elles ressentent avec acuité que la collectivité se décharge sur elles de son rôle d'assistance et de solidarité dans des situations qui justement les nécessiteraient, leur laissant une charge que les professionnels eux-mêmes refusent de supporter.

6 Les Clubs

- Participation à la vie sociale et lutte contre l'isolement : Les clubs offrent non seulement des lieux conviviaux et des activités collectives, mais aussi des moyens simples et efficaces de lutter contre l'isolement des personnes handicapées et de veiller sur elles : les adhérents s'engagent à prendre contact régulièrement avec le club. En l'absence de nouvelle, l'équipe prend des dispositions pour renouer le contact avec l'adhérent.
- La participation à des activités utiles à la collectivité (associatives, artistiques...),
- l'accès à la culture, au sport, aux loisirs sont essentiels tant à la qualité de vie des personnes qu'au maintien du lien social .
- Les activités d'intérêt général, au sein des associations par exemple, sont à valoriser aussi bien que le travail, inaccessible pour beaucoup. Toute forme de participation sociale peut servir tant la personne handicapée que la collectivité.
- Dans le cadre d'associations ou de services structurés, l'accompagnement d'une personne souffrant de troubles psychiques peut aussi très fructueusement être accompli par des personnes ayant souffert des mêmes troubles et certaines pourraient même y retrouver une activité professionnelle correspondant à leurs compétences (des enseignants en congé de longue durée ou en invalidité, par exemple).

7 L'insertion professionnelle

- La maladie mentale est encore « le parent pauvre » de l'obligation d'emploi instaurée par la loi du 10 Juillet 1987 et des efforts de réinsertion.
- l'insertion professionnelle des personnes handicapées en raison de troubles psychiques rencontre tant d'embûches que ces personnes, leur famille, et les soignants renoncent très souvent. La recherche d'un emploi se heurte d'emblée à l'incompréhension et à la crainte des employeurs. Les difficultés au travail résultent de l'interaction entre les problèmes de santé des personnes, leurs conséquences sur les aptitudes aux relations sociales, et le monde du travail : l'irrégularité des performances, la fatigabilité, l'alternance de phases sans problème et de périodes de crise sont d'autant plus mal reçues que l'organisation du travail est stricte et les rythmes élevés et que la charge pour les collègues de travail est alourdie ; l'aménagement du temps et des rythmes de

travail, la souplesse d'organisation seraient nécessaires mais sont difficiles à réaliser ; la nature des tâches demande à être adaptée.

8 La protection juridique

La protection juridique – tutelle, curatelle, sauvegarde de justice – revêt pour les personnes souffrant de troubles mentaux une particulière importance. Pour elles, le rôle du délégué à la tutelle va bien au-delà de la gestion du patrimoine, devient souvent un véritable accompagnement. La réforme a prévu la protection et l'accompagnement humain de la personne, et pas seulement la gestion de ses biens, dans le respect de ses libertés fondamentales et de sa dignité, avec une évaluation médico-sociale préalable, et la formation harmonisée des délégués à la protection juridique des majeurs.

9 Apporter les ressources nécessaires à une vie autonome

- La retenue de l'AAH a pu paraître pertinente lorsque l'hôpital psychiatrique jouait un rôle dans l'hébergement des personnes malades mentales ; elle est injustifiable et préjudiciable dès lors que l'hospitalisation en psychiatrie se limite aux durées strictement nécessaires aux soins : la perte de ressources ne peut qu'accélérer, sinon provoquer, la désinsertion sociale et retarder la sortie de l'hôpital. Il faut donc impérativement supprimer cette mesure.
- L'accès à la couverture médicale universelle (CMU) devrait être garanti et s'harmoniser sur un plan national. La CMU ne permet pas aux personnes bénéficiant de l'AAH et du minimum vieillesse d'accéder à la gratuité des soins, car le plafond est dépassé d'environ quinze euros. source :RAPPORT Michel CHARZAT Mars 2002.

LA PLACE DES ELUS

- Les maires, sont de plus en plus amenés à intervenir dans des situations d'urgence et de crise, comme en témoignent les données sur les hospitalisations sous contrainte. Rien de novateur ne peut se réaliser sans une prise de conscience, une réelle implication des élus locaux que sont les Conseillers généraux et les Maires afin de permettre un redéploiement progressif des structures d'accompagnement au plus près de la population, avec une disparition à terme des grands hôpitaux psychiatriques à distance des lieux de vie. Le premier acte de l'insertion est de sensibiliser la commune afin qu'elle reconnaisse la personne souffrant de troubles psychiques comme un citoyen : droit au logement, au travail, aux loisirs...

- Le niveau de proximité d'une mairie permet tout à la fois d'approcher concrètement les besoins de la population de la commune, des enfants aux personnes âgées, et d'interpeller les différents acteurs sanitaires et sociaux sur les réponses à apporter, par delà les clivages institutionnels.

- Certaines communes travaillent en collaboration avec les équipes de secteur psychiatriques ou les associations pour la mise en oeuvre d'actions, de services et de structures destinés à l'insertion sociale, au logement, à l'accès à la culture et aux loisirs, ou à l'insertion professionnelle de ces personnes. Cette action de proximité, qui laisse toute sa place de citoyen à la personne handicapée, est irremplaçable. Les communes peuvent donc jouer un rôle essentiel dans le repérage des besoins d'aide et de soins des personnes handicapées par des troubles mentaux, le pilotage de conseils de santé mentale et la mise en place de réseaux associant soignants et acteurs sociaux, la mise en oeuvre d'actions adaptées relatives au logement, à la culture et aux sports, la création de clubs, la réalisation de campagnes d'information.

- La Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 Janvier 2002 offre le cadre de véritables innovations, et facilitera le développement des services d'accompagnement et des structures d'accueil et de soins destinés aux enfants, adolescents et adultes souffrant de troubles mentaux, articulés avec le dispositif de soins. Les conventions avec le préfet, et les contrats pluriannuels annoncés dans la loi cadre sur la santé mentale font des élus locaux des acteurs essentiels de l'évolution du dispositif de soins et d'aide pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Les conseils généraux

- Les lois de décentralisation leur ont confié la responsabilité de l'hébergement et de certaines formes d'aide aux personnes handicapées.
- L'action des conseils généraux, bien que certains aient démontré la faisabilité et l'intérêt d'innovations variées en matière d'aide à l'hébergement et d'accompagnement social, reste encore trop limitée et marquée par les effets du débat sur leur rôle (vis-à-vis des personnes handicapées) et le rôle de l'Etat (vis-à-vis des malades mentaux) depuis les lois de décentralisation.
- Leur participation est indispensable et doit être développée.

Les sites pour la vie autonome programmée dans chaque département ont vocation à proposer des bilans et à aider les personnes dans leur projet de vie, notamment en leur facilitant l'accès aux aides nécessaires. Leur généralisation et l'extension de leur activité (pour le moment essentiellement consacrée aux personnes handicapées physiques) en direction des personnes handicapées mentales ou psychiques demandera des travaux spécifiques, en concertation avec les usagers, professionnels et organismes concernés.

Source :RAPPORT Michel CHARZAT Mars 2002

Sous groupe n°3 : handicaps sensoriels

Sous groupe 3A : handicap visuel

I CONTEXTE DE TRAVAIL

Nous avons eu un mois seulement pour mettre au point le document concernant les aides techniques, l'adresser et le faire remplir par des personnes non et mal voyantes.

A ce jour, sept dossiers seulement ont été retournés. Toutefois, pour deux d'entre eux, les résultats obtenus sont le fruit d'un travail collectif. Il ne nous a pas été possible, compte tenu des délais très courts, de toucher un public plus large, ce qui peut être dommage, mais les résultats obtenus sont très intéressants.

II SYNTHÈSE DONNÉES TECHNIQUES : APPAREILLAGE, MOBILIER OU ACCESSOIRE

1) Prothèses oculaires

Ces prothèses sont, on peut s'en douter, indispensables pour toute personne ayant subi une intervention chirurgicale aboutissant à l'énucléation.

Les résultats du questionnaire tendent à considérer ce genre d'aide comme répondant à une déficience d'une gravité absolue. Elles constituent un appui indispensable à l'amélioration de la vie courante de la personne déficiente visuelle, pour son aspect esthétique et ce quelque soit la tranche d'âge dont on relève. En effet, cette aide est précieuse car elle permet de restaurer l'harmonie d'un visage en lui redonnant un regard apparent.

Les résultats font ressortir qu'elles appartiennent au domaine médical ou social. Une majorité penchent pour le médical.

2) Lunettes

Elles sont classées partout dans le domaine médical, bien entendu, et sont d'une importance capitale pour tous les patients atteints de mal vision. Même avec une acuité visuelle très faible, les mal voyants atteints de dégénérescence maculaire ou de rétinopathie, utilisent les lunettes même si leur efficacité n'est pas parfaite.

Les résultats montrent que cette aide à la fonction sensorielle est indispensable à tout âge de la vie. A noter un consensus de réponses quant à l'importance dans l'amélioration de la qualité de vie.

3) Loupes et aides optiques

Les loupes simples, avec éclairage ou non, sur socle éventuellement, sont utilisées très largement par les mal voyants pour lesquels les lunettes n'ont pas de grossissement suffisamment important. Classement médical et social.

Les technologies nouvelles tendent à miniaturiser les systèmes d'aides optiques très ergonomiques et très pratiques pour écrire un petit courrier, remplir ses chèques, faire des mots croisés. Ce type d'aide qui répond à une déficience grave, peut améliorer sensiblement

la vie quotidienne des malvoyants légers mais les prix sont encore trop élevés. Elle ont été classées comme relevant à la fois des corps médicaux et sociaux.

4) Cannes blanches

La canne blanche classique, ou « la canne longue » dite « canne de marche » sont des accessoires toujours utilisés en dernier ressort par les personnes atteintes de cécité ou quasi cécité. Le classement médical ou social est indiscutable. Il reste le moyen de base indispensable pour obtenir une bonne sécurité dans les déplacements et répond à une déficience d'une gravité absolue.

Pour être utilisée de manière efficace, une formation dispensée par des instructeurs de locomotion agréés est nécessaire. Une de leurs missions est de transposer la technique de la canne dans des environnements variés. En effet, cette aide comporte encore certaines limites comme les obstacles en hauteur et ne permet pas de découvrir l'environnement au-delà de la longueur de la canne.

Beaucoup de mal voyants profonds refusent d'utiliser cette canne car elle fait référence à la cécité. C'est pourquoi, certaines associations prônent la canne jaune qui est censée indiquer au grand public que la personne qui l'utilise est un mal voyant. D'un point de vue identitaire, cette distinction peut contribuer à affirmer sa différence. En termes de communication, le message est difficile à faire passer. Ce problème montre bien l'obstacle qui existe entre la mal vision et la cécité. Celle-ci est refusée tant qu'un potentiel visuel existe.

5) Canne électronique laser

Il s'agit d'une canne longue équipée d'un détecteur d'obstacles à rayons laser. Chaque fois qu'un obstacle est repéré par le rayon laser, l'utilisateur en est informé par des vibrations. Elle demande obligatoirement un apprentissage très important pour une utilisation dont l'efficacité, pour certains, reste encore à démontrer.

6) Système détection radar

On assiste de plus en plus à l'arrivée sur le marché de systèmes radar utiles au déplacement. Ils utilisent souvent le GPS (guidage par satellite). Ils doivent être utilisés en complément d'une canne ou d'un chien. Déjà à l'heure actuelle, un système existe au Canada, indiquant vocalement (oreillettes) à une personne mal voyante ou aveugle qu'elle circule dans telle rue, qu'elle se trouve au niveau de tel ou tel administration ou bâtiment public. Enfin, l'accessoire si longtemps espéré par les personnes aveugles et mal voyantes !

Il est fort probable que dans les mois qui viennent, ce système soit proposé sur le marché européen.

Aujourd'hui, un autre système un peu similaire, dénommé la casquette radar, fait l'objet d'expérimentations. Il prend l'aspect d'un pendentif et tend à être miniaturisé. C'est un système de détection des obstacles frontaux et verticaux composé de plusieurs radars, d'un micro processeur. Lorsqu'un objet est détecté lors d'un déplacement, sa présence est signalée par un message parlé (oreillettes).

A souligner que ce genre d'appareil ne dispense en aucun cas de l'utilisation de la canne. Celle-ci garde ses deux fonctions principales à savoir :

- indiquer aux autres que la personne est mal voyante ou aveugle,
- sonder les passages dangereux annoncés par le « système-radar ».

7) Four parlant

Depuis quelques années, il existe de plus en plus d'appareillages avec synthèse vocale.

D'un point de vue global, ce type d'appareil répond à une déficience absolue et l'amélioration de la vie domestique est incontestable, à tout âge de la vie et particulièrement pour des

personnes non voyantes vivant seules. Toutefois, certains fours classiques rendront de bons services après une formation.

Les avancées dans le domaine de l'électroménager vocal permettent aujourd'hui de proposer également des micro ondes parlants. Ces produits sont jugés d'une utilité modérée et relevant du critère social.

8) Plaque de cuisson parlante

Les résultats du questionnaire sont pratiquement identiques à ceux du four parlant.

D'un point de vue de la sécurité, ce type d'appareil est équipé d'un « système anti-chauffe » de façon à éviter tout risque de brûlure. L'assistance vocale en complément permet d'indiquer notamment la puissance de chauffe, le foyer utilisé, l'absence éventuelle de récipient.

9) Balance parlante

Appareil très pratique considéré comme étant nécessaire mais non indispensable. Il peut également contribuer à améliorer, quoique plus modestement, la vie quotidienne des personnes non voyantes, au même titre que le gros appareillage électroménager.

10) Matériel informatique

Les matériels informatiques actuels sont d'une importance capitale pour toute personne mal voyante ou aveugle, et répondent à une déficience d'une gravité estimée absolue.

Les résultats font apparaître qu'ils sont indispensables pour la totalité des handicapés visuels, dans le domaine du travail, de la communication, de la culture, des loisirs. Ce sont des outils d'autonomie incontournables, permettant ainsi aux utilisateurs de ne pas être encore plus marginalisés, ne serait-ce que par rapport à Internet, par exemple.

Les matériels informatiques pour personnes déficientes visuelles se présentent comme suit :

- un PC type Pentium classique équipé de :
- écran 17 pouces, ou 19 pouces, ou 22 pouces,
- logiciel de grossissement de caractères,
- interface graphique associée à une synthèse vocale,
- plage tactile braille éphémère,
- scanner avec logiciel de reconnaissance de caractères,
- imprimante classique jet d'encre ou laser,
- imprimante braille (recto ou recto/verso)

Cette liste est donnée à titre indicatif.

L'équipement « ad hoc » pour un mal voyant pourrait être : PC + 1 écran+ 1 agrandisseur de caractères et éventuellement 1 imprimante et 1 scanner.

Les mal voyants légers peuvent utiliser l'écran 22 pouces et le logiciel d'agrandisseur de caractères. Pour les mal voyants profonds qui ne peuvent plus lire sur un écran, l'utilisation de la synthèse vocale leur permet d'entendre ce qui est stocké sur l'écran, que les informations soient en provenance d'Internet, d'une disquette, ou d'un texte en noir par le biais d'un scanner.

Enfin, pour les personnes non voyantes, la plage tactile braille éphémère leur donne automatiquement la conversion en point braille des caractères affichés sur l'écran : par paquet de vingt caractères, pour une plage de 20 ou par paquet de 40 ou par pour une plage tactile de 40, par paquet de 80 pour une plage tactile de 80. De plus il faut savoir que pour les personnes équipées de plage tactile braille, les synthèses vocales sont plus que nécessaires.

A noter cependant, comme pour la locomotion, que l'autonomie dans l'apprentissage des nouvelles technologies informatiques nécessite un accompagnement individualisé indispensable.

A travers une première expérience de formation individualisée, GAIPAR a pu juger de cette nécessité. Un encadrement averti doit pouvoir en même temps que le transfert de connaissances, lever les freins communs que peuvent avoir les personnes déficientes visuelles face à un univers qu'il est difficile d'appréhender dans sa totalité.

11) Synthèses vocales

Lorsqu'elles sont associées aux ordinateurs, elles rendent le plus grand service aux personnes n'utilisant pas le braille.

Notons que ce type d'adaptation est classée préférentiellement comme une aide indispensable à l'apprentissage. Comme pour le matériel informatique, les réponses s'orientent de manière consensuelle sur la nécessité d'une intégration tout public, comme facteur d'amélioration de la qualité de la vie, au travers de cette nouvelle forme d'autonomie du traitement de l'information.

12) Plage tactile braille

Voir informations ci-dessus.

13) Machines à lire

D'un point de vue technique, il s'agit de machines intégrant ordinateur, scanner et logiciel vocal. Elles ont les mêmes fonctions qu'un ordinateur équipé d'un scanner et d'une synthèse vocale. Toutes les commandes sont réunies sur un pavé numérique : en appuyant sur une touche, la machine annonce l'ordre reçu qu'elle est en train d'exécuter. Elle rassemble un maximum de fonctions indispensables dans la vie quotidienne.

Ces systèmes sont simples d'utilisation et très ergonomiques. L'apport en termes de communication est indéniable. Ce genre de matériel répond bien à cette finalité d'améliorer la vie au quotidien des personnes déficientes visuelles.

A noter une limite : ne peuvent être lus comme à l'ordinateur que des textes imprimés. Tous textes manuscrits ou documents administratifs complexes sont totalement illisibles ou incompréhensibles.

14) Organiser vocal

C'est un agenda à reconnaissance vocale permettant de répondre à plusieurs exigences que les personnes non voyantes peuvent rencontrer au quotidien. Il comprend le plus souvent les fonctionnalités suivantes :

- un carnet d'adresses pouvant stocker plusieurs centaines de numéros de téléphone, à partir desquels il sera possible de composer automatiquement tous numéros sur n'importe quel poste à fréquence vocale,
- un enregistreur vocal avec toutes les fonctions d'un dictaphone numérique,
- un carnet de rendez vous avec un système d'alarme programmable,
- un réveil parlant,
- une calculatrice avec convertisseur en monnaies étrangères,
- une assistance téléphonique internationale.

Pour faire le parallèle avec l'informatique, notons que ce type de matériel dispose également d'une interface PC pour sauvegarder les données et télécharger des mises à jour à partir d'Internet.

15) Interface spécifique

Il s'agit des interfaces graphiques nécessaires aux synthèses vocales et plages tactiles braille qui ont été abordées dans le paragraphe 10.

16) Télé agrandisseur

Ce sont des machines permettant de lire sur un écran d'ordinateur ou de téléviseur un document qui est présenté sous une source lumineuse. La technique de ces matériels permet d'agrandir à volonté les caractères, et de faire ce que l'on appelle l'inverse vidéo (caractères noirs sur fond blanc ou blanc sur fond noir).

Dans certains cas de mal vision, ce genre d'appareil peut permettre de remplir un chèque ou d'écrire un petit texte. Il est très utile pour les mal voyants. Existe également en couleurs.

17) Lecteur vocal de codes barres

Ce matériel nouveau contient une mémoire interne qui permet d'enregistrer et de retrouver un titre en l'appliquant sur une étiquette comportant un code barre.

Il y a 250 possibilités de codes barres, et le temps maximum d'enregistrement vocal possible par étiquette est de 4 secondes. Exemple : l'étiquette comportant le code barre 3 peut être fixé sur un dossier, et l'utilisateur pourra enregistrer «Factures EDF » ou sur un CD « 9ème symphonie de Beethoven, ou sur une boîte alimentaire « Café ».

Cet instrument est indispensable d'un point de vue domestique, pour toute personne ne connaissant pas le braille ou ayant de grandes difficultés pour le décrypter. Il est encore mal connu mais devrait remporter un vif succès.

18) Système d'alarme et de sécurité

Le système d'alarme est indispensable pour les personnes âgées aveugles, vivant seules, et peut contribuer à mieux vivre au quotidien. L'aspect sécurité de ce produit est indéniable.

Il peut être considéré dans le domaine social.

Notons pour les personnes les plus dépendantes, du fait de problèmes médicaux associés, les systèmes de « télé assistance » permettant d'alerter les personnes présélectionnées, par l'intermédiaire d'un réseau.

19) Téléphone adapté

Il s'agit d'appareils équipés de touches plus importantes que la normale, avec inscriptions en gros caractères. Les personnes mal voyantes utilisent de préférence ces postes, mais ceux-ci ne font pas partie des grandes priorités. En effet, après un apprentissage, bon nombre de personnes peuvent composer un numéro de téléphone les yeux fermés sur un clavier classique.

En plus de la téléphonie mobile, on trouve aujourd'hui des postes fixes à reconnaissance vocale. La voix est enregistrée et reconnue, ce qui évite de composer le numéro du correspondant.

Il existe aujourd'hui un boîtier vocal, qui une fois installé, énonce toutes les inscriptions qui peuvent figurer sur l'écran du téléphone. Les personnes non voyantes pourront elles aussi filtrer leurs communications et devenir plus autonomes dans le traitement de leurs appels.

20) Machines Perkins

Ces machines manuelles à partir de six touches, permettent d'écrire en caractères braille. Chaque caractère alphabétique ou numérique est composé de un à six points braille répartis en deux colonnes de trois. Les machines Perkins ont été utilisées très longtemps par toute personne aveugle jusqu'à ce que l'informatique avec plage tactile braille prenne le relais. Toutefois, il faut noter que bon nombre de personnes aveugles âgées ou d'enfants de très jeune âge continuent d'utiliser ce système.

Pour eux, il doit être considéré comme prioritaire.

21) Poinçon et tablettes

C'est le « système portable » de base par excellence des personnes aveugles. Très utilisé, même à l'heure actuelle par les spécialistes attachés à l'écriture braille.

22) Impression braille

Il s'agit de documents réalisés par des imprimantes braille connectées à des ordinateurs. Ces supports ne font pas double usage, car un document lu sur une plage tactile éphémère a souvent besoin d'être imprimé aux fins de sauvegarde (indispensable pour les brailleuses).

23) Livres braille

Les bibliothèques spécialisées qui proposent des livres sont très sollicitées par les lecteurs, que ce soit pour la culture, la détente ou la formation. L'aspect social de ce genre de support est indéniable.

24) Livres en gros caractères

De plus en plus, ce genre de livres ou revues est proposé aux personnes atteintes de mal vision profonde. Pour une meilleure efficacité, les caractères agrandis doivent être imprimés en gras, afin de mieux faire ressortir les contrastes. Cette technique est très importante pour les mal voyants.

25) Lecteurs cassettes et CD :

Accessoires grand public indispensables pour la lecture, la formation, et pour la vie quotidienne en générale.

26) Mappemonde en braille et cartes géographiques

Ce genre de mappemonde est surtout utilisé par les enfants et adolescents au cours de leur formation. Ce produit ne peut pas être considéré comme étant prioritaire pour les adultes.

Il en est de même pour les cartes géographiques.

27) Jeux adaptés

De plus en plus, on trouve sur le marché des jeux de société adaptés très largement utilisés par les personnes aveugles.

28) Glucomètre vocal

Pour toute personne diabétique, cet instrument est indispensable, et doit être considéré comme médical puisque répondant à des déficiences associées et donc absolues. Il contribue très largement à préserver son « pôle santé ».

Il existe aujourd'hui une série de lecteurs de glycémie vocaux. Ils peuvent être connectés sur ordinateur en associant un logiciel vocal de façon à assurer un suivi du diabète sous forme de rapports et tableaux, imprimés le cas échéant par le médecin traitant.

29) Thermomètre médical vocal

Petit matériel médical très utile pour l'autonomie.

30) Pèse-personne parlant

Accessoire de la vie quotidienne important.

31) Montres parlantes ou braille ou avec bip

Ces trois versions de montres sont utilisées couramment par tout mal voyant profond ou aveugle.

III SYNTHÈSE DONNÉES TECHNIQUES APPAREILLAGE IMMOBILIER : AIDES A LA VIE A DOMICILE OU A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

32) Système de contrôle de l'environnement à la voix (synthèse vocale ascenseur...)

Il s'agit d'un système vocal intégré dans les cabines d'ascenseurs donnant leur position par rapport aux étages (exemple : rez-de-chaussée, troisième étage...). Ce système est universel car il a l'avantage de s'adresser au plus grand nombre (personnes voyantes, personnes mal voyantes, aveugles). Ils commencent à se répandre de plus en plus. Vulcania, dernier-né des sites touristiques, en est un exemple.

Ceci est une aide qui s'avère nécessaire pour un meilleur repérage au sein des administrations publiques. Les résultats de ce questionnaire montrent bien que ces systèmes répondent à une déficience absolue en matière de mobilité pour toute personne déficiente visuelle en âge de se déplacer seule.

Les points braille qui existent sur les boutons d'ascenseur ne rendront service qu'aux personnes connaissant bien le braille, ce qui n'est pas le cas de tous les aveugles.

33) Digicode

Dans ce domaine, on constate trop souvent un manque de normalisation évident quant à la disposition des touches de clavier (clavier numérique ordinateur ou téléphone).

De plus, les touches doivent être facilement détectables au toucher ce qui n'est pas toujours le cas. Effectivement, les claviers sensitifs très nombreux, sont très difficiles à utiliser, voire impossible. De plus, un picot doit exister sur la touche 5.

34) Aménagements urbains

Feux sonores : le Ministère des Transports vient de définir la norme qui est entrée en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2002 :

- bip pendant la phase du feu vert,
- signalisation vocale pendant la phase rouge.

35) Informations vocales ou gros caractères dans les transports

Dans tous les transports, que ce soit métro, tramway, bus, train, les annonces vocales sont absolument indispensables pour la sécurité du voyageur aveugle ou mal voyant.

Certains d'entre eux souhaitent des affichages en gros caractères, ce qui n'est pas forcément toujours possible. L'annonce vocale a le mérite d'être universel.

IV SYNTHÈSE DONNÉES TECHNIQUES : AIDES HUMAINES ET AIDES ANIMALIÈRES OU A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

A/ AIDES HUMAINES

36) Auxiliaires de vie

Elles interviennent auprès des personnes lourdement handicapées ayant besoin d'une assistance quasi permanente.

37) Aides ménagères

Ces personnes apportent leur aide à tout mal voyant ou aveugle plus ou moins dépendant. Il est incontestable que leur présence est quasi obligatoire pour les personnes âgées handicapées.

Entre le domestique et la santé, ces « aides humaines » s'avèrent indispensables pour les personnes isolées et dépendantes, et participent de façon significative au maintien d'une certaine qualité de vie de ces bénéficiaires.

38) Tierce personne (lecture, accompagnement...)

Comme l'indique ce titre, il s'agit du concours apporté par toute personne dans les domaines du déplacement, de l'accompagnement, du secrétariat, ainsi que des actes de la vie quotidienne.

B/AIDES ANIMALIERES

39) Chien guide

Toute personne qui utilise un chien-guide sait ce que l'animal apporte en termes de sécurité et de confort pendant la locomotion. Certaines personnes répondant aux critères d'obtention d'un chien guide ne l'envisagent absolument pas, car ils auraient énormément de mal à gérer les contraintes générées par l'animal (nourriture, soins, santé...).

Les éducateurs de chiens lors de l'affectation de l'animal, recherchent, en plus de l'aspect strictement technique, la meilleure adéquation possible entre le comportement de l'animal et la personnalité du futur propriétaire. Cette entente est indispensable au bon fonctionnement du binôme, dans sa dimension sécuritaire. Cette aide contribue également, dans son apport psychologique, à surmonter bien d'autres obstacles.

V SYNTHÈSE DONNÉES ÉCONOMIQUES : APPAREILLAGE MOBILIER OU ACCESSOIRE

Sur les sept dossiers reçus, trois seulement comportent des réponses partiellement exploitables.

- Prothèses oculaires : inscrites à la LPP de 186,11 Euros à 679 Euros environ. Remboursées par la Sécurité sociale après demande d'entente préalable.
- Lunettes : inscrites à la LPP de 4,823 à 33,74 Euros environ ;
- Canes blanches : inscrites à la LPP de 4,459 à 10,50 Euros environ.
- Aides optiques : non remboursées à l'heure actuelle, mais devraient l'être comme cela se pratique en Suède.
- Glucomètre vocal : inscrit à la LPP Mutuelles 25 % Aides sociales 25 %.

Pour tous les autres matériels, les remboursements sont aléatoires, très souvent sous condition de ressources.

Il s'agit bien entendu de tous les matériels informatiques ou associés.

Une exception toutefois pour les matériels informatiques, concernant les étudiants ou les personnes demandeurs d'emploi pour lesquels l'Agéfiph peut verser une allocation pour les premiers de 7623 Euros, et pour les seconds le remboursement des matériels nécessaires à leur insertion professionnelle.

Pour tous les autres matériels ou accessoires, bien entendu, lorsqu'aucune aide n'est obtenue, ce sont les utilisateurs eux-mêmes qui financent après s'être adressés le plus souvent à des associations, des clubs services, certaines municipalités ou Conseils Généraux. Toutes ces aides sont très variables d'une ville ou d'un département à l'autre. Ces données ne sont pas significatives.

Ordre de prix

- La canne électronique : 2000 Euros environ, et il faut compter pratiquement le même montant pour la formation.
- Système radar (pendentif) : version la plus simple 180 Euros environ, et pour le système le plus complet, 450 Euros.
- Four parlant (micro-ondes) : 1200 Euros environ.
- Plaque de cuisson parlante : de 700 à 800 Euros.
- Matériels informatiques : PC classique de 1000 à 1200 Euros
- Ecran : de 200 à 900 Euros (17, 19, ou 22 pouces).
- Logiciel agrandisseur de caractères : de 650 à 750 Euros
- Interface graphique et synthèse vocale : de 2200 à 2500 Euros
- Plaque tactile braille : de 8000 à 9000 Euros
- Scanner et logiciel : de 1100 à 1500 Euros
- Imprimante : de 130 à 400 Euros
- Imprimante braille : de 3000 à 4500 Euros.
- Machines à lire : de 2000 à 3900 Euros.
- Organiser vocal : de 250 à 340 Euros.
- Lecteur vocal de codes barres : de 240 à 290 Euros.
- Téléphone fixe à reconnaissance vocale : environ 100 Euros.

VI SYNTHÈSE DONNÉES ÉCONOMIQUES : APPAREILLAGE IMMOBILIER AIDES A LA VIE A DOMICILE OU A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Deux réponses seulement, et très partielles, ne permettent pas la moindre synthèse.

VII DONNÉES ÉCONOMIQUES : AIDES HUMAINES ET AIDES ANIMALIÈRES**A/ AIDES HUMAINES****- Auxiliaires de vie :**

Rémunérées à partir de l'allocation compensatrice pour tierce personne, sous condition de ressources, ou bien APA (Mutuelles à partir de 20 %).

- Aides ménagères :

ACTP avec condition de ressources, ou parfois Mutuelles, ou APA.

- Tierces personnes :

La rétribution est rendue possible grâce à l'ACTP dont peuvent bénéficier la plupart des personnes de plus de 20 ans dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 %. La COTOREP (commission d'orientation et de reclassement professionnel) apprécie si l'aide d'une tierce personne est nécessaire ou non. La réglementation s'appuie également sur des critères de ressources. Au-delà de 60 ans, le régime bascule sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Depuis plusieurs années, les personnes mal voyantes et aveugles qui ont été salariées, ne bénéficient plus de la troisième catégorie Sécurité sociale. Il y a donc disparité entre les bénéficiaires.

B/ AIDES ANIMALIÈRES**- Chien guide**

A ce jour, les chiens sont en principe offerts gracieusement à l'utilisateur.
Le prix de revient d'un chien est de 15 000 Euros environ.
Leur financement est assuré par la générosité privée voire publique dans certains cas.

CONCLUSION

Le résultat de ce travail fait apparaître un nombre important de matériels ou accessoires très utiles pour la vie quotidienne. Cette liste n'est pas exhaustive. Bien entendu, chaque déficient visuel n'aura pas besoin de tous ces produits. Tout dépendra du degré de son autonomie, de ses moyens financiers, et de la présence ou non d'une tierce personne.

Même bien équipé de matériels, un aveugle vivant seul, qu'on le veuille ou non, est très dépendant. Il aura toujours besoin d'une aide humaine. Bon nombre de personnes handicapées visuelles peuvent donner l'impression d'une grande autonomie, parce qu'elles se déplacent seules, parce qu'elles ont des matériels leur permettant de lire plus facilement, mais il faut savoir que de tels comportements demandent des efforts considérables, réalisables par une petite minorité. La plus grande partie de la population étudiée se trouve dans l'impossibilité de surmonter le handicap sans présence humaine. Dans tous les cas de figure, accepté ou non, le handicap visuel reste un handicap lourd.

Compte tenu de la diversité des besoins exprimés, une allocation de compensation du handicap pourrait permettre à chaque personne déficiente visuelle d'en faire l'utilisation correspondant le mieux à ses besoins. Pour l'un, ce sera un investissement complémentaire dans l'aide humaine. Pour un autre au contraire, ce seront des investissements pour des matériels, de la technologie ou de la formation.

Enfin, il est indispensable que les personnes déficientes visuelles aient à leur disposition des structures indépendantes des circuits commerciaux pour les aider dans le choix des matériels. De plus, la formation pour beaucoup de ces produits est absolument essentielle pour obtenir une autonomie un peu plus importante.

Sous groupe 3B : handicap auditif

A) METHODOLOGIE DE TRAVAIL

A-1) Groupe de travail

Le groupe de travail qui a réalisé cette étude est la commission « Coliac – Surdités » qui a déjà produit des recommandations spécifiques. Pour mieux répondre aux besoins de cette étude, deux autres personnes ont été sollicitées. (Cf. liste en annexe 2).

Le groupe réunit des personnes qui répondent aux trois critères suivants :

- qualification professionnelle ;
- expérience de l'accessibilité ;
- vécu de la surdité.

Le groupe travaille principalement par courrier.

Une première étude a été réalisée par les rapporteurs puis elle a été diffusée aux membres du groupe qui l'ont validée en y apportant diverses précisions (notamment pour les aides humaines, les télécommunications, les implants cochléaires...).

A-2) Base documentaire

Le groupe s'est appuyé sur la base documentaire existante (Cf. « Les sourds dans la Ville – Surdités et Accessibilité » et les documentations personnelles de ses membres.

Les prix ont été vérifiés auprès de divers fournisseurs.

Une base documentaire avec tarifs a été remise au Dr de Penanster.

B) APPLICATIONS DES CRITERES IMPOSES

B-1) Terminologie

Le groupe souligne la nécessité d'adapter une terminologie appropriée et notamment :

- ne pas faire d'amalgame entre les déficients auditifs et les déficients visuels. En effet, outre que cette terminologie « Handicaps sensoriels » oublie trois sens, elle conduit à réunir deux déficiences aux conséquences totalement opposées et provoque une confusion entre les besoins de ces deux déficiences ;
- la terminologie « Déficients auditifs » devrait être réservée au domaine médical. Les déficients auditifs se définissent eux-mêmes soit comme « Sourds », soit comme « Malentendants ». L'acronyme DSME (Devenus-Sourds et Mal Entendants) est d'usage courant. La locution appropriée, pour l'ensemble de la population, est donc : « Personnes sourdes, devenues sourdes ou malentendantes » (PSDSME) ;
- il est recommandé de ne plus employer la locution « prothèses auditives » qui est techniquement fautive, laisse penser à des performances supérieures à la réalité et est explicitement interdit par la norme française qui retient l'expression « Appareils de correction auditive » (ACA).

Le groupe, dans le cadre du Coliac, prévoit l'édition d'une recommandation relative à la terminologie. Parution : 1^{er} semestre 2003 (si urgence, nous consulter).

B-2) Tableaux

Les tableaux fournis ne comportent aucune entrée relative aux PSDSME à l'exception de « l'aide auditive » et de « l'aide humaine ».

Il a donc fallu élaborer un recensement des aides en respectant les tableaux fournis.

B-3) Tranches d'âge

Les tranches d'âge des tableaux sont « 16 ans » et « 60 ans » mais, pour la surdité, le Code de la Sécurité sociale prévoit trois paliers : « 4 ans », « moins de 20 ans » et « plus de 20 ans ». Nous avons donc remplacé « 16 ans » par « 20 ans » (le paramètre « 4 ans » n'étant pertinent que pour une seule prestation : les embouts auriculaires).

Nous avons interprété le critère « plus de soixante ans » comme équivalent à « retraités ». Ce critère doit être affiné pour distinguer les statuts spécifiques (retraite avant 60 ans) et un probable allongement de la durée d'activité.

B-4) Gravité de la déficience

L'appréciation de la gravité a été interprétée par rapport au classement du BIAP (Bureau international d'audiophonologie).

Critères des tableaux		Classification du BIAP	
Gravité	Notation	Perte en décibels	Surdités dites
Absolue	1	> 80	Totales à profondes
Grave	2	70 à 80	Sévères
		40 à 70	Moyennes
Modérée	3	20 à 40	Légères

B-5) Degré de priorité

Pour mémoire, sans changement.

B-6) Intégration et qualité de vie

Pour mémoire, sans changement.

B-7) Aides Humaines

Trois types d'aides humaines ont été distingués :

- le personnel paramédical, chargé de la rééducation auditive (orthophoniste), de l'enseignement des communications spécialisées (professeurs de langue des signes...) et de l'adaptation des ACA (audioprothésiste) ;
- les interprètes, transcripateurs et autres « interfaces de communication ». Leur intervention intègre un aspect déontologie et confidentiel qui ne peut pas être assuré par un membre de la famille – il est détestable qu'un jeune enfant entendant assure le rôle d'interprète pour ses parents dans des circonstances difficiles, voire traumatisantes.
- les personnes aidantes dont l'action peut être temporaire (dans la journée ou à une période donnée de la vie courante, de façon ponctuelle) : ainsi, pour les enfants et personnes âgées, l'acte quotidien « mettre son appareil » ou « changer la pile » peut nécessiter la présence d'une personne aidante (aide liée à la technique).

Les besoins d'aides humaines sont souvent imprévisibles, presque toujours temporaires (dans la journée ou à une période donnée de la vie courante) et de durée variable selon les événements ou circonstances.

Ils peuvent évoluer selon l'âge de la personne et l'amélioration (ou la dégradation) de son intégration sociale.

B-8) Aide à la fonction

Les critères retenus sont :

- Communication interpersonnelle ou en groupe ;
- Audition (audition de la parole et des bruits, conservation de la voix, visualisation des bruits) ;
- Sociale (capacité de vivre seul ou en groupe) ;
- Autonomie (utilisation de l'appareillage, des aides techniques ou humaines, aptitude à effectuer les actes sociaux, adaptation architecturale, ergonomie des lieux de vie) ;
- Travailler (activité professionnelle) ;
- Education (se former, travailler, loisirs) ;
- Sécurité personnelle ou civile.

Cet ensemble de critères est identifié dans les tableaux par « **CASATES** »

B-9) Domaine médical ou social : (CIF de l'OMS)

Nous avons appliqué la définition donnée par le CIF, en identifiant sept groupes de suppléances :

- auditives personnelles ;
- auditives collectives ;
- tactiles ;
- visuelles ;
- humaines ;
- fonctionnelles ;
- à la communication (autres).

Les tableaux proposés ne permettant pas de distinguer les aides collectives des individuelles, nous avons classé les aides collectives comme étant du ressort social alors que les aides individuelles relèvent du médical.

C) PRISES EN CHARGE ACTUELLES

En général, les PSDSME sont mal informées des financements qu'elles peuvent solliciter. Elles sont continuellement confrontées à des problèmes de communication dans leurs demandes de prise en charge et de financement.

La mise en place de « guichets uniques » centralisant l'ensemble des démarches et financement serait un progrès.

D) LES ORGANISMES FINANCEURS ET LES SUPPLEANCES ACTUELLEMENT ELIGIBLES AU FINANCEMENT

D-1) Les CPAM

Actuellement, les prises en charge des CPAM sont limitées aux appareils de correction auditive (considérés comme des « petits appareillages », ce qui est surprenant vu leurs prix), forfait d'entretien et diverses réparations.

Si la prise en charge est sensiblement équivalente au coût réel pour les moins de vingt ans, en revanche, elle est très faible pour les plus de vingt ans.

D-2) Les CHU

Les CHU prennent en charge les implants cochléaires à 100 %.

La prise en charge est partielle ou nulle pour :

- les autres implants (implant d'oreille moyenne et implant du tronc cérébral) ;
- le remplacement des processeurs usagés, en particulier pour les personnes qui ont financées elles-mêmes leur implantation (avant la prise en charge par les CHU ou en raison de nombre limité d'implants disponibles) ;
- les batteries (jusqu'à une par jour) ;
- les réparations.

D-3) L'AGEFIPH

Sa participation est limitée aux travailleurs du secteur privé (les fonctionnaires, enfants et retraités ne peuvent pas bénéficier de ce financement). La politique et les barèmes de cet établissement sont mal connus.

D-4) AIDES SOCIALES COMPLEMENTAIRES (CPAM, MUTUELLES, ANPE, ASSEDIC, CONSEIL GENERAL, MAIRIES, CAISSES DE RETRAITE)

Elles sont théoriquement possibles, mais doivent faire l'objet de démarches spécifiques dont le résultat est aléatoire et variable selon le budget et la politique de chaque établissement. Les délais sont parfois trop longs.

En général, les mutuelles n'interviennent qu'en complément de la prise en charge des CPAM. De ce fait, le plafond d'aide pour les ACA est très faible pour les adultes et toutes les aides techniques et humaines sont ignorées.

E) CONCLUSION : QUELLES PRIORITES ?

Pour l'ensemble des aides techniques et humaines et en raison de :

- la diversité des surdités (avec ou sans restes auditifs exploitables) ;
- la périodicité des besoins (par exemple, un adulte sourd aura un besoin urgent et impératif d'aide pour une formation permanente) ;
- la diversité des savoir-faire et de la formation de chaque personne (connaissance ou non des techniques de communication spécialisées) ;
- des choix de vie de chaque personne ;

Il est impossible de fixer des priorités valables pour l'ensemble de la population S-DSME. Une évaluation individuelle et pluridisciplinaire est donc indispensable (Cf. annexe 1 : Pour une ergothérapie de la communication).

Cependant, la majorité des S-DSME sont des malentendants avec un reste auditif exploitable, mais un taux d'appareillage faible. La première mesure serait donc d'améliorer le remboursement des ACA.

La plupart des aides techniques sont des produits de première nécessité, mais à l'exception du « Boîtier-Dialogue » elles ne bénéficient pas d'un taux réduit de TVA.

Le financement des aides humaines indispensables, mais limitées dans le temps, pourrait être réalisé par un système de « Chèques-Communication », par analogie aux « Chèques-Restaurants ».

Annexe 1 : Pour une ergothérapie de la communication

Les adultes devenus sourds ou malentendants constituent la majeure partie des personnes atteintes de surdité. Les associations constatent un déficit de leur prise en charge technico-sociale. Ces personnes partagent de nombreux points communs.

Leur itinéraire est généralement le suivant :

- un **échec médical**, nombre de surdités ne se soignent pas et les médecins ne savent pas à qui passer le relais ;
- une **suppléance instrumentale absente ou perfectible** : le coût financier des appareils auditifs reste un obstacle pour de nombreuses personnes ; dans bien des cas, l'appareil auditif ne suffit pas à lui seul et doit être complété par une rééducation ; le DSME doit réapprendre à entendre, à exploiter son reste auditif ; la lecture labiale est un complément souvent indispensable et toujours profitable ; cependant, l'orthophonie est une profession tournée vers l'enfance et il est difficile de trouver des orthophonistes sachant traiter les adultes ;
- une **ignorance des aides techniques pour l'habitat et l'emploi**, seulement 10 % des audioprothésistes proposent des aides techniques en complément de l'appareil auditif ;
- une **absence d'aide psychologique** qui pourrait contribuer à surmonter la dépression consécutive à l'annonce de la surdité ;
- la **rupture de la communication** provoquée par la surdité a souvent pour conséquence une désinsertion sociale sur les plans familial (les divorces ne sont pas rares) et professionnel ; la reconversion professionnelle est d'autant plus difficile que les formations utilisent des techniques classiques (auditives et orales) inadaptées aux DSME ; la solution est souvent un maintien dans l'emploi avec une réorganisation fonctionnelle, des aides techniques et humaines ;
- une **méconnaissance de la vie associative** ; la personne devenue sourde, qui ne parvient plus à communiquer avec sa famille, n'imagine pas de rejoindre une association. Les adhérents aux associations de DSME sont très peu nombreux ; malgré quelques réalisations remarquables, ces associations n'ont pas les moyens ni financiers ni humains d'une authentique prise en charge technico-sociale ;
- enfin, **la surdité n'est pas soluble dans la technique**, c'est avant tout une altération de la communication, de la relation avec les autres ; aider un DSME, c'est d'abord aider sa famille, ses collègues, sa hiérarchie pour rétablir une communication qui permette le maintien des liens sociaux.

Assez souvent, les DSME parviennent à résoudre ces difficultés, l'une après l'autre, après des années d'intenses efforts solitaires, de gaspillages de temps et d'énergie, d'erreurs... Le DSME est, trop souvent, laissé seul à lui-même, dans l'obligation de tout réinventer, de tout redécouvrir, car personne ne lui donne l'information pertinente.

Pour chacune des difficultés que nous avons listées, il existe des solutions efficaces qui doivent être mises en œuvre très vite et coordonnées en prenant en compte la spécificité de la surdité. Cela nous conduit à préconiser une **«ergothérapie de la communication»**. Cette ergothérapie consisterait à évaluer et à coordonner les différentes aides techniques, financières et humaines.

L'ergothérapeute de la communication serait également le référent et l'interlocuteur aussi bien de la fratrie que de l'employeur (voire du corps enseignant, pour les plus jeunes) et elle mènerait un travail spécifique sur le langage et la communication, afin que les personnes devenues sourdes ou malentendantes puissent surmonter l'épreuve mieux, plus vite, en sauvegardant leur intégration sociale et en (re)créant des vecteurs de communication satisfaisants pour eux-mêmes et leur entourage.

Sous groupe n° 4 : Polyincapacités

Sous groupe 4A : polyincapacités - motrices et autres-

METHODOLOGIE POUR L' ETUDE MENEES

1. Principes retenus pour le choix du groupe de référence

- Choix d'un groupe hétérogène constitué de personnes avec des expériences professionnelles diverses (lieu d'exercice et durée de l'expérience professionnelle)
- Tous ces professionnels ont ou ont eu une expérience auprès de personnes présentant des poly-incapacités, résultat d'une maladie, du vieillissement ... et de tous les âges.

2. Nombre de professionnels sollicités

- 20 professionnels sollicités.
- 12 dossiers rendus.
- 10 dossiers exploitables.

3. Formation professionnelle

- Professionnels de Rééducation et de Réadaptation: kinésithérapeutes et ergothérapeutes.
- Directeur d'Etablissement Spécialisé

4. Expérience professionnelle

- Expérience professionnelle variant entre 6 mois et 35 ans.

5. Lieu d'exercice professionnel

- Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle.
- Maison d'Accueil Spécialisé.
- Service spécialisé dans le maintien à domicile et Centre d'Informations et de Conseils sur les Aides Techniques.
- Service de Soins et d'Education Spécialisé à Domicile.
- Enseignement dans des Ecoles Paramédicales.

6. Présentation de l'étude aux participants

- L'ensemble du groupe a reçu une information précise sur l'étude, une explication sur la méthodologie, les cotations ... au cours d'un entretien avec le pilote du groupe de travail.

7. Délais pour rendre les études

- Temps accordé pour rendre le document : de 2 à 4 semaines.

DIFFICULTES RENCONTREES et REMARQUES FORMULEES

1. Définition “ Poly-incapacité ”

- La notion de “ poly-incapacité ” s’est révélée difficile à cerner. Elle s’est souvent confondue avec la notion de “ poly-handicap ”.
- Divers rappels sur la notion d’incapacité ont été demandés par plusieurs participants. La définition de la CIH a été retenue.
Incapacité : toute réduction (résultat d’une déficience) partielle ou complète de la capacité à accomplir une activité d’une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.
- Cette définition a également nécessité de redéfinir les différentes incapacités, ou catégories pouvant être rencontrées.

2. Pondération majeure pour les préconisations de ces matériels

- Ces matériels nécessitent une conservation importante des capacités des fonctions supérieures : intégration et mémorisation des méthodes, évaluation des risques ... La perte de ces dernières rend l’usage de ces produits, dangereux, voire plus simplement inopérant par non utilisation.
L’association d’une aide humaine devient de ce fait nécessaire, même si des capacités motrices ou sensorielles limitées en permettaient l’usage.

3. Définition des critères de cotation : Aide à la fonction

- Les diverses catégories définies laissent apparaître un amalgame entre des fonctions organiques et des activités.
- Une division de cette cotation entre fonctions organiques et activités aurait pu à priori faciliter le choix.

4. Définition des critères de cotation : Gravité de la déficience

- L’appréciation de la gravité de la déficience, de ses conséquences, a été difficile par manque de définition des critères.
- La comparaison de certaines réponses, relevées au cours de l’entretien préliminaire, a montré que ces derniers étaient peu fiables et non reproductibles.

Une approche par les critères ou codes qualificatifs de la CIF ne semblerait pas plus facile et fiable.

(pas de problème / problème léger / problème modéré / problème grave / problème entier)

Un critère d'appréciation de la gravité, évalué par le bénéficiaire potentiel de ce matériel devrait être associé.

PART NON REALISEE DE L'ETUDE

Approche financière et répartition par financeur

Nous avons sollicité les services sociaux des Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Moselle pour recueillir les informations relatives à la participation des divers organismes financeurs.

Si l'élaboration d'un plan d'aide permet d'approcher les participations de ces financeurs potentiels, ces informations ne semblent pas informatisées et ne permettent en aucune façon de proposer une analyse de la part habituellement couverte par ces derniers.

Néanmoins une étude, avec reprise manuelle de ces dossiers, devrait pouvoir une réponse précise des plans de financement proposés.

De nombreuses équipes de préconisation des aides techniques n'ont pas d'information, directe ou secondaire, sur le plan de financement de ces matériels.

Nous avons sollicité divers dispositifs développés dans le cadre de la préconisation et de la prise en charge de ces matériels et plus particulièrement, les Dispositifs Site Vie Autonome.

Les chiffres apportés par ces derniers permettent d'approcher, qualitativement et quantitativement, la prise en charge des aides techniques, de l'adaptation du logement, les aménagements des postes de travail ...

Ce sont à ce jour, nous semble-t-il, les chiffres les plus fiables et pertinents.

Sous groupe 4B : polyincapacités sensorielles **(personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes)**

I. Les conditions de l'enquête

1. Formatage et diffusion

Le questionnaire a été diffusé auprès de personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes, de familles et de professionnels. Nous avons reçu des réponses de 11 personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes, de 7 familles et de 7 professionnels. Il est remarquable que ce sont les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes qui ont été les plus nombreuses à répondre, en dépit des difficultés techniques. Cela montre combien elles se sentent concernées par le sujet des aides techniques et humaines.

Il a fallu, pour les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes, reformater les questionnaires pour qu'ils puissent être utilisés en braille ou en gros caractères. La présentation en tableau a dû être transformée en texte pour la lecture en braille.

Compte tenu de la difficulté de compréhension du questionnaire, en particulier en ce qui concerne le sens des termes utilisés pour désigner les aides techniques ou la signification précise des catégories de réponse, nous avons offert aux contributeurs la possibilité de répondre de façon synthétique, plutôt que question par question.

2. les personnes concernées

Les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes constituent un groupe hétérogène tant du point de vue du niveau d'autonomie que du niveau de développement cognitif et communicatif. La classification des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes en Groupe 4 peut prêter à confusion car un nombre important d'entre elles ont un niveau de développement cognitif normal et sont donc très différentes des personnes polyhandicapées. En fait, tout l'éventail des niveaux de développement cognitif est représenté chez les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes. Les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes qui ont répondu à ce questionnaire sont parmi les plus autonomes ; les réponses obtenues semblent tout à fait représentatives des besoins de leur groupe. Ce sont les familles et les professionnels qui se sont exprimés au nom de celles qui ne sont pas en mesure de répondre à un tel questionnaire. Ils ont en général fait remarquer que beaucoup d'aspects de ce questionnaire étaient loin de correspondre à la situation des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes moins autonomes.

3. Difficultés rencontrées dans le questionnaire lui-même.

- a) Il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relèverait du médical (le problème de la personne) et ce qui relève du social (problème vécu par la société). Par exemple, comment distinguer les lunettes qui relèvent traditionnellement du médical, des aides optiques plus spécifiques, mais remplissant la même fonction, mais pour des objectifs plus ciblés ?
- b) Pour les aides humaines associées, il faut distinguer la période d'apprentissage (qui nécessite une intervention humaine qui peut être lourde, en informatique

par exemple) de la période de maîtrise du matériel au long cours (où l'aide humaine n'est pratiquement plus nécessaire). La durée d'apprentissage dépend du niveau intellectuel ou des compétences particulières des personnes (certaines n'ont pas la bosse de l'informatique) et de la complexité du matériel.

- c) Pour presque tous les items, nous avons une réponse positive pour « Intégration dans la vie courante » et pour « Amélioration de la qualité de vie ». Il semble que ces deux notions soient très liées dans l'esprit des contributeurs.
- d) Pour la population concernée, le critère de gravité de la déficience concerne tantôt la déficience auditive, tantôt la déficience visuelle, tantôt le degré de retard de développement. Nous avons apporté à chaque item, la précision nécessaire.
- e) Beaucoup des aides techniques considérées font par ailleurs partie du répertoire qui concerne les personnes qui sont seulement sourdes ou seulement déficientes visuelles. Elles sont cependant maintenues dans ce questionnaire afin de souligner leur importance encore plus grande pour les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes.

4. Elaboration du rapport de synthèse

Le tableau final n'est pas une simple compilation des réponses renvoyées par les contributeurs. En effet, certaines réponses manifestaient un manque de compréhension des questions et n'ont pas pu être utilisées. Par ailleurs, les contributeurs n'ont rempli que les cases pour lesquelles ils estimaient avoir une opinion.

Malgré cela, les informations reçues permettent de se faire une opinion relativement pertinente de la situation existante et des besoins exprimés. Il a aussi été possible de mettre ces réponses en rapport avec l'expérience que nous avons, au niveau des aides techniques et humaines, dans le cadre du CRESAM (Centre de Ressources pour Enfants et Adultes Sourds-Aveugles et Sourds-Malvoyants).

II. Les résultats essentiels.

- 1) Aides techniques qui peuvent être indispensables et dont le financement est largement insuffisant :

Les lunettes

Les prothèses auditives et tous les matériels qui permettent d'améliorer l'audition (boucles magnétiques, système HF). Ces matériels sont de la plus haute importance pour les personnes aveugles ou gravement handicapées sur le plan visuel. En effet, l'audition constitue pour elle un moyen primordial pour l'accès à l'information et pour la maintien des relations sociales. Bien que ce type d'aide technique fasse partie de l'ensemble concernant les personnes sourdes monohandicapées, il est important de souligner à quel point elles présentent un caractère vital pour les personnes présentant une double déficience sensorielle qui peuvent encore avoir recours à l'audition.

Matériels liés au braille :

- Matériel informatique braille (c'est la partie adaptation braille qui constitue l'essentiel du prix)
- Les interfaces spécifiques braille
- Et tous les outils permettant de travailler en braille : livres, machines à écrire, mappemonde
- Screen braille communicator

Les systèmes liés à la basse vision

- Tv agrandisseur
- Livre numérique
- Sous-titrage Tv et multimédia
- L'éclairage adapté
- Les aides optiques
- Les logiciels adaptés

Les systèmes d'alarme : ils sont fortement demandés par les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes qui ressentent plus que d'autre l'insécurité et l'isolement.

Les jeux et les matériels de sport adaptés. Ils sont souvent d'un accès difficile. On souligne l'importance de la photocopieuse en relief pour la fabrication de matériel adapté. Il ne s'agit pas là d'un matériel individualisé. Il faut sans doute envisager des systèmes permettant de faire faire ce travail à des services dotés du matériel nécessaire.

N.B. D'une façon générale, n'y aurait-il pas à réfléchir à des formes de mutualisation des moyens pour faire pression sur les prix de ces matériels par le biais de coopératives d'achat ou en subventionnant des associations qui pourraient effectuer des prêts de matériels.

- 2) Appareillages immobiliers qui peuvent être indispensables et dont le financement est largement insuffisant :

Tous les aménagements des locaux quels qu'ils soient qui facilitent la circulation.

Tout ce qui facilite la perception visuelle (éclairages des points critiques, repères contrastés).

Il faut aussi souligner qu'en matière d'aménagement des locaux, les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes sont amenées à confier à des professionnels des travaux que l'on peut faire habituellement soi-même (peinture, tapisserie).

- 3) Aides humaines qui peuvent être indispensables et dont le financement est largement insuffisant :

Il faut souligner combien les aides humaines jouent un rôle décisif pour la survie sociale et la qualité de vie des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes. Elles jouent un rôle primordial aussi bien dans le domaine de l'accès à l'emploi que dans l'exercice d'une vie sociale riche et autonome. On ne saurait trop insister sur le fait que cet aspect est vital et primordial pour les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes qui sont en extrême danger d'isolement et de solitude.

Personnels d'accompagnement quotidien

- Auxiliaires de vie,
- Aides ménagères
- Personnes de contact
- Autres types d'accompagnateurs (Mention spécial doit être faite des accompagnements pour les transports qui représentent un investissement en temps et en argent considérable).
- Interprètes et Guides Interprètes : ces intervenants sont très importants. Ils permettent en effet aux personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes de participer à la vie sociale en leur permettant d'accéder aux personnes et aux informations qui peuvent jouer un rôle important dans leur vie quotidienne ou dans le cas de décisions importantes. Trois problèmes subsistent : le mode de financement de ces interventions, le manque d'interprètes en langue des signes, le manque d'interprètes formés pour des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes.
- Une mention spéciale doit être faite du besoin en soutien psychologique des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes. Les psychologues ou psychiatres aptes à utiliser les moyens de communication adaptés sont hélas encore trop peu nombreux.

Toutes ces professions ont des points communs et des fonctions qui se superposent en partie. Il conviendrait d'établir des règles définissant le nombre d'heures pendant lesquelles il peut être fait recours à ces aides humaines.

Il est à souligner que ces aides humaines peuvent concerner toutes les catégories de personnes sourdes-aveugles, y compris les moins autonomes quand elles sont dans leur famille.

La grande dispersion géographique des personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes rend difficile l'accès à des personnes formées et capables de mener une action continue.

Les coûts en aides humaines peuvent aussi inclure, non seulement les salaires de ces personnes, mais aussi des frais annexes, comme l'hébergement et le déplacement d'un accompagnateur pour une activité de vacances.

Personnels de rééducation

- Instructeurs en locomotion
- Formateurs en activités de la vie journalière
- Formateurs en aides techniques

4) Aides humaines dont le financement est mieux assuré, mais de façon parfois insuffisante en quantité de prestation

Psychomotriciens

Orthoptistes

Orthophonistes

5) Aides animales qui peuvent être indispensables et dont le financement est largement insuffisant :

Chiens d'aveugles.

III. Remarques importantes.

- un grand nombre d'aides sont mentionnées comme indispensables, ce qui s'explique par la caractère très invalidant de la double déficience visuelle et auditive. Tout ce qui facilite la communication, la mobilité et la sécurité est considéré comme vital. Surtout pour les personnes qui vivent seules.
- Le critère d'âge est rarement entré en ligne de compte. En effet, des personnes de moins de 16 ans peuvent tirer bénéfice d'aides utilisées par les adultes ; par ailleurs, le niveau cognitif de personnes de plus de 16 ans ne leur permet pas nécessairement d'utiliser des aides techniques habituellement utilisées par des adultes.
- Le besoin en aide humaine est absolument vital pour les personnes sourdes-aveugles ou sourdes-malvoyantes, quelque soit leur niveau. Il ne faut pas oublier que les personnes qui sont accueillies dans des institutions ont aussi de grands besoins d'accompagnement quand elles sont dans leur famille.
- Les modalités de préconisation et de financement doivent s'adapter au mieux aux besoins individuels. En effet, il n'est pas pertinent d'attribuer automatiquement une aide en fonction de l'âge ou du degré de déficience visuelle ou auditive. Ainsi, attribuer à des personnes sourdes-aveugles des matériels braille sophistiqués qu'elles sont incapables de maîtriser serait une erreur. Par contre, les mêmes outils sont indispensables pour la vie quotidienne des personnes sourdes-aveugles qui maîtrisent cette technologie et qui accèdent ainsi à une univers de communication, contact et connaissance que leur mobilité ne leur permet pas d'atteindre. Il en est de même pour des aides techniques liées à la basse vision. Il conviendrait donc de mettre en place des équipes d'experts qui soient en mesure de statuer sur les aides qui sont les plus appropriées à une personne donnée, plutôt que d'effectuer des préconisations automatiques qui n'atteindraient pas leur but. On peut espérer que les sites pour la vie autonome amélioreront les conditions d'attribution de ce point de vue.
- Les matériels évoluent très vite et de nombreux objets apparemment peu importants (dymo braille, guide-mains etc.), mais néanmoins très utiles ne sont pas mentionnés dans la liste actuelle. On risque donc de voir le système de tarification prendre systématiquement du retard par rapport aux nouveautés techniques, qu'elles soient sophistiquées ou non. Cette situation tend à rechercher un mode d'attribution par des équipes d'experts plutôt que par un système de tarification.
- On remarque aussi que les aides techniques sont faciles à obtenir dans le cadre de l'emploi ordinaire grâce au soutien très important de l'AGEFIPH. Par contre, pour les personnes qui n'ont pas accès à l'emploi ou qui travaillent ou sont accueillies en milieu protégé, les aides techniques sont extrêmement difficiles à financer dans la plupart des cas. Ce problème est gravement ressenti par les personnes qui perdent leur emploi en raison de l'aggravation de leur handicap et qui ne peuvent plus utiliser les outils dont elles

disposaient auparavant dans le cadre de leur activité professionnelle, ceci à un moment où le besoin s'en fait pourtant encore plus ressentir.

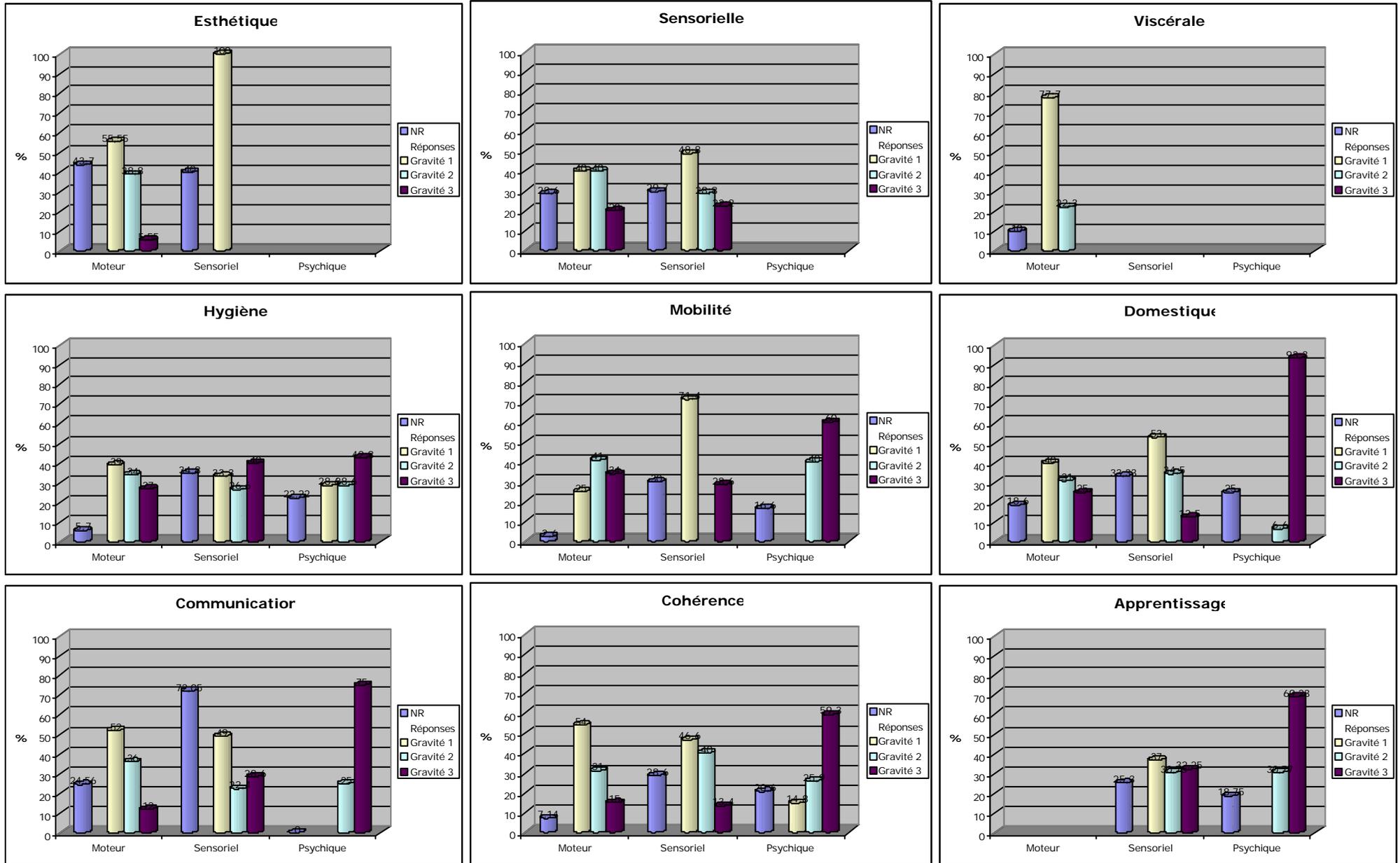
- En ce qui concerne les aides humaines, il serait nécessaire d'éclaircir la part des allocations reçues par la personne que celle-ci peut utiliser pour les financer (rôles respectifs de l'AAH, de l'ACTP ou des AES). Il existe une possibilité de confusion entre revenu destiné à la vie ordinaire (nourriture, logement, déplacements etc.) et revenu destiné à compenser les effets de la situation de handicap. Le recours à des bons de service (ex : pour les guides interprètes ou autres personnels d'accompagnement) plutôt qu'à des allocations fournies globalement. Se pose aussi la question du mécanisme administratif permettant de rémunérer ces aides (le recours à des organismes intermédiaires est pratiquement indispensable).

- Il conviendrait aussi de préciser dans quelle mesure les personnes âgées sont concernées par cette étude. En effet, un grand nombre d'entre elles voient leur vision et leur audition diminuer d'une façon très invalidante, ce qui crée chez elles des besoins qui recourent pour une grande partie ceux qui sont mentionnés dans cette étude.

Synthèse des résultats quantitatifs des sous groupes

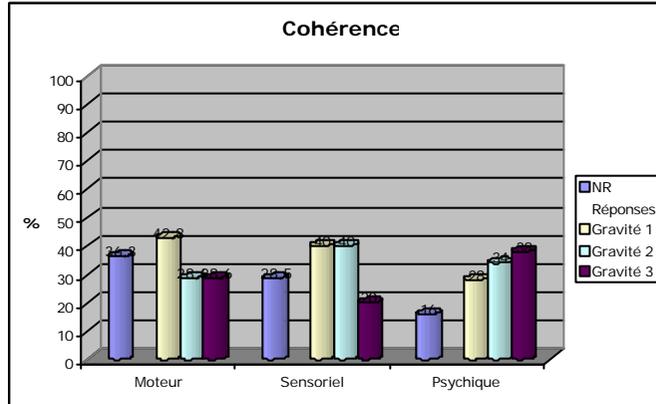
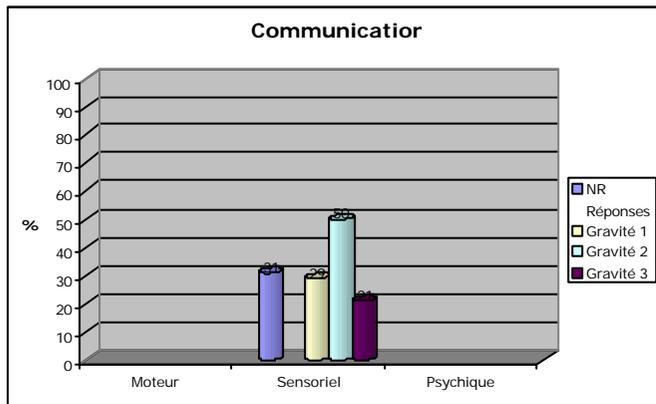
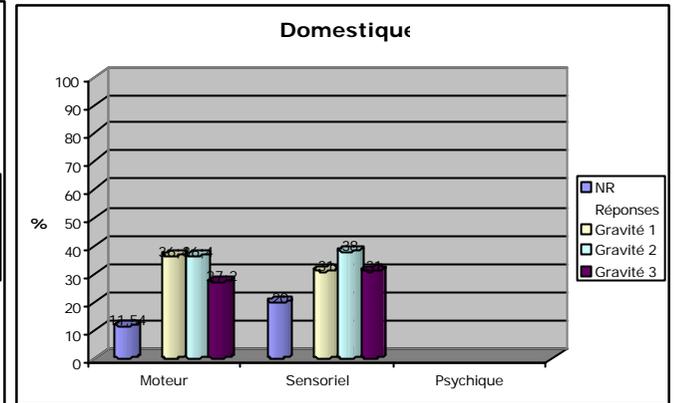
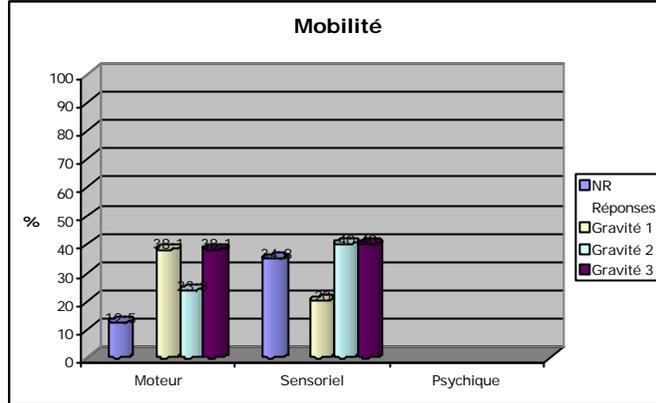
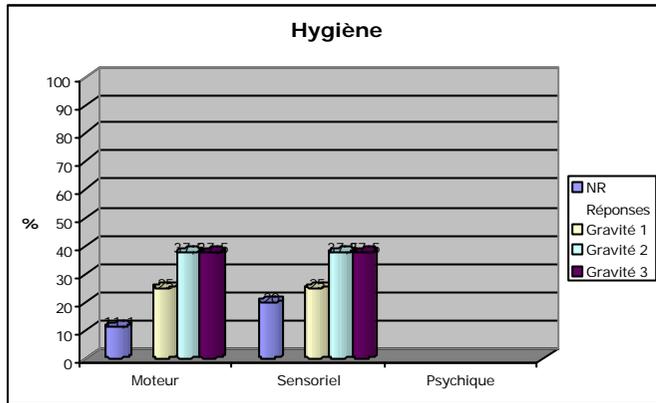
Gravité de la déficience pour laquelle l'aide est indispensable

Appareillage, mobilier ou accessoires



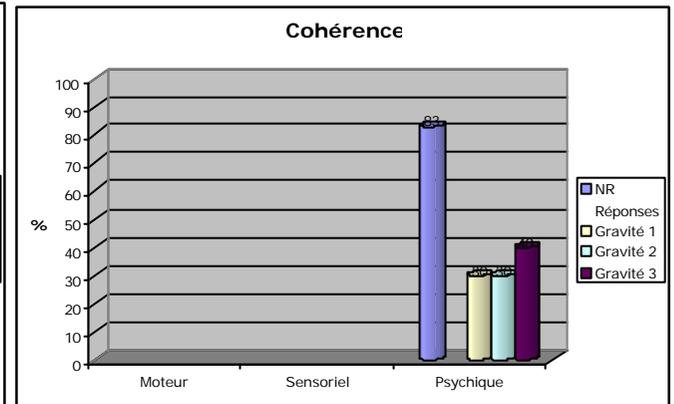
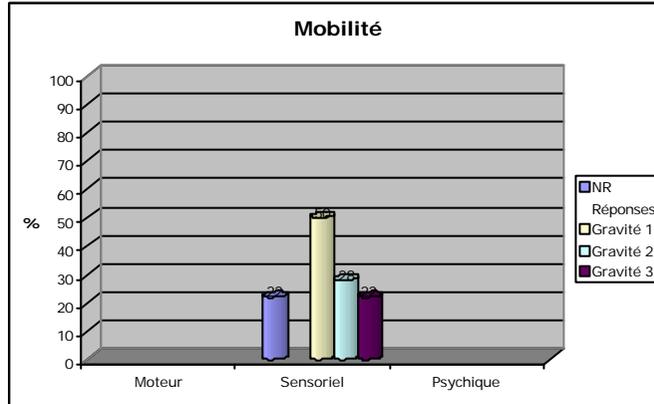
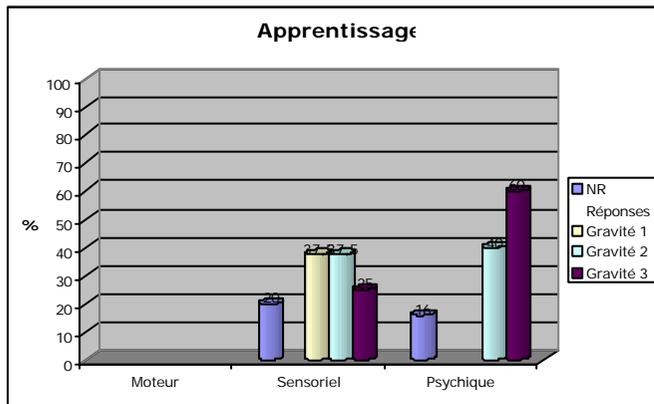
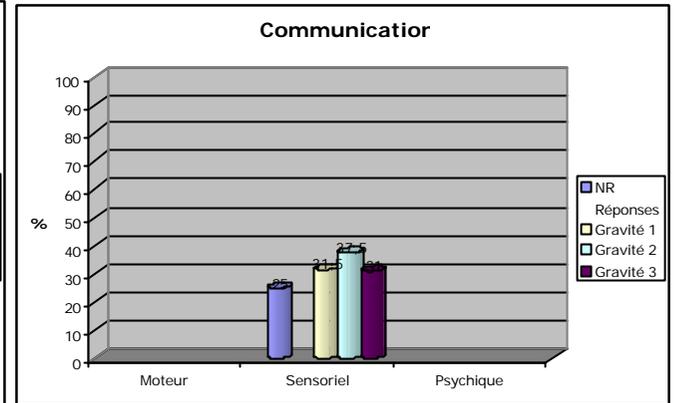
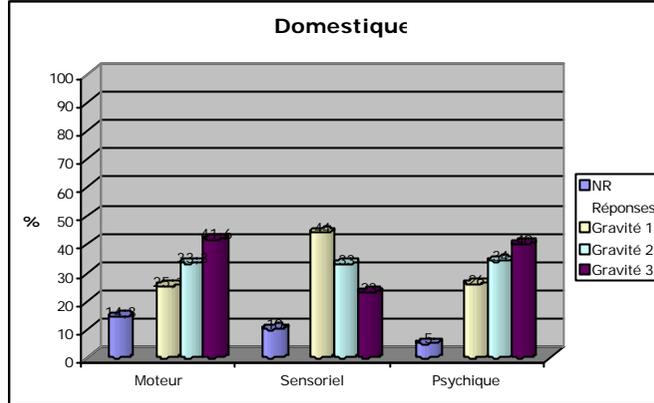
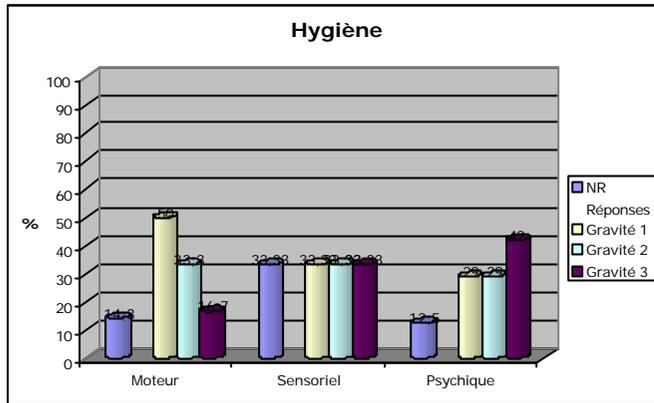
Gravité de la déficience pour laquelle l'aide est indispensable

Appareillage immobilier

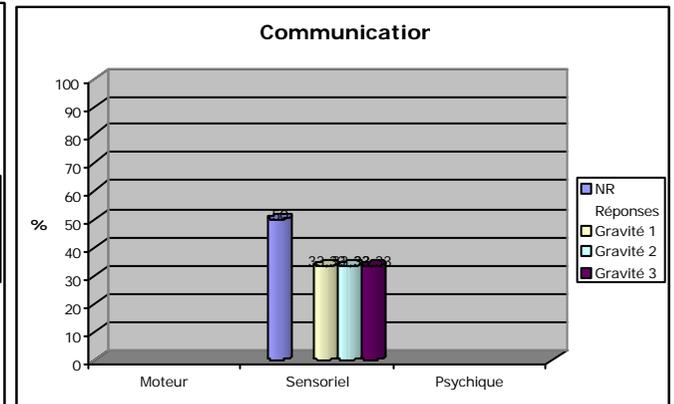
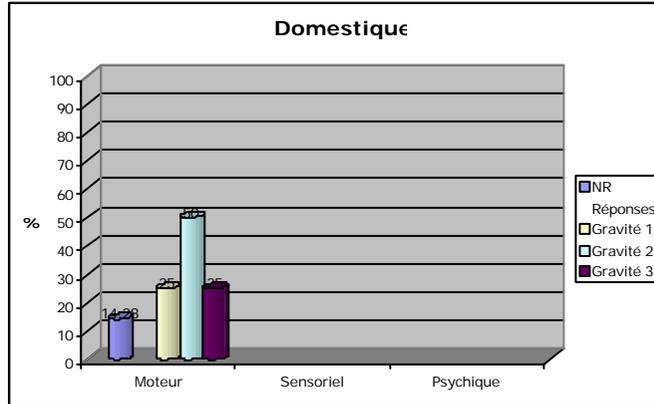
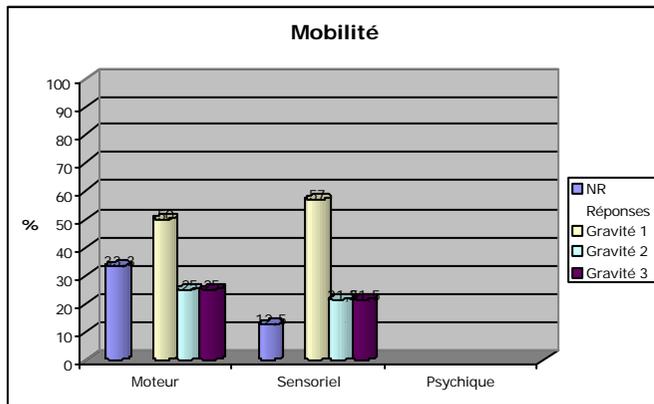


Gravité de la déficience pour laquelle l'aide est indispensable

Aides humaines

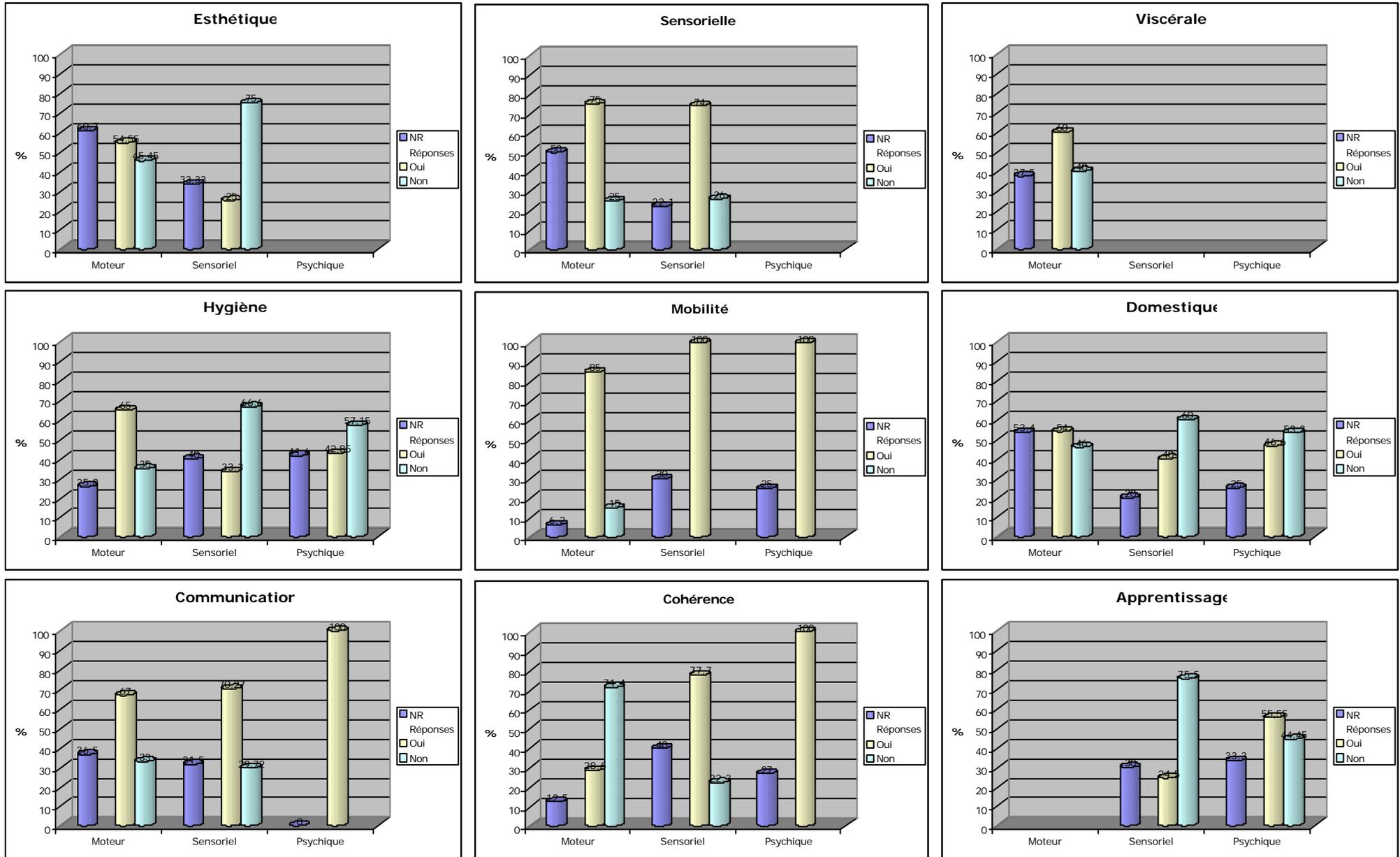


Aides animales



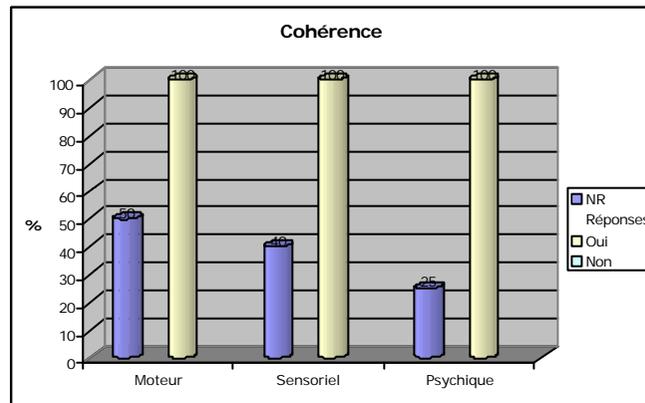
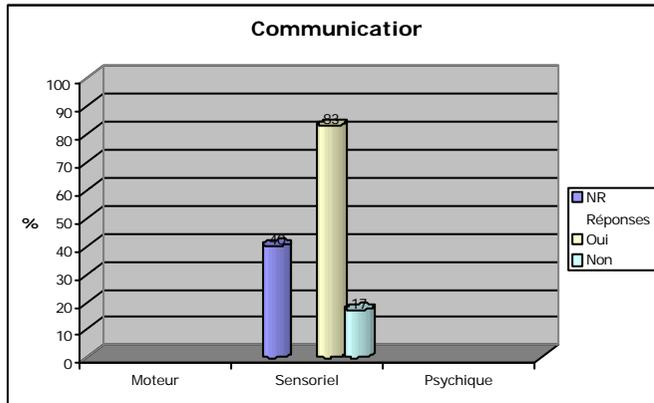
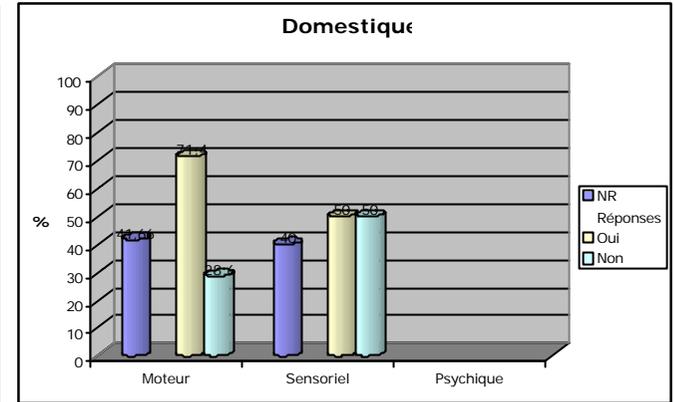
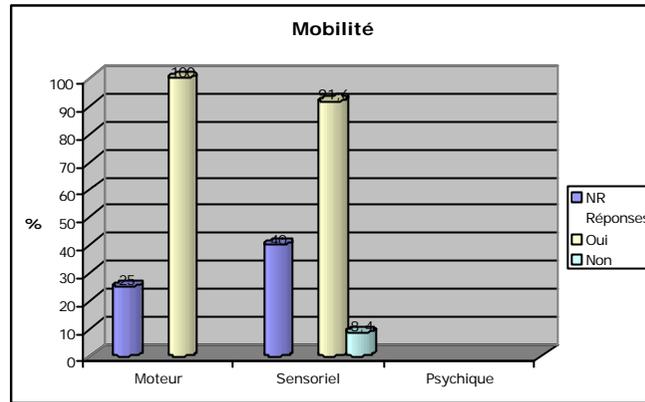
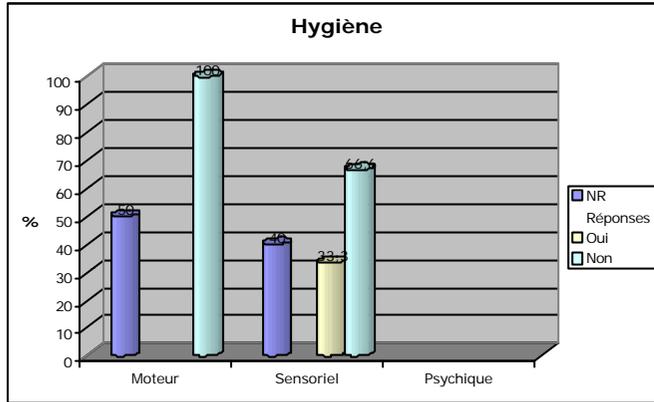
Amélioration de l'intégration dans la vie courante

Appareillage, mobilier ou accessoires



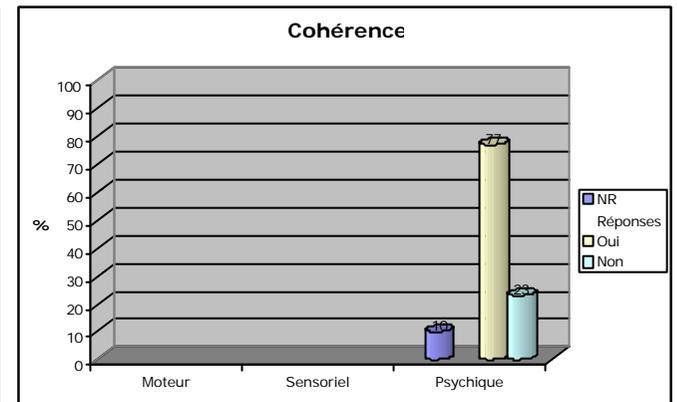
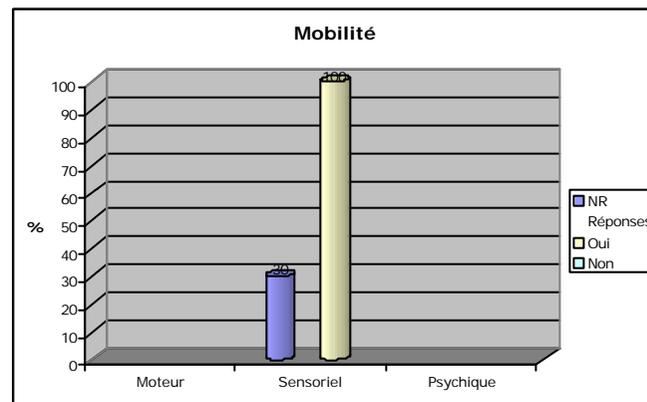
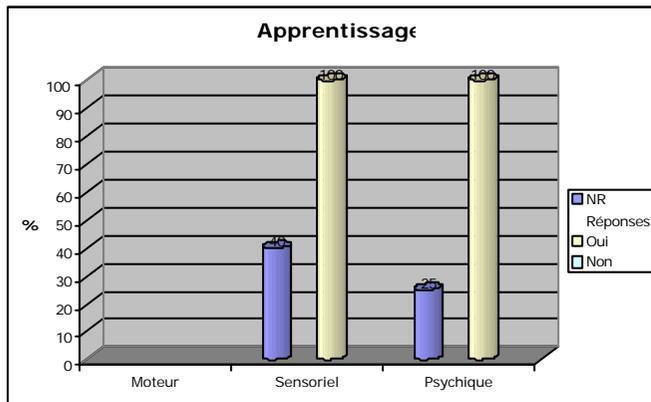
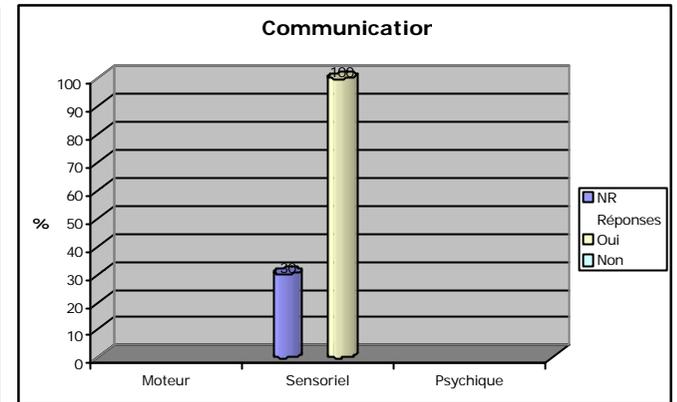
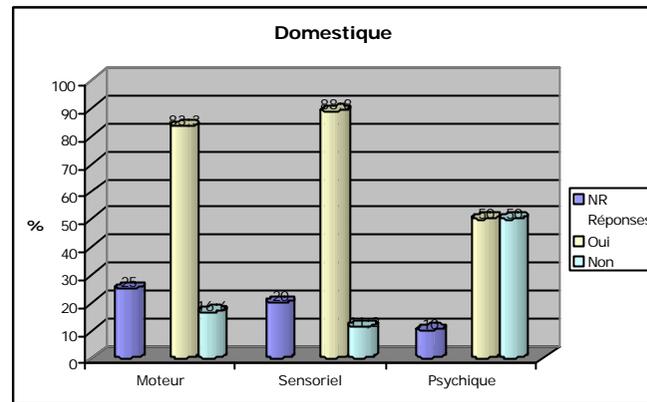
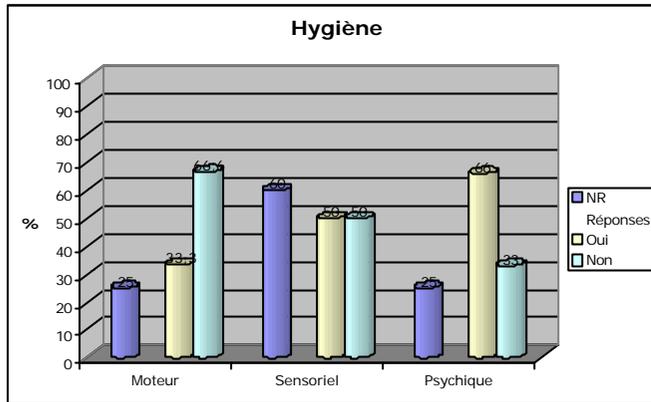
Amélioration de l'intégration dans la vie courante

Appareillage immobilier

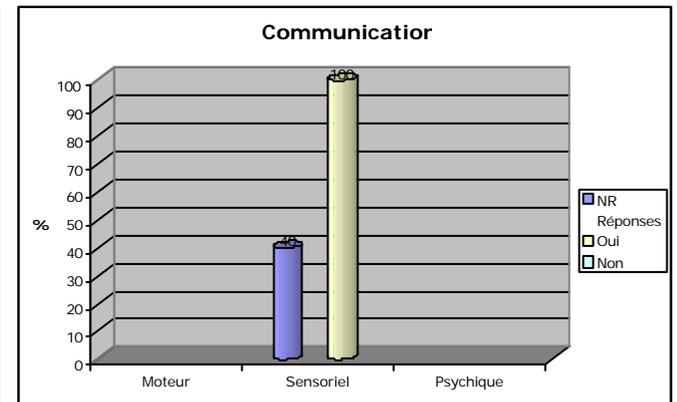
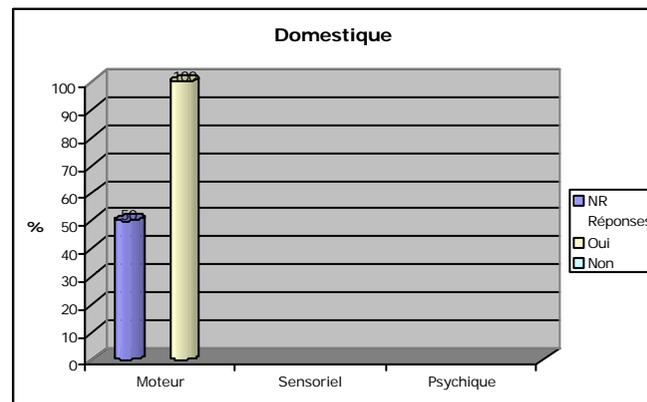
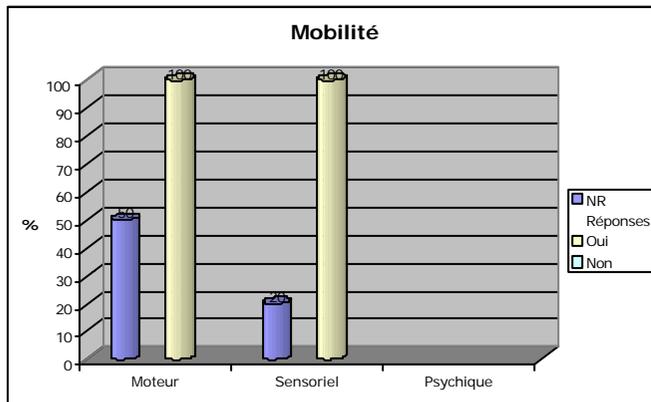


Amélioration de l'intégration dans la vie courante

Aides humaines

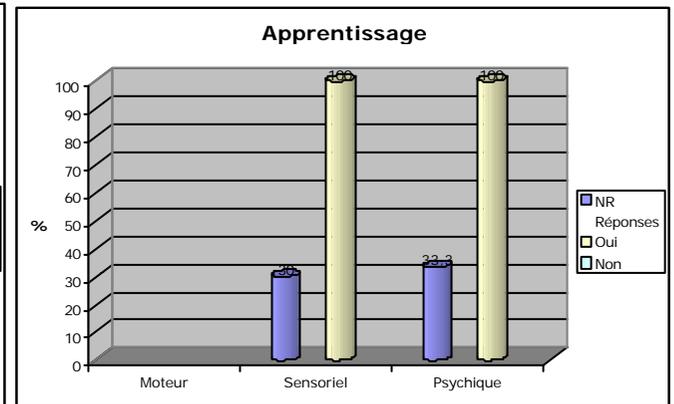
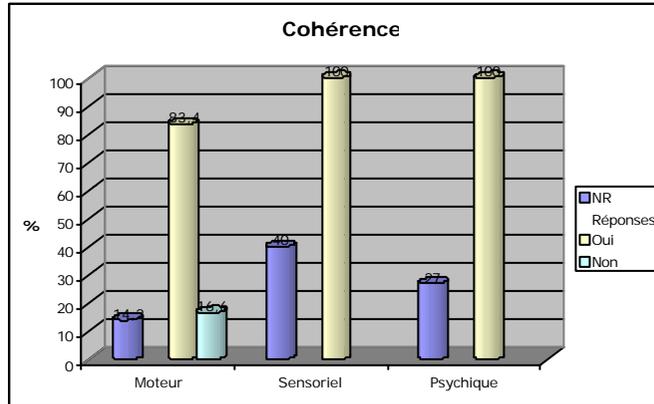
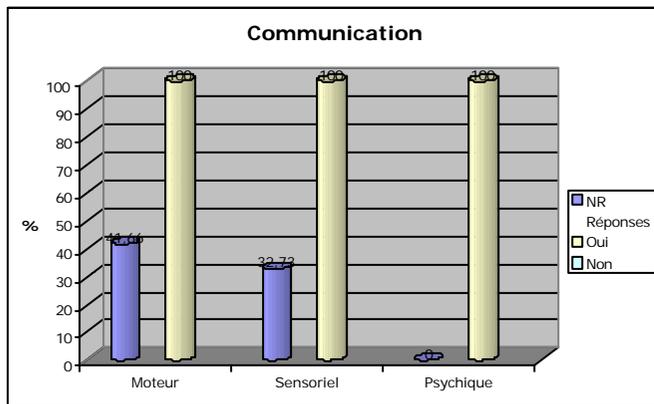
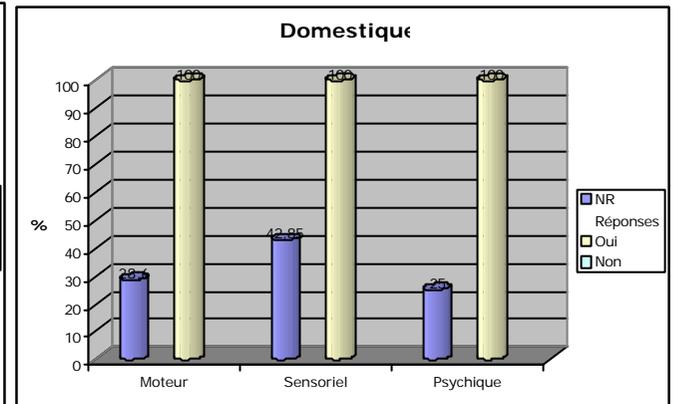
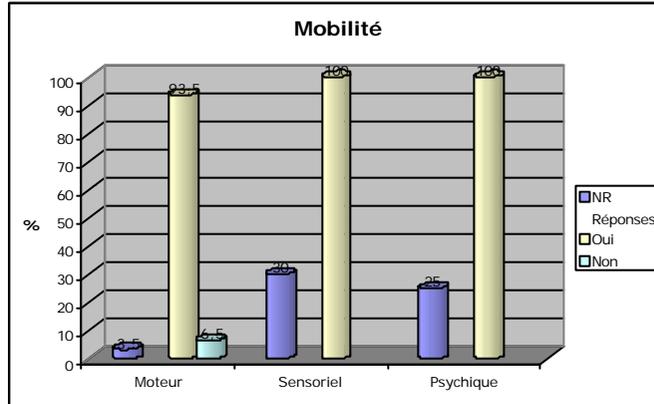
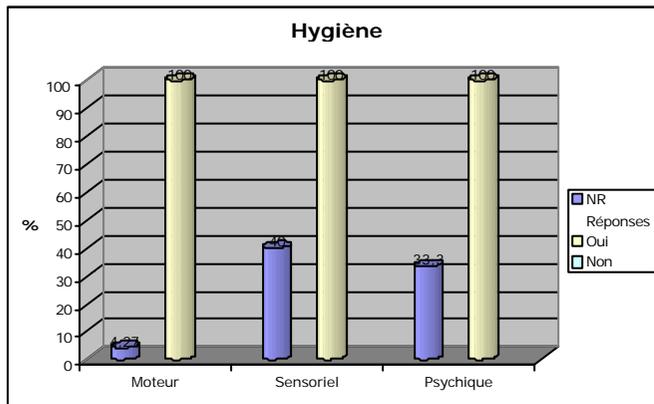
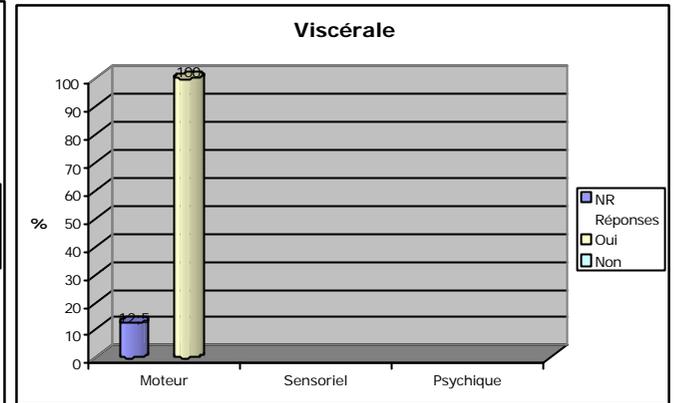
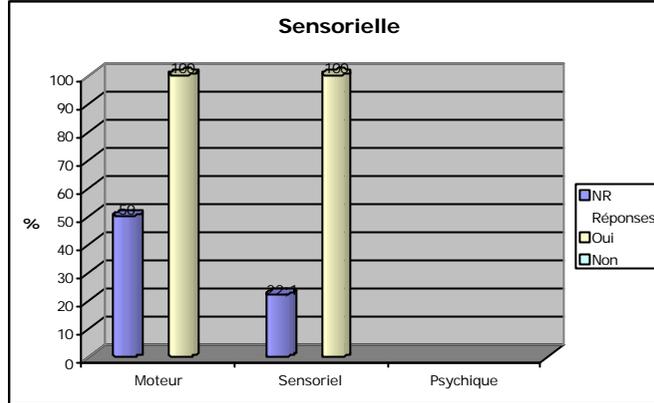
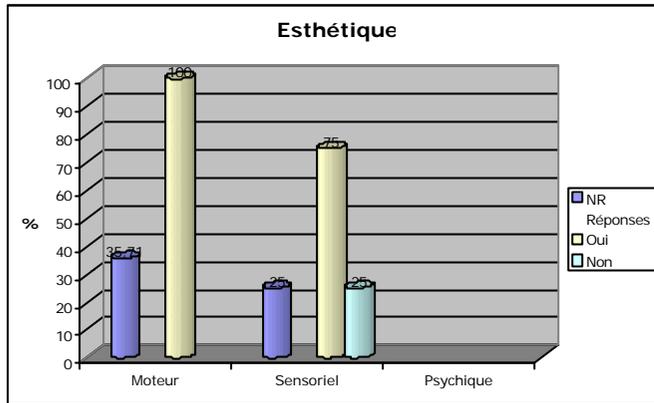


Aides animales



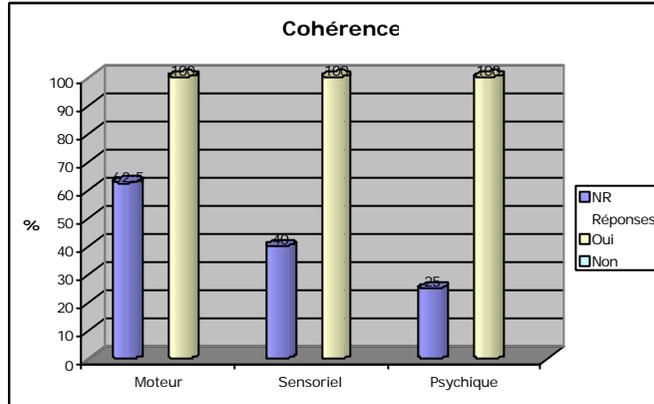
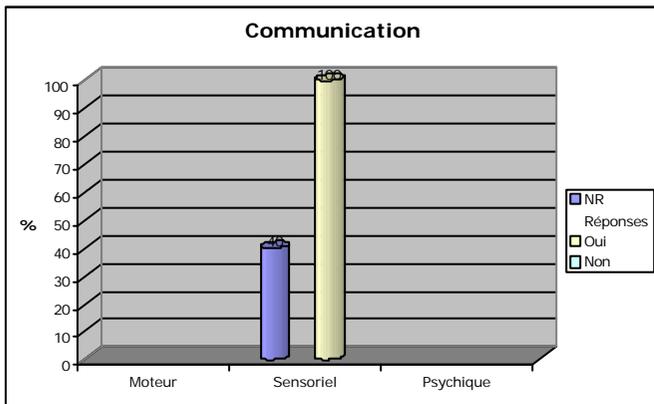
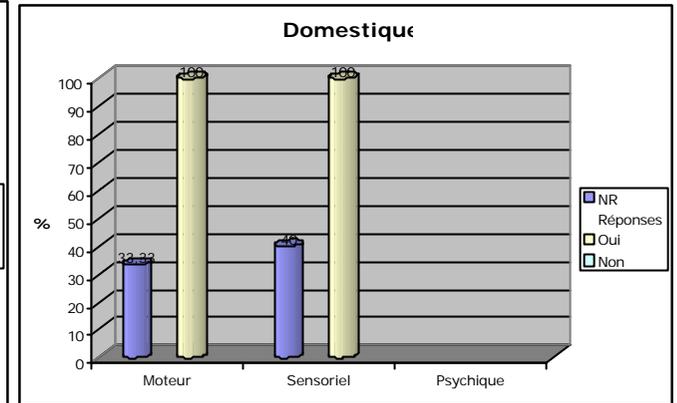
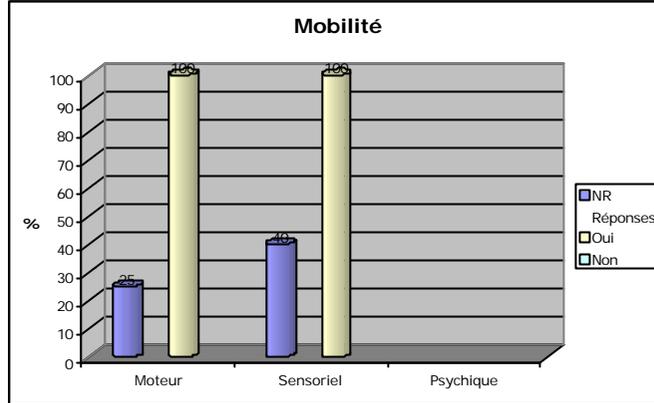
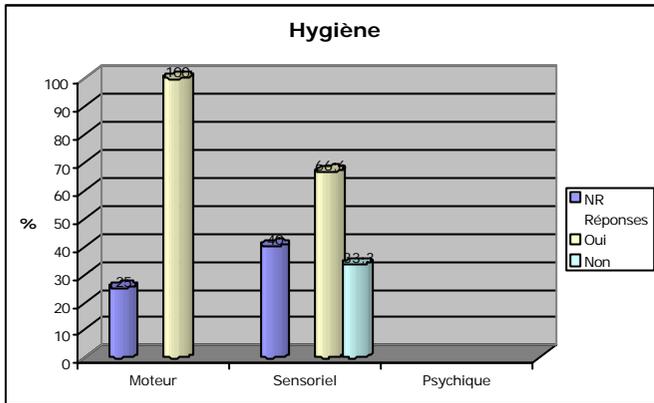
Amélioration de la qualité de vie

Appareillage, mobilier ou accessoires



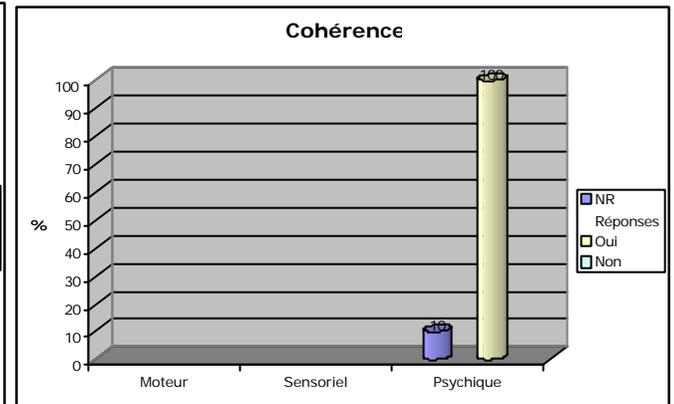
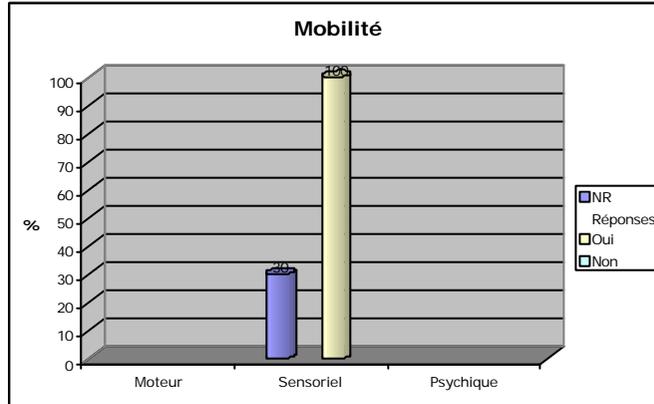
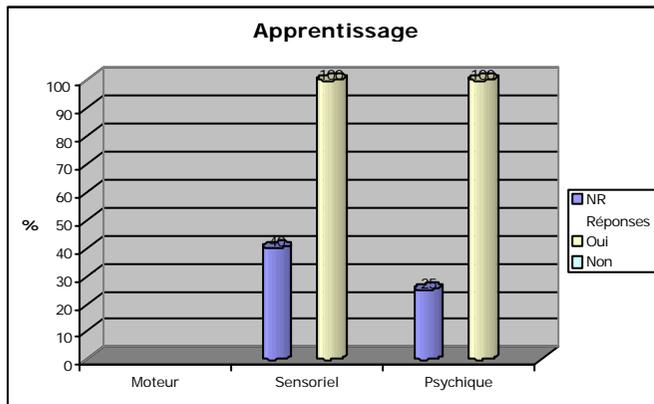
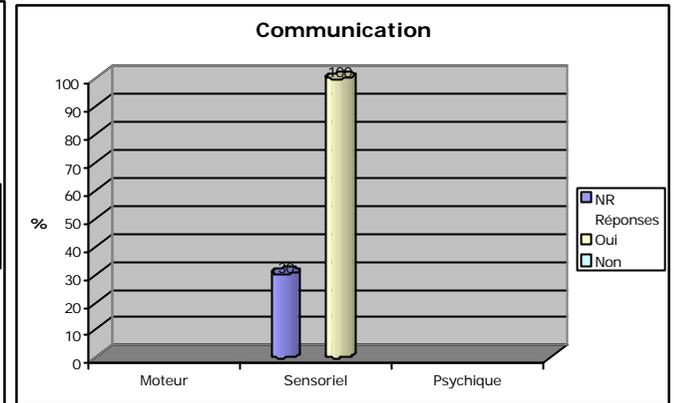
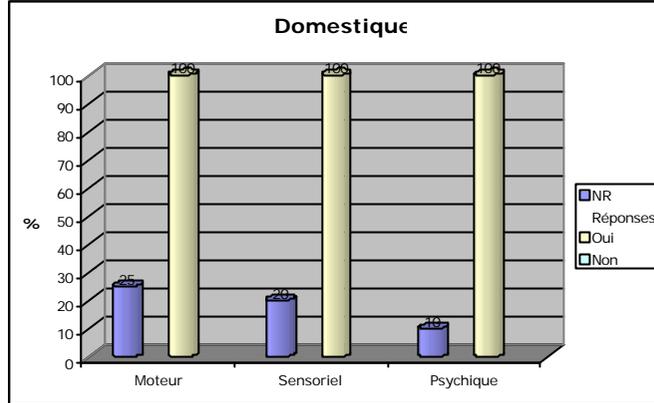
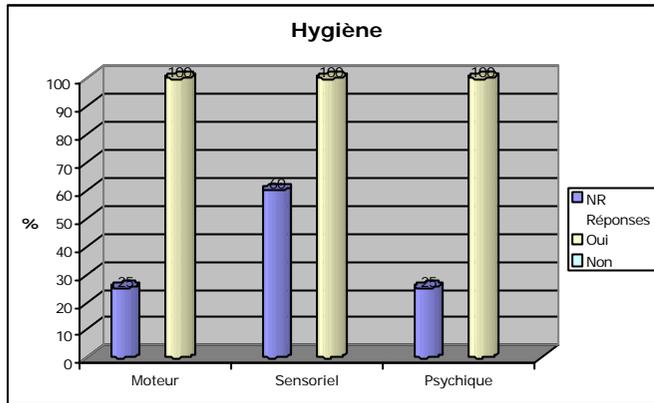
Amélioration de la qualité de vie

Appareillage immobilier

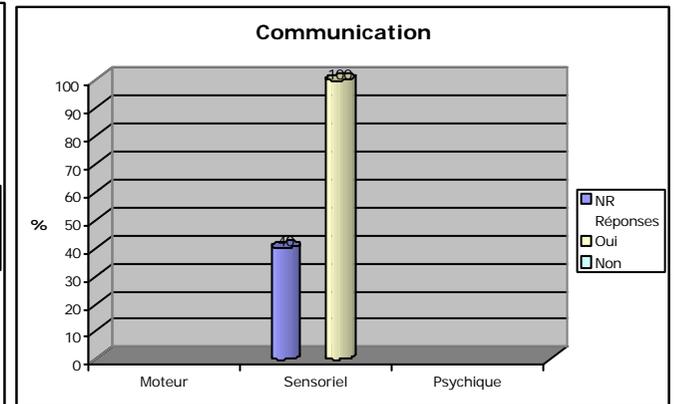
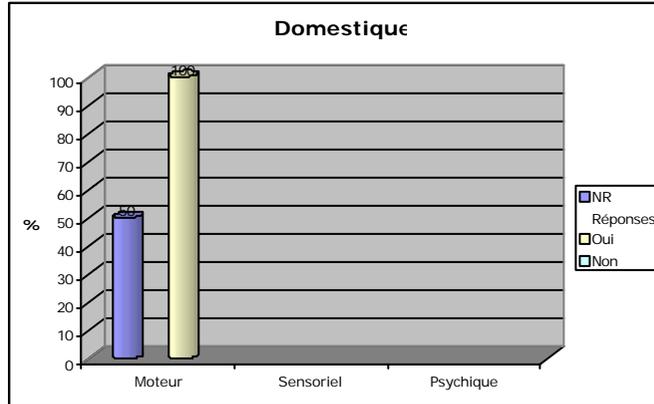
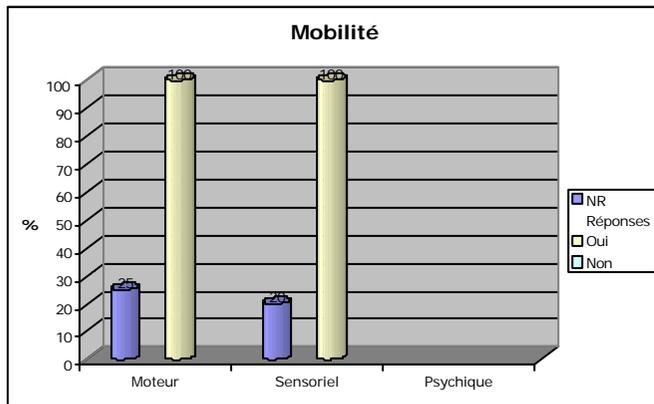


Amélioration de la qualité de vie

Aides humaines

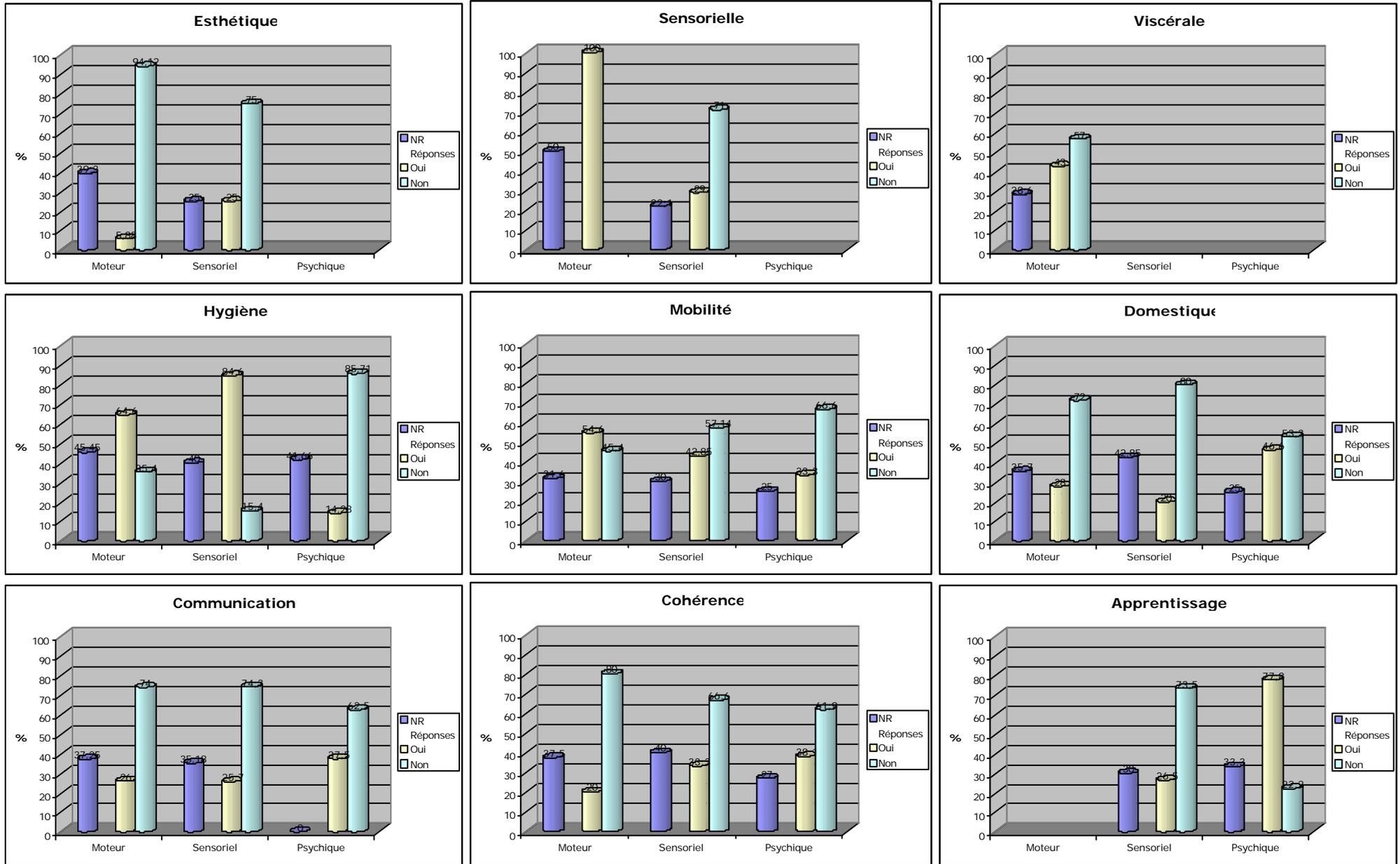


Aides animales



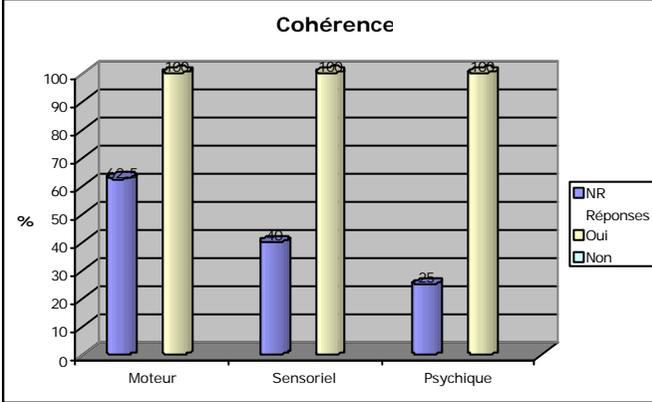
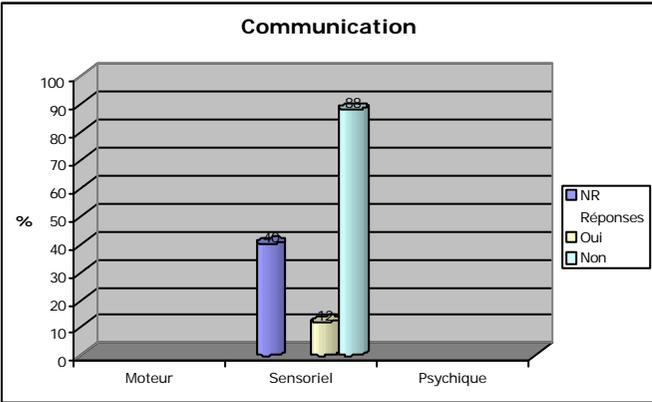
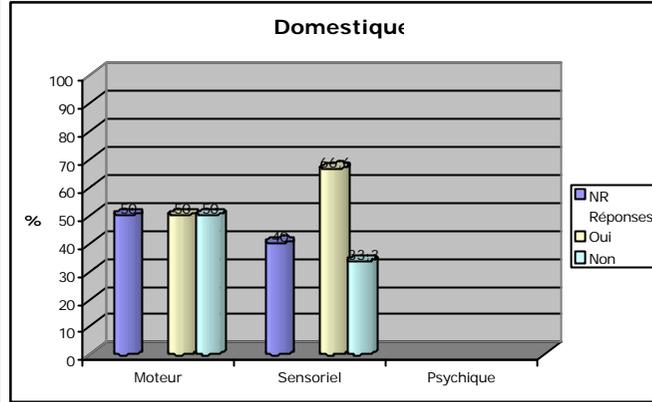
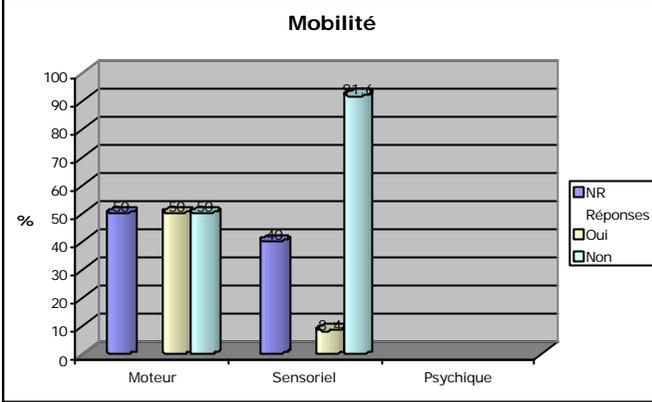
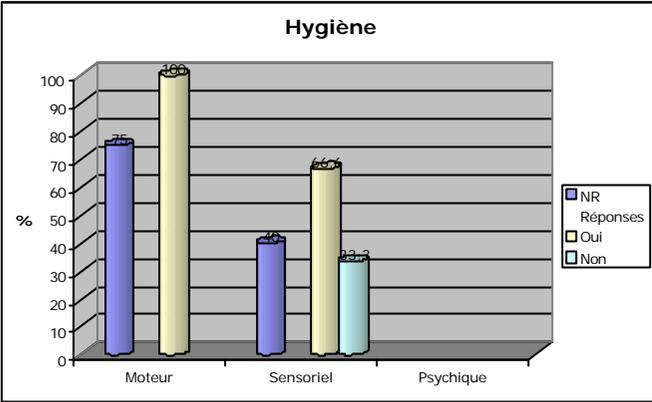
Aide humaine associée

Appareillage, mobilier ou accessoires



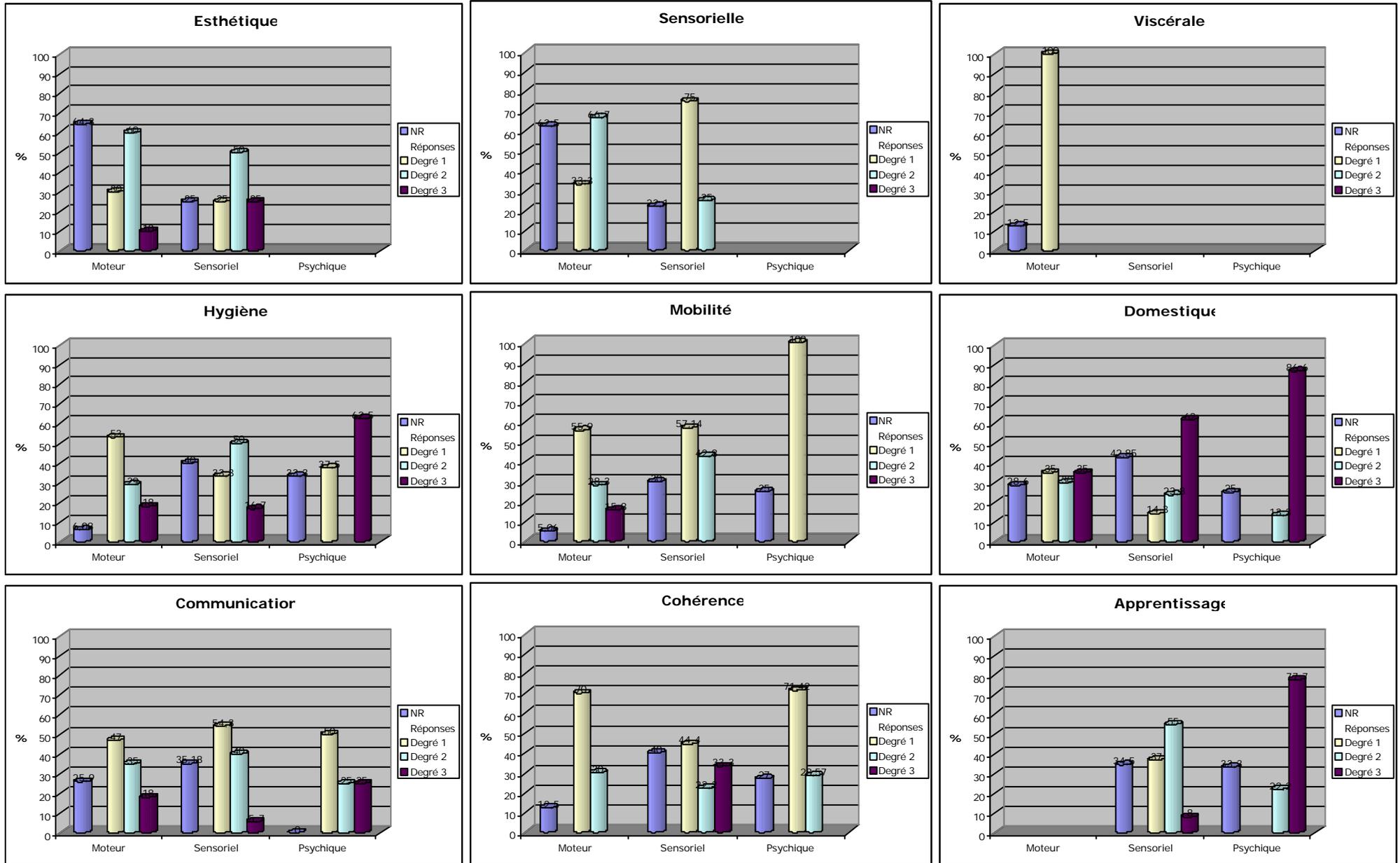
Aide humaine associée

Appareillage immobilier



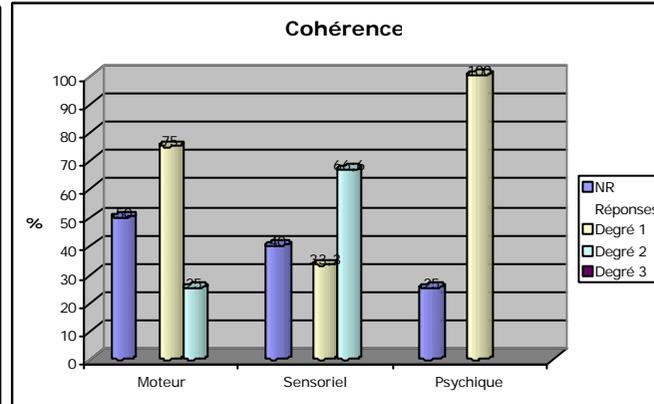
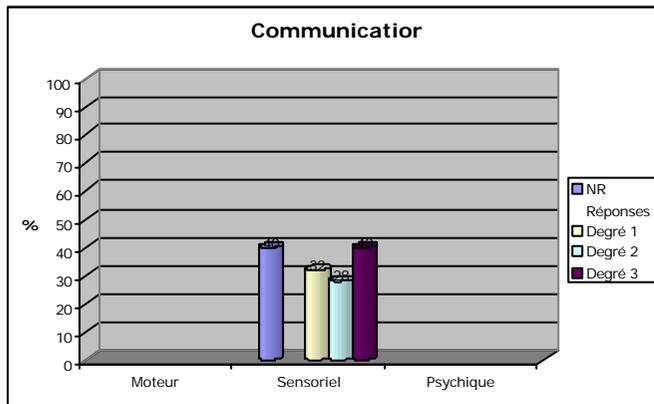
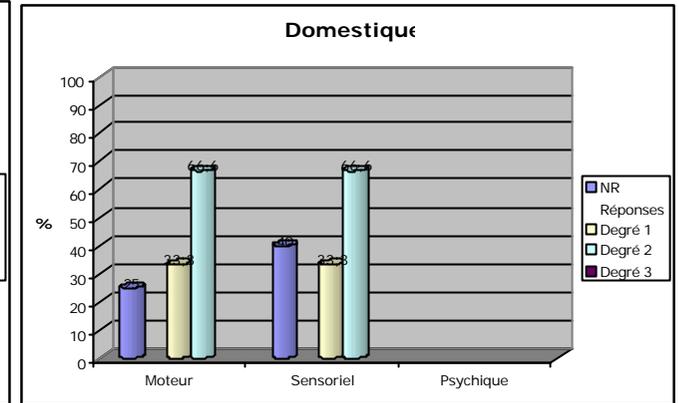
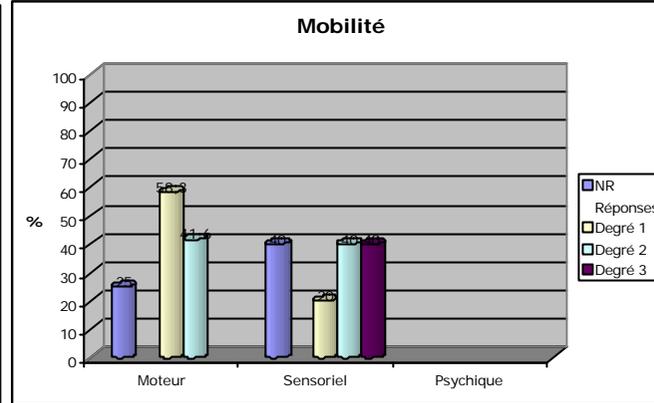
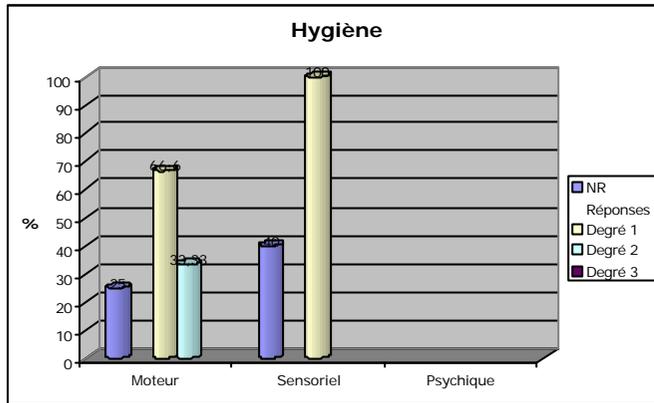
Degré de priorités

Appareillage, mobilier ou accessoires



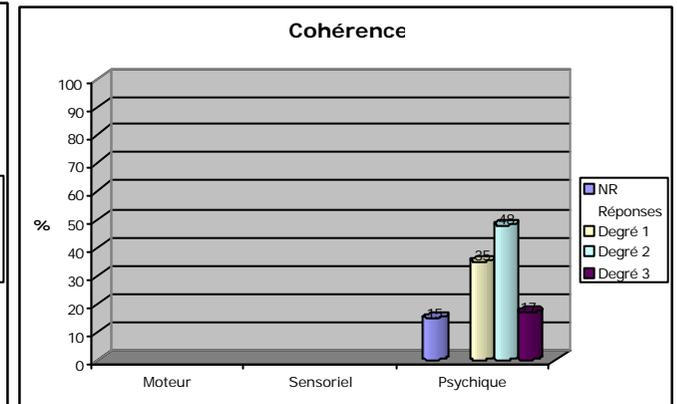
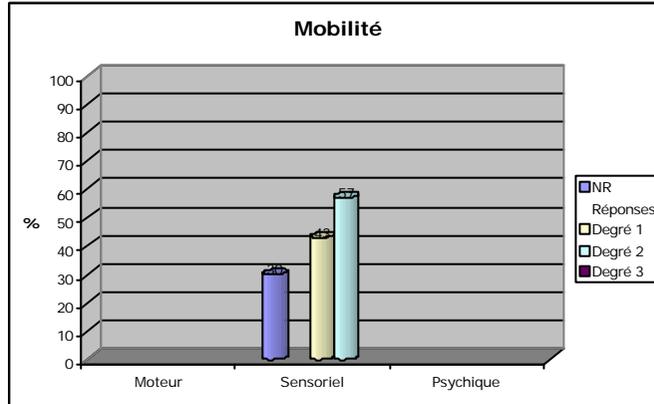
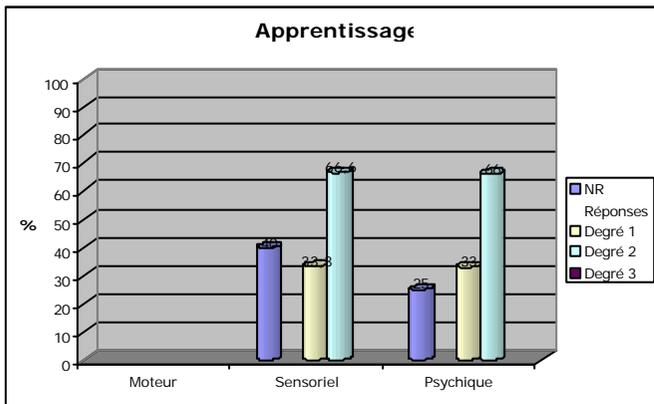
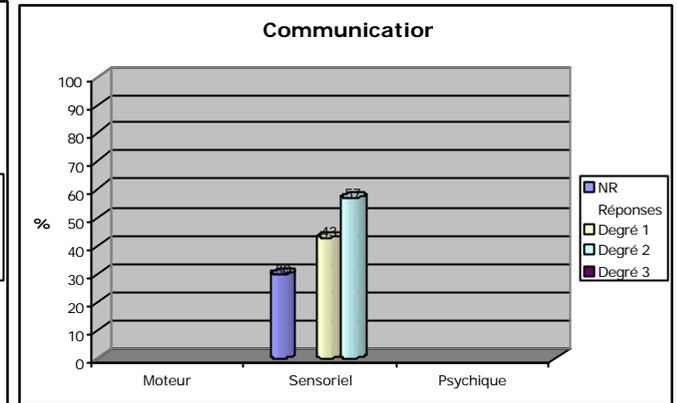
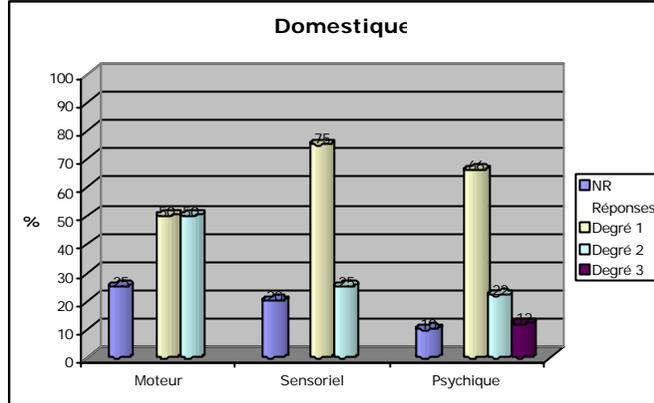
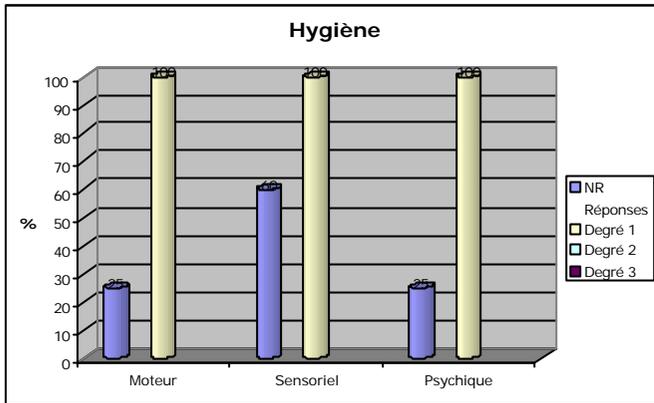
Degré de priorités

Appareillage immobilier

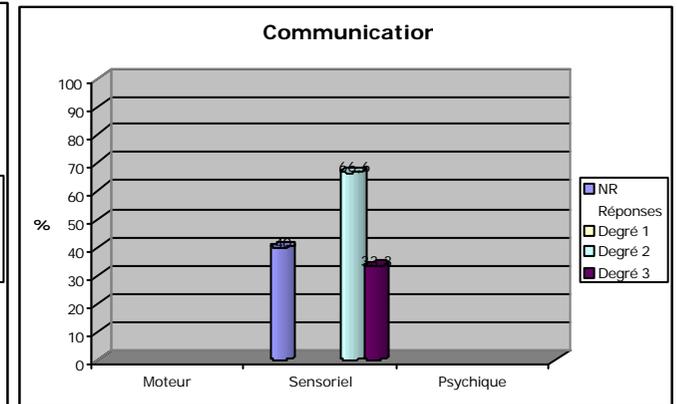
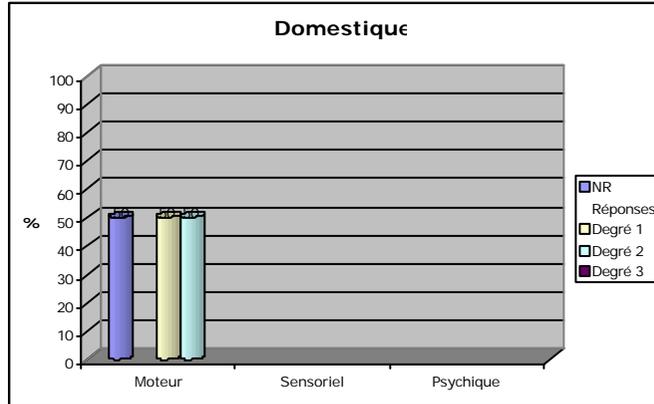
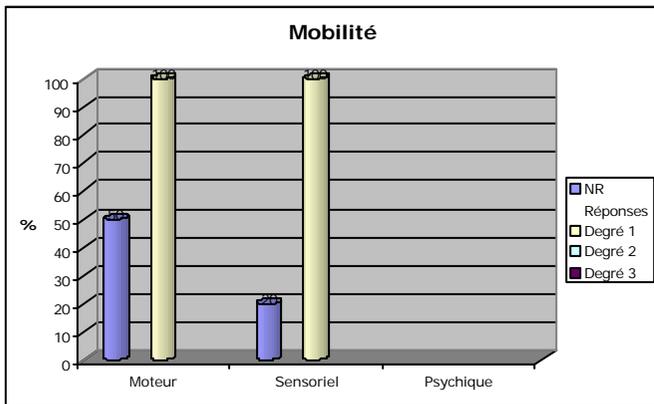


Degré de priorités

Aides humaines

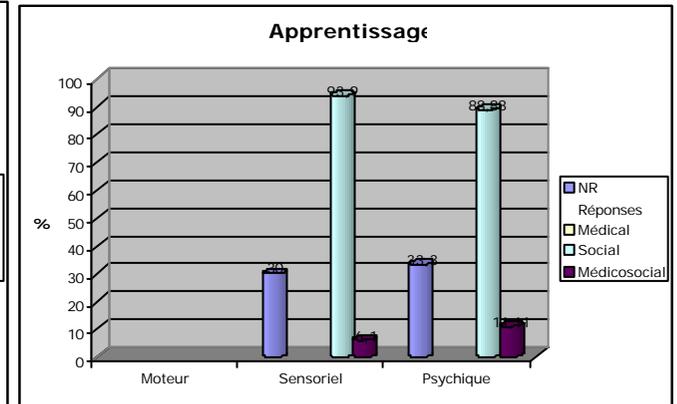
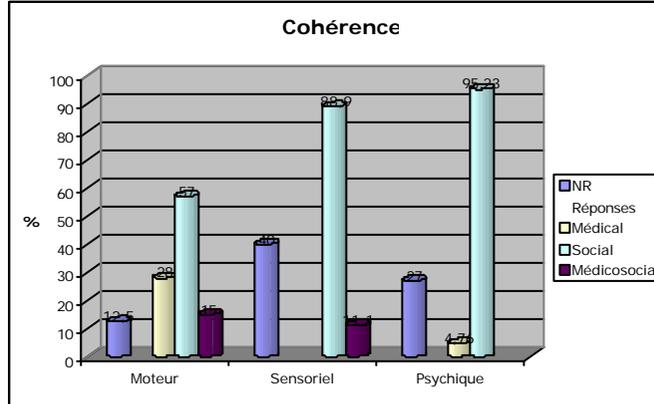
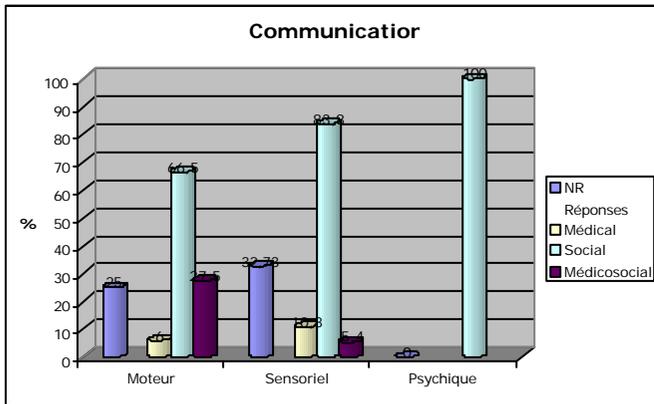
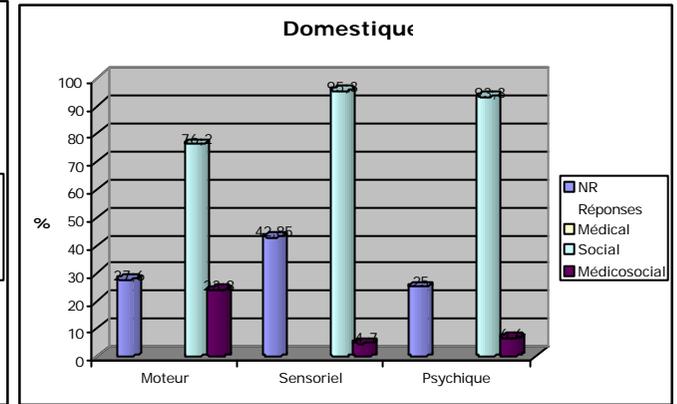
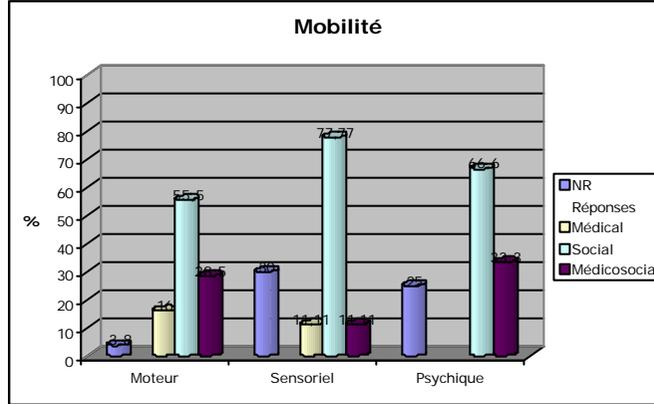
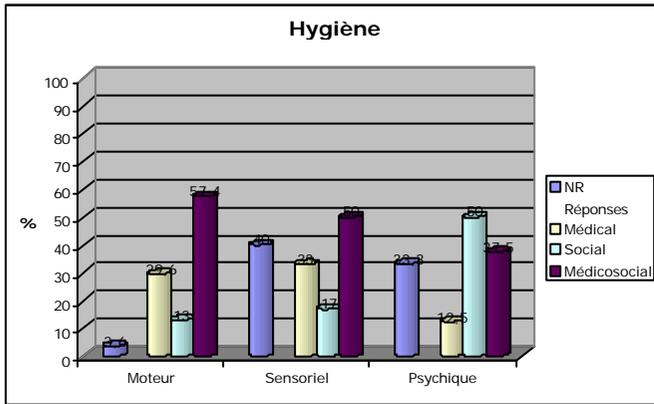
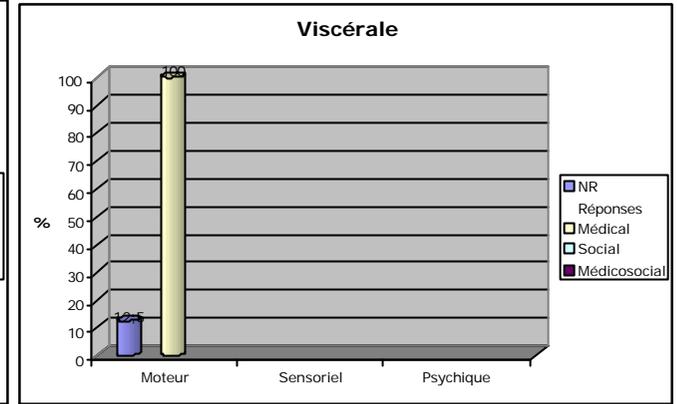
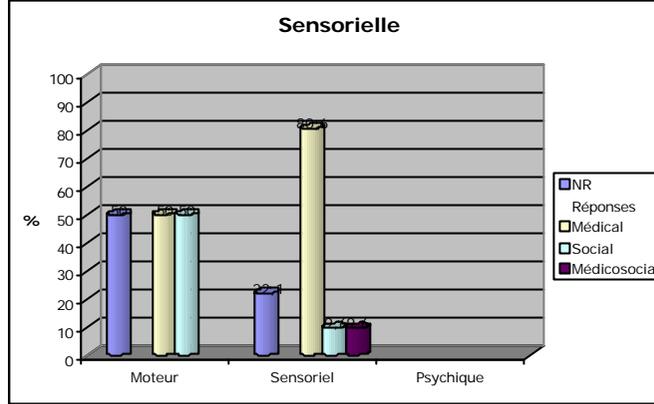
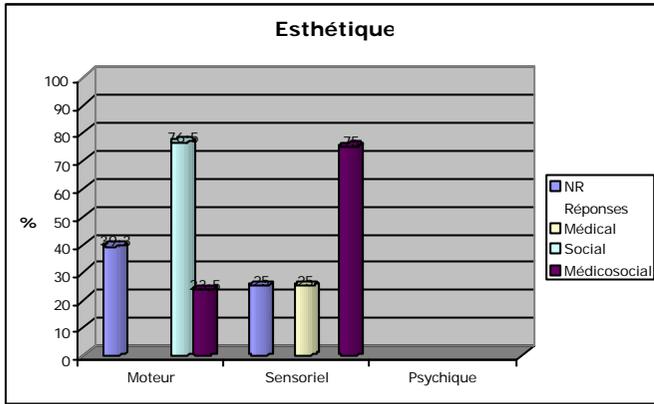


Aides animales



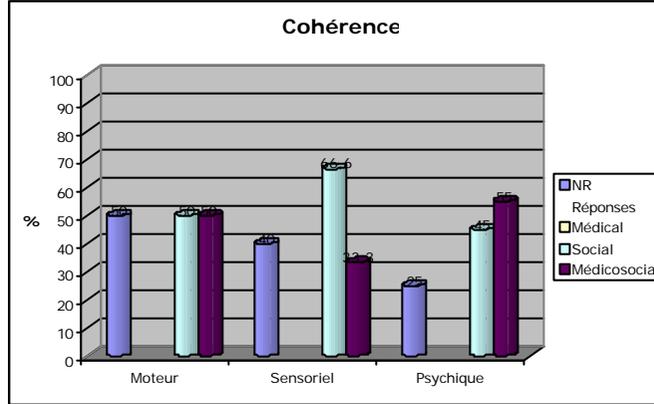
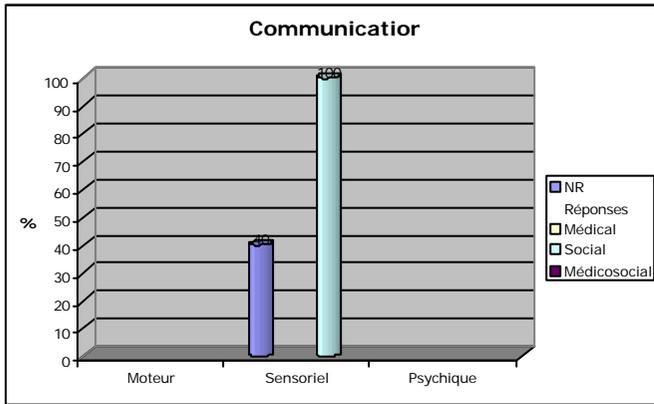
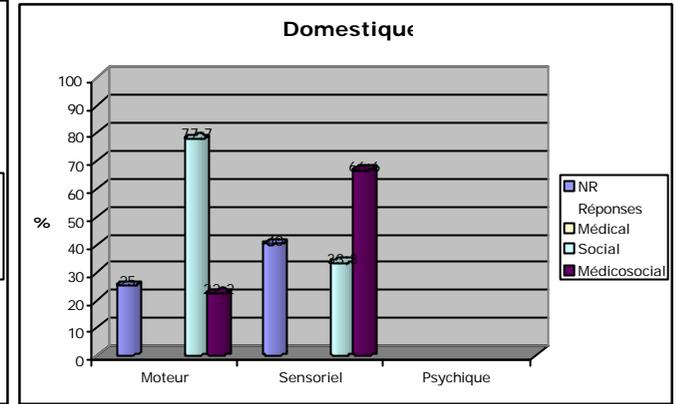
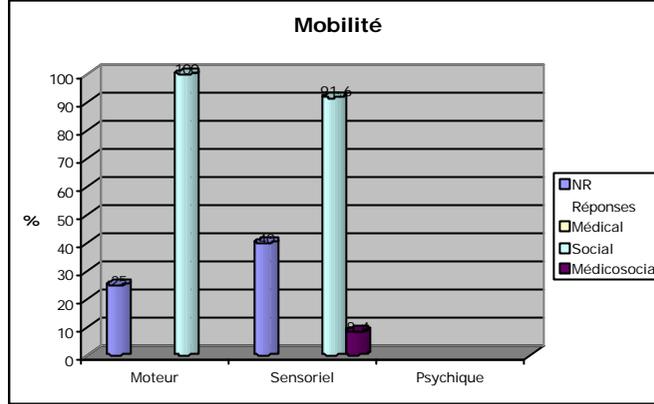
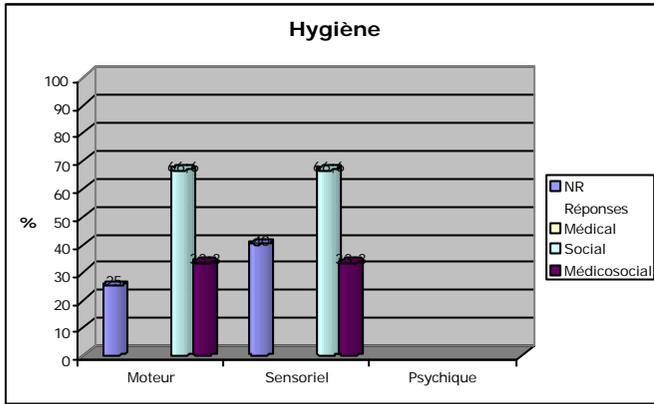
Relève du médical, du social ou du sociomédical

Appareillage, mobilier ou accessoires



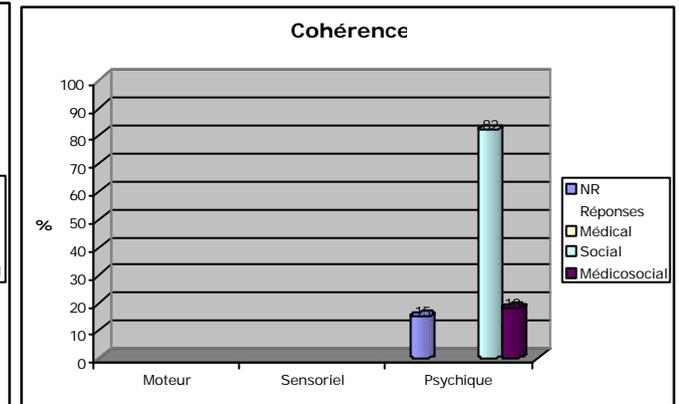
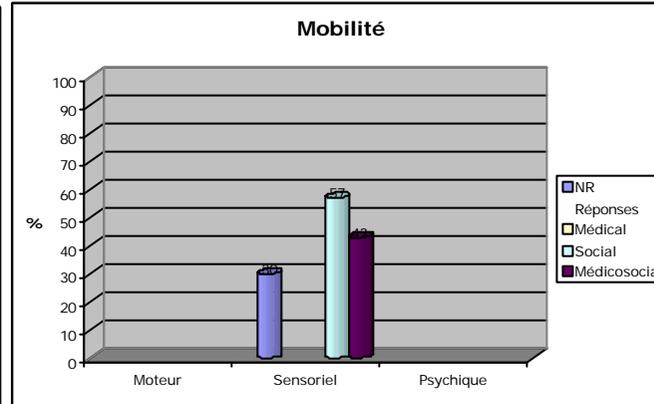
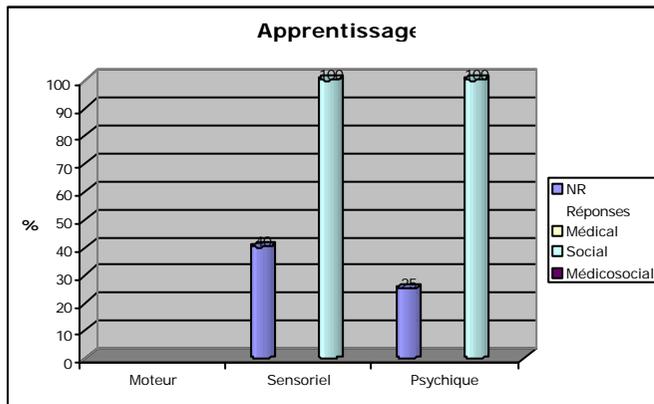
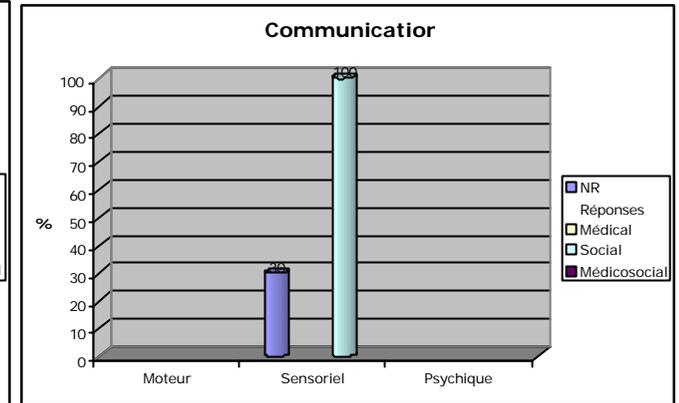
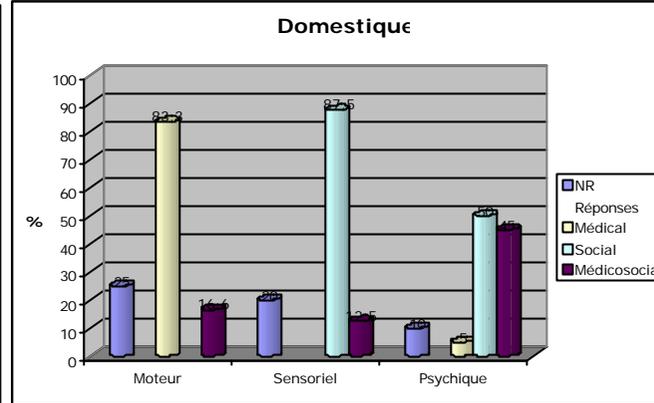
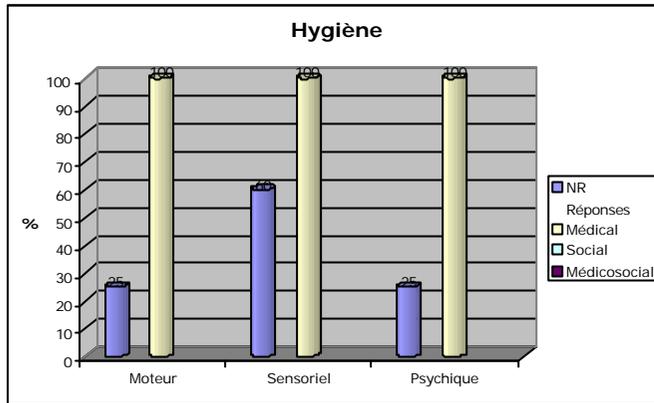
Relève du médical, du social ou du sociomédical

Appareillage immobilier

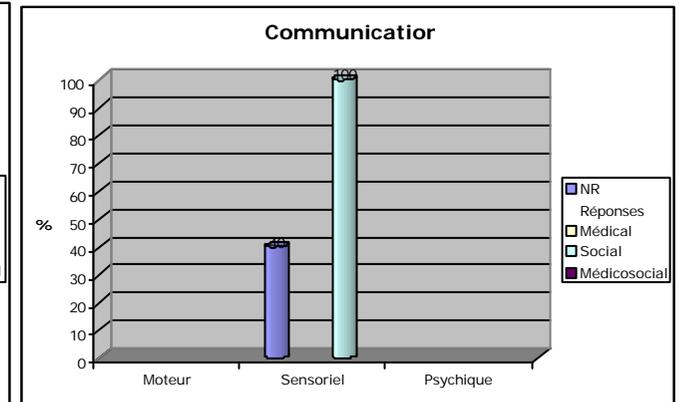
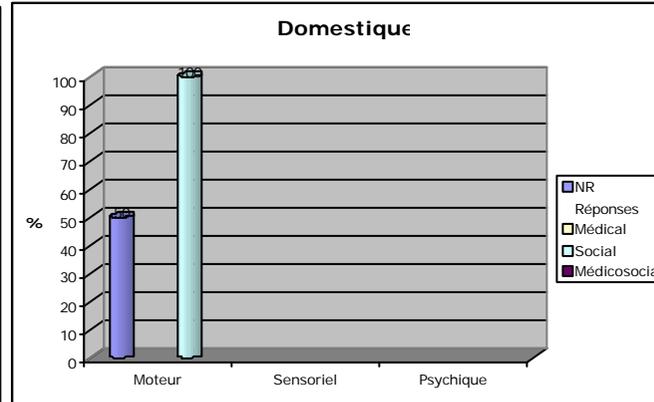
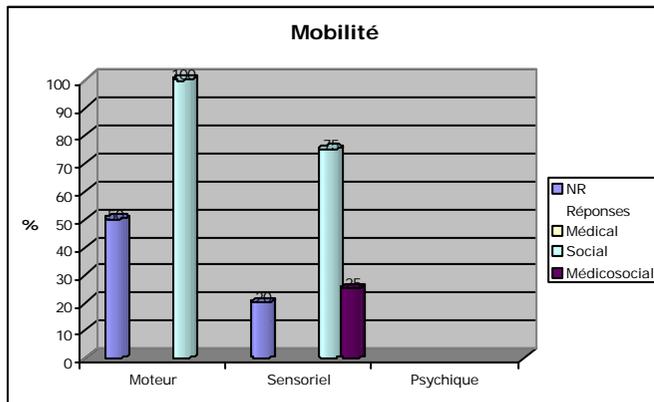


Relève du médical, du social ou du sociomédical

Aides humaines



Aides animales



ANNEXE 7

Historique des classifications proposées

ANNEXE 7

HISTORIQUE DES CLASSIFICATIONS PROPOSEES

* **Le rapport CONTE** évoque un classement en groupes, les aides techniques à partir des matériels dont 75 types de produits étaient à l'époque répertoriés :

- produits pour automobiles,
- le mobilier,
- l'hygiène,
- l'habillement,
- le repas, la cuisine,
- Saisir-Tenir,
- contrôle d'environnement,
- communication,
- barres d'appui et de soutien,
- tricycles et vélocimanes.

* **Le rapport TEULADE** est le premier à mettre la personne au centre de l'analyse en individualisant trois niveaux de besoins sont individualisés :

- les besoins de vie quotidienne liés aux actes essentiels, considérés comme minimum absolument indispensable.
- les besoins d'ordre culturel ou social qui donnent la qualité de la vie.
- les besoins de soutien à la vie affective et relationnelle de la personne ou de son entourage.

Et de classer les aides :

* les aides techniques d'assistance vitale : aides aux soins, aide à la rééducation active, aide à la prévention de complications : ex : assistance respiratoire, matériel anti-escarres, collecteur d'urine...

* les aides techniques d'autonomie dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle : ex. : contrôle d'environnement, systèmes de transfert, adaptation du véhicule, appareils de communication...

* les aides techniques de confort : ex : pinces de préhension, mobilier adapté...

Cependant, le rapport souligne qu'un appareil peut passer d'une catégorie à une autre selon le patient :

ex : - un fauteuil roulant considéré comme vital pour un tétraplégique sera d'autonomie ou de confort pour une personne qui rencontre seulement des difficultés de marche.

- une téléalarme sera vitale pour un insuffisant respiratoire alors qu'il n'est que de confort ou d'autonomie pour un handicapé moteur.

* **Le rapport PREMUTAM** classe les aides techniques en :

- aides au transfert,
- aides aux déplacements,
- aides aux manipulations,
- aides à la sécurité et aux soins,

*** Le rapport ROUCH** aborde le sujet par les incapacités :

- incapacités de l'individu :
 - maintien postural
 - déplacement horizontal
 - positionnement vertical
 - changer de position
 - verticalisation
 - saisir
 - voir
 - entendre
 - parler
 - boire
 - manger
 - rénale
 - respiratoire
 - cardiovasculaire
 - digestive
 - contrôle des fonctions excrétrices
- incapacité de la vie privée
 - atteindre, déplacer cuisiner
 - entretenir la maison,
 - contrôler l'environnement
 - entendre
 - parler
 - voir
 - se laver
 - aller au WC
 - se vêtir
 - assurer sa sécurité personnelle
- incapacités de la vie économique
 - franchir les obstacles
 - aller au WC
 - être transporté ou conduire
 - tolérance à l'environnement
 - communication.
- incapacités de la vie sociale
 - franchir des obstacles
 - entrer et sortir d'un véhicule
 - conduire un véhicule
 - être véhiculé
 - soulever, porter déplacer.

*** Le rapport du CTNERHI** propose une classification par grand groupe homogène les aides préconisées sont :

* aide au traitement et à la rééducation :

- coussins et matelas anti escarres,

* aides aux soins corporels :

Siège de bain,
 adaptation de WC,
 fauteuil douche
 robinetterie
 chaise garde robe
 aide pour le repas

* aides aux transports et à la locomotion :

VHP
 barres d'appui
 aménagement conduite automobile
 soulève malade
 siège de voiture adapté

*** mobilier :**

lits médicalisés

*** aides à la communication :**

matériel informatique

système d'alarme et de surveillance

téléphone et accessoires

prothèse auditive

interface spécifique

*** aides à la manipulation**

pinces à long manche

contrôle de l'environnement

*** aides aux loisirs**

Pour l'aménagement du domicile la classification est :

aménagement des sanitaires : salles de bain, WC.

ouvertures et fermetures des portes et fenêtres

aires de circulation

terrasses

plans inclinés

plates formes élévatoires

création ou aménagement de chambre

Il recense 14 activités :

lever/coucher,

toilette,

WC,

habillage,

prise de repas,

préparation de repas,

préhension,

autres activités ménagères,

déplacements intérieurs,

déplacements extérieurs,

transport,

communication orale,

communication écrite,

guidance.

*** Le rapport LYAZID** sépare les fonctions essentielles des autres :

Il détermine les fonctions essentielles :

le déplacement horizontal,

le déplacement vertical,

les transferts,

la communication,

la prévention.

*** La classification internationale,**

Cette classification peut être résumée ainsi :

04 Aides au traitement médical individuel

dont

04 03 Aides au traitement des affections respiratoires (matériel d'oxygénothérapie, aspirateurs...)

04 06 Aides au traitement des affections circulatoires (bas à varices, vêtements compressifs...)

04 09 Aides pour la photothérapie

04 12 Aides aux hernies abdominales (ceintures de contention des hernies, orthèses lombo sacrées, pelotes de compression...)

04 15 Aides à la dialyse

04 19 Aides à l'administration des médicaments (seringues, aiguilles, pompes à perfusion...)

04 27 Stimulateurs (neurostimulateurs musculaires, stimulateurs cardiaques, masqueurs d'acouphènes...)

04 33 Aides à la prévention des escarres (matériels anti-escarres)

05 Aides à l'entraînement des capacités

dont

05 06 Aides à l'apprentissage de la communication alternative et augmentative (techniques de communication : braille, langue des signes...)

05 09 Aides à l'apprentissage de la continence (électrostimulateur...)

06 Orthèses et prothèses

dont

06 03 Orthèses rachidiennes

06 06 Orthèses du membre supérieur

06 12 Orthèses du membre inférieur.

06 15 Stimulateurs fonctionnels électriques et système orthétiques hybrides

06 18 Prothèses du membre supérieur

06 24 Prothèses du membre inférieur

06 30 Prothèses autres que celles des membres (perruques, prothèses mammaires, prothèses oculaires et faciales...)

06 33 Chaussures orthopédiques de série ou sur mesure

09 Aides aux soins et à la protection personnels

09 09 Aides à l'habillement et au déshabillage (enfile chaussettes, chausse-pieds et tire-bottes
Tire-boutons)

09 12 Aides à l'hygiène (sièges percés, cuvettes de WC, abattants de WC, surélévateurs de WC, barres d'appui, bassins de lit..)

09 15 Aides aux trachéotomisés (canules ...)

09 18 Aides à la stomie (poches ...)

09 21 Produits pour protéger et nettoyer la peau (pansements, crème ...)

09 24 Systèmes d'évacuation de l'urine (sondes, étuis péniens, urinaux...)

09 27 Collecteurs d'urine (poches...)

09 30 Aides pour absorber les urines et aides à la défécation (produits absorbants, culottes...)

09 31 Aides évitant les fuites involontaires d'urine et/ ou de matières fécales (tampons, bouchons...)

09 33 Aides permettant de se laver, de se baigner et de se coucher (Sièges de bain/de douche (avec ou sans roulettes), planches pour le bain, tabourets, dossiers et sièges, Brancards, tables de douche et tables à langer...)

12 Aides à la mobilité personnelle

12 03 Aides à la marche manipulées par un bras (cannes, béquilles...)

12 06 Aides à la marche manipulées par les deux bras (cadres de marche, déambulateurs...)

12 09 Voitures spéciales

12 12 Adaptations pour voitures (aides au chargement des fauteuils roulants sur ou à l'intérieur d'une voiture...)

12 18 Cycles (tricycles à propulsion podale...)

12 21 Fauteuils roulants

12 24 Accessoires de fauteuils roulants (tablettes, freins...)

12 27 Véhicules (poussettes...)

12 30 Aides au transfert (planches de transfert et tapis glissants, échelles de corde...)

12 33 Aides permettant de tourner (coussins permettant de rehausser et de tourner...)

12 36 Aides permettant de se lever (lève-personnes mobiles avec sangles...)

12 39 Aides à l'orientation (cane blanche..)

15 Aides aux activités domestiques

dont

15 03 Aides à la préparation de la nourriture et des boissons (tapis antidérapants, balances, couteaux...),

15 09 Aides pour manger et boire (assiettes, verres...),

15 12 Aides pour nettoyer la maison

15 15 Aides à la confection et à l'entretien du linge (ciseaux...)

18 Aménagements et adaptations des maisons et autres lieux

dont

18 03 Tables (table de lit...)

18 06 Equipements d'éclairage

18 09 Mobilier d'assise (sièges releveurs...)

18 12 Lits (barrières de lit et potences de suspension à fixer au lit...)

18 18 Dispositifs de soutien (mains courantes, barres et poignées d'appui...)

18 21 Dispositifs d'ouverture et fermeture, des portails, de portes, de fenêtres et de rideaux.

18 30 Dispositifs de changement de niveau (monte charge, rampes ...)

21 Aides à la communication, à l'information et à la signalisation

dont

- 21 03 Aides optiques (verres, montures, lentilles de contact, loupes ...)
- 21 06 Aides électro optiques (machines à lire, vidéo agrandisseur...)
- 21 10 Dispositifs de sortie pour ordinateurs, machines à écrire et équipement électronique (synthèse vocale...)
- 21 12 Ordinateurs
- 21 15 Machines à écrire et de traitement de texte
- 21 18 Calculatrices
- 21 24 Aides pour dessiner et écrire (règles, crayons...)
- 21 27 Aides de lecture non optiques (tourne-pages...)
- 21 30 Enregistreurs audio et récepteurs (écouteurs, microphones...)
- 21 33 Equipements de télévision et de vidéo (décodeurs d'émissions sous titrées...)
- 21 36 Téléphones et aides pour téléphoner (téléphones visuels, amplificateurs pour combiné...)
- 21 39 Systèmes de transmission de son (écouteurs, microphones, systèmes infrarouges...)
- 21 42 Aides à la communication face à face (générateurs de voix, amplificateurs de voix, amplificateurs de communication...)
- 21 45 Aides auditives (intra-auriculaires, contours d'oreilles, lunettes avec appareils auditifs incorporés, aides auditives tactiles, aides auditives avec implants...)
- 21 48 Aides de signalisation et d'indication (avertisseurs de signal de porte...)
- 21 51 Systèmes d'alarme (systèmes personnels d'alarme d'urgence, systèmes de contrôle...)
- 21 54 Autre matériel de lecture (livres parlants, livres et matériels imprimés en gros caractères livres et matériels imprimés en braille...)

24 Aides à la manipulation des produits et des biens

dont

- 24 06 Aides à la manipulation de récipients
- 24 18 Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras et/ou de la main et/ou des doigts (aides à la préhension, porte-objets...)
- 24 21 Aides à la saisie à distance (pinces de préhension manuelles ou électriques, prolongateurs sans fonction de préhension...)
- 24 27 Aides pour fixer (tapis antidérapants...)
- 24 42 Tapis roulants
- 24 45 Grues.

27 Aides et équipements permettant d'améliorer l'environnement, les outils et les machines

dont

- 27 03 Aides à l'amélioration de l'environnement
- 27 06 Instruments de mesure (thermomètres médicaux, pèse-personnes..)

30 Aides aux loisirs

dont

- 30 03 jouets
- 30 06 Jeux
- 30 21 Outils, matériels et équipements pour le jardinage extérieur et intérieur.

*** La classification utilisée par les industriels :**

La classification suivante ressort de l'analyse des différents catalogues des industriels.

- les VHP

- fauteuils roulants manuels,
- fauteuils roulants actifs,
- fauteuils roulants sportifs,
- fauteuils roulants électriques,
- fauteuils roulants verticalisateurs,
- fauteuils roulants à pousser,
- poussettes,
- scooters,
- tricycles,
- accessoires de VHP (housses de protection...)

- les aides au positionnement, aux transferts, au déplacement, à la marche et à la mobilité :

- béquilles,
- cannes,
- cadres de marche ou déambulateurs,
- échelles,

- hamac de transfert,
- lève personnes et sangles,
- plateforme élévatrice, *
- rampe d'accès à un immeuble, aux voitures, *
- siège élévateur sur rampe d'escalier*
- rollator,
- l'aménagement de la voiture (volant adapté, rampes...)*
- **les aides au maintien**
 - colliers*,
 - ceintures de série*,
 - corsets sur mesure*,
 - orthèses externes des membres de maintien et de correction de série et sur mesure*
 - prothèses externes des membres de maintien et de correction sur mesure ou de série*
 - chaussures thérapeutiques de série*
 - chaussures orthopédiques sur mesure *
- **les aides à la toilette et à l'hygiène :**
 - barres d'appuis, barres relevables,
 - brosses, éponges et peignes à long manches,
 - chaise ou fauteuils de douche avec accoudoirs pliables ou non, à roulettes ou non,
 - chaise garde robe ou fauteuil garde robe,
 - élévateurs pour baignoire,
 - lits de douche
 - planche de bain,
 - poignées adaptées
 - rehausseur ou surélévateur de WC
 - siège de bain fixe ou pivotant, avec ou sans dossiers
 - siège de douche rabattable ou non,
 - tabouret de douche,
 - VHP de douche
 - aménagement des WC ou toilettes * (baignoires à portes avant, baignoires avec siège élévateur, WC réglables en hauteur, lavabo ou baignoires réglables en hauteur)
 - produits absorbants *
 - poches de recueil*
 - étuis pénis*
 - poches pour stomisés*
 - sondes urinaires *
- **les aides au repas et à la cuisine :**
 - ciseaux, couteaux, fourchettes adaptés
 - verre et assiettes adaptés, systèmes antidérapants,
 - ouvre bocal, ouvre bouteille,
 - coupe pain, épluche pommes de terre,
 - systèmes de maintien du pain ou autre pour faire avec une main.
 - aménagement de la cuisine *: plan de travail réglable en hauteur, cadre réglable pour supports muraux permettant de régler les meubles en hauteur..
- **les aides au repos ou au maintien à domicile :**
 - cerceaux de lit
 - coussins et matelas antiescarres ou nonantiescarres,
 - fauteuils releveurs, fauteuils de repos,
 - lits
 - sièges coquilles,
 - tables de lits
- **les aides à l'habillement et à la préhension, autonomie :**
 - enfile bas, enfile bouton,
 - pince à distance
- **les aides à la communication à la lecture et l'écriture :**
 - amplificateurs (téléphone, TV..) *
 - audioprothèses *
 - boucles d'induction magnétique *
 - casques infra rouges *
 - implants cochléaires (antennes, boîtiers, fils...) *
 - interfaces spécifiques *
 - licorne
 - matériels brailles (imprimantes, logiciel, machines à lire...)*
 - microphones *
 - optique et optique spécialisée (téléagrandisseurs...)*
 - poinceaux braille

porte stylos
 récepteurs télématiques *
 support de bras
 stylos adaptés
 systèmes infra rouges *
 système de lecture en position allongée par lunettes orientables
 téléphonoscripteurs *
 vibrateurs *
 logiciel adaptés *

- **les aides aux contrôles de l'environnement (technologie et informatique) :**
systèmes d'ouverture ou fermeture des volets... adaptables sur VHP ou autres,
commandes d'ordinateur par le regard ou le mouvement de la tête.
- **les aides à l'intégrité :**
les prothèses mammaires*,
- **les aides à la sécurité, à la signalisation :**
lampe flash *
réveil vibrants ou lumineux *
- **les aides à l'apprentissage, aux loisirs, à l'éveil sensoriel et à la psychomotricité :**
jeux d'éveil

** vendus par des sociétés spécialisées différentes des sociétés d'aides techniques généralistes.*

*** L'enquête menée en octobre 2002 par la structure Guide** pour faire le bilan de ses préconisations regroupe les aides les plus préconisées en plusieurs groupes :

- aides à la mobilité (VHP)
- aides pour les soins corporels (aménagement des salles de bains)
- aides pour les soins d'hygiène (aménagement des WC)
- aides pour le transfert (lits, lève personnes..)
- aides pour la prévention des escarres (coussins, matelas..)
- aides au positionnement (sièges de série modulable et évolutif...)
- aides pour les activités domestiques (couverts adaptés...)
- aide pour le transfert à la voiture (sièges adaptés...)
- aides à la communication (synthèse vocale, système d'alarme...)
- aide à la lecture (tourne page).

ANNEXE 8



LPP : nouvelle répartition proposée

ANNEXE 8

LPP : nouvelle répartition proposée

A - DISPOSITIFS MEDICAUX DE TRAITEMENT ou D'AIDE AU TRAITEMENT ou DE PREVENTION

(maintien dans la LPP)

*** Dispositifs médicaux pour affections respiratoires et ORL :**

- Appareils générateurs d'aérosol,
- Aspirateurs trachéaux,
- Canules trachéales,
- Oxygénothérapie,
- PPC pour traitement de l'apnée du sommeil,
- Ventilation.

*** Dispositifs médicaux de contention ou compression :**

- Bandes élastiques de contention, coussin pour contention ,
- Orthèses élastiques de contention (bas à varice) et bandes,
- Vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés.

*** Dispositifs médicaux de drainage :**

- Aérateurs transtympaniques.

*** Dispositifs médicaux de rééducation, de maintien ou de correction :**

- Appareil pour rééducation par poulie-thérapie,
- Bandages herniaires,
- Ceintures médico chirurgicaux sur mesure et corset,
- Colliers cervicaux,
- Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux pour poly-handicapés,
- Dispositif de traction continue du rachis,
- Electrostimulateur neuromusculaire pour prévention de l'incontinence,
- Gilet de série pour contention et immobilisation par poulie thérapie,
- Orthèses orthopédiques (attelles de genoux, cheville...),
- Solutions visco élastiques pour injection intra articulaire dans le traitement des gonarthroses.

*** Dispositifs médicaux implantables actifs ou non, synthétiques, animaux ou humains.**

- Implants cardiovasculaires,
- Implants digestifs,
- Implants neurologiques,
- Implants ophtalmologiques,

- Implants orthopédiques,
- Implants ORL,
- Implants pleuro pulmonaires,
- Implants urogénitaux,
- Implants pouvant intéresser plusieurs appareils anatomiques,
- Implants mammaires,
- Greffons cornéens,
- Greffons osseux,
- Greffons tendineux,
- Greffons vasculaires,
- Pompes implantables.
- Stimulateurs cardiaques et leur sonde.

*** Dispositifs médicaux d'aide au traitement des maladies respiratoires et ORL :**

- Chambre d'inhalation pour administration de médicaments par aérosol doseur,
- Débitmètre de pointe,
- Spiromètre électronique pour patients transplantés cardiopulmonaires.

*** Matériels pour trachéo-laryngectomisés :**

- Filtres respiratoires pour laryngectomisés,
- Prothèses respiratoires pour trachéostomisés et accessoires.

*** Dispositifs médicaux d'injection et de perfusion à domicile :**

- Appareillage pour maladie chronique (panier de perfusion, perfuseur de précision, accessoires pour le remplissage des perfusions, aiguilles pour chambres à cathéter),
- Appareil à perfusion non récupérable,
- Diffuseur portable,
- Seringue hypodermique,
- Set de pose des perfusions,
- Système actif pour perfusion à domicile (pompes et pousses seringue) pour le traitement du diabète, du cancer, d'infections chroniques, de douleurs...).

*** Dispositifs médicaux d'auto-surveillance et d'autotraitement pour diabétique :**

- Appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie,
- Autopiqueur,
- Réactifs pour diabétiques,
- Seringues à insuline,
- Stylos injecteurs (diabète, maladie de Parkinson, hormone de croissance) et accessoires.

*** Dispositifs médicaux de recouvrement des plaies :**

- Compresse tissée ou non,
- Bande,
- Coton, Ouate,
- Filet tubulaire,
- Pansement hydrocolloïde, hydrocellulaire, à base d'alginate de calcium, de polyuréthane, hydrogel, siliconé, à base de charbon actif, vaseliné...
- Sparadrap.

*** Divers**

- Aiguilles serties pour sutures et pochettes de suture adhésive,
- Aliments sans gluten,
- Appareils de neurostimulation électrique transcutanée pour le traitement des douleurs rebelles,
- Appareils de photothérapie et de contrôle de la bilirubinémie pour le traitement de la maladie Crigler-Najjar de type 1.
- Bouton de gastrostomie,
- Dispositifs intra utérins, pessaires,
- Dispositif de recueil des saignées pour hémochromatose et polyglobulies,
- Médicaments devenus dispositifs médicaux, pour irrigation vésicale, plaies infectées, escarres et ulcères, plaies hémorragiques,
- Nutriments, sondes, pompes, poches et tubulures pour NED ,
- Nutriments pour supplémentation orale,
- Orthèse plantaire,
- Slip de protection des fractures de hanche,
- Sondes vésicales à demeure et sondes d'urétérostomie cutanée.

B - AIDES A LA VIE
DES HANDICAPES ET DES MALADES CHRONIQUES
« AIDES TECHNIQUES »
(à sortir de la LPP)

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

- Appareils électroniques correcteurs de la surdité,
- Appareil de soutien partiel,
- Appareil modulaire de verticalisation,
- Béquilles,
- Cannes,
- Casque de protection,
- Chaise percée,
- Chaussures thérapeutiques de série et chaussures destinées à recevoir des appareils de marche,
- Chaussures orthopédiques sur mesure,
- Couteau, couteau-fourchettes pliants,
- Coque talonnière,
- Coquille pour bain,
- Déambulateurs,
- Gant en cuir pour prothèse,
- Optique médicale :
 - * lunettes,
 - * lentilles de contact,
 - * appareils pour amblyopes :loupes, systèmes à vision microscopique ou télescopiques, aides visuelles électroniques,
 - * guide à ultrasons pour nouveau né anophtalme.
- Prothèses faciales sur mesure,
- Prothèses oculaires sur mesure,
- Prothèses vocales,
- Prothèses et orthèses externes sur mesure du grand appareillage orthopédique (GAO),
- Siège adaptable sur châssis roulants,
- Soulève-malade,
- Urinal,
- Véhicules pour handicapés physiques :
 - * fauteuils roulants manuels, électriques, verticalisateurs,
 - * fauteuils roulants à pousser,
 - * kit de propulsion par moteur électriques,
 - * kit de facilitation de la propulsion,
 - * poussettes,
 - * tricycles.

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

- Alèse,
- Cerceau pour lit,
- Lits médicaux,
- Matelas simples pour lits,
- Matelas et coussins d'aide à la prévention des escarres,
- Potence pour lits,
- Sièges coquilles et siège de série modulable,

- Soulève malades et sangles.

*** Matériels pour incontinence :**

- Appareillage pour incontients et stomisés :
 - * étuis péniens,
 - * pâtes de protection pour stomisés,
 - * poches pour stomisés urinaires et fécaux,
 - * poches de recueil,
- Sondes vésicales d'auto-sondage.

*** Matériels pour néoplasies :**

- Postiches.
 - Prothèses mammaires externes.
-

ANNEXE 9

Normes relatives aux aides techniques

ANNEXE 9

Normes relatives aux aides techniques et projets au stade d'enquête

AIDES POUR LES INVALIDES OU HANDICAPES GENERALITES

NF EN ISO 9999

Aides techniques pour personnes atteintes d'incapacités, Classification et terminologie

NF EN 12182

Aides techniques pour personnes handicapées, Exigences générales et méthodes d'essai

FD ISO/CEI GUIDE 71

Principes directeurs pour les normalisateurs afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de celles ayant des incapacités

X35-500

Insertion des handicapés - Postes de travail en atelier - Conditions d'aménagement des postes sur machines travaillant par enlèvement de matière pour l'insertion des personnes handicapées

PROTHESES ET ORTHESES

NF S90-510 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Axe à épaulement et à gorge.

NF S90-511 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Vis d'articulation à tête cylindrique bombée fendue, à épaulement, entièrement fileté.

NF S90-512 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Vis d'articulation à tête cylindrique plate fendue, à épaulement, entièrement fileté.

NF S90-513 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Vis d'articulation à tête cylindrique bombée fendue, à collerette, partiellement fileté.

NF S90-514 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Rivet à tête cylindrique bombée, à épaulement.

NF S90-520 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de cheville démontable à crochet d'assemblage.

NF S90-521 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Crochet d'assemblage.

NF S90-522 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de cheville simple, non démontable.

NF S90-523 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de cheville non démontable, à chape.

NF S90-524 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de genou simple, sans verrou.

NF S90-525 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de genou à chape, sans roulement à billes, sans verrou.

NF S90-526 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de genou à chape, à roulement à billes, sans verrou.

NF S90-527 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de genou simple, avec verrou Hoffa.

NF S90-528 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de genou à chape, sans roulement à billes, avec verrou Hoffa.

NF S90-529 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de hanche à chape, sans roulement à billes, sans verrou.

NF S90-530 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de hanche simple, avec verrou Hoffa.

NF S90-531 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de hanche à chape, sans roulement à billes, avec verrou Hoffa.

NF S90-532 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de hanche à chape, à roulement à billes, sans verrou.

NF S90-533 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de hanche à chape, sans roulement à billes, avec verrou Hoffa à chape.

NF S90-534 : 1973

Pièces constitutives des prothèses et des orthèses - Articulation de coude simple.

NF EN 12523 : 1999

Prothèses de membres externes et orthèses externes - Exigences et méthodes d'essai

NF ISO 8548-1:1990

Prothèses et orthèses -- Malformations des membres -- Partie 1: Méthode de description des malformations congénitales des membres

ISO 8548-2:1993

Prothèses et orthèses -- Malformations des membres -- Partie 2: Méthode de description des moignons d'amputation des membres inférieurs

ISO 8548-3:1993

Prothèses et orthèses -- Malformations des membres -- Partie 3: Méthode de description des moignons d'amputation des membres supérieurs

ISO 8548-4:1998

Prothèses et orthèses -- Malformations des membres -- Partie 4: Description des causes qui conduisent à l'amputation

NF ISO 8549-1:1990

Prothèses et orthèses -- Vocabulaire -- Partie 1: Termes généraux pour prothèses de membre et orthèses externes

NF ISO 8549-2:1990

Prothèses et orthèses -- Vocabulaire -- Partie 2: Termes relatifs aux prothèses de membre et aux porteurs de ces prothèses

ISO 8549-3:1989

Prothèses et orthèses -- Vocabulaire -- Partie 3: Termes relatifs aux orthèses externes

ISO 10328-1:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 1: Configurations d'essai

ISO 10328-2:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 2: Échantillons d'essai

ISO 10328-3:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 3: Essais principaux de structure

ISO 10328-4:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 4: Paramètres de charge des essais principaux de structure

ISO 10328-5:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 5: Essais supplémentaires de structure

ISO 10328-6:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 6: Paramètres de charge des essais supplémentaires de structure

ISO 10328-7:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 7: Document de soumission à l'essai

ISO 10328-8:1996

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de membres inférieurs -- Partie 8: Rapport d'essai

ISO 13405-1:1996

Prothèses et orthèses -- Classification et description des composants de prothèses -- Partie 1: Classification des composants de prothèses

ISO 13405-2:1996

Prothèses et orthèses -- Classification et description des composants de prothèses -- Partie 2:
Description des composants de prothèses des membres inférieurs

ISO 13405-3:1996

Prothèses et orthèses -- Classification et description des composants de prothèses -- Partie 3:
Description des composants de prothèses des membres supérieurs

ISO 15032: 2000

Prothèses -- Essais portant sur la structure des prothèses de hanche

AIDES A LA MARCHE

NF EN 1985 : 1999

Aides à la marche - prescriptions générales et méthodes d'essai

NF EN ISO 11199-1:1999

Aides à la marche manipulées avec les deux bras -- Exigences et méthodes d'essai -- Partie 1: Cadres de marche

NF EN ISO 11199-2:1999

Aides à la marche manipulées avec les deux bras -- Exigences et méthodes d'essai -- Partie 2:
Déambulateurs

NF EN ISO 11334-1:1997

Aides à la marche manipulées avec un bras -- Prescriptions et méthodes d'essai -- Partie 1: Cannes à appui antibrachial

NF EN ISO 11334-4:1999

Aides à la marche manipulées avec un bras -- Exigences et méthodes d'essai -- Partie 4: Cannes de marche avec au moins trois jambes ou plus

PR NF EN ISO 11199-3

Aides à la marche manipulées avec les deux bras, exigences et méthodes d'essais, Partie 3 : tables de marche

AIDES POUR DEFICIENTS VISUELS

ISO/TR 11548-1:2001

Aides à la communication pour personnes aveugles -- Identificateurs, noms et attribution aux jeux de caractères codés pour caractères Braille à 8 points -- Partie 1: Lignes directrices générales pour les identificateurs Braille et marques de changement de caractères

ISO/TR 11548-2:2001

Aides à la communication pour personnes aveugles -- Identificateurs, noms et attribution aux jeux de caractères codés pour caractères Braille à 8 points -- Partie 2: Jeux de caractères basés sur l'alphabet latin

AIDES A LA LECTURE

NF EN ISO 11683

Emballages. Indications tactiles de danger, Exigences.

PR NF EN 14391

Emballages. Tubes souples en aluminium. Indications tactiles de danger

NF P98-351

Cheminements, Insertion des handicapés

Éveil de vigilance - Caractéristiques et essais des dispositifs podo-tactiles au sol d'éveil de vigilance à l'usage des personnes aveugles ou mal voyantes.

NF Q67-004

Technologie graphique
Spécifications typographiques recommandées pour les déficients visuels

NF Q67-006

Technologie graphique
Spécifications typographiques recommandées pour l'impression "braille" des livres scolaires.

NF EN ISO 15254

Optique et instruments optalmiques. Dispositifs électro-optiques pour malvoyants

NF X05-050

Symboles graphiques et pictogrammes
Identification des services et produits accessibles à toutes personnes présentant des difficultés de repérage spatio-temporel et d'apprentissage de la lecture. Pictogramme d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité

NF X05-050

Symboles graphiques et pictogrammes. Identification des services et produits accessibles à toutes personnes présentant des difficultés de repérage spatio-temporel et d'apprentissage de la lecture
Pictogramme d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité.

NF X05-050/A1

Symboles graphiques et pictogrammes. Identification des services et produits accessibles à toutes personnes présentant des difficultés de repérage spatio-temporel et d'apprentissage de la lecture
Pictogramme d'accueil, d'accompagnement et d'accessibilité

NF ETS 300767

Télécommunications. Facteurs humains (HF). Cartes téléphoniques à prépaiement - Identificateur tactile

FAUTEUILS ROULANTS

NF EN 12183 : 1999

Fauteuils roulants à propulsion manuelle - Exigences et méthodes d'essai

NF EN 12184 : 1999

Fauteuils roulants électriques, trottinettes et leur chargeurs - Exigences et méthodes d'essai

NF S90-600: 1978

Véhicules et fauteuils roulants pour handicapés - Définition et classification

NF S90-602 : 1985

Fauteuils roulants - Termes et définitions des éléments de base

NF S90-603 : 1985

Fauteuils roulants - Dimensions hors tout, masse et espace de giration

NF S90-605 : 1982

Véhicules et fauteuils roulants pour handicapés - Structure d'essais

ISO 6440:1985

Fauteuils roulants -- Nomenclature, termes et définitions

ISO 7176-1:1999

Fauteuils roulants -- Partie 1: Détermination de la stabilité statique

ISO 7176-2:2001

Fauteuils roulants -- Partie 2: Détermination de la stabilité dynamique des fauteuils roulants électriques

NF ISO 7176-3:1989

Fauteuils roulants -- Partie 3: Détermination de l'efficacité des freins

ISO 7176-4:1997

Fauteuils roulants -- Partie 4: Consommation d'énergie des fauteuils roulants et scooters électriques pour la détermination de la distance théorique

ISO 7176-5:1986

Fauteuils roulants -- Partie 5: Détermination des dimensions hors tout, de la masse et de l'espace de giration

ISO 7176-6:2001

Fauteuils roulants -- Partie 6: Détermination de la vitesse, de l'accélération et du ralentissement maximaux des fauteuils roulants électriques

ISO 7176-7:1998

Fauteuils roulants -- Partie 7: Mesurage des dimensions d'assise et des roues

ISO 7176-8:1998

Fauteuils roulants -- Partie 8: Exigences et méthodes d'essai pour la résistance statique, la résistance aux chocs et la résistance à la fatigue

ISO 7176-9:2001

Fauteuils roulants -- Partie 9: Essais climatiques pour fauteuils roulants électriques

NF ISO 7176-10:1989

Fauteuils roulants -- Partie 10: Détermination de l'aptitude des fauteuils roulants électriques à gravir les obstacles

ISO 7176-11:1992

Fauteuils roulants -- Partie 11: Mannequins d'essai

NF ISO 7176-13:1990

Fauteuils roulants -- Partie 13: Détermination du coefficient de frottement des surfaces d'essai

ISO 7176-14:1997

Fauteuils roulants -- Partie 14: Systèmes d'alimentation et de commande des fauteuils roulants électriques -- Exigences et méthodes d'essai

ISO 7176-15:1996

Fauteuils roulants -- Partie 15: Exigences relatives à la diffusion des informations, à la documentation et à l'étiquetage

ISO 7176-16:1997

Fauteuils roulants -- Partie 16: Résistance à l'inflammation des parties rembourrées -- Exigences et méthodes d'essai

ISO 7176-19:2001

Fauteuils roulants -- Partie 19: Dispositifs de mobilité montés sur roues et destinés à être utilisés dans des véhicules à moteur

ISO 7176-22:2000

Fauteuils roulants -- Partie 22: Modes opératoires de réglage

ISO 7176-23:2002

Fauteuils roulants -- Partie 23: Exigences et méthodes d'essai pour les monte-escalier manipulés par une tierce personne

ISO 7193:1985

Fauteuils roulants -- Dimensions maximales hors tout

ISO 10542-1:2001

Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées -- Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant -- Partie 1: Exigences générales et méthodes d'essai pour tous les systèmes

ISO 10542-2:2001

Assistances et aides techniques pour les personnes invalides ou handicapées -- Systèmes d'attache du fauteuil roulant et de retenue de l'occupant -- Partie 2: Systèmes de sangles d'attache à quatre points

ISO/TR 13570:2001

Lignes directrices pour l'application de la série ISO 7176 sur les fauteuils roulants

AIDES TECHNIQUES

NF EN 1282 : 1999

Aides techniques pour personnes handicapées - exigences générales et méthodes d'essai

ISO 9999:2002

Aides techniques pour personnes atteintes d'incapacités -- Classification et terminologie

AIDES POUR OSTOMIE ET INCONTINENCE

NF S90-631 :1992

Aides pour incontinents ou stomisés - Systèmes de recueil - Spécifications et méthodes d'essai

NF S90-670 :1987

Aides techniques pour invalides ou handicapés - Produits absorbants pour incontinents - Produits « portes » à usage unique - Termes et définitions

NF ISO 8669-1:1989

Poches de recueil d'urine -- Partie 1: Vocabulaire

NF EN ISO 8669-2:1997

Poches de recueil d'urine -- Partie 2: Prescriptions et méthodes d'essai

NF ISO 8670-1:1989

Poches de recueil pour stomie -- Partie 1: Vocabulaire

NF EN ISO 8670-2:1997

Poches de recueil pour stomie -- Partie 2: Prescriptions et méthodes d'essai

ISO 8670-3:2000

Poches de recueil pour stomie -- Partie 3: Détermination de la fuite d'odeur des poches de recueil pour colostomie et iléostomie

ISO 9949-1:1993

Aides pour absorption d'urine -- Vocabulaire -- Partie 1: États d'incontinence urinaire

ISO 9949-2:1993

Aides pour absorption d'urine -- Vocabulaire -- Partie 2: Produits

ISO 9949-3:1993

Aides pour absorption d'urine -- Vocabulaire -- Partie 3: Identification des types de produits

ISO 11948-1:1996

Aides pour absorption d'urine -- Partie 1: Essais portant sur le produit entier

ISO 11948-2:1998

Aides pour absorption d'urine -- Partie 2: Détermination des performances relatives aux dégagements de liquide (fuites) de courte durée dans des conditions d'incontinence légère et de basse pression

ISO 15621:1999

Aides pour absorption d'urine -- Lignes directrices générales d'évaluation

NF EN ISO 16021:2001

Aides pour absorption d'urine -- Principes de base pour l'évaluation des aides pour incontinents adultes par les utilisateurs et le personnel soignant

ISO 16391:2002

Aides pour ostomie et incontinence -- Dispositifs d'irrigation -- Exigences et méthodes d'essai

ISO 17190-1:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 1: Détermination du pH

ISO 17190-2:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 2: Détermination de la quantité de monomères résiduels

ISO 17190-3:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 3: Détermination de la distribution granulométrique des particules au moyen du fractionnement par tamisage

ISO 17190-4:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 4: Détermination de la teneur en humidité au moyen de la perte de masse par chauffage

ISO 17190-5:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 5: Détermination gravimétrique de la capacité de gonflement en solution saline

ISO 17190-6:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 6: Détermination gravimétrique de la capacité de rétention de fluides en solution saline après centrifugation

ISO 17190-7:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 7: Détermination gravimétrique du pouvoir d'absorption sous pression

ISO 17190-8:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 8: Détermination gravimétrique du débit

ISO 17190-9:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 9: Détermination gravimétrique de la masse volumique

ISO 17190-9:2001/Cor 1:2002ISO 17190-10:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 10: Détermination de la teneur en polymère extractible par titrage potentiométrique

ISO 17190-11:2001

Aides pour absorption d'urine -- Méthodes d'essai pour caractériser les matériaux absorbants à base de polymères -- Partie 11: Détermination de la teneur en particules respirables

LITS ET LEVE-PERSONNES

NF EN 1970

Lits réglables pour les personnes handicapées - Exigences et méthodes d'essai

NF EN ISO 10535:1999

Lève-personnes pour transférer des personnes handicapées -- Exigences et méthodes d'essai

LABORATOIRES D'ESSAIS

NF EN ISO CEI 17025 : 2000

Prescriptions générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais

ANNEXE 10



**Liste des équipements spéciaux aux
« Aides techniques » soumis à une TVA
à 5,5%.**

ANNEXE 10

LISTE DES EQUIPEMENTS SPECIAUX OU « AIDES TECHNIQUES » SOUMIS A UNE TVA A 5,5%

1 – L'article 15 de la loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 (loi des finances pour 1991) soumet aux taux réduit de la TVA les équipements spéciaux, dénommés aides techniques, **conçus exclusivement pour les personnes handicapées en vue de la compensation d'incapacités graves.**

L'arrêté du 5 février 1991 (paru au JO du 13 février 1991) pris en application de ce texte, fixe la liste des équipements spéciaux soumis au taux réduit de la taxe, codifiée à l'article 30-0B de l'annexe IV au CGI :

1) Pour les handicapés moteurs :

Commandes adaptées pour le contrôle de l'environnement et la communication : au souffle, linguales, joysticks, défilement, contacteurs, casques et licornes ;

Appareils de communication à synthèse vocale et désigneurs ;

Cartes électroniques et logiciels spécifiques de communication ;

Claviers spéciaux pour ordinateurs et machines à écrire ;

Aides mécaniques ou électriques aux mouvements des bras, tourne-pages automatiques ;

Matériels de transfert : élévateurs et releveurs hydrauliques ou électriques, lève-personnes ;

Fauteuils roulants ¹

(Article 1^{er} de l'arrêté du 28 décembre 2001) ;

Appareils modulaires de verticalisation ;

Appareils de soutien partiel de la tête ;

Casques de protection pour enfants handicapés ;

2) Pour aveugles et malvoyants :

Appareils ou objets à lecture, écriture ou reproduction de caractères ou signes en relief (braille) ;

Téléagrandisseurs et systèmes optiques télescopiques ;

Cartes électroniques et logiciels spécialisés.

3) Pour sourds et malentendants ² :

Vibrateurs tactiles ;

Orthèses vibratoires (amplificateurs de voix) ;

Implants cochléaires ;

Logiciels spécifiques.

(Article 1^{er} de l'arrêté du 28 décembre 2001).

Précisions :

¹ Le taux réduit s'applique à l'ensemble des fauteuils roulants, y compris par conséquent les fauteuils roulants spéciaux pour le transport des handicapés dans un véhicule automobile, qu'ils soient ou non inscrits à la LPP (ex TIPS). En revanche, il ne s'applique pas aux véhicules à moteur utilisables par les handicapés et considérés comme des cyclomoteurs ou des tricycles et quadricycles à moteur au sens du code de la route. Ces véhicules sont soumis au taux normal de la TVA.

² Il est admis, à compter du 22 juin 1999, que l'ensemble des prothèses auditives titulaires du marquage CE bénéficie du taux réduit, y compris celles qui ne sont pas effectivement inscrites à la LPP (ex TIPS).

4) Pour d'autres handicapés :

Filtres respiratoires et protections trachéales pour laryngectomisés ;
Appareils de photothérapie ;
Appareils de recueil de saignées ;

5) Pour l'ensemble des handicapés afin de faciliter la conduite des véhicules :

Siège orthopédique (siège pivotant, surélevé...) ;
Treuils, rampes et autres dispositifs pour l'accès des personnes handicapées en fauteuil roulant ;
Commande d'accélérateur à main (cercle, arc de cercle, secteur, manette, poignée tournante...) ;
Sélecteur de vitesses sur planche de bord ;
Modifications de la position ou de la commande du frein principal et du frein de secours ;
Modification de la position ou de la commande des commutateurs de feux, de clignotants, d'avertisseurs sonores, d'essuie-glace ;
Dispositif de commande groupée (frein principal, accélérateur...) ;
Permutation ou modification de la position des pédales : pédales d'embrayage et de frein rapprochées ou communes, pédales surélevées, faux planchers ;
Modification de la colonne de direction ;
Dispositif de maintien du tronc par sangle ou par harnais ;
Dispositifs d'ancrage des fauteuils roulants à l'intérieur des véhicules.

2 – L'article 278 quinquies du CGI soumet également au taux réduit de 5,5% de la TVA les ascenseurs et matériels assimilés, spécialement conçus pour les personnes handicapées et dont les caractéristiques figurent à l'arrêté du 15 juin 1998 modifiant l'article 30-0 C de l'annexe IV au CGI (issu initialement de l'arrêté du 16 avril 1996).

« Les ascenseurs et matériels assimilés soumis au taux réduit de la taxe sur la valeur ajoutée en application du deuxième alinéa de l'article 278 quinquies du code général des impôts sont les matériels suivants, spécialement conçus pour le déplacement d'une personne handicapée :

« 1. Les appareils élévateurs verticaux, installés à demeure, comportant une plate-forme aménagée en vue du transport d'une personne handicapée, debout ou en fauteuil roulant avec ou sans accompagnateur, qui répondent aux conditions suivantes :

« a) Ils permettent le déplacement entre deux niveaux définis, avec éventuellement un ou plusieurs niveaux intermédiaires ;

« b) Leur vitesse n'excède pas 0,15 mètre par secondes ;

« c) Ils comportent un frein de sécurité ou autre dispositif d'arrêt d'urgence et un dispositif protégeant l'accès de la gaine à chaque palier ;

« d) Leur charge nominale minimale est de 900 kilogrammes, à l'exception des appareils élévateurs manuels, pour lesquels la charge nominale ne doit pas excéder 200 kilogrammes.

« 2. Les élévateurs à déplacements inclinés spécialement conçus pour le déplacement d'une personne handicapée accompagnée ou non, installés à demeure, se déplaçant le long de guides

inclinés, desservant des niveaux définis, circulant ou non le long d'une ou de plusieurs parois ou éléments de parois, qui répondent aux conditions suivantes :

- « a) Ils circulent le long d'un escalier ou d'un plan incliné ;
- « b) Ils comportent un plateau accessible au fauteuil roulant ou un siège ;
- « c) Leur inclinaison par rapport à l'horizontale n'excède pas 45° ;
- « d) Leur vitesse n'excède pas 0,15 mètre par seconde ;
- « e) Ils comportent un frein de sécurité ou autre dispositif d'arrêt d'urgence, et un dispositif de maintien des personnes lors du fonctionnement de l'appareil ;
- « f) Leur charge nominale n'excède pas 200 kilogrammes ».

3 – Le deuxième alinéa de l'article 278 quinquies du CGI, issu de l'article 30 de la loi de finances pour 1999 (loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998), étend l'application du taux réduit aux matériels utilisés par les diabétiques, stomisés et incontinents, qui sont pour l'essentiel visés au chapitre 3 du titre I du TIPS, indépendamment de leurs conditions particulières de prise en charge par la sécurité sociale :

- a. Les autopiqueurs, les appareils pour lecture automatique chiffrée de la glycémie, les seringues pour insuline, les stylos injecteurs d'insuline et les bandelettes et comprimés pour l'autocontrôle du diabète ;
- b. Les appareillages de recueil pour incontinents et stomisés digestifs ou urinaires, les appareillages d'irrigation pour colostomisés, les sondes d'urétérostomie cutanée pour stomisés urinaires, les solutions d'irrigation vésicale et les sondes vésicales pour incontinents urinaires.
