

AFM - Audition publique
Mercredi 28 mars 2007

- M. Thiébault : Bonjour. Nous avons parlé depuis hier de l'évaluation des besoins, de la prescription, de l'acquisition.

La première question à se poser, c'est : finalement, est-ce que l'aide technique est utile ? Est-ce qu'elle est utilisée ? Adaptable ? Réparable ?

A-t-elle répondu au cahier des charges ?

Aux souhaits du professionnel, à ceux du patient ?

Ce dernier tire-t-il un bénéfice de cette aide technique ?

Le bénéfice n'est pas forcément pas le même pour le patient, l'entourage ou le professionnel.

Nous connaissons toutes ces personnes âgées qui promènent leur canne, qui portent leur déambulateur, à notre grand désespoir malgré tous nos efforts pour essayer qu'ils s'en servent correctement, mais ils sont tout de même satisfaits car cela leur sert de réassurance, cela leur diminue leur peur de tomber et leur risque de chute.

Ce concept de satisfaction a été défini par Mme Demers comme une évaluation critique positive ou négative par la personne des différents aspects de son aide technique, évaluation influencée par ses attentes, ressentis et ses dispositions et valeurs personnelles.

J'ai connu une personne n'aimant pas ses releveurs.

Elle ne souhaite pas les porter.

Chaque aide technique se veut idéale pour un besoin donné pour une personne handicapée. Mais idéale pour qui ?

L'utilisateur doit s'approprier son dispositif d'aide et pour cela il doit l'avoir choisie, intégrée dans son environnement et avoir bénéficié d'un apprentissage pour qu'elle soit bien utilisée.

On retrouve de la bibliographie, dont celle de Lenker et le bénéfice de l'aide technique est évalué sur 212 critères de satisfaction.

Quand on analyse ces études, on constate qu'elles ne sont pas homogènes.

Lenker préconise de faire d'autres études et il souhaite que l'uniformité des aides techniques étudiées soit respectée et il propose d'analyser l'utilité de l'aide technique, c'est-à-dire la facilité d'utilisation, la mesure de l'utilisation (fréquence par jour, par semaine, par mois), la durée, il préconise de mesurer les aspects objectifs de l'utilité par des outils qui restent à définir.

Enfin, il propose qu'on mesure des aspects subjectifs par des échelles d'évaluation.

Il propose d'analyser la qualité de vie par d'autres échelles, et la performance dans la vie sociale. Ceci n'est pas si simple à utiliser, surtout pour les personnes âgées.

Parmi les échelles d'évaluation, il y a L'ESAT, la version français de la Quest, non publiée même si elle a été validée.

La Quest, a été validée en anglais et nous en parlerons après.

Le PIADS, c'est un score psychosocial d'impact des aides techniques.

La Quest, il en existe deux versions dont la deuxième a été résumée à 12 items, au lieu de 24.

Elle évalue la technologie d'une part (dimension, poids, facilité d'ajustement,, sécurité, etc.), mais également les services la procédure d'attribution et la durée d'attente, le service

de réparation et d'entretien, la qualité du service rendu par les professionnels, et la qualité du suivi (maintenance).

Donc chaque item est évalué de « pas satisfait du tout » à « très satisfait » sur une cotation de 0 à 5.

Le PIADS est avant tout une échelle de qualité de vie comprenant 26 items.

Elle évalue les capacités, les possibilités fonctionnelles, l'adaptabilité, la capacité à prendre des risques, l'estime de soi (confiance en soi, bien-être émotionnel).

C'est avant tout une échelle de bien-être psychologique.

Notre expérience en gériatrie, chez les personnes âgées, de rééducateur et de gériatre, si on prend l'exemple de la fonction locomotrice, c'est sûr qu'on peut faire des évaluations directes du bénéfice.

On peut faire un test de vitesse de marche avec ou sans aide technique et on verra tout de suite la différence.

On peut faire des évaluations indirectes : la fréquence des hospitalisations, des chutes.

L'évaluation subjective est plus difficile. Il faut d'abord passer par l'acceptation de la déficience, puis par l'appropriation de l'aide technique.

Le risque d'abandon, mesuré dans de nombreuses études, il peut être grand.

Une étude a montré que 17 % des personnes âgées avaient participé au choix de leur aide technique.

L'abandon est aussi favorisé par l'absence d'apprentissage, par l'inefficacité de l'aide technique.

Il est également lié à l'évolution de l'état clinique car nous avons des patients fragiles, dont l'évolution clinique évolue.

C'est également lié à la modification de l'environnement.

Le patient peut parfois avoir un bénéfice sous la forme d'un apport en aide humaine.

L'évaluation ne doit donc pas être ponctuelle mais poursuivie dans le temps pour réévaluer constamment le bénéfice.

En conclusion, l'évaluation est tout de même complexe du fait des éléments subjectifs qui interviennent.

L'échelle Quest semble un bon outil d'évaluation, même s'il faut considérer les particularités de chaque tranche d'âge.

Il est important que les professionnels assurent le suivi, l'apprentissage, et il faut mettre en avant le rôle fondamental des ergothérapeutes.

Enfin, il est quand même nécessaire de constater qu'aucune étude française n'a jamais été faite sur l'analyse du bénéfice des aides techniques, en particulier que ce n'est pas forcément ce dont on a parlé depuis hier, les patients en établissements, dont on doit s'occuper, mais plutôt les particuliers qui ont des aides techniques peu adaptées.

Je n'ai rien contre les pharmaciens, mais je dois dire que les prescriptions d'aides techniques par les pharmaciens sont en général pas très adaptées.

Il faut mettre en route des études avec des outils de mesure dans le but de mesurer réellement ce bénéfice.

Je vous remercie.