

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

**Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain**

- Audition de M. Nicolas Biard, directeur technique de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) : ..... 2
- Présence en réunions ..... 8

Jeudi  
26 avril 2018  
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 11

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence de  
M. Alexandre Freschi,  
*Président,***



**Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain**

**Jeudi 26 avril 2018**

*La séance est ouverte à quinze heures.*

*(Présidence de M. Alexandre Freschi, président de la commission d'enquête)*

---

*La commission d'enquête procède à l'audition de M. Nicolas Biard, directeur technique de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE).*

**M. le président Alexandre Freschi.** Nous recevons M. Nicolas Biard, directeur technique de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), à qui je souhaite la bienvenue.

Je précise que cette audition est ouverte à la presse.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958, les personnes entendues déposent sous serment. Je vous demande donc de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(M. Nicolas Biard prête serment.)*

**M. Nicolas Biard, directeur technique de l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE).** Je vous remercie de consulter les ergothérapeutes dans le cadre de cette commission d'enquête. Il importe de ne pas considérer l'égal accès de tous à la santé sous le seul angle du manque de médecins. L'ergothérapie fonde sa pratique sur le lien entre les activités humaines et la santé, afin que chacun puisse mieux assurer son équilibre personnel, travailler et s'insérer dans la vie sociale et citoyenne. Les ergothérapeutes qui sont des paramédicaux, interviennent dans le champ social et médicosocial, de façon pluridisciplinaire sous prescription médicale lorsque la nature de l'activité l'exige, pour faciliter la pleine réalisation des activités de chacun. Notre action consiste à prévenir, à réduire, à supprimer les difficultés de l'individu à les réaliser, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement.

Le nombre d'ergothérapeutes en France a doublé en dix ans, pour atteindre 12 225 au 1<sup>er</sup> septembre 2017. Ces professionnels sont jeunes – 35 ans en moyenne. La densité est de 16 ergothérapeutes pour 100 000 habitants, soit moins que nos voisins puisque cette densité est de 189 au Danemark, 88 en Belgique et 71 en Allemagne. Cette densité est également largement inférieure à celle d'autres paramédicaux s'occupant de la réadaptation : ainsi, en 2013, il y avait 120 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Il y a également une forte disparité dans la répartition par département, y compris outre-mer, avec, par exemple, 6,6 en Haute-Loire et 48,8 en Lozère.

Les ergothérapeutes exercent essentiellement comme salariés, mais il existe un exercice libéral : la densité en libéraux est de 1,8 pour 100 000 habitants, mais varie de 0,3 pour 100 000 en Lot-et-Garonne à 5,6 en Côte-d'Or.

La formation se fait en trois ans. Le nombre d'instituts de formation a triplé ces dernières années, d'une part pour faire face à une pénurie annoncée suite au remplacement des premiers professionnels qui partent en retraite, mais surtout pour répondre à la demande de la population. Il y a actuellement entre un et trois instituts de formation par région, alors qu'il y a quelque temps certaines régions n'en possédaient pas. Alors que 500 professionnels arrivaient sur le marché du travail en 2014, ils seront 1 000 en 2018. Ce marché est prometteur et la profession a su s'adapter pour répondre aux besoins.

Au-delà de l'inégale répartition sur le territoire, la principale difficulté d'accès aux soins d'ergothérapie est liée au mode de financement des actes, pour lesquels la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) refuse tout conventionnement.

De ce fait, l'accès aux soins d'ergothérapie se fait presque uniquement dans le cadre des institutions. Mais ce n'est ni adapté, ni souhaitable pour chacun de passer par l'hôpital ou par un service de soins de suite et de réadaptation. Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs familles ne souhaitent pas une entrée en institution uniquement pour bénéficier de l'ergothérapie. Contrairement à d'autres professions paramédicales, l'ergothérapie ne peut donc que difficilement se développer en milieu ordinaire de vie puisque l'exercice libéral est limité par le financement.

Pourtant les demandes affluent et le besoin est réel dans la population. Pour bénéficier de ces actes, les usagers doivent présenter un dossier de prestation exceptionnelle, soumis à un certain nombre de conditions, notamment financières, auprès de l'assurance-maladie, d'attendre plusieurs mois pour avoir une réponse et donc d'avancer les frais pour, éventuellement, se voir notifier un refus de remboursement.

Pourtant différentes études de la Mutualité française, ainsi que des rapports techniques, que je pourrais vous communiquer, montrent l'intérêt de cette prise en charge hors institution, en service de soins à domicile ou en libéral, pour améliorer la réadaptation, diminuer le temps d'hospitalisation et, finalement, les coûts globaux pour la société. Ainsi, en Angleterre, le recours à l'ergothérapie permet d'économiser 50 000 à 60 000 euros par patient dans certaines pathologies chroniques.

Pour pallier le défaut de remboursement par l'assurance maladie, certaines mutuelles, caisses de retraite et compagnies d'assurance offrent des forfaits de soins en ergothérapie, pour les couvertures les plus complètes et les plus onéreuses. Cela accroît l'inégalité d'accès aux soins : ceux qui ont les moyens de payer de bonnes mutuelles et caisses complémentaires ont accès à ces soins, pas les autres. Se pose également la question de la non-reconnaissance de handicap, par exemple pour les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques, ou les personnes qui ont mal au dos et pourraient bénéficier de ces soins s'il existait des modalités de financement. Selon une étude récente de la fédération française Dyspraxie France, de nombreuses familles d'enfants dyspraxiques renoncent à entreprendre des soins pour cette raison financière. Certaines initiatives locales, encore trop rares, permettent une prise en charge, mais sont généralement destinées à une catégorie particulière d'âge ou de pathologie, ou à un territoire défini : deux personnes à quelques kilomètres de distance ne bénéficient pas des mêmes soins. C'est un souci important pour les professionnels. Il existe quelques financements pour les enfants grâce à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) versée par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Mais ces financements, très disparates d'un département à l'autre, tendent à s'épuiser, et les familles ont de moins en moins de solutions.

Très récemment, le Gouvernement a présenté la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, qui comprend un financement des actes d'ergothérapie pour les enfants autistes. C'est une avancée dont nous nous réjouissons, mais encore une fois, l'action porte sur une catégorie de population. D'autre part, M. Pierre Morel-à-l'Huissier a déposé une proposition de loi en vue du remboursement des actes d'ergothérapie pour les enfants dyspraxiques, qui est intéressante. Mais de très nombreux autres enfants pourraient aussi en bénéficier.

Pour conclure, le nombre d'ergothérapeutes est assez faible compte tenu de l'évolution démographique et des besoins de la population. L'accès à ces prestations reste inégal en l'absence d'un modèle économique clair. L'ANFE formule donc les propositions suivantes : généraliser l'accès des personnes à l'ergothérapie en milieu de vie dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, qu'il s'agisse de services d'aides et de soins à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pour des soins de prévention, de rééducation et de réadaptation ; obtenir le financement des prestations d'ergothérapie pratiquées en exercice libéral et en maison de santé pluridisciplinaire par la CNAMTS ; rendre ce mode de financement universel, accessible à tous quels que soient l'âge, la pathologie et le lieu d'habitation ; développer l'ergothérapie en pratique avancée, comme la loi le permet et comme les infirmiers y sont engagés, notamment pour la préconisation des aides techniques, les interventions précoces chez l'enfant avant diagnostic, les interventions dans le cadre de certaines maladies chroniques.

Je suis à votre disposition pour répondre aux questions.

**M. Philippe Vigier, rapporteur.** Nous vous remercions pour la note que vous nous avez remise, qui est très synthétique et correspond exactement à ce que nous souhaitons.

Permettez-moi de revenir sur la différence de densité que vous avez soulignée entre la Lozère et la Haute-Loire. C'est que, à l'initiative du département, la Lozère, dont Pierre Morel-à-l'Huissier est député, accueille des enfants dyspraxiques. Je pense que la situation est voisine en Corrèze : dès qu'il existe des établissements qui conventionnent ces actes et qu'ils sont remboursés, la profession est représentée.

Je voudrais aborder plusieurs sujets. D'abord, pour les enfants autistes, les dyspraxiques, certaines pathologies, l'ergothérapie est reconnue communément dans la « communauté médicale » comme une pratique indispensable pour améliorer la qualité des soins. Il y a sans doute là des possibilités de conventionnement plus larges que celles qui existent. Les MDPH, devenues maisons départementales de l'autonomie (MDA), le font. Il y a là une piste pour généraliser, pour harmoniser ; les départements n'y sont pas hostiles, et un plan « Autisme », que je trouve bien fait, vient d'être lancé. Il me semble que vous avez intérêt à travailler dans cette voie, celle des pathologies pour lesquelles votre apport thérapeutique est parfaitement démontré, car le contexte des finances publiques ne permet pas d'aller loin. Pour certaines pathologies, seules les mutuelles assurent un remboursement.

Justement, pour les actes qui ne donnent lieu à aucun financement, par exemple des pathologies chroniques comme les cancers de longue durée, avez-vous pu trouver un accord avec des mutuelles sur des remboursements partiels ou totaux ?

Ensuite, quel impact le manque de remboursement peut-il avoir sur l'équilibre économique d'un cabinet, pour ces praticiens qu'on continue à former ?

Il apparaît que l'Ordre des médecins ne souhaite pas la présence de professionnels paramédicaux dont l'organisation ne repose pas sur un ordre, dans les maisons de santé pluridisciplinaires et essaye d'imposer cette règle aux agences régionales de santé (ARS). Avez-vous des informations sur des difficultés qui se seraient présentées ? Il peut être intéressant d'avoir dans ces maisons de santé des professionnels comme des ergothérapeutes, des diététiciens ou des ostéopathes.

Enfin, vous avez signalé des études qui tendent à prouver que le recours à l'ergothérapie permet de faire, globalement, des économies substantielles. La commission aimerait en disposer – sous la forme la plus synthétique possible, vous le comprenez bien.

**M. Nicolas Biard.** Nous avons, bien sûr, compilé nombre de documents et nous pouvons vous fournir de brèves synthèses.

À propos de financement, il y a les secteurs dans lesquels la communauté médicale reconnaît vraiment les ergothérapeutes comme l'autisme, la dyspraxie, la santé mentale, les pathologies chroniques ou la maladie de Parkinson. Dans certains cas, des plans nationaux ont été mis en place, celui pour l'autisme, devenu stratégie nationale, le plan « Alzheimer » qui a permis de financer des services – ainsi des ergothérapeutes font partie des équipes spécialisées en Alzheimer qui interviennent au lieu de vie de la personne. Il y a donc eu de réelles avancées. Ce que nous défendons, c'est la possibilité d'exercer en libéral, mais aussi l'accès de la population à l'ergothérapie, quelles que soient les modalités.

Les mutuelles prennent très peu d'initiatives ; elles se soucient un peu des enfants dyspraxiques, mais même dans ce cas le principal financement vient des MDPH. Pour les autres pathologies, la difficulté subsiste. Certaines caisses de retraite complémentaire assurent des financements, par exemple l'AGIRC-ARRCO finance des prestations d'ergothérapie non pas comme soins de réadaptation mais à titre préventif pour l'amélioration de l'environnement domestique, afin de prévenir les chutes par exemple. De nombreuses études montrent que cela a des effets bénéfiques et fait faire des économies.

Il y a donc des financements pour les enfants et un peu pour les personnes âgées. Pour l'adulte qui a mal au dos ou une sclérose en plaques, il n'y en a pas. Nos collègues libéraux travaillent donc, pour 90 % de leur temps, avec les enfants dyspraxiques, et pour 10 % à aménager l'habitat de personnes âgées. Beaucoup hésitent donc à s'installer, car l'activité est peu viable économiquement. On pourrait multiplier par dix le nombre de cabinets s'il existait un remboursement des soins. Et ce serait très utile pour les personnes qui ont subi un accident cardio-vasculaire (AVC) ou un traumatisme crânien. En phase aiguë, à l'hôpital, ils reçoivent des soins. Une fois rentrés chez eux, ils voient un kiné, peut-être un orthophoniste, mais ce n'est que s'ils vont une fois par an par exemple à l'hôpital qu'ils bénéficient de conseils de prévention et d'une évaluation d'un ergothérapeute. La situation est très différente en Amérique du Nord où ces personnes rencontrent régulièrement des ergothérapeutes, plus fréquemment même que des kinésithérapeutes.

**M. le président Alexandre Freschi.** Vous avez donné des chiffres frappants sur la différence de densité en France et au Danemark ou en Allemagne. Comment l'expliquez-vous ?

**M. Nicolas Biard.** Les explications sont multiples et la différence liée en premier lieu à la politique et au système de santé. En Amérique du Nord, la prise en charge des frais de santé a pour objectif que les personnes puissent vivre seules et rentrer chez elles très

rapidement. L'ergothérapie – *occupational therapy* –, qui s'y est développée il y a très longtemps, vise à rendre les personnes plus autonomes pour qu'elles puissent réaliser seules leurs activités quotidiennes. Le secteur privé de la santé s'est vite rendu compte que cela procurait de réelles économies et a donc développé des prestations, en institutions, mais aussi en libéral.

Actuellement les ergothérapeutes proposent des soins de rééducation sans se limiter, par exemple, à faire qu'une personne âgée puisse marcher, ce qui est une très bonne chose, mais en se demandant aussi comment elle se servira de cette fonction pour réaliser les différentes activités qui sont importantes pour elle, aller faire ses courses ou au club du troisième âge.

**M. Philippe Vigier, rapporteur.** La prise en charge n'est pas généralisée, sauf pour certaines pathologies précises, et on ne peut croire qu'elle le sera demain. Mais vous indiquez que l'ergothérapie apporte un plus médical reconnu par toute la communauté médicale. Puisqu'il existe des travaux en ce sens, ne peut-on les utiliser pour au moins standardiser la prise en charge dans les établissements publics et parapublics, avant de penser à l'exercice libéral ?

**M. Nicolas Biard.** Nous échangeons régulièrement avec la communauté médicale, notamment avec la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOPMER). On s'appuie essentiellement sur des études réalisées à l'étranger pour montrer les effets bénéfiques de l'ergothérapie. Mais comme le modèle n'y est pas le même, on n'est pas absolument certain qu'on puisse transposer ces résultats à la France. On travaille donc à des études montrant l'efficacité de l'ergothérapie pour certaines populations en France. Mais il faut réaliser cette recherche. Un certain nombre d'ergothérapeutes s'inscrivent en doctorat, et la ministre de la santé et celle de l'enseignement supérieur et de la recherche ont annoncé la création d'une sous-section « réadaptation » du Conseil national des universités (CNU). C'est une réelle avancée.

**M. Philippe Vigier, rapporteur.** Vous avez en effet intérêt à vous appuyer sur les études faites en France. Par exemple, pour la prévention chez la femme enceinte, en Amérique du nord, on ne fait pas de sérologie virale, de recherche de toxoplasmose ou de rubéole. En France, on fait différemment, et la différence est due à la façon dont la prise en charge a été accordée historiquement. Le plan « Autisme » qui vient d'être lancé vous offre des occasions. Dans ma circonscription, une usine Andros a lancé une expérience avec de jeunes autistes qui viennent y travailler, et vous avez là une expérience réussie en grandeur nature, qui peut vous être utile.

**M. Nicolas Biard.** La profession partage tout à fait votre point de vue. Un autre exemple est la prise en charge précoce de l'AVC, qui se pratique différemment en France, avec des bénéfices différents sur la vie quotidienne. La difficulté est de faire financer ces activités de recherche. Ce peut être fait dans le cadre d'un programme hospitalier de recherches infirmières et paramédicales (PHRIP), ainsi que grâce à certaines fondations privées. Mais cela reste difficile.

**M. le président Alexandre Freschi.** Quelles sont vos relations avec les autres professions médicales et vous refuse-t-on de participer à certains circuits ou d'entrer dans les maisons de santé pluridisciplinaires ?

**M. Nicolas Biard.** Des informations qui nous parviennent, les ergothérapeutes peuvent participer aux maisons de santé. Nous avons d'excellentes relations avec les autres professions paramédicales. Nous siégeons ensemble au conseil des professions paramédicales de l'Union interprofessionnelle de rééducateurs et médicotechniques (UIPARM). Nous travaillons d'autant plus étroitement avec ces autres organisations que, par essence, notre pratique est interdisciplinaire. Le blocage est au niveau de l'assurance maladie qui, d'après ses réponses, ne s'inscrit pas dans une démarche d'ouverture de la nomenclature des actes pour financer des actes d'ergothérapie. De ce fait, au lieu de pratiquer un acte d'ergothérapie en ville, qui coûterait une cinquantaine d'euros, nous allons le pratiquer à l'hôpital, pour un coût beaucoup plus important. Les inégalités sont grandes sur le territoire entre privé et public. Cela dit, la stratégie nationale de santé ouvre depuis quelques années des possibilités de financement d'initiatives locales, mais cela reste très disparate.

**M. Philippe Vigier, rapporteur.** Comment sont organisées les études pour devenir ergothérapeutes et avez-vous réfléchi à un tronc commun avec d'autres professions paramédicales ?

**M. Nicolas Biard.** Les études sont de trois ans après le bac avec un recrutement soit par concours soit par voie universitaire. Notre diplôme a été réorganisé en 2010 et il est désormais du niveau de la licence. Nous suivons de très près les travaux de la mission confiée à M. Stéphane Le Bouler par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur pour l'universitarisation des études paramédicales. Dans ce cadre, il y a une réflexion sur la mutualisation d'un certain nombre d'unités d'enseignement seulement pour les filières de la réadaptation pour l'instant, mais ce serait possible ultérieurement pour toutes les professions paramédicales. Il existe un certain nombre de freins : les maquettes de formation ne sont pas toutes adaptées et il faut les revoir. Les associations professionnelles d'ergothérapeutes sont tout à fait prêtes à participer et à faire des adaptations, y compris des contenus, en fonction de nouveaux besoins. Ainsi la télémédecine inclut la télééducation à distance autour des troubles cognitifs, et il y a déjà quelques expérimentations. La réalité virtuelle est aussi un outil intéressant pour s'occuper de personnes âgées ou de traumatismes crâniens de même que la réalité augmentée avec les lunettes qui donnent des informations complémentaires pour guider dans leur environnement des personnes souffrant de désorientation spatiale. Les professionnels ont besoin d'accroître leurs compétences pour utiliser ces nouveautés techniques. Cela passe par l'aménagement du parcours de formation et la profession est ouverte à tous les échanges à ce sujet.

**M. le président Alexandre Freschi.** Nous vous remercions de cet échange et du document que vous nous avez communiqué. Nous attendons ceux auxquels vous vous êtes référé.

*L'audition se termine à quinze heures trente.*

**Membres présents ou excusés**

**Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain**

**Réunion du jeudi 26 avril 2018 à 15 h 00**

*Présents.* – M. Alexandre Freschi, M. Philippe Vigier.

*Excusés.* – Mme Gisèle Biémouret, Mme Jacqueline Dubois, M. Jean-Paul Dufrègne, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, M. Jean-Michel Jacques, M. Bernard Perrut, Mme Stéphanie Rist, M. Jean-Louis Touraine