

Etude d'impacts du dispositif Autonomia 64

RAPPORT FINAL

Date : 07/11/2025

Autonomia 64
3 ZA La glacière
64270 Puyôo
Email : jlarrouy@autonomia64.org

CONTACT APESA : Eléna Liquet
E-mail : elena.liquet@apesa.fr



www.apesa.fr

SOMMAIRE

1. Contexte et objectifs.....	8
2. Méthodologie.....	10
2.1 Cadre méthodologique : la théorie du changement	10
2.2 Entretiens exploratoires pour modéliser les parcours et identifier les impacts	11
2.2.1 Description des parcours.....	12
2.2.2 Identification des impacts.....	17
2.3 Analyse de matérialité et sélection des impacts à évaluer.....	19
2.4 L'Analyse Coûts-Avantages pour évaluer les impacts sélectionnés matériels.....	23
3 Résultats sur les entretiens qualitatifs auprès des usagers et leurs proches aidants	26
3.1 Description de l'échantillon	26
3.2 Résultats de l'analyse de la réalisation des impacts	28
3.3 Résultats de l'analyse lexicale	39
4 Résultats de l'Analyse Coût-Efficacité.....	46
4.1 Analyse des coûts du service et d'acquisition des AT	46
4.1.1 Des coûts d'évaluation optimisés par le prêt de matériel proposé par Autonomia 64	46
4.1.2 Des charges indirectes moindres pour Autonomia 64 de par sa spécialisation et son modèle organisationnel plus léger	52
4.1.3 Le modèle d'Autonomia 64 génère un surplus économique du fait de la mutualisation des achats, ainsi que du prêt et de la circularité des AT	54
4.2 Gestion du parc d'AT : un modèle de financement par immobilisation générateur d'une valeur redistribuée par Autonomia 64	57
5 Résultats de l'analyse du cycle de vie.....	63
5.1 L'impact environnemental du fauteuil releveur est limité par l'augmentation de sa durée d'utilisation liée au prêt	64
5.2 L'impact environnemental du réhausse WC requiert un nombre significatif de rotations pour être amorti	65
5.3 Une augmentation du gain environnemental par l'utilisation d'AT issues du don et du réemploi	67
5.4 Limites de l'analyse	67
5.5 Conclusions de l'ACV	68
6 Conclusions de l'étude et recommandations à l'attention d'Autonomia 64	69
7 Recommandations en termes de développement et dissémination à destination des financeurs et décideurs publics	76
Références	79
Annexes.....	81
Annexe 1 : Méthodologie descriptive des entretiens exploratoires et détail des structures rencontrées	81
Annexe 2 : Modélisation des trois parcours intégrés dans l'évaluation.....	83
Annexe 3 : Méthode GAS appliquée par Autonomia 64 et résultats préliminaires.....	84
Annexe 4 : Méthodologie descriptive des entretiens semi-directifs auprès des usagers et de leurs proches aidants.....	89
Annexe 5 : Méthodologie descriptive de l'Analyse Coût-Efficacité	91
Annexe 6 : Méthodologie descriptive de l'Analyse du cycle de vie	94

Annexe 7 : Questionnaire des entretiens avec les usagers et leurs proches aidants.....	96
Annexe 8 : Résultats détaillés des entretiens qualitatifs avec les usagers et leurs proches aidants	105
Annexe 9 : Caractéristiques intégrées dans l'analyse des profils de répondants de l'analyse lexicale	108

Liste des figures

Figure 1 : Représentation de la théorie du changement et des composantes évaluées.....	10
Figure 2 : Modélisation du parcours conventionnel.....	13
Figure 3 : Modélisation du parcours Autonomia 64.....	15
Figure 4 : Modélisation du parcours EqLAAT	16
Figure 5 : Graphique en barres de l'analyse de matérialité des impacts déclarés dans les entretiens exploratoires et présents dans la littérature scientifique	20
Figure 6 : Schéma récapitulatif de la méthodologie globale (avec les parties prenantes concernées entre parenthèses).....	25
Figure 7 : Graphique en barres de l'importance des impacts du dispositif d'Autonomia 64 selon le pourcentage de répondants les ayant choisis.....	38
Figure 8 : Nuage des termes les plus utilisés par les répondants. La taille et la couleur reflètent la fréquence d'usage du terme.	40
Figure 9 : Classification en groupes (clusters) de répondants selon la proximité des tendances de discours.....	43
Figure 10 : Représentation des clusters lexicaux selon les axes factoriels (en haut) et projection des répondants colorés selon leur appartenance au cluster lexical (en bas).	44
Figure 11 : Exemple simplifié de la méthodologie de modélisation des courbes de coûts d'acquisition d'AT.....	55
Figure 12: Surplus économique généré par le mode et coût d'acquisition des AT.....	56
Figure 13 : Histogramme représentant la répartition des coûts d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 selon les charges incluses dans son compte d'exploitation.	58
Figure 14 : Histogramme représentant la répartition des coûts par dossier d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 selon les charges incluses dans son compte d'exploitation.	58
Figure 15 : Histogramme représentant la répartition des coûts d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 en intégrant les coûts d'acquisition des AT selon un modèle d'achat-vente.....	60
Figure 16 : Histogramme de la répartition des coûts par dossier d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 en intégrant les coûts d'acquisition des AT selon un modèle d'achat-vente.....	60
Figure 17 : Représentation de l'impact environnemental selon les ressources utilisées pour produire et livrer le produit, ainsi que liés à sa fin de vie.	64
Figure 18 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour la solution conventionnelle (32 fauteuils) et la solution d'Autonomia 64 (17 fauteuils)..	65

Figure 19 : Représentation de l'impact environnemental selon les ressources utilisées pour produire et livrer le produit, ainsi que liés à sa fin de vie.	66
Figure 20 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour la solution conventionnelle (211 réhausses WC) et la solution d'Autonomia 64 (132 réhausses WC)	66

Liste des tableaux

Tableau 1 : Population du département des Pyrénées-Atlantiques dont celle ayant recours à l'APA (2020), ainsi que celle servie par Autonomia 64 (depuis 2022), ainsi que la proportion de ces populations selon le GIR et la classe d'âge.....	17
Tableau 2 : Proportion des personnes accompagnées par les 24 équipes EqlAAT au national selon la classe d'âge.	18
Tableau 3 : Récapitulatif des deux solutions comparées (solution conventionnelle et Autonomia 64) et de l'expérimentation EqlAAT selon le type d'AT, la population cible et les structures administratives.	18
Tableau 4 : Liste des impacts évalués, hypothèses d'évaluation formulées depuis les résultats des entretiens exploratoires et la littérature et questions évaluatives associées...	22
Tableau 5 : Liste des impacts évalués avec la méthode d'évaluation associée.....	24
Tableau 6 : Description du nombre de répondants, proches aidants et/ou usagers	27
Tableau 7 : Légende des tableaux de résultats de la qualification des impacts évalués.	28
Tableau 8 : Liste des impacts évalués, hypothèses d'évaluation et résultats associés.....	29
Tableau 9 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'accès aux AT, le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).	30
Tableau 10 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la psychologie et l'acceptation de l'utilisateur.	31
Tableau 11 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la sécurité au domicile.	32
Tableau 12 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'adaptation des AT aux besoins de l'utilisateur.....	33
Tableau 13 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'utilisation de l'AT	34
Tableau 14 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'aide apportée aux usagers par leurs proches et aides professionnelles.	35
Tableau 15 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la qualité de l'AT.....	36
Tableau 16 : Profil des répondants par catégorie d'impact évalué.	42
Tableau 17 : Tâches d'EqlAAT et d'Autonomia 64 détaillées par étapes du parcours.....	47
Tableau 18 : Temps réel passés (en heure) pour chaque étape du parcours d'Autonomia 64 (2023 et 2024) et pour le forfait simplifié EqlAAT (durant la phase d'expérimentation (2022-2023)).	49

Tableau 19 : Coûts pour chaque étape du parcours d'Autonomia 64 (2023 et 2024) et d'EqLAAT (durant la phase d'expérimentation: 2022-2023).....	51
Tableau 20 : Charges moyennes indirectes par dossier du parcours Autonomia 64 en 2023 et 2024.	53
Tableau 21 : Charges moyennes indirectes par dossier pour les deux forfaits du parcours EqLAAT.....	54
Tableau 22 : Description des deux produits soumis à l'ACV selon leur poids et les matériaux qui les constituent ainsi que leur nombre et activité au sein du parc d'AT.	63
Tableau 23 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour une unité, la solution d'Autonomia 64 (132 réhausses WC dont la moitié issus du réemploi) et la solution conventionnelle (211 réhausses WC).	67

Liste des acronymes

ACA : Analyse Coûts-Avantages

ACE : Analyse Coût-Efficacité

ACV : Analyse de Cycle de Vie

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Aide Technique

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

EqLAAT : Équipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques

FDA : Fond Départemental Autonomie

GAS : Goal Attainment Scaling

GIHP : Groupements pour l'Insertion des Handicapés Physiques

GIR : Groupe Iso-Ressources

ICA (Santé 64) : Informer, Coordonner, Animer

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursés

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

Gouvernance et pilotage de l'étude

Cette étude a été pilotée par l'APESA dans le cadre de son appui à l'évaluation des dispositifs d'innovation sociale. Elle s'inscrit dans la continuité des travaux menés par l'APESA sur l'évaluation d'impact et l'analyse coût-avantages appliquées aux projets à visée sociétale.

Équipe projet :

L'étude a été conduite par une équipe pluridisciplinaire de l'APESA, qui s'est appuyée étroitement sur l'expertise et la connaissance opérationnelle de l'équipe d'**Autonomia 64** pour la compréhension du modèle, et l'accès aux données.

Equipe APESA :

- **Eléna Liquet**, *Chargée de projet en économie de la soutenabilité / Responsable d'étude, pilotage de l'analyse coût-efficacité ;*
- **Sandrine Bréteau-Amores**, *Chargée de projets de recherche / Coordination méthodologique, pilotage de l'analyse qualitative des impacts sanitaires et sociaux ;*
- **Louis Dupuy**, *Chargé de projets de recherche Économiste / Expertise scientifique du modèle d'analyse ;*
- **Claire Jurgens**, *Chargée de mission en économie de la soutenabilité / Collecte et traitement des données de l'analyse lexicale et de l'analyse coût efficacité ;*
- **Arthur Laporte**, *Chef de projet mesure d'impacts environnementaux / Réalisation de l'analyse de cycle de vie ;*
- **Ghita Yahia**, *Stagiaire / appui à la revue bibliographique et à la collecte de données.*

Equipe Autonomia 64 :

- **Julie Larrouy**, *Directrice ;*
- **Ylona Pedegai Pelletant**, *Ergothérapeute.*

Instances de suivi :

L'étude s'est appuyée sur un comité technique (COTECH) chargé de suivre les avancées méthodologiques et d'assurer la cohérence entre les besoins du terrain et le cadre d'analyse, ainsi qu'un comité de pilotage (COPIL) garant de la stratégie globale du projet.

Le **COTECH** a réuni à plusieurs reprises les experts :

- **Jérôme Wittwer**, professeur d'économie à l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université de Bordeaux ;
- **Agnès Gramain**, professeur des universités à l'Université de Lorraine économiste du vieillissement, spécialiste des soins de long-terme, de leur organisation et de leur financement ;
- **Samuel Poupin**, professeur associé à l'Université Versailles Saint Quentin et chercheur et directeur de l'unité de recherche ERPHAN (Université Versailles Saint Quentin, Paris Saclay titulaire, titulaire d'un doctorat en Sciences du Mouvement Humain et de l'habilitation à diriger les recherches ;
- **Laurence Hartmann**, économiste de la santé et maîtresse de conférences au Conservatoire national des arts et métiers de Paris (Laboratoire interdisciplinaire de recherches en sciences de l'action EA4603).

Le **COPIL** a rassemblé, autour d'une réunion de lancement et de la présentation des résultats intermédiaires et finaux, les partenaires financiers et institutionnels du projet :

- **La CNSA,**
- **Le Département des Pyrénées-Atlantiques,**
- **L'ARS Nouvelle-Aquitaine,**
- **La Région Nouvelle-Aquitaine,**
- **L'ADI Nouvelle-Aquitaine,**
- **La CPAM Pau-Pyrénées,**
- **Le GIHP 33 ,**
- **Le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine,**
- **La CARSAT,**
- **AGIRC ARRCO,**
- **L'ANFE,**
- **France Active**

Ces instances ont contribué à enrichir les réflexions sur les usages, la reproductibilité et les conditions de pérennisation du modèle étudié.

1. Contexte et objectifs

Les aides techniques (AT) constituent un élément essentiel pour soutenir l'autonomie et la sécurité des personnes en perte d'autonomie. Pourtant, le modèle dominant de leur mise à disposition en France génère des inégalités d'accès au matériel et des freins à un déploiement massif, révélées notamment par le rapport De Normandie et Chevalier (2020). Ces limites incluent des disparités sociales et territoriales, un manque d'accompagnement entraînant une sous-utilisation fréquente des AT, un accès long et complexe aux équipements, ainsi que des restes à charge souvent importants et imprévisibles.

Le modèle de mise à disposition par le secteur privé permet une qualité de service et une adéquation au besoin variables : il est aujourd'hui basé sur une logique d'achat-vente d'AT neuves plutôt que sur une économie d'usage. Avec une croissance des besoins en AT, les dépenses publiques pour l'achat et la location d'AT restent significatives sans permettre d'optimiser l'accès des bénéficiaires. La contrainte financière demeure un obstacle majeur, d'autant plus accentuée par l'évolution rapide des besoins des usagers et donc la nécessité de renouveler fréquemment le matériel pour suivre cette évolution, ainsi que par une fréquence d'évaluation souvent inadaptée, ne permettant pas toujours d'ajuster les AT en temps utile.

Enfin, les délais d'accès induits par des procédures lourdes, et l'absence d'accompagnement adéquat, notamment par des ergothérapeutes, conduisent à une sous-utilisation voire à l'abandon rapide des AT. Un tiers des AT sont ainsi abandonnées dans l'année suivant l'achat (De Normandie et Chevalier 2020). Ces constats interrogent sur l'efficacité de la mobilisation des ressources disponibles, dont la faiblesse peut également compromettre l'efficacité du service rendu sur le plan sanitaire et la pleine atteinte des objectifs visés.

C'est dans ce contexte que des expérimentations ont été lancées, comme celle de l'association Autonomia 64. Depuis 2021, Autonomia 64 propose une solution de mise à disposition d'AT de réemploi dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64). Le dispositif met en œuvre un nouveau mode d'organisation et de financement des AT pour les plus de 60 ans permettant de supprimer les restes à charge, réduire les délais d'accès aux AT et assurer leur bonne prescription et installation par un accompagnement ergothérapeutique, tout en favorisant une gestion responsable par la mise en place d'un modèle d'économie de la fonctionnalité.

Dans le cadre de la preuve de concept de ce projet, une première étude a été conduite par l'APESA pour déterminer le coût complet de la solution expérimentale d'Autonomia 64 et le comparer aux dispositifs conventionnels de mise à disposition d'AT. Sur la base des premiers mois de l'expérimentation (de juin à décembre 2022), l'étude a permis de conclure au caractère compétitif du dispositif ainsi qu'à une meilleure réponse à la demande en AT, actuellement rationnée par le coût pour la collectivité de ces AT non remboursées par la sécurité sociale. Après une année complète d'expérimentation et une montée en puissance significative du nombre de bénéficiaires équipés dans le département des Pyrénées-Atlantiques, Autonomia 64 a souhaité lancer une étude d'impacts de son dispositif pour répondre au volet évaluation de l'appel à projet « Actions innovantes » de la CNSA.

De façon concomitante à la montée en puissance d'Autonomia 64 dans le département des Pyrénées-Atlantiques, les années 2022 et 2023 ont vu le déploiement de l'expérimentation EqLAAT (ÉQuipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques), initiée par la CNSA dans 22 départements au national, dont la Gironde et la Haute-Vienne en Nouvelle-Aquitaine. Ce déploiement a fait émerger de nouvelles attentes vis-à-vis de la démarche évaluative, notamment l'intégration de cette expérimentation dans le champ de l'évaluation, sans pour autant en modifier les objectifs initiaux. Ces derniers demeurent :

- Comparer la fourniture d'AT selon un modèle conventionnel et selon un modèle fondé sur l'économie de la fonctionnalité, en termes d'efficacité associée à la mise en place des AT ;
- Disposer d'éléments de modélisation du processus organisationnel et du modèle économique du dispositif, dans une perspective d'essaimage vers d'autres territoires (notamment le département de la Gironde).

Ce contexte amène donc à poser la question centrale de cette étude : ***Dans quelle mesure la mobilisation de l'économie de la fonctionnalité par le dispositif d'Autonomia 64 est plus efficace que le système actuel de mise à disposition d'aides techniques ?***

L'APESA a mis en place une démarche évaluative afin de déterminer dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 basé sur un modèle d'économie de la fonctionnalité présente une plus-value (en termes de santé, économie et environnement) comme service de mise à disposition d'AT par rapport au système conventionnel. Cette comparaison est réalisée sur l'aspect de la santé, mais aussi d'un point de vue socio-économique et environnemental, et considère les usagers ainsi que d'autres parties prenantes (proches aidants, personnels médicaux, aides humaines et financeurs). Les résultats de l'évaluation permettront de formuler des recommandations et notamment d'identifier les conditions nécessaires au déploiement de la solution alternative dans d'autres territoires.

2. Méthodologie

2.1 Cadre méthodologique : la théorie du changement

Cette démarche évaluative s'inscrit dans un cadre théorique, celui de la théorie du changement. La théorie du changement est un modèle conceptuel qui décrit les relations entre les conditions nécessaires au changement, les résultats qui en découlent et leurs impacts sur les parties prenantes (Figure 1). Les résultats incluent l'adoption d'une innovation ou la réalisation d'objectifs spécifiques (Taplin & Clark 2012). Elle représente graphiquement le processus logique par lequel les initiatives visent à atteindre leurs objectifs, en faisant notamment la distinction entre les résultats escomptés et les résultats réels.

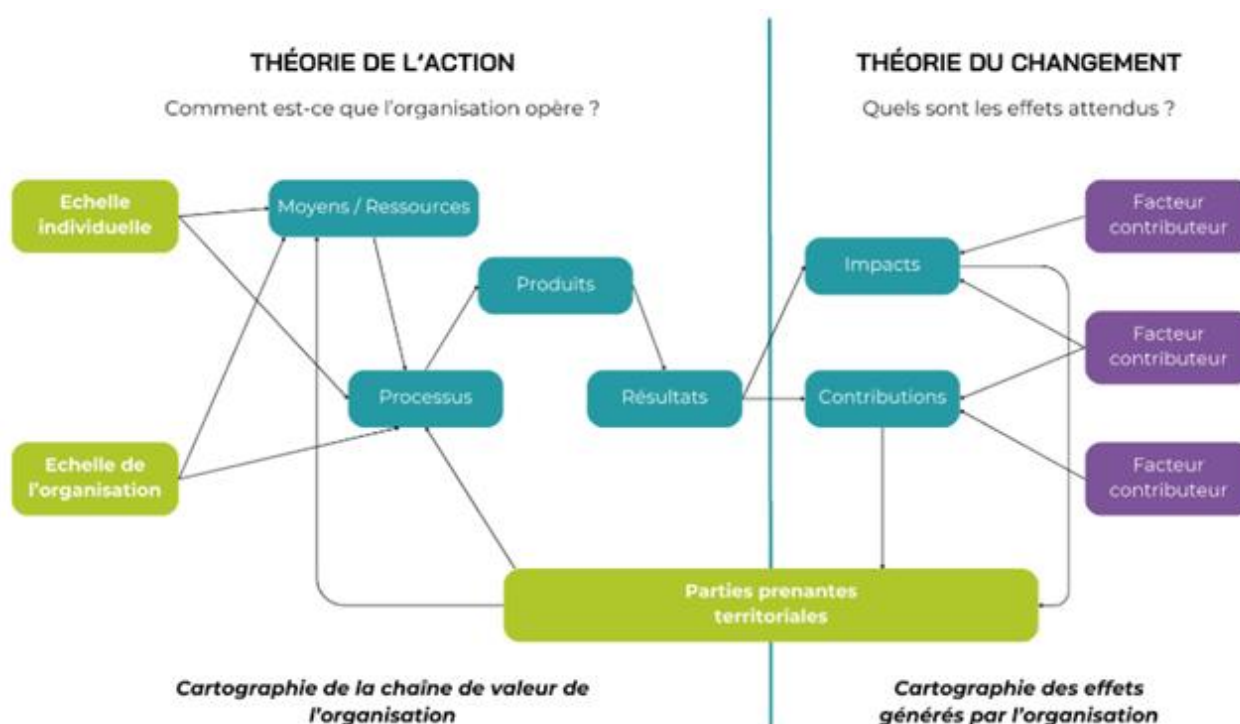


Figure 1: Représentation de la théorie du changement et des composantes évaluées.

La présente étude se déroule ainsi selon l'approche méthodologique suivante :

1. Les résultats escomptés de la solution proposée par Autonomia 64 sont identifiés dans un premier temps au travers **d'entretiens exploratoires qualitatifs** avec des parties prenantes ayant un lien avec le dispositif ;
2. Une **analyse de matérialité** est ensuite conduite de façon à sélectionner les impacts qui seront évalués, les questions évaluatives qui leurs sont associées ainsi que d'identifier la méthode adaptée pour y répondre. La **méthode d'Analyse Coûts-Avantages (ACA)** ainsi retenue se compose de trois méthodes évaluatives mixtes (qualitatives et quantitatives) qui constituent les étapes suivantes ;
3. Des entretiens semi-directifs sont réalisés auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants pour évaluer les impacts sanitaires et sociaux associés au dispositif ;
4. Une **Analyse Coût-Efficacité (ACE)** est conduite pour tester ses effets économiques ;
5. Enfin, une **Analyse du Cycle de Vie (ACV)** permet d'objectiver les impacts environnementaux du modèle en économie de la fonctionnalité d'Autonomia 64.

2.2 Entretiens exploratoires pour modéliser les parcours et identifier les impacts

De façon à pouvoir identifier les impacts de la solution proposée par Autonomia 64, une méthode qualitative basée sur des entretiens semi-directifs exploratoires est mobilisée. Les entretiens semi-directifs permettent d'obtenir une information semi-structurée du répondant et de visualiser la façon dont il perçoit l'information, le contexte et les parties prenantes du processus étudié.

Dans un premier temps, une série d'entretiens a été menée auprès de plusieurs parties prenantes (hors usagers et proches aidants) ayant un lien avec le dispositif à différentes étapes du parcours de mise à disposition des AT. Au moment où les contours de la présente étude ont été définis, le dispositif EqLAAT débutait une phase d'expérimentation et n'a donc pas été inclus dans cette première phase d'entretiens exploratoires.

Le déploiement généralisé du dispositif a été confirmé par son inscription dans la loi du 8 avril 2024 et implique désormais que les évaluations ergothérapeutiques soient systématisées, avec ou sans dispositifs complémentaires comme Autonomia 64 pour assurer la mise à disposition d'AT. Il est ainsi devenu indispensable de considérer le dispositif EqLAAT dans le scénario de la solution conventionnelle. Dans un deuxième temps, trois entretiens complémentaires ont ainsi été menés auprès d'équipes EqLAAT pour venir

compléter le scénario de la solution conventionnelle. Le guide d'entretien, les structures rencontrées et les raisons pour lesquelles elles ont été rencontrées sont détaillées en Annexe 1.

2.2.1 Description des parcours

Les entretiens exploratoires ont permis d'aboutir à la description de trois parcours suivants :

- Le parcours de référence de mise à disposition d'une AT dans le département des Pyrénées Atlantiques : la **solution conventionnelle** ;
- Le parcours de la solution proposée par Autonomia 64 basée sur l'économie de la fonctionnalité, défini comme **solution alternative** ;
- Le parcours mis en œuvre dans l'expérimentation EqLAAT : la **solution EqLAAT**.

Ces trois parcours sont représentés en Figures 2-4. La figure d'ensemble de présentation de ces trois parcours est présentée en Annexe 2.

Solution conventionnelle

Premièrement, le parcours conventionnel se compose de différentes étapes que l'on rattache aux sept étapes décrites par AATE et EASTIN pour les services d'AT¹. A ces sept étapes s'ajoute et auxquelles nous avons ajouté une étape liée à la fin d'usage de l'AT :

(1) **La détection du besoin et la demande d'aide** passe souvent par le parcours de demande de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), destinée aux personnes en perte d'autonomie âgées de plus de 60 ans.

(2) **L'évaluation du besoin** est généralement conduite par les infirmières APA au cours de leur intervention à domicile suite à la constitution d'un dossier de demande d'APA auprès de Département. Elles évaluent le besoin en AT au moment d'établir le GIR de la personne.

(3) **La sélection de la solution d'assistance** est proposée dans le plan d'aides rédigé par l'intervenant APA. Ce dernier doit prévoir les aides humaines et les AT dans l'enveloppe financière allouée, les AT étant considérées comme moins prioritaires et donc uniquement inscrites à hauteur du budget restant, si budget restant il y a.

(4) **La sélection de l'équipement en AT** se fait ensuite à partir d'une liste d'AT financées par le Département dans le cadre du financement de l'APA. Pour des besoins spécifiques ou dépassant largement l'enveloppe de l'APA, une saisine auprès du Fonds Département Autonomie dédiée au financement des AT pour les personnes âgées peut être faite

¹ Service delivery systems for assistive technology in Europe, Position Paper, AATE et EASTIN, octobre 2012 : https://aaate.net/wp-content/uploads/sites/12/2016/02/ATServiceDelivery_PositionPaper.pdf

directement par les intervenants APA. Dans ce cas, une évaluation par l'ergothérapeute de la MDPH doit être conduite, avec des délais d'attente de plusieurs mois.

(5) **L'autorisation de financement** intervient une fois l'AT acquise par les bénéficiaires qui doivent s'orienter directement vers les distributeurs et réaliser l'avance des frais avant d'obtenir un financement (total ou partiel) sous facture. Un reste à charge est à prévoir dans la grande majorité des cas.

(6) **La mise en place et prise en main de l'AT** peuvent être accompagnées par le distributeur mais de façon non systématique. Elle est généralement faite par l'utilisateur lui-même.

(7) **La gestion et suivi de l'utilisateur** sont réalisés à l'occasion de la réévaluation du plan d'aides, lorsqu'il est signalé que le besoin du bénéficiaire a évolué ou à terme d'une période de 5 ans.

A ces sept étapes s'ajoute celle liée à fin d'usage de l'AT. Bien souvent, l'AT est abandonnée par l'utilisateur (car inadéquate ou par absence de formation à l'utilisation correcte) et reste stockée chez l'utilisateur, ou à défaut jeter.

Ce parcours présente également des délais administratifs importants et un accès limité aux AT à la fois financièrement (enveloppe de l'ayant-droit basée sur le niveau de perte d'autonomie (GIR) et le revenu) et matériellement (catalogue d'AT de la LPPR). Bien souvent les aides humaines sont privilégiées du fait de cette enveloppe financière limitée.

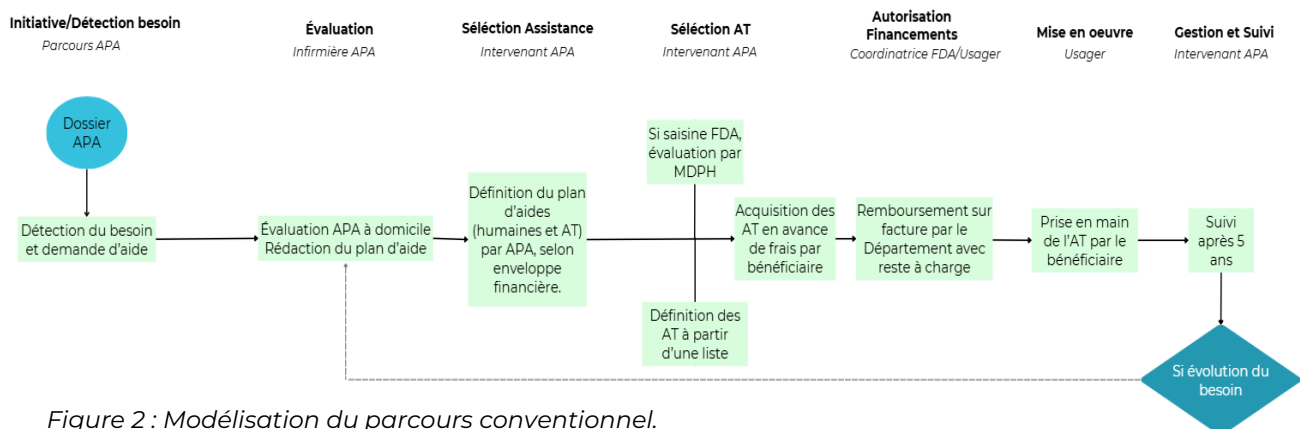


Figure 2 : Modélisation du parcours conventionnel.

Parcours Autonomia 64

La solution alternative proposée par Autonomia 64 se compose d'étapes identiques à l'exception de l'étape 5, le financement des AT - étant source de délais et de complexifications et aboutissant au non recours d'AT par les usagers. Celle-ci est donc remplacée par un zéro reste à charge.

Le parcours d'Autonomia 64 débute par (1) **une demande** venant soit d'un professionnel du médico-social via un formulaire standardisé, soit d'un proche aidant par appel téléphonique. La solution d'Autonomia 64 limite son accès aux personnes de plus de 60 ans et qui résident dans le département des Pyrénées-Atlantiques. Une fois la demande enregistrée dans le CRM, Autonomia 64 contacte le bénéficiaire ou le proche aidant par téléphone afin de lui expliquer le dispositif et planifier un rendez-vous à domicile pour réaliser l'évaluation. Dans les cas isolés où une évaluation a déjà été faite par une ergothérapeute externe, Autonomia 64 se charge uniquement de la livraison et de la mise en place de l'AT.

(2) **L'évaluation** se fait ensuite à domicile par une ergothérapeute de l'association. Celle-ci utilise sa propre trame d'évaluation qui lui permet d'avoir une vue d'ensemble sur la situation de la personne (mobilité, prévention des chutes, habillage, préparation et prise de repas, toilette, accessibilité, transferts...). À cette trame se sont ajoutés (tardivement, dans un effort de comparaison qualitatif avec EqLAAT, cf. section 3.1) des objectifs suivant la cotation GAS. Suite à cette visite, (3) **les AT adaptées sont préconisées et** (4) **sélectionnées au sein du parc d'AT**. Les ergothérapeutes vérifient les stocks, réservent les AT et demandent aux techniciens de les préparer.

La deuxième visite est consacrée à la (6) **livraison, la mise en situation et l'installation du matériel** par l'ergothérapeute. L'aidant (proche ou professionnel) peut également être formé à son utilisation. À la suite de ce rendez-vous, l'ergothérapeute dresse un compte-rendu au médecin traitant ainsi qu'aux personnes à l'origine de la demande (infirmiers/ières APA, ergothérapeutes de l'hôpital, coordinateurs/trices SSIAD, SAD et DAC, aidants familiaux). Dans le cas où l'essai à domicile n'est pas concluant, l'ergothérapeute reprend l'AT et cherche une alternative.

À la suite de la livraison, (7) un **suivi téléphonique** est théoriquement programmé par les ergothérapeutes : d'abord à 3 mois puis tous les 6 mois. Mais faute de moyen suffisant (temps humain, financier) pour répondre à la demande croissante, ces suivis sont faits de manière irrégulière. Si nécessaire, les bénéficiaires et les aidants peuvent contacter les ergothérapeutes avant ces dates de suivi. En fonction de la pathologie, une réévaluation peut être nécessaire, les ergothérapeutes retournent alors au domicile et recommencent le processus. Dans le cas où une caducité de l'AT est détectée, elle est récupérée par l'ergothérapeute et réintégrée dans le parc après remise en état et hygiénisation par le technicien. Le dossier est clôturé lorsque le bénéficiaire n'a plus aucun matériel à domicile.

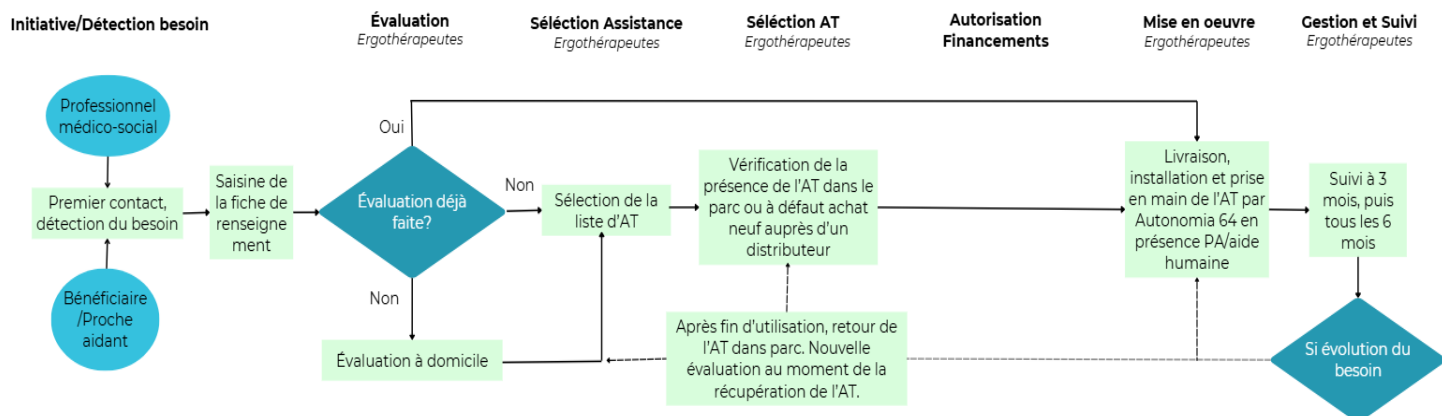


Figure 3 : Modélisation du parcours Autonomia 64.

Parcours EqlAAT

En complément de la revue des documents existants de l'expérimentation (rapport d'évaluation de fin d'étude publié par le REES en particulier)², les entretiens ont permis de dégager une représentation claire du parcours proposé par ce dispositif, malgré des variations d'organisation d'un territoire à l'autre.

Le parcours débute par (1) une **détection du besoin** et une orientation, qui peuvent être effectués par une large variété d'acteurs : professionnels du médico-social (équipes APA, PCH, DAC, CCAS, MDPH), équipes hospitalières, services de soins à domicile ou encore par auto-saisine des usagers. L'une des spécificités d'EqlAAT est son universalité d'accès : le dispositif s'adresse à tous les publics, qu'il s'agisse de personnes âgées, de personnes en situation de handicap, d'enfants ou encore de jeunes adultes.

(2) **L'évaluation ergothérapeutique** constitue le cœur du dispositif. Elle est conduite au domicile de la personne et se déroule sur plusieurs visites, dans le cadre d'un forfait de 10 heures pour les situations simples et de 15 heures pour les cas complexes. Cette évaluation se distingue par son caractère global : elle ne se limite pas à la perte d'autonomie liée au vieillissement, mais couvre l'ensemble des dimensions de la vie quotidienne (mobilité, transfert, communication, activités domestiques et sociales, loisirs, confort, posture). L'implication des proches et des aidants est fréquente, afin de bien cerner les usages réels et les contraintes de l'environnement.

Sur la base de cette évaluation, (3) (4) l'ergothérapeute détermine le besoin en AT et l'équipement nécessaire puis procède à des essais d'AT. Ceux-ci sont rendus possibles grâce à différents dispositifs selon les territoires : recours aux technicothèques, CICAT, recyclothèques ou encore à des partenariats avec des revendeurs spécialisés. L'essai se fait

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_EqlAAT_vf.pdf

généralement à domicile, dans des conditions proches de l'usage réel. EqLAAT privilégie une logique de « prêt-test » de courte durée, permettant de vérifier l'adéquation du matériel avant toute acquisition définitive en propre par le bénéficiaire. Ce dernier est orienté vers les distributeurs par les accompagnateurs EqLAAT.

(5) Une dimension centrale du parcours est **l'accompagnement au financement**. L'ergothérapeute, souvent en lien avec un travailleur social, vérifie l'ouverture des droits aux aides existantes (APA, PCH, dispositifs complémentaires) et accompagne les démarches administratives.

(6) Une fois l'AT acquise en direct par le bénéficiaire, le dispositif prévoit **un accompagnement à sa prise en main**. Même si EqLAAT ne fournit pas directement le matériel, les équipes sont bien souvent mobilisées au moment de la livraison pour s'assurer de la bonne prise en main par le bénéficiaire.

(7) Enfin, les équipes EqLAAT assurent un **suivi dans le temps auprès des bénéficiaires**. Des contacts téléphoniques réguliers sont parfois complétés par une visite de contrôle, afin de vérifier l'appropriation, l'usage et la satisfaction de l'utilisateur.

EqLAAT apparaît comme un dispositif d'accompagnement global, qui prend en compte la diversité des publics et des situations. Sa valeur ajoutée réside dans la qualité et la complétude de l'évaluation ergothérapeutique, plus que dans la rapidité de la mise à disposition effective d'une AT. En effet, si le dispositif EqLAAT prévoit l'accompagnement des bénéficiaires à l'identification et au financement pour l'acquisition de leur AT, il ne règle pas la question du reste à charge et des délais d'acquisition (réduits, mais dans des proportions bien moindres que celles observées avec Autonomia 64).

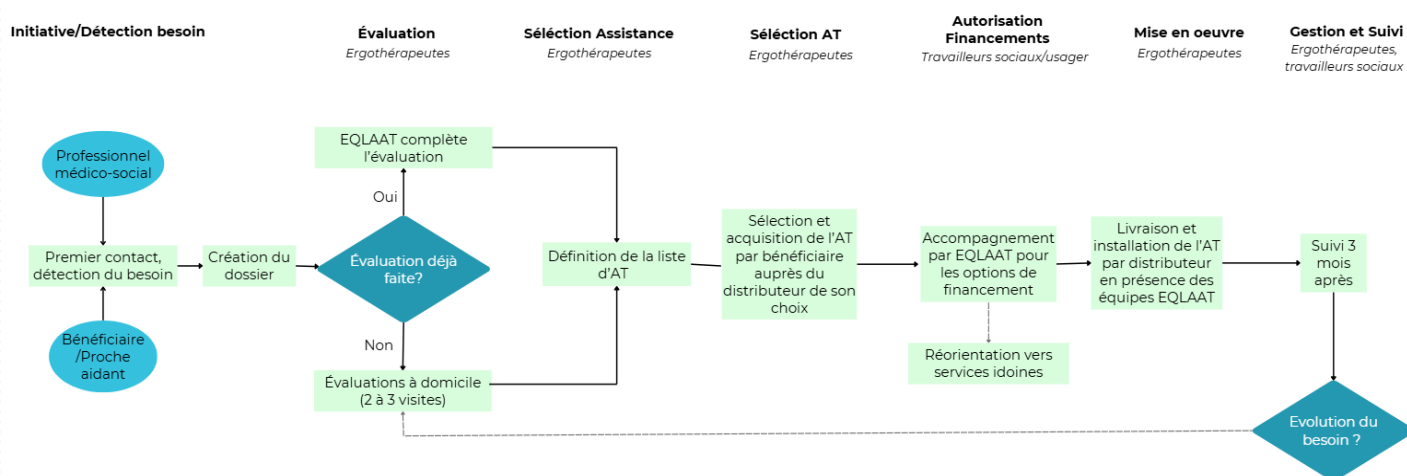


Figure 4 : Modélisation du parcours EqLAAT.

2.2.2 Identification des impacts

Avant toute analyse, il convient de s'assurer que les populations étudiées sont comparables au travers de différentes variables de contrôle (caractéristiques de ces populations). De cette façon, il est possible de conclure que les différences observées sont attribuables aux deux solutions comparées, et non à des variations dans la population traitée. Le Tableau 1 présente donc la structure de la population globale du département des Pyrénées-Atlantiques, dont celle ayant recours à l'APA (2020), puis la population traitée par Autonomia 64 (depuis 2022) selon l'âge et le niveau de GIR (i.e. niveau de perte d'autonomie). Le Tableau 2 présente également la structure de la population traitée pendant l'expérimentation EqLAAT.

En proportion relative, Autonomia 64 répond majoritairement aux besoins des personnes de plus de 75 ans tel que le fait le dispositif APA. Concernant les niveaux de GIR, les deux dispositifs répondent aux besoins des populations de GIR 2 à 4 : Autonomia 64 le fait de façon assez uniforme, tandis que l'APA présente une population croissante en fonction du GIR, pouvant s'expliquer par un accès à l'APA réservé aux personnes ayant un GIR compris entre 1 et 4. Les populations traitées par l'APA et Autonomia 64 semblent donc similaires sur ces deux caractéristiques.

		Département 64	APA	Autonomia 64
Population totale		709553	10069	1201
% de la population par GIR	1	5,8%	1,3%	4,0%
	2	24,5%	14,2%	29,1%
	3	20,9%	21,1%	28,8%
	4	48,8%	63,4%	34,4%
	5	0%	0%	2,3%
	6	0%	0%	1,3%
% de la population par classe d'âge	< 60 ans	68,7%	5,2%	7,7%
	60-75 ans	19,2%	18,9%	26,7%
	> 75 ans	12,1%	75,9%	65,6%

Tableau 1 : Population du département des Pyrénées-Atlantiques dont celle ayant recours à l'APA (2020), ainsi que celle servie par Autonomia 64 (depuis 2022), ainsi que la proportion de ces populations selon le GIR et la classe d'âge.

En ce qui concerne l'expérimentation EqlAAT, les personnes ciblées sont les personnes en situation de handicap et les personnes âgées pour lesquelles un besoin d'AT est identifié. L'ensemble de la population adressée par le dispositif présente une structure d'âge similaire à celle de la population traitée par Autonomia 64, avec une grande majorité de bénéficiaires de plus de 55 ans. Deux des trois équipes rencontrées (CD54 et Cap Azur Santé) ont été choisies car servant un public de personnes âgées tout comme Autonomia 64.

		EqlAAT
Population totale		7443
% de la population par classe d'âge	< 55 ans	9%
	55-69 ans	21%
	>70 ans	61%

Tableau 2 : Proportion des personnes accompagnées par les 24 équipes EqlAAT au national selon la classe d'âge.

En résumé, les solutions conventionnelle et alternative peuvent être définies selon le type d'AT, la population cible et la structure finançant l'AT. Le Tableau 3 vient récapituler ces trois éléments pour les solutions comparées.

	Solution conventionnelle	Solution EqlAAT	Solution Autonomia 64
Type d'AT	AT de la LPPR (remboursement par l'Assurance Maladie)	AT de la LPPR et hors LPPR	AT hors LPPR
Population cible	Personnes handicapées et âgées de plus de 60 ans ayant un GIR inférieur à 4	Personnes en situation de handicap et personnes âgées avec un besoin d'AT	Personnes en perte d'autonomie
Structures administratives/ financement	Financement du département (APA et FDA)	A définir pour l'évaluation ergothérapeutique (cahier des charges en cours de finalisation). Les AT restent partiellement financées par les guichets existants selon type d'AT et profil du bénéficiaire	Zéro reste à charge (avec forfaitisation à terme)

Tableau 3 : Récapitulatif des deux solutions comparées (solution conventionnelle et Autonomia 64) et de l'expérimentation EqlAAT selon le type d'AT, la population cible et les structures administratives.

2.3 Analyse de matérialité et sélection des impacts à évaluer

Dans une étude d'impacts, l'analyse de la matérialité des impacts est nécessaire. La matérialité d'un impact se réfère à l'importance relative de cet impact dans le contexte de l'étude. En d'autres termes, **un impact est considéré comme matériel (ou significatif) s'il est suffisamment important pour influencer le comportement des parties prenantes concernées par la solution.** Comprendre la matérialité des impacts permet de hiérarchiser les enjeux et de concentrer les efforts de l'évaluation sur les aspects les plus critiques.

Dans cette étude, trois critères joints justifient la matérialité d'un impact :

1. L'impact est déclaré dans les entretiens exploratoires.
2. L'impact est présent dans la littérature scientifique.
3. Sous condition de 1 et 2, l'impact est mesurable selon des méthodes réalisables dans le cadre de cette étude.

L'analyse de matérialité de l'ensemble des impacts évoqués dans les entretiens et recensés dans la littérature est présentée en Figure 5.

L'analyse de matérialité permet donc de :

- Sélectionner les impacts matériels qui seront évalués,
- Définir l'objectif de l'évaluation via la formulation des questions évaluatives sous-jacentes,
- Identifier la méthode d'évaluation adaptée à chaque question.

Les impacts à évaluer, l'hypothèse formulée à partir des résultats des entretiens exploratoires et de la littérature, ainsi que les questions évaluatives sous-jacentes sont présentées dans le Tableau 4.

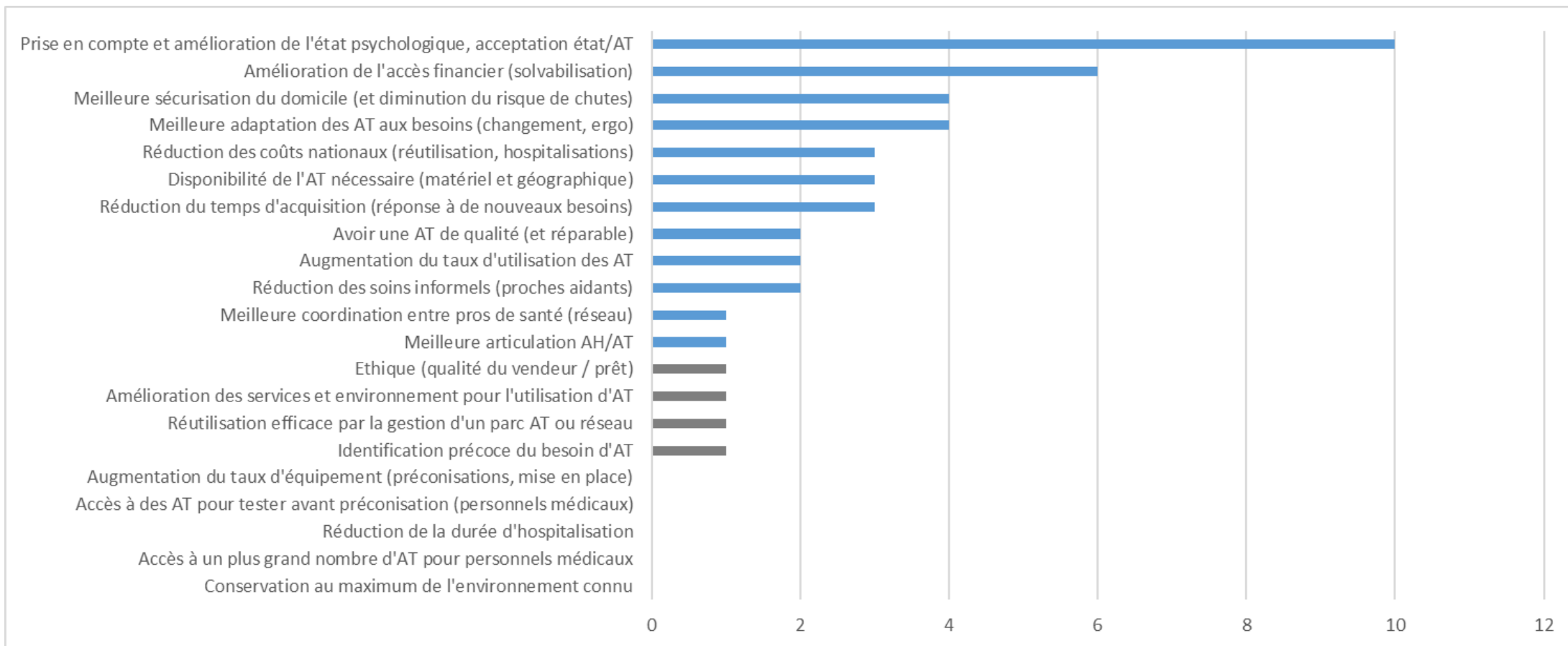


Figure 5 : Graphique en barres de l'analyse de matérialité des impacts déclarés dans les entretiens exploratoires et présents dans la littérature scientifique, classés selon le nombre d'articles scientifiques. Un impact matériel est représenté de couleur bleue, sinon grise.

Impacts évalués	Hypothèses sur la causalité générant l'impact	Questions évaluatives permettant de tester la causalité
Amélioration de l'accès aux AT (solvabilisation, temps d'acquisition, matériel et géographique)	La simplification administrative, la réduction du délai d'acquisition, la levée des contraintes financières, l'accès à un panel plus large d'AT et la livraison de l'AT faciliteraient l'accès à l'équipement.	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 améliore-t-il l'accès aux AT par rapport au système actuel ?
Intégration et amélioration du bien-être psychologique et meilleure acceptation par l'utilisateur de sa situation et du matériel nécessaire	Le prêt et la mise en place de petits matériels (conservation au maximum de l'environnement connu) auraient un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT.	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 améliore-t-il l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état de perte d'autonomie et l'AT par rapport au système actuel ?
Meilleure sécurisation du domicile (et diminution du risque de chutes) et de manière plus rapide	La réduction du délai d'acquisition d'AT permettrait une prévention de risque ou de l'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur et une réduction du séjour en hospitalisation (nouveaux besoins).	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 permet une meilleure prévention des risques à domicile et une réduction du séjour d'hospitalisation par rapport au système actuel ?
Meilleure adaptation des AT aux besoins (changement, évaluation ergothérapique)	L'évaluation et le suivi du besoin par un ergothérapeute, la personnalisation de l'AT, l'accès à un plus grand panel d'AT et la facilité de changement d'AT permettraient d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives).	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 permet une meilleure réponse aux besoins des utilisateurs par rapport au système actuel ?
Augmentation du taux d'utilisation des AT	La formation de l'utilisateur et des personnels formels et informels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes et l'acceptation de l'AT par l'utilisateur faciliteraient son utilisation.	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 améliore-t-il le taux d'utilisation de l'AT par rapport au système actuel ?

Réduction des soins informels (proches aidants)	Le dispositif - par la mise à disposition de matériel pour l'utilisateur - contribuerait à diminuer le fardeau et/ou le besoin de vigilance du proche aidant.	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 réduit-il le besoin en vigilance et/ou fardeau du proche-aidant par rapport au système actuel ?
Meilleure coordination entre professionnels de santé (réseau) et entre aides humaines et AT	Le dispositif permettrait une meilleure coordination entre professionnels de la santé (réseau) et entre aides humaines et AT facilitant le parcours de soin de l'utilisateur.	Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 permet une meilleure coordination entre professionnels de la santé (réseau) que le système actuel ? Dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 permet une meilleure articulation entre aides humaines et AT par rapport au système actuel ?
Réduction des coûts nationaux (réutilisation, hospitalisations)	Un modèle basé sur l'usage d'AT réparables et la réduction du délai d'acquisition apporteraient un avantage économique pour les financeurs. La gestion d'un parc d'AT permettrait d'avoir une réutilisation d'AT plus efficiente.	À service équivalent, dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 est plus efficient que le système actuel ?
Avoir une AT de qualité (entretien et réparation)	Un modèle basé sur l'usage d'AT réparables permettrait d'acquérir des AT de bonne qualité et aurait un impact environnemental plus faible.	À service équivalent, dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 présente un impact environnemental moindre par rapport au système actuel ?

Tableau 4 : Liste des impacts évalués, hypothèses d'évaluation formulées depuis les résultats des entretiens exploratoires et la littérature et questions évaluatives associées.

Du fait des temporalités parallèles de l'expérimentation et de l'étude en cours, les entretiens exploratoires auprès des équipes EqLAAT sont intervenus a posteriori de cette analyse. Les impacts déclarés à l'occasion de ces entretiens ne différaient pas de ceux identifiés et évalués au préalable. Nous les rappelons ici par souci d'exhaustivité :

- L'accès rapide et simplifié aux AT (en lien avec l'impact évalué n°1 dans le Tableau 4) : contrairement à EqLAAT où la mise en œuvre dépend de l'acquisition via un financement, Autonomia 64 met immédiatement à disposition un matériel issu de son parc d'AT. Cette rapidité est identifiée par les équipes EqLAAT comme un atout majeur, particulièrement dans les situations d'urgence (retour à domicile après hospitalisation, risque accru de chute, perte d'autonomie brutale).
- La levée d'un frein psychologique et l'acceptation par l'utilisateur de son besoin en AT (en lien avec l'impact évalué n°2 dans le Tableau 4) : le mode de mise à disposition selon un principe de prêt est reporté par les équipes EqLAAT comme un élément décisif pour lever le frein psychologique lié à l'usage des AT. En effet, l'acceptation de la perte d'autonomie est un processus qui demande un certain temps d'intégration, d'autant plus si elle doit donner lieu à l'acquisition d'un objet physique qui vient matérialiser cette condition.
- La simplicité du parcours et l'accès financier au matériel (en lien avec les impacts évalués n°1 et 4 dans le Tableau 4) : en mettant à disposition du matériel déjà acquis et réemployé, les équipes EqLAAT considèrent qu'Autonomia 64 évite à de nombreuses personnes des dépenses importantes qui auraient constitué un frein. Le dispositif permet également aux usagers de disposer d'un interlocuteur unique, facilitant ainsi les démarches et l'adaptation de l'équipement.

2.4 L'Analyse Coûts-Avantages pour évaluer les impacts sélectionnés matériels

La méthode globale qui a été identifiée dans la littérature comme étant la plus adaptée pour répondre aux questions évaluatives est une **Analyse Coûts-Avantages (ACA)**. Selon la Haute Autorité de Santé (2020), l'ACA « est une forme d'analyse coût-résultat qui permet de comparer des interventions sur plusieurs dimensions [ici, sanitaire, socio-économique et environnementale] sans recours à une mesure agrégée (Drummond et al. 2005 ; Brazier et al. 2017). Ce type d'analyse est adapté lorsqu'il s'agit de rendre compte, de manière fine et détaillée, des impacts de natures multiples d'une intervention complexe, par exemple dans le cadre d'une évaluation de santé publique. Chaque impact est évalué selon une méthodologie adaptée [...] ». Le Tableau 5 présente la méthodologie associée à l'impact évalué.

Impacts évalués	Méthodes d'évaluation
1. Amélioration de l'accès aux AT (solvabilisation, temps d'acquisition, matériel et géographique)	- Entretiens qualitatifs
2. Prise en compte et amélioration de l'état psychologique et acceptation de l'utilisateur	
3. Meilleure sécurisation du domicile (et diminution du risque de chutes) et de manière plus rapide	
4. Meilleure adaptation des AT aux besoins (changement, évaluation ergothérapique)	
5. Augmentation du taux d'utilisation des AT	
6. Réduction des soins informels (proches aidants)	
7. Meilleure coordination entre professionnels de santé (réseau) et entre aides humaines et AT	
8. Réduction des coûts nationaux (réutilisation, hospitalisations)	- Entretiens qualitatifs - Analyse coût-efficacité
9. Avoir une AT de qualité (entretien et réparation)	- Entretiens qualitatifs - Analyse de cycle de vie

Tableau 5 : Liste des impacts évalués avec la méthode d'évaluation associée.

Dans notre étude, l'évaluation vise à comparer la solution conventionnelle dans le département des Pyrénées Atlantiques et la solution dite alternative proposée par Autonomia 64. Elle a pour objectif de se focaliser sur les résultats du dispositif (impacts) en termes de service rendu (soit les impacts de la mise à disposition d'une AT) et non sur les effets du matériel du dispositif en tant que tel (c'est-à-dire des AT). La littérature montre en effet que des AT équivalentes, une fois mises en place et adaptées au besoin, rendent un service identique (qualité de vie, autonomie) quel que soit le dispositif de mise à disposition associé (Albarqi 2024). Cependant, de manière à pouvoir confirmer les résultats de la littérature, notamment dans le cadre des deux expérimentations menées (Autonomia 64 et EqLAAT), la méthodologie GAS a été introduite en parallèle par les ergothérapeutes d'Autonomia 64. Une fois le protocole d'administration stabilisé, les scores GAS obtenus pourront être comparés avec ceux obtenus dans l'expérimentation EqLAAT pour vérifier l'équivalence des effets de la mise en place de l'AT entre les deux dispositifs. La méthodologie et les premiers scores obtenus sont présentés en Annexe 3.

La démarche évaluative globale prend donc la forme d'une Analyse Coûts-Avantages (ACA), composée de différentes méthodes - qualitatives et quantitatives - adaptées à l'évaluation de chaque impact, tel que schématisé dans la Figure 6. La complémentarité d'une approche quantitative (telle que l'analyse coût-efficacité et l'analyse de cycle de vie dans notre cas) avec une approche qualitative (entretiens) permet une meilleure robustesse des résultats, notamment lorsqu'il est question de valeurs difficiles à valoriser au format monétaire (Albala et al. 2021) et/ou de processus de soins incluant différents acteurs (Denzin & Lincoln 2005). Chaque méthode ainsi que les données mobilisées dans l'analyse sont détaillées en Annexes (4-6).

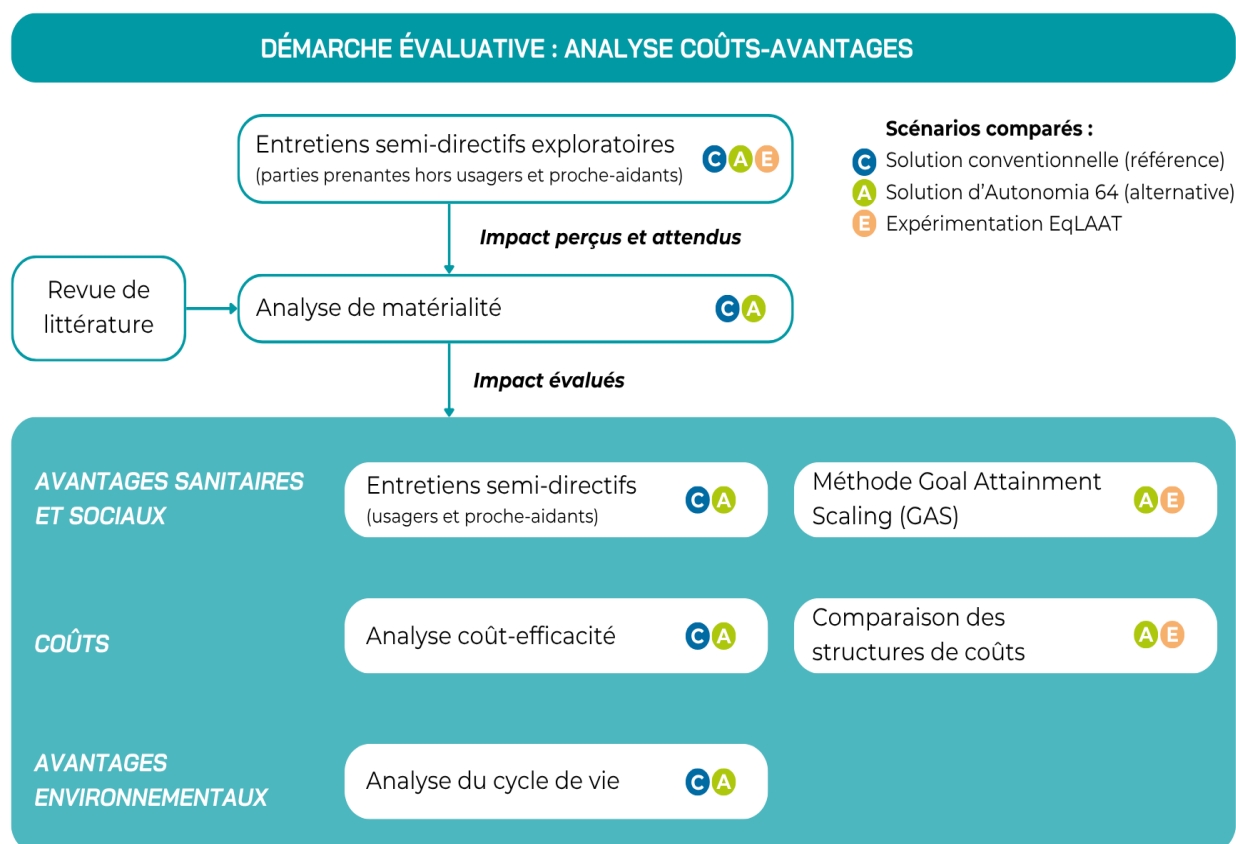
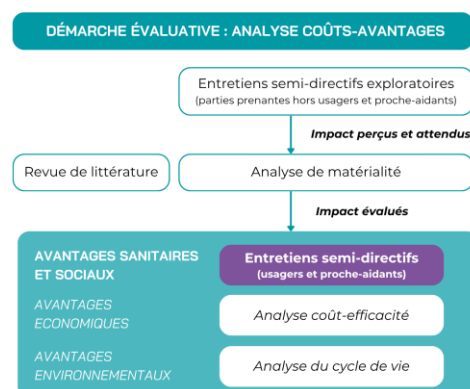


Figure 6 : Schéma récapitulatif de la méthodologie globale (avec les parties prenantes concernées entre parenthèses).

3 Résultats sur les entretiens qualitatifs auprès des usagers et leurs proches aidants



L'évaluation repose sur des entretiens qualitatifs menés auprès d'usagers et de proches aidants (le cas échéant), répartis en trois groupes d'usagers selon la date d'acquisition du matériel pour avoir une vue globale du dispositif.

La première partie des entretiens permet de recueillir le parcours, le ressenti et les impacts perçus du dispositif. La seconde partie se base sur l'identification des trois impacts jugés les plus significatifs parmi une liste.

L'analyse des discours détermine la réalisation des impacts, c'est-à-dire si chaque impact est :

- Validé : le discours valide l'hypothèse testée ;
- Non validé : le discours vient en contradiction avec l'hypothèse testée ;
- Inconclusif : le discours évoque l'aspect évalué, mais ne permet pas de valider ou non l'hypothèse testée ;
- Non déclaré : n'a pas été évoqué dans l'entretien.

L'ensemble vise à répondre aux questions évaluatives formulées pour chaque impact (Tableau 4) qui peuvent être résumées sous cette question évaluative générale : **dans quelle mesure le dispositif d'Autonomia 64 vient améliorer la réponse au besoin des usagers ?**

La méthodologie (Annexe 4), le questionnaire (Annexe 7) et le détail des résultats sur la réalisation des impacts (Annexe 8) sont présentés en Annexes.

3.1 Description de l'échantillon

Les résultats présentés dans cette section s'appuient sur l'analyse de 57 entretiens, c'est-à-dire 10-12 usagers et proches aidants par groupe, après en avoir contacté 104. Le Tableau 6 décrit plus précisément l'échantillon des répondants.

	Groupe 0	Groupe 4	Groupe 12
Couple PA-U	10	10	5
PA seul		2	3
U isolé	1		2

Tableau 6 : Description du nombre de répondants, proches aidants et/ou usagers, selon le groupe de l'utilisateur d'Autonomia 64 (ceux venant d'acquies une AT (groupe 0), ceux ayant acquis une première AT depuis 4 mois (groupe 4) et depuis 12 mois (groupe 12) au moment du démarrage de la collecte de données).

La population répondante présente un âge moyen de 64 ans (avec une variabilité allant de 39 à 85 ans) pour les proches aidants et de 86 ans pour les usagers (73-97 ans) et est constituée d'une majorité de femmes (68% pour les proches aidants et 67% pour les usagers). La moitié des usagers possèdent et ont déclaré un GIR, qui se situe entre 2 et 4 (45,5% de GIR 4, 36,5% de GIR 2 et 18% de GIR 3), et sont répartis de façon homogène sur le territoire, allant de zones très urbanisées à très rurales.

Concernant l'origine du besoin, une grande partie des usagers sont en perte d'autonomie (43%) ou ont subi une hospitalisation suite à un accident (28%), le restant ayant une maladie (22%) ou un handicap (7%).

En termes de classification de traitement des demandes par Autonomia 64, la majorité des usagers appartenait à la classe des prioritaires (attribution entre 1 et 2 semaines ; 45%), suivie de la classe des urgents (attribution en moins d'une semaine ; 36%), le restant appartenant à la classe des standards (attribution entre 3 et 4 semaines ; 19%).

Au niveau de l'équipement, Autonomia 64 satisfait en majorité une première demande dans la vie des usagers (78%). Hormis 2 répondants, cette demande est la première formulée au sein d'Autonomia 64. Cette demande est souvent réalisée à domicile (70%), sinon à l'hôpital (19%) ou autres établissements de santé (11% ; maison de convalescence/repos, centre de rééducation/SSR). Les usagers sont équipés en moyenne de 5 AT (intervalle 1-16) et 50% d'entre eux ont déjà rendu une AT à Autonomia 64.

3.2 Résultats de l'analyse de la réalisation des impacts

Les résultats sont présentés dans cette section par type d'impact. Pour chacun, un tableau récapitule le résultat global détaillé par item, selon les catégories de répondants (usagers et proches aidants). Chaque item est qualifié comme « validé », « non validé », « inconclusif » ou « non déclaré », avec un code couleur et un code textuel, tel qu'indiqué dans le Tableau 7.

Catégorisation des impacts dans l'analyse de discours	Définition	Code et couleur associée
Impact non déclaré	L'impact n'a pas été évoqué dans l'entretien	ND
Impact validé	L'impact est évoqué dans l'entretien et le discours valide l'hypothèse testée	+
Impact non validé	L'impact est évoqué dans l'entretien et le discours vient en contradiction avec l'hypothèse testée	-
Impact inconclusif	L'impact est évoqué dans l'entretien, mais le discours ne permet pas de valider ou non l'hypothèse testée	?

Tableau 7 : Légende des tableaux de résultats de la qualification des impacts évalués.

Le Tableau 8 résume les résultats de chaque impact évalué, qui sont détaillés dans les sections suivantes.

Impacts évalués	Hypothèses sur la causalité générant l'impact	Résultats
Amélioration de l'accès aux AT (solvabilisation, temps d'acquisition, matériel et géographique)	La simplification administrative, la réduction du délai d'acquisition, la levée des contraintes financières, l'accès à un panel plus large d'AT et la livraison de l'AT faciliterait l'accès à l'équipement.	Impact non déclaré (par les usagers mais validé par les proches aidants)
Intégration et amélioration du bien-être psychologique et meilleure acceptation par l'utilisateur de sa situation et du matériel nécessaire	Le prêt et la mise en place de petits matériels (conservation au maximum de l'environnement connu) ont un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT.	Impact validé
Meilleure sécurisation du domicile (et diminution du risque de chutes) et de manière plus rapide	La réduction du délai d'acquisition d'AT permettrait une prévention de risque ou de l'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur et une réduction du séjour en hospitalisation (nouveaux besoins).	Impact validé
Meilleure adaptation des AT aux besoins (changement, évaluation ergothérapique)	L'évaluation et le suivi du besoin par un ergothérapeute, la personnalisation de l'AT, l'accès à un plus grand panel d'AT et la facilité de changement d'AT permettent d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives).	Impact non déclaré
Augmentation du taux d'utilisation des AT	La formation de l'utilisateur et des personnels formels et informels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes et l'acceptation de l'AT par l'utilisateur faciliteraient son utilisation.	Impact validé
Réduction des soins informels (proches aidants) et coordination entre professionnels de santé (réseau) et entre aides humaines et AT	Le dispositif - par la mise à disposition de matériel pour l'utilisateur - contribuerait à diminuer le fardeau et/ou le besoin de vigilance du proche aidant. Le dispositif permettrait une meilleure coordination entre professionnels de la santé (réseau) et entre aides humaines et AT facilitant le parcours de soin de l'utilisateur.	Impact validé (pour les proches aidants et inconclusif pour les usagers)
Réduction des coûts nationaux (réutilisation, hospitalisations)	Un modèle basé sur l'usage d'AT réparables et la réduction du délai d'acquisition apporterait un avantage économique pour les financeurs. La gestion d'un parc d'AT permettrait d'avoir une réutilisation d'AT plus efficiente.	Aucun avis (pour les usagers et avec une préférence pour le forfait pour les proches aidants)
Avoir une AT de qualité (entretien et réparation)	Un modèle basé sur l'usage d'AT réparable permettrait d'acquérir des AT de bonne qualité et aurait un impact environnemental plus faible.	Impact validé

Tableau 8 : Liste des impacts évalués, hypothèses d'évaluation et résultats associés.

- **Une amélioration de l'accès aux AT est perçue par les proches aidants**

L'analyse de l'impact « amélioration de l'accès aux AT » reposait sur l'hypothèse que la simplification administrative, la réduction du délai d'acquisition, la levée des contraintes financières, l'accès à un panel plus large d'AT et la livraison de l'AT faciliterait l'accès à l'équipement. Le résultat global montre que cet impact n'a pas été mentionné par les répondants.

Cependant, le Tableau 9 montre une différence entre les deux populations rencontrées. Les usagers confirment majoritairement le résultat global d'absence d'impact déclaré, tandis que les proches aidants expriment, au contraire, une perception positive de l'amélioration de l'accès aux AT (impact validé). La validation de l'impact est d'autant plus importante dans la mesure où ce sont les proches aidants qui réalisent la demande d'AT et non les usagers. De plus, le besoin est en majorité énoncé soit par le proche aidant, soit par un professionnel de santé ou structure extérieure.

Enfin, les impacts les plus notables et largement validés concernent la levée des contraintes financières par l'ensemble des répondants, ainsi que la simplification administrative pour les proches aidants.

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
ACCES	La simplification administrative facilite l'équipement	+	ND
	La réduction du délai d'acquisition d'AT facilite l'équipement	ND	ND
	La levée des contraintes financières facilite l'équipement	+	+
	L'accès à un panel plus large d'AT facilite l'équipement	ND/+	ND
	La livraison de l'AT facilite l'équipement	ND	ND
	Résultat global	+	ND
		ND	

Tableau 9 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'accès aux AT, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

- **Une amélioration de l'état psychologique et l'acceptation de l'utilisateur est perçue par les répondants**

L'analyse de l'impact « intégration et amélioration du bien-être psychologique et meilleure acceptation par l'utilisateur de sa situation et du matériel nécessaire » reposait sur l'hypothèse que le prêt et la mise en place de petits matériels (conservation au maximum de l'environnement connu) auraient un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT. Le résultat global montre que cet impact est validé par les répondants.

Le Tableau 10 montre que l'ensemble des items sont validés pour les proches aidants comme pour les concernés, les usagers. En effet, tous les usagers déclarent être satisfaits de leur équipement.

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
PSYCHOLOGIE	La mise en place de petits matériels (conservation au maximum de l'environnement connu) a un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT	+	+
	Le prêt a un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT	+	+
	La satisfaction de l'utilisateur de l'AT	+	+
	Résultat global	+	+
		+	

Tableau 10 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la psychologie et l'acceptation de l'utilisateur, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

- **Une amélioration de la sécurisation du domicile est perçue par les répondants**

L'analyse de l'impact « meilleure sécurisation du domicile et de manière plus rapide » reposait sur l'hypothèse que la réduction du délai d'acquisition d'AT permettrait une prévention de risque ou de l'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur, ainsi qu'une réduction du séjour en hospitalisation. Le résultat global montre que cet impact est validé par les répondants.

Le Tableau 11 montre que l'ensemble des répondants considèrent que l'acquisition de l'équipement est rapide et que l'AT permet une sécurisation du domicile. Le délai effectif moyen déclaré par les répondants est de 21 jours (intervalle 1-60 jours).

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
SÉCURITÉ	La réduction du délai d'acquisition d'AT permet une prévention de risque ou de l'aggravation de l'état de santé de l'usager	+	ND
	La réduction du délai d'acquisition d'AT permet une réduction du séjour en hospitalisation (nouveaux besoins)	ND	ND
	Le délai d'acquisition est perçu comme rapide	+	+
	La perception de la sécurité à domicile	+	+
	Résultat global	+	+
		+	

Tableau 11 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la sécurité au domicile, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

- L'adaptation des AT aux besoins de l'usager n'est pas mentionnée par les répondants**

L'analyse de l'impact « meilleure adaptation des AT aux besoins » reposait sur l'hypothèse que l'évaluation et le suivi du besoin par un ergothérapeute, la personnalisation de l'AT, l'accès à un plus grand panel d'AT et la facilité de changement d'AT permettent d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'usager et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives. Le résultat global montre que cet impact n'a pas été mentionné par les répondants.

Le Tableau 12 illustre bien ce résultat majoritaire non déclaré.

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
ADAPTATION	L'évaluation du besoin par un ergothérapeute permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	+	+
	Le suivi du besoin par un ergothérapeute permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	ND	ND
	La modification/personnalisation de l'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	ND	ND
	L'accès à un plus grand panel d'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives)	ND	ND
	La facilité de changement d'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives)	ND	ND
	Résultat global	ND	ND
		ND	

Tableau 12 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'adaptation des AT aux besoins de l'utilisateur, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

Parmi l'ensemble de ces aspects, seule l'évaluation du besoin par un ergothérapeute a été déclarée et validée comme un impact par l'ensemble des répondants. Elle est reconnue comme contribuant à une réponse mieux adaptée aux besoins, avec un nombre de passages des ergothérapeutes moyen de 2 (intervalle 1-8). De plus, au-delà des aspects techniques, les répondants valorisent l'aspect humain (soutien, écoute, respect) au travers de la qualité relationnelle qu'ils ont avec les ergothérapeutes d'Autonomia 64.

• Une augmentation perçue par les répondants du taux d'utilisation des AT

L'analyse de l'impact « augmentation du taux d'utilisation des AT » reposait sur l'hypothèse que la formation de l'utilisateur et des personnels formels et informels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes et l'acceptation de l'AT par l'utilisateur faciliteraient son utilisation. Le résultat global montre que cet impact est validé par les répondants, tel que présenté dans le Tableau 13.

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
UTILISATION	La formation de l'utilisateur à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	+	?
	La formation des personnels formels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	ND	ND
	La formation des personnels informels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	+	ND
	L'utilisation de l'AT est régulière/quotidienne	+	+
	Résultat global	+	+
		+	

Tableau 13 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'utilisation de l'AT, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

Plus précisément, la formation des usagers et de leurs proches aidants est perçue comme positive notamment pour les proches aidants. En effet, l'AT est pleinement intégrée au quotidien de l'utilisateur, au point que celui-ci oublie parfois d'avoir eu besoin ou d'avoir reçu une formation initiale. Cette appropriation est facilitée par le fait que l'entourage (aides formelles et informelles) a également été formé et peut renforcer les apprentissages (répétition des gestes appris).

De plus, l'utilisation de l'AT est déclarée comme régulière, voire quotidienne selon le type d'équipement.

- **Le dispositif est perçu par les répondants comme un appui sur les aides formelles et informelles de l'utilisateur**

L'analyse de l'impact « réduction des soins informels et coordination entre professionnels de santé et entre aides humaines et AT » reposait sur l'hypothèse que le dispositif - par la mise à disposition de matériel pour l'utilisateur - contribuerait à diminuer le fardeau et/ou le besoin de vigilance du proche aidant et permettrait une meilleure coordination entre professionnels de la santé (réseau) et entre aides humaines et AT facilitant le parcours de soin de l'utilisateur. Le résultat global montre que cet impact est validé par les répondants.

Le Tableau 14 met en évidence un résultat global — un impact déclaré et validé —, partagé en particulier par les proches aidants, répondants directement concernés.

Impacts évalués et effets complémentaires		Proche aidant	Usager
Référence de départ	Impact de l'usager sur les activités professionnelles et personnelles du proche aidant	-	
	Le niveau de contribution du proche aidant selon l'aide humaine professionnelle	-	
AIDE	Le dispositif permet de réduire le besoin en vigilance et/ou fardeau du proche aidant	?	ND
	Le dispositif permet une meilleure articulation entre aides humaines et AT facilitant le parcours de soin de l'usager	+	+
	L'arrivée d'Autonomia 64 résulte en une évolution positive de l'état d'esprit du proche aidant	+	
	L'impact de l'aide humaine professionnelle sur le niveau de contribution du proche aidant	+	
	L'impact de l'AT sur le niveau de contribution du proche aidant	+	ND
	L'impact de l'AT sur le niveau de contribution de l'aide humaine professionnelle	?	ND
	Résultat global	+	?
		+	

Tableau 14 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant l'aide apportée aux usagers par leurs proches et aides professionnelles, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers). Pour cet impact, des éléments issus de la situation de référence ont été intégrés à l'évaluation afin de s'assurer que le résultat observé reflète bien l'impact de l'intervention.

Ce résultat global (impact validé) est à mettre au regard du rôle des proches aidants, dont le soutien — qu'il soit totalement choisi ou contraint — influence la vie personnelle et/ou professionnelle (réduction ou aménagement d'activité). Près de la moitié des proches aidants exercent une activité professionnelle, ce qui accentue cette contrainte. Cependant, la présence des aides formelles et la mise à disposition d'AT par le dispositif contribuent à atténuer ce fardeau. Bien que leur charge (temps passé) reste plus élevée que celle des aides formelles, la présence de ces aides formelles et la mise à disposition d'AT par le dispositif permet d'alléger leur fardeau. De plus, les proches aidants expriment souvent un soulagement par l'arrivée de cet équipement et de l'accompagnement associé par les ergothérapeutes.

En matière de coordination des moyens, le réseau facilite principalement l'entrée dans le dispositif d'Autonomia 64. En effet, 88% des entrées se font par l'intermédiaire d'un professionnel de santé ou d'une structure externes. Cette collaboration étroite entre les professionnels de santé externes et le dispositif est d'ailleurs perçue par les répondants comme un ensemble cohérent, « un pack ».

Il n'y a majoritairement pas eu de mise en relation de l'utilisateur avec d'autres professionnels de santé pendant son parcours de soin au sein du dispositif (90%). Ce constat peut s'expliquer par le fait que la plupart des usagers ont déjà recours à une aide humaine professionnelle avant d'arriver dans le dispositif (93%).

- **Une préférence pour un forfait pour les proches aidants**

L'analyse de l'impact « réduction des coûts nationaux » a porté sur les coûts du service lors des entretiens, notamment en questionnant la préférence des répondants concernant le paiement d'un prix fixe pour chaque AT achetée ou un montant forfaitaire quel que soit le nombre d'AT nécessaire.

Le résultat global indique une absence d'avis tranché sur cette préférence. Cependant, une divergence apparaît entre les deux populations : les usagers partagent majoritairement cette absence d'opinion, tandis que les proches aidants expriment une préférence pour le forfait.

- **Une AT perçue comme étant de bonne qualité par les répondants**

L'analyse de l'impact « avoir une AT de qualité » s'est basée sur le questionnement de la qualité du matériel reçu lors des entretiens.

Le Tableau 15 montre que l'ensemble des répondants perçoivent le matériel reçu comme étant de bonne qualité.

Impacts évalués		Proche aidant	Usager
QUALITÉ	La perception de la qualité de l'AT	+	+
	Résultat global	+	

Tableau 15 : Détail des résultats de l'évaluation par item décrivant la qualité de l'AT, ainsi que le résultat global et celui pour chaque catégorie de répondants (proches aidants et usagers).

- **Conclusion globale sur le dispositif**

Lors de la phase finale de l'entretien, les répondants ont été invités à sélectionner les trois impacts qu'ils jugeaient les plus significatifs dans leur expérience avec Autonomia 64. Ces impacts étaient listés sous forme de phrases (cf. questionnaire en Annexe 7).

Ces résultats complètent ceux de la première phase d'entretiens, qui portait sur la déclaration ouverte des impacts et leur qualification en quatre catégories : validé, non validé, inconclusif ou non déclaré.

Les résultats sont présentés en Figure 7 et montrent que ces trois impacts sont identiques pour les usagers et les proches aidants (mais pas forcément aux mêmes rangs d'importance) avec :

- Le fait d'avoir un équipement en AT qui réponde aux besoins des usagers, révélant potentiellement l'importance de cet aspect. En effet, l'impact n'était pas déclaré par les répondants dans la première phase de l'entretien.
- Le sentiment de sécurité dans le domicile, confirmant les résultats de la première de l'entretien (impact déclaré et validé).
- Le bien-être dans le parcours de soin, en adéquation également avec les résultats de la première de l'entretien (impact déclaré et validé).

De manière générale, le service proposé et l'équipement apportent satisfaction à l'ensemble des répondants. Les répondants soulignent également l'importance de ces solutions pour favoriser le maintien à domicile, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leurs proches : « *Moi, je n'aurais pas pensé que ça existait. Que ça pouvait se faire, prêter du matériel comme ça* ». De même, 89% des usagers et 55% des proches aidants déclarent ne pas avoir de suggestions d'améliorations et souhaitent que le modèle perdure. L'analyse lexicale révèle en effet que les mots « continuer » et « maintenir » sont largement employés dans des contextes comme celui-ci : « [...] *quelque chose de positif à maintenir et à faire prospérer* » et « [...] *vrai qu'il faut essayer de maintenir ce genre de choses* [...] ».

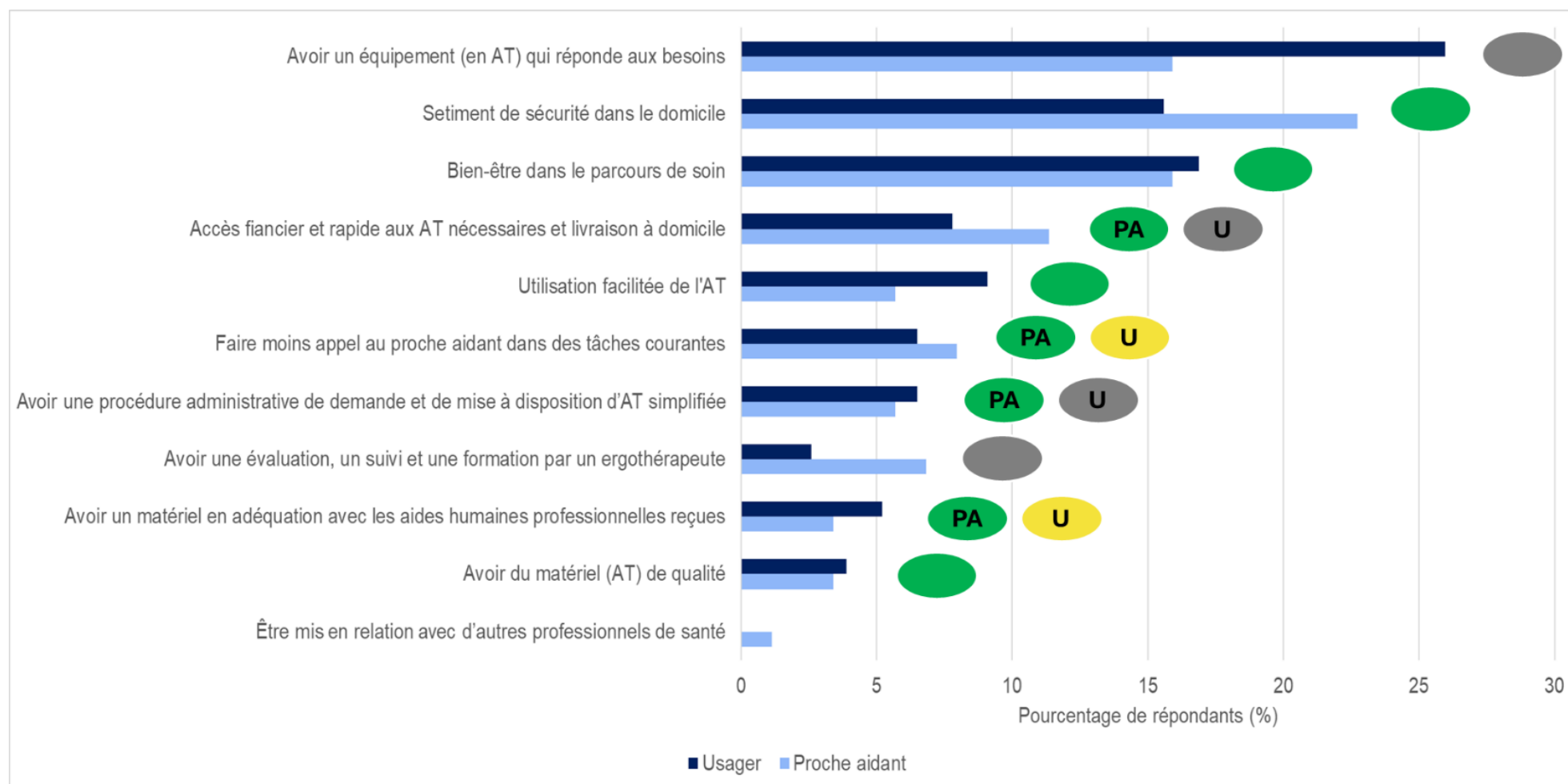


Figure 7 : Graphique en barres de l'importance des impacts du dispositif d'Autonomia 64 selon le pourcentage de répondants les ayant choisis. Chaque impact est annoté de sphères colorées rappelant le résultat de son évaluation dans la première phase de l'entretien (gris pour impact non déclaré, rouge pour impact déclaré et négatif, jaune pour impact déclaré et inconclusif et vert pour impact déclaré et positif) pour l'ensemble des répondants si le résultat est partagé ou chaque catégorie de répondants dans le cas contraire (U pour usagers et PA pour proches aidants).

Les usagers et proches aidants qui ont déclaré que le service d'Autonomia présente des aspects perfectibles ne souhaitent pas abandonner le service. Au contraire, ils désirent le voir perdurer et soutenir son développement. Les deux éléments qui ressortent le plus sont liés à :

- **L'amélioration de la communication** pour mieux faire connaître l'existence des services d'Autonomia 64 : « [...] *les gens ne sont pas informés, ils ne savent pas* [...] »,
- **Le renforcement des ressources du dispositif, tant humaines** (augmentation du nombre d'ergothérapeutes) **que financières** (soutien budgétaire). Les répondants suggèrent également de sectoriser la zone d'intervention afin de réduire la charge de travail (surcharge perçue par les répondants) et de permettre aux ergothérapeutes d'assurer un suivi plus régulier, mais aussi d'investir davantage pour étendre le dispositif à d'autres territoires.

Ce dernier verbatim illustre bien l'ensemble des éléments évoqués dans cette section : « [...] *qu'ils puissent effectivement suivre un maximum et encore plus. [...] Qu'ils puissent venir en aide à beaucoup plus de personnes et que ça soit effectivement quelque chose sur lequel on ne lésine pas. Il ne faut pas faire d'économie [...] dans le bien-être et le maintien à domicile. On n'a qu'une vie. Autant en profiter, autant laisser les gens... Ceux qui veulent partir en maison de retraite, c'est leur choix. Mais ceux qui veulent rester chez eux, aidons-les à rester chez eux. Aidons-les à être mieux chez eux, tout simplement. Que ce ne soit pas toujours une question d'argent* ».

3.3 Résultats de l'analyse lexicale

Une analyse lexicale a été conduite afin de compléter les résultats qualitatifs de la réalisation des impacts (présentés ci-dessus) en identifiant les régularités dans le vocabulaire des répondants. Cette analyse est réalisée en trois étapes : étude des fréquences lexicales, regroupement en clusters selon les similarités de discours, puis analyse factorielle. Elle permet de dégager des profils homogènes de répondants qui offrent un éclairage complémentaire sur les impacts observés et viennent corroborer les conclusions qualitatives issues des entretiens.

Deuxièmement, une comparaison des 20 mots les plus fréquemment utilisés montrent que ces termes sont majoritairement identiques entre les proches aidants et les usagers, mais pas leur classement. En effet, les proches aidants parlent davantage du matériel, de l'adéquation de ce matériel et de la réponse au besoin, avec des mots tels que « bon » (161 fois), « matériel » (132 fois), « fauteuil » (95 fois), « besoin » (76 fois), « maison » (64 fois). Les usagers privilégient plutôt un discours axé sur les verbes et termes liés à l'action tels que « peux » (60 fois), « vais » (47 fois), « dis » (58 fois), « crois » (51 fois), « fais » (48 fois), « comment » (43 fois). Leur relation au dispositif repose donc avant tout sur leur vécu des AT, ce qui rend leur discours plus expérientiel et moins analytique ou factuel que celui des proches aidants. De même, leur expérience est marquée sur les aspects psychologiques, liée à leur sentiment d'autonomie maintenue ou renforcée.

- **Profil de répondants selon le champ lexical employé**

L'analyse lexicale repose d'abord sur la qualification des discours à partir de la récurrence des termes employés et des structures de phrases utilisées. Cette première étape permet ensuite de regrouper les répondants présentant des proximités linguistiques (en groupes appelés *clusters*), c'est-à-dire utilisant un lexique et des formulations similaires, afin d'identifier des profils homogènes. Les différences entre ces profils sont ensuite analysées en fonction des caractéristiques des répondants (cf. tableau des caractéristiques en Annexe 9).

Une première analyse porte sur la mise en relation entre les catégories d'impacts évalués et les caractéristiques des répondants, de façon à déterminer si certains profils (i.e. des répondants avec des caractéristiques communes) se distinguent en fonction de la fréquence avec laquelle ils mentionnent des termes associés à ces impacts.

Les résultats montrent que les répondants mobilisant plus fréquemment certains champs lexicaux associés à des catégories d'impact présentent des caractéristiques communes.

Ainsi, chaque cluster lexical, correspondant au vocabulaire propre à un impact donné, permet de mettre en évidence des corrélations entre les caractéristiques des répondants et les listes de mots associées à ces impacts, révélant des tendances spécifiques au sein des profils identifiés comme le montre le Tableau 16.

Impact évalué	Caractéristiques des répondants
Accès	Proches aidants appartenant au groupe 4 (usager ayant reçu une AT il y a 4 mois)
Psychologie	Proches aidants étant majoritairement des femmes et appartenant au groupe 4
Utilisation	Répondants (proches aidants et usagers) appartenant au groupe 4 et dont l'utilisateur est en perte d'autonomie
Qualité	Répondants (proches aidants et usagers) appartenant au groupe 4
Aide	Proches aidants majoritairement

Tableau 16 : Profil des répondants par catégorie d'impact évalué (pour celles ayant des caractéristiques communes de répondants qui ressortent).

Certains impacts sont plus évoqués par les répondants (Tableau 16), notamment des proches aidants (répondants parlant le plus comme évoqués plus haut) et ceux appartenant au groupe 4. Ce dernier point pourrait s'expliquer par le fait que la période d'environ quatre mois après l'acquisition du matériel apparaît comme un moment « charnière » : elle est suffisamment proche pour que les usagers perçoivent encore clairement les bénéfices de la mise à disposition (démarche, procédure), mais aussi assez éloignée pour qu'ils aient pu en faire l'expérience dans leur quotidien. À l'inverse, un délai d'un mois semble trop court pour permettre un réel recul sur l'usage, tandis qu'après un an, l'AT est souvent intégrée dans la routine, rendant ses effets moins saillants dans le discours.

Une seconde analyse de regroupement est ensuite réalisée à partir du lexique global, de façon à identifier d'éventuelles structures discursives différentes de celles observées avec les catégories d'impacts initiales. L'analyse permet d'identifier 5 clusters caractérisant le discours global des répondants, illustrés par la Figure 9 :

- Le cluster 1 (C1) regroupe principalement des verbes d'action, avec des discours qui traitent de ce que les usagers peuvent ou souhaitent faire avec les AT.
- Le cluster 2 (C2) regroupe principalement des discours liés à des AT et activités liés à la salle de bain.
- Le cluster 3 (C3) regroupe principalement des discours ayant trait à l'organisation du quotidien et du lien de celui-ci avec l'AT.
- Le cluster 4 (C4) regroupe principalement des discours ayant trait au coût et au mode d'acquisition des AT.

- Le cluster 5 (C5) regroupe principalement des discours liés aux relations avec Autonomia 64 et notamment ses ergothérapeutes, à la qualité de son service et au mode de mise en relation lors de l'entrée dans le dispositif.

Cluster 1 n=788 (22,3%)	Cluster 2 n=715 (20,2%)	Cluster 3 n=594 (16,8%)	Cluster 4 n=946 (26,7%)	Cluster 5 n=496 (14%)
lever	salle	ménage	payer	domicile
pouvais	bain	semaine	euros	venue
fille	douche	heures	qualité	place
marche	perte	fais	gens	l'apa
lève	siège	courses	bonne	contact
relever	rehausseur	vient	coûte	mère
voiture	d'autonomie	matin	acheter	lien
côte	tabouret	viennent	cher	mise
lit	l'hôpital	soir	l'acheter	autonomia64
monter	quatre	repas	cas	rendez-vous
mettre	toilettes	infirmières	paris	faite
nuît	reçu	midi	trouve	rapide
marcher	semaines	toilette	rien	besoins
pareil	venue	clas	répondre	services
facilement	deux	heures	neuf	dossier
déambulateur	s'asseoir	pendant	connais	d'autonomia64
dessus	chaise	temps	veux	relation
petite	prêté	toute	j'avoue	père
celui-là	trois	tranquille	améliorer	effectivement
sers	rampe	manger	gratuit	appelé

Figure 9 : Classification en groupes (clusters) de répondants selon la proximité des tendances de discours.

Une analyse factorielle est ensuite menée à partir de ces clusters de répondants de façon à affiner cette classification et assurer une assignation robuste de chaque répondant à l'un des clusters. Un test statistique est également appliqué pour vérifier la significativité de la répartition.

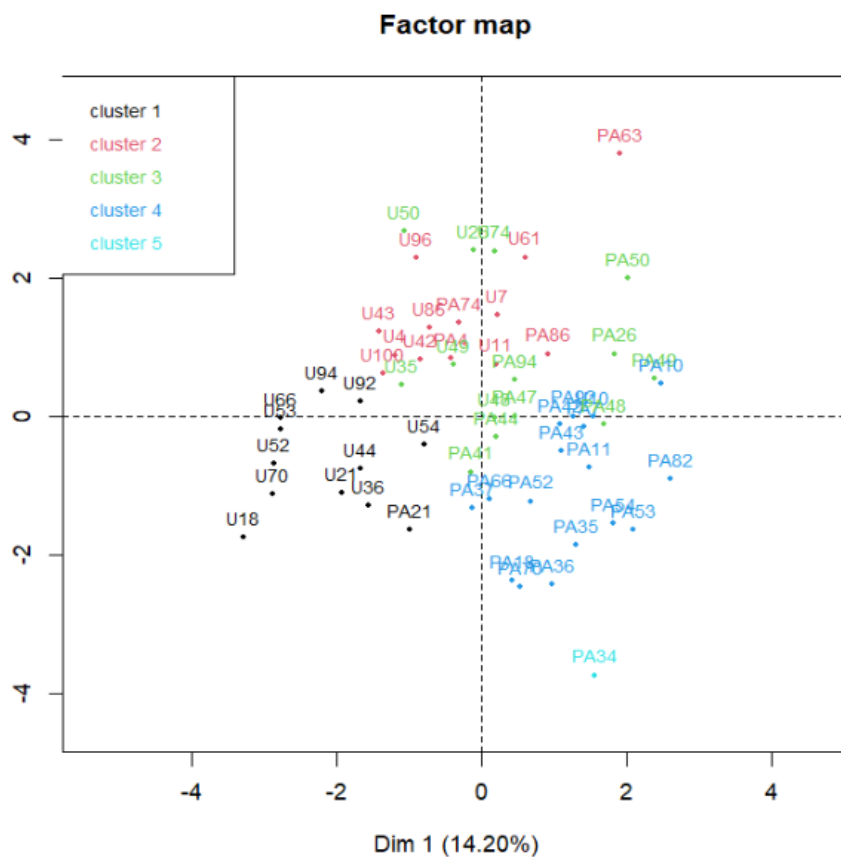
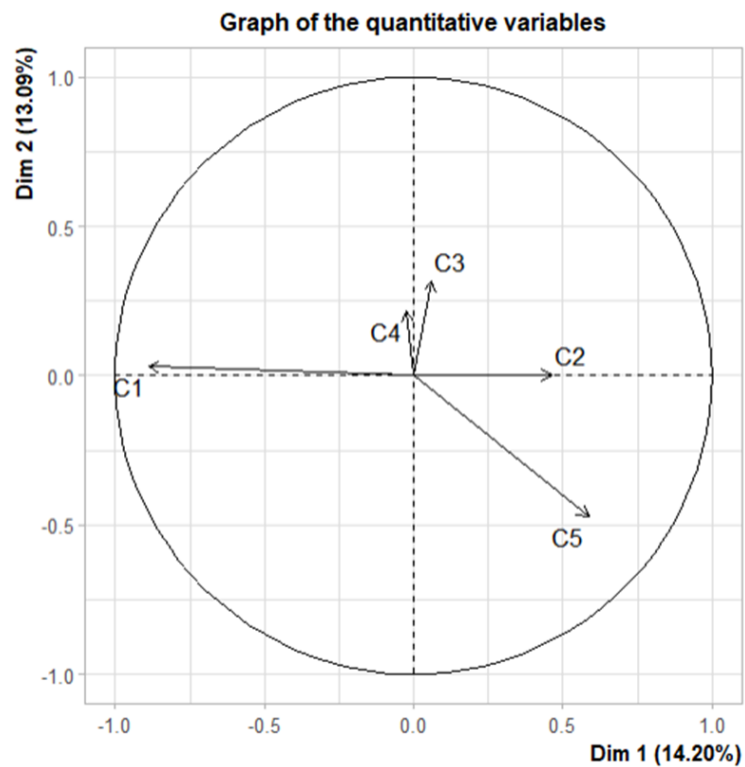


Figure 10 : Représentation des clusters lexicaux selon les axes factoriels (en haut) et projection des répondants colorés selon leur appartenance au cluster lexical (en bas).

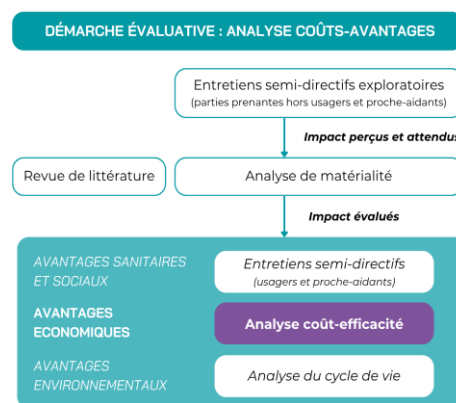
La Figure 10 montre les résultats liés à l'analyse factorielle au travers de deux graphiques. Le premier (en haut) présente des flèches longues, éloignées du centre et l'une de l'autre pour les regroupements d'individus C1 et C5. Cela signifie que ces deux clusters sont très différents et apportent des informations importantes. Les autres flèches sont plus courtes (C2, C3 et C4), ce qui signifie que ces clusters ne se distinguent pas bien les uns des autres et n'apportent pas d'informations suffisantes. L'analyse est donc restreinte aux clusters C1 et C5, afin de garantir une analyse pertinente et robuste.

L'analyse factorielle a ensuite permis d'associer un répondant à chaque cluster identifié lors de l'analyse des tendances de discours comme l'illustre le deuxième graphique (en bas). Les résultats montrent que :

- Les répondants appartenant au cluster C1 (qui se concentre plus sur des mots d'actions) regroupent principalement des usagers de classe prioritaire ou urgente,
- Les répondants appartenant au cluster C5 (traitant de la qualité du service et du mode de mise en relation) regroupent principalement des proches aidants, sans autres caractéristiques communes.

L'analyse lexicale met donc en évidence deux registres de discours distincts mais complémentaires. Les usagers de classe prioritaire ou urgente expriment davantage un langage d'action, centré sur la rapidité d'accès et l'usage concret des AT. À l'inverse, les proches aidants se concentrent sur la qualité du service et les modalités de mise en relation avec les professionnels. Cette distinction reflète la différence de positionnement et de besoins entre les deux types de répondants : les premiers sont tournés vers la réponse immédiate à une situation de perte d'autonomie, tandis que les seconds évaluent davantage la qualité globale du dispositif. **Ensemble, ces perspectives soulignent que la performance d'un modèle de mise à disposition d'AT se joue autant sur la réactivité opérationnelle que sur la qualité de l'accompagnement humain.**

4 Résultats de l'Analyse Coût-Efficacité



L'analyse coût-efficacité (ACE) vise à répondre à la question évaluative suivante : **à service équivalent, dans quelle mesure le dispositif Autonomia 64 est-il plus efficient que le système actuel ?**

Elle permet de comparer, pour un même niveau de satisfaction du besoin des usagers, les ressources mobilisées par Autonomia 64 et par le dispositif conventionnel d'acquisition d'AT en achat-vente. Elle se compose dans un premier temps d'une lecture analytique de trois composantes du modèle Autonomia 64 : les coûts directs liés à l'intervention des ergothérapeutes, les coûts indirects de structure et les coûts d'acquisition du parc d'AT. Un deuxième temps de l'analyse porte sur les logiques sous-jacentes au modèle d'Autonomia 64 selon une lecture comptable. Pour finir, nous nous intéresserons au modèle de financement par immobilisation de la structure, ainsi qu'aux mécanismes de création et de partage de la valeur du modèle.

Les détails de la méthodologie appliquée sont présentés en Annexe 5.

4.1 Analyse des coûts du service et d'acquisition des AT

Afin de révéler les enjeux de coût et d'efficacité associés à l'équipement des bénéficiaires en AT, l'analyse des coûts du service d'Autonomia 64 est conduite dans le cadre d'une comparaison avec les coûts du service d'EqLAAT. Le choix de cette comparaison se justifie par l'absence de données de la solution conventionnelle (liées à l'intervention du département) et à la montée en puissance du dispositif EqLAAT pour lequel des données consolidées étaient disponibles.

4.1.1 Des coûts d'évaluation optimisés par le prêt de matériel proposé par Autonomia 64

La première comparaison porte sur les charges directes liées aux deux services. Bien que poursuivant des finalités proches (répondre aux besoins en AT et favoriser l'autonomie des personnes), les dispositifs d'Autonomia 64 et EqLAAT reposent sur des modèles organisationnels et financiers distincts. Le Tableau 17 détaille les tâches d'EqLAAT et d'Autonomia 64 associées aux différentes étapes du parcours telles que décrites dans les Figures 2-4.

Étapes du parcours	Tâches EqlAAT	Tâches Autonomia 64
Initiative/ Détection du besoin	- Réception et enregistrement de la demande - Organisation des rendez-vous et suivi - Suivi administratif suite au rendez-vous	- Première prise de contact (bénéficiaires en direct) - Réception et enregistrement de la fiche de renseignement - Organisation des rendez-vous et suivi (planification, appel téléphonique...) - Mise à jour des données CRM après évaluation
Evaluation		- Déplacement A/R - Evaluation sur le terrain
Sélection de la solution d'assistance	- Déplacement A/R - Evaluation + essai de matériel prêté par l'équipe - Analyse des données et étude des solutions - Rédaction d'un CR et compilation des documents nécessaires à la personne - Sollicitation du distributeur d'AT choisi par le bénéficiaire pour demande de chiffrage	- Réflexion sur les AT à mettre en place (Sélection dans le parc lorsque l'AT requise y est déjà présente) - Si non présente, identification du distributeur revendeur pour demande chiffrage et achat par Autonomia 64 - Rédaction d'un compte-rendu et préparation de la convention de prêt
Sélection de l'AT		
Autorisation de financement		NC
Mise en œuvre	- Contact au moment où après la livraison de l'AT par le distributeur, accompagnement à la prise en main par l'équipe EqlAAT si non réalisé par le distributeur - Appel à 3 + 6 mois après mise en place de l'AT - Réponse aux sollicitations de la personne après prise en main de l'AT	- Déplacement A/R - Livraison du matériel et accompagnement à la prise en main par l'équipe Autonomia 64 - Suivi par les ergothérapeutes pendant la durée d'utilisation de l'AT (à partir de 3 mois, 6 mois, puis tous les 6 mois) - Suivi si sollicitation du bénéficiaire/proche aidant
Gestion et suivi	- Bilan d'activité/suivi/coordination - Logistique du parc matériel lorsque l'équipe dispose d'un parc d'AT de prêt	- Bilan d'activité / Suivi / Coordination - Déplacement A/R - Récupération de l'AT chez le bénéficiaire - Gestion du parc d'AT (réception AT, rangement, mise à jour CRM, ...)

Tableau 17 : Tâches d'EqlAAT et d'Autonomia 64 détaillées selon les différentes étapes du parcours.

Pour les deux dispositifs, l'intervention auprès du bénéficiaire se compose d'un accompagnement par un ergothérapeute dans l'évaluation des besoins en AT et dans la prise en main de ces AT. La distinction principale entre les deux dispositifs porte sur la mise à disposition des AT, assurée dans sa totalité par Autonomia 64 qui dispose de son propre parc d'AT et seulement accompagnée par EqLAAT qui oriente les bénéficiaires vers les distributeurs.

Dans le cas d'Autonomia 64, les accompagnements aboutissent à la mise en place de 4 AT par bénéficiaire en moyenne. Pour EqLAAT, sont dénombrées en moyenne 3 AT pour l'accompagnement de situations « simples » ou 5 pour l'accompagnement de situations « complexes ». La distinction entre ces deux formats d'accompagnement se fait essentiellement en termes de temps dédié aux différentes tâches de l'accompagnement. Une situation complexe est typiquement définie par :

- l'association de plusieurs déficiences ou besoins,
- des spécificités de certains besoins,
- l'association de plusieurs types de réponse,
- et/ou la présence de troubles cognitifs ou la multiplicité des aidants et intervenants.

La description des interventions des deux dispositifs indique qu'Autonomia 64 se rapproche davantage de l'accompagnement de situations « simples » d'EqLAAT. La comparaison qui suit sera donc établie entre l'intervention d'Autonomia 64 et l'accompagnement « simple » d'EqLAAT.

Le Tableau 18 montre que le temps global d'accompagnement d'un dossier par Autonomia 64 est de 8h contre 11,6h pour l'accompagnement par EqLAAT de situations « simples ».

La différence s'explique majoritairement par **l'étape d'évaluation** qui est trois fois plus chronophage pour EqLAAT que pour Autonomia 64. Nos échanges avec le GIHP 33 suggèrent que cette différence pourrait être due à l'accompagnement de situations potentiellement plus complexes du côté d'EqLAAT qui requièrent une évaluation plus poussée, avec plus de temps passé sur place (1h30 sur place contre 45 minutes en moyenne pour Autonomia 64) et plus de visites (3 à 4 visites contre 2 à 3 pour Autonomia 64). La différence serait ainsi liée à la qualité même de l'évaluation menée par les ergothérapeutes qui, pour EqLAAT, chercheraient davantage d'exhaustivité dans la prise en compte des besoins de l'utilisateur au-delà de la seule dimension de l'autonomie, tandis qu'Autonomia 64 se positionnerait sur une réponse plus pragmatique et rapide centrée sur les besoins fréquents des personnes âgées en perte d'autonomie.

Étapes du parcours	Temps réel passé (h) Autonomia 64 2023	Temps réel passé (h) Autonomia 64 2024	Temps réel passé (h) EqLAAT F11,6
Initiative/Détection du besoin	0,67	0,67	1,19
Evaluation/Sélection de la solution d'assistance/Sélection de l'AT/Autorisation de financement	2,25	2,25	7,11
Mise en œuvre	1,25	1,25	1,81
Gestion et suivi	2,40	2,50	1,50
Frais d'hygiénisation	0,62	0,67	
Temps total	7,18	7,33	11,61
Différence avec F11,6 EqLAAT	-38,13%	-36,84%	

Tableau 18 : Temps réel passés (en heure) pour chaque étape du parcours d'Autonomia 64 (2023 et 2024) et pour le forfait simplifié EqLAAT (durant la phase d'expérimentation (2022-2023).

Cependant, les entretiens menés avec les deux équipes EqLAAT spécialisées dans un public de personnes âgées, identique à celui d'Autonomia 64, suggèrent une autre explication. La différence de temps passé pour l'évaluation pourrait être liée en partie à la nature même du dispositif d'Autonomia 64, qui consiste à proposer l'usage et non la propriété des AT. En effet, le prêt des AT est reporté par tous les ergothérapeutes interrogés (aussi bien d'Autonomia 64 que d'EqLAAT) comme un élément décisif pour lever le frein psychologique lié à l'usage des AT. L'acceptation de la perte d'autonomie est un processus qui demande un certain temps d'intégration, d'autant plus si elle doit donner lieu à l'acquisition d'un objet physique qui vient matérialiser cette condition : *« Il faut aussi permettre aux gens de murer dans le projet d'AT, il faut pouvoir leur laisser le temps de murer le projet et de revenir dans une temporalité qui leur sera propre ».*

« On va à la V2 et la V3 dans le but d'essayer de faire accéder à l'accord. Les personnes âgées ne sont pas des enfants qui se rendent compte joyeusement que ça va leur servir. Il faut le temps de la mise à disposition, le temps de la sensibilisation. »

Ces déclarations suggèrent que, pour un public accompagné similaire à celui d'Autonomia 64, à savoir des personnes âgées, le temps long de l'accompagnement d'EqLAAT pourrait être fortement lié au temps d'acculturation avec l'équipe en place et à l'acceptation de la perte d'autonomie et de besoin en matériel du bénéficiaire.

L'étape « **Évaluation** » d'EqLAAT comprend également le temps dédié à l'identification du prestataire, le chiffrage du besoin en AT et l'accompagnement au financement, phase qui est complètement absente du dispositif d'Autonomia 64. Sur ce point, une interrogation formulée par une ergothérapeute EqLAAT à l'égard de la solution d'Autonomia 64 porte sur le risque de biais dans les préconisations qui pourraient être orientées vers les équipements disponibles dans le parc plutôt que vers les plus adaptés. L'intervention serait ainsi plus rapide, mais aussi moins adaptée au besoin. Ce risque est toutefois relativisé par le mode de fonctionnement du dispositif, qui prévoit de recenser d'abord les besoins, puis de vérifier si le parc peut y répondre, et d'acheter si nécessaire les équipements manquants. Il reste que le dispositif n'a pas vocation à couvrir des besoins très spécifiques ou complexes, qui relèvent des financements de droit commun mobilisés par le département. La mise en place systématique de l'échelle GAS par les équipes Autonomia 64 devra permettre de traiter cette question pour s'assurer que l'impact des AT mises en place soit comparable dans les deux dispositifs.

Le temps dédié à la « **Prise en main** » est similaire pour une intervention auprès d'Autonomia 64 et une intervention « simple » via EqLAAT. Même si EqLAAT ne fournit pas directement le matériel, les équipes sont bien souvent mobilisées au moment de la livraison pour s'assurer de la bonne prise en main par le bénéficiaire. Avec certains distributeurs, une relation de confiance est établie quant à la bonne livraison et mise en place du matériel par ces derniers, évitant ainsi à l'équipe EqLAAT d'intervenir à ce stade. Ces cas restent néanmoins minoritaires, ce qui induit une intervention similaire des ergothérapeutes dans les deux dispositifs au moment de la livraison du matériel.

Enfin, le temps consacré au « **Suivi de l'activité** » est naturellement plus important dans le dispositif d'Autonomia 64 dans la mesure où il comprend la collecte des AT chez le bénéficiaire en fin d'usage et le temps nécessaire à la gestion et la réintégration des AT dans le parc.

Le Tableau 19 montre les **charges directes moyennes associées** à chaque étape du parcours pour les deux dispositifs. La différence entre les coûts observés pour EqLAAT et Autonomia 64 s'explique naturellement par les temps passés qui varient d'un dispositif à l'autre, mais aussi par le taux horaire brut moyen (charges patronales comprises). Celui-ci

s'élève à 39,50€/h pour le dispositif EqLAAT contre 27,12€/h en 2023 et 27,55€/h en 2024 pour Autonomia 64.

Types de coûts	Coûts Autonomia 64 2023	Coûts Autonomia 64 2024	Coûts Autonomia (taux horaire EqLAAT)	Coûts EqLAAT F11,6
Taux horaire	27,12 €	27,55 €	39,50 €	39,50 €
Inclusion et Actions administratives	17,61 €	18,27 €	26,33 €	47,01 €
Evaluation/Sélection de la solution d'assistance/Sélection de l'AT/Autorisation de financement	54,71 €	56,32 €	88,88 €	280,85 €
Prise en main	30,56 €	31,48 €	49,38 €	71,50 €
Suivi de l'activité	59,94 €	62,16 €	98,75 €	59,25 €
Charges moyennes totales tâches	162,82 €	168,22 €	263,33 €	458,60 €
Frais d'hygiénisation	15,28 €	15,46 €	26,33 €	50,00 €
Frais de repas	- €	- €	- €	21,82 €
Total charges moyennes directes	178,10 €	183,68 €	289,67 €	530,42 €
Différence avec forfait EqLAAT	-66,42%	-65,37%	-45,39%	

Tableau 19 : Coûts pour chaque étape du parcours d'Autonomia 64 (2023 et 2024) et d'EqLAAT (durant la phase d'expérimentation: 2022-2023).

Il convient de préciser que le taux horaire retenu pour l'expérimentation EqLAAT correspond à celui d'un ergothérapeute justifiant de 13 années d'expérience, tandis que le personnel d'Autonomia 64 correspond davantage à des profils juniors qui interviennent dans une structure associative. L'association a par ailleurs fait face à un renouvellement important de ses équipes, du fait d'une charge de travail trop importante et de conditions salariales limitées. Au final, il semble plus raisonnable de retenir le taux horaire d'EqLAAT dans la perspective de montée en puissance du dispositif Autonomia 64 qui pourrait à terme voir son équipe se constituer d'ergothérapeutes plus expérimentés. Avec un taux horaire similaire à celui d'EqLAAT, les charges directes de l'intervention d'Autonomia 64 s'élèveraient à 290€ par dossier, soit 45% du montant d'EqLAAT pour une situation

« simple ». Il est à noter que ce coût correspond au coût moyen passé par l'équipe à l'accompagnement d'un bénéficiaire, et non pas au coût complet du service dans une logique de forfait.

4.1.2 Des charges indirectes moindres pour Autonomia 64 de par sa spécialisation et son modèle organisationnel plus léger

Les charges indirectes moyennes regroupent deux catégories de coûts, les frais de coordination et pilotage (secrétariat et chef de service) et les frais de gestion :

- Les **frais de coordination et de pilotage** comprennent les salaires bruts du personnel d'encadrement (secrétariat et du chef de service).
- Les **frais de gestion** se déclinent en coûts salariaux du personnel administratif (assistant RH, comptable, responsable et directeur) et en frais variables et fixes de fonctionnement.
 - Les **frais variables** correspondent aux coûts proportionnels au volume d'activité. Ils sont liés aux véhicules (carburant, télépéages, parking, entretien) et aux frais administratifs courants tels que les coûts d'affranchissement, de services bancaires et les honoraires des commissaires aux comptes.
 - Les **frais fixes** regroupent les coûts de structure permanents tels que les frais liés à l'électricité et aux fournitures par salarié, aux charges locatives, à la liaison informatique et aux forfaits téléphoniques.

Les charges moyennes indirectes d'Autonomia 64, présentées dans le Tableau 20, indiquent naturellement une augmentation entre 2023 et 2024 suite à une augmentation de l'effectif et une augmentation des frais variables et fixes. De plus, le poste de chef de service a été fusionné avec le poste de direction en 2024.

Les charges indirectes moyennes liées à l'intervention d'EqLAAT sont présentées dans le Tableau 21. Étant donné qu'EqLAAT a exclu de son rapport des charges essentielles à la structure de coûts (notamment des frais mobiliers, matériels, administratifs et financiers, des frais liés aux déplacements et aux activités d'accompagnement, ainsi qu'au développement de la structure), il n'a pas été possible d'aller plus loin dans la comparaison indirectes moyennes des deux structures. Malgré les données incomplètes d'EqLAAT, il est à noter que les charges de l'expérimentation sont déjà supérieures à celle d'Autonomia 64. Cette observation suggère que des équipes telles qu'Autonomia 64 plus légères en termes de coût de structure peuvent servir plus d'utilisateurs en étant davantage coût-efficaces que des structures existantes qui, de par la diversité de leurs missions, ont des charges indirectes plus importantes.

Types de coûts	Autonomia 64 2023	Autonomia 64 2024
Coordination et pilotage		
Secrétariat	-	-
Chef de service	64,10 €	-
<i>Total coordination et pilotage</i>	64,10 €	-
Frais de gestion		
Assistant RH	-	-
Comptable	-	3,76 €
Responsable	-	-
Directeur	20,64 €	52,03 €
Frais variables	26,20 €	47,41 €
Frais fixes	26,39 €	49,23 €
<i>Total Frais des gestion</i>	73,23 €	152,42 €
Total charges moyennes indirectes	137,33 €	152,42 €

Tableau 20 : Charges moyennes indirectes par dossier du parcours Autonomia 64 en 2023 et 2024.

Types de coûts	EqLAAT	
	Forfait 11,6	Forfait 16,8
Coordination et pilotage		
Secrétariat	88,86 €	148,00 €
Chef de service	199,95 €	263,82 €
<i>Total coordination et pilotage</i>	288,81 €	411,82 €
Frais de gestion		
Assistant RH	53,71 €	82,16 €
Comptable	-	-
Responsable	26,10 €	40,62 €
Directeur	71,39 €	102,74 €
Frais variables	22,67 €	32,68 €
Frais fixes	2,66 €	3,83 €
<i>Total Frais des gestion</i>	176,53 €	262,03 €
Total charges moyennes indirectes	465,34 €	673,85 €

Tableau 21 : Charges moyennes indirectes par dossier pour les deux forfaits du parcours EqLAAT.

4.1.3 Le modèle d'Autonomia 64 génère un surplus économique du fait de la mutualisation des achats, ainsi que du prêt et de la circularité des AT

La différence principale entre la solution portée par Autonomia 64 et le dispositif EqLAAT est la mise à disposition systématique des AT pour répondre au besoin identifié lors de l'évaluation. Cette partie s'intéresse ainsi au coût d'acquisition des AT fournies par Autonomia 64 en tenant compte de l'amortissement économique lié à leur circularisation. En mobilisant des contrefactuels, nous comparons le coût d'acquisition associé au modèle d'Autonomia 64 basé sur le prêt avec le modèle en achat-vente neuf de la solution conventionnelle. Cette comparaison vise ainsi à révéler le surplus économique du producteur défini comme la différence entre le prix du marché (solution conventionnelle) et le prix proposé par Autonomia 64.

Ces contrefactuels ont été construits sur la base des besoins satisfaits et des AT fournies par Autonomia 64. Ils sont représentés par trois courbes de coût selon la méthodologie de modélisation présentée ci-dessous.

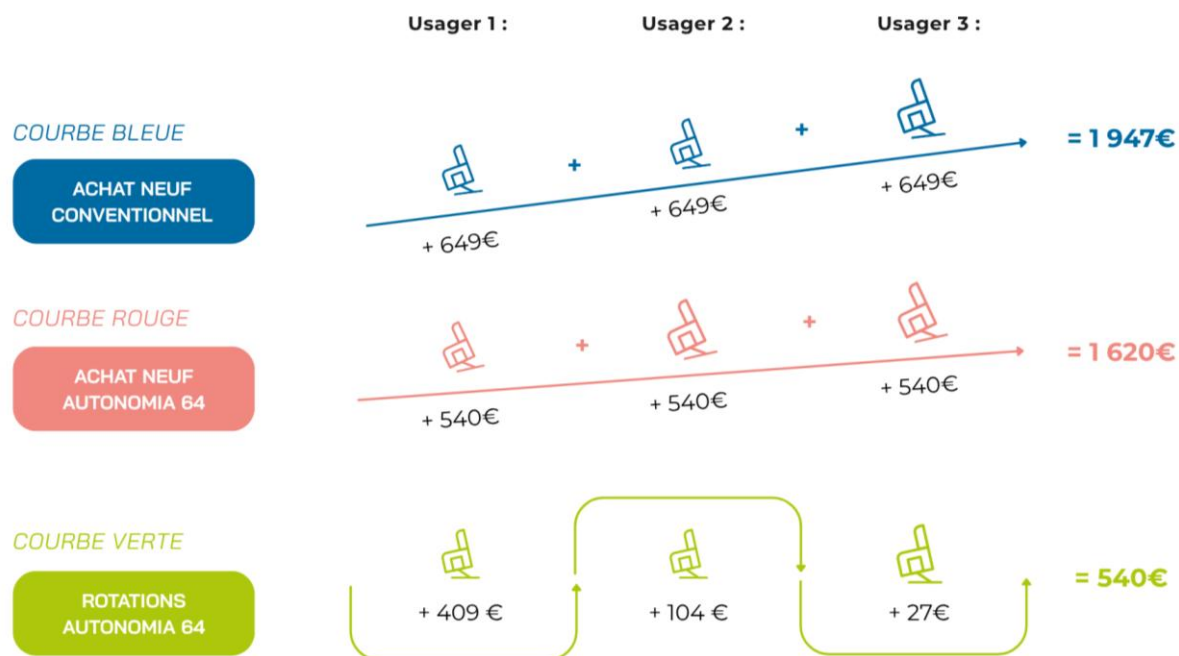


Figure 11 : Exemple simplifié de la méthodologie de modélisation des courbes de coûts d'acquisition d'AT.

- **La courbe bleue** représente un modèle en achat neuf d'AT dans la solution conventionnelle. Elle correspond à la somme des acquisitions d'AT selon le prix distributeur dans une logique cumulative (soit l'acquisition par trois usagers de trois fauteuils releveurs pour un prix unitaire de 649€).
- **La courbe rouge** représente un modèle en achat neuf d'AT dans la solution conventionnelle, basé cette fois-ci sur les prix d'achat dont bénéficie Autonomia 64. Ces prix d'achat peuvent être moindres du fait de l'achat en gros ou nul pour les AT issues du réemploi ou du don (soit l'acquisition par Autonomia 64 de trois fauteuils releveurs pour un prix unitaire de 540€).
- **La courbe verte** représente le modèle d'Autonomia 64 basé sur ses prix d'achat d'AT (tels que dans la courbe rouge) et tenant compte également des cycles de rotation réalisés par les AT selon un amortissement par palier décroissant (i.e. plus important pour les premières rotations et diminuant par la suite avec le temps pour les rotations suivantes). Ainsi, environ 75% du coût d'acquisition de l'AT est associé à la première rotation, le reste étant réparti de façon dégressive sur les cycles de rotation suivants (soit l'acquisition par Autonomia 64 d'un fauteuil releveur pour un prix unitaire de 540€ amorti sur trois usages).

L'écart entre les courbes bleu et rouge représente la part du surplus économique qui est associé au mode et coût d'acquisition des AT d'Autonomia 64 (achats d'AT mutualisés par un même opérateur territorial et recours au réemploi) par rapport à la situation conventionnelle. Ce surplus représenté en bleu sur la Figure 11 correspond au gain de pouvoir de marché généré par Autonomia 64 via le négoce.

L'écart entre la courbe verte et la courbe rouge se traduit par un surplus économique, qui reflète les économies générées par la mise à disposition (prêt) et la circularité des AT au sein du parc d'Autonomia 64 par rapport à la situation conventionnelle. Ce surplus de circularisation est représenté en vert sur la Figure 12.

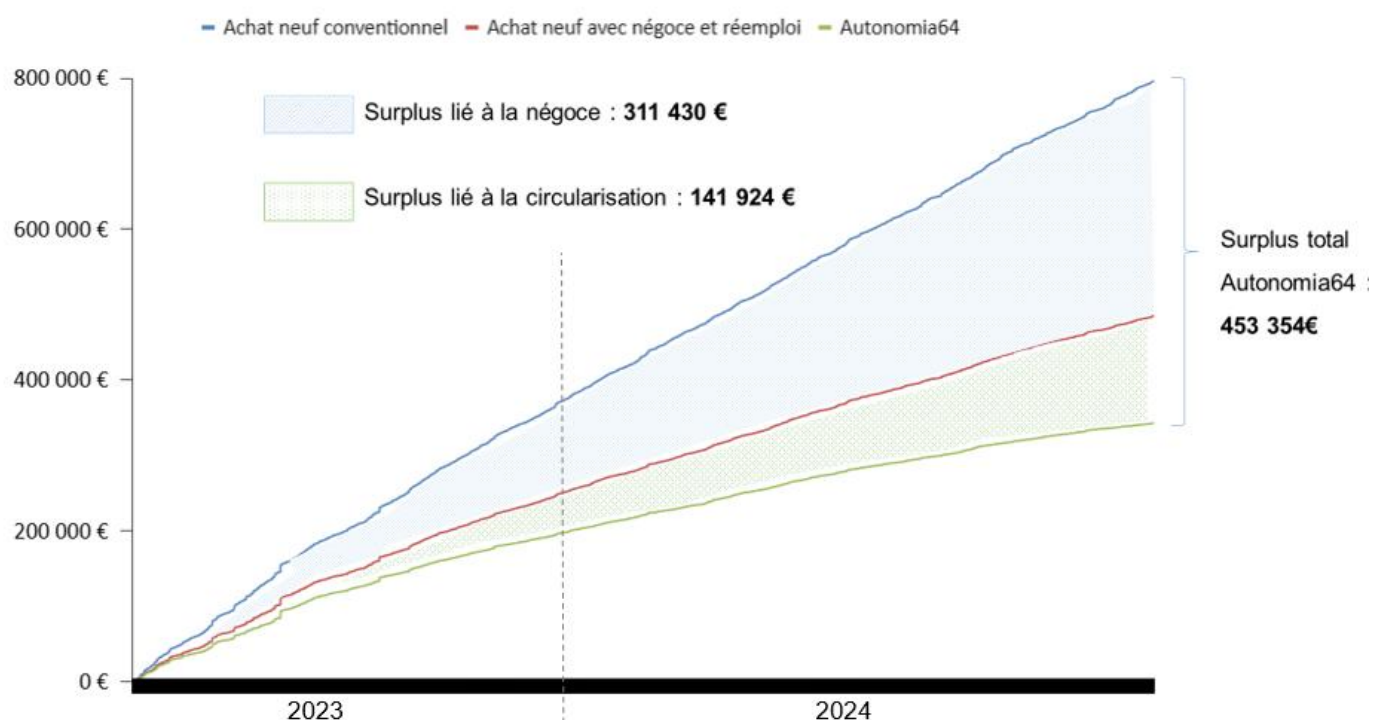


Figure 12: Surplus économique généré par le mode et coût d'acquisition des AT (bleu) ainsi que la mise à disposition et circularité des AT (vert) d'Autonomia 64, basé sur la modélisation de trois courbes de coût (achat neuf au prix distributeur en bleu, achat neuf au prix d'Autonomia 64 en rouge, modèle d'Autonomia 64).

Ces montants constituent des surplus théoriques dans la mesure où les courbes d'achat neuf (bleu et rouge) représentent des contrefactuels. Cette valeur dégagée par rapport au modèle conventionnel d'achat-vente est avant tout un surplus du producteur, et non du consommateur. En effet, dans un modèle en achat-vente, la valeur est immédiatement transférée vers l'utilisateur au moment de l'achat, la structure distributrice ne conservant aucune valeur économique sur le bien vendu.

A l'inverse, dans le modèle basé sur l'économie de la fonctionnalité d'Autonomia 64, la structure conserve la propriété de l'AT et internalise la valeur liée à ses diverses mises à disposition. Le surplus observé dans les courbes de coût représente donc une valeur captée et maintenue dans la sphère du producteur, résultant de la mutualisation des achats, de la rotation des AT et de la prolongation de leur durée de vie économique. Il s'élève au total à 453 354€, dont 311 430€ (soit 69%) liés au mode d'acquisition des AT par Autonomia 64 (négoce et recours au réemploi/don) et 141 924€ (soit 31%) liés à la mise à disposition et la circularisation des AT.

4.2 Gestion du parc d'AT : un modèle de financement par immobilisation générateur d'une valeur redistribuée par Autonomia 64

Cette partie s'intéresse maintenant au coût global du service d'Autonomia 64. Nous proposons une lecture comptable du modèle qui permet à la fois d'éclairer les logiques de gestion des immobilisations et de création et de redistribution de la valeur à l'œuvre dans le modèle d'Autonomia 64.

Nous procédons dans un premier temps à une analyse des charges de la structure telles que enregistrées comptablement par Autonomia 64. À partir des comptes de résultat 2023 et 2024, les charges annuelles liées à l'équipement des usagers d'Autonomia 64 sont ventilées en 9 catégories :

- **Dotations aux amortissement** : montant d'amortissement du parc qui est passé en comptabilité pour l'année en question ;
- **Salaires bruts** : total des salaires annuels bruts de tous les employés (charges sociales incluses) ;
- **Locations et entretien immobiliers** : charges liées aux biens immobiliers ;
- **Locations et entretien mobiliers** : charges liées aux biens mobiliers (notamment location des véhicules de fonction) ;
- **Prestations extérieures** : frais de sous-traitance ;
- **Fournitures administratives, marchandises et consommation** : énergie, eau et fournitures diverses ;
- **Frais de déplacements** ;
- **Impôts** ;
- **Autres charges.**

Les charges de la structure ainsi recalculées sont représentées ci-dessous de manière absolue (Figure 13) et par usager servi (Figure 14).

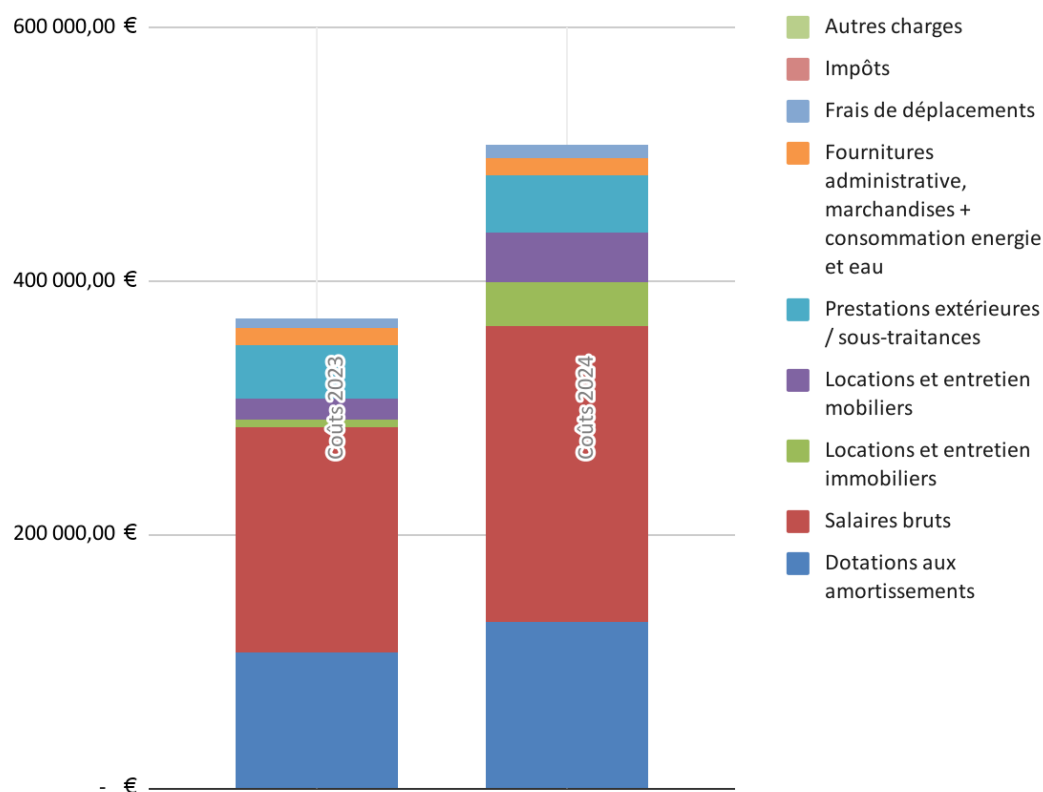


Figure 13 : Histogramme représentant la répartition des coûts d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 selon les charges incluses dans son compte d'exploitation.

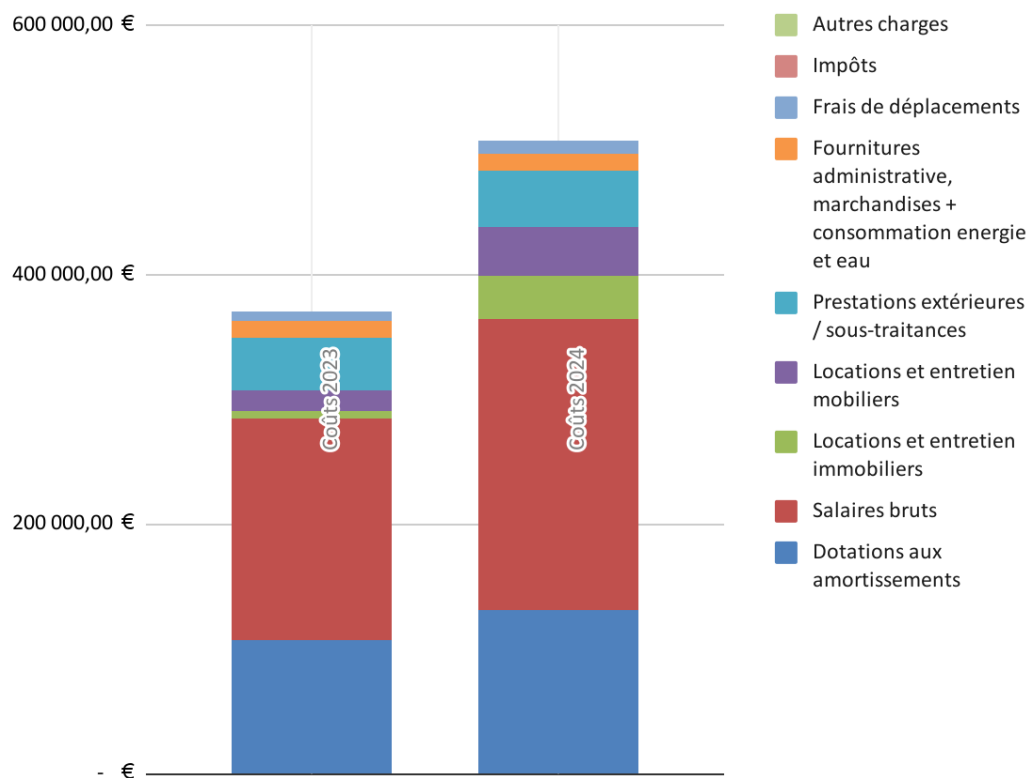


Figure 14 : Histogramme représentant la répartition des coûts par dossier d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 selon les charges incluses dans son compte d'exploitation.

Tenant compte des dotations aux amortissements, les charges de la structure s'élèvent ainsi à 369 974€ en 2023, soit 454,51€ par dossier, et 507 550€ en 2024, soit 484,30€ par dossier. L'analyse de l'évolution des charges au cours des deux premières années de l'expérimentation met ainsi en évidence une hausse des charges principalement liée aux postes loyers et salaires. Cette augmentation s'explique par deux facteurs : le déménagement de l'équipe dans ses propres locaux et le recrutement d'un ETP dédié à la remise en état et à la gestion du stock d'AT.

Les charges observées en 2024 apparaissent ainsi comme plus représentatives du niveau de dépenses structurelles associé au dispositif d'Autonomia 64. Ce niveau de charges ne permet toutefois pas d'anticiper une montée en puissance du service. Les équipes étant déjà en situation de surcharge, l'année 2024 a été marquée par une dégradation du niveau de service rendu par rapport au démarrage de l'expérimentation (temps de traitement plus longs et obligation de refuser certains dossiers). Dans ce contexte, il a été décidé, en accord avec le Département, de rationaliser l'activité en procédant à une sélection des dossiers pris en charge.

Les Figures 15 et 16 ci-dessous présentent les dépenses de la structure en intégrant les coûts d'acquisition des AT pour représenter les charges que supporteraient un modèle en achat-vente. En 2023, les dépenses totales pour équiper 814 usagers s'élevaient à 488 326€, soit 600€ par usager. En 2024, les dépenses totales pour équiper 1048 usagers s'élevaient à 504 898€, avec un coût par usager réduit à 482€, soit 24,52% de moins que l'année précédente. Cette diminution qui s'explique principalement par un nombre d'acquisition d'AT significativement inférieur en 2024 par rapport à 2023 reflète la logique du modèle d'Autonomia 64. En effet, au fur et à mesure que le parc d'AT se constitue et se diversifie suite à la réponse à de nouveaux besoins, la nécessité d'acquisition de nouvelles AT diminue naturellement, puisque les besoins des usagers peuvent être satisfaits avec le matériel existant dans le parc.

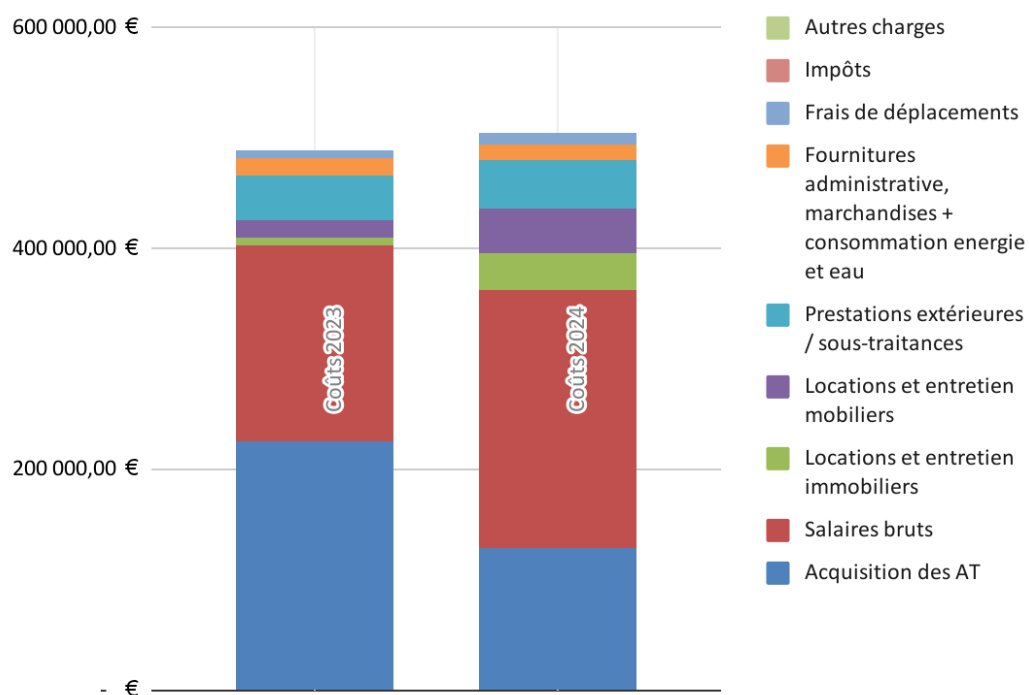


Figure 15 : Histogramme représentant la répartition des coûts d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 en intégrant les coûts d'acquisition des AT selon un modèle d'achat-vente.

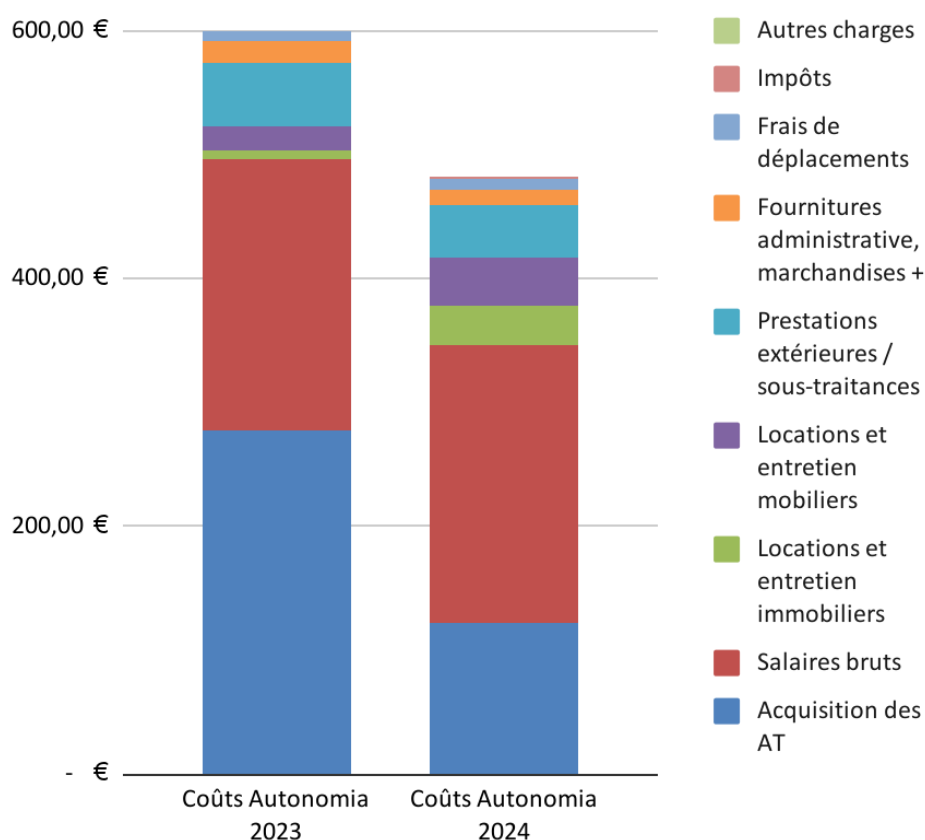


Figure 16 : Histogramme représentant la répartition des coûts par dossier d'Autonomia 64 en 2023 et 2024 en intégrant les coûts d'acquisition des AT selon un modèle d'achat-vente.

Il est intéressant de constater qu'en 2024, les charges par dossier relèvent pratiquement du même montant que lorsque les acquisitions d'AT sont incluses dans les charges (481,77€). En effet, le montant des dotations aux amortissements pour 2024, soit la consommation de valeur des AT reflétées dans les charges, est équivalent au montant des AT achetées par la structure en 2024. Bien que ce point ne semble être qu'une coïncidence, il invite à s'attarder sur le volume des dotations aux amortissements enregistrées comptablement par la structure sur les deux années d'expérimentation.

Cette analyse des comptes de la structure permet de révéler deux points saillants du modèle.

1. Le cycle d'amortissement comme levier de gestion économique du dispositif

Nous constatons qu'une partie importante du parc d'AT a été amortie sur une durée relativement courte sur le début de l'expérimentation : en 2023 et 2024, respectivement 36% et 48% du parc d'AT étaient amortis sur une à deux années, tandis que le reste était amorti sur 5 à 10 ans. Ce choix d'amortissement a été retenu par les équipes d'Autonomia 64 en début d'expérimentation par manque de recul sur la durée de vie effective des AT. Il a finalement été favorable pour la structure dans la mesure où il a permis d'augmenter le volume de charges sur les deux premiers exercices et d'éviter à l'association une fiscalité sur les subventions perçues au titre de l'investissement.

A ce rythme, plus de la moitié du parc d'AT sera amortie d'ici un à deux ans, produisant une diminution du volume des dotations aux amortissements et une augmentation mécanique du résultat net de la structure. Dans le même temps, le fait que l'intégralité du parc se soit constitué rapidement au lancement de l'expérimentation laisse présager à moyen terme la nécessité d'un investissement de renouvellement significatif pour remplacer les équipements arrivés en fin de vie. Il convient donc d'anticiper dès à présent le coût de remplacement du parc au travers la bonne gestion du résultat qui pourrait se dégager du fait des dotations aux amortissements moindres. Le recul des équipes sur les deux premières années d'activité devrait également permettre un ajustement des durées d'amortissement des AT pour rapprocher les logiques comptables et économiques du modèle.

2. Les mécanismes de maintien et de redistribution de la valeur générée par le dispositif

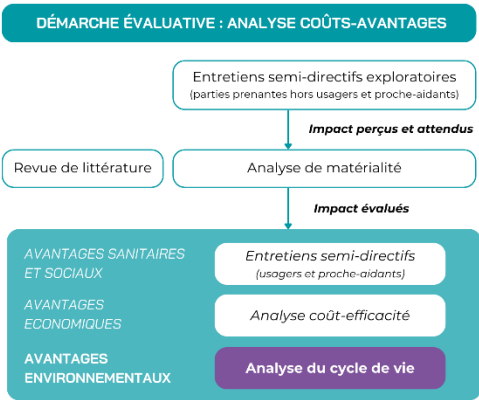
Du fait de leur comptabilisation en immobilisations corporelles à l'actif du bilan, les AT acquises par Autonomia 64 s'inscrivent dans le patrimoine de la structure et deviennent support de son activité dans le temps. Leur valeur n'est pas extraite d'une transaction unique (via la vente d'AT neuves), mais se déploie dans les cycles de mise à dispositions des AT. Cette valeur ainsi générée se maintient dans la durée par le rapport continu entre l'actif immobilisé et les flux de services de mise à disposition récurrents. Par l'enregistrement des amortissements, cette valeur est progressivement consommée et régénérée à travers l'activité même du service. Ce positionnement traduit un changement profond de logique économique : la valeur ne se dissipe plus dans la transaction commerciale, mais circule et se reconstitue dans le temps, à l'intérieur du système productif. Le modèle Autonomia 64 repose ainsi sur la création d'une valeur d'usage continue, issue de la mobilisation et de l'entretien du parc d'AT.

Cette logique permet de ramener la valeur dans l'entreprise distributrice et gestionnaire afin qu'elle soit réinvestie dans la gestion, l'entretien et le renouvellement du parc d'AT. Le transfert de valeur entre producteur et consommateur est ainsi redéfini : tandis que la structure conserve la maîtrise de la valeur d'usage et en assure la régénération par la rotation du parc, l'utilisateur bénéficie de son côté d'un service d'usage à coût réduit et sans reste à charge. **Autrement dit, la valeur conservée par le producteur est distribuée en partie à l'utilisateur pour lequel le coût du service est diminué.**

Pour l'instant la valeur économique du modèle repose principalement sur la subvention départementale mais elle pourra à terme reposer sur une logique de forfait. La valeur globale créée découle du delta entre ces ressources et les coûts d'exploitation, dont la bonne gestion du parc immobilisé permet justement d'assurer la maîtrise et la minimisation dans la durée.

Au global, les résultats de cette analyse coût-efficacité mettent en lumière non seulement l'efficacité du dispositif, par la satisfaction du besoin de l'utilisateur (par un panel d'AT adapté), mais aussi son efficience par une mobilisation moindre de ressources économiques pour produire un service équivalent à la solution conventionnelle. Le dispositif Autonomia 64 ne se contente finalement pas de satisfaire le besoin différemment, mais il le satisfait à moindre coût collectif grâce à la mutualisation, au réemploi et à la circularité de l'usage.

5 Résultats de l'analyse du cycle de vie



L'Analyse du Cycle de Vie (ACV) vise à répondre à la question évaluative suivante : **à service équivalent, dans quelle mesure le dispositif Autonomia 64 présente-t-il un impact environnemental moindre par rapport au système actuel ?** L'ACV est menée pour évaluer les impacts environnementaux du dispositif d'Autonomia 64, fondé sur une économie de la fonctionnalité, en comparaison avec le modèle conventionnel d'achat-vente. Elle porte sur deux produits représentatifs des AT : le fauteuil releveur et le rehausseur WC, évalués sur la base d'un service rendu équivalent. Les résultats permettent de mieux comprendre la répartition des impacts environnementaux tout au long du cycle de vie et de mesurer l'effet de l'allongement de la durée d'usage lié au dispositif. Les détails de la méthodologie appliquée sont présentés en Annexe 6.

La composition des deux AT retenus pour l'analyse est décrite dans le Tableau 22. Le fauteuil releveur est majoritairement composé d'acier, tandis que le réhausse WC se compose presque intégralement de plastique. Le poids global du fauteuil releveur est 10 fois plus important que celui du réhausse WC. Les fauteuils releveurs sont faiblement représentés dans le parc d'AT avec 17 produits pour ce modèle en particulier qui ont été mis à disposition 32 fois entre 2023 et 2024, tandis qu'on dénombre 132 réhausseurs WC utilisés par un total de 211 bénéficiaires entre 2023 et 2024.

	Poids	Matériaux	Nombre AT	Nombre mises à disposition
Fauteuil releveur 1M Formentera	52 kg	68% acier ; 15% mousse ; 15% Textiles ; 2% moteur électrique + télécommande	17	32
Rehausse WC AT900 Complet avec Couvercle et Accoudoirs	5 kg	90% plastique / 10% acier	132	211

Tableau 22 : Description des deux produits soumis à l'ACV selon leur poids et les matériaux qui les constituent ainsi que leur nombre et activité au sein du parc d'AT.

L'impact environnemental d'un fauteuil releveur provient majoritairement de sa production tel que le montre la Figure 17. Le transport n'est pas significatif et son impact en fin de vie est également limité dans la mesure où l'hypothèse de recyclage de l'acier est retenue.

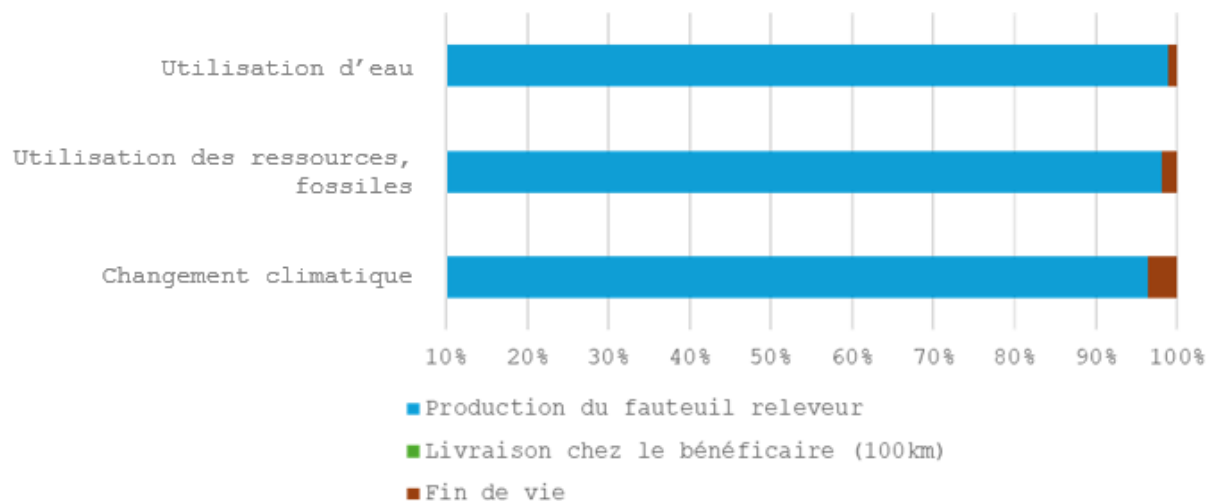


Figure 17 : Représentation de l'impact environnemental selon les ressources utilisées pour produire et livrer le produit, ainsi que liés à sa fin de vie.

Le Figure 18 présente l'impact environnemental sur les trois critères d'ACV les plus courants, d'abord pour 32 fauteuils puis pour 17 fauteuils. La première colonne représente l'impact environnemental qui aurait été produit dans la solution conventionnelle, celui associé à l'acquisition d'autant de fauteuils que de besoins à servir, soit 32 pour un poids environnemental de 3570 kg équivalent CO₂. La deuxième colonne représente l'impact environnemental associé au dispositif d'Autonomia 64 qui n'a acquis que 17 fauteuils pour servir 32 besoins pour un poids environnemental équivalent à 4 046 kg équivalent CO₂. Le fait de réaliser 32 mises à disposition avec 17 fauteuils permet d'économiser 3,7 tonnes eq. CO₂, soit l'équivalent de 18 000 km en voiture en voiture diesel.

32 mises à disposition de fauteuils

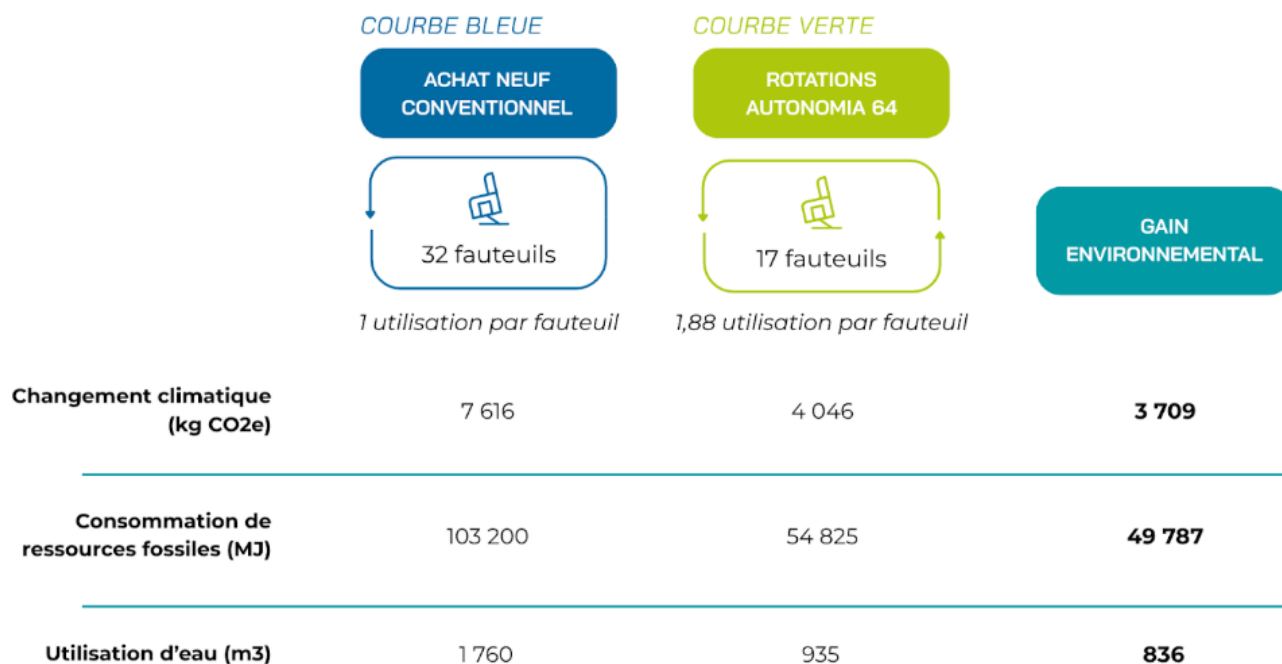


Figure 18 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour la solution conventionnelle (32 fauteuils) et la solution d'Autonomia 64 (17 fauteuils). L'écart entre les deux solutions est présenté dans la dernière colonne.

5.1 L'impact environnemental du réhausse WC requiert un nombre significatif de rotations pour être amorti

L'impact environnemental d'un réhausseur de WC provient majoritairement de sa production telle que l'illustre la Figure 19. Son impact en fin de vie est quant à lui non négligeable du fait de l'incinération du plastique.

La Figure 20 présente l'impact environnemental du réhausseur de WC pour 211 unités puis 132 unités. Dans le cas du réhausse WC, le delta associé à la circularisation de 132 AT pour servir 211 usagers d'Autonomia 64 est également de 3,5 tonnes eq. CO2. Le gain environnemental associé à la circularisation de ce type d'AT est donc nettement inférieur. En effet, le réhausse WC est une AT plus simple et plus légère. Pour le niveau de rotations observés, il vient toutefois quasiment compenser le poids environnemental associé à la production des 132 AT.

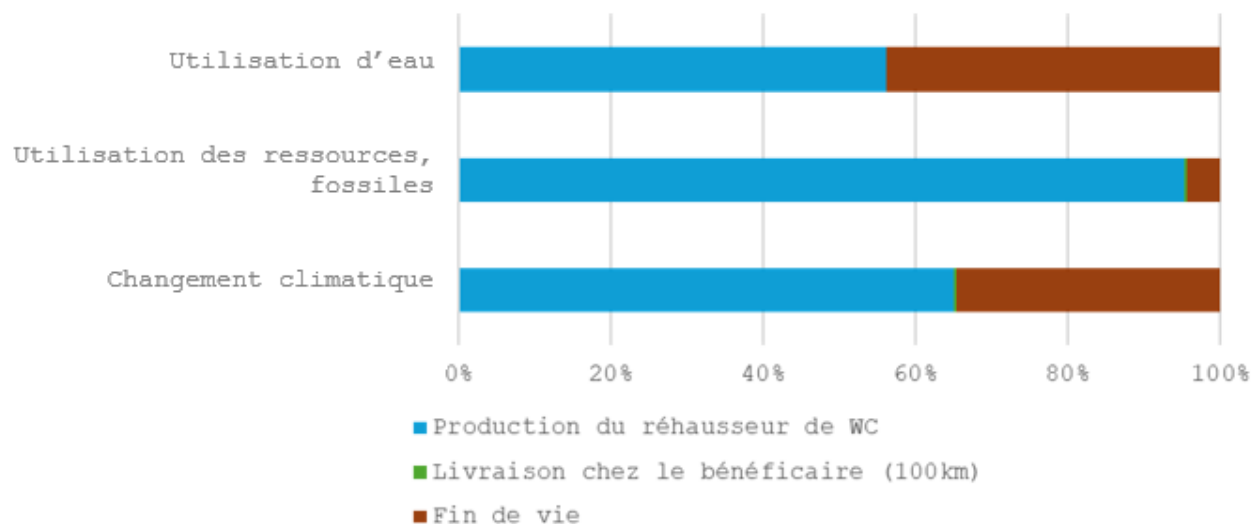


Figure 19 : Représentation de l'impact environnemental selon les ressources utilisées pour produire et livrer le produit, ainsi que liés à sa fin de vie.

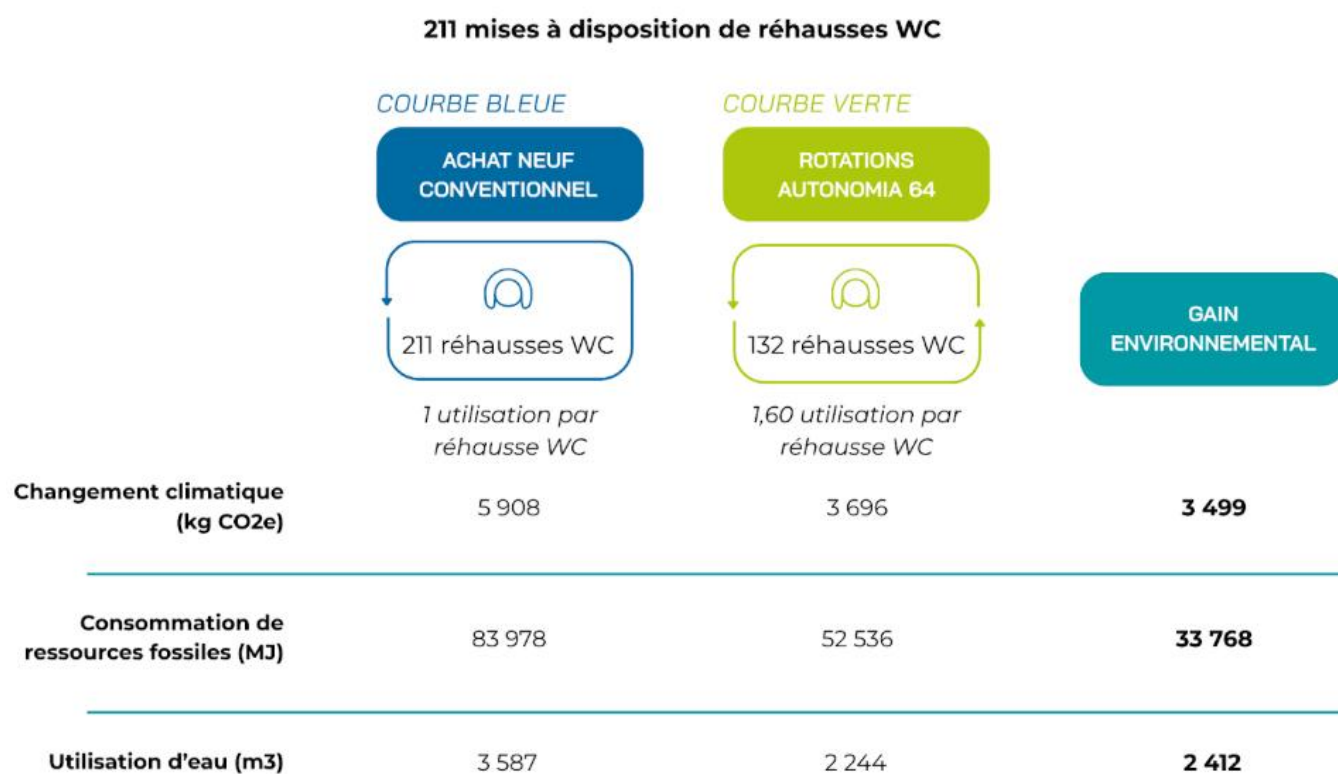


Figure 20 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour la solution conventionnelle (211 réhausseurs WC) et la solution d'Autonomia 64 (132 réhausseurs WC). L'écart entre les deux solutions est présenté dans la dernière colonne.

5.2 Une augmentation du gain environnemental par l'utilisation d'AT issues du don et du réemploi

Selon les équipes d'Autonomia 64, la moitié des réhausseurs WC soit 66 unités sont issues du réemploi. D'un point de vue environnemental, cela peut se traduire par l'amortissement des impacts de la production et de mise en forme des matières premières pendant la première phase de vie de l'AT. L'impact environnemental est donc considéré comme négligeable voire nul pour cette phase.

Dans ce cas, l'impact environnemental de seulement la moitié du parc de réhausse WC est considéré pour calculer le bénéfice environnemental de la solution Autonomia 64. Le calcul du delta associé à la circularisation de 66 AT pour servir 211 usagers d'Autonomia 64 donne une valeur de 4,7 tonnes eq. CO₂ (Tableau 23). Pour le niveau de rotations observés, ce delta compense largement le poids environnemental associé à la production des 55 réhausse WC acquis en neuf par Autonomia 64. Dans ce cas, l'utilisation d'AT issues du réemploi permet d'augmenter les gains d'émissions de gaz à effet de serre de 35% environ.

Catégorie de dommages	Pour 211 MAD Réhausse WC AT900 Complet avec Couvercle et Accoudoirs	Pour 66 Réhausse WC AT900 Complet avec Couvercle et Accoudoirs	Delta
Changement climatique (kg équivalent CO ₂)	5 942	1 212	4 711
Consommation de ressources fossiles (MJ)	84 070	25 151	58 919
Utilisation d'eau (m ³)	3 718	653	3 065

Tableau 23 : Impact environnemental détaillé selon trois catégories de dommages pour une unité, la solution d'Autonomia 64 (132 réhausse WC dont la moitié issus du réemploi) et la solution conventionnelle (211 réhausse WC).

5.3 Limites de l'analyse

La disponibilité limitée des données ne permet pas d'atteindre un niveau d'exhaustivité optimal, notamment en raison d'un manque d'informations fournisseurs disponibles pour les modélisations. Les résultats d'impacts environnementaux reposent donc sur des hypothèses fortes.

Les étapes d'entretien ont été exclues de l'analyse du fait de leur faible contribution. En effet, les échanges avec le responsable de l'atelier d'Autonomia 64 ont révélé les éléments suivants qui restent marginaux : une application antirouille sur certaines parties du réhausseur WC est réalisée toutes les 2 ou 3 réutilisations et ne concerne pas l'ensemble des AT, tandis que les vérins des fauteuils 1M FORMENTERA ne sont remplacés qu'après une longue période d'utilisation dans environ 5% des cas. Cette faible intensité d'entretien justifie leur non-intégration dans le modèle, sans compromettre la représentativité des résultats.

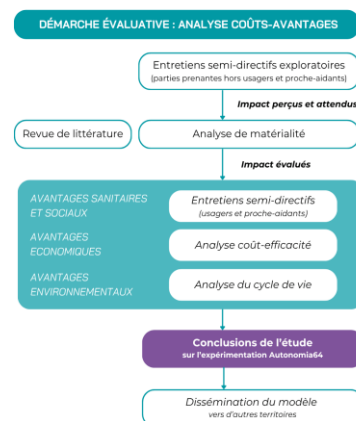
Enfin, les données disponibles des AT issus du don et du réemploi ne permettent pas de tracer la durée d'utilisation de l'AT avant le don. Cette incertitude est d'autant plus importante que certains dons peuvent provenir d'AT neuves jamais utilisées, tandis que d'autres ont déjà connu plusieurs cycles d'usage. Les dons peuvent être issus d'AT neuves jamais utilisées. En conséquence, le modèle de réduction des impacts environnementaux privilégie une approche méthodologique prudente en calculant une estimation haute des impacts évités pour éviter une surestimation de la performance environnementale du dispositif. En d'autres termes, les résultats présentés ci-dessous présentent le potentiel maximal de réduction d'impact environnemental que le dispositif Autonomia 64 peut générer.

5.4 Conclusions de l'ACV

L'ACV permet de distinguer deux profils environnementaux parmi les AT. D'un côté les AT « légères », au faible poids environnemental, nécessitent un grand nombre de réutilisation de l'AT pour atteindre un bilan écologique positif. Cela est dû au fait que leur empreinte initiale est faible et impose donc de nombreuses rotations pour amortir leur impact lié à la production. À l'inverse, les AT « lourdes », au poids environnemental plus élevé, atteignent un bilan écologique positif plus rapidement, notamment sur des mises à dispositions de courtes durées.

Il convient de noter qu'actuellement, seuls 5% des AT du parc d'Autonomia 64 sont considérées comme « lourdes » (fauteuils releveurs, fauteuils roulants, rollators). Dans la composition actuelle du parc d'AT, le gain environnemental associé au dispositif reste donc à relativiser. Ainsi, il ne s'agit pas de mettre la priorité sur les AT « lourdes », mais d'assurer la qualité et la durabilité des AT « légères » pour garantir un nombre de rotations important. Concrètement, cela implique d'équiper le parc d'AT d'Autonomia 64 avec des AT à faible impact environnemental initial, idéalement des modèles recyclables ou biosourcés, d'augmenter le nombre de rotations des modèles d'AT légers et de maximiser leur durée de vie et de réutilisation des AT « lourdes ».

6 Conclusions de l'étude et recommandations à l'attention d'Autonomia 64



L'étude conduite sur le dispositif Autonomia 64 **apporte des éléments probants quant à la pertinence et aux effets du modèle sur la satisfaction des besoins en aides techniques et sur l'autonomie des bénéficiaires.** Les entretiens réalisés ont permis d'objectiver plusieurs impacts significatifs, tant sur le plan matériel que psychologique et social.

Pour commencer, les usagers et leurs proches aidants relèvent du fait du dispositif une **meilleure connaissance des aides techniques et de leurs bienfaits.** L'accompagnement par les ergothérapeutes joue ici un rôle central en permettant non seulement de choisir la solution la plus pertinente, mais aussi d'apporter un **soutien moral et relationnel** essentiel dans un moment souvent marqué par l'appréhension liée à la perte d'autonomie.

En lien avec ce point, un effet inattendu est apparu autour des modalités de mise à disposition des aides techniques. **Le principe du prêt, en remplaçant la logique d'achat définitif, allège la charge psychologique associée à l'équipement et facilite l'utilisation de l'aide technique par l'acceptation progressive de la situation de perte d'autonomie de l'usager.** Il transforme en effet une étape perçue comme une confirmation de la perte d'autonomie en une phase d'expérimentation. Cet effet d'acceptation plus rapide se traduit concrètement par **un gain de temps dans le processus d'évaluation, améliorant ainsi l'efficacité globale et accélérant la mise en place des solutions adaptées.** Cette observation qualitative trouve un écho direct dans l'analyse coût-efficacité, qui révèle, dans l'analyse des coûts directs de l'intervention, une optimisation du temps d'intervention des ergothérapeutes et d'identification du matériel à mettre en place.

Le dispositif permet non seulement de répondre directement aux besoins des usagers, mais aussi d'appuyer les acteurs de l'écosystème de la santé. Il contribue notamment à renforcer les pratiques professionnelles, par exemple en permettant aux ergothérapeutes hospitaliers de tester les aides techniques, favorisant ainsi une meilleure connaissance des équipements existants pour des préconisations plus adaptées aux besoins.

Les entretiens révèlent que de nombreux bénéficiaires n'auraient pas pu s'équiper, ou n'auraient pas eu accès à un matériel adapté ni à un niveau de service équivalent, en l'absence du dispositif. Autrement dit, **la levée des freins informationnels, psychologiques et financiers via l'intervention d'Autonomia 64 contribue à débloquent une partie de la demande jusqu'alors contrainte ou rationnée.** Cette dynamique positive appelle néanmoins un pilotage prudent, afin d'anticiper la tension entre la demande révélée, désormais supérieure à la capacité opérationnelle de traitement, et le niveau de financement disponible.

Ce déséquilibre va demander des arbitrages pour ne pas fragiliser l'organisation d'Autonomia 64 ni dégrader la qualité du service rendu. Ces arbitrages diffèrent selon les composantes du modèle, car les dynamiques à l'œuvre ne sont pas les mêmes entre la phase d'évaluation, centrée sur l'accompagnement et l'expertise ergothérapeutique, et la phase de mise à disposition, davantage liée à la gestion du parc et à la soutenabilité économique du dispositif.

- Dans la phase « évaluation ergothérapeutique », **l'intervention systématique et sans reste à charge pour tous les bénéficiaires est à privilégier**, car elle constitue un socle d'accès universel au service. La généralisation d'EqLAAT constitue une opportunité pour inscrire durablement l'accompagnement dans l'identification des besoins et du matériel adapté dans le droit commun, en garantissant un accès sans frais aux publics. Il convient également de préserver la souplesse du dispositif d'essai des AT, qui constitue le cœur de l'efficacité observée.
- Dans la phase « mise à disposition des aides techniques », le prêt de matériel apparaît comme un levier déterminant d'accès et d'acceptabilité. **Assurer la continuité de ce service pour l'ensemble des bénéficiaires constitue donc un enjeu central.** Si le coût du dispositif reste un frein pour une partie des usagers, d'autres ont exprimé un consentement à payer (via un forfait), invitant à **réinterroger le modèle de contribution autour d'un système de forfait de location d'aides techniques.** Les critères de sélection et les modalités de contribution restent toutefois à définir, afin d'éviter des effets d'exclusion ou des lourdeurs administratives.

Enfin, **l'analyse financière du dispositif met en lumière un enjeu clé de pilotage autour de la gestion du parc d'AT.** La constitution rapide du stock en début de l'expérimentation a entraîné un volume d'investissements concentré sur une courte période. Ces équipements, comptabilisés en immobilisations, ont fait l'objet d'importantes dotations aux amortissements sur les deux premiers exercices. À mesure que ces immobilisations seront totalement amorties, le volume des dotations aux amortissements diminuera mécaniquement, entraînant une hausse apparente du résultat comptable. Cette évolution

ne traduit pas une variation économique fondamentale, mais plutôt un effet conjoncturel lié au cycle d'amortissement.

Il est donc essentiel d'adopter une gestion pilotée du parc, anticipant dès à présent le coût de remplacement des aides techniques. Le résultat comptable dégagé au cours des prochaines années devra être affecté aux réserves, ou le cas échéant provisionné pour renouvellement, afin de **constituer une capacité d'autofinancement suffisante pour remplacer les équipements en fin de vie.** Cette approche permettra de lisser les investissements dans le temps et d'éviter les à-coups budgétaires susceptibles de fragiliser la continuité du service. Le recul acquis sur les deux premières années d'activité doit également permettre **un réajustement des durées d'amortissement pour mieux refléter la durée de vie effective des équipements.** Ce rapprochement entre comptabilisation et réalité économique constitue un levier essentiel pour assurer la soutenabilité du modèle et sécuriser la gestion du parc d'aides techniques dans le temps.

Dans une perspective de maintien voire de développement, de nouvelles études complémentaires pourraient être menées :

- La présente étude, qui met en évidence les impacts du dispositif, pourrait être pérennisée sous la forme d'un travail complémentaire visant à concevoir et tester un système de suivi systématique et objectivé de l'activité et des impacts. Ce dispositif de suivi, fondé sur des indicateurs clairement définis, partagés et représentatifs de l'ensemble des dimensions évaluées, permettrait de renforcer la traçabilité des résultats et la consolidation des données d'impact dans le temps.
- Une étude sur le consentement à payer et la capacité financière des usagers pourrait être réalisée, ainsi que sur les freins économiques ou sociaux pouvant conduire à l'éviction des usagers. Cette étude permettrait d'éclairer les choix futurs en matière de contribution financière.
- Une analyse approfondie du modèle d'affaires, tenant compte du périmètre d'intervention, du public servi et des ressources humaines et financières mobilisées (internes comme externes), pourrait identifier les leviers d'optimisation et de soutenabilité du dispositif.
- Enfin, approfondir la compréhension des effets du dispositif sur les proches aidants permettrait de mieux qualifier l'allègement du fardeau et les bénéfices liés à leur accompagnement.

Synthèse des impacts observés

Sanitaires et sociaux :

- Une amélioration de l'accès aux aides techniques, le bien-être psychologique et l'acceptation de la situation de perte d'autonomie et du matériel nécessaire par les usagers.
- Une contribution à la sécurisation du domicile, à une collaboration voire mise en réseau entre les professionnels de santé, à une meilleure coordination entre les aides humaines des usagers et les aides techniques, et à un allègement du fardeau des proches aidants.
- Une qualité du matériel fourni, ainsi qu'une amélioration de l'adéquation du matériel au besoin des usagers, grâce à l'évaluation par un ergothérapeute renforçant l'efficacité globale.
- Une utilisation des aides techniques plus régulière voire intégrée à la routine quotidienne (selon le matériel), associée à un accompagnement humain de qualité et à une réactivité opérationnelle reconnue.

Économiques :

- Une optimisation des coûts grâce au prêt et à la circularité du matériel, à la mutualisation des achats et l'utilisation de matériel issu du don et du réemploi, à la réduction des charges indirectes par la spécialisation du dispositif et son modèle organisationnel plus léger et à un système de financement par immobilisation créant une valeur redistribuée entre les acteurs.
- Une efficacité du dispositif par la satisfaction du besoin à moindre coût collectif, grâce à la circularité et au réemploi des aides techniques.

Environnementaux :

- Un gain environnemental du fait de l'usage d'aides techniques issues du don et du réemploi, ainsi que du réemploi des aides techniques acquises.

Synthèse des recommandations opérationnelles

Accompagnement et évaluation du matériel nécessaire :

- Maintenir l'évaluation systématique par un ergothérapeute pour tous les bénéficiaires et inscrire l'équipe d'Autonomia 64 dans le dispositif EqLAAT généralisé en préservant la souplesse du dispositif d'essai des aides techniques.
- Mettre en place un suivi systématique et objectif de l'activité et des impacts du dispositif, fondé sur un ensemble d'indicateurs (ex. échelle GAS) clairement définis, partagés et représentatifs de l'ensemble des champs d'impact.

Organisation du travail/intervention des ergothérapeutes :

- Sectoriser les zones d'intervention afin de réduire la charge de travail et de favoriser un suivi individualisé des usagers.

Gestion économique, comptable et environnementale du parc d'aides techniques :

- Renforcer le suivi extra-comptable de la valeur économique du parc (rotation, maintenance, cycles) et adapter la politique d'amortissement aux familles d'aides techniques et à leur durée d'usage réelle.
- Investir dans le renouvellement et la maintenance du parc d'aides techniques, en constituant des réserves de renouvellement pour sécuriser l'investissement futur et en privilégiant les modèles recyclables, biosourcés et à faible impact environnemental initial.
- Maximiser la durée de vie et la réutilisation des aides techniques, notamment les modèles « lourds », et maximiser le nombre de rotations, notamment pour les modèles « légers », pour consolider la performance environnementale.

Modèle économique :

- Réexaminer le modèle de contribution en envisageant la mise en place d'un forfait de location des aides techniques, en veillant à définir clairement les critères et les modalités pour éviter les effets d'exclusion et maintenir la souplesse administrative.
- Accroître les ressources humaines et financières (augmenter le nombre d'ergothérapeutes, stabiliser les équipes et renforcer le soutien budgétaire), en consolidant les financements existants et/ou en développant de nouveaux partenariats financiers, publics ou privés.

Communication et mise en réseau :

- Renforcer la communication pour mieux faire connaître le dispositif auprès des bénéficiaires potentiels, de leurs proches aidants et des partenaires de santé, afin de répondre à la demande croissante des usagers, de maintenir et élargir le réseau de professionnels impliqués et d'ancrer durablement le dispositif dans l'écosystème local de la santé et du médico-social.
- Poursuivre l'effort de coordination interprofessionnelle pour maintenir la qualité de l'accompagnement et la fluidité du parcours de soin de l'utilisateur.

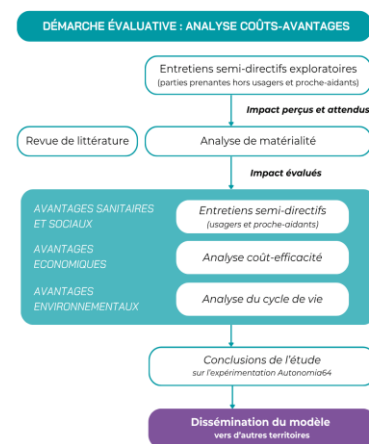
Propositions de scénarios d'évolution potentielle du dispositif d'Autonomia 64

Les recommandations formulées constituent une base permettant de dessiner plusieurs scénarios d'évolution possible du dispositif, en fonction des priorités stratégiques et des conditions de mise en œuvre. Ces scénarios ne sont pas destinés à être déployés simultanément, mais à s'inscrire de manière différenciée dans le temps, selon les moyens mobilisables, les partenariats établis et la maturité du dispositif.

	Rationalisation et consolidation de l'existant	Développement territorial du dispositif	Intégration du dispositif dans l'écosystème global médico-social	Innovation et diversification du dispositif
Objectifs	Stabiliser et optimiser le dispositif dans son périmètre actuel.	Étendre le dispositif à de nouveaux territoires dans une logique de montée en puissance progressive.	Faire du dispositif un maillon structurant du socio-écosystème de la santé intégré dans les politiques publiques (EqLAAT, parcours autonomie, économie circulaire).	Renforcer la valeur ajoutée du dispositif par la digitalisation, la mesure d'impact et la personnalisation des parcours.
Finalité	Préserver l'efficacité observée, garantir la qualité sans extension géographique majeure.	Accroître la couverture géographique et le nombre de bénéficiaires, tout en maintenant la qualité du service.	Positionner le dispositif comme un modèle de service durable et transférable à l'échelle nationale.	Accroître la performance, la visibilité et la transférabilité du modèle.

	Rationalisation et consolidation de l'existant	Développement territorial du dispositif	Intégration du dispositif dans l'écosystème global de santé et social	Innovation et diversification du dispositif
Accompagnement/évaluation	Sectorisation des zones d'intervention pour réduire la charge et renforcer le suivi individualisé.	Sectorisation renforcée et coordination interprofessionnelle accrue entre territoires.	Intégration complète dans le dispositif national généralisé (EqLAAT) avec maintien de la souplesse expérimentale du matériel.	Développement de télé-évaluations par les ergothérapeutes.
Ressources/outils	Ajustement des effectifs et optimisation du temps des ergothérapeutes.	Recrutement d'ergothérapeutes supplémentaires, renforcement logistique pour le transport et la maintenance des aides techniques.	Création de conventions ou plateformes régionales pour la coordination des acteurs médico-sociaux.	Suivi numérique du parc d'aides techniques et du taux de réutilisation, traçabilité environnementale.
Modèle économique	Maintien du modèle actuel avec optimisation interne (forfait de location testé à petite échelle).	Soutien financier plus important avec des partenariats publics/privés ou mise en œuvre d'un forfait de location soutenu par des financements complémentaires publics/privés.	Harmonisation nationale du forfait de location, mutualisation des ressources inter-structures.	Expérimentation de nouveaux partenariats (assureurs, bailleurs, acteurs de l'économie des seniors (<i>silver économie</i>)).
Gestion du parc	Gestion du parc : renouvellement ciblé et allongement du cycle de vie des AT.	Campagnes d'information territorialisées et partenariats locaux.	Politique proactive d'achat durable et de recyclabilité des AT.	Politique proactive d'achat durable et de recyclabilité des AT.

7 Recommandations en termes de développement et dissémination à destination des financeurs et décideurs publics



L'expérimentation conduite par Autonomia 64 apporte un éclairage précieux sur les conditions de réussite d'un modèle fondé sur la mise à disposition d'aides techniques selon un principe de circularité.

Nous relevons un ensemble de points clés pour la dissémination du modèle :

- **Clarifier le périmètre d'intervention et le public cible :** L'expérience d'Autonomia 64 a permis de démontrer qu'un ciblage précis du public conditionne la cohérence de l'intervention et la dimension du parc d'aides techniques à constituer. Cette définition initiale doit être croisée avec la cartographie des dispositifs existants (notamment la présence ou non d'EqLAAT ou d'un réseau équivalent), afin de déterminer si le modèle à mettre en place doit intégrer l'ensemble des briques d'intervention (évaluation ET mise à disposition) ou se concentrer sur la seule brique logistique de gestion et de prêt des aides techniques. Dans les territoires déjà dotés d'un dispositif d'évaluation structuré, il peut être pertinent d'envisager un modèle de « brique complémentaire », limité à la gestion mutualisée du parc, plutôt qu'une duplication complète du modèle.
- **Sécuriser un financement d'amorçage pour la constitution du parc :** Le modèle repose sur un investissement initial significatif pour la constitution du parc d'AT. Ce financement d'amorçage doit être identifié dès la phase de conception de manière à assurer une capacité d'investissement initiale cohérente avec l'ambition du dispositif. L'enjeu pour les financeurs n'est pas seulement de soutenir l'amorçage, mais d'accompagner la mise en place d'un modèle capable de financer le remplacement des équipements.

- **Comprendre et appuyer les spécificités d'un modèle fondé sur la gestion d'un parc d'aides techniques** : Le parc d'aides techniques ainsi constitué est enregistré en immobilisations à l'actif du bilan de la structure. Ce mode de comptabilisation peut générer, après quelques exercices, un résultat positif qui ne traduit pas nécessairement une amélioration économique du dispositif, mais résulte d'un effet mécanique lié à la fin des dotations aux amortissements. Il est donc essentiel que les financeurs et partenaires publics intègrent cette logique dans leur lecture du modèle. Un résultat excédentaire apparent ne doit pas être interprété comme une capacité structurelle d'autofinancement, ni conduire à une réduction prématurée des subventions. Ce résultat doit au contraire être géré de manière prudente, par la constitution de réserves ou de provisions dédiées au renouvellement du parc, afin d'anticiper les futurs investissements nécessaires au maintien du service. Cette compréhension partagée entre opérateurs et financeurs est une condition essentielle pour garantir la soutenabilité du dispositif dans le temps et éviter les déséquilibres liés aux cycles d'investissement.
- **Privilégier des structures de portage souples et spécialisées** : L'expérience montre qu'un des facteurs d'efficacité du modèle réside dans sa souplesse organisationnelle. Les structures légères telles qu'Autonomia 64 disposant d'une expertise technique forte et d'une capacité d'adaptation rapide aux besoins des usagers, constituent un cadre optimal. La spécialisation permet de garantir la qualité et l'efficacité du service, tandis que la taille contenue favorise la réactivité et la proximité avec les bénéficiaires.
- **Faciliter l'ancrage territorial du dispositif et son inscription dans l'écosystème médico-social local** : L'un des facteurs de succès du dispositif réside dans son inscription dans le tissu local d'acteurs du médico-social. L'expérience d'Autonomia 64 montre qu'un travail conséquent de sensibilisation auprès des professionnels est nécessaire avant que le modèle ne soit pleinement reconnu et identifié par les acteurs médico-sociaux du territoire. Une fois la confiance et la légitimité du dispositif instaurées, le dispositif devient rapidement un interlocuteur privilégié pour la mise à disposition de matériel, y compris de la part d'acteurs publics ne disposant pas eux-mêmes des ressources nécessaires. Pour que cette dynamique reste soutenable, il convient d'accompagner la structuration du dispositif autour d'un cadrage clair de son périmètre d'intervention, tout en soutenant la mutualisation des moyens entre structures du territoire.

Synthèse des enseignements principaux sur le modèle

Le dispositif évalué constitue un **levier opérationnel et structurant** pour la politique publique d'accès aux aides techniques et de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il démontre :

- Une **efficacité sociale** (autonomie, sécurisation, allègement du fardeau des aidants),
- Une **efficacité économique** (coût collectif réduit grâce à la mutualisation et à la circularité),
- Une **pertinence environnementale** (réduction des impacts via le réemploi et l'allongement de la durée de vie des équipements).

Ces résultats confirment la valeur d'un modèle basé sur l'économie de la fonctionnalité, intégrant accompagnement humain, optimisation des ressources et impacts mesurables.

Synthèse des recommandations stratégiques

- **Veiller à conserver une organisation décentralisée** reposant sur des structures spécialisées territoriales, garantes d'une proximité opérationnelle avec les usagers, d'une meilleure connaissance du territoire et d'une cohérence d'action locale.
- **Pérenniser et amplifier le financement de ce type de dispositif**, reconnu pour son efficacité sociale et économique.
- **Favoriser la mutualisation inter-structures et les partenariats territoriaux** pour optimiser les ressources humaines et logistiques.
- **Encourager l'innovation environnementale** dans la conception, la réparation et la circularité des aides techniques.
- **Soutenir la structuration régionale** en favorisant l'essaimage sur d'autres territoires, avec des financements d'amorçage ou d'investissement ciblés (notamment pour la constitution du parc d'aides techniques).
- **Inscrire ces dispositifs dans les politiques publiques de prévention de la perte d'autonomie et de transition écologique**, comme modèles de service à impact global positif.

Références

- Alwin, J., Krevers, B., Johansson, U., Josephsson, S., Haraldson, U., Boström, C., ... & Persson, J. (2007). Health economic and process evaluation of AT interventions for persons with dementia and their relatives–A suggested assessment model. *Technology and Disability*, 19(2-3), 61-71.
- Albala, S. A., Kasteng, F., Eide, A. H., & Kattel, R. (2021). Scoping review of economic evaluations of assistive technology globally. *Assistive Technology*, 33(sup1), 50-67.
- Albarqi, M. N. (2024). Exploring the Effectiveness of Technology-Assisted Interventions for Promoting Independence in Elderly Patients: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(21), 2105.
- Borade, N., Ingle, A., & Nagarkar, A. (2021). Lived experiences of people with mobility-related disability using assistive devices. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(7), 730-734.
- Brazier, J., Ratcliffe, J., Salomon, J., & Tsuchiya, A. (2017). Measuring and valuing health benefits for economic evaluation. Oxford: Oxford University Press.
- Taplin, D., & Clark, H. Theory of Change Basics: A Primer on Theory of Change. Act Knowledge, mars 2012.
- Denzin, N. K., & Lincoln, J. S. (Eds.). (2005). The Sage handbook of qualitative research. Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Drummond, M., Sculpher, M., & Torrance, G. (2005). Methods for economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press.
- Harris, L. E., Weinberger, M., & Tierney, W. M. (1997). Assessing inner-city patients' hospital experiences: A controlled trial of telephone interviews versus mailed surveys. *Medical Care*, 35(1), 70-76.
- Henschke, C. (2012). Provision and financing of assistive technology devices in Germany: A bureaucratic odyssey? The case of amyotrophic lateral sclerosis and Duchenne muscular dystrophy. *Health Policy*, 105(2-3), 176-184.
- Kenigsberg, P. A., Aquino, J. P., Bérard, A., Brémond, F., Charras, K., Dening, T., ... & Manera, V. (2019). Assistive technologies to address capabilities of people with dementia: from research to practice. *Dementia*, 18(4), 1568-1595.
- Lenker, J. A., Harris, F., Taugher, M., & Smith, R. O. (2013). Consumer perspectives on assistive technology outcomes. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(5), 373-380.
- MacLachlan, M., Banes, D., Bell, D., Borg, J., Donnelly, B., Fembek, M., ... & Hooks, H. (2018). Assistive technology policy: a position paper from the first global research, innovation,

- and education on assistive technology (GREAT) summit. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(5), 454-466.
- Mason, A., & Wilkinson, H. (2002). Don't leave me hanging on the telephone. *The perspectives of people with dementia: Research methods and motivations*, 183-207.
- Persson, J., & Husberg, M. (2012). Can we rely on QALYs for assistive technologies?. *Technology and Disability*, 24(1), 93-100.
- Rachel, B. P., Villepinte, C., Roumenoff, F., Lebrault, H., Bonnyaud, C., Pradeau, C., ... & Krasny-Pacini, A. (2023). Goal attainment scaling in rehabilitation: an educational review providing a comprehensive didactical tool box for implementing goal attainment scaling. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 55.
- Ready, R. E., Ott, B. R., & Grace, J. (2004). Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 256-265.
- Salminen, A. L., Brandt, A., Samuelsson, K., Toytari, O., & Malmivaara, A. (2009). Mobility devices to promote activity and participation: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 697-706.
- Samuelsson, K. A., Töytäri, O., Salminen, A. L., & Brandt, Å. (2012). Effects of lower limb prosthesis on activity, participation, and quality of life: a systematic review. *Prosthetics and Orthotics International*, 36(2), 145-158.
- Samuelsson, K., & Wressle, E. (2014). Powered wheelchairs and scooters for outdoor mobility: a pilot study on costs and benefits. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 9(4), 330-334.
- Sands, L. P., Ferreira, P., Stewart, A. L., Brod, M., & Yaffe, K. (2004). What explains differences between dementia patients' and their caregivers' ratings of patients' quality of life?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 272-280.
- Sugawara, A. T., Ramos, V. D., Alfieri, F. M., & Battistella, L. R. (2018). Abandonment of assistive products: assessing abandonment levels and factors that impact on it. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 13(7), 716-723.

Annexes

Annexe 1 : Méthodologie descriptive des entretiens exploratoires et détail des structures rencontrées

Le guide d'entretien servant de support lors de la réalisation de l'entretien a été structuré pour cette phase d'entretiens semi-exploratoires de la manière suivante :

- **Introduction** : Questions introductives et description par le répondant de son parcours, de ses principales missions et des enjeux territoriaux de la mise à disposition d'AT.
- **Parcours conventionnel** : Description du parcours d'un usager d'AT.
- **Parcours Autonomia 64** : Description du parcours, des avantages et inconvénients qui lui sont associés, ainsi que leur lien avec le dispositif.
- **Perspectives et conclusion** : Questions sur la réforme du financement de l'APA et du dispositif EqLAAT et recommandations d'autres acteurs.

La structure du guide vise à ce que le répondant puisse décrire le parcours de mise à disposition actuel d'une AT et celui de la solution proposée par Autonomia 64, ainsi que les impacts relatifs et absolus perçus de la solution proposée par Autonomia 64.

Le guide d'entretien auprès des trois équipes EqLAAT (interrogées dans un deuxième temps) était sensiblement identique à celui utilisé pour les entretiens précédents :

- **Introduction** : Questions introductives et description par le répondant de son parcours, de ses principales missions et des enjeux territoriaux de la mise à disposition d'AT.
- **Parcours EqLAAT** : Description du parcours d'un usager d'AT.
- **Parcours Autonomia 64** : Identification des avantages et inconvénients associés au dispositif identifiés par l'interlocuteur.
- **Perspectives et conclusion** : Questions sur les suites attendues du dispositif EqLAAT.

Les structures rencontrées et les raisons pour lesquelles elles ont été rencontrées sont répertoriées dans le Tableau A1.

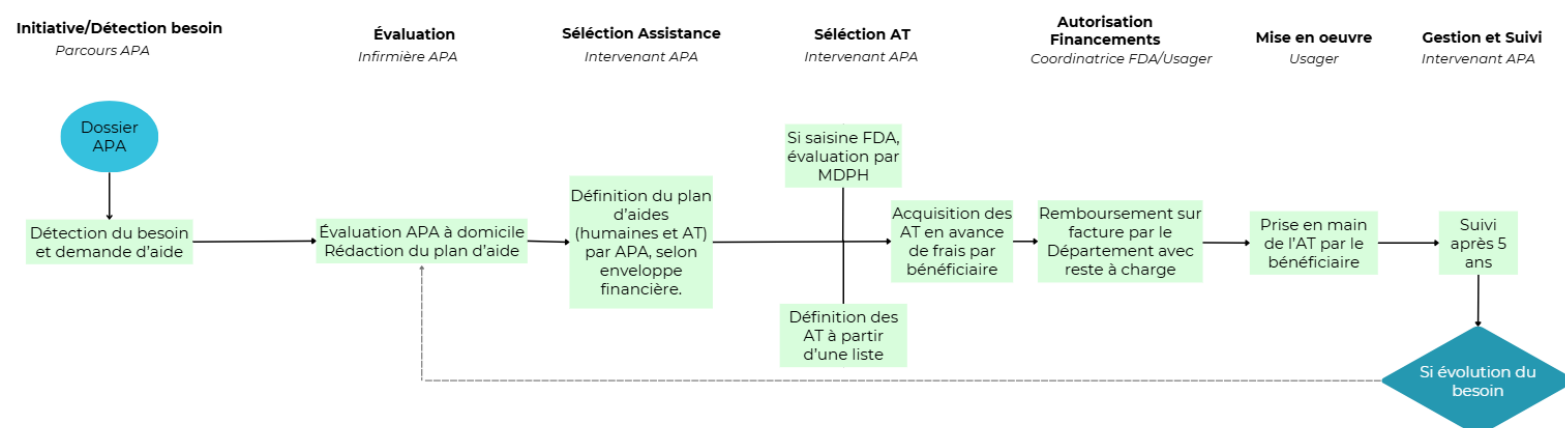
Structures rencontrées (et numérotation)	Fonction des personnes interrogées	Logique d'inclusion dans le groupe d'entretiens
1. Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques	Responsable du pôle Autonomie (Équipements sociaux et médico-sociaux)	Financier du dispositif d'Autonomia 64, réception des demandes d'AT dans le parcours conventionnel
2. Autonomia 64	Responsable de gestion et deux ergothérapeutes	Évaluation de la demande et suivi des usagers d'AT, parcours d'Autonomia 64
3. CH d'Orthez	Ergothérapeute	Évaluation du besoin en AT en sortie d'hospitalisation et structure redirigeant les demandes en AT vers Autonomia 64
4. Services APA de Bayonne et d'Orthez (APA 64)	Deux infirmières évaluateuses de l'APA	Évaluation de la perte d'autonomie (attribution d'un GIR) et du besoin en AT et structure redirigeant les demandes en AT vers Autonomia 64
5. Gérotopôle	Responsable du pôle Appui aux politiques publiques et aux territoires	Structure appartenant à la CFPPA (financier d'Autonomia 64)
6. ARS de Nouvelle-Aquitaine	Pilote du plan anti-chute	Structure appartenant à la CFPPA (financier d'Autonomia 64)
7. ICA Santé 64	Coordinatrice du parcours PTA et responsable de l'antenne de Sauveterre	Structure appartenant à la CFPPA (financier d'Autonomia 64) et accompagnant les personnes dans la demande d'AT dont le dispositif Autonomia 64
8. GIHP (33)	Directeur, Coordinatrice EqLAAT, ergothérapeute	Équipe située en Nouvelle-Aquitaine, permettant d'éclairer la comparaison avec Autonomia 64 dans un même contexte régional
9. Conseil Départemental du Nord (59)	Coordinatrice EqLAAT/Ergothérapeute	Équipe portée par un conseil départemental, avec une majorité de bénéficiaires âgés
10. Cap Azur Santé (06)	Coordinatrice EqLAAT/Ergothérapeute	Équipe portée par une structure associative, également centrée sur un public composé en grande partie de personnes âgées

Tableau A1: Liste des structures rencontrées lors des entretiens exploratoires avec la fonction des personnes rencontrées et les raisons pour lesquelles ces structures ont été rencontrées.

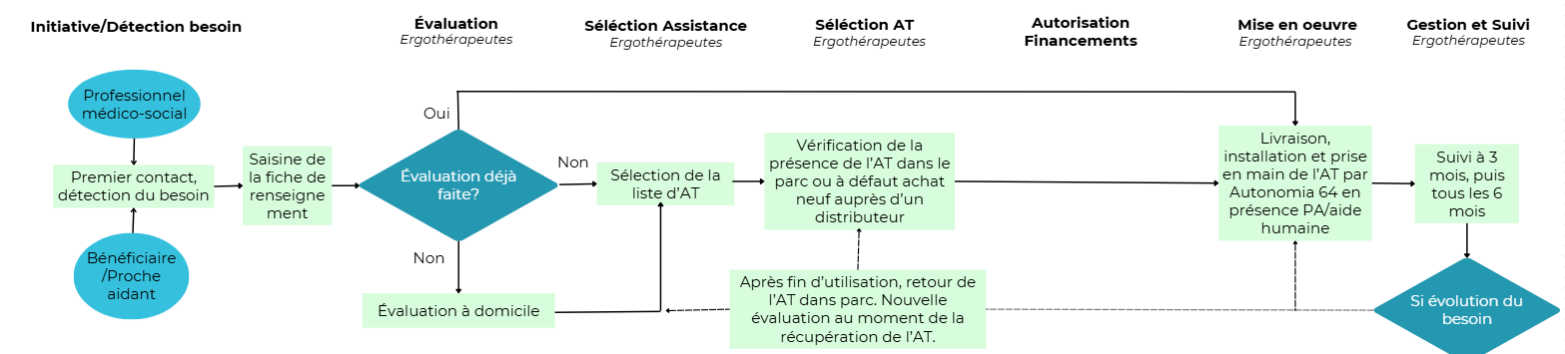
Annexe 2 : Modélisation des trois parcours intégrés dans l'évaluation

La Figure A2 suivante représente ces trois parcours, découpés selon les 7 étapes décrites par AATE et EASTIN pour les services d'AT.

Parcours conventionnel :



Parcours Autonomia64 :



Parcours EQLAAT :

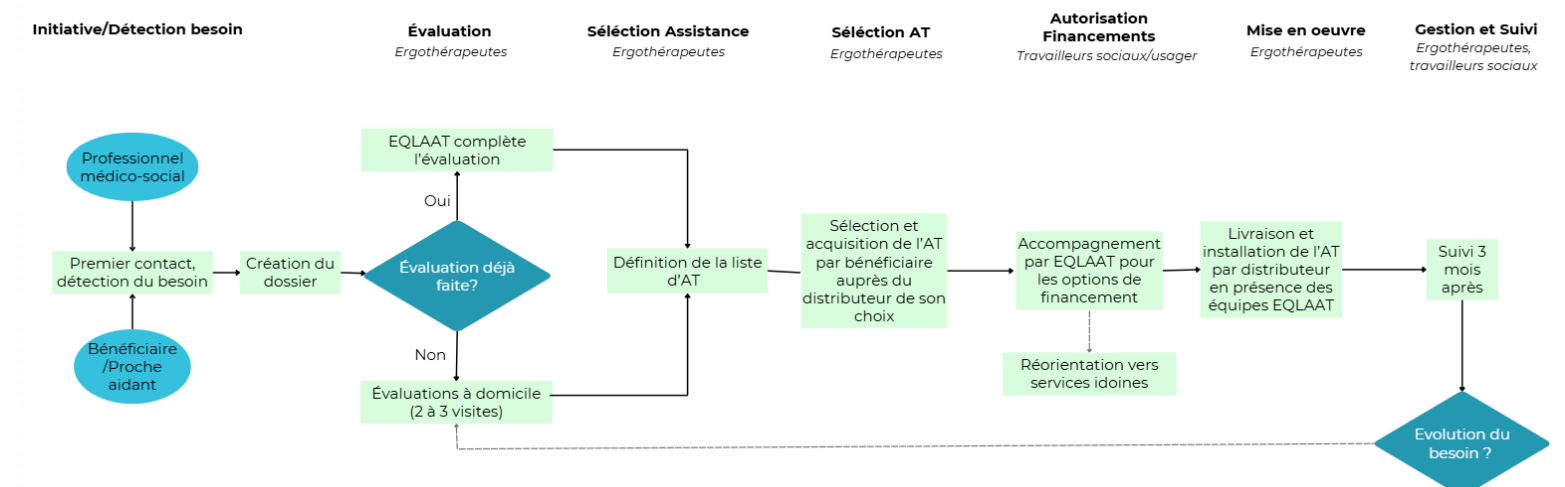


Figure A2 : Modélisation des trois parcours décrits et intégrés à l'évaluation.

Annexe 3 : Méthode GAS appliquée par Autonomia 64 et résultats préliminaires

La méthodologie GAS appliquée dans le cadre de cette étude repose sur la demande de la CNSA. Ce protocole, testé et mis en œuvre à titre expérimental, n'est pas encore entièrement stabilisé. Les premiers résultats sont tout de même présentés, bien qu'ils ne permettent aucune conclusion. Le contexte, le protocole d'administration proposé à Autonomia 64 et les résultats préliminaires sont présentés dans les sections suivantes.

1. Contexte de déploiement de la méthode GAS par les équipes d'Autonomia 64

Autonomia 64 affiche aujourd'hui une base de données de plus de 2000 bénéficiaires accompagnés pour un coût moyen d'accompagnement de 750€, comprenant la mise à disposition de l'AT non comprise dans le forfait EqLAAT. Cette comparaison des performances entre les deux dispositifs peut soulever des interrogations quant à leur efficacité respective, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie associée à la mise à disposition d'AT.

Toutefois, il convient de rappeler que l'objet de la présente démarche est l'évaluation du dispositif d'Autonomia 64 lui-même, et non celle des effets des AT sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Cette question de l'efficacité de la mise en place des AT constitue néanmoins un enjeu complémentaire, pertinent pour appuyer les résultats observés et renforcer la légitimité du dispositif auprès des financeurs.

Dans ce contexte, une demande de la CNSA a été formulée de mobiliser l'échelle de mesure utilisée dans l'évaluation du dispositif EqLAAT, afin de proposer une comparaison des deux dispositifs en termes d'efficacité associée à la mise en place des AT.

2. Présentation de l'échelle GAS

L'échelle en question, le score GAS (Goal Attainment Scaling), permet de mesurer l'amélioration de l'autonomie d'une personne accompagnée en observant le niveau d'atteinte des objectifs de la mise en place de l'AT. Ces objectifs, définis par l'utilisateur et l'ergothérapeute, sont liés aux capacités des personnes accompagnées d'accomplir des activités quotidiennes de manière autonome et/ou à améliorer leur qualité de vie grâce à l'utilisation des AT, avec ou sans l'assistance d'une tierce personne. L'échelle GAS permet en ceci de promouvoir un engagement actif du patient dans la prise en main de son

équipement, tout en dépassant les possibles faiblesses d'objectifs individualisés listés dans des échelles standardisées (Rachel et al. 2023).

La première étape consiste donc à définir des objectifs SMART, c'est-à-dire qui soient Spécifiques (personnalisés), Mesurables, Atteignables, Réalistes et *Timed* (datés). S'il n'y a pas de nombre fixe d'objectifs, il est recommandé de ne pas en fixer plus de 3 à 4, dont un objectif principal et 2 à 3 objectifs secondaires. La deuxième étape est l'évaluation de l'atteinte des objectifs sur une échelle de -2 à +2. Le score médian de 0 correspond à l'atteinte du résultat attendu, -2 à un niveau beaucoup moins satisfaisant et +2 beaucoup plus satisfaisant. Une troisième étape (facultative) peut être prévue pour pondérer l'importance des objectifs pour le patient et la famille ainsi que la difficulté de l'objectif qui est évaluée par l'équipe.

3. Modalités d'administration dans EqLAAT et recommandations d'adaptation pour Autonomia 64

Les modalités d'administration observées dans l'évaluation d'EqLAAT sont les suivantes³ :

- Temporalité : définition des objectifs avec l'utilisateur par l'ergothérapeute lors de la première intervention, puis suivi à 3 mois avec une mesure objectivée de l'ergothérapeute du niveau d'atteinte des objectifs.
- Échantillon : le nombre d'observations n'est pas explicitement communiqué dans le rapport. D'après les informations dont nous disposons, il devrait se situer autour des 5 000 observations.

Pour assurer une comparabilité avec les résultats d'EqLAAT, les modalités d'administration de l'échelle GAS pour Autonomia 64 ont été recommandées de la façon suivante :

- Temporalité : définition des objectifs avec l'utilisateur par l'ergothérapeute lors de la première intervention et mise en place d'un suivi à 3 mois pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs.
- Échantillon : à raison d'une moyenne de 80 à 100 nouveaux bénéficiaires par mois, il conviendrait d'administrer l'échelle de façon systématique à tous les nouveaux bénéficiaires sur une période minimum de 10 mois pour arriver à un échantillon de 800 à 1000 observations.

³ Les conditions d'administration et les résultats du GAS peuvent être consultés en page 81 du rapport d'évaluation de fin d'étude de l'expérimentation EqLAAT remis en mai 2024 par le cabinet REES.

4. Résultats préliminaires

Malgré la mise en place d'un protocole, les résultats recueillis se sont avérés relativement parcellaires. Sur les 153 bénéficiaires auprès desquels elle a été administrée, seuls 37 au final sont exploitables avec un score établi au moment de la première mise à disposition et un score à 3 mois. Sur ces 37, et pour un seul objectif donné, 65% sont passés d'un score -2 à 0 (i.e. l'objectif fixé a été atteint au niveau attendu de l'intervention). Pour le restant, 14% ont connu une légère amélioration (passage d'un score de -2 à -1) et 22% n'ont pas d'amélioration notable.

Ces résultats contrastent avec ceux reportés pour l'expérimentation EqLAAT : « 94 % des accompagnements des treize équipes (pour lesquelles les scores GAS étaient renseignés) ont permis d'atteindre tous les objectifs fixés dont 66 % au niveau qui était attendu du résultat de l'intervention (score=0), 15 % à un niveau qui était meilleur que celui qui était attendu (score=1) et 13 % au niveau maximal qu'il était possible d'espérer (score=2). Seulement, 3 % des accompagnements n'ont produit qu'une légère amélioration par rapport à la situation observée au départ (passage de -2 à -1) et dans seulement 3 % des cas, l'autonomie de la personne était semblable à celle qui était initialement la sienne ».

Le mode d'administration par les équipes d'Autonomia 64 ne permet pas à ce stade de dresser de conclusions définitives. Cette tâche supplémentaire à l'activité des ergothérapeutes semble difficile à mettre en place par manque de temps mais aussi possiblement de formation précise au protocole. En revanche, la tendance suggérée par ces résultats préliminaires plaide pour la mise en place systématique et cadrée du protocole de mesure, afin de pouvoir comparer de façon robuste l'efficacité entre les deux dispositifs et, si une différence est validée, d'en comprendre les paramètres.

Annexe 4 : Méthodologie descriptive des entretiens semi-directifs auprès des usagers et de leurs proches aidants

Sur les aspects sanitaires et sociaux, des entretiens qualitatifs sont menés auprès des usagers et proches aidants (le cas échéant).

a) Méthodologie des entretiens auprès des usagers et proches aidants

Concernant la méthodologie, la littérature permet de recueillir les recommandations suivantes :

- Population cible : Il est important d'inclure la perception et/ou perspective des usagers, que ce soit dans les processus d'évaluation ou de conception d'AT (Lenker et al. 2013 ; MacLachlan et al. 2018 ; Kenigsberg et al. 2019). Les évaluations, notamment subjectives, peuvent présenter des différences entre les usagers et les proxy (proches aidants, aides-soignants) (Sands et al. 2004) : la collecte de données sur la qualité de vie de l'utilisateur doit donc se faire à la fois auprès de l'utilisateur et du proxy (Ready et al. 2004).
- Type de questionnaire : Le type est variable entre des échelles et/ou un entretien.
- Mode d'administration : Le mode est également variable avec des modes uniques ou mixtes (entretien téléphonique et présentiel (Sugawara et al. 2018) ; questionnaire papier et entretien téléphonique (Henschke 2012)). Un certain nombre d'études privilégient l'entretien téléphonique, que ce soit avec les personnels de soin ou les usagers (Alwin et al. 2007). Le téléphone est efficace dans les groupes où l'on s'attend à de faibles taux de réponse (Harris et al. 1997), tels que celui des personnes âgées (Alwin et al. 2007), et peut permettre au patient de se sentir plus autonome (Mason & Wilkinson 2002).
- Collecte de données : La collecte peut se réaliser en une ou plusieurs périodes de temps (suivi). Lorsqu'un questionnaire est administré sur deux périodes de temps, le délai de suivi est souvent de quatre mois après la livraison de l'AT (Salminen et al. 2009 ; Samuelsson et al. 2012 ; Samuelsson & Wressle 2014) voire de 12 mois lorsqu'il s'agit d'un retour d'expérience plus large (Borade et al. 2021).
- Durée d'entretien ou administration de questionnaire : Quel que soit le type de questionnaire et le mode d'administration, la durée se situe entre 30 et 45 minutes.

À partir de ces éléments, la méthodologie retenue est la suivante :

La méthode qualitative appliquée se base sur la réalisation de 24 à 30 entretiens auprès des usagers et de leurs proches aidants. De façon à avoir une vue globale des résultats du dispositif, le questionnaire est administré à trois groupes d'usagers d'Autonomia 64 :

- ceux venant d'acquérir une AT (groupe 0),
- ceux ayant acquis une première AT depuis 4 mois (groupe 4),
- ceux ayant acquis une première AT depuis 12 mois (groupe 12) au moment du démarrage de la collecte de données,

ce qui représente entre 8 et 10 entretiens par groupe.

Une fois classés dans l'un des trois groupes, les répondants ont été sélectionnés aléatoirement pour réaliser les entretiens.

Dans chaque groupe, deux entretiens sont menés : le premier avec le proche aidant (dans le cas échéant) et le second avec l'utilisateur. Une première prise de contact est réalisée par Autonomia 64 de façon à pouvoir valider leur acceptation à participer à l'étude. Enfin, trois modes d'administration sont mis en place de façon à pouvoir s'adapter au confort et à la capacité de la personne (visioconférence, téléphone et présentiel).

La structure du questionnaire vise à ce que le répondant puisse décrire le parcours de mise à disposition d'AT dans le dispositif d'Autonomia 64, ainsi que son retour d'expérience et les impacts perçus de cette solution (en imaginant également sa situation sans la présence d'Autonomia 64).

Du fait du public ciblé, un arbitrage entre biais et précision doit être réalisé. Les questions ne doivent pas être trop précises pour éviter les biais, ni trop floues pour ne pas créer de problème de compréhension, de lassitude et de fatigue.

Le questionnaire est structuré en quatre parties (cf. annexes pour le questionnaire détaillé) :

1. Introduction avec une collecte d'informations personnelles sur l'aidant et l'utilisateur.
2. Des questions introductives sur leur vie professionnelle et/ou personnelles et une question principale ouverte (« sans biais » ou le moins possible) pour évoquer librement l'expérience vécue.
3. Des questions de relance plus précises par type d'effet/impact et/ou étape du parcours.
4. Une question de hiérarchisation des impacts et une question d'ouverture.

Les questions de relance (deuxième partie) n'ont pas vocation à être toutes posées : elles viennent préciser un sujet évoqué (si besoin) ou l'introduire. L'ensemble constitue un entretien d'environ 45 minutes pour une présence d'une heure maximum (si en présentiel).

b) Validation du guide d'entretien

Le guide a été relu et validé par les ergothérapeutes d'Autonomia 64 et par le comité scientifique. Une phase de pré-test du guide d'entretien a permis d'évaluer la facilité et la compréhension des questions par les répondants et l'adéquation du questionnaire face à l'objectif visé. Cette phase s'est basée sur environ 6 entretiens-tests (2 par groupe) qui ont été réalisés avec l'accompagnement de professionnels de santé (infirmières libérales) ayant l'habitude de ce public cible.

c) Analyse des entretiens

Les entretiens sont retranscrits de façon à pouvoir analyser la réalisation ou non des impacts, ainsi qu'à réaliser une analyse lexicale des discours des usagers et de leurs proches aidants.

L'analyse de la réalisation des impacts se fait au travers d'une matrice répertoriant les hypothèses formulées par impact. Un impact sera considéré comme déclaré si le répondant l'évoque dans l'entretien. Dans le cas où l'impact a été évoqué, il est classé selon trois autres catégories :

- Le discours valide l'hypothèse testée (impact validé).
- Le discours vient en contradiction avec l'hypothèse testée (impact non validé).
- Le discours du répondant évoque l'aspect évalué, mais ne permet pas de valider ou non l'hypothèse testée (impact inconclusif).

Chaque impact est codé selon ces quatre catégories : impact non déclaré, validé, non validé ou inconclusif. Cette analyse est réalisée pour chaque entretien, usager et proche aidant séparément, puis les résultats sont agrégés de manière à obtenir le résultat global de l'impact de la manière suivante :

- Plus de 50% de l'échantillon n'ont pas évoqué l'impact : l'impact n'est pas déclaré.
- Plus de 50% de l'échantillon ont évoqué l'impact et :
 - La majorité de ce sous-échantillon valide l'hypothèse testée : l'impact est validé.
 - La majorité de ce sous-échantillon contredit l'hypothèse testée : l'impact n'est pas validé.
 - La majorité de ce sous-échantillon ne déclare aucun effet par rapport à l'hypothèse testée : l'impact est inconclusif.

Cette première étape a permis d'identifier de manière ciblée les éléments directement liés aux impacts évalués. Afin de compléter et d'enrichir ces résultats, une analyse lexicale a ensuite été réalisée. Celle-ci porte sur la récurrence et la distribution du vocabulaire utilisé par les participants, permettant de mettre en évidence des régularités d'expression et d'apporter un éclairage complémentaire aux observations qualitatives initiales. Plus précisément, cette analyse est réalisée en trois étapes :

1. L'identification des tendances de discours, basée sur la fréquence et l'occurrence des mots utilisés par les répondants ;
2. Une classification en groupes (*clusters*) de répondants, c'est-à-dire, le regroupement des répondants selon la proximité de ces tendances de discours et de dégager des ensembles homogènes ;
3. Une analyse factorielle pour affiner cette classification et assurer une assignation robuste de chaque répondant.

Cette analyse lexicale permet d'identifier d'éventuels profils de répondants et d'examiner les différences entre ces profils en fonction de leurs caractéristiques. Ce regroupement des usagers permet donc de corroborer l'évaluation qualitative réalisée en amont.

Annexe 5 : Méthodologie descriptive de l'Analyse Coût-Efficacité

a) Méthodologie appliquée pour estimer les bénéfices liés au coût du dispositif d'Autonomia 64

L'Analyse Coût-Efficacité (ACE) est fréquemment utilisée pour analyser de façon comparative les coûts et l'efficacité de différentes stratégies de santé. Elle est la méthode la plus utilisée pour l'évaluation des AT ou des parcours de soin (Persson & Husberg 2012 ; Albala et al. 2021). L'objectif est d'étudier la contribution à l'efficacité dans l'utilisation des ressources de la solution alternative proposée par Autonomia 64 par rapport à la solution de référence. Bien que les solutions puissent être différentes, elles doivent être évaluables par un critère d'efficacité commun. L'unicité du critère d'efficacité présente donc un enjeu important quant au choix de ce critère. Le critère retenu dans la présente analyse est celui de satisfaire le besoin en équipement d'un usager.

Dans cette étude, l'ACE n'est pas conduite sous la forme classique du calcul d'un ratio coût-efficacité incrémental. La démarche a plutôt consisté à comparer, pour un même niveau de satisfaction du besoin des usagers, les ressources mobilisées par le dispositif Autonomia 64 et celles du modèle d'acquisition d'AT fondé sur l'achat vente. L'approche méthodologique retenue repose sur deux niveaux d'analyse complémentaires qui permettent de situer l'efficacité relative des parcours non pas par un ratio unique, mais par une mise en perspective des coûts et des bénéfices générés à différents niveaux d'organisation.

Premièrement, l'analyse s'attache à décomposer et à qualifier les différentes composantes du modèle économique. Cette lecture analytique des coûts vise à caractériser la structure économique du service proposé par Autonomia 64 et d'identifier les principaux leviers d'efficacité associés à son modèle. Trois catégories de coûts sont ainsi distinguées :

1. Les charges directes liées à l'intervention des ergothérapeutes : cette section analyse les coûts d'évaluation et d'accompagnement des usagers, mis au regard des coûts observés dans l'expérimentation EqLAAT.
2. Les charges indirectes de structure : cette partie s'intéresse aux coûts de structure dans les deux expérimentations Autonomia 64 et EqLAAT.
3. Les coûts d'acquisition et de gestion du parc d'AT : cette partie examine les mécanismes économiques spécifiques au modèle circulaire d'Autonomia 64, fondé sur la mutualisation des achats et la circularisation des AT. Elle porte une analyse sur le surplus du producteur généré par ces deux composantes et les logiques de redistribution de cette valeur ainsi générée.

Deuxièmement, nous nous intéressons au coût global du service afin d'identifier la manière dont ces coûts sont répartis et maîtrisés dans le temps pour garantir la soutenabilité du modèle. Dans un premier temps, l'analyse repose sur l'examen des charges d'exploitation de la structure telles qu'elles apparaissent dans les comptes des deux premières années complètes de l'expérimentation (2023 et 2024). Nous constatons que dans le modèle d'Autonomia 64, les AT sont comptabilisées à l'actif du bilan et que leur consommation de valeur est enregistrée en charge via les dotations aux amortissements. Cette organisation comptable traduit le choix d'un financement par immobilisation, qui permet d'étaler la charge d'investissement sur la durée d'utilisation des AT plutôt que de l'imputer immédiatement sur l'exercice de leur acquisition.

Afin d'évaluer l'effet de ce choix sur le coût réel du service, un scénario contrefactuel est ensuite élaboré dans lequel l'acquisition des AT est enregistrée en charges directes sur l'exercice en cours, comme cela serait pratiqué dans un modèle conventionnel d'achat-vente. Cette analyse vise à éclairer la manière dont ce choix comptable contribue à la maîtrise du coût global du service, tout en garantissant une capitalisation de la valeur dans le temps.

En combinant ces deux niveaux d'analyse, l'étude vise à restituer notre compréhension de la performance coût-efficacité du dispositif Autonomia 64. Elle permet d'identifier à la fois les leviers d'efficacité opérationnelle, les facteurs de soutenabilité financière et les conditions de création et de redistribution de valeur au sein du modèle.

b) Description des données collectées pour réaliser l'ACE et limites associées

Plusieurs typologies de données ont été mobilisées dans le cadre de l'ACE. Dans un premier temps, une collecte de données de temps et de coût liées à l'accompagnement d'un bénéficiaire (cf. les parcours décrits dans la Figure A2, ainsi que les Figures 2-4) a été réalisée auprès de l'équipe d'Autonomia 64 sur les années 2023 et 2024, soit les deux premières années complètes d'expérimentation. Les mêmes éléments ont été extraits du rapport de l'expérimentation EqLAAT pour les deux forfaits proposés. Pour comparer la structure de coûts des deux dispositifs, les différentes tâches identifiées ont été regroupées au sein de catégories homogènes (celles retenues dans la Figure A2). Cette étape d'agrégation a permis de créer une base commune d'analyse, en rendant les deux dispositifs directement comparables selon les mêmes postes de dépenses. Ainsi, les variations observées entre les dispositifs ne résultent pas de différences de classification mais traduisent véritablement des écarts dans l'organisation et l'utilisation des ressources. La comparaison s'est faite sur la base des données agrégées de l'ensemble des équipes EqLAAT telles que présentées

dans le rapport de l'expérimentation. Une comparaison avec les données des équipes EqLAAT rencontrées aurait été souhaitable afin de procéder à une analyse plus contextualisée, mais n'a pas été possible par manque de suivi des données.

Des données issues d'outil de la relation client (CRM) ont été mobilisées pour calculer le coût d'acquisition des AT et leur amortissement économique. Parmi ces données, un fichier de suivi des rotations a été transmis, avec pour chaque AT listée :

- la date d'acquisition ;
- le prix d'achat par Autonomia 64 ;
- le prix de vente public pratiqué par le distributeur ;
- la ou les date(s) de mise à disposition.

Ce fichier nous a permis d'associer à chaque date de mise à disposition d'AT un coût correspond à un scénario à l'étude et de modéliser les courbes de coût correspondantes :

- le prix de vente public distributeur pour la solution conventionnelle ;
- le prix d'achat par Autonomia 64 pour l'achat neuf avec négoce et réemploi ;
- le prix d'achat par Autonomia 64 amorti selon le nombre de cycle de rotations pour la solution Autonomia 64.

Enfin, nous nous sommes appuyés sur les bilans comptables d'Autonomia 64 pour la deuxième partie de l'analyse.

Annexe 6 : Méthodologie descriptive de l'Analyse du cycle de vie

Une analyse de cycle de vie (ACV) a été conduite pour éclairer la dimension environnementale du modèle Autonomia 64. L'ACV, ici simplifiée, permet de comparer de manière chiffrée, pour un même niveau de satisfaction du besoin des usagers, l'impact a priori positif du dispositif dû à l'allongement de la durée de vie du produit par rapport à la solution conventionnelle basée sur un principe d'achat-vente. Elle permet ainsi de vérifier l'hypothèse que le recours à des AT réparables et réutilisables, plutôt qu'à des équipements neufs acquis en achat-vente, permet d'allonger la durée d'usage des produits et, par conséquent, de limiter leur empreinte environnementale.

L'ACV est conduite pour un service rendu par le produit (unité fonctionnelle) afin de pouvoir comparer les deux produits dans deux systèmes différents (dispositif d'Autonomia 64 et solution conventionnelle), mais apportant la même réponse technique. L'unité fonctionnelle permet donc de s'assurer une comparaison de deux manières différentes de répondre au même besoin et que les impacts environnementaux soient rapportés à une même échelle de service.

Dans le cadre de l'ACV conduite sur le dispositif d'Autonomia 64, l'unité fonctionnelle retenue correspond à la mise à disposition d'une AT répondant à un besoin donné d'un usager sur une durée d'usage équivalente. Ainsi, l'analyse ne compare pas simplement deux produits (une AT neuve et une AT remise en état), mais deux modes de satisfaction du même besoin fonctionnel :

- dans le modèle conventionnel, par l'achat d'une AT neuve, utilisée puis mise au rebut ;
- dans le modèle d'Autonomia 64, par le prêt ou la réutilisation d'une AT, remise en état et utilisée par plusieurs usagers successifs.

L'ACV porte ici sur deux produits emblématiques du parc d'AT (selon la prévalence dans l'échantillon donné par Autonomia 64) :

- Le fauteuil releveur 1M Formentera a été sélectionné pour sa complexité matérielle et son usage modéré mais régulier (au moins trois rotations entre usagers) ;
- Le rehausseur WC fixe avec accoudoirs AT 900 a été sélectionné pour sa simplicité matérielle et sa forte utilisation par les usagers (au moins trois rotations entre usagers).

Les hypothèses retenues pour le réemploi sont les suivantes :

- L'allocation des impacts environnementaux est définie selon le nombre d'AT réemployées et en fonction du nombre de rotations (mises à disposition). Autrement dit, les impacts environnementaux de la production du nombre d'AT présentes dans le parc sont amortis par leur nombre de rotation.
- Les étapes d'entretien ont été exclues de l'analyse du fait de leur faible contribution. En effet, les échanges avec le responsable de l'atelier d'Autonomia 64 ont révélé que les éléments suivants restent marginaux : une application antirouille sur certaines parties du réhausseur WC est réalisée toutes les 2 ou 3 réutilisations et ne concerne pas l'ensemble des AT, tandis que les vérins des fauteuils 1M FORMENTERA ne sont remplacés qu'après une longue période d'utilisation dans environ 5% des cas. Cette faible intensité d'entretien justifie leur non-intégration dans le modèle, sans compromettre la représentativité des résultats.
- Le modèle retenu pour l'approvisionnement des AT neuves est un approvisionnement en Europe, avec une distance par défaut de 3 500 km. Le modèle retenu pour la distribution du matériel aux bénéficiaires est de 100 km dans le cadre des mises à disposition d'AT par Autonomia 64. Il convient de souligner que dans les deux scénarios, l'impact environnemental associé au transport reste négligeable.

Annexe 7 : Questionnaire des entretiens avec les usagers et leurs proches aidants

A1.1. Questionnaire du proche aidant

Introduction

Présentation de l'interview, l'étude et la démarche :

- APESA, bureau d'études prestataire d'Autonomia 64.
- Objectif de la démarche : rencontrer les usagers et leurs proches aidants de façon à recueillir votre expérience/vécu avec le service proposé par Autonomia 64.
- Première étape de la démarche réalisée avec vous (le proche aidant), puis avec le bénéficiaire.

Modalités de l'entretien

- Parler du mode de recueil de l'information : prise de notes avec enregistrement, utilisation des données, respect de l'anonymat, demander l'accord du répondant.
- Rappeler qu'il n'y a pas de mauvaise réponse (cf. but de l'entretien).
- Nous allons vous poser un certain nombre de questions, mais l'objectif est de vous écouter.
- Rappeler que l'entretien dure 45 minutes maximum.

(ne pas hésiter à rappeler au cours de l'entretien que c'est bien leur ressenti/vécu que nous cherchons à entendre, rassurer le répondant sur sa capacité à répondre)

Données personnelles et du parcours de soin du bénéficiaire

Nom-prénom :

Âge :

Genre :

Nom-prénom du bénéficiaire :

GIR du bénéficiaire :

Adresse (si non confirmée lors de la prise de contact) :

Bénéficiaire en perte d'autonomie ou handicapée ?

Type de maladie ou de handicap (évolutif/stationnaire) du bénéficiaire :

Lien avec le bénéficiaire :

Est-ce la première fois que votre proche reçoit du matériel avec Autonomia 64 ? Votre proche avait-il déjà reçu du matériel avant d'un autre organisme ?

Quantité de matériel reçu et depuis combien de temps ?

Questions d'entretien

Pour commencer, que faites-vous dans la vie ?

Avez-vous une vie professionnelle ?

Avez-vous des activités récréatives ?

Pouvez-vous me raconter votre expérience avec Autonomia 64 pour la mise à disposition de matériel pour votre proche ?

Questions de relance

- **Expression du besoin**

Quel est le besoin qui a amené votre proche à faire appel à Autonomia 64 ? (maladie (temporaire), chute, etc.)

Est-ce votre proche, vous ou une autre personne qui a exprimé le besoin de matériel pour aider votre proche dans son quotidien ?

- **Arrivée à Autonomia 64**

Comment votre proche a-t-il connu Autonomia 64 ?

Si c'est une personne qui les a dirigés vers Autonomia 64 : Qui a dirigé votre proche vers Autonomia 64 ?

- **Réponse au besoin**

(G0) En quoi Autonomia 64 répond à vos besoins et celui de votre proche (G0) ?

(G4 et G12) En quoi Autonomia 64 répond à vos besoins et celui de votre proche depuis leur intervention ?

- **Procédure de demande (partie administrative)**

Que pensez-vous de la procédure de demande de matériel ?

Votre proche a-t-il/elle rencontré des difficultés pour faire la demande de matériel ?

Où la demande de matériel a-t-elle été réalisée (domicile, hôpital) ?

Que pensez-vous du temps d'acquisition du matériel (entre la demande et la mise à disposition) ?

Après la demande, en combien de temps votre proche a-t-il/elle reçu le matériel ?

Avez-vous ressenti des difficultés entre la demande et la mise à disposition ?

Votre proche est-il/elle tombé(e) entre la demande et la mise à disposition ?

- **Accompagnement ergothérapeute**

Votre proche a été accompagné(e) par une personne d'Autonomia 64. Que pensez-vous de cet accompagnement ?

Combien de fois cette personne est passée au domicile de votre proche et pour quelles raisons ?

- **Formation sur l'utilisation**

Que pouvez-vous dire sur l'utilisation du matériel par votre proche ?

Pour quelles activités l'utilise-t-il/elle (surveillance/sécurité, toilette/nourrir/habiller, courses/administration/transport/ménage) ?

L'utilise-t-il/elle tous les jours ?

Est-ce qu'une personne d'Autonomia 64 lui a montré les gestes pour s'en servir ?

Ces gestes vous ont-ils été montrés ou à d'autres personnes ?

Pensez-vous que votre proche aurait pu utiliser le matériel sans cette formation ?

- **Adaptation/changement du matériel**

Le matériel de votre proche a-t-il été modifié ou personnalisé pour correspondre à l'habitat ou à un besoin ?

Votre proche a-t-il/elle déjà changé de matériel ?

Depuis combien de temps et pour quelles raisons ? (inadéquate, évolution de la maladie)

Pensez-vous que ce changement a été utile ?

- **Perception du bénéficiaire**

Comment trouvez-vous votre proche en termes d'état d'esprit depuis l'intervention d'Autonomia 64 ?

Avez-vous ressenti une évolution dans son état d'esprit entre avant l'arrivée d'Autonomia 64 et aujourd'hui ?

Depuis l'intervention d'Autonomia 64, pensez-vous que votre proche se sente plus en sécurité, moins en sécurité ou autant en sécurité dans son domicile qu'avant leur intervention (+ préciser si nécessaire item à 3 niveaux) ?

- **Prêt et don**

Que pensez-vous du prêt de matériel ?

Avez-vous déjà fait don de matériel à Autonomia 64 (que ce soit avant, pendant ou après leur intervention) ?

- **Qualité du matériel**

Diriez-vous que le matériel reçu par votre proche est de mauvaise, moyenne ou bonne qualité (+ préciser si nécessaire item à 3 niveaux) ?

- **Impact sur la vie du proche aidant et aides humaines**

Est-ce que l'aide que vous procurez à votre proche a un impact sur votre vie personnelle et professionnelle ?

Avez-vous ressenti une évolution dans votre état d'esprit depuis l'intervention d'Autonomia 64 ?

Votre proche nécessite-t-il/elle l'aide d'une personne professionnelle pour certaines tâches quotidiennes ?

(si aides humaines) Est-ce que le matériel vient en complémentarité de l'aide professionnelle reçue ?

(si aides humaines) Par rapport à l'aide professionnelle reçue par votre proche, diriez-vous que votre niveau de contribution est plus important, moins important ou similaire à celui de l'aide professionnelle ?

(si aides humaines) L'arrivée de l'aide professionnelle vous a-t-elle permis de réduire, d'augmenter ou n'a rien changé à votre niveau de contribution ?

(G0) Pensez-vous que le matériel reçu va avoir un impact sur l'aide professionnelle ou l'aide que vous procurez ?

(G4 et G12) Pensez-vous que le matériel reçu a eu un impact sur l'aide professionnelle ou l'aide que vous procurez ?

Autonomia 64 a-t-il mis votre proche en lien avec d'autres professionnels de santé ?

Si oui, pour quelles raisons ?

Questions d'entretien

Si nous nous plaçons dans une situation où votre proche devait payer tout le matériel nécessaire et en faisant abstraction des aides perçues et de la nature du matériel (réemployées ou non), préféreriez-vous :

- **Acheter chaque matériel à prix fixe**
- **Payer un montant forfaitaire pour l'ensemble du matériel nécessaire**
- **Vous n'avez pas de préférence**
- **Vous ne savez pas**

Votre proche a-t-il déjà eu une autre expérience de mise à disposition de matériel avec un autre opérateur ?

Si oui :

Avec qui ?

Pour quel type de matériel ?

Quelle expérience en avez-vous tiré ?

Quelles différences avez-vous noté entre les deux processus de mise à disposition de matériel ?

Si non :

Pensez-vous que votre proche aurait pu avoir un service équivalent avec un autre opérateur ?

Votre proche aurait-il/elle pu se procurer le même nombre et le même matériel autrement ?

Comment votre proche se serait-il/elle équipé sans Autonomia 64 ?

(si ne s'équiperait pas) Pour quelles raisons (freins financier, géographique, administratif ou autre) ?

Parmi les phrases suivantes, lesquels sont les 3 plus importants dans votre expérience avec Autonomia 64 *(après avoir enlevé/barré les mentions inutiles, présentée par partage d'écran en visio ou leur faire prendre un papier/crayon au téléphone ou leur donner la feuille imprimée en lisant avec eux) ?*

- A. Voir mon proche se sentir bien dans son parcours de soin.
- B. Avoir un équipement qui réponde aux besoins de mon proche.
- C. Voir mon proche se sentir en sécurité dans son domicile.
- D. Avoir accès financièrement et rapidement au matériel dont mon proche a besoin et qu'il soit livré à domicile.
- E. Avoir une procédure administrative de demande et de mise à disposition de matériel simplifiée.
- F. Que mon proche puisse facilement utiliser son matériel.
- G. Avoir une évaluation, un suivi et une formation de mon proche par un professionnel de santé.
- H. Faire moins appel à moi-même pour aider mon proche dans des tâches courantes.
- I. Que mon proche puisse être mis en relation avec d'autres professionnels de santé.
- J. Que mon proche puisse avoir un matériel en adéquation (appui) avec les aides humaines professionnelles reçues.
- K. Que mon proche ait un matériel de qualité.

Comment Autonomia 64 pourrait améliorer son service ?

Avez-vous d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?

A1.2. Questionnaire de l'utilisateur

Introduction

Présentation de l'interview, l'étude et la démarche :

- APESA, bureau d'études prestataire d'Autonomia 64.
- Objectif de la démarche : rencontrer les usagers et leurs proches aidants de façon à recueillir votre expérience/vécu avec le service proposé par Autonomia 64.
- (si PA) Première étape de la démarche déjà réalisée avec le proche aidant, puis maintenant avec vous (le bénéficiaire).

Modalités de l'entretien :

- Parler du mode de recueil de l'information : prise de notes avec enregistrement, utilisation des données, respect de l'anonymat, demander l'accord du répondant.
- Rappeler qu'il n'y a pas de mauvaise réponse (cf. but de l'entretien).
- Nous allons vous poser un certain nombre de questions, mais l'objectif est de vous écouter.
- Rappeler que l'entretien dure 45 minutes maximum.

(ne pas hésiter à rappeler au cours de l'entretien que c'est bien leur ressenti/vécu que nous cherchons à entendre, rassurer le répondant sur sa capacité à répondre)

(si PA présent : ne pas hésiter à rassurer PA que des questions identiques peuvent être posées à U, puisque nous cherchons à entendre le ressenti des deux personnes - et donc de U ici)

Données personnelles et du parcours de soin

Nom-prénom :

Âge :

Est-ce la première fois que vous recevez du matériel avec Autonomia 64 ? Aviez-vous déjà reçu du matériel avant d'un autre organisme ?

Quantité de matériel reçu et depuis combien de temps ?

Genre :

Groupe évalué : 0 / 4 / 12

Classe « Autonomia 64 » (urgent, prioritaire, standard) :

Proche aidant ou isolée ?

(si PA) Présence du proche aidant contacté ?

Questions d'entretien

Pour commencer, que pouvez-vous me dire sur votre quotidien ?

Comment vous sentez-vous ?

Avez-vous des activités récréatives ?

Pouvez-vous me raconter votre expérience avec Autonomia 64 pour la mise à disposition de matériel ?

Questions de relance

(☒ questions qui n'ont pas besoin si le proche aidant a déjà répondu, le cas échéant)

- **Expression du besoin**

Quel est le besoin qui vous a amené à faire appel à Autonomia 64 ? (ou à quoi est dû votre nécessité de matériel ? (maladie (temporaire), chute, etc.))

Est-ce vous ou une autre personne qui a exprimé le besoin de matériel pour vous aider dans votre quotidien ?

- **Arrivée à Autonomia 64**

Comment connaissez-vous Autonomia 64 ?

(si c'est une personne qui les a orientés vers Autonomia 64) Qui vous a dirigé vers Autonomia 64 ?

- **Réponse au besoin**

(G0) En quoi Autonomia 64 répond à vos besoins ?

(G4 et G12) En quoi Autonomia 64 répond à vos besoins depuis leur intervention ?

- **Procédure de demande (partie administrative)**

Que pensez-vous de la procédure de demande de matériel ?

Avez-vous rencontré des difficultés pour faire la demande de matériel ?

Où la demande de matériel a-t-elle été réalisée (domicile, hôpital) ?

Que pensez-vous du temps d'acquisition de votre matériel (entre la demande et la mise à disposition) ?

Combien de temps après votre demande avez-vous reçu le matériel ?

Avez-vous ressenti des difficultés entre la demande et la mise à disposition ?

Etes-vous tombé(e) entre la demande et la mise à disposition ?

- **Accompagnement ergothérapeute**

Vous avez été accompagné(e) par une personne d'Autonomia 64. Que pensez-vous de cet accompagnement ?

Combien de fois cette personne est passée à votre domicile et pour quelles raisons ?

- **Formation sur l'utilisation**

Que pouvez-vous dire sur l'utilisation de votre matériel ?

Pour quelles activités l'utilisez-vous (surveillance/sécurité, toilette/nourrir/habiller, courses/administration/transport/ménage) ? (+ vérification avec l'ergothérapeute)

L'utilisez-vous tous les jours ?

Est-ce qu'une personne d'Autonomia 64 vous a montré les gestes pour vous en servir ?

Ces gestes ont-ils été montrés à d'autres personnes ?

Auriez-vous pu utiliser votre matériel sans cette formation ?

- **Adaptation/changement du matériel**

Votre matériel a-t-il été modifié ou personnalisé pour correspondre à votre habitat ou à un besoin ?

Avez-vous déjà changé de matériel ?

Depuis combien de temps et pour quelles raisons ? (inadéquate, évolution de la maladie)

Pensez-vous que ce changement a été utile ?

- **Perception du bénéficiaire**

Comment vous sentez-vous depuis l'intervention d'Autonomia 64 ?

Avez-vous ressenti une évolution dans votre état d'esprit entre avant l'arrivée d'Autonomia 64 et aujourd'hui ?

Depuis l'intervention d'Autonomia 64, pensez-vous que vous vous sentez plus en sécurité, moins en sécurité ou autant en sécurité dans votre domicile qu'avant leur intervention (+ préciser si nécessaire item à 3 niveaux) ?

(si une autre personne a émis le besoin) Etes-vous en accord avec la démarche ?

- **Prêt**

Que pensez-vous du prêt de matériel ?

Avez-vous déjà fait don de matériel à Autonomia 64 (que ce soit avant, pendant ou après leur intervention) ?

- **Satisfaction/qualité du matériel**

Etes-vous satisfait(e) de votre matériel ?

Diriez-vous que le matériel reçu est de mauvaise, moyenne ou bonne qualité (+ préciser si nécessaire item à 3 niveaux) ?

- **Impact sur la vie du proche aidant et aides humaines**

Nécessitez-vous l'aide d'une personne (proche ou professionnelle) pour vous aider dans certaines tâches quotidiennes ?

(G0) Pensez-vous que la fréquence ou la durée de l'aide reçue pour ces tâches pourrait évoluer dans les mois à venir du fait du matériel reçu ?

(G4 et G12) Constatez-vous une évolution sur la fréquence ou la durée de l'aide reçue pour ces tâches depuis l'arrivée d'Autonomia 64 ?

(si aides humaines) Est-ce que le matériel vient en complémentarité de l'aide professionnelle reçue ?

Autonomia 64 vous a-t-il mis en lien avec d'autres professionnels de santé ?

Si oui, pour quelles raisons ?

Questions d'entretiens

Si nous nous plaçons dans une situation où vous devez payer tout le matériel nécessaire et en faisant abstraction des aides perçues et de la nature du matériel (réemployées ou non), préféreriez-vous :

- **Acheter chaque matériel à prix fixe**
- **Payer un montant forfaitaire pour l'ensemble du matériel nécessaire**
- **Vous n'avez pas de préférence**
- **Vous ne savez pas**

Avez-vous déjà eu une autre expérience de mise à disposition de matériel avec un autre opérateur ?

Si oui :

Avec qui ?

Pour quel type de matériel ?

Quelle expérience en avez-vous tiré ?

Quelles différences avez-vous noté entre les deux processus de mise à disposition de matériel ?

Si non :

Pensez-vous que vous auriez pu avoir un service équivalent avec un autre opérateur ?

Auriez-vous pu vous procurer le même nombre et le même matériel autrement ?

Comment vous seriez-vous équipé(e) sans Autonomia 64 ?

(si ne s'équiperait pas) Pour quelles raisons (freins financier, géographique, administratif ou autre) ?

Parmi les phrases suivantes, lesquels sont les 3 plus importants dans votre expérience avec Autonomia 64 *(après avoir enlevé/barré les mentions inutiles, présentée par partage d'écran en visio ou leur faire prendre un papier/crayon au téléphone ou leur donner la feuille imprimée en lisant avec eux) ?*

- A. Se sentir bien dans mon parcours de soin.
- B. Avoir un équipement qui réponde à mes besoins.
- C. Avoir un domicile dans lequel je me sens en sécurité.
- D. Avoir accès financièrement et rapidement au matériel dont j'ai besoin et qu'il soit livré à domicile.
- E. Avoir une procédure administrative de demande et de mise à disposition de matériel simplifiée.
- F. Pouvoir utiliser facilement mon matériel.
- G. Avoir une évaluation, un suivi et une formation par un professionnel de santé.
- H. (si PA) Faire moins appel à mon proche pour m'aider dans des tâches courantes.
- I. (si AH) Être mis en relation avec d'autres professionnels de santé.
- J. (si AH) Avoir un matériel en adéquation (appui) avec les aides (humaines) professionnelles reçues.
- K. Avoir du matériel de qualité.

Comment Autonomia 64 pourrait améliorer son service ?

Avez-vous d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?

Annexe 8 : Résultats détaillés des entretiens qualitatifs avec les usagers et leurs proches aidants

Impacts évalués	Hypothèses testées	PA/U	Effet non déclaré	Effet négatif	Effet non conclusif	Effet positif
Accès	La simplification administrative facilite l'équipement	PA	32%	5%		63%
		U	75%			25%
	La réduction du délai d'acquisition d'AT facilite l'équipement	PA	58%		16%	26%
		U	80%	5%		15%
	La levée des contraintes financières facilite l'équipement	PA	32%		37%	31%
		U	30%	5%	35%	30%
	L'accès à un panel plus large d'AT facilite l'équipement	PA	53%			47%
		U	50%	5%	5%	40%
	La livraison de l'AT facilite l'équipement	PA	58%			42%
		U	80%			20%
Sécurité	La réduction du délai d'acquisition d'AT permet une prévention de risque ou de l'aggravation de l'état de santé de l'utilisateur	PA	42%	5%	11%	42%
		U	65%	5%	5%	25%
	La réduction du délai d'acquisition d'AT permet une réduction du séjour en hospitalisation (nouveaux besoins)	PA	90%		5%	5%
		U	95%			5%
	Le délai d'acquisition est perçue comme rapide	PA	16%	16%	10%	58%
		U	15%	15%	5%	65%
	Perception de la sécurité à domicile	PA	5%		37%	58%
		U	15%	5%	25%	55%

Psychologie	La mise en place de petits matériels (conservation au maximum de l'environnement connu) a un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT	PA	58%		21%	21%
		U	35%		15%	50%
	Le prêt a un effet sur l'état psychologique de l'utilisateur et l'acceptation de son état et de l'AT	PA	37%		16%	47%
		U	5%	5%	15%	75%
	Satisfaction de U de l'AT		5%	5%		90%
Adaptation	L'évaluation du besoin par un ergothérapeute permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	PA	11%		5%	84%
		U	40%		10%	50%
	Le suivi du besoin par un ergothérapeute permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	PA	63%	21%		16%
		U	74%	21%		5%
	La modification/personnalisation de l'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur	PA	89%			11%
		U	90%			10%
	L'accès à un plus grand panel d'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives)	PA	68%			32%
		U	65%		5%	30%
	La facilité de changement d'AT permet d'avoir une réponse adaptée au besoin de l'utilisateur (et de couvrir les besoins temporaires de maladies évolutives)	PA	83%		6%	11%
		U	95%			5%
Utilisation	La formation de l'utilisateur à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	PA	11%	11%	22%	56%
		U	25%	10%	40%	25%
	La formation des personnels formels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	PA	100%			
		U	90%			10%
		PA	26%		16%	58%

	La formation des personnels informels à la prise en main de l'AT par des ergothérapeutes facilite son utilisation	U	75%		5%	20%
	L'utilisation de l'AT est régulière/quotidienne	PA				100%
		U		5%		95%
Qualité	Perception de la qualité de l'AT	PA	5%			95%
		U	10%		5%	85%
Aide	Le dispositif permet de réduire le besoin en vigilance et/ou fardeau du PA	PA			68%	32%
		U	50%	5%	35%	10%
	Le dispositif permet une meilleure articulation entre aides humaines et AT facilitant le parcours de soin de l'utilisateur	PA	21%		16%	63%
		U	25%		25%	50%
	L'arrivée d'Autonomia 64 résulte en une évolution positive de l'état d'esprit du PA		6%		47%	47%
	Impact de l'AT sur le niveau de contribution de PA	PA	21%		32%	47%
		U	50%		35%	15%
	Impact de l'AT sur le niveau de contribution de l'aide humaine professionnelle	PA	42%		53%	5%
		U	45%		55%	

Tableau A8 : Pourcentage de répondants par effet (non déclaré, négatif, non conclusif, positif) pour chaque hypothèse testée des impacts évalués.

Annexe 9 : Caractéristiques intégrées dans l'analyse des profils de répondants de l'analyse lexicale

Type de caractéristiques	Modalités des caractéristiques
Répondant	Proche aidant (PA) Usager (U)
Âge	Jeune (0-20) Age moyen (30-50) Agé (60-80) Très âgé (80-100)
Genre	Masculin (M) Féminin (F)
Groupe d'entretien	AT reçue récemment (0) AT reçue depuis 4 mois (4) AT reçue depuis 12 mois (12)
GIR	Perte d'autonomie élevée (1-2) Perte d'autonomie moyenne (3-4) Perte d'autonomie faible (5-6)
Classe Autonomia 64	Urgent (U) Prioritaire (P) Standard (S)
Besoin	Perte d'autonomie (PA) Handicap (H) Hospitalisation (HP) Maladie (M)
Aire urbaine	Zone rurale (0-1) Zone de densité intermédiaire (2-4) Zone urbaine (5-6)
Première demande de matériel avec Autonomia 64	Première demande ailleurs (0) Première demande avec Autonomia 64 (1)
Première demande de matériel dans leur vie	Pas première demande (0) Première demande (1)

Nombre AT	Peu d'AT (1-4)
	Nombre d'AT assez important (5-9)
	Nombre d'AT très important (10 et plus)
Retour AT	Pas de retour d'AT (0)
	Retour d'AT (1)
Aide humaine professionnelle	Pas d'aides humaines (0)
	Présence d'aides humaines (1)
Personne ayant énoncé le besoin	Usager (U)
	Proche aidant (PA)
	Autre proche (P)
	Autre personne (E)

Tableau A9 : Liste des modalités pour chaque caractéristique intégrée dans l'analyse des profils de répondants de l'analyse lexicale.