

Intégration de la prescription d'aides techniques à la pratique des ergothérapeutes français

Maud Tremblay, OT, MSc¹, Samuel Pouplin, OT, PhD², Nicolas Biard, OT, PhD^{3,4}

¹ Coordinatrice de l'équipe mobile EMSSR28, CH Dreux (F-28).

² Professeur associé et directeur de l'équipe de recherche REHADAPT, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. <https://orcid.org/0000-0003-2036-3063>

³ Responsable du Pôle innovation, compensation et laboratoire des usages (PICLU) à l'AFM-Téléthon.

⁴ Chercheur associé à l'équipe de recherche REHADAPT, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. <https://orcid.org/0000-0001-8100-1678>

Reçu le : 1^{er} juillet 2025

Accepté le : 3 septembre 2026

DOI : <https://doi.org/10.60856/tpb26mlz4>

Autrice correspondante :
Maud Tremblay, tremblay.ergo@gmail.com

Résumé

Contexte

Depuis 2023, les ergothérapeutes français sont autorisés à prescrire certaines aides techniques sous conditions. Cette avancée répond à une revendication historique, mais son appropriation reste peu étudiée.

Objectifs

Cette étude visait à quantifier le recours à la prescription d'aides techniques et identifier les facteurs contextuels influençant son intégration dans la pratique des ergothérapeutes.

Méthodes

Une enquête transversale a été conduite entre janvier et mars 2024 via un questionnaire en ligne diffusé nationalement sur les réseaux sociaux et les messageries d'associations de professionnels, dans tous domaines d'activité. Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, le contexte d'exercice, le sentiment de compétence et l'expérience de prescription. Des analyses descriptives et des tests du Khi² ont exploré les associations entre la pratique de la prescription et diverses variables. Des données de la CNAM ont complété l'analyse.

Résultats

Sur 262 répondants, 40 % ont déclaré avoir prescrit au moins une aide technique. La prescription est significativement associée à la présence d'une prescription médicale préalable ($p < 0.01$), au type de structure ($p = 0.01$), à l'activité centrée sur les aides techniques ($p = 0.02$) et à l'accompagnement de personnes âgées ($p < 0.01$). Les principaux freins identifiés concernent la complexité du cadre réglementaire, la collaboration interprofessionnelle insuffisante et un accès limité à une formation adaptée.

Conclusion

L'appropriation du droit à prescrire des aides techniques reste limitée et fortement conditionnée par la disponibilité d'une prescription médicale préalable, plus que par les compétences individuelles. Ces résultats invitent à envisager une évolution du cadre d'exercice et à renforcer la formation et le soutien institutionnel pour favoriser une mise en œuvre effective de cette compétence dans la pratique quotidienne.

Mots clés

Aides techniques, Cadre réglementaire, Ergothérapie, France, Prescription

1. Introduction

Le recours aux aides techniques (AT) constitue un enjeu central de la participation sociale et de l'autonomie des personnes vivant avec un handicap ou confrontées au vieillissement (Denormandie & Chevalier, 2020). Les aides techniques sont définies comme des produits et des services d'assistance destinés à maintenir ou améliorer le fonctionnement et l'indépendance d'un individu, favorisant ainsi son bien-être (WHO & UNICEF, 2022). Ce terme recouvre à la fois des produits grand public et des dispositifs spécifiquement conçus pour compenser une limitation fonctionnelle, à l'exclusion des dispositifs de correction optique et auditive (Denormandie & Chevalier, 2020). Elles comprennent, entre autres, les fauteuils roulants, les aides à la toilette, les dispositifs de positionnement, les technologies d'assistance numérique ou encore les aides à la communication. En France, près de 18,5 % des personnes de plus de 60 ans, et 51 % des plus de 85 ans utilisent quotidiennement ou régulièrement une aide technique, selon la DREES (2023), confirmant ainsi leur rôle incontournable dans les parcours de soins et de vie.

Historiquement, les ergothérapeutes jouent un rôle clé dans le processus de préconisation d'aides techniques. Leur expertise en analyse de l'activité humaine, de l'environnement et de la compensation fonctionnelle les place au cœur de l'évaluation des besoins et de la recommandation des dispositifs. Toutefois, la préconisation n'est pas sans défis. Plusieurs obstacles ont été mis en évidence dans la littérature : manque de formation sur les aides techniques et leur réglementation, méconnaissance de certaines aides innovantes, difficultés de financement, sentiment d'incompétence chez certains professionnels, et complexité des collaborations interprofessionnelles (Jarvis *et al.*, 2016 ; WFOT, 2019 ; Manship, 2023 ; Pilli *et al.*, 2023). Ces freins influencent directement la qualité de l'accompagnement et peuvent même conduire à un renoncement partiel à la préconisation.

Depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, les ergothérapeutes exerçant en France sont autorisés à prescrire certaines aides techniques, sous réserve du respect de conditions précises : la prescription doit concerner des dispositifs inscrits à la LPP figurant sur l'arrêté du 12

juin 2023, être subordonnée à une prescription médicale initiale et ne peut intervenir dans un contexte lié à la distribution commerciale (article D.4331-1-1 du CSP).

Ce droit élargi, revendiqué depuis plus de quinze ans par la profession (Synergo, 2008), constitue une reconnaissance de leur compétence clinique. Il permet théoriquement de fluidifier l'accès aux aides techniques, de réduire les délais liés à l'intermédiation médicale et de consolider la cohérence entre évaluation, préconisation et prescription. Toutefois, cette évolution implique également de nouvelles responsabilités juridiques et organisationnelles : respect strict du périmètre réglementaire, articulation avec la prescription médicale initiale et maîtrise des conditions de prise en charge.

Ce droit soulève ainsi plusieurs interrogations quant à ses conditions d'appropriation et à son effectivité réelle. Les ergothérapeutes utilisent-ils effectivement cette possibilité de prescription ? Dans quelles conditions ? Quels en sont les freins et les facilitateurs ? À ce jour, aucune donnée scientifique ne permettait de répondre à ces questions en France.

L'objectif principal de cette recherche est donc de réaliser un premier état des lieux des pratiques de prescription d'aides techniques par les ergothérapeutes français depuis l'entrée en vigueur de ce nouveau droit. L'étude vise à décrire le recours effectif à la prescription, à identifier les caractéristiques des ergothérapeutes prescripteurs, ainsi que les facteurs facilitateurs ou freins à la mise en œuvre de la prescription.

L'hypothèse principale posée est que, malgré les freins identifiés dans la préconisation et la prescription d'aides techniques, au moins 50 % des ergothérapeutes éligibles ont eu recours à la prescription au cours de l'année suivant l'entrée en vigueur du dispositif.

Ainsi, cette recherche s'inscrit dans une démarche exploratoire, à la fois descriptive et explicative, dans le but de poser les premiers jalons d'une compréhension élargie des conditions nécessaires à une intégration effective de la prescription d'aides techniques dans la pratique ergothérapique en France.

2. Matériel et méthodes

2.1 Design de l'étude

Cette recherche s'appuie sur une méthodologie quantitative mixte, combinant l'analyse de données de remboursement issues de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et une enquête par questionnaire en ligne auto-administrée. L'objectif était d'obtenir à la fois une mesure objectivée du nombre de prescriptions effectivement réalisées et remboursées, et une compréhension plus fine des modalités pratiques, ressentis et obstacles rencontrés par les ergothérapeutes dans la mise en œuvre de ce droit. La complémentarité de ces deux sources permet de croiser les données empiriques et les déclarations de terrain pour renforcer la validité des résultats.

2.2 Données issues de la CNAM

La CNAM a accepté de transmettre un jeu de données couvrant la période du 1er septembre 2023 au 31 août 2024, soit la première année d'effectivité du droit de prescription. Ces données ne sont pas accessibles en open data, leur mise à disposition s'est inscrite dans le cadre institutionnel existant, avec une autorisation écrite de la CNAM. Ce jeu de données comprend :

- le nombre de prescriptions d'aides techniques réalisées par des ergothérapeutes ayant donné lieu à un remboursement,
- le détail des codes LPP concernés,
- les montants remboursés par l'Assurance Maladie,
- des éléments comparatifs avec les prescriptions émises par l'ensemble des professions de santé autorisées.

Ces données ont permis d'objectiver la part des prescriptions d'aides techniques remboursées réalisées par les ergothérapeutes sur le territoire national, en apportant un éclairage sur les volumes, les types d'aides techniques prescrites et les coûts engagés.

2.3 Enquête par questionnaire

En parallèle, une enquête a été diffusée en ligne entre le 5 janvier et le 2 février 2025 via la plateforme LimeSurvey®. Le questionnaire comprenait 36 questions (dont 21 questions obligatoires, et 15 questions conditionnelles). Elles

ont majoritairement pris la forme de questions fermées binaires, à choix multiples, ou par échelles de Likert. Des questions ouvertes, conditionnelles et à court développement, ont été incluses pour permettre aux ergothérapeutes de personnaliser davantage leurs réponses. Les items étaient répartis en cinq sections :

- données sociodémographiques,
- contexte professionnel et part de l'activité destinée aux aides techniques,
- pratiques effectives de prescription (nombre, types d'aides techniques prescrites, modalités),
- ressenti professionnel (compétence, formation, autonomie),
- freins et leviers identifiés.

Les participants devaient être diplômés d'État en ergothérapie, exercer en France depuis au moins un an, et ne pas être affiliés à un fabricant ou distributeur d'aides techniques. Tous les professionnels cliniciens, qu'ils soient ou non concernés par la prescription d'aides techniques, étaient invités à répondre. Le recrutement s'est effectué par diffusion sur les réseaux sociaux professionnels (LinkedIn, Facebook, groupes ANFE), via des newsletters d'associations professionnelles et par effet boule de neige entre pairs. Un pré-test sur un panel de sept ergothérapeutes a permis d'assurer la clarté et la pertinence des questions.

2.4 Analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées à l'aide du logiciel R Studio® (version 2024.04). Les variables catégorielles ont été analysées en effectifs absolus et en pourcentages. Les associations entre variables qualitatives ont été testées par χ^2 ou test exact de Fisher, selon les effectifs attendus. Une analyse post-hoc avec correction de Holm-Bonferroni a été appliquée lorsque nécessaire. Pour les variables continues (âge, expérience), la distribution a été testée par Shapiro-Wilk, et les comparaisons ont utilisé des tests non paramétriques.

Une régression logistique binaire a permis d'explorer les facteurs prédictifs de la prescription effective (au moins une aide technique prescrite). Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

2.5 Considérations éthiques

Cette étude ne relève pas de la loi Jardé, n'impliquant pas d'intervention sur la personne

humaine. Un avis favorable a néanmoins été obtenu auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Toutes les réponses ont été anonymisées. L'enquête était conforme au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL. Le consentement éclairé était requis en ligne avant toute participation.

3. Résultats

3.1 Données issues de la CNAM

Du 1er septembre 2023 au 31 août 2024, la CNAM a enregistré 793 prescriptions uniques d'aides techniques émises par des ergothérapeutes ayant donné lieu à remboursement, pour un total de 5 135 codes LPPR facturés, et un montant global de 193 931 € (Tableau 1).

Tableau 1. Prescriptions d'aides techniques enregistrées par la CNAM de septembre 2023 à septembre 2024 ayant donné lieu à remboursement

	Nombre de prescriptions ayant donné lieu à remboursement		Nombre de codes LPP facturés		Montant remboursé (en €)	
	Ergothérapeutes	Toutes spécialités	Ergothérapeutes	Toutes spécialités	Ergothérapeutes	Toutes spécialités
Total	793	11 700 493	5 135	56 500 098	193 931	1 180 403 158
Lits médicalisés & matelas	255	1 892 334	3 037	29 530 818	63 940	486 290 599
Fauteuils roulants	164	965 151	1 174	10 798 443	85 546	317 982 225
Coussins d'assise	112	282 997	115	298 894	10 163	29 570 895
AT diverses à la marche et à la vie quotidienne	223	2 133 724	752	8 406 424	32 626	129 210 924
Orthèses	39	6 426 287	57	7 465 519	1 655	217 348 516

Ce volume est extrêmement marginal en comparaison des plus de 11,7 millions de prescriptions similaires, toutes professions confondues, ayant donné lieu à remboursement sur la même période. Cela représente moins de 0,01 % du volume total, soulignant une appropriation encore limitée du droit de prescription par les ergothérapeutes à l'échelle nationale.

L'analyse par type d'aides techniques révèle une forte concentration sur certains dispositifs : les lits médicalisés et matelas représentent à eux seuls près de la moitié des prescriptions uniques, et 59,14 % des codes LPP remboursés et prescrits par des ergothérapeutes ($n = 3\,037$). Suivent les fauteuils roulants (22,86 %) et les aides à la marche ou à la vie quotidienne (14,64 %). En revanche, les orthèses ne représentent que 1,11 % des prescriptions, bien qu'elles soient couramment prescrites par d'autres professionnels de santé.

3.2 Données issues du questionnaire

Profil des répondants

L'échantillon est composé de 262 ergothérapeutes (Tableau 2), majoritairement des femmes (87,02 %), une proportion représentative de la profession en France (87,46 % selon la DREES, 2023). L'âge moyen est de 35,04 ans (médiane : 33 ans), et l'ancienneté professionnelle moyenne est de 11,15 ans (médiane : 9 ans), ce qui traduit une population globalement expérimentée.

Ils sont majoritairement salariés (84,35 %), exerçant pour 35,88 % en milieu sanitaire, 19,85 % en établissement ou service d'hébergement, 15,64 % dans d'autres types de services médico-sociaux ou intervenant à domicile, et 12,98 % au sein d'équipes spécialisées en aides techniques. Seuls 15,65 % déclarent le libéral comme leur principale activité, un taux proche des données nationales (18,88 % selon la DREES, 2023).

Tableau 2. *Profil des répondants*

Variables continues (N=262)	Moyenne	Et	Médiane	Quartiles
Âge (années)	35.04	9.60	33	[27 - 41]
Expérience (années)	11.15	8.84	9	[4 - 16]
Variables catégorielles (N=262)	n	%		
Genre				
Homme	34	12.98		
Femme	228	87.02		
Non-genré	0	0.00		
Type de structure				
Établissement sanitaire	94	35.88		
Établissement ou service d'hébergement	52	19.85		
Service intervenant à domicile	41	15.64		
Équipe spécialisée en AT	34	12.98		
Libéral	41	15.65		
Public accompagné¹				
Enfants	85	32.44		
Adultes	171	65.27		
Personnes âgées	189	72.14		
Exerce en désert médical				
Oui	79	30.15		
Non	158	60.31		
Ne sait pas	25	9.54		

1. Plusieurs réponses possibles.

Par ailleurs, 30,15 % des répondants indiquent exercer dans un désert médical, un taux également comparable à celui qui est relevé dans la population française générale (30,2 %), selon un rapport sénatorial de 2022 (Poumirol *et al.*). Enfin, 72,14 % des répondants interviennent auprès de personnes âgées, 65,27 % auprès d'adultes, et 32,44 % auprès d'enfants.

Pratiques de prescription

Parmi les 262 répondants, 105 ergothérapeutes affirment avoir prescrit au moins une aide technique au cours de l'année écoulée, soit 40,08 % (Tableau 3). Parmi eux, plus de la moitié (52,38 %) ont réalisé plus de 12 prescriptions en un an.

Tableau 3. *Type de prescriptions réalisées par les ergothérapeutes interrogés au cours de l'année écoulée*

Variables	Total n (%)	1 à 5 AT prescrites n (%)	6 à 12 AT prescrites n (%)	Plus de 12 AT prescrites n (%)
Effectifs	105 (100.0)	35 (33.33)	15 (14.29)	55 (52.38)
Lits médicalisés & matelas	60 (57.14)	5 (4.76)	9 (8.57)	46 (43.81)
Fauteuils roulants	57 (54.29)	15 (14.29)	7 (6.67)	35 (33.33)
Coussins d'assise	71 (67.62)	13 (12.38)	8 (7.62)	50 (47.62)
AT diverses à la marche et à la vie quotidienne	99 (94.29)	29 (27.62)	15 (14.29)	55 (52.38)
Orthèses	43 (40.95)	7 (6.67)	5 (4.76)	31 (29.52)

% calculés pour chaque variable.

Les aides les plus fréquemment prescrites concernent la mobilité et les activités de la vie quotidienne : 94,29 % ont prescrit au moins une aide de ce type. Les coussins d'assise (67,62 %), les lits médicalisés et matelas (57,14 %) et les fauteuils roulants (54,29 %) figurent également parmi les aides couramment prescrites.

Facteurs contextuels influençant la prescription

Le contexte professionnel apparaît comme un facteur structurant dans le recours à la prescription (Tableau 4). On constate que les ergothérapeutes

prescripteurs d'aides techniques sont surreprésentés en établissement sanitaire (48,94 %, $p = 0,01$), par rapport aux autres structures, y compris les équipes spécialisées en aides techniques (26,83 %).

Consacrer la majeure partie de son activité professionnelle aux aides techniques n'est pas significativement associé à une fréquence plus élevée de prescription ($p > 0,05$). Cependant, ceux qui ne dédient qu'une part nulle ou minime de leur activité aux aides techniques sont sans surprise moins prescripteurs que les autres ergothérapeutes ($p = 0,02$).

Tableau 4. Prescription d'aides techniques selon le contexte

Variables	Total n (%)	A prescrit au moins une AT n (%)	N'a pas prescrit d'AT n (%)	P-values
Effectifs	262 (100.00)	105 (40.08)	157 (59.92)	
Exerce en désert médical				0.73
<i>Oui</i>	79 (30.15)	32 (40.51)	47 (59.49)	
<i>Non</i>	158 (60.31)	65 (41.14)	93 (58.86)	
<i>Ne sait pas</i>	25 (9.54)	8 (32.00)	17 (68.00)	
Type de structure				
<i>Sanitaire</i>	94 (35.88)	46 (48.94)*	47 (51.06)*	*0.01
<i>Hébergement</i>	52 (19.85)	16 (30.77)	34 (69.23)	
<i>Domicile</i>	41 (15.65)	11 (26.83)	27 (73.17)	
<i>Équipe AT</i>	34 (12.98)	9 (26.47)	25 (73.53)	
<i>Libéral</i>	41 (15.65)	18 (43.90)	22 (56.10)	
Part de l'activité consacrée aux AT				
<i>Nulle ou minime (moins de 25 %)</i>	57 (21.76)	15 (26.31)*	42 (73.68)*	*0.02
<i>Modérée (entre 25 % et 49 %)</i>	72 (27.48)	26 (36.11)	46 (63.89)	
<i>Importante (entre 50 % et 74 %)</i>	89 (33.97)	44 (49.44)**	45 (50.56)**	**0.03
<i>Principale (75 % et plus)</i>	44 (16.79)	20 (45.45)	24 (54.55)	
Public enfant				1
<i>Oui</i>	85 (32.44)	34 (13.0)	51 (19.5)	
<i>Non</i>	177 (67.56)	71 (27.1)	106 (40.5)	
Public adulte				0.79
<i>Oui</i>	171 (65.27)	67 (39.18)	104 (60.82)	
<i>Non</i>	91 (34.73)	38 (41.76)	53 (58.24)	
Public âgé				
<i>Oui</i>	189 (72.14)	87 (46.03)*	102 (53.97)*	
<i>Non</i>	73 (27.86)	18 (24.66)*	55 (75.34)*	*<0.01
Prescription médicale préalable				
<i>Jamais</i>	81 (30.92)	18 (22.22)*	63 (77.78)*	*<0.01
<i>Parfois</i>	101 (28.55)	51 (50.50)**	50 (49.50)**	**0.03
<i>Toujours</i>	80 (30.53)	36 (45.00)	44 (55.00)	

Les p-values ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.
% calculés pour chaque variable.

En outre, les professionnels intervenant auprès de personnes âgées sont significativement plus nombreux à prescrire (46,03 %, $p < 0,01$). En revanche, ni l'âge, ni le genre, ni l'expérience professionnelle, ni le fait d'exercer en désert médical ne sont associés de manière significative à la prescription.

Enfin, la variable la plus fortement associée à la réalisation de prescriptions d'aides techniques est l'accès à une prescription médicale préalable à l'intervention de l'ergothérapeute ($p < 0,01$). Ainsi, 61 % des ergothérapeutes pour qui la prescription médicale est souvent présente ont eux-mêmes prescrit des aides techniques. Toutefois, 22,22 % des ergothérapeutes ne disposant jamais de prescription médicale déclarent avoir prescrit au moins une aide technique.

Facteurs subjectifs et sentiment de compétence

Outre les variables contextuelles, les ressentis individuels des professionnels peuvent affecter

leurs prescriptions d'aides techniques (Tableau 5). Percevoir des enjeux différenciés entre préconisation et prescription ne semble pas influencer la pratique. Interrogés par une question ouverte, les répondants ont majoritairement cité la responsabilité légale accrue en cas de prescription par rapport à une simple préconisation.

À l'inverse, le sentiment de se sentir compétent ($p < 0,01$) et celui de se sentir concerné par la prescription ($p < 0,01$) sont tous deux significativement associés à la réalisation effective de prescriptions d'aides techniques. En revanche, aucune association significative n'a été observée entre le sentiment d'être concerné et les variables contextuelles étudiées (telles que le mode d'exercice ou le secteur d'activité). Autrement dit, le fait de se sentir concerné par l'acte de prescription ne semble pas dépendre des conditions d'exercice, mais davantage d'une perception individuelle.

Tableau 5. Prescription d'aides techniques selon les ressentis individuels

Variables	Total n (%)	A prescrit au moins une AT n (%)	N'a pas prescrit d'AT n (%)	P-values
Effectifs	262 (100.00)	105 (40.08)	157 (59.92)	
A le sentiment d'être concerné par la prescription d'AT				
Oui	216 (82.44)	99 (45.83)*	117 (54.17)*	* <0.01
Non	46 (17.56)	6 (13.04)*	40 (86.96)*	
Identifie des enjeux différents entre prescription et préconisation				
Oui	143 (54.58)	59 (41.26)	84 (58.74)	0.76
Non	119 (45.42)	46 (38.66)	73 (61.34)	
A le sentiment d'être compétent pour prescrire des AT				
Oui	206 (78.63)	94 (45.63)*	112 (54.37)*	* <0.01
Non	56 (21.37)	11 (19.64)*	45 (80.36)*	

Les p-values ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.
% calculés pour chaque variable.

Obstacles et leviers identifiés par les ergothérapeutes

Parmi les 262 répondants, 157 (59,92 %) déclarent avoir rencontré des obstacles dans la mise en œuvre de la prescription. Les freins les plus fréquents sont liés au contexte d'exercice (66,88 %), suivis du cadre réglementaire (42,04 %). Les obstacles contextuels ont un impact significatif sur la probabilité de prescription ($p = 0,02$),

contrairement aux facteurs personnels ($p = 1,00$) (Tableau 6).

Les difficultés citées incluent l'absence de prescription médicale préalable, une méconnaissance générale du cadre réglementaire, ou encore des refus de la part de l'institution, des médecins prescripteurs, ou des Caisses primaires d'Assurance Maladie.

Tableau 6. Obstacles à la prescription identifiés par les répondants

Variables	Total n (%)	A prescrit au moins une AT n (%)	N'a pas prescrit d'AT n (%)	<i>p-values</i>
Effectifs	157 (100.00)	69 (43.95)	88 (56.05)	
Liées au cadre réglementaire				0.07
Oui	66 (42.04)	35 (53.03)	31 (46.97)	
Non	91 (57.96)	34 (37.36)	57 (62.64)	
Liées au contexte d'exercice				*0.02
Oui	105 (66.88)	38 (36.19)*	67 (63.81)*	
Non	52 (33.12)	31 (59.62)*	21 (40.38)*	
Liées à des facteurs personnels				1
Oui	12 (7.64)	5 (41.67)	7 (58.33)	
Non	145 (92.36)	64 (44.14)	81 (55.86)	
Liées à d'autres facteurs				0.12
Oui	19 (12.10)	12 (63.16)	7 (36.84)	
Non	138 (87.90)	57 (41.30)	81 (58.70)	

Les *p-values* ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.
% calculés pour chaque variable.

Prescription médicale préalable à l'acte d'ergothérapie

L'analyse met en évidence que la majorité des ergothérapeutes ne disposent pas systématiquement d'une prescription médicale préalable à leur intervention : 30, 92 % disent ne jamais en bénéficier, et 38, 55 % en bénéficier occasionnellement (Tableau 7).

Certaines configurations professionnelles influencent cet accès. Les ergothérapeutes exerçant en établissements sanitaires ($p < 0,01$) ou en libéral ($p = 0,01$) sont significativement plus nombreux à bénéficier d'une prescription médicale préalable. À l'inverse, ceux travaillant au sein de services d'intervention à domicile ou dans des équipes spécialisées en aides techniques sont davantage confrontés à l'absence de prescription médicale initiale ($p < 0,01$) (Tableau 7).

Par ailleurs, une forte association est observée entre le type d'activité professionnelle et l'absence de prescription médicale : les ergothérapeutes consacrant la majorité de leur pratique aux aides techniques déclarent plus fréquemment ne pas disposer de prescription préalable ($p < 0,01$). Ces professionnels sont surreprésentés dans les équipes spécialisées en aides techniques ($p < 0,01$), mais sous-représentés en exercice libéral ($p < 0,01$) (Tableau 8).

D'autres variables contextuelles présentent également des liens significatifs. Les ergothérapeutes intervenant auprès d'adultes bénéficient plus souvent d'une prescription médicale ($p < 0,01$), sont moins présents en établissements d'hébergement ($p < 0,01$) et davantage représentés dans les équipes spécialisées ($p = 0,02$).

Ceux qui accompagnent un public âgé déclarent plus rarement exercer sans prescription médicale préalable ($p = 0,03$). Ils sont plus nombreux dans les équipes spécialisées ($p = 0,02$) et moins présents dans les services médico-sociaux à domicile ($p < 0,01$).

En revanche, l'intervention auprès d'enfants n'est pas significativement associée à la présence ou non d'une prescription médicale (Tableau 7). Toutefois, elle est statistiquement corrélée au type de

structure : les ergothérapeutes accompagnant des enfants sont sous-représentés dans les établissements sanitaires ($p < 0,01$) et d'hébergement ($p = 0,01$), mais sur-représentés en exercice libéral et dans les équipes spécialisées en aides techniques (Tableau 8).

Enfin, l'exercice en désert médical est la seule variable à n'être significativement associée à aucune autre variable contextuelle.

Tableau 7. Corrélation entre prescription médicale préalable à l'intervention de l'ergothérapeute et variables contextuelles

Variables	Total n (%)	Jamais prescrit par un médecin n (%)	Parfois prescrit par un médecin n (%)	Toujours prescrit par un médecin n (%)	<i>p-values</i>
Effectifs	262 (100.0)	81 (30.92)	101 (38.55)	80 (30.53)	
Désert médical					0.25
<i>Oui</i>	79 (30.15)	27 (34.18)	33 (41.77)	19 (24.05)	
<i>Non</i>	158 (60.31)	49 (31.01)	60 (37.97)	49 (31.01)	
<i>Ne sait pas</i>	25 (9.54)	5 (20.00)	8 (32.00)	12 (48.00)	
Type de structure					
<i>Sanitaire</i>	94 (35.88)	9 (9.57)*	33 (35.11)	52 (55.32)*	*<0.01
<i>Hébergement</i>	52 (19.85)	19 (36.54)	25 (48.08)	8 (15.38)	
<i>Domicile</i>	41 (15.65)	30 (73.17)*	5 (12.20)*	6 (14.63)	*<0.01
<i>Équipe AT</i>	34 (12.98)	20 (58.82)*	13 (38.24)	1 (2.94)*	*<0.01
<i>Libéral</i>	41 (15.65)	3 (7.32)*	25 (60.98)**	13 (31.71)	*<0.01, **0.01
Part de l'activité consacrée aux AT					
<i>Nulle ou minime (moins de 25 %)</i>	54 (20.61)	14 (25.93)	27 (50.00)	13 (24.07)	
<i>Modérée (entre 25 % et 49 %)</i>	75 (28.63)	14 (18.67)	32 (42.67)	29 (38.67)	
<i>Importante (entre 50 % et 74 %)</i>	89 (33.97)	29 (32.58)	27 (30.34)	33 (37.08)	
<i>Principale (75 % et plus)</i>	44 (16.79)	24 (54.55)*	15 (34.09)	5 (11.36)**	*<0.01, **0.03
Public enfant					0.15
<i>Oui</i>	85 (32.44)	23 (27.06)	40 (47.06)	22 (25.88)	
<i>Non</i>	177 (67.56)	58 (32.77)	61 (34.46)	58 (32.77)	
Public adulte					
<i>Oui</i>	171 (65.27)	56 (32.75)	53 (30.99)*	62 (36.26)**	*<0.01, **0.02
<i>Non</i>	91 (34.73)	25 (27.47)	48 (52.75)*	18 (19.78)**	*<0.01, **0.02
Public âgé					
<i>Oui</i>	189 (72.14)	49 (25.93)*	77 (59.26)	63 (66.67)	*0.03
<i>Non</i>	73 (27.86)	32 (43.84)*	24 (32.88)	17 (23.29)	*0.03

Les *p-values* ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.
% calculés pour chaque variable.

Tableau 8. *Corrélation entre type de structure et variables contextuelles*

Variables	Total n (%)	Sanitaire n (%)	Hébergement n (%)	Domicile n (%)	Équipe AT n (%)	Libéral n (%)	<i>p-values</i>
Effectifs	262 (100.0)	94 (35.88)	52 (19.85)	41 (15.65)	34 (12.98)	41 (15.65)	
Désert médical¹							0.06
<i>Oui</i>	79 (30.15)	18 (22.78)	22 (27.85)	10 (12.66)	16 (20.25)	13 (16.46)	
<i>Non</i>	158 (60.31)	65 (41.14)	27 (17.09)	27 (17.09)	16 (10.13)	23 (14.56)	
<i>Ne sait pas</i>	25 (9.54)	11 (44.00)	3 (12.00)	4 (16.00)	2 (8.00)	5 (20.00)	
Part de l'activité consacrée aux AT²							
<i>Nulle ou minime (moins de 25 %)</i>	54 (20.61)	20 (35.09)	9 (15.79)	8 (14.04)	1 (1.75)*	19 (33.33)**	*0.04, **<0.01
<i>Modérée (entre 25 % et 49 %)</i>	75 (28.63)	31 (43.06)	15 (20.83)	11 (15.28)	2 (2.78)	13 (18.06)	
<i>Importante (entre 50 % et 74 %)</i>	89 (33.97)	34 (38.20)	22 (24.72)	19 (21.35)	9 (10.11)	5 (5.62)***	***0.02
<i>Principale (75 % et plus)</i>	44 (16.79)	9 (20.45)	6 (13.64)	3 (6.82)	22 (50.00)**	4 (9.09)	*<0.01
Public enfant¹							
<i>Oui</i>	85 (32.44)	13 (15.29)*	8 (9.41)**	12 (14.12)	21 (24.71)*	31 (36.47)*	*<0.01, **0.01
<i>Non</i>	177 (67.56)	81 (45.76)*	44 (24.86)**	29 (16.39)	13 (7.34)*	10 (5.65)*	*<0.01, **0.01
Public adulte¹							
<i>Oui</i>	171 (65.27)	71 (41.52)	22 (12.87)*	23 (13.45)	30 (17.54)**	25 (14.62)	*<0.01, **0.02
<i>Non</i>	91 (34.73)	23 (25.28)	30 (32.97)*	18 (19.78)	4 (4.40)**	16 (17.58)	*<0.01, **0.02
Public âgé¹							
<i>Oui</i>	189 (72.14)	72 (38.10)	37 (19.58)	19 (10.05)*	32 (16.93)**	29 (15.34)	*<0.01, **0.02
<i>Non</i>	73 (27.86)	22 (30.14)	15 (20.55)	22 (30.14)*	2 (2.74)**	12 (16.44)	*<0.01, **0.02

¹ Les *p-values* ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.

² Les *p-values* ont été obtenues à l'aide d'un test du χ^2 avec *p-value* simulée (méthode de Monte-Carlo, 10 000 itérations) et d'une analyse post-hoc avec correction de Holm.

% calculés pour chaque variable.

Rôle de la formation

Les données issues du questionnaire soulignent l'impact notable de la formation sur le sentiment de compétence des ergothérapeutes en matière de prescription d'aides techniques. Les incertitudes concernant l'existence même du droit de prescription, les dispositifs effectivement autorisés, les limites des prérogatives professionnelles ainsi que les obligations associées (modalités de rédaction, conditions de prise en charge), apparaissent en effet comme un frein fréquemment cité à la mise en œuvre effective de ce droit.

Parmi les différentes sources de formation et d'information disponibles, seule la consultation des

recommandations professionnelles émises par l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) est significativement associée à un renforcement du sentiment de compétence. Les ergothérapeutes ayant consulté ces recommandations présentent une probabilité plus de deux fois supérieure de se déclarer compétents pour prescrire des aides techniques, comparativement à ceux ne les ayant pas consultées (OR = 2,09 [1,07 – 4,27]).

En revanche, les autres sources de formation ou d'information – telles que les recherches sur Internet et les réseaux sociaux (OR = 0,99 [0,51 – 1,92]), les communications professionnelles (OR =

1,09 [0,43 – 2,57]), les publications scientifiques ou professionnelles (OR = 1,53 [0,58 – 4,78]), les congrès (OR = 3,44 [0,65 – 63,77]), les formations professionnelles (OR = 1,46 [0,45 – 6,61]), ou encore les supports divers (OR = 4,15 [0,78 – 76,85]) – ne montrent pas d'effet significatif sur le sentiment de compétence des répondants.

Attentes exprimées

Les ergothérapeutes interrogés ont également été invités à formuler leurs attentes concernant les évolutions souhaitables du dispositif de prescription des aides techniques. Une majorité significative (64,50 %) exprime le souhait de voir évoluer le cadre réglementaire actuel.

Cette demande d'évolution doit toutefois être interprétée avec prudence. Comme indiqué précédemment, une partie des répondants rapporte une connaissance incomplète des textes encadrant le droit de prescription. Le questionnaire ne permettait pas d'explorer finement ce que les participants entendaient précisément par « évolution du cadre réglementaire » ni d'identifier les dispositions visées (contenu de la liste des aides techniques, conditions d'accès, modalités de prise en charge, etc.).

Parmi les propositions spontanément formulées, l'instauration d'un accès direct à l'ergothérapie arrive en tête (44,97 %), traduisant une volonté de simplification du parcours de soins et de reconnaissance accrue de leur autonomie professionnelle. L'élargissement du catalogue des aides techniques prescriptibles est également fréquemment mentionné (31,95 %), ainsi que la clarification de la liste des produits remboursables (14,20 %).

Ces résultats suggèrent l'existence d'attentes hétérogènes, dont la compréhension fine nécessiterait une investigation qualitative complémentaire, permettant d'analyser plus précisément les représentations professionnelles et les besoins perçus en matière d'évolution réglementaire.

4. Discussion

Un an après l'entrée en vigueur du décret du 12 juin 2023 autorisant les ergothérapeutes à prescrire certaines aides techniques, cette étude dresse un

premier état des lieux de l'appropriation effective de ce droit dans les pratiques professionnelles. À la lumière des résultats obtenus, il apparaît que cette nouvelle législation, bien que porteuse d'un potentiel de transformation important pour la profession, reste à ce stade faiblement intégrée. Moins de 40 % des répondants à notre enquête déclarent avoir prescrit au moins une aide technique, et les données de la CNAM confirment la marginalité de la prescription ergothérapique au regard de l'ensemble des aides techniques prescrites et remboursées en France.

Cette situation invite à dépasser une lecture strictement descriptive des chiffres pour interroger les dynamiques de mobilisation professionnelle, les obstacles systémiques rencontrés, ainsi que les conditions propices à l'appropriation durable de ce droit.

4.1 Une réforme ambitieuse à l'ancrage encore limité

La possibilité pour les ergothérapeutes de prescrire certaines aides techniques constitue une reconnaissance institutionnelle importante de leur expertise dans le champ de la compensation fonctionnelle. Cette évolution s'inscrit dans un mouvement plus large de délégation de tâches et de redéfinition des compétences au sein du système de santé (HAS, 2008).

Cependant, ce recours reste encore très limité à l'échelle du système de santé français. Le nombre total de prescriptions recensées est marginal en comparaison avec le volume global d'aides techniques délivrées chaque année, majoritairement prescrites par des médecins. Ce décalage met en lumière un enjeu d'effectivité : si le cadre réglementaire autorise désormais les ergothérapeutes à prescrire, cela ne garantit pas une appropriation immédiate ni homogène de cette compétence. Cette appropriation limitée reste cependant cohérente avec les dynamiques observées dans d'autres professions de santé. Ainsi, une étude menée en 2007, soit un an après la parution du décret autorisant les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire certains dispositifs médicaux en France, montrait que 43,8 % d'entre eux avaient effectivement prescrit dans ce cadre (Coin, 2008).

Cette situation s'explique en partie par la nouveauté du dispositif, et le contexte de transition,

un an seulement après la réforme. Comme l'ont montré plusieurs travaux en santé publique et en sociologie des professions, l'appropriation d'un nouveau champ de compétences réglementaires ne s'effectue pas de manière immédiate, mais s'inscrit dans un processus progressif influencé par des facteurs structurels, individuels et organisationnels (Greenhalgh *et al.*, 2004 ; Fixsen *et al.*, 2005 ; Damschroder *et al.*, 2009).

En somme, si la prescription par les ergothérapeutes est désormais juridiquement possible et concrètement amorcée, elle reste encore peu répandue dans les pratiques. Cette diffusion encore limitée appelle à interroger les facteurs organisationnels, réglementaires, et professionnels qui freinent l'intégration de cette compétence encore en construction.

4.2 La prescription médicale préalable : socle et limite du dispositif

Parmi l'ensemble des déterminants identifiés, la présence d'une prescription médicale préalable se révèle le facteur le plus influent sur la probabilité de prescrire des aides techniques. Lorsque cette prescription est systématiquement disponible, 45 % des ergothérapeutes déclarent avoir prescrit au moins une aide technique, contre seulement 22 % lorsqu'elle est absente. Ce différentiel significatif souligne la dépendance structurelle du droit à prescrire à l'égard du corps médical.

La loi française autorise la prescription par les ergothérapeutes dans un cadre très encadré : l'acte doit s'inscrire dans une démarche d'ergothérapie prescrite médicalement, et le médecin doit être informé de la prescription réalisée (Article D.4331-1-1 du CSP ; ANFE, 2024). Cette double contrainte (prescription médicale préalable et obligation d'information) limite considérablement la portée transformative de la réforme. Le professionnel est juridiquement responsable de sa prescription, mais sans pouvoir l'exercer de manière totalement autonome.

Ce cadre entrave les gains attendus en termes d'efficacité, d'allègement administratif et de fluidification des parcours de soin. Il freine également l'expression pleine de l'expertise ergothérapique, reléguée dans une position subordonnée, malgré la reconnaissance formelle d'une compétence prescriptive (HAS, 2007 ; Denormandie & Chevalier, 2020). Cette situation

nourrit une forme de frustration professionnelle, et explique l'émergence de revendications en faveur d'un accès facilité à l'ergothérapie ou d'un élargissement des possibilités de prescription.

4.3 Un accès inégal à la prescription médicale selon les contextes

Si la prescription médicale préalable constitue un prérequis légal pour permettre aux ergothérapeutes d'exercer leur droit à prescrire, cette condition est loin d'être uniformément remplie dans les différents contextes professionnels. Une enquête non publiée de l'ANFE, datant de 2023, révèle que seuls 35 % d'entre eux en disposent systématiquement. L'accès effectif à une prescription médicale dépend largement du lieu d'exercice et de l'organisation locale des soins, ce qui crée des inégalités majeures dans la mise en œuvre concrète du droit à prescrire.

Les ergothérapeutes exerçant dans des établissements sanitaires ou en libéral apparaissent comme les mieux positionnés pour accéder à une prescription médicale préalable, condition indispensable à l'acte de prescription. Dans ces environnements, les circuits de soins sont davantage structurés autour de logiques médicales classiques, avec une forte intégration interprofessionnelle. La présence régulière de médecins facilite la délivrance d'une prescription initiale, rendant la prescription ergothérapique plus facilement réalisable (CNOM, 2024).

À l'inverse, les professionnels exerçant dans des équipes spécialisées en aides techniques, en structures médico-sociales ou à domicile, bien que souvent confrontés à des besoins complexes en aides techniques, déclarent plus fréquemment ne pas disposer de cette prescription préalable. Cette difficulté semble en partie liée à l'organisation même de ces dispositifs. L'arrêté du 22 juillet 2022 relatif à l'expérimentation des équipes locales d'accompagnement aux aides techniques (EqLAAT) prévoit par exemple que « les équipes comportent au minimum des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux », sans mentionner la présence d'un médecin prescripteur. L'absence structurelle de médecin au sein de ces équipes peut ainsi compliquer l'obtention d'une prescription médicale préalable, pourtant juridiquement nécessaire à l'activation du droit à prescrire.

Par ailleurs, une distinction mérite d'être soulignée entre prescription médicale et simple « adressage ». Dans certains dispositifs, comme les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), l'intervention de l'ergothérapeute repose sur un adressage médical ou institutionnel, qui ne constitue pas juridiquement une prescription au sens réglementaire (circulaire du 23 mars 2011). Cette nuance, bien que parfois peu perceptible dans les pratiques quotidiennes, a des conséquences directes sur la possibilité pour l'ergothérapeute d'exercer son propre droit de prescription.

Cette carence entrave l'activation du droit à prescrire, même lorsque la compétence clinique et l'indication thérapeutique sont établies. Il en résulte un paradoxe : ce sont parfois les professionnels les plus impliqués dans l'évaluation et la préconisation d'aides techniques qui se retrouvent juridiquement empêchés de prescrire.

Ce déséquilibre est encore renforcé par les caractéristiques du public accompagné. Les personnes âgées, davantage concernées par les aides techniques listées dans la LPP, bénéficient plus fréquemment d'un parcours de soins médicalisé, ce qui augmente les chances qu'une prescription préalable soit disponible. En revanche, dans les contextes médico-sociaux ou dans les accompagnements de longue durée, la présence d'un médecin traitant dans le parcours peut être plus distante ou moins mobilisée, réduisant ainsi les possibilités de prescrire (Denormandie & Chevalier, 2020 ; CNOM, 2024).

Ces éléments montrent que l'accès à la prescription médicale préalable, bien qu'il permette d'inscrire la prescription d'aides techniques dans une évaluation pluriprofessionnelle globale et d'assurer la cohérence avec les thérapeutiques et traitements en cours ; constitue également un verrou structurel à la mise en œuvre de la prescription ergothérapique.

4.4 Des obstacles persistants et un levier clé

Si l'accès à la prescription médicale initiale est un préalable indispensable, il ne saurait à lui seul expliquer la faible appropriation de ce droit par les ergothérapeutes. De nombreux freins complémentaires, d'ordre réglementaire, organisationnel, ou encore individuel, entravent la mise en œuvre effective de la prescription d'aides techniques.

En premier lieu, les données recueillies pointent la complexité du cadre juridique comme un obstacle central. La diversité des textes à mobiliser (décret, LPP, circulaires, référentiels) alimente une incertitude quant aux conditions d'éligibilité des dispositifs, à la traçabilité attendue des prescriptions, ou encore aux obligations d'information imposées aux prescripteurs. Cette instabilité réglementaire est renforcée par les évolutions du périmètre des aides remboursables, comme la réforme du financement des fauteuils roulants, entrée en vigueur postérieurement à la réalisation de cette étude, en décembre 2025 (arrêté du 6 février 2025).

Par ailleurs, la structuration de l'environnement professionnel joue un rôle ambivalent. Si une collaboration fluide avec le corps médical peut faciliter l'accès à la prescription préalable, un manque de coordination peut à l'inverse produire des blocages. Plusieurs répondants soulignent ainsi le rôle déterminant de l'acceptation, par les médecins, de cette évolution des compétences, dans un contexte où la délégation reste parfois perçue comme une perte de contrôle clinique. Ce constat rejoint celui de l'Association américaine d'ergothérapie (American Occupational Therapy Association) sur l'importance d'une collaboration basée sur une reconnaissance mutuelle des compétences, dans les approches interprofessionnelles (AOTA, 2024).

Enfin, la formation apparaît comme un levier potentiel mais encore insuffisamment adapté aux besoins identifiés. L'étude montre que la majorité des canaux d'information existants (congrès, lectures professionnelles, formations généralistes) n'ont pas d'effet significatif sur le sentiment de compétence à prescrire.

Seul le recours aux recommandations professionnelles publiées par l'ANFE est corrélé à une augmentation de ce sentiment. Ce résultat doit toutefois être interprété avec prudence. Une partie des répondants ayant été recrutée *via* les canaux de diffusion de l'association, il est possible que les adhérents ou les professionnels déjà sensibilisés aux productions de l'ANFE soient davantage représentés dans l'échantillon.

Néanmoins, ce résultat plaide pour un besoin de clarification opérationnelle du cadre réglementaire, en proposant un décryptage structuré des textes et une explicitation concrète des modalités de mise en

œuvre. Il confirme également les conclusions de Graham *et al.* (2006) et de Fixsen *et al.* (2005), selon lesquelles le transfert de compétence nécessite un accompagnement structuré, au-delà de la simple diffusion de l'information.

Ainsi, si la prescription médicale préalable constitue une condition sine qua non, l'appropriation du droit à prescrire dépend aussi d'un environnement professionnel soutenant, d'un cadre juridique intelligible, et d'un accompagnement ciblé. La combinaison de ces facteurs conditionne l'effectivité du droit, et sa pérennité dans les pratiques professionnelles.

4.5 Considérations méthodologiques et limites de l'étude

Comme toute recherche en sciences humaines et sociales, cette étude présente plusieurs limites méthodologiques qu'il convient de reconnaître.

Premièrement, le mode de diffusion du questionnaire, fondé principalement sur les réseaux sociaux et les canaux professionnels, expose à un biais de sélection. Il est probable que les ergothérapeutes les plus sensibilisés ou engagés sur la question de la prescription aient été surreprésentés dans les réponses, ce qui pourrait surestimer certaines tendances (Bethlehem, 2010). Deuxièmement, l'échantillon n'étant pas aléatoire et la participation volontaire, la représentativité statistique ne peut être assurée. Bien que les caractéristiques sociodémographiques des répondants soient globalement cohérentes avec les données nationales (DREES, 2023), la généralisation des résultats à l'ensemble de la profession doit être envisagée avec prudence.

Troisièmement, le recours à un questionnaire auto-administré en ligne comporte des biais inhérents à la méthode déclarative. Les réponses peuvent être influencées par la mémoire sélective, la subjectivité dans l'interprétation des questions ou la désirabilité sociale (Tourangeau *et al.*, 2000). En outre, la diffusion numérique peut avoir exclu une partie des professionnels moins à l'aise avec les outils digitaux ou exerçant dans des contextes moins connectés.

Quatrièmement, cette recherche a été conduite à peine un an après l'entrée en vigueur du décret du 12 juin 2023. Ce laps de temps court limite la possibilité de juger d'une appropriation stabilisée du droit à prescrire. Il est probable que les pratiques évoluent dans les années à venir, à mesure que les

professionnels s'approprient les nouvelles procédures et que les dispositifs d'accompagnement se développent.

Enfin, les analyses statistiques menées dans cette étude sont majoritairement bivariées (tests du χ^2 et de Wilcoxon). Si elles permettent d'identifier des associations significatives entre variables, elles ne permettent pas de contrôler les effets croisés ou les interactions complexes. Une analyse multivariée aurait été utile pour affiner l'identification des facteurs prédictifs de la prescription. Toutefois, compte tenu de la taille de l'échantillon et du caractère exploratoire de l'étude, ce choix méthodologique reste pertinent (Hosmer *et al.*, 2013).

5. Conclusion

Un an après l'entrée en vigueur du décret autorisant les ergothérapeutes français à prescrire certaines aides techniques, cette étude dresse un premier bilan chiffré et contextuel de l'appropriation effective de ce droit. Les résultats révèlent une diffusion encore marginale de la prescription ergothérapique à l'échelle nationale.

La prescription médicale préalable apparaît comme le facteur structurant principal, conditionnant fortement la possibilité pour les ergothérapeutes d'exercer leur droit à prescrire. Cette dépendance reflète les limites du modèle actuel, où l'autonomie professionnelle est entravée par un cadre institutionnel encore très médicocentré. D'autres freins (organisationnels, réglementaires et pédagogiques) viennent s'y ajouter, freinant une appropriation fluide et équitable de cette nouvelle compétence.

Cette recherche apporte un éclairage empirique inédit sur les conditions réelles de mise en œuvre du droit de prescription d'aides techniques en France. En objectivant le faible recours à la prescription et en identifiant les déterminants structurels et subjectifs associés, elle permet de dépasser une approche strictement réglementaire pour analyser l'effectivité concrète d'un droit professionnel récemment acquis.

Elle souligne également l'importance de la structuration interprofessionnelle et de la clarification du cadre réglementaire pour permettre l'émergence de pratiques cohérentes et sécurisées. En outre, cette recherche met en lumière le rôle

stratégique des recommandations professionnelles émises par l'ANFE comme levier d'appropriation, et suggère l'intérêt de renforcer les stratégies pédagogiques ciblées, fondées sur les besoins réels des praticiens.

Enfin, il convient de replacer ces résultats dans un contexte réglementaire en évolution rapide. Depuis la période de recueil des données, plusieurs évolutions législatives sont venues modifier les conditions d'exercice des ergothérapeutes.

D'une part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, promulguée le 30 décembre 2025. Cette réforme modifie l'article L.4331-1 du Code de la santé publique en autorisant désormais l'exercice des ergothérapeutes non seulement sur prescription médicale, mais également dans le cadre d'un adressage vers une prise en charge pluriprofessionnelle. Cette évolution constitue un changement potentiellement structurant, susceptible de lever en partie le principal frein identifié dans cette étude, à savoir la dépendance à une prescription médicale initiale.

D'autre part, les récentes évolutions relatives à la prise en charge et à la prescription des fauteuils roulants renforcent explicitement le rôle des ergothérapeutes dans la prescription de ces aides techniques (arrêté du 6 février 2025). Cette reconnaissance accrue de l'expertise ergothérapique pourrait favoriser une augmentation du recours à la prescription par ces professionnels.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de poursuivre les travaux de recherche afin d'évaluer l'impact de ces réformes sur les pratiques effectives de prescription. Une analyse longitudinale des données de remboursement, comparant les périodes pré et post mise en œuvre de ces

dispositifs, permettrait notamment d'objectiver leur effet sur le volume et la nature des prescriptions réalisées par les ergothérapeutes.

Par ailleurs, cette recherche ouvre également la voie à de futurs travaux qualitatifs, nécessaires pour explorer plus finement les dynamiques de mobilisation, les freins subjectifs, et les trajectoires d'appropriation du droit à prescrire. À terme, une meilleure compréhension de ces mécanismes contribuera à renforcer la place de l'ergothérapie dans les parcours de soin, et à favoriser un accès plus juste, plus rapide et plus adapté aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour la mise à disposition des données de remboursement nécessaires à cette étude.

Ils adressent également leurs sincères remerciements au Master RG3PE de l'Université Paris-Est Créteil, et tout particulièrement à Cynthia Engels, responsable pédagogique de la formation, pour son encadrement et son soutien dans la réalisation de ce travail de recherche, mené dans le cadre du mémoire de fin d'études.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie

- Arrêté du 22 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 30 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).
- Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes (2023).
- Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
- Article L4331-1 du Code de la santé publique.
- Association nationale française des ergothérapeutes. (2024). *Prescription des aides techniques par les ergothérapeutes* (Recommandations professionnelles). ANFE.
- Bethlehem, J. (2010). Selection Bias in Web Surveys. *International Statistical Review*, 78(2), 161-188. <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x>
- Circulaire DGCS/SD3A n°2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer.
- Coin, F. (2008). Le point sur le droit de prescription en kinésithérapie. *Kinésithérapie la Revue*, 8(83), 14-20. [https://doi.org/10.1016/s1779-0123\(08\)70679-x](https://doi.org/10.1016/s1779-0123(08)70679-x)
- Conseil national de l'ordre des médecins. (2024). *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2024*. CNOM.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50.
- Denormandie, P., & Chevalier, C. (2020). *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable*. CNSA.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023). Le handicap en chiffres. DREES.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* (FMHI Publication No. 231). University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal Of Continuing Education In The Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Haute Autorité de santé. (2007). *Acquisition d'une aide technique : quels acteurs ? Quel processus ?* Rapport de la commission d'audition – Recommandations et rapport d'orientation. HAS.
- Haute Autorité de santé. (2008). *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS.
- Hosmer, D. W., Jr, Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons.
- Interprofessional Collaborative Practice: Importance Across Populations and Settings. (2024). *American Journal Of Occupational Therapy*, 78(Supplement 1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.78s107>
- Jarvis, F., Clemson, L. M., & Mackenzie, L. (2016). Technology for dementia: Attitudes and practices of occupational therapists in providing assistive technology for way finding. *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, 12(4), 373-377. <https://doi.org/10.3109/17483107.2016.1173729>
- Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.
- FJOT, 2026, 4(1)

- Manship, S., Hatzidimitriadou, E., Moore, J., Stein, M., Towse, D., & Smith, R. (2023). The experiences and perceptions of health-care professionals regarding assistive technology training: A systematic review. *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*, 36(2), 123-146. <https://doi.org/10.1080/10400435.2023.2219294>
- Pilli, K., Worne, B., & Simpson, G. (2023). Clinician experiences with using assistive technology in brain injury rehabilitation: A survey of clinician capability, attitudes, and barriers. *Brain Impairment*, 24(2), 185-203. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2023.5>
- Synergo (2008). Livre Blanc de l'Ergothérapie : 10 propositions des ergothérapeutes pour une réponse adaptée aux besoins de la société française.
- Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rasinski, K. (2000). *The Psychology of Survey Response*. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511819322>
- World Federation of Occupational Therapists (2019). *Global indicators of assistive technology use amongst occupational therapists*. Report from the World Federation of Occupational Therapists' (WFOT) Global Surveys. WFOT.
- World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund (2022). *Global report on assistive technology*. WHO.