



# ADAPT

## *Assistive Devices for empowering isAbled People through robotic Technologies*

*Axe 1 : Soutenir l'innovation en réponse aux défis économiques et sociétaux de l'espace FMA*

### ***Activité WPT3.1 - Rapport 2***

**Rapport intérimaire de l'enquête en ligne auprès des  
professionnels de santé et des services sociaux concernant  
leurs connaissances, leurs expériences et leurs besoins de  
formation en technologie d'assistance**

**Juin 2018**

<b>Responsable du livrable</b>	<b>Prof Eleni Hatzidimitriadou</b>
<b>Contributeurs</b>	<b>PP10, PP1, PP4, PP5, PP6, PP7, PP9, PP11, PP12, PP15</b>
<b>Date de dépôt</b>	<b>Novembre 2018</b>

---

## Avant-propos

Le rapport provisoire de l'enquête en ligne auprès des professionnels de la santé et des services sociaux concernant leurs connaissances, leurs expériences et leurs besoins de formation en matière de technologie d'assistance (" TA ") est le deuxième produit de l'activité WPT3.1.

### Equipe du projet CCCU:

- Prof Eleni Hatzidimitriadou – Project Lead
- Sharon Manship – Research Fellow
- Dr Claire Parkin – Research Fellow
- Dr M Stein – Senior Lecturer
- Andy Buttery – Director of Simulation
- Dr Eve Hutton – Reader, Allied Health Professions
- Dr Claire Thurgate – Head of School, Public Health, Midwifery and Social Work/Director of Centre for Work-Based Learning and Continuous Development
- Prof Kate Springett – Head of School, Allied Health Professions
- Carrie Jackson – Director of England Centre for Practice Development
- Peter Milburn – Director of Institute of Medical Sciences
- Debra Teasdale – Dean of Faculty of Health and Wellbeing

### Contributeurs aux aspects Français du Rapport:

- Maxime Raffray – Breizh PC
- Amelie Colin – Breizh PC
- Charlotte Delestre / Julien BLOT – CHU de Rouen

### Partenaires ayant contribué au WP T3.1:

#### FRANCE

- IRSEEM
- Centre Hospitalier Universitaire – Hôpitaux de Rouen (CHU Rouen Normandie)
- Institut National des Sciences Appliquées de Rennes (INSA Rennes)
- Pôle Saint Hélier (PSH)
- Université de Picardie Jules Verne (UPJV)

#### ROYAUME-UNI

- Canterbury Christ Church University
- Cornwall Mobility (CM)
- East Kent Hospitals University Foundation Trust (EKHUFT)
- Plymouth Hospitals NHS Trust (PHNT)
- University College London (UCL)
- University of Kent (UoK)

## Contents

Avant-propos.....	1
<b>1. Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Structure de l'enquête .....</b>	<b>4</b>
<b>2.3 Plateforme d'enquête en ligne.....</b>	<b>4</b>
<b>2.6 Echantillon – Population cible .....</b>	<b>5</b>
<b>2.7 Modalité de réalisation de l'enquête et taux de réponse.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Résultats.....</b>	<b>6</b>
3.2.2 Personnes qui bénéficient de TA .....	15
<b>3.3 Partie 3 : Expériences Professionnelles avec les TA .....</b>	<b>16</b>
3.3.1 <i>Votre propre pratique</i> .....	19
<b>3.4 Partie 4 : Besoin en Formation .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Connaissance générale en AT .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Expérience globale en AT.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Besoins globaux en formation .....</b>	<b>38</b>
<b>5. Références.....</b>	<b>39</b>

## 1. Introduction

Ce rapport a pour objet la description de la conception, de la distribution et de l'analyse d'une enquête en ligne auprès de professionnels de santé et des services sociaux concernant leurs connaissances, leurs expériences et leurs besoins de formation en AT.

Les résultats de l'enquête éclaireront l'élaboration de programmes de formation sur les technologies d'assistance (AT) pour les professionnels de santé (WP T3.2). En outre, les résultats contribueront à éclairer et améliorer la compréhension de la manière de développer plus largement la formation en AT pour les professionnels non spécialisés dans la santé et non qualifiés, et pouvant inclure, par exemple, les éducateurs scolaires, les aidants et les utilisateurs eux-mêmes.

Le rapport contient des données d'enquête provisoires, car la collecte de données se poursuivra au Royaume-Uni jusqu'à la fin du mois de novembre 2018.

Le développement, la diffusion et l'analyse de l'enquête, élaborée conjointement par les partenaires d'ADAPT, sont décrits ci-après.

## 2. Méthodologie

### 2.1 Développement de l'enquête

L'enquête ADAPT WPT3.1 a été élaborée à partir d'enquête existantes en technologie d'assistance (AT) et comprend des éléments supplémentaires conçus par l'équipe de la CCCU. L'enquête a été développée en anglais et traduite en français par l'équipe de Breizh PC.

Les questionnaires existants sur les AT qui ont éclairé l'élaboration de l'enquête ont été tirés des publications suivantes :

1. Long, T.M., Woolverton, M., Perry, D.F. and Thomas, M.J. (2007) 'Training needs of paediatric occupational therapists in assistive technology', *American Journal of Occupational Therapy*, 61, pp.345-354.
2. Nieboer, M.E., van Hoo, J., Van Hout, A.M., Aarts, S. and Wouters, E.J.M. (2014) 'Professional values, technology and future health care: The view of health care professionals in The Netherlands', *Technology in Society*, 39, pp 10-17.
3. De Joode, E.A., Van Boxtel, M.P.J., Verhey, F.R. and Van Heugten, C.M. (2012) 'Use of assistive technology in cognitive rehabilitation: Exploratory studies of the opinions and expectations of healthcare professionals and potential users', *Brain Injury*, 26(10), pp1257-1266.
4. Arthanat, S., Elsaesser, L.J. and Bauer, S. (2016) 'A survey of assistive technology service provisions in the USA', *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 12(8), pp 789-800.
5. Somerville, N.J., Wilson, D.J., Shanfield, K.J. and Mack, W. (1990) 'A survey of the Assistive Technology Training Needs of Occupational Therapists', *Assist Technol*, 2, pp41-49.

L'équipe CCCU a examiné les éléments de contenu et la structure des outils d'enquête présentés dans les fascicules 4 et 5 et les éléments ont été adaptés au développement de l'enquête ADAPT WPT3.1. L'essentiel des questions de l'enquête a été élaboré par l'équipe de la CCCU et les premières versions de l'enquête ont été examinées par des universitaires possédant une expertise en ergothérapie et en physiothérapie, ainsi que du développement de la pratique et de la main-d'œuvre. Une deuxième version de l'enquête a été examinée par les partenaires ADAPT du WPT3.1. Tous les changements suggérés

ont été examinés par l'équipe du CCCU et une version finale du Royaume-Uni a été approuvée. La version finale de l'enquête est présente en annexe 1 de ce rapport.

La version française de l'enquête a été traduite par les équipes du Breizh / CHU Rouen Normandie et des efforts ont été déployés pour que les éléments traduits soient aussi proches que possible de ceux en anglais, afin d'éviter les biais et de permettre une comparaison et une analyse combinées des résultats. Seuls des points mineurs de la version anglaise ont été révisés afin que les questions puissent être adaptées au système de santé et aux professionnels français. L'ordre de certaines questions a également été modifié pour le rendre plus fluide pour les répondants français.

## 2.2 Structure de l'enquête

L'enquête comprenait les sections suivantes :

- **Section 1 - Données démographiques** (comprenant l'âge, le sexe, la profession, le type de qualification, les années d'expérience, le lieu, le domaine d'activité, l'adhésion à des organisations spécialisées en TA)
- **Section 2 - Connaissances** (questions concernant leur connaissance globale des TA et leurs points de vue sur la fourniture de services d'AT)
- **Section 3 - Expériences avec les TA** (pour déterminer le niveau d'expérience et de pratique)
- **Section 4 - Besoins de formation** (niveau actuel de formation et leurs exigences en matière de formation ; ce point est une priorité pour le développement de formations dans le cadre de l'activité WT3.2).

Globalement, il y avait 37 questions avec des options fermées et une réponse ouverte.

## 2.3 Plateforme d'enquête en ligne

L'outil d'enquête en ligne de Bristol (Bristol Online Survey, 2017) a été utilisé pour construire, diffuser et analyser la version britannique de l'enquête. Le Bristol Online Survey Tool est conçu pour la recherche universitaire, l'enseignement et les organisations du secteur public. C'est un outil bien connu pour créer des enquêtes en ligne. BOS est conforme aux réglementations britanniques en matière de protection des données.

La version française de l'enquête a été distribuée avec l'utilisation de Google Forms (Google Forms, 2017).

## 2.4 Ethique

La version britannique de l'enquête a été approuvée sur le plan éthique par le Comité d'éthique de la Faculté de la santé et du bien-être de l'Université CCC. Il a également reçu l'approbation de l'autorité de recherche en santé du NHS (HRA, projet ID 244485 REC Reference 18 // HRA / 1751). Cette démarche était nécessaire pour permettre aux professionnels, employés du NHS, de participer à l'enquête. Bien que les zones ciblées par l'enquête aient été les régions ADAPT, l'approbation du HRA a permis une distribution nationale de l'enquête, actuellement en cours.

En France, le Décret n ° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches sur la personne humaine (Legifrance 2016) stipule que les projets destinés à évaluer les pratiques professionnelles ne sont pas considérés comme des recherches impliquant des êtres humains et ne nécessitent donc pas d'approbation éthique.

## 2.5 Pilotage

L'enquête a été menée dans les deux pays en décembre 2017 par un éventail de professionnels de la santé, comme indiqué dans le rapport WPT3.1 1. Il n'y a pas eu de modifications significatives recommandées à l'enquête.

## 2.6 Echantillon – Population cible

L'échantillon prévu était constitué de professionnels de santé travaillant avec des technologies d'assistance. La liste a été élargie pour inclure les organisations impliquées dans la fourniture de technologies, en raison de leur rôle dans l'éducation sur les produits et de la nature de l'enquête visant à informer de telles formations. L'échantillon des cibles spécifiques des deux pays a été déterminé à l'aide des informations collectées lors de l'exercice d'évaluation comparative et implique les professionnels de santé identifiés dans le rapport WPT3.1.

## 2.7 Modalité de réalisation de l'enquête et taux de réponse

Le lien vers l'enquête en ligne a été diffusé par courrier électronique aux organisations identifiées lors de l'exercice de benchmarking.

Au Royaume-Uni, le lien de l'enquête a été diffusé à 237 adresses électroniques, combinant des courriels personnels et des courriels d'entreprise génériques. En outre, les membres de l'équipe de la CCCU ont été invités à diffuser l'enquête auprès de leurs propres réseaux professionnels. L'enquête a également été diffusée sur la page Twitter #CCCUADAPT, les pages personnelles Facebook et LinkedIn.

Les organisations professionnelles au Royaume-Uni, telles que le Royal College of Occupational Therapists, ne sont pas autorisées à diffuser des courriels promotionnels à leurs titulaires de noms de domaine, ce qui entrave la diffusion de l'enquête britannique.

Au 16/05/18, il y avait 107 répondants britanniques (c'est l'échantillon à rapporter dans ce rapport intermédiaire).

En France, le questionnaire a été diffusé auprès de professionnels et d'organisations au sein d'un réseau identifié de personnes ayant participé à une formation et / ou à un groupe de travail organisé par le réseau et / ou ayant pris en charge un utilisateur du réseau.

Exemple, les adultes atteints de paralysie cérébrale recevant une consultation sur Breizh, dans l'un des 6 centres de référence bretons.

Un total de 1180 professionnels / institutions ont été contactés par courrier électronique dans ce contexte. L'équipe du Pôle St Hélier a également relayé ce questionnaire aux professionnels ayant acceptés, dans le questionnaire développé dans les WP T1.1 et WP T2.1, de recevoir d'autres questionnaires dans le cadre d'ADAPT (167 professionnels).

L'équipe française a également utilisé l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) pour diffuser ce questionnaire. Ce réseau a collecté la réponse de 122 ergothérapeutes. Il y avait 261 répondants français. L'enquête française est maintenant terminée.

Au total, 368 participants ont répondu à cette enquête.

### 3. Résultats<sup>1</sup>

#### 3.1 Section 1: Données Démographiques

Sur 368 réponses, 312 personnes (84,8%) étaient des femmes. Plus de la moitié étaient des ergothérapeutes (n=175, 47,6%). Les catégories professionnelles suivantes étaient les infirmières (n=58, 15,8%), suivies des orthophonistes (n=27, 7,3%) et les kinésithérapeutes (n=23, 6,3%).

31 (8%) ont coché «Autre» et précisés les catégories professionnelles suivantes : ingénieur, technicien, animateur communautaire, infirmier gestionnaire, enseignant, chercheur, professeur de yoga, consultant en communication alternative (AAC), chef de projet, psychologue clinicien, assistant thérapeutique, directeur ou neuropsychologue.

Les réponses restantes provenaient de : médecins généralistes (n=16, 4,3%); conseillers (n=12, 3,3%); infirmiers communautaires (n=7, 1,9%), autres ou plus élevés (n=6, 1,6%); chercheurs cliniques (n=4, 1,1%), éducateurs scolaires (n=3, 0,8%); orthésistes (n=2, 0,5%); chercheurs (n=2, 0,5%); prothésistes (n=1, 0,3%); techniciens cliniques (n=1, 0,3%). Aucune réponse n'a été obtenue de la part des catégories suivantes : visiteurs médicaux, d'audioprothésistes, de fournisseurs ou de fabricants de FRE (voir tableau 1 pour les détails démographiques par pays).

**Table 1a : Données démographiques par pays**

DEMOGRAPHICS		UK n (%)	FR n (%)	p
<b>Age</b>	18-29	15 (14)	47 (18)	
	30-39	16 (15)	85 (32.6)	
	40-49	33 (30.8)	61 (23.4)	
	50-59	34 (31.8)	56 (21.5)	
	60-69	8 (7.5)	12 (4.6)	
	70+	1 (0.9)	0	
<b>Total</b>		<b>n=107</b>	<b>n=261</b>	<b>0.01*</b>
<b>Gender</b>	Female	96 (89.7)	216 (82.8)	
	Male	11 (10.3)	45 (17.2)	
	<b>Total</b>	<b>n=107</b>	<b>n=261</b>	<b>0.09</b>
<b>Profession</b>	Occupational Therapist	53 (49.6)	122 (46.7)	
	Physiotherapist	6 (5.6)	17 (6.5)	
	Speech and Language Therapist	21 (19.7)	6 (2.3)	
	Orthotist	0 (0)	2 (0.8)	
	Prosthetist	0 (0)	1 (0.4)	
	GP/Doctor	0 (0)	16 (6.1)	
	Counsellor	0 (0)	12 (4.6)	
	Nurse	0 (0)	58 (22.2)	

<sup>1</sup> Toutes les données sont présentées n (%). A des fins de clarification, pour chacune des questions analysées, la question de l'enquête au Royaume-Uni est donnée en premier (Q). Ceci est suivi par la question équivalente en français (FQ) telle que présentée sur l'enquête française. La traduction littérale de la question en anglais à l'aide de Google Traduction est accompagnée de la FQ. Cela permet d'identifier les divergences dans le ton de la question ou les éléments clés de la question qui ont pu être perdus en traduction.

	Community/District Nurse	7 (6.5)	0 (0)	
	Clinical Scientist	3 (2.8)	0 (0)	
	Clinical Technologist	1 (0.9)	0 (0)	
	School Educator / SEN	2 (1.9)	1 (0.4)	
	Further/Higher Educator	1 (0.9)	5 (1.9)	
	Researcher	1 (0.9)	1 (0.4)	
	Other	12 (11.2)	20 (7.7)	
<b>Total</b>		<b>n=107</b>	<b>n=261</b>	<b>0.00*</b>
<b>Years Qualified</b>				
	<2 Years	6 (5.6)	21 (8.0)	
	2-4 Years	7 (6.5)	23 (8.8)	
	4-6 Years	8 (7.5)	22 (8.4)	
	6-8 Years	8 (7.5)	16 (6.1)	
	8-10 Years	6 (5.6)	16 (6.1)	
	10+ Years	72 (67.3)	163 (62.6)	
<b>Total</b>		<b>n=107</b>	<b>n=261</b>	<b>0.89</b>

Le pourcentage le plus élevé de répondants, dans les deux pays, était diplômés d'un Baccalauréat, le niveau de diplôme le plus communément citée étant la maîtrise. De manière significative, plus de participants français étaient diplômés d'un doctorat, d'une maîtrise ou d'un baccalauréat ( $p < 0,00$ ) (voir tableau 2).

En termes de localisation géographique, le nombre de participants britanniques du Sud-Ouest et du Sud-Est du Royaume-Uni était à peu près égal. La majorité des répondants français étaient originaires de Bretagne. Tous ceux qui ont marqué «autre» sur leur questionnaire ( $n=32$ , 8,7%) étaient des répondants britanniques et provenaient de : Londres, Nord-Ouest, Nord-Est, Oxfordshire, Lancashire, Pays de Galles, Écosse, Chester, Gloucester, Bath, Yorkshire ou Midlands.

La majorité des personnes interrogées au Royaume-Uni étaient basées sur le NHS communautaire (52 (14,1%) par rapport au français où la majorité était basée dans un hôpital ( $n=79$ , 21,5%). Il y avait une différence significative entre les deux pays dans les différentes zones de travail ( $p < 0,00$ ).

La majorité des personnes interrogées dans les deux pays n'étaient membres d'aucune société professionnelle, malgré une différence significative entre les deux pays en termes de membres ( $p < 0,03$ ). Parmi les personnes au Royaume-Uni qui ont déclaré être membres de sociétés, celles-ci comprenaient Communications Matters ; Institute of Physics and Engineering in Medicine ; North West Simulation Network ; Locally formed Assistive Technology group, London ; IPEM ; Royal College of OTs. Pour les participants français qui ont déclaré appartenir à des sociétés, celles-ci comprenaient: Isar, Inria, SOLIDATEC, service ergothérapeute APF, Maison domotique, RESEAU NOUVELLES TECHNOLOGIES, Breizh PC, PROTEOR Technologies Garches, entreprise de vente de matériel médical, ERGODIFFUSION, CRNT, EPI, association en faveur des personnes handicapées, ERGOVIE, plaque territoriale d'appui et Prestataires à domicile dans le maintien à domicile.

**Table 1b: Détails démographiques par pays**

DEMOGRAPHICS		UK	FR	
		n (%)	n (%)	<i>p</i>
<b>Highest Qualification</b>	PhD / Prof Doc	6 (5.6)	18 (6.9)	
	MSc / MA	21 (19.6)	34 (13.0)	
	BSc / BA	66 (61.7)	197 (75.5)	
	Diploma	12 (11.2)	12 (4.6)	
	Other	22 (1.9)	0	

<i>Total</i>		<i>n=107</i>	<i>n=261</i>	<i>0.00*</i>
<b>Location</b>	Kent/Surrey/Sussex	31 (8.4)		
	Devon/Cornwall/Plymouth	45 (12.1)		
	Bretagne		124 (33.8)	
	Normandie		24 (6.5)	
	Hauts-de-France		6 (1.6)	
	Pays de la Loire		24 (6.5)	
	Centre – Val de Loire		4 (1.1)	
	Ile de France		10 (2.7)	
	Grand Est		17 (4.7)	
	Bourgogne-Franche Comte		3 (0.8)	
	Nouvelle-Aquitaine		20 (5.4)	
	Auvergne-Rhône Alpes		12 (3.3)	
	Occitanie		11 (3.0)	
	PACA		5 (1.4)	
	Corse		0 (0)	
	Other	32 (8.7)		
<i>Total</i>			<i>n=368</i>	
<b>Area of Work</b>	Acute NHS, UK	13 (3.5)		
	Community NHS, UK	52 (14.3)		
	Charity, UK	14 (3.8)		
	Private Company, UK	3 (0.8)		
	Education Sector, UK	6 (1.6)		
	Voluntary Sector, UK	4 (1.1)		
	Hospital / Centre MPR / Unite de soins longue duree, FR		79 (21.5)	
	Community / CAMPS / EHPAD / FR		7 (1.9)	
	Charity / Foyer Longement / FAM/ Foyer de vie / Foyer d’hebergement, FR		38 (10.3)	
	Private Company, FR		3 (0.8)	
	Education Sector / SESSAD / IME, FR		20 (5.4)	
	Multiple places	84 (22.9)		
	Other	45 (12.2)		
<i>Total</i>		<i>n=368</i>		<i>0.00*</i>
<b>Membership of AT Organisation</b>	Yes	8 (7.5)	45 (17.2)	
	No	99 (92.5)	216 (82.8)	
<i>Total</i>		<i>n=107</i>	<i>n=261</i>	<i>0.03*</i>

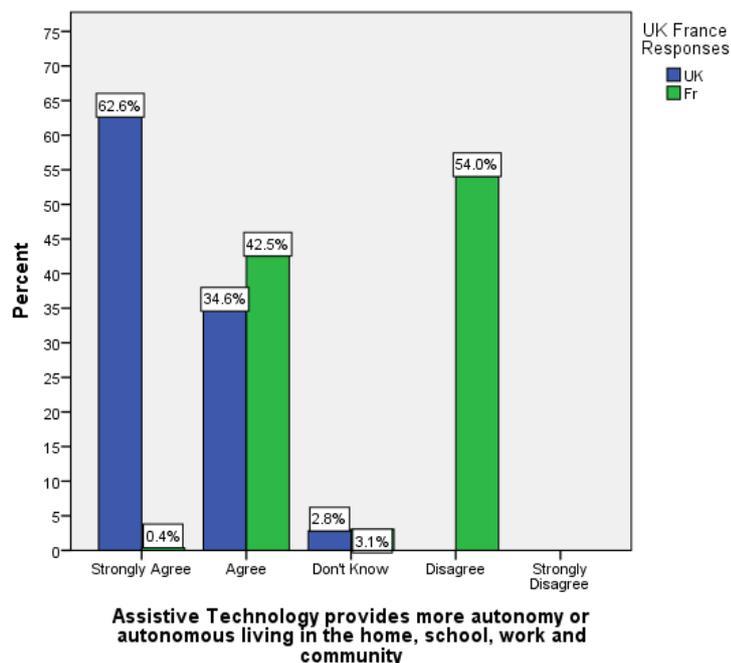
### 3.2 Partie 2 : Connaissance

Afin d’obtenir des informations sur le niveau de connaissance de base des répondants, l’enquête comportait quelques questions ou déclarations clefs, axées principalement sur les définitions des AT et sur l’utilisation des AT. Il a été demandé aux répondants de classer leur niveau d'accord avec chaque énoncé de la manière suivante : complètement en désaccord jusqu’à complètement d'accord ou sur un groupe de réponses alternatives similaires. Les questions sur les connaissances allaient de la Q9 au Q16 et couvraient les sections d’enquête «Connaissances générales» et «Connaissance des personnes qui reçoivent des AT».

#### 3.2.1 Connaissances Générales

##### **Q9: Assistive Technology provides more autonomy or autonomous living in the home, school, work and community**

FQ11: Les technologies d’assistance permettent plus d’autonomie à domicile, à l’école, au travail et dans la société  
*(Traduction littérale : Assistive technologies enable more autonomy at home, at school, at work and in society)*

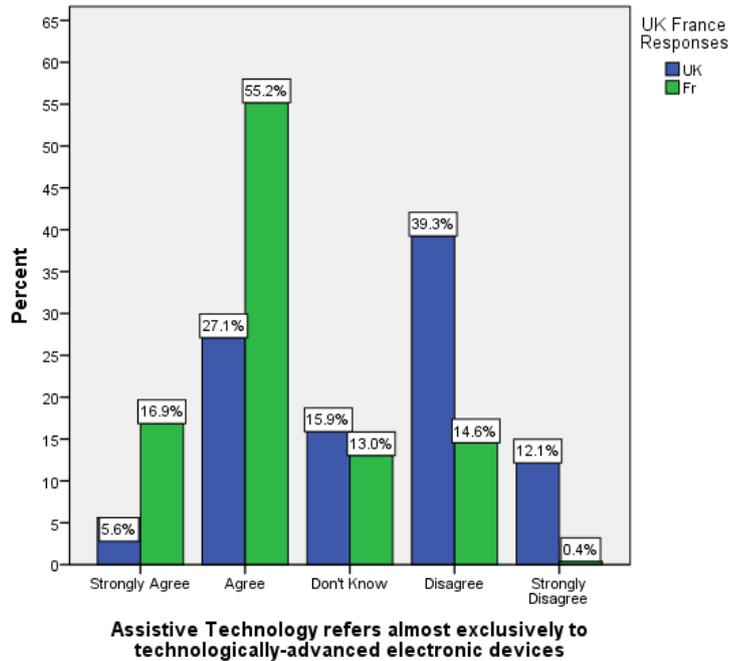


La majorité des personnes interrogées au Royaume-Uni étaient d'accord (n = 37, 34,6%) ou étaient tout à fait d'accord (n = 67, 62,6%) pour dire que les AT fournissent aux utilisateurs plus d'autonomie. En revanche, alors que bon nombre des répondants français étaient également d'accord (n = 111, 42,5%), la majorité était en réalité en désaccord (n = 141, 54%). Ce résultat était très différent entre les deux pays (p = 0,00).

**10: Assistive Technology refers almost exclusively to technologically-advanced electronic devices**

FQ12: Les technologies d'assistance désignent des appareils électroniques technologiquement avancés

*(Traduction littérale: Assistive technologies refer to technologically advanced electronic devices)*

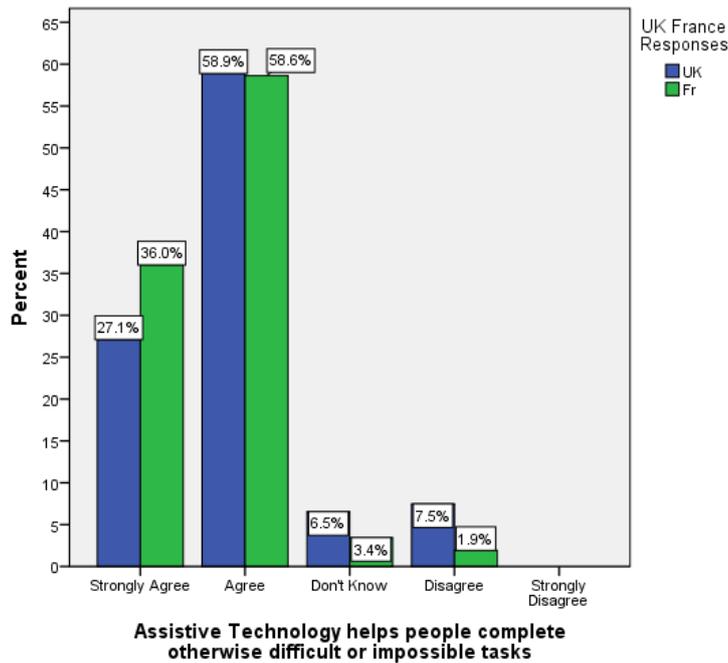


Un peu plus de répondants britanniques étaient en désaccord (n = 42, 39,3%) que d'accord (n = 29, 27,1%) sur le fait que les AT se réfèrent presque exclusivement aux appareils technologiques. Contrairement au Royaume-Uni, la majorité des répondants français étaient d'accord (n = 144, 55,2%).

**Q11: Assistive Technology helps people complete otherwise difficult or impossible tasks**

FQ13 : Les technologies d’assistance aident les personnes à réaliser des taches autrement impossibles ou difficiles

*(Traduction littérale: Assistive technologies help people achieve otherwise impossible or difficult tasks)*

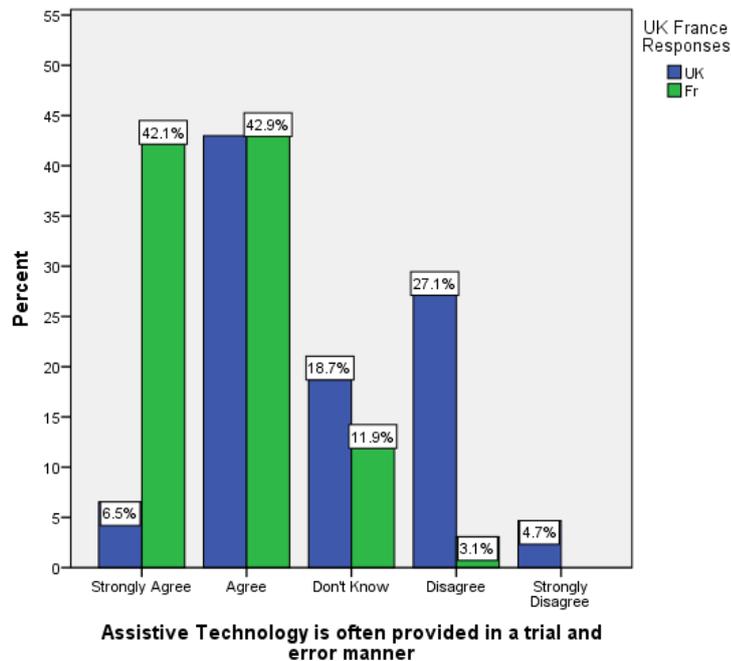


La majorité des répondants britanniques et français étaient d’accord (Royaume-Uni , n=63, 58.9%; FR, n= 153, 58.6%) ou tout-à-fait d’accord (Royaume-Uni n = 29, 27,9%; FR n = 94, 36%) sur le fait que les AT aident les personnes à accomplir des tâches difficiles ou impossibles.

## Q12: Assistive Technology is often provided in a trial and error manner

FQ14 : Les technologies d'assistance sont souvent délivrées après plusieurs essais et ajustements

(Traduction littérale: Assistive technologies are often delivered after several tests and adjustments)



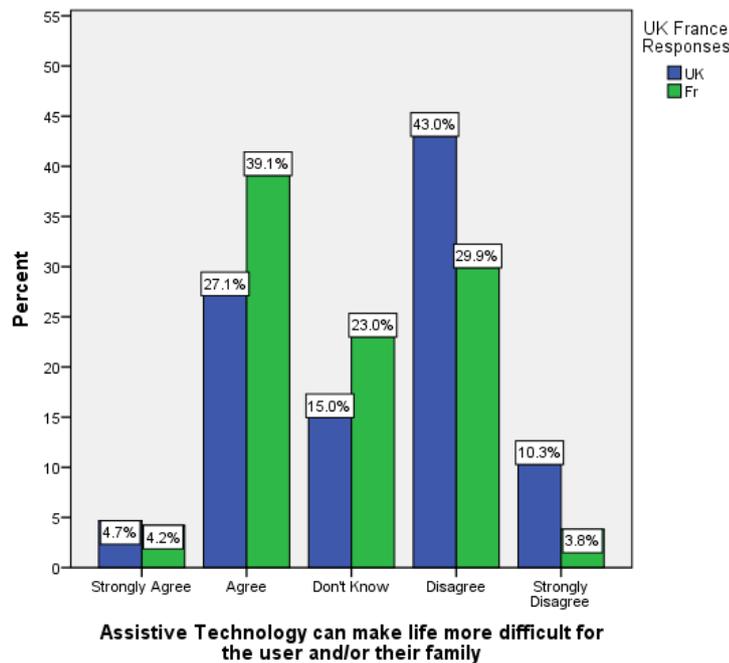
La majorité des répondants britanniques et français étaient d'accord (RU n = 46, 43%; Fr n = 112, 42,9%) ou tout-à-fait d'accord (Royaume-Uni n = 7, 6,5%; FR n = 110, 42,1%) sur le fait que les AT sont souvent délivrées après plusieurs erreurs ou ajustements.

Plus de répondants britanniques n'étaient pas sûrs (n = 20, 18,7%), par rapport aux francophones (n = 31, 11,9%) et plus de répondants britanniques étaient en désaccord (n = 29, 27,1%) que les répondants français (n = 8, 3,1%). Il y a une différence statistique entre les pays (p =0,00), mais malgré cela, il existe un consensus général.

**Q13: Assistive Technology can make life more difficult for the user and/or their family**

FQ15: Les technologies d'assistance peuvent compliquer la vie des usagers et/ou de leur famille

*(Traduction littérale: Assistive technologies can complicate the lives of uses and / or their families)*

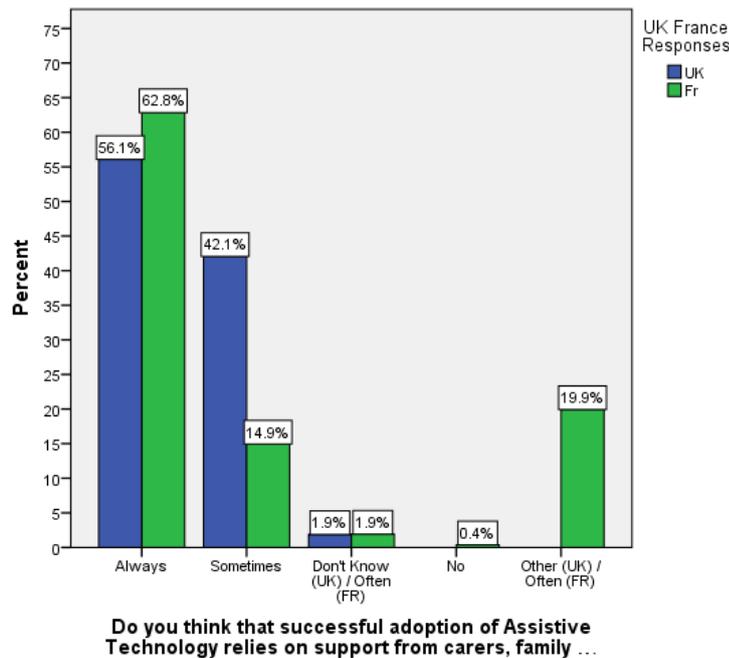


La majorité des répondants britanniques n'étaient pas d'accord (n = 46, 43%) pour dire que les AT peuvent rendre la vie plus difficile, alors que la majorité des répondants français étaient d'accord (n = 102, 39,1%) sur ce point. Il existait une différence statistique globale entre les pays (p =0,00) et une absence générale de consensus sur la question de savoir si les AT constituent parfois un obstacle.

**Q14: Do you think that successful adoption of Assistive Technology relies on support from carers, family and professionals?**

FQ16: Pensez-vous qu'une bonne appropriation de la technologie d'assistance repose sur le soutien des aidants, famille et professionnels?

(Traduction littérale : Do you think that good ownership of assistive technology is based on the support of carers, family and professionals?)



La majorité des répondants britanniques et français ont déclaré qu'une adoption réussie d'AT dépend toujours du soutien d'autres personnes (Royaume-Uni, n = 60, 56,1%; FR, n = 164, 62,8%). Parmi les répondants du Royaume-Uni, n = 45 (42,1%) ont déclaré que l'AT s'appuyait parfois sur le soutien d'autres personnes, alors que seulement n = 39 (14,9%) des répondants français avaient cette opinion. Il y avait une différence statistique globale entre les pays (p = 0,00) mais malgré cela, il existe un consensus général d'accord pour dire que les utilisateurs d'AT s'appuient sur le soutien des autres.

### 3.2.2 Personnes qui bénéficient de TA

#### Q15: People who receive Assistive Technology should be involved in decisions about prescription of their own AT support

FQ17: Les personnes qui bénéficient des technologies d'assistance doivent être impliquées dans les décisions relatives à la prescription de ces technologies

(Traduction littérale: People who benefit from assistive technologies need to be involved in decisions about prescribing these technologies)

Pour cette question, l'équipe française a décidé de modifier les 5 réponses possibles d'origine en ajoutant d'autres options. Le tableau 2 présente les réponses originales du Royaume-Uni, les réponses françaises supplémentaires et la compilation finale aux fins des analyses.

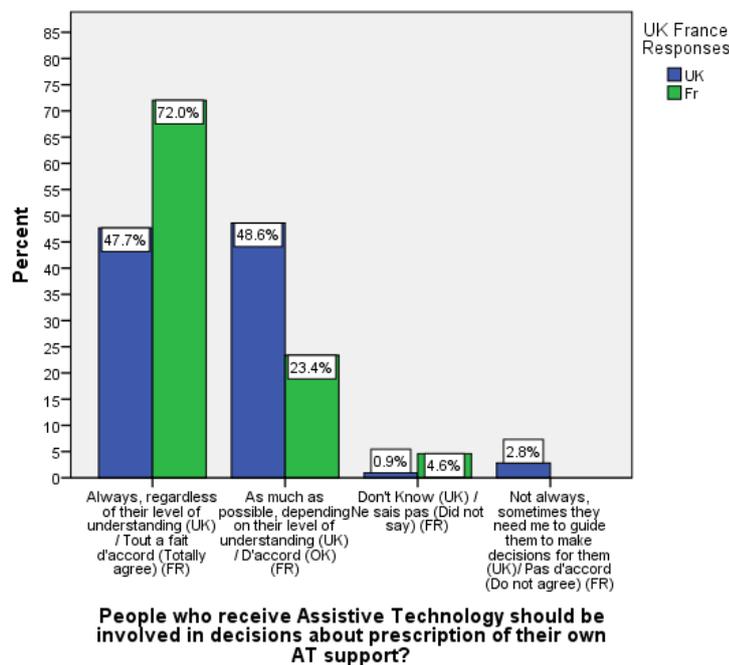


Table 2: Recoded variables for Q15

UK CODE	Original UK Answers	FR Code	French Answers	Combined Codes	Combined Answers
1	Always, regardless of their level of understanding	6	Tout a fait d'accord (Totally Agree)	1 (1 + 6)	Always, regardless of their level of understanding + Tout a fait d'accord
2	As much as possible, depending on their level of understanding	7	D'accord (Okay)	2 (2 + 7)	As much as possible, depending on their level of understanding + D'accord
3	Don't Know	3	Ne sais pas (Do not say)	3	Don't Know + Ne said pas
4	Not always, sometimes they need me to guide them to make decisions for them	8	Pas d'accord (Disagree)	4 (4 + 8)	Not always, sometimes they need me to guide them to make decisions for them + Pas d'accord
5	Never - I know what will suit them best	9	Pas du tout d'accord (Not agree at all)	5 (5 + 9)	Never - I know what will suit them best + Pas du tout d'accord

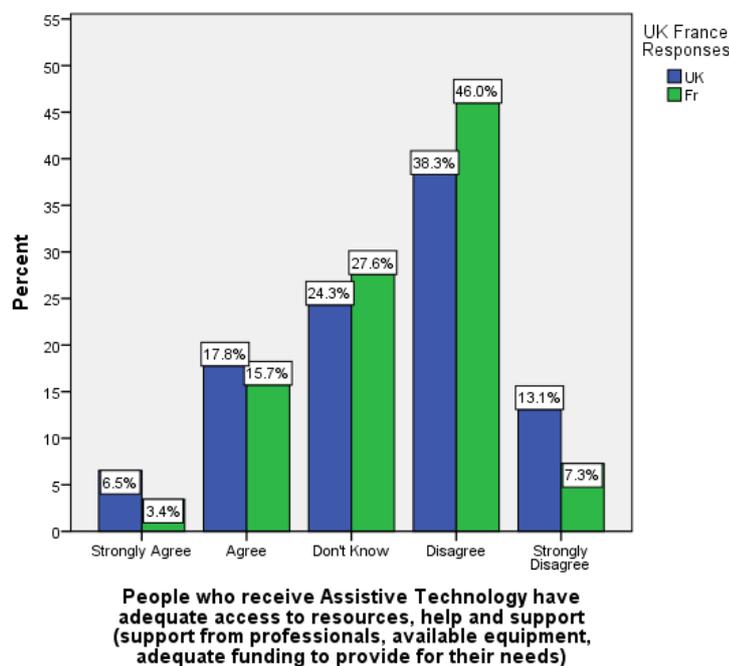
La majorité des répondants français (n = 188, 72%) ont déclaré que les utilisateurs devraient être impliqués dans la prescription de leurs propres AT. Parmi les répondants britanniques, il y avait une distribution égale entre ceux qui s'attendaient toujours à ce que les utilisateurs soient impliqués dans les

décisions concernant leur propre AT (n = 51, 47,7%) et ceux qui pensent que les utilisateurs devraient être impliqués autant que possible (n = 52, 48,6%).

**Q16: People who receive Assistive Technology have adequate access to resources, help and support (support from professionals, available equipment, adequate funding to provide for their needs)**

FQ18: Les personnes qui bénéficient des technologies d’assistance ont accès à suffisamment de ressources (aide de la part des professionnels, disponibilité des équipements, sources de financement suffisantes)

*(Traduction littérale : People who benefit from assistive technologies have access to sufficient resources (help from professionals, availability of equipment, sufficient sources of funding))*



La majorité des répondants britanniques et français ont déclaré être en désaccord (Royaume-Uni n = 41, 38,3%; FR n = 120, 46%) ou pas du tout d’accord (Royaume-Uni n = 14, 13,1%; FR n = 19, 7,3%) que les personnes qui reçoivent des AT ont un accès adéquat aux ressources. Il y avait une répartition similaire des réponses et aucune différence significative entre les deux pays pour cette question (p=0.19).

**3.3 Partie 3 : Expériences Professionnelles avec les TA**

Afin de recueillir des informations sur les expériences professionnelles avec des AT des personnes interrogées, la section suivante de l’enquête portait principalement sur la prescription, les produits, les cadres de compétences ainsi que sur la pratique des répondants. Les répondants ont été invités à classer leurs réponses ou à donner une description narrative de leurs pratiques de travail. Les questions allaient de la Q17 à la Q25 et des sections d’enquête couvertes «Expériences professionnelles avec les AT » et «Votre propre pratique».

### Q17: Those who can prescribe Assistive Technology include (tick more than one)

FQ19: Selon vous, les professionnels qui peuvent prescrire les technologies d'assistance sont  
(Traduction littérale : According to you, professionals who can prescribe assistive technologies are: )

La majorité des répondants britanniques et français ont convenu que les cinq principaux prescripteurs des AT étaient : les ergothérapeutes (60%) ; Orthophonistes (55,7%); kinésithérapeutes (44,6%); Prothésistes (39,4%) et Audioprothésistes (39,1%). Les autres professions ont obtenu une note inférieure à 20%, la majorité étant inférieure à 10%. Les données croisées entre les deux pays sont présentées dans le tableau 3.

**Table 3: RU / FR Données croisées des professionnels de santé qui peuvent prescrire des TA**

Professionals qui peuvent prescrire des TA	UK ~Oui (%)	FR ~Oui (%)	UK +Non (%)	FR +Non (%)	p
<b>Occupational Therapist Ergothérapeutes</b>	88 (28.7)	219 (71.3)	19 (31.1)	42 (68.9)	0.69
<b>Physiotherapist Kinésithérapeutes</b>	52 (31.7)	112 (68.3)	55 (27.0)	149 (73.0)	0.32
<b>Speech &amp; Language Therapist Orthophoniste</b>	75 (36.6)	130 (63.4)	32 (19.6)	131 (80.4)	0.00*
<b>Audiologist Audioprothésistes</b>	46 (31.9)	98 (68.1)	61 (27.2)	163 (72.8)	0.33
<b>Orthotist Orthésiste</b>	29 (100)	0 (0)	78 (23.0)	261 (77.0)	0.00*
<b>Prosthetist Prothésistes</b>	33 (22.8)	112 (77.2)	74 (33.2)	149 (66.8)	0.03*
<b>GP ??</b>	30 (100)	0 (0)	77 (22.8)	261 (77.2)	0.00*
<b>Doctor Médecin</b>	21 (20.0)	84 (80.0)	86 (32.7)	177 (67.3)	0.01*
<b>Counsellor Conseiller</b>	9 (100)	0 (0)	98 (27.3)	261 (72.7)	0.00*
<b>Nurse / IDE</b>	32 (100)	0 (0)	75 (22.3)	261 (77.7)	0.00*
<b>Community / District Nurse or Matron IDE Libérale</b>	35 (97.2)	1 (2.8)	72 (21.7)	260 (78.3)	0.00*
<b>Health Visitor Visiteur de santé</b>	27 (100)	0 (0)	80 (23.5)	261 (76.5)	0.00*
<b>Social Worker Travailleur social</b>	31 (96.9)	1 (3.1)	76 (22.6)	260 (77.4)	0.00*
<b>Clinical Scientist</b>	28 (100)	0 (0)	79 (23.2)	261 (76.8)	0.00*
<b>Clinical Technologist Technicien clinique</b>	38 (100)	0 (0)	69 (20.9)	261 (79.1)	0.00*
<b>School Educator / SEN Educateur scolaire</b>	37 (59.7)	25 (40.3)	70 (22.9)	236 (77.1)	0.00*
<b>Further / Higher Educator Enseignant supérieur</b>	29 (100)	0 (0)	35 (54.7)	261 (77.0)	0.00*
<b>Supplier Fournisseur</b>	29 (45.3)	78 (23.0)	78 (25.7)	226 (74.3)	0.00*
<b>Manufacturer Fabricant</b>	25 (51.0)	24 (49.0)	82 (25.7)	237 (74.3)	0.00*
<b>Researcher</b>	16 (51.6)	15 (48.4)	91 (27.0)	246 (73.0)	0.00*

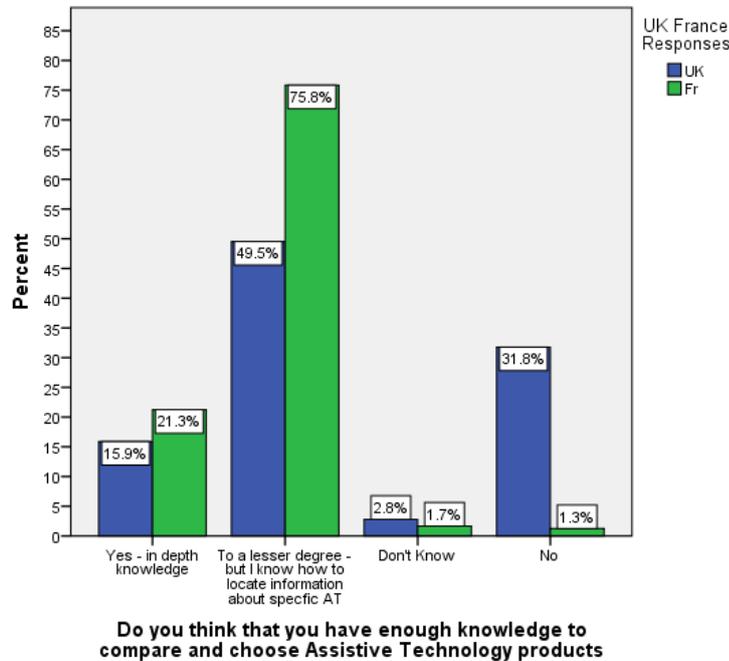
~% between country YES answers

+% between country NO answers

### Q18: Do you think you have enough knowledge to compare and choose Assistive Technology

FQ20: Selon vous, les professionnels qui prescrivent les technologies d'assistance devraient connaître tous les équipements

(Traduction littérale: According to you, professionals who prescribe assistive technologies should know all the equipment)



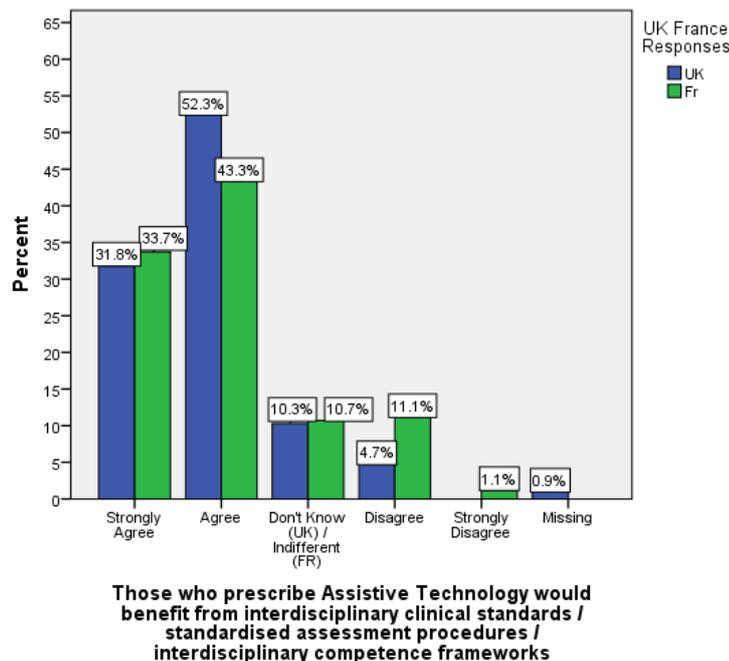
La majorité des répondants britanniques (n = 53, 49,5%) ont déclaré avoir un degré de connaissance moindre en termes de comparaison et de choix de la AT appropriée, mais qu'ils sauraient comment trouver d'autres informations à ce sujet. La question française était formulée de manière légèrement différente, demandant si les professionnels devaient connaître tous les équipements, ce à quoi la majorité des répondants (n = 198, 75,8%) ont également coché cette réponse. Cependant, cette réponse en français était écrite comme suit : «Non, mais il faut savoir ou trouver les informations nécessaires pour une technologie d'assistance spécifique», ce qui signifie «non, mais qu'ils ont besoin de connaître ou de trouver les informations nécessaires à une technologie d'assistance spécifique». . De plus, la réponse 4 dans la version britannique était Non, ce qui signifiait que les répondants estimaient qu'ils ne possédaient pas suffisamment de connaissances en technologies d'assistance. Cependant, dans la version française, la réponse était écrite comme suit : «Non, nous n'avons pas besoin de tout savoir sur le domaine des technologies d'assistance», ce qui signifie «No, you do not need to know everything in the field of AT».

Malgré ces variations, il existe un consensus général selon lequel les professionnels peuvent avoir un degré de connaissance moindre de tous les différents types d'AT tant qu'ils savent où rassembler et trouver des informations supplémentaires.

**Q19: Those who prescribe Assistive Technology would benefit from interdisciplinary clinical standards / standardized assessment procedures / interdisciplinary competence frameworks**

FQ21: Les professionnels qui prescrivent les technologies d'assistance peuvent s'appuyer sur des procédures d'évaluation des besoins standardisées et interdisciplinaires

(Traduction littérale : Professionals prescribing assistive technologies can rely on standard and interdisciplinary needs assessment procedures)



La majorité des répondants au Royaume-Uni ont convenu (n = 60, 52,3%) ou étaient tout-à-fait d'accord (n = 34, 32%) que les professionnels qui prescrivent des AT devraient bénéficier de normes interdisciplinaires et de cadres de compétences là où il n'en existe pas actuellement. La majorité des répondants français ont coché les mêmes réponses, mais la tournure de la question signifiait qu'ils étaient d'accord (n = 113, 43,3%) ou tout-à-fait d'accord (n = 88, 33,7%) sur le fait qu'ils puissent déjà compter sur des procédures d'évaluation interdisciplinaires. Cela donne à penser qu'ils ont déjà mis en place de telles procédures, bien que cela puisse être un problème de langue si le «can» pourrait en réalité être «could» changerait à nouveau le ton de la question. Incidemment, il n'y avait pas de différence statistique entre les pays (p = 0,13).

**3.3.1 Votre propre pratique**

**Q20: Please give examples of where you use Assistive Technology in your Practice**

FQ22: Pouvez-vous donner des exemples d'utilisation des technologies d'assistance dans votre pratique professionnelle

(Literal translation: Can you give examples of using assistive technologies in your professional practice)

Au Royaume-Uni, la plupart des répondants (n = 52, 14,1%) travaillent dans la communauté ou s'occupent de personnes à leur domicile. Les autres professionnels sont : des organismes de bienfaisance (n = 14, 3,8%), des hôpitaux (n = 13, 3,5%) ou du secteur de l'éducation (n = 6, 1,6%). En revanche, en

France, la majorité des répondants sont basés dans des hôpitaux ou des centres de réhabilitation (n = 79, 21,5%) mais certains étaient également des organisations caritatives (n = 38, 10,3%) ou dans le secteur de l'éducation (n = 20, 5,4%).

Les domaines cliniques dans lesquels travaillent les personnes interrogées sont les suivants : réadaptation pour lésions cérébrales ; prise en charge de la démence, de la sclérose en plaques (SEP) et autres pathologies chroniques à long terme ; maladie du neurone moteur ; Parkinson, mutisme ; troubles du spectre autistique ; accidents vasculaires cérébraux (AVC) / accident vasculaire cérébral ; trouble de la personnalité et autres troubles intellectuels chez les enfants et les jeunes handicapés dans les écoles. Quelques-uns ont également mentionné travailler pour soutenir les aidants.

Quelques personnes interrogées travaillent dans le **domaine de l'évaluation et de la formation**, y compris des évaluations patient / utilisateur ; effectuent des installations d'équipement ; dispensent des formations, des conseils et des informations ; évaluent des prototypes et développent la télésanté et la télémédecine.

Un participant a parlé d'orientation vers d'autres services :

*"I have referred patients to the AT service at Kent & Canterbury Hospital and I send all new staff there for their induction. The reason for referral in the past has been for seating/wheelchair adaptation and also for communication devices and this has been following liaison with SLT, OT or PT colleagues. I regularly recommend that my patients use apps on their smartphones and I request AT via social services for patients being discharged home (falls' alarms, alarms to detect smoke, door alarms etc). I previously worked with a Possum rep when I worked for a brain injury charity." UK Participant*

*(«J'ai référé des patients au service d'AT de l'hôpital Kent & Canterbury et j'ai envoyé tous les nouveaux membres du personnel là-bas pour leur induction. Par le passé, la raison pour laquelle nous avons été orientés était pour l'adaptation des sièges / fauteuils roulants ainsi que pour les appareils de communication, ce qui s'est fait après une liaison avec des collègues du SLT, de l'OT ou du PT. Je recommande régulièrement à mes patients d'utiliser des applications sur leurs smartphones et je demande une AT via des services sociaux pour les patients renvoyés chez eux (alarmes de chute, alarmes de détection de fumée, alarmes de porte, etc.). Auparavant, je travaillais pour un représentant de Possum lorsque je travaillais pour un organisme de bienfaisance spécialisé dans les lésions cérébrales. » Participant britannique)*

D'autres réponses incluaient des réponses telles que «N / A» ou «Plus» ou «Je ne suis pas», ou

---

*“I have been out of practice for some time now. It was never a key area when I was clinically based, however, qualified enough to be able to support patients to choose when needed.”* UK Participant

*(«Je suis en dehors de la pratique depuis un certain temps maintenant. Cela n’a jamais été un domaine clé au moment où j’étais basé sur le plan clinique, mais suffisamment qualifié pour pouvoir aider les patients à choisir en cas de besoin. »*Participant britannique)

Ou,

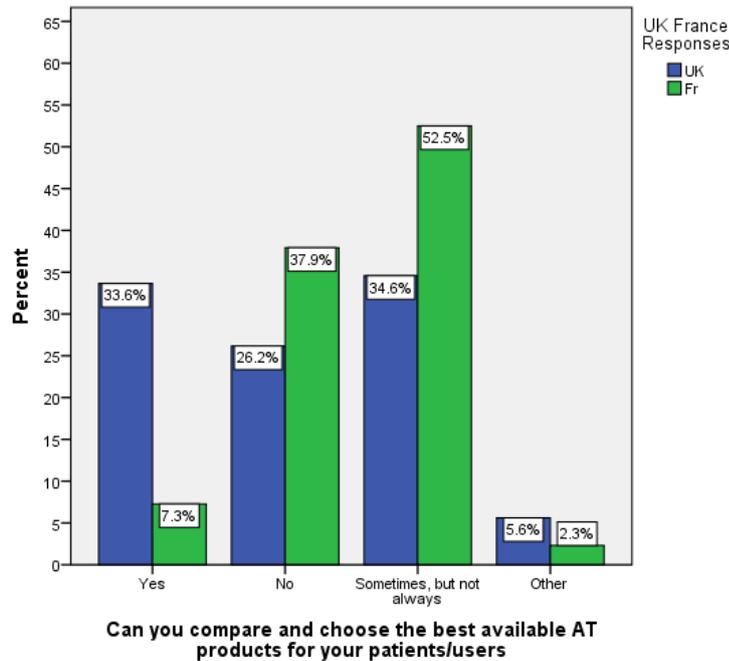
*“It's had limited success with my client group due to cognitive impairment and movement disorders. I mostly use low tech.”* UK Participant

*(«Mon groupe de clients a eu un succès limité en raison de troubles cognitifs et de troubles du mouvement. J'utilise principalement des technologies de pointe. »* Participant britannique)

Parmi les réponses majoritaires, il y avait 6 thèmes généraux impliquant les TA dans la pratique, à savoir : **Aide à la communication / aides technologiques ; Démence / déficience cognitive ; Sécurité domestique et environnementale ; Les soins aux patients ; Mobilité et pratique professionnelle liées.**

**Q21: Can you compare and choose best available Assistive Technology products for your patients / users**

FQ23: Etes-vous en mesure comparer et choisir la technologie d'assistance la plus adaptée pour l'utilisateur  
*(Literal translation: Are you able to compare and choose the most suitable assistive technology for the user?)*



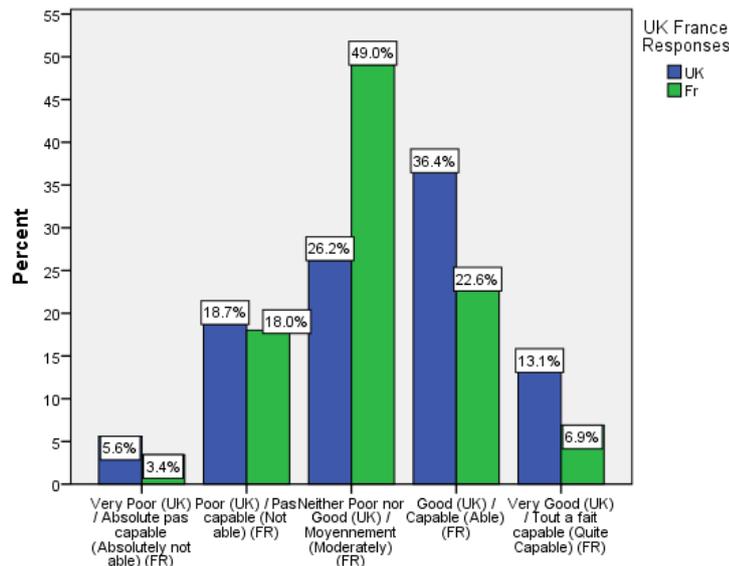
La majorité des répondants britanniques et français ont déclaré qu'ils pouvaient « parfois, mais pas toujours » comparer et choisir les meilleurs produits de technologie d'assistance disponibles pour leurs patients / utilisateurs (Royaume-Uni n = 37, 34,6%; FR n = 137, 52,5%). Les réponses des participants britanniques étaient assez similaires en ce qui concerne ceux qui ont dit « oui », « non » ou « parfois ».

Par rapport au RU, moins de participants français ont répondu oui à cette question. La proportion de participants ayant répondu non est beaucoup plus grande au motif qu'ils ne pouvaient pas comparer et choisir les AT les mieux adaptés à l'utilisateur.

**Q22: Please rate how good you think you are at informing patients / users what Assistive Technology is and where to get information about AT (why AT is used, who is qualified to provide AT and how to select and use AT and so on)**

FQ24: pensez-vous être capable d'informer les usagers: sur les technologies d'assistance, ou trouver des informations, qui est compétent pour sélectionner et délivrer des équipements

(Literal translation: do you think you are able to inform users: about assistive technologies, or find information, who is competent to select and deliver equipment)



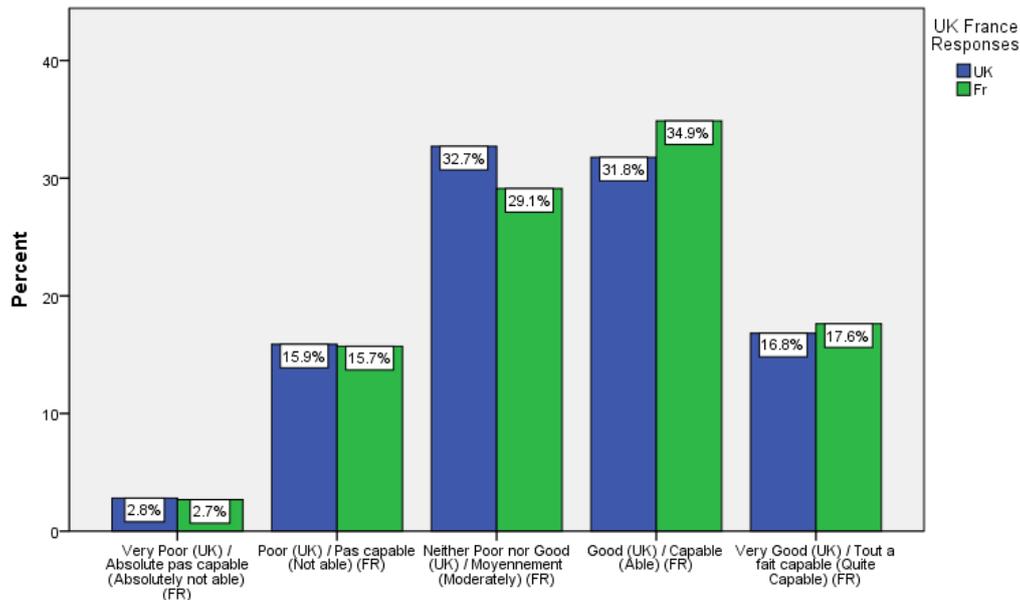
Please rate how good you think you are at informing patients/users what AT is and where to get information about AT (why AT is used, who is qualified to provide AT and how to select and use ...

Les réponses en français allait de « absolument pas capable » (absolutely not able) - Pas capable (Not able) - Moyennement (Moderately) – Capable (Able) - Tout a fait capable (quite capable) qui était une légère déviation de la version anglaise: « Very Poor – Poor - Neither poor/nor good – Good - Very good ». En conséquence, une grande proportion des répondants français ont répondu « modérément » (n = 128, 49%), alors que la majorité des répondants britanniques ont répondu « Good » pour cette question (n = 39, 36,4%).

**Q23: Please rate how good you think you are at implementing AT provision through a well-coordinated and collaborative process among the patient/user, family, supplier and funder**

FQ26: Pensez-vous être capable de participer à la délivrance d'une technologie d'assistance en coordination et collaboration avec l'utilisateur, sa famille et le revendeur médical

(Literal translation: Do you think you will be able to participate in the delivery of an assistive technology in coordination and collaboration with the user, family and the medical reseller)



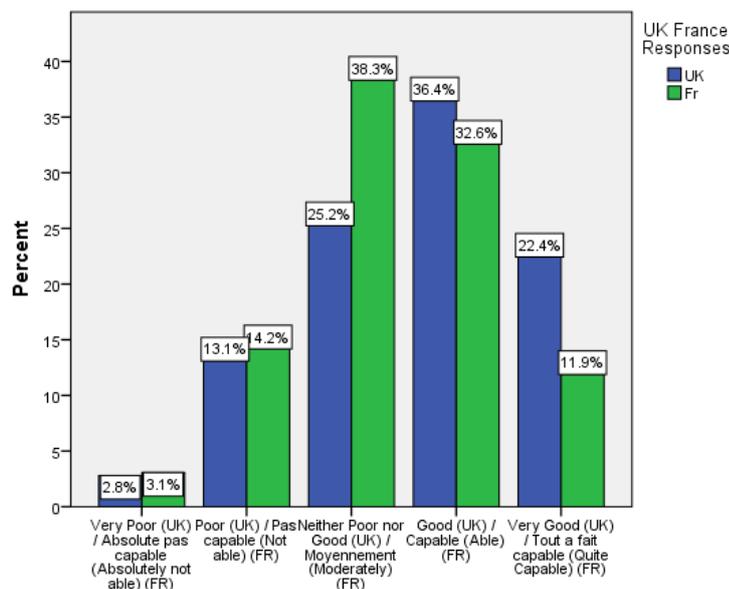
Please rate how good you think you are at implementing AT provision through a well-coordinated and collaborative process among the patient/user, family, ...

La majorité des Français interrogés se sont sentis « capables » (n = 91, 34,9%) ou « tout à fait capables » (n = 46, 17,6%) de mettre en œuvre la fourniture de TA via un processus collaboratif, alors que la majorité des répondants britanniques ne répondaient « *neither poor nor good* » (n = 35, 32,7%) à cette question. Cependant, il s'agissait d'une très petite majorité chez ceux qui estimaient être « good » (n= 34, 31,8%) ou « très bons » (n= 18, 16,8%) dans la mise en œuvre de la fourniture d'AT. Il n'y avait pas de différences statistiques entre les pays (p = 0,97) en terme de capacité à mettre en œuvre la fourniture de services d'assistance technique en collaboration avec des utilisateurs / professionnels.

**Q24: Please rate how good you think you are at recognising a patient/users complex needs and deciding whether their AT should be customised**

FQ28: Pensez-vous être capable d'identifier les besoins multiples et complexes d'un usager et de décider de l'adaptation d'une technologie d'assistance

(Literal Translation: Do you think you can identify the multiple and complex needs of a user and decide how to adapt an assistive technology)



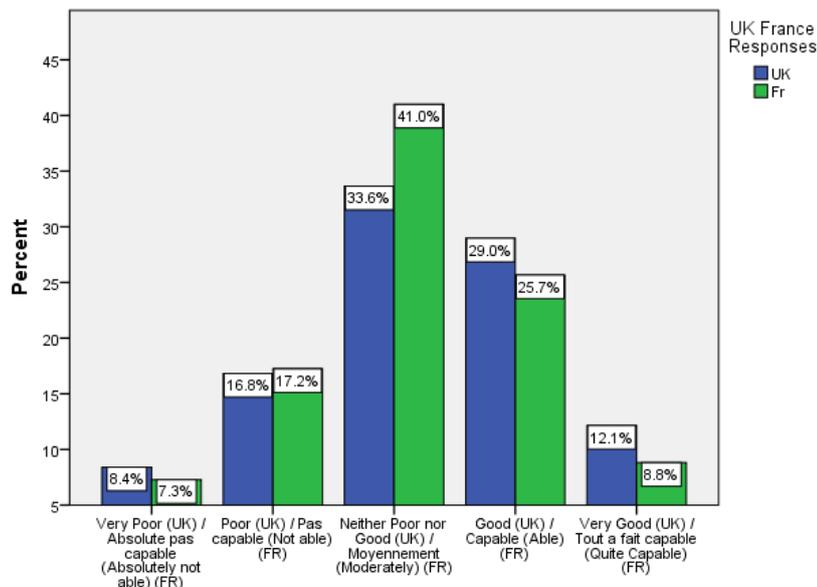
**Please rate how good you think you are at recognising a patient/users complex needs and deciding whether their AT should be customised**

La majorité des répondants britanniques répondaient « good » (n = 39, 36,4%) ou « very good » (n = 24, 22,4%) à reconnaître les besoins complexes d'un patient / utilisateur et à décider si leur AT devait être personnalisée. Par contre, la majorité des Français ne se sentaient que « moyennement » capable (n = 100, 38,3%), bien que ce chiffre soit légèrement inférieur aux chiffres combinés de ceux qui se sentaient « capable » (n = 85, 32,6%) ou « tout à fait capable » (n = 31, 11,9%).

**Q25: Please rate how good you think you are at monitoring continued effective use of AT by the patient/user, including adequate patient follow-up / prevention of abandonment of their AT**

FQ30: Pensez-vous être capable de suivre sur le long cours l'utilisation de la technologie d'assistance par l'utilisateur et de prévenir l'abandon son équipement

(Literal translation: Do you think you will be able to monitor the use of assistive technology by the user over the long term and to prevent the abandonment of his equipment?)



Please rate how good you think you are at monitoring continued effective use of AT by the patient/user, including adequate patient follow-up / prevention of abandonment o...

La réponse la plus fréquente parmi les répondants britanniques était « Neither Poor nor Good » (Ni mauvais ni bon ; n = 36, 33,6%). Cependant, les scores combinés de « Good » (n = 31, 29%) ou « Very good » (n = 23, 12,1%) sont efficaces. L'utilisation d'AT par le patient / utilisateur, étaient légèrement plus que ceux qui ont répondu qu'ils ne se sentaient « neither Poor nor Good » pour le faire. D'autre part, la réponse la plus souvent rapportée par l'enquête française était que les répondants se sentaient modérément capables (n = 107, 41%) de le faire. Ce chiffre était notamment supérieur aux chiffres combinés de ceux qui se sentaient capables (n = 67, 25,7%) ou très capables (n = 23, 8,8%). Il n'y avait pas de différence statistique entre les pays (p = 0,67) dans la capacité perçue de surveiller l'utilisation efficace continue du AT par le patient / utilisateur, y compris un suivi adéquat du patient / la prévention de l'abandon de son AT.

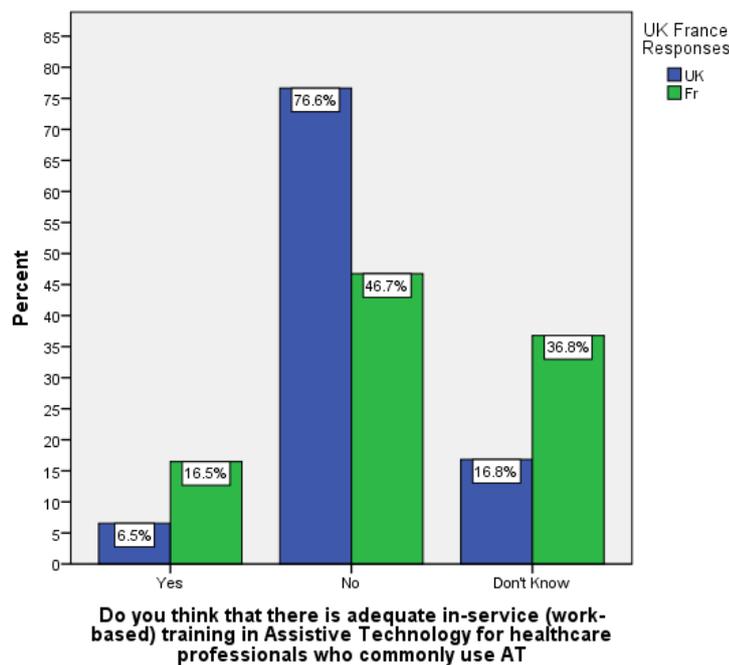
### 3.4 Partie 4 : Besoin en Formation

Afin d'obtenir des informations sur le niveau actuel de formation et les connaissances des répondants sur la formation existante, le reste de l'enquête a porté sur des questions liées à la formation: Q26 - Q37 dans la section de l'enquête intitulée «Besoins en formation». Le but de ces questions était d'obtenir des informations susceptibles de guider la prochaine phase de la tâche du projet T3, l'élaboration de programmes de formation.

**Q26: Do you think that there is adequate in-service (work-based) training in Assistive Technology for healthcare professionals who commonly use AT**

FQ32: pensez-vous que l'offre de formation professionnelle continue dans le domaine des technologies d'assistance pour les professionnels de santé est adéquate?

(Literal translation: Do you think that the offer of continuing professional training in the field of assistive technologies for health professionals is adequate?)

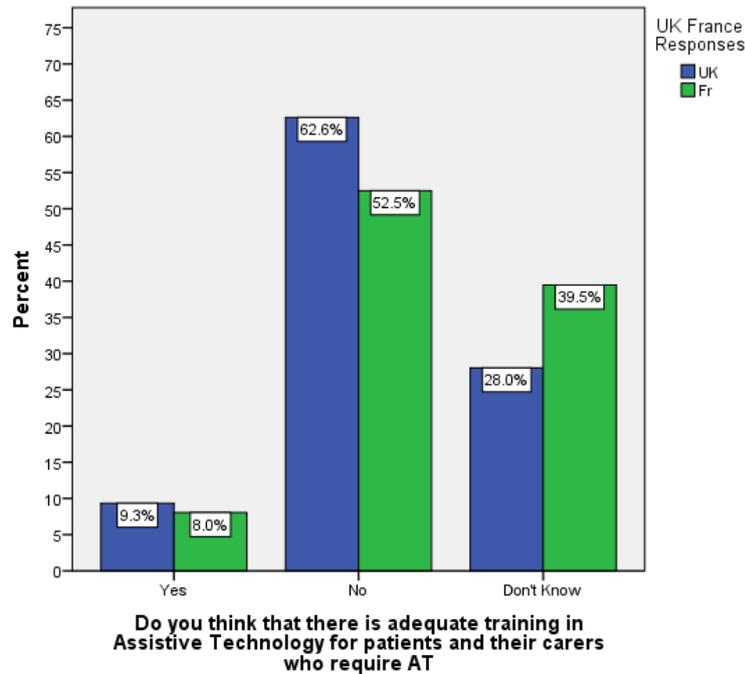


Plus des trois quarts des participants britanniques étaient d'accord pour dire « No », il n'existait pas suffisamment de formation en alternance basée sur le travail (Royaume-Uni, n = 82, 76,6%), tandis que 46,7% (n = 122) des français étaient d'accord. Un grand nombre (Royaume-Uni, n = 18, 16,8%; FR, n = 96, 36,8%) ne savaient pas s'il en existait ou non, ce qui implique que même si une formation est disponible, elle n'est pas bien connue.

**Q27: Do you think that there is adequate training in Assistive Technology for patients and their carers who require AT**

FQ33: Pensez-vous que l'offre de formation dans le domaine des technologies d'assistance pour les usagers et leurs aidants est adéquate?

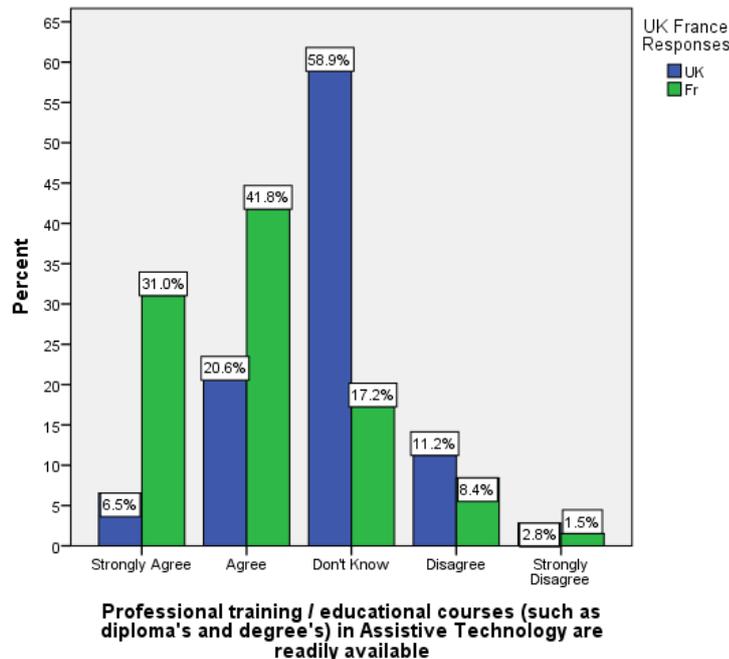
(Literal translation: Do you think that the training offer in the field of assistive technologies for users and their carers is adequate?)



Plus de la moitié des participants britanniques et français étaient d'accord pour dire que « non », il n'y avait pas suffisamment de formation en technologie d'assistance pour les patients et leurs aidants (UK, n= 67, 62.6%; FR, n=137, 52.5%), avec un nombre important qui ne savait pas si cela existait ou non not (UK, n=30, 28%; FR, n=103, 39.5%). Comme pour la question précédente, cela implique que même si une formation est disponible, elle n'est pas connue des personnes interrogées. La répartition des scores par pays était similaire.

**Q28: Professional training / educational courses (such as Diplomas and Degrees) in Assistive Technology are readily available**

FQ34: La place des technologies d'assistance dans votre formation initiale est suffisante  
*(Literal translation: The place of assistive technologies in your initial training is sufficient)*

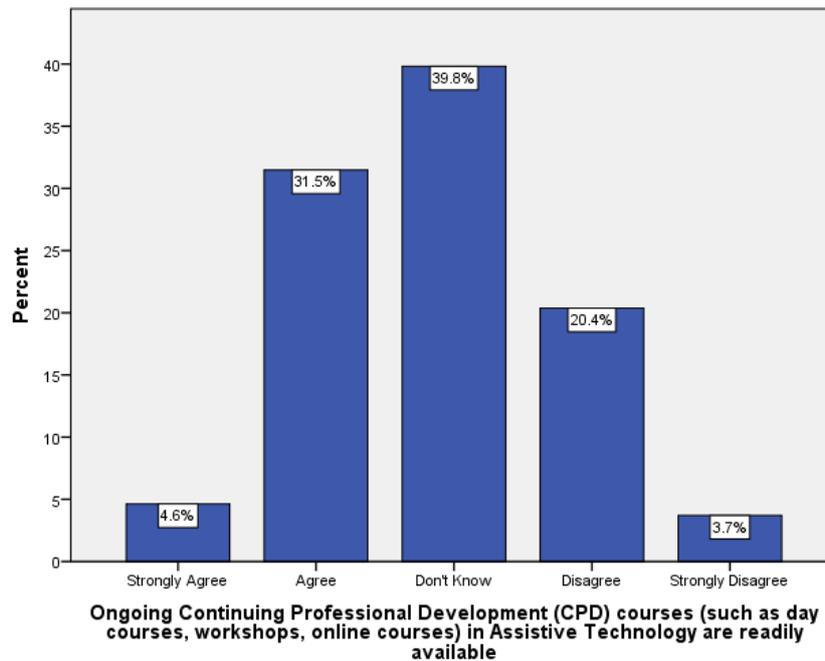


La traduction de cette question en français a sensiblement modifié le sens de la question, l'accent français étant mis sur le contenu AT *dans la formation initiale* des participants, contrairement au Royaume-Uni qui se concentre sur la disponibilité générale de l'éducation AT. Lorsqu'il s'agit essentiellement de deux questions différentes, il n'a pas été possible de comparer les pays.

La majorité des répondants du Royaume-Uni, 63 (58,9%) ne savaient pas s'il existait des cours de formation professionnelle liés à l'AT facilement disponibles, et 7 (6,5%) et 22 (20,6%) étaient tout à fait d'accord ou d'accord pour le dire. Parmi les répondants français, la majorité (n = 190, 72,8%) était tout à fait d'accord ou d'accord pour dire que leur formation initiale en AT était suffisante.

**Q29: Ongoing Continuing Professional Development (CPD) courses (such as day courses, workshops, online courses) in Assistive Technology are readily available**

FQ: Blank (considered not applicable in France).



Il n'y a pas de réponse en français car cette question a été omise de l'enquête française en raison de l'absence de pertinence de la DPC en France. La réponse la plus communément déclarée indiquait que les répondants ne connaissaient pas de DPC lié aux AT (n = 43, 39,8%), bien qu'à l'inverse presque autant soient « agreed / strongly agreed » (n = 39, 36,1%) qu'il existe un DPC continu facilement disponible dans le champ AT.

**Q30: Please tick one or more of the following, which you consider to be a 'barrier' to effective training in Assistive Technology**

FQ36: Selon vous, quels sont les obstacles a la formation dans le domaine des technologies d'assistance?  
(Literal translation: What do you think are the barriers to training in assistive technology?)

**Table 4: UK / FR Cross-tabulation of Barriers to effective training in AT**

BARRIERS	UK ~Yes (%)	FR ~Yes (%)	UK +No (%)	FR +No (%)	p
<b>Lack of locally available training courses</b> Fr: Manque d'offre au niveau local (Lack of local supply)	54.5	45.5	14.8	85.2	0.00*
<b>Lack of nationally available training courses</b> Fr: Manque d'offre au niveau national (Lack of supply at national level)	36.8	63.2	26.4	73.6	0.06
<b>Lack of funding to support study</b>	33.6	66.4	22.3	77.7	0.02*

Fr: Manque de financement pour accéder à l'offre (Lack of funding to access the offer)					
<b>Lack of ongoing CPD</b> Fr: Manque d'offre certifiée Développement Professionnel Continu (DPC) (Lack of certified offer Continuous Professional Development (CPD))	28.9	71.1	29.2	70.8	1.0
<b>Lack of available online resources</b> Fr: Manque de ressource en ligne (Lack of online resources)	33.7	66.3	27.3	72.7	0.25
<b>Lack of published resources (text books, journals)</b> Fr : Manque de publication (revues, manuels) (Lack of publication (journals, manuals))	24.1	75.9	31.3	68.7	0.17
<b>Lack of skilled trainers</b> Fr: Omitted	100	0	100	0	---

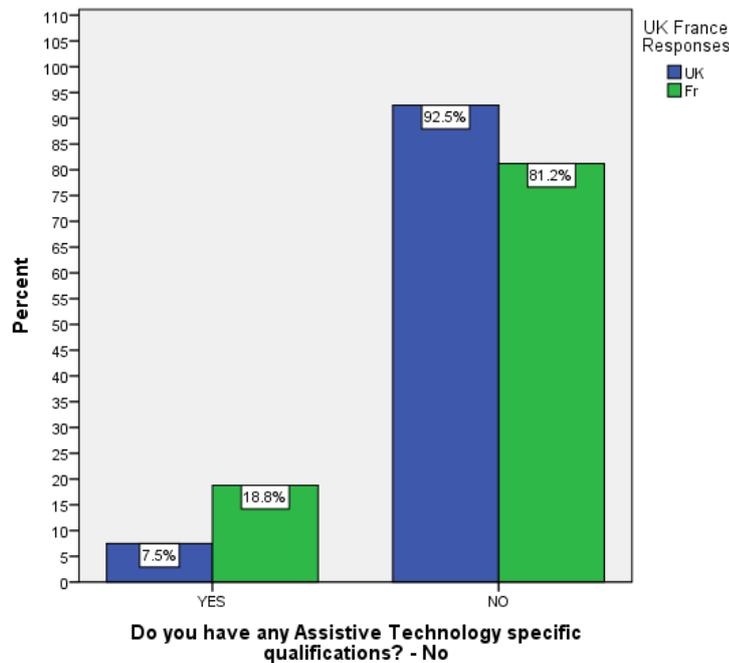
~% between country YES answers

\*% between country NO answers

### Q31: Do you have any Assistive Technology specific qualifications?

FQ37: Avez-vous participé à des formations en lien avec les technologies d'assistance?

(Literal translation: Have you participated in training related to assistive technologies?)



Bien que la traduction de la question britannique ait légèrement modifié le sens dans la question française, la conclusion générale est que la majorité des répondants britanniques n'ont pas de

qualifications spécifiques à l'AT et que la majorité des répondants français n'ont pas suivi de formation liée à l'AT.

**Q31a: Please describe as much as you can about what AT specific training you have done and where you were able to do this training (Put NONE if you answered no to this question)**

FQ38: Si oui, pouvez-vous renseigner son intitulé, ses modalités et contenu ainsi que l'organisme de formation? (Literal translation: *If yes, can you provide information on its title, terms and content and the training organization.?*)

Sur les 368 répondants, 311 (84,5%) ont répondu *non* à cette question. Ceux qui ont fourni une réponse narrative pour fournir des détails sur une formation spécifique, ont défini 5 thèmes généraux (avec des chevauchements inévitables), à savoir : **formation agréée ; formation dispensée par des représentants, des fournisseurs, des associations ou des réseaux ; formation professionnelle, journées d'étude ou DPC ; formation informelle et fournisseur de formation inconnu.**

**Formation accréditée – exemples :**

- dans le cadre d'un programme diplômant post-diplôme.
- Cours de formation agréé dispensé en partenariat avec l'Université
- Seule la formation générale de base pendant la formation de qualification professionnelle
- King's College London, MSc-Certificat en génie de la réadaptation et diplôme en gestion des amputés
- Diplôme du College of Occupational Therapists. Disabled Living Foundation Training Trusted Assessors
- MSc en génie biomédical qui contenait beaucoup de contenu sur les technologies d'assistance

**Formation de représentants, fournisseurs, associations ou réseaux – exemples :**

- Démonstration de représentants / fournisseurs
- Cours pour prescripteurs de fauteuils roulants, services de fauteuils roulants électriques
- Les représentants de la société permettent de tester sur place la technologie sélectionnée. De leur point de vue, l'intégration de leur formation dans les programmes universitaires n'était pas viable
- Formé par des entreprises fournissant des spécialistes AT, par ex. aides à la communication et systèmes de contrôle de fauteuil motorisés spécialisés. Intégration de systèmes de technologie d'assistance.
- formation en cours d'emploi, formation des fabricants et des fournisseurs ; équipe interne CPD and ACE North
- ANFE (Association nationale des ergothérapeutes) «Nouvelles technologies»
- Formation organisée par le réseau Breizh PC sur les nouvelles technologies

**Formation en cours d'emploi, journées d'études ou de DPC – exemples :**

- Uniquement local, en service via des Trusts
- Démonstrations dans les services et à des conférences / salons, par exemple NAIDEX
- Appartenance à un groupe AT local dans lequel des services AT spécifiques sont également présents

**Formation informelle – exemples :**

- Séances de formation informelles avec le responsable de la technologie d'assistance pour les services sociaux pour adultes.
- Sensibilisation seulement / beaucoup par de la formation informelle mais pas de qualification formelle
- Une démonstration unique de la part d'un professionnel qui gère l'équipe de technologie d'assistance dans les services sociaux
- Par le biais d'informations organisées par les pharmaciens locaux ; fournisseurs d'AT
- Journée d'information plus que de formation

**Fournisseur de formation inconnu – exemples :**

- la mobilité (marcheurs, fauteuils roulants) ; Positionnement (guidon de transfert) ; SDB (équipement) ; AAC (matériel)
- Formation en tant que membre de la communauté.
- MS (AAC)
- La dernière innovation technologique, les serious games et la réalité virtuelle
- Robotique / adaptation via PC à l'école, contrôle d'environnement, positionnement en fauteuil roulant, création de contacteurs adaptés
- Formation à l'utilisation de logiciels de compensation dans le domaine de l'apprentissage

**Q32: If you are involved in the delivery of Assistive Technology training, what training do you provide to patients / users:**

**This question was omitted in the French survey and replaced with :**

FQ39: Si vous êtes impliqué dans l'élaboration / diffusion de formations aux technologies d'assistance, que proposez-vous / sur quel(s) thème(s) de formation intervenez-vous?

*(Literal translation: If you are involved in the development / dissemination of assistive technology training, what do you propose / what training topic (s) do you participate in?)*

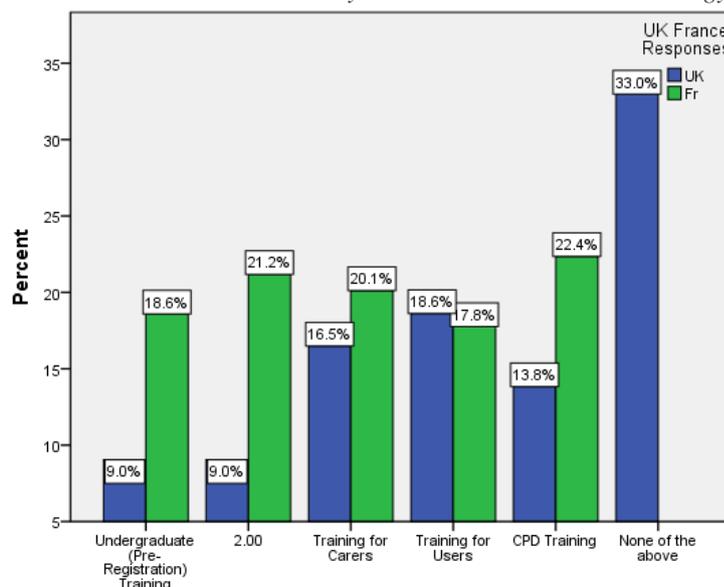
Half of respondents (n=184, 50%) answered *none* or *N/A* or *not involved in training*. From those who provided a narrative response there is inevitable overlap of themes, however, 4 broad themes are identified as: **Equipment; demonstrations and information giving; bespoke training; training by others.**

**Q32a: To Carers / Family (Omitted in the French survey)**

Many UK respondents answered 'as above' to this question, meaning that their answer would be the same as it was for Q32. Others answered *N/A* or *No* or *None* or *I am not involved in teaching*.

**Q33: Tick all areas of Assistive Technology training you think are adequate (in terms of content of, as well as provision of, in your area).**

FQ40: À quels niveaux pensez-vous que le formations aux technologies d'assistance est pertinente? *(Literal translation: At what levels do you think assistive technology training is relevant?)*



**Tick all areas of Assistive Technology training you think are adequate (in terms of content of, as well as provision of, in your area)?**

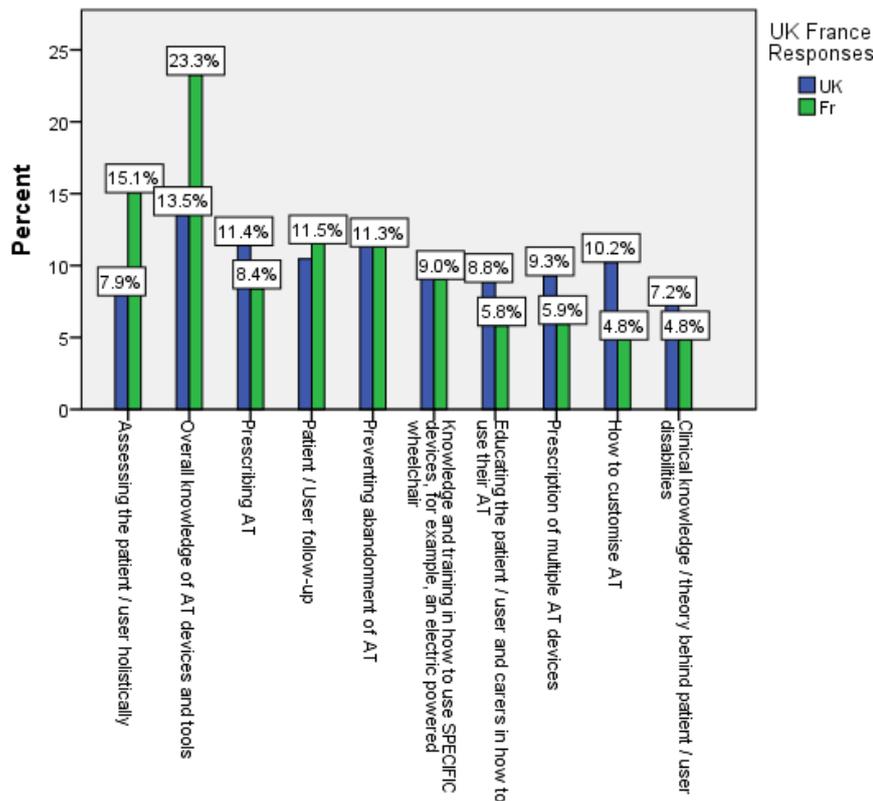
La traduction de la question britannique en français a considérablement modifié le sens de la question, de sorte que la question française est essentiellement différente. La conclusion générale est que la majorité des personnes interrogées au Royaume-Uni estiment qu'il n'existe pas de formation adéquate en matière d'AT pour les professionnels (avant, après l'enregistrement ou le DPC), ni pour les utilisateurs et les accompagnants.

Dans la version française, cette question demande si la formation est *pertinente* pour les professionnels et les utilisateurs / aidants, à laquelle les répondants français ont clairement répondu qu'elle était effectivement pertinente pour tous les professionnels, utilisateurs et aidants.

**Q34: Which areas of Assistive Technology training do you think could be improved?**

FQ41 : Selon vous, quels sont les domaines dans lesquels la formation aux technologies d'assistance pourrait être améliorée

(Literal translation: In your opinion, what are the areas in which assistive technology training could be supported?)



La conclusion générale est que les répondants britanniques et français croient que tous les domaines de la formation aux aides techniques pourraient être améliorés ou davantage soutenus. Il y avait une variation significative dans les réponses entre les deux pays ( $p = 0,00$ ), cependant, il y a un consensus général sur le manque de formation en AT.

**Q35: Is there anything else you can add, where you think that training could be improved or is absent? (Omitted in the French survey)**

---

Les réponses fournies par les répondants du Royaume-Uni ont été réparties en 4 grands thèmes :

### **Formation sur les appareils AT**

- Plus d'informations sur les périphériques disponibles. Il peut être préférable d'avoir une équipe d'installateurs qualifiés qui sont responsables de la formation et de la résolution des problèmes.
- Une formation complémentaire est nécessaire pour identifier et utiliser différents types de TA à différents niveaux.
- Nous devons former les concepteurs à la conception de produits grand public destinés aux personnes handicapées. Il ne s'agit pas seulement d'une catégorie spéciale de technologie qui diffère des autres technologies. Toute technologie permet aux gens de faire des choses qu'ils ne pourraient pas faire, ou ne pourraient pas faire si facilement sans eux. En fondant notre définition de la technologie d'assistance dans une définition vague du handicap, nous identifions et stigmatisons ceux qui utilisent la technologie de cette manière. Certaines personnes choisissent ou ont besoin d'utiliser la technologie pour les aider à faire certaines choses. Certaines de ces personnes sont handicapées. L'expertise dont nous avons besoin est que tous les concepteurs sachent comment concevoir ce que les utilisateurs pourront utiliser, et que les fournisseurs de la technologie puissent comprendre tous leurs clients, ou au moins savoir quand et où demander conseil à un expert de technologie particulière. Je pense que c'est ici que l'accréditation ATP (technologie assistée professionnel) a une valeur, mais nous ne devrions pas limiter le programme de l'ATP uniquement à la technologie dite "d'assistance". Toute technologie peut être utile à une personne handicapée et peut nécessiter des conseils d'experts pour la mettre en place de manière à ce qu'elle soit plus efficace pour répondre aux besoins pour lesquels elle a été acquise; de même, de nombreuses technologies n'auront pas besoin de conseils d'experts pour les configurer efficacement ou pour choisir les bonnes adaptations.

### **Le financement**

- Un financement est nécessaire pour s'assurer que les thérapeutes sont à jour avec les dernières technologies d'assistance, en particulier la robotique.
- Le financement est le principal obstacle. Nous pouvons organiser une formation si nécessaire.
- L'entraînement et l'équipement sont absents. Au pays de Galles, nous avons des listes d'attente de 18 mois et nous sommes régulièrement informés, 6 mois après le début de l'exercice, que les budgets ont été dépensés et qu'il n'y a pas de fonds disponibles.
- Les cadres qui détiennent les budgets et élaborent / réduisent les politiques et la fourniture de services

### **Suivi**

- Nos centres de communication sont excellents et fournissent les appareils. Je pense qu'il y a un manque de soutien / suivi après la prescription auprès de thérapeutes locaux dont les connaissances sont limitées pour combler les lacunes.

### **Former les formateurs et les utilisateurs (y compris les enfants)**

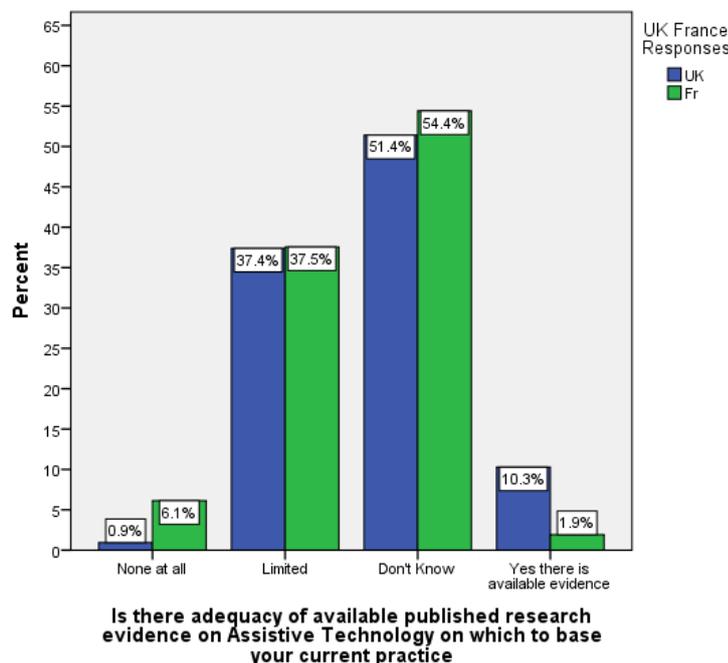
- Une formation continue pour les personnes qui dispensent la formation
- Une formation en ligne pour les cliniciens serait utile. Atteindre les équipes serait également utile. C'est un domaine tellement spécialisé et les compétences semblent se limiter à un petit nombre d'individus. Un travail plus étroit aiderait.
- Écoles - de nombreux enfants ont un rôle d'aide ou ont un parent / grand-parent qui pourrait avoir besoin ou utiliser une AT

- Le domaine clef est la formation des soignants et des utilisateurs. Ils ont une interaction quotidienne avec la technologie. Les professionnels de la santé ne peuvent interagir que sporadiquement : il est très difficile de maintenir une expertise si vous avez un contact très irrégulier avec l'utilisateur et son AT. Il faut composer avec des utilisateurs qui ont différentes AT. Même les experts ont du mal à se familiariser avec l'AT [commandes de fauteuil motorisé spécialisées, dispositifs de communication informatisés et intégration de l'AT] plus complexes et peuvent avoir à parler au fournisseur pour obtenir de l'aide lors de visites à domicile ou face à un problème particulier.
- Formation de base en atelier à la fois mécanique et électrique / informatique, ces disciplines constituent le fondement de la prescription et de la fourniture de services d'assistance technique.
- plus inclus dans la formation initiale des enseignants ou dans une formation post-doctorale
- S'assurer que la direction du NHS (Service nationale du santé Royaume Uni) et du personnel enseignant peut prendre le temps de suivre la formation fournie par notre service.
- Inclusion dans la formation de base des enseignants et des thérapeutes.
- Il devrait s'agir d'une offre de base dans les formations spécialisées et les stages en difficultés d'apprentissage.

### Q36: Is there adequacy of available published research evidence on Assistive Technology on which to base your current practice?

FQ42 : Pensez-vous qu'il existe suffisamment de publications scientifiques dans le domaine des technologies d'assistance sur lesquelles vous pouvez baser votre pratique professionnelle quotidienne

(Literal translation: Do you think there are enough scientific publications in the field of assistive technologies on which you can base your daily professional practice?)



La conclusion générale est que la majorité des répondants britanniques et français (Royaume-Uni, n = 55, 51,4%; RF, n = 142, 54,4%) ne connaissent pas beaucoup de preuves dans le domaine de l'AT et concluent par conséquent à l'insuffisance des preuves disponibles. Une proportion importante de répondants des deux pays (Royaume-Uni, n = 40, 37,4%; RF, n = 98, 37,5%) ont déclaré que les preuves étaient limitées. Très peu de répondants (Royaume-Uni, n = 1, 0,9%; FR, n = 16, 6,1%) pensent qu'il existe des preuves dans ce domaine.

## 4. Conclusions

Ce rapport présente les résultats d'un sondage en ligne auprès de professionnels de la santé et des services sociaux concernant leurs connaissances, leurs expériences et leurs besoins en formation en technologies d'assistance. Ce rapport contenait 368 réponses, mais l'enquête britannique reste ouverte et les données seront rassemblées sur une longue période afin de contribuer à une prochaine publication académique de ces résultats.

### 4.1 Connaissance générale en AT

En termes de connaissances sur les AT, les conclusions générales sont les suivantes :

- La majorité des répondants anglais ont convenu que les AT conféraient une autonomie accrue, alors que la majorité des répondants français étaient en désaccord. Une explication possible de ce point de vue différent parmi les répondants français pourrait être basée sur l'hypothèse que le domaine de l'assistance technologique, tel qu'il est entendu en France, ne comprend que des dispositifs et des solutions intégrant une technologie. Ce domaine se développe actuellement chez les personnes handicapées, ce qui signifie que la plupart des appareils et solutions ne sont pas largement disponibles. Par conséquent, les répondants français ont estimé que les aides techniques ne contribuaient pas à l'indépendance de ces personnes dans la vie réelle. Cette hypothèse est corroborée par les vues françaises sur le point suivant.
- La majorité des répondants britanniques n'étaient pas d'accord sur le fait qu'AT se référerait exclusivement à des appareils électroniques à la pointe de la technologie, alors que la majorité des répondants français ont convenu qu'AT se référerait à des appareils électroniques.
- Les répondants britanniques et français ont tous deux convenu que les AT aident les personnes à effectuer des tâches difficiles, voire impossibles.
- Les répondants britanniques et français ont convenu que les AT sont fournies par essais et erreurs.
- Il n'y avait pas de consensus sur le fait de savoir si les AT causaient parfois un obstacle, avec des points de vue répartis assez équitablement entre d'accord et en désaccord.
- Tous les répondants étaient d'accord pour dire que l'adoption réussie de l'AT dépend du soutien des soignants / de la famille / des professionnels.
- Il y a eu un consensus sur le fait que, dans l'ensemble, les utilisateurs devraient être impliqués dans les décisions concernant leur propre prescription d'AT.
- Un consensus général s'est dégagé sur le fait que les utilisateurs ont un accès insuffisant aux ressources.

### 4.2 Expérience globale en AT

- Les cinq principaux prescripteurs d'AT étaient des ergothérapeutes ; Orthophonistes ; Kinésithérapeutes ; Prothésistes et Audioprothésistes.
- Les répondants britanniques avaient moins de connaissances en matière de comparaison et de choix des AT, mais ils savaient comment localiser les informations. Les répondants français ont répondu que les personnes impliquées dans les AT devraient savoir où accéder à des informations supplémentaires sur les aides techniques disponibles.
- les répondants britanniques bénéficieraient de normes interdisciplinaires ; les répondants français pouvaient déjà compter sur de telles normes.
- Les AT étaient couramment utilisées dans la communication, la démence ou d'autres troubles cognitifs, la sécurité du domicile et de l'environnement, les soins aux patients, la mobilité et la pratique professionnelle.

- Les répondants britanniques et français pouvaient *parfois* comparer et choisir l'AT pour leurs utilisateurs / patients, mais pas toujours, les Français ayant moins de confiance que les répondants britanniques.
- Les répondants français se sont dits *modérément* en mesure d'informer les utilisateurs / patients de ce qu'est l'AT et où trouver des informations à ce sujet, tandis que les répondants du Royaume-Uni ont estimé qu'ils étaient bons dans ce domaine.
- Les répondants britanniques et français se sentaient tous deux capables de mettre en œuvre la fourniture de services d'AT par le biais de processus collaboratifs.
- La majorité des répondants Britanniques se sentaient *capables* de reconnaître les besoins complexes d'un utilisateur / patient et de décider s'il fallait personnaliser les AT, alors que les répondants français se sentaient *modérément* capables de le faire.
- La majorité des répondants du Royaume-Uni ont estimé être *bons* dans le suivi de l'utilisation efficace et continue de l'AT par l'utilisateur / patient, alors que les répondants français se sentaient *modérément* capables de le faire.

#### 4.3 Besoins globaux en formation

- La plupart des répondants britanniques et français de HCP ne possédaient pas de qualifications spécifiques en AT.
- Pas assez de formation professionnelle en AT.
- Pas assez de formation pour les utilisateurs / patients et les soignants.
- Pas de formation en AT facilement disponible (y compris le DPC) au Royaume-Uni, alors que la formation initiale en AT était assez suffisante pour les professionnels de santé français.
- Manque de formation disponibles au niveau national.
- Manque de financement pour les études / formations
- Une formation avait été dispensée, comprenant de petits modules de formation accrédités ; formation dispensée par des représentants ou des fournisseurs, des associations ou des réseaux ; formation à l'emploi, journées d'étude ou formation continue et formation informelle ; qui étaient toutes données par des formateurs inconnus.
- La formation fournie aux utilisateurs / patients et aux soignants (par les répondants) comprenait une formation sur les équipements ; démonstrations et informations, formation sur mesure pour le client ; ou une formation qui a été donnée par d'autres.
- La formation dispensée aux professionnels (par les répondants) comprenait des événements de formation annuels ; certificat de fin d'études ; des démonstrations ; journées d'étude ; cours d'introduction ; formation à la demande ; formation sur des équipements / logiciels spécifiques.
- La plupart des professionnels de santé britanniques ont déclaré que toute la formation en AT était inadéquate, tandis que la plupart des professionnels de santé français ont déclaré que la formation en AT était pertinente.
- La formation doit être améliorée dans les domaines suivants : évaluation du patient / utilisateur ; connaissance globale de l'AT ; prescription ; suivi ; abandon ; connaissances sur des dispositifs spécifiques ; éduquer l'utilisateur ; personnalisation et connaissances sur les conditions de chaque utilisateur / patient.
- Les grands domaines de formation comprenaient en outre : la formation sur les AT ; le financement ; former les formateurs et les utilisateurs / aidants.
- Les ressources publiées sur les AT étaient insuffisantes.
- La formation devrait être incorporée dans la formation de premier cycle en tant que norme.
- Une formation à la théorie de base a été proposée avec des mises à jour régulières du personnel spécialisé.
- Plus de preuves sur les AT pour divers groupes de clients et formation obligatoire en ligne fournie par les hôpitaux hébergeant des services de réadaptation.

- La formation, le soutien des utilisateurs et de leurs réseaux de soins étaient plus essentiels. Quand ils sont défaillants, cela conduisait à l'abandon des AT, en particulier chez les patients présentant des conditions complexes et évolutives.

## 5. Références

Arthanat, S., Elsaesser, L.J. and Bauer, S. (2016) 'A survey of assistive technology service provisions in the USA', *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 12(8), pp 789-800.  
[doi.org/10.1080/17483107.2016.1265015](https://doi.org/10.1080/17483107.2016.1265015)

Bristol Online Survey Tool (BOS). 2018 *The online survey tool designed for Academic Research, Education and Public Sector organisations*. Available at: <https://www.onlinesurveys.ac.uk/> (accessed October 2017).

De Joode, E.A., Van Boxtel, M.P.J., Verhey, F.R. and Van Heugten, C.M. (2012) 'Use of assistive technology in cognitive rehabilitation: Exploratory studies of the opinions and expectations of healthcare professionals and potential users', *Brain Injury*, 26(10), pp1257-1266.

Google Forms (2017) Available at: <https://www.google.com/forms/about/> (accessed October 2017).

LegitFrance (2016) Available at:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/16/AFSP1621392D/jo/texte> (accessed January 2018)

Long, T.M., Woolverton, M., Perry, D.F. and Thomas, M.J. (2007) 'Training needs of paediatric occupational therapists in assistive technology', *American Journal of Occupational Therapy*, 61, pp.345-354.

Nieboer, M.E., van Hoo, J., Van Hout, A.M., Aarts, S. and Wouters, E.J.M. (2014) 'Professional values, technology and future health care: The view of health care professionals in The Netherlands', *Technology in Society*, 39, pp 10-17.

Somerville, N.J., Wilson, D.J., Shanfield, K.J. and Mack, W. (1990) 'A survey of the Assistive Technology Training Needs of Occupational Therapists', *Assist Technol*, 2, pp41-49.

